

Condiciones de salud pública
en la **región transfronteriza**

México Guatemala



Región
Transfronteriza
México
Guatemala



CONACYT



ECONOMÍA

Guadalupe del Carmen Alvarez Gordillo

Coordinadora

Condiciones de salud pública
en la región *transfronteriza*

México Guatemala

Legal

Condiciones de salud pública
en la región **transfronteriza**

México Guatemala

Guadalupe del Carmen Alvarez Gordillo
Coordinadora



Índice

PRESENTACIÓN Y CONTENIDOS	9
Región Transfronteriza México-Guatemala. Problemáticas y retos	
<i>Guadalupe del Carmen Alvarez Gordillo</i>	
CAPÍTULO 1	21
Región Transfronteriza México-Guatemala. Condiciones de salud pública.	
<i>Guadalupe del Carmen Alvarez Gordillo, Julio Jan Gómez y José Eugenio Dorantes Jiménez.</i>	
CAPÍTULO 2	45
Región Transfronteriza México-Guatemala. Escenarios de riesgo y estrategias de atención.	
<i>Guadalupe del Carmen Alvarez Gordillo.</i>	
CAPÍTULO 3	65
Región transfronteriza México-Guatemala. Experiencias e imaginarios en torno a la diabetes: Testimonios de personas que la padecen	
<i>Enrique Eroza Solana, Cecilia Guadalupe Acero Vidal, Guadalupe del Carmen Alvarez Gordillo y Dorian Elibey Rojas Montejo.</i>	

CAPÍTULO 4 109
Región transfronteriza México-Guatemala.
Experiencias sobre la diabetes entre población
chuj y q'anjob'al.
Fernando Limón Aguirre.

CAPÍTULO 5 145
Región transfronteriza México-Guatemala.
Estrategias comunitarias para la búsqueda de
atención en salud en la zona del Volcán de Tacaná
*Verónica Haydee Paredes Marín
y Ariel Danilo Rodríguez.*

CAPÍTULO 6 169
Región transfronteriza México-Guatemala.
Las enfermedades crónicas no transmisibles en
la infancia y la adolescencia como escenario de
riesgo.
*Armando Camilo Hernández Contreras, Jessica
Paola Cruz Cruz
y César Antonio Trecha Nájera.*

CAPÍTULO 7 191
Región transfronteriza México-Guatemala.
Consejo Jurisdiccional para Reducción
de la Mortalidad infantil; estudio de casos.
*Gloria Margoth Coutiño Aguilar,
Rosa López Morales
y Armando Camilo Hernández Contreras.*

AGRADECIMIENTOS 213

Región Transfronteriza México-Guatemala

Problemáticas y Retos

La presente obra es resultado del proyecto *Región transfronteriza México-Guatemala: dimensión regional y bases para su desarrollo integral* (primera fase 2017-2018), financiado por el Fondo Institucional de Fomento Regional para el Desarrollo de Ciencia y Tecnología (Fordecyt) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), en sus objetivos específicos de evaluar las condiciones de salud pública transfronteriza, el marco institucional disponible, los recursos para emergencias epidemiológicas, así como diagnosticar sobre protocolos de cooperación y escenarios principales de riesgo.

Partimos de analizar las transformaciones de las problemáticas de salud pública transfronterizas en las últimas décadas en México y Guatemala, principalmente en las regiones de los municipios colindantes de la frontera de ambos países. La interacción de procesos económicos, políticos y socioculturales en la historia reciente, ha propiciado la modificación de prácticas y costumbres socioculturales, entre las que se incluyen grandes transformaciones en los patrones de producción y soberanía alimentaria local, que a su vez a provocado incremento de enfermedades crónicas y de alta mortalidad (Alvarez et al., 2019). En el ámbito del proceso de salud/enfermedad/atenCIÓN, de 1995 a la fecha, las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial y cáncer, se han colocado en las primeras causas de mortalidad. También persisten otros problemas de salud como la desnutrición en contextos rurales con alta marginación, en donde además se expresan diversas desigualdades relacionadas con el género y la adscripción étnica. A lo anterior se suma una constante amenaza originada en el deterioro ambiental local y desastres hidrometeorológicos relacionados con El Cambio Climático Global, incremento de enfermedades infecciosas y transmitidas por vectores, así como inseguridad alimentaria.

La Región Transfronteriza México-Guatemala

La historia de los pueblos que habitan lo que llamamos actualmente Región Transfronteriza México-Guatemala (RTMG) está unida por una

larga trayectoria y origen común. Emilio Zebadúa-González (1999) describe que entre el año 2,000 y 1,500 a.C. los antecesores de los mayas actuales migraron de diversos lugares hacia las tierras tropicales de la Selva Lacandona y de Guatemala. Después de varios siglos, entre 150 y 300 d.C. se conformaron los elementos característicos de la civilización maya, entre los que destacan la escritura jeroglífica y un calendario basado en complicadas permutaciones (Zebadúa-González, 1999).

La Conquista española, sometió a trabajos forzados a las poblaciones indígenas en el siglo XVI con fines de obtención de bienes y metales preciosos. Las consecuencias negativas de esto, fueron graves en demografía, salud y organización sociocultural de los pueblos originarios. Con respecto al primer y segundo casos, se produjeron altas tasas de mortalidad, resultado por una lado de violencia directa y por otro, del descontrol de enfermedades extrañas al sistema inmunológico indígena –cuyos patógenos viajaron entre la tripulación de los barcos españoles–. En lo referente a lo sociocultural, a partir de entonces se produjo una desarticulación de los pueblos y culturas originarios que benefició la instauración de la colonia española que, sin embargo, no fue total, permaneciendo hasta hoy identidades originarias de diversos pueblos y relaciones económico culturales como es el caso de chujes, tojolabales y *q'anjob'ales* entre muchos otros (Zebadúa, 2009).

Este contexto histórico permite comprender el origen de las condiciones y problemas de salud que en adelante y hasta la actualidad, los pueblos originarios han tenido como reto y que han llegando a convertirse en los grandes problemas de salud pública de la RTMG, particularmente en los lugares que se han mantenido aislados y marginados a causa de los fenómenos de desigualdad económica y cultural.

Desde su delimitación en 1882 y hasta 2001, la frontera entre Chiapas y Guatemala ha sido asumida como una región entre dos modelos. Uno planteado por Frederick Turner, en torno a la noción *frontier*, que refiere a una frontera móvil, abierta y compleja, es decir transfronteriza –visión que plantean los trabajos que componen este tomo–. El segundo, plantea que existe un límite o línea divisoria, *border*, que facilita atender los procesos del área como dos entidades diferentes entre países (Chavaronette, 2014). Las realidades locales son bastante complejas para la RTMG en sus dimensiones culturales, sociales, políticas, económicas y ambientales, ya que se encuentran completamente relacionadas entre sí, son dinámicas, cambiantes, compartidas y, bajo determinadas amenazas y condiciones de vulnerabilidad social, han provocado desastres comunes. Ejemplos se han sucedido en las grandes cuencas

transfronterizas de los ríos Grijalva y Usumacinta atravesadas por la frontera. La cuenca Grijalva ha sido afectada por fenómenos hidrometeorológicos, que han provocado pérdidas y transformaciones en el devenir de los pueblos, dado que la gestión del riesgo así como la adaptación, se abordan unilateralmente por cada país cuyas políticas públicas diferenciadas restan en vez de sumar. La perspectiva transfronteriza no está incluida en el diseño de políticas públicas. Las problemáticas ambientales y sociales se abordaran desde la perspectiva *border*, lo cual aumenta la vulnerabilidad social y los riesgos de desastres para la población de ambos países (Alvarez y Laako, 2015).

Después de varios siglos de historia compartida y realidades engarzadas, la comprensión de las condiciones de salud pública de la RTMG, implican análisis profundos de lo que ha significado y cómo han evolucionado el bienestar humano y las condiciones de vida en la región, ya que el proceso salud/enfermedad/atención/muerte, se ha transformado mediante una creciente diversidad de prácticas de atención a la salud, diferenciada en muchos contextos según los recursos financieros, fuentes de información y políticas locales y estatales de atención, que implican a su vez infraestructuras y capacidad de acceso a los servicios de salud, ver figura 1. Un estudio tan complejo, sin embargo, rebasa el alcance de éste libro, en el que presentamos una primera aproximación. Esta aproximación tiene un centro teórico epistemológico en el que subyace la perspectiva del modelo *frontier*, por lo que definimos como región de estudio, el territorio abarcado por municipios colindantes a la línea llamada Frontera Internacional México-Guatemala, particularmente el de la Jurisdicción Sanitaria III en Comitán, Chiapas y el del Ministerio de Salud en Huehuetenango, aspecto facilitado por la información estadística disponible y la estructura de los servicios de salud en estos territorios.

La población en la región transfronteriza de estudio «presenta una gran homogeneidad social, étnica y demográfica; es decir, que tanto la parte mexicana como la guatemalteca muestran mayor similitud entre sí que respecto a sus correspondientes promedios nacionales. Sin embargo, esta mayor similitud se da con base en la precarización de las condiciones de vida de la población, y no como un proceso de social que promueva la convergencia regional» (Canales et al., 2013). La migración constituye un elemento de identidad regional y establece un mecanismo de reproducción sociocultural en el ámbito local, en donde la movilidad transfronteriza es un fenómeno cotidiano y recurrente. Los diferentes tipos de migración por trabajo, comercio o lugar de paso

Figura. I. Marcos institucionales de salud

El derecho de atención en México

Por ley todos los mexicanos tenemos derecho a la atención en salud, sin embargo éste derecho no ha podido ser ejercido por toda la población debido, por un lado, a reformas en el sistema sanitario, cuyas políticas de universalización de los servicios han fallado y por el otro, a la persistencia de aislamiento, pobreza y desigualdad social de muchas comunidades alejadas de centros urbanos, principalmente en regiones del sureste del país –dentro de las que se incluye por supuesto, la

RTMG-

- ▶ **1917** Se publicó la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Su artículo 4º establece que «toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción del artículo 73 de la propia Constitución». De interés para la región transfronteriza, resulta el hecho de que en 1974 la Ley General de Población descriminalizó la migración indocumentada mediante reformas a los artículos 118 y 125.
- ▶ **1976** La *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal* en su artículo 39 estableció que a la Secretaría de Salud le corresponde «establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen (fracción I)» (Ley Orgánica de la Administración Pública, 2015:1).
- ▶ **1984** Se publica la *Ley General de Salud* y fundamenta conforme al artículo 5º que «El Sistema Nacional de Salud se constituye por las dependencias y entidades de la Administración Pública tanto federal como local —así como por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud y por los mecanismos de coordinación de acciones» (Ley General de Salud, 2009:3). Al igual, en su artículo 7º establece que «La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud y que le corresponde, entre otras atribuciones, establecer y conducir la política nacional en materia de salud (fracción I) y coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso se determinen (fracción II)» (Ley General de Salud, 2009:4). En este sentido, este instrumento legal establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.
- ▶ **1990** Fue creada por decreto presidencial la Comisión Nacional de Derechos Humanos, con la función de proteger y defender los Derechos Humanos de todos los mexicanos, entre los cuales se encuentra el derecho a la salud (CNDH, 2010-2017). Este reconocimiento amplio incluye a la población migrante, con independencia de su condición jurídica en el país, para que le sean reconocidos los mismos derechos que al resto de las personas.

El derecho de atención en Guatemala

- ▶ **1944** Se establece el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), el cual tiene como función principal dar satisfacción a un determinado tipo de derechos económicos y sociales reconocidos constitucionalmente para los trabajadores guatemaltecos que son sus afiliados.
- ▶ **1946** El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social fue decretado de manera oficial, cuando el Congreso de la República de Guatemala emite el Decreto 295, referido a la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, donde afirma que el IGSS es una «Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima».
- ▶ **1977** Se establece el Reglamento Sobre Protección de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia en beneficio del sector formal de la económica, el cual estipula la normatividad para la protección del régimen de Seguridad Social relativa a los riesgos de carácter social como la invalidez, vejez, fallecimiento, orfandad, viudedad y otros beneficios (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2003).
- ▶ **1985** Se promulga la Constitución Política de la República de Guatemala, donde se retoma en la Sección Séptima: Salud, Seguridad y Asistencia social, enfatizando en el Artículo 93 el Derecho a la atención a la salud y en su Artículo 95 a la salud como un bien público (Constitución Política de la República de Guatemala, 1993).
- ▶ **1996** Se promulga la Reforma del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con el objetivo de garantizar la protección integral de salud, la disponibilidad, el acceso y la cobertura de servicios de atención, a fin de lograr el más alto nivel de salud posible para todos los habitantes, tomando en cuenta los determinantes estructurales de la salud, de la diversidad cultural y étnica, y la capacidad económica del país.

El reto continúa, ya que se sigue identificando que «el acceso a servicios y productos por medio del gasto del bolsillo, golpea la economía familiar de la mitad de la población en situación de pobreza, impide el acceso para los más vulnerables, y también podría llevar al empobrecimiento a la población con menores ingresos, cuando los problemas de salud a los que se enfrentan requieren servicios de alto costo y atención prolongada» (Ministerio de Salud Pública de Guatemala, 2018).

Como se advierte, en ambos países se promueve el derecho a la atención a la salud como parte de los derechos humanos; sin embargo, en uno y otro caso, existe una dependencia de la asignación presupuestal federal y de los recursos disponibles en los servicios de salud nacionales. En tales condiciones no se toma en cuenta diferenciación entre los territorios que conforman a cada país.

En el caso de las regiones transfronterizas no se identifican documentos para la formalización de la atención ni estrategias que promuevan una libre atención en unidades de salud, con independencia de la nacionalidad de las personas.

hacia Estados Unidos, ponen a las personas en situaciones de violencia, discriminación y falta de atención a sus derechos humanos, incluido el de atención a la salud. El importante flujo migratorio transfronterizo configura un factor demográfico que contribuye a la integración regional.

Los temas de migración, género, y salud sexual y reproductiva, han adquirido un mayor reconocimiento en la normatividad internacional, especialmente en regiones transfronterizas donde a pesar de ello, su ejercicio se ha topado con grandes dificultades. Así, se pueden encontrar infinidad de ejemplos de diversas políticas y programas implementados por parte del gobierno mexicano con problemas profundos: caso puntual es el del programa *Promoción de los derechos de la mujer migrante* (Canales et al., 2010).

El estudio de las condiciones de la salud pública en la RTMG

La salud es uno de los bienes más valorados a lo largo de la vida por el ser humano y es el pilar para su completo desarrollo físico y mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1948 hasta hoy, define que «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 2019). Los retos para alcanzar esta definición en niveles individuales, colectivos y estatales, son grandes y diversos según los grupos socioculturales, los contextos socioambientales y los niveles económicos regionales; los mayores son los de las poblaciones marginadas y en pobreza, y nos remiten a la necesidad de plantear que el derecho a la atención a la salud es diferenciado y desigual para quienes viven en ciertos grupos en pobreza, y más que estudiar a la salud como un estado o situación, ha de ser abordada como un proceso que abarca los de salud/enfermedad/atención/muerte.

En los estados del sureste de México, se han reconocido grandes retos ante diversas problemáticas relacionadas con la desigualdad social y económica de la zona, incluida a la salud. Esto no es novedoso, ya que históricamente, aquí se han tenido los primeros lugares en desnutrición, enfermedades infecciosas, y otras transmitidas por vectores (Ochoa, 2018). A su vez, las transformaciones alimentarias, producto del «desarrollo» y la mala distribución de los recursos ha recrudecido la pobreza, deteriorado los ecosistemas y alimentado escenarios de morbilidad y mortalidad a causa de enfermedades metabólicas en el presente. De manera prospectiva, se esperan graves consecuencias

en enfermedades y muertes ante las amenazas ambientales que trae consigo el Cambio Climático Global (OMS, 2018).

Los diversos problemas de salud pública de México y Guatemala han variado en las últimas décadas desde las «enfermedades de la pobreza» como la tuberculosis, enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales y la desnutrición, a la aparición del VIH-Sida, diabetes, cáncer, enfermedades isquémicas del corazón y obesidad. La información es insuficiente ante el contexto social actual y el nivel del reto –en el cual se traslapan viejos y nuevos riesgos y vulnerabilidades– exige nuevos abordajes y recomendaciones para las políticas públicas en salud. En las regiones transfronterizas como la de México-Guatemala existe la necesidad imperante de integrar una visión que no ponga límites políticos a la actuación, ya que se comparte un mismo contexto que determina los mecanismos por los cuales, a pesar de la diversidad sociocultural y económica de la población, algunas enfermedades se previenen, se controla su transmisión o se convierten en un problema de salud pública.

Los servicios de salud en ambos países responden a las políticas delineadas desde los gobiernos nacionales, mientras que la normatividad se aplica según los recursos disponibles; sin embargo, las condiciones de vida en la pobreza, marginación y movilidad poblacional, hacen de la región transfronteriza un espacio de riesgos para la salud por el incremento de la vulnerabilidad social, que puede derivar en violencia; aquella que vulnera la salud de los hombres, mujeres y menores de edad por secuestros, robos, extorsiones, agresiones sexuales, asesinatos, prostitución o trata de personas (Pintín, 2018 y Canales et al., 2010). En lo que concierne a la población infantil, se originan trastornos de salud evitables asociados a las deficiencias alimentarias y a las inadecuadas condiciones sanitarias.

Contenido y estructura del libro

Estructuralmente, el libro consta de tres partes: Una la conforman los primeros dos capítulos que muestran la perspectiva de investigación y los resultados de nuestro análisis –que dan cuenta de un panorama de enfermedades y desnutrición preocupante para la RTMG, relacionado a contextos que han sufrido transformaciones alimentarias y de sus condiciones de vida que dieron como resultado pobreza, desigualdad y los actuales escenarios de riesgo–. Los siguientes tres capítulos constituyen la segunda parte y en ellos estudiamos el caso de la diabetes

como principal problema de salud pública, la atención que a éste otorgan los servicios y su personal de salud, y cuáles estrategias ponen en juego las poblaciones que las padecen. El capítulo seis constituye la tercera en prospectiva, es decir que en él presentamos los escenarios de riesgo que tienen que ver mucho con con enfermedades metabólicas crónicas. Finalmente, el siete constituye un extra que presenta un panorama positivo sobre pequeños esfuerzos que ya han realizado ambos países colaborativamente y que permiten imaginar una región más *frontier*, en torno a la atención a la salud pública en la RTMG. A continuación describimos brevemente el contenido de cada capítulo.

En el primero se presenta un diagnóstico de las condiciones de salud pública, en el cual se aborda el proceso de salud/enfermedad/atención, desde el perfil epidemiológico de los municipios colindantes de ambos países, tomando en cuenta el contexto histórico, sociocultural y ambiental que nos permitió comprender que los sistemas estatales no han abordado a la salud en toda la complejidad que representa según la perspectiva *frontier*, por lo cual no encontramos rastros de algún análisis de la coordinación intersectorial e internacional desde este enfoque y mucho menos de «políticas de salud transfronterizas». Para realizar este diagnóstico, no fue suficiente revisar las fuentes secundarias como artículos y estadísticas, sino que fue necesario evaluar cualitativamente con el propio personal de salud cuáles son las problemáticas enfrentadas cotidianamente, las emergencias epidemiológicas de prioridad e interés transfronterizo y sus percepciones sobre los escenarios de riesgo. Los datos obtenidos por medio de entrevistas y una reunión presencial de dos días con el personal de salud transfronterizo, se muestran en el capítulo dos, que resumen las preocupaciones actuales, prioridades y estrategias que se consideran exitosas, así como las recomendaciones para atender problemas prioritarios de salud transfronteriza.

En el capítulo tres, se analizan las experiencias de personas que padecen diabetes, mostrando que estos procesos están relacionados con las dinámicas locales en las que operan representaciones, valores y prácticas mediadas por condiciones de clase, etnia, género y generación, que inciden también en las problemáticas de salud y en los recursos para atender los padecimientos actuales. En el capítulo cuatro, se desglosa un panorama comprensivo de la experiencia entre personas de los pueblos mayas chuj y *q'anjob'al* que padecen diabetes. El autor parte

por definir que toda experiencia es relacional y que las relaciones se establecen con criterios culturales; por ello es que se centra en distinguir las relaciones que tales personas asumen con el padecimiento, consigo mismos, con el sistema y los servicios médicos, así como con el contexto en general, pues todas ellas condicionan su respectiva experiencia.

El papel de los servicios de salud se ve limitado ante las grandes problemáticas de la salud pública, lo que es abordado en el capítulo cinco con el análisis de estrategias comunitarias para la búsqueda de atención en salud en la zona fronteriza del Volcán de Tacaná. Los autores nos dan a conocer el proceso de movilidad transfronteriza como estrategia para buscar asistencia sanitaria o terapéutica, la cual no puede únicamente ser entendida en el sentido de una elección racional, pues en ella conviven condiciones materiales de desigualdad y un sentido de pertenencia territorial. Se muestra también cómo son esas vinculaciones comunitarias y mutualistas que, paradójicamente, se ven fortalecidas por su condición de poblaciones periféricas y marginalizadas por el Estado.

El capítulo seis presenta un escenario de riesgo ante la cada vez más frecuente detección de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT): obesidad, dislipidemias, síndrome metabólico y diabetes en niños, –que si bien tienen un factor de riesgo genético– el determinante tiene que ver con factores ambientales, sociodemográficos y económico-alimenticios. Los autores recomiendan el diagnóstico en la edad pediátrica, así como aplicar las normas preventivas y terapéuticas, para limitar la detonación o el proceso de la enfermedad en la población infantil.

Los servicios de salud de ambos países han realizado esfuerzos por abordar las problemáticas mencionadas y generado estrategias institucionales y locales, como la que se presenta en el capítulo siete, en que los autores participan en un Consejo Jurisdiccional de Estrategia para la Reducción de la Muerte Infantil (Cojuermi), a quien le corresponde realizar el análisis de los factores asociados a la morbilidad y mortalidad infantil, así como emitir recomendaciones a los diferentes actores de la atención a la salud. Los autores describen su funcionamiento y con algunos ejemplos de autopsias verbales, muestran el proceso de diagnóstico y las causas de defunción de niños y niñas menores de cinco años de edad, con la finalidad de detectar las necesidades de capacitación y mejora en los programas de prevención y control de enfermedades. ❁

- Estamos conscientes de las limitaciones teóricas y metodológicas al abarcar el amplio campo de la salud pública y sus relaciones con las condiciones estructurales e históricas. También de las dificultades de acceso o inexistencia de la información a nivel municipal y local en ambos países, así como del alcance en personal y recursos del proyecto.

 - Este proyecto nos plantea interrogantes de nivel teórico y práctico, principalmente para dirigirnos hacia rumbos de atención de calidad y resolutivos sobre los modelos de atención a la salud en ambos países ¿Cuáles son los modelos y políticas de salud que pueden ser efectivos para una región transfronteriza? ¿Cómo coordinar procesos para hacer políticas internacionales transfronterizas que permitan una atención en salud pública preventiva y resolutiva? ¿Cuáles son las estrategias para una colaboración transfronteriza en salud? ¿Cómo incluir en las políticas de salud una visión y misión más amplias del proceso salud/enfermedad/atención? ¿Cómo plantear las estrategias de participación de cada uno de los sectores? ¿Cuáles son los retos de la multidisciplina y la interdisciplina en salud pública? ¿Cómo operar programas de prevención y control transfronterizos entre México y Guatemala? ¿Cuáles son las condiciones para incluir una perspectiva intercultural para la atención de los problemas de salud pública transfronterizos?

 - Las interrogantes acerca de las problemáticas de los modelos de salud en la RTMG nos comprometen al seguimiento en investigación y en acción hacia intervenciones que den pauta a tomadores de decisiones a trabajar y considerar las estrategias para que en la RTMG se atiendan los problemas de salud. La atención en una histórica desigualdad social en el derecho a la atención de la salud en esta región, nos permite plantear la integración en las políticas internacionales, de una estrategia de atención a la salud transfronteriza, así como líneas de trabajo e investigación sobre la gestión del riesgo para esta, como un proceso continuo de búsqueda de la prevención y control de enfermedades consideradas problemas de salud pública, desde diferentes niveles de participación: individual, grupal, comunitario, nacional e internacional, y desde los diversos contextos históricos, políticos, ambientales y socioculturales.
-

Referencias

- ALVAREZ G., G.; R. SANTANA; I. ANDURO; C. ARELLANO; M. I. ORTEGA; M. SALAS; et al. 2019. Experiencias interdisciplinarias en alimentación y daños a la salud en las fronteras sur y norte de México. *Revista Latinoamericana de Educación y Estudios Interculturales*. 3(2):9-18.
- ALVAREZ G., G. Y H. LAAKO 2015. Entre recursos y riesgos compartidos: La necesaria construcción de una visión crítica de cuenca transfronteriza en el río Grijalva. *Frontera Norte* 27(54):73-98.
- CANALES, A., P. VARGAS E I. MONTIEL. 2010. *Migración y salud en zonas fronterizas: Guatemala y México*. Editorial Naciones Unidas Cepal. Santiago de Chile. 81 pp. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7233/1/S1000582_es.pdf
- CHAVAROCLETTE, C. 2014. Identificaciones regionales entre las zonas fronterizas de Comitán, México y Huehuetenango, Guatemala. 1824-2001. *Liminar* 12(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-80272014000200012&script=sci_arttext#notes
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA. 1993. Reformada por Acuerdo legislativo No. 18-93 del 17 de Noviembre de 1993. En: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp_gtm-int-text-const.pdf
- INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL. 2003. *Reglamento sobre protección de invalidez, vejez y sobrevivencia*. Acuerdo 1124, Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpano32468.pdf>
- Ley General de Salud. 2009. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. *Diario oficial de la Federación* publicado el 7 de febrero de 1984. Disponible en: https://docs.mexico.justia.com/federales/ley_general_de_salud.pdf
- Ley Orgánica de la Administración Pública. 2015. Secretaría de Salud. Consulta Disponible en: www.ssm.gob.mx > Ley Organica de la Administracion Publica Art. 39.pdf
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR DE GUATEMALA. 2018. *Proceso de Reforma del sector Salud en Guatemala*. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/index.php/institucional/reforma-de-salud>
- OCHOA, H. 2018. *La Frontera Sur de México, ¿una salud en crisis?* Conacyt y Academia Nacional de Medicina de México. 248 pp.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2018. *Cambio climático y salud. Datos y Cifras*. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cambio-clim%C3%A1tico-y-salud>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2019. *¿Cómo define la OMS la salud?* Disponible en <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- PINTÍN PEREZ, M. J. 2019. *Reprimidas por la tolerancia: violencia simbólica y cotidiana de la regulación de mujeres migrantes en el comercio sexual en la frontera sur de México*. Tesis de doctorado en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable. El Colegio de la Frontera Sur. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
- ZEBADÚA-GONZÁLEZ, E. 1999. *Breve historia de Chiapas*, Fondo de Cultura Económica. El Colegio de México, México. 187 pp.

Región Transfronteriza México-Guatemala
Condiciones de salud pública

*Alvarez Gordillo Guadalupe del Carmen
Jan Gómez Julio César
Dorantes Jiménez José Eugenio*

La salud pública de la Región Transfronteriza México-Guatemala, presenta un panorama epidemiológico resultados de las condicionantes sociales, culturales, políticas e históricas de marginación y pobreza que no han permitido que los programas de prevención y control, y las políticas de salud logren reducir las enfermedades «de la pobreza» como se considera a las infecciones, el dengue y la tuberculosis. Es necesaria una mayor coordinación interinstitucional y transfronteriza con políticas formales de cooperación. ☛

PALABRAS CLAVE: Salud pública, Epidemiología, Enfermedades crónicas, Enfermedades infecciosas, Políticas públicas.

De acuerdo a Dardón (2003) «La frontera entre Guatemala y México es un límite internacional de aproximadamente 963 kilómetros de longitud, ubicado en Centroamérica. Del lado guatemalteco colindan los departamentos de San Marcos, Huehuetenango, Quiché, y Petén; en la parte mexicana se encuentran los estados de Chiapas (654 km) con las regiones Soconusco, Sierra, Fronteriza y Selva; Tabasco (108 km) que abarca los municipios de Balancán y Tenosique, y Campeche (194 km) con Candelaria y Calakmul».

Canales et al. (2010) mencionan que la frontera México-Guatemala no debe considerarse una región, sino un espacio multirregional, con características socioculturales compartidas ya que se da una significativa presencia de población indígena, pero con precarización de sus condiciones de vida originarias: altos rangos de pobreza, atraso social, rezago educativo, analfabetismo y otros aspectos. A pesar de esto, «México y Guatemala [también] presentan importantes diferencias demográficas, derivadas tanto de sus particulares historias, como de sus situaciones económicas, sociales y políticas».

En términos ambientales, México y Guatemala comparten cuencas transfronterizas de ríos como el Usumacinta y el Grijalva, que han derivado en riesgos a causa de conflictos sociales –por ejemplo, sobre el agua como recurso– o en desastres de origen hidrometeorológico (Vilafuerte, 2010 y Alvarez, 2011). Es así que México y Guatemala compartimos diversos escenarios poblacionales, ambientales y por tanto de salud, cuyos diagnósticos no se han realizado hasta el momento con una visión de *frontier* (integral o transfronteriza) que más allá de una *border* (límite político abrupto internacional), permita comprenderlos de manera compleja, para proponer una visión heurística de estrategias coordinadas entre países a fin mejorar la salud pública internacional. Consideramos que la presente compilación es una primera aproximación en tal sentido.

En éste capítulo, planteamos el panorama epidemiológico que construimos, a la par de factores de los contextos que afectan a la salud, ya que consideramos que ésta no es solamente un hecho biológico, sino histórico, social, económico, cultural y político. Los escenarios de salud en general, involucran fuertemente la relación del ser humano con la naturaleza, por ello dan cuenta de transformaciones productivo-alimentarias y formas de exposición a riesgos socioambientales que detonan patologías específicas. En ese sentido, la Salud Pública como una

construcción histórica, cultural y social, da cuenta de las dinámicas de transformación de usos y costumbres de los distintos pueblos y comunidades, como las formas de enfrentar riesgos de daños a la salud, la valoración de los sistemas alimentarios tradicionales o alternativas de cuidado a la salud. En condiciones de pobreza y crisis del campo, la salud de la población se afecta gravemente, sobre todo en el desarrollo de niños y niñas menores de cinco años de edad –en quienes se detectan las más altas tasas de desnutrición–. Por otra parte, la falta de acceso a servicios, de autonomía, de oportunidades y capacidad de agencia colectiva, de mecanismos de participación y resolución de problemas, y despojo de recursos, vulneran aún más a las poblaciones y su capacidad de respuesta ante las amenazas para la salud, resultando así, estrategias de supervivencia de bajo impacto (Morales et al., 2018). En la RTMG, las transformaciones alimentarias hacia un esquema económico capitalista no saludable de productos comerciales industrializados se ha anclado en la representación comunitaria de «alimentos modernos» que se han convertido en «necesidades» con detrimento de la producción de autoconsumo, que era sustento de las dietas basadas en el maíz y frijol, complementadas con frutas y verduras de la región. La satisfacción de las nuevas «necesidades» alimenticias va ligada a las lógicas de dependencia de programas gubernamentales; medicalización de la salud y crisis del campo, que a la par de un bajo nivel de ingreso familiar, hacen que los apoyos otorgados por programas de subsidio alimenticio no sean suficientes para cubrir las verdaderas necesidades de los hogares, lo que genera pobreza y por ende, el gran problema de la inseguridad alimentaria (Alvarez et al., 2018).

Métodos de estudio

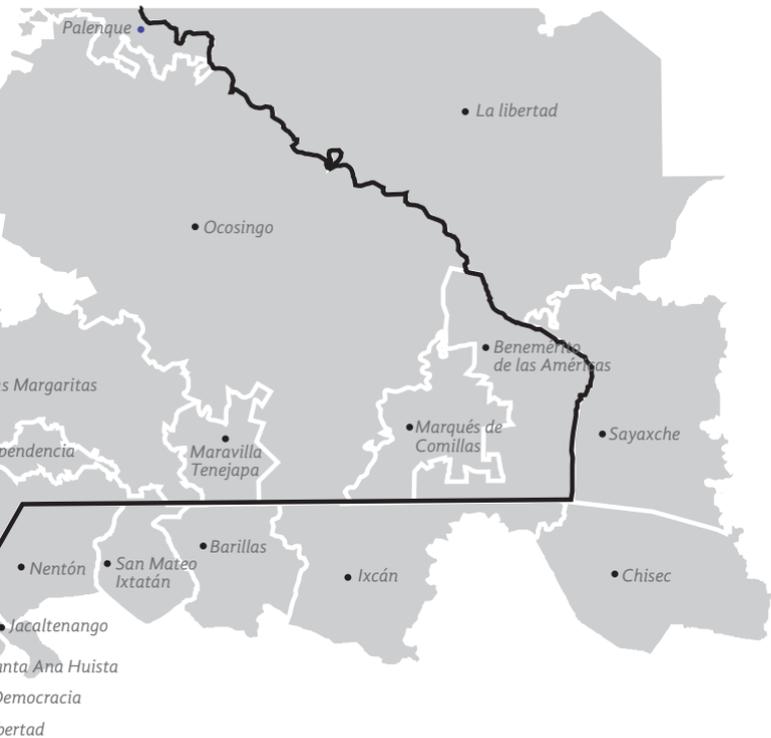
Conscientes de la complejidad de delimitar una región adecuada en nuestra investigación, decidimos elegir a los municipios colindantes de ambos países como el universo de estudio (Mapa 1.1); de esta manera, en buena medida se incluye un territorio transfronterizo, cuyos municipios disponen de cierta información cuantitativa secundaria en salud –mortalidad y morbilidad–, pero sobre todo, accesibilidad de parte de las instituciones para construirla de manera primaria, en particular la de los municipios del departamento de salud de Huehuetenango y los municipios colindantes pertenecientes a las Jurisdicciones Sanitarias de Comitán y Motozintla. Sin embargo, nuestro enfoque transfronterizo, determinó la existencia de diversas

Mapa 1.1 · Delimitación de la **Región Transfronteriza México-Guatemala**

Elaboró: Emmanuel Valencia. 2019. LAIGE, Ecosur; Unidad San Cristóbal

La frontera sur de México tiene una extensión de 1 149 kilómetros, el 83% (956 km) corresponde a la línea divisoria con Guatemala. La línea fronteriza México-Guatemala está conformada por tres estados mexicanos (Campeche, Tabasco y Chiapas) y cuatro departamentos guatemaltecos (Petén, Quiché, Huehuetenango y San Marcos; Senado de la República 2018).





dificultades en la investigación, porque el análisis de las condiciones de salud con el mismo tipo de información, dimensiones y niveles en todos los municipios colindantes, estuvo limitado por dificultades de acceso, diferencias en su categorización, falta de información e inseguridad del trabajo de campo en algunas regiones de ambos países. A pesar de ello, logramos empatar categorías y construir datos comparables¹.

Realizamos entrevistas con personal de salud en tres municipios fronterizos de Chiapas, México y en los del departamento de Huehuetenango, con el fin de conocer lo que los actores de la salud consideran problemáticas locales, cuáles son sus prioridades de atención y principales retos en sus unidades médicas.

En mayo del 2018 y abril del 2019, realizamos dos reuniones con médicos y médicas responsables de las unidades de salud de los municipios de Huehuetenango, Guatemala y responsables jurisdiccionales de los programas de Enfermedades Diarreas Agudas (EDAS), Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), nutrición, así como médicos expertos en la problemática de salud transfronteriza por haber ocupado puestos como secretarios de salud, jefes jurisdiccionales y epidemiólogos. Recabamos datos directamente sobre los principales problemas de salud pública, conjuntamos estadísticas y con los entrevistados definimos jerarquías en ellos desde la perspectiva transfronteriza, lo que nos ayudó a definir la revisión que presentamos en este capítulo.

El contexto regional transfronterizo México-Guatemala

Durante los últimos siglos, en el tema de la salud pública se ha dado un fenómeno denominado «transición de riesgos» debido a que durante el transcurso de la primera mitad del siglo XX, la población estaba expuesta a los riesgos propios de un país básicamente rural con infraestructura incipiente; caracterizado por higiene deficiente, mala disposición de excretas, agua para consumo humano de baja calidad, hacinamiento, convivencia con animales en el hogar, esquemas de vacunación incompletos, cobertura de servicios de salud insuficiente y subutilización de los mismos, entre otros factores. Con el avance del siglo y hacia el XXI, los riesgos fueron cambiando junto a su urbanización (Kuri-Morales, 2011). Tal dinámica tuvo consecuencias positivas por un lado con el saneamiento de las malas condiciones de la infraestructura rural, pero por el otro, originó nuevos riesgos asociados a la economía de consumo y urbanización como «exposición al sedentarismo, al estrés, al uso y abuso de tabaco y drogas, a la violencia, así como a patrones

¹ En este capítulo, no abordamos los municipios colindantes de Tabasco y Campeche, por las dificultades de obtener las estadísticas y limitaciones de tiempo y recursos del mismo proyecto de investigación. ■

alimentarios compuestos por productos de alta densidad energética, colesterol elevado e hipertensión arterial, factores responsables de gran parte de la carga global de la enfermedad, ya que son responsables de la obesidad y otras enfermedades crónico degenerativas que se detectan a edades cada vez más tempranas» (Ezzati y Riboli, 2013).

En México, las principales causas de mortalidad general, han cambiado en las últimas décadas de un perfil de enfermedades infecciosas a un perfil actual de enfermedades crónico-degenerativas. En la RTMG, como en todos los países de América, se reconocen logros como la eliminación de la poliomielitis en 1991 y la cobertura de vacunación, sin embargo desde este mismo año, además del incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, han persistido las enfermedades infecciosas, como las diarreicas e infecciones respiratorias agudas (Dirección General de Epidemiología, 2018).

Amenazas como El Cambio Climático Global, desigualdades sociales y persistencia de la pobreza, son cada vez mayores retos para la salud pública. En este sentido se prevén cambios en la distribución y frecuencia de enfermedades transmitidas por vectores y un incremento en la contaminación del agua y aire, así como la inseguridad alimentaria por sequías prolongadas y bajas precipitaciones. Estos impactos en la salud, serán de mayor magnitud en las regiones pobres y de alta marginación, como la RTMG.

Los municipios de la RTMG, son considerados de alta y muy alta marginación de acuerdo a criterios similares del Consejo Nacional de Población en México (Conapo, 2010) y de la Secretaría de Planificación y Programación en Guatemala (Segeplan, 2007). En la determinación de la marginación, se suman factores que incluyen el porcentaje de población de 15 años o más analfabeta y sin primaria completa, el de ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado, sin energía eléctrica, sin agua entubada, con algún nivel de hacinamiento, con piso de tierra, porcentaje de población en localidades con menos de 5,000 habitantes y el de población ocupada con ingresos de hasta 2 salarios mínimos. Según estos indicadores en casi la mitad de los municipios rurales en Guatemala (44 %), la mayoría de su población (más del 75 %) vive en pobreza (Banco Mundial, 2013).

El perfil epidemiológico de México-Guatemala.

Simultáneamente con los cambios demográficos, sociales y económicos, los patrones de mortalidad se han modificado y actualmente las

enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares. En México, esos cambios coinciden además, con el período de crecimiento económico del país, el incremento del salario mínimo y la mejoría en las condiciones sanitarias de la población, así como con la aplicación de programas específicos de salud, como el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), el Programa de Vacunación Universal (PVU), los Programas Nacionales de Control de las Enfermedades Diarreicas y de Infecciones Respiratorias Agudas (Perdigón et al., 2008). Así, las enfermedades infecciosas han disminuido y la mayor parte de los riesgos a la salud provienen de padecimientos crónicos y lesiones de causa externa como homicidios, accidentes y lesiones autoinflingidas. La reducción en la fertilidad y la mortalidad en edades tempranas ha modificado drásticamente la estructura de la pirámide poblacional, lo que ha contribuido a moldear un perfil epidemiológico totalmente diferente al de hace 20 o 30 años (Dirección General de Epidemiología, 2018).

En general, el perfil de enfermedades que aquejan a la población del país, está dominado por las No Transmisibles, sin embargo el panorama en los municipios de alta marginación de la RTMG que estudiamos, registra alta prevalencia y mortalidad por enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales. Relacionado a la mortalidad por Enfermedades Sujetas a Vigilancia Epidemiológica, principalmente enfermedad por VIH, tuberculosis, IRA's y EDA's durante el año 2016, Chiapas fue el estado con el lugar número uno en las tres últimas causas (Dirección General de Epidemiología, 2016).

En la República de Guatemala, en 2012 el Instituto Nacional de Estadísticas describe que «la mayor demanda de servicios de salud pública fue por resfriado común, con 29.3 % del total de casos atendidos. Le siguieron en orden de importancia: amigdalitis aguda: 12.5 %; así como infección de vías urinarias: 10.2 %». Asimismo, la principal causa de muerte fue por neumonía (21.7 %), le siguieron el infarto agudo y la diabetes mellitus, con un 16.1 % y 11.9 %, respectivamente (INE, 2012). Mientras, las tres principales causas de mortalidad en ese año, lo ocuparon enfermedades no transmisibles (neumonías, infarto agudo al miocardio y diabetes mellitus). Según información disponible, en México las tres principales causas de mortalidad para el 2015 fueron las enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos (Tabla 1.1). Para 2017, México y Guatemala registran entre sus primeras causas de morbilidad a las Infecciones Respiratorias Agudas, infecciones intestinales por otros organismos e infecciones de vías urinarias.

.....
 TABLA 1.1 · Principales causas de mortalidad 2015

Fuente: Secretaría de Salud, 2015

Causas	Nacional		Chiapas		Tabasco	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
TOTAL	655,688	548.6	26,519	508.2	12,666	528.8
Enfermedades del corazón	128,731	107.7	3,988	76.4	2,389	99.7
Enfermedades isquémicas del corazón	88,144	73.7	2,682	51.4	1,582	66.0
Diabetes mellitus	98,521	82.4	3,423	65.6	2,283	95.3
Tumores malignos	79,514	66.5	3,046	58.4	1,334	55.7
Accidentes totales	37,184	31.1	1,326	25.4	958	40.0
Accidentes de tránsito	16,035	13.4	658	12.6	620	25.9
Enfermedades del hígado	35,718	29.9	2,048	39.2	567	23.7
Enfermedad alcohólica del hígado	11,863	9.9	470	9.0	193	8.1
Enfermedades cerebrovasculares	34,106	28.5	1,179	22.6	650	27.1
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	21,057	17.6	608	11.7	391	16.3
Agresiones	20,762	17.4	544	10.4	348	14.5
Influenza y neumonía	18,889	15.8	901	17.3	209	8.7
Insuficiencia renal	13,300	11.1	793	15.2	241	10.1
Afecciones originadas en el período perinatal	12,992	10.9	695	13.3	453	18.9
Malformaciones congénitas, y anomalías cromosómicas	9,364	7.8	458	8.8	205	8.6
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	7,076	5.9	334	6.4	128	5.3
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	6,425	5.4	316	6.1	170	7.1
Bronquitis crónica y no especificada, enfisema y asma	4,940	4.1	205	3.9	112	4.7
Enfermedad por el VIH	4,756	4.0	230	4.4	248	10.4
Enfermedades infecciosas intestinales	3,754	3.1	514	9.9	ND	ND
Anemias	3,553	3.0	271	5.2	60	2.5
Síndrome de dependencia del alcohol	3,167	2.6	196	3.8	ND	ND
Septicemia	2,932	2.5	161	3.1	50	2.1
SUBTOTAL	546,741	457.4	21,236	407.0	10,875	454.0
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	10,994	9.2	2,007	38.5	289	12.1
Las demás causas	97,953	81.9	3,276	62.8	1,502	62.7

..... Tasa por 100 mil habitantes

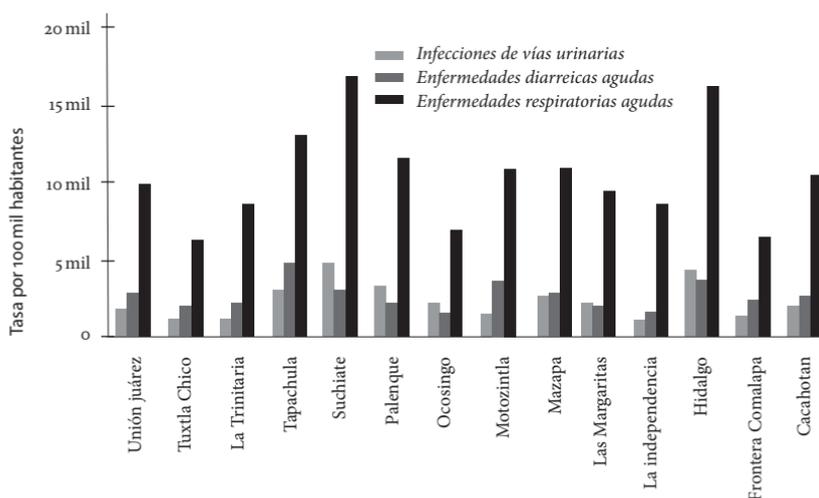
Principales causas de mortalidad y morbilidad en la Región Transfronteriza

En el análisis de las causas de mortalidad por quinquenios en los municipios, se aprecia un cambio importante en los niveles de ubicación de las causas. Por ejemplo, en 1995 se registraron a las enfermedades infecciosas intestinales, las isquémicas del corazón y las respiratorias bajas, como principales causas en los municipios fronterizos de México. En ese mismo año la excepción fue el municipio de Suchiate que registró una tasa de homicidios de 34 muertes por 100 mil habitantes, siendo el primer lugar en esta causa. A 21 años, en 2016, existe una gran diferencia en las cinco principales causas de muerte en estos municipios, ubicándose a la diabetes, enfermedades isquémicas del corazón y cáncer en los primeros lugares, con excepción de los nuevos municipios de Marqués de Comillas y Benemérito de Las Américas –que como primera causa de muerte registran a los homicidios– y Maravilla Tenejapa, a la desnutrición.

Mortalidad por municipios y grados de marginación.

Los municipios con muy alto grado de marginación en la frontera son: Amatenango de la Frontera, Las Margaritas, Ocosingo, Maravilla Tenejapa y Marqués de Comillas, éstos dos últimos con decreto de municipios en julio de 1999.

GRAFICA 1.1 · Tres principales causas de morbilidad en municipios fronterizos de México, 2016.
Fuente: Dirección de Epidemiología, Secretaría de Salud, Chiapas, 2018



En los municipios de alta marginación, el cambio en las cinco primeras causas de mortalidad ha sido total. Por ejemplo, en Amatenango de la Frontera para 1995, se registraron como cinco primeras causas de muerte a las enfermedades isquémicas del corazón (46.4 por 100 mil habitantes) asma (25.3), Infecciones Respiratorias Agudas (25.3), agresiones (homicidios; 12.7) y tuberculosis (12.7). Para 2016 la diabetes mellitus ocupa el primer y segundo lugar en estas demarcaciones; estos cambios aplican también para los nuevos municipios que pertenecían a Ocosingo.

En los municipios de media marginación: Tapachula, Tuxtla Chico y Unión Juárez, se registra a la cirrosis hepática, como tercer, segundo y primer lugar de mortalidad, respectivamente. Para los municipios de baja marginación, ya se registraban para 1995 como causas principales de muerte a la diabetes mellitus y los cánceres (Dirección de Salud Pública Chiapas, 2018).

Dado todo lo anterior, la diabetes mellitus ha ocupado la principal causa de muerte por lo que se considera un problema de salud pública relacionado con las condiciones de vida de la población, determinado tanto por las transformaciones estructurales socioeconómicas, ambientales y políticas como por las dificultades del proceso de atención del padecimiento, la búsqueda de éste y la adherencia a los tratamientos.

Para 2016, entre las principales tres causas de mortalidad en los municipios fronterizos del departamento de Huehuetenango, Guatemala, se encuentran las neumonías y bronconeumonías, las diarreas de presunto origen infeccioso y accidente vascular cerebral. La diabetes se registra en 6 de los 8 municipios en los primeros lugares, con el quinto lugar y la tasa más alta de 17 por 100 mil habitantes en Barillas y en el segundo aunque con la tasa más baja (de 2) en Nentón (Servicios de Salud Huehuetenango 2019).

Morbilidad en la RTMG

Las primeras tres causas de morbilidad en los municipios fronterizos de Chiapas son infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales e infecciones de vías urinarias (Grafica 1.1). El resto de causas de morbilidad son úlceras, gingivitis, conjuntivitis y amebiasis; en caso de brotes, el dengue no grave ocupa los principales lugares en la consulta.

En los municipios fronterizos de Huehuetenango en Guatemala al 2016, también se encuentran como principales causas de morbilidad las infecciones respiratorias agudas, las diarreas y las infecciones de vías

urinarias. Los reportes de los servicios de salud, registran de manera separada a las amigdalitis, rinofaringitis y otras respiratorias, por lo que realizamos la suma de ellas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades. Lo mismo sucede para las enfermedades diarreicas por origen infeccioso como amibiasis y parasitosis (Grafica 1.2). Llama la atención en el municipio de Barillas que registra en primer lugar el retardo en el desarrollo debido a desnutrición calórica proteica, con una tasa de 2,064/100 mil habitantes. En 2017 las principales causas de enfermedad fueron las IRA'S, EDA'S e Infecciones de vías urinarias, seguidas de úlceras, gastritis, duodenitis y conjuntivitis.

De la revisión de 1995 a 2017, por municipios fronterizos de Chiapas, las causas reportadas en 1995, fueron similares en todos los municipios, en primer lugar las IRAS, segundo la amibiasis y en tercero las infecciones intestinales. Aparecen en las cinco primeras causas la esca-biasis, ascariasis y faringitis. En 2017, los municipios fronterizos presentan la misma primera causa, la segunda, las infecciones intestina-les mientras que el cambio importante fue el de las infecciones de vías urinarias en tercer lugar, junto con úlceras, gastritis y duodenitis.

En el primer nivel de atención en Tapachula, la primera causa de morbilidad la ocupan las enfermedades endócrinas, como la diabetes mellitus y la hipertensión, que suman el 50.4 % del total de consultas subsecuentes. En el segundo nivel el 81.9 % del total agrupa a los primeros 11 diagnósticos, predominando las enfermedades crónicas sobre las infectocontagiosas; asimismo, las del aparato genitourinario son mayores en éste nivel que en el primero, representando en el volumen de consultas de tres años el 15 %. A su vez, es notable un alto porcentaje de atención del aparato digestivo siendo preponderantes las patologías quirúrgicas; destaca también que dentro de los primeros tres lugares se encuentra la atención de neoplasias (Dirección Salud Pública Chiapas, 2018).

Al cierre del 2018, las infecciones respiratorias agudas en México continúan siendo el principal motivo de consulta en el primer nivel de atención, sin embargo, Chiapas es el estado con menor número de casos -152.4 por cada 100 mil habitantes-, siendo los grupos más vulnerables los ancianos, y los menores de 5 años.

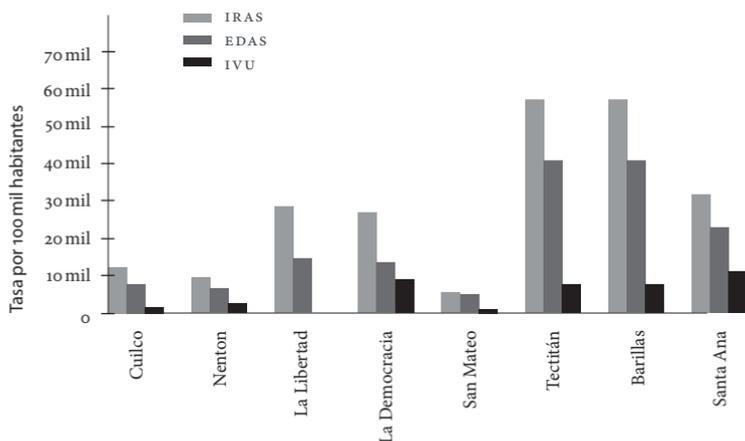
Enfermedades viejas y reemergentes

EL CASO DE LA TUBERCULOSIS

En México, la tuberculosis (TB) se ha desplazado de las principales causas de mortalidad, sin embargo en algunos municipios de Chiapas y

GRAFICA 1.2 · Tres principales causas de morbilidad en municipios fronterizos de Guatemala, 2016.

Elaboró: Emmanuel Valencia. 2019. LAIGE, ECOSUR; Unidad San Cristóbal



Baja California, sigue apareciendo entre las primeras 20. Se encuentra sujeta a vigilancia epidemiológica, por ser una enfermedad curable, con acceso al tratamiento y que persiste en su forma pulmonar, pero su evolución también puede complicarse con otras enfermedades como la diabetes, el sida o con la farmacorresistencia.

La mortalidad por tuberculosis pulmonar ha descendido en los últimos 30 años. En el 2015, Chiapas registró una tasa de 24.6 muertes por 100 mil habitantes, y hasta este año había ocupado el primer lugar en muertes por tuberculosis de todos los estados de la República. Posterior a esta fecha, han aparecido en primeros lugares otros estados como Baja California, Sonora y Nuevo León. Sin embargo para la RTMG sigue siendo un problema de salud pública por la alta prevalencia, los abandonos de tratamiento y la movilidad de la población.

El número de casos reportados, que depende de la detección y diagnóstico en las unidades de salud, ha mostrado una curva irregular durante los últimos 30 años. En México, durante el 2015, se reportaron 20.5 casos nuevos de TB en todas sus formas (80 % pulmonar, 1.4 % meníngea y 18.6 % de otras formas). De la TB pulmonar, el 23.2% se asoció a diabetes y 6.4% a VIH-sida. El total de defunciones para ese año fue de 2,222 por TB en todas sus formas (Dirección General de Información en Salud, 2018).

La prevalencia de TB combinada con diabetes mellitus (DM) y de TB con VIH-sida, se ha incrementado en los últimos años. En 2011 se reportaron 4,207 casos prevalentes asociados a DM, 20.6 % del total de la población con TB detectada. El 96 % de los casos se encontraron en edades entre 30 a 65 años, con un porcentaje de 56.6 % de hombres versus 43.4 % de mujeres; 58 % de los casos fueron diagnosticados en la Secretaría de Salud, 28.6% en el IMSS y 13.4% en otras instituciones. El 70% fueron identificados en consulta externa, 23.8% en hospitalización y 6.2% en otros servicios de salud. La tuberculosis *multifármacoresistente* se ha incrementado y está relacionada principalmente a los abandonos de tratamiento.

En el caso de Guatemala, la tasa de mortalidad registrada en 2005 fue de 2.7 por 100 mil habitantes, con una reducción importante para 2017 de 1.8 por 100 mil habitantes. En el departamento de Huehuetenango se registró 1.6 para ambos años, pero en los intermedios como en 2009, registró tasas altas como 2.9 por 100 mil habitantes. (INE Guatemala, 2017).

En la RTMG, en 2016, en los municipios colindantes de México con Guatemala, siete registran a la tuberculosis en las principales 20 causas de mortalidad: La Independencia en 5º lugar y Las Margaritas, Palenque, Marqués de Comillas, Suchiate, Tapachula y Mazapa de Madero entre el 12º y 15º lugar (Dirección de Salud Pública Chiapas, 2018). En los municipios colindantes de Guatemala, no se reportaron muertes en ese año, aunque sí se registraron 44 casos nuevos, principalmente en Barillas –con 30 casos de 816 baciloscopías realizadas– (Dirección de Salud Huehuetenango, 2019).

En 2016, Chiapas se encontró dentro del grupo de las entidades que aportaron el 70 % de los casos de tuberculosis en todas sus formas al país, siendo Tapachula el municipio fronterizo que ocupó el 9º lugar nacional en número de casos y el primer lugar estatal –con 258 casos y tasa de 71.54 por 100 mil habitantes–. La estrategia actual de la OMS, es la priorización de municipios como la columna vertebral de la estrategia encaminada a cortar las cadenas de transmisión. La tendencia de casos de tuberculosis en las últimas 3 décadas es ascendente con periodos de mesetas que se mantienen. En la última década la cantidad de casos nuevos es alarmante, siendo una amenaza la falta de acceso al diagnóstico oportuno así como la falta de búsqueda activa por los servicios de salud, dado el desempeño de indicadores actuales con diagnóstico tardío (del 33.2 % con un 13 % de hospitalización para 2016, por ejemplo); siendo deseable una búsqueda activa mayor (Dirección General de Información en Salud, 2018).

² El dengue es una enfermedad febril aguda ocasionada por flavivirus denominados como serotipos DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4, los cuales son transmitidos por mosquitos infectados, del género *Aedes* (principalmente *A. aegypti*), al picar personas sanas. Se puede presentar en alguna de las siguientes formas clínicas: fiebre por dengue, enfermedad vírica febril, y aguda. Se caracteriza por comienzo repentino, fiebre que dura entre dos y siete días, cefalea, mialgias, dolor retro ocular, náusea, vómito y erupción cutánea. En la fase de defervescencia puede presentarse una erupción maculopapular generalizada. Pueden aparecer fenó-

Enfermedades transmitidas por vectores

DENGUE

De importancia en la RTMG se encuentran las enfermedades transmitidas por vectores como el dengue² y malaria, así como desde el 2015 el zika y chikongunya. Chiapas ha ocupado los primeros lugares en incidencia de dengue en el país con variaciones del 2012 al 2018, este último año se colocó en el primer lugar de incidencia con una tasa de 61.7 por 100 mil habitantes, –la más alta del país–, lo que significó un registro de 3,359 casos acumulados (Tabla 1.2); 760 casos de dengue no grave (DNG), cuya tasa fue de 13.96; 2,132 casos de dengue con síntomas de alarma (DSCA) y 467 de dengue grave (DG); la suma de estas dos últimas formas de dengue tuvo una tasa de 8.58 por 100 mil habitantes. Para el 2019, se registró una reducción de los casos confirmados de dengue, cuyos registros fueron de 2,241 casos totales: 595 no graves, 1,226 con signos de alarma y 420 casos graves (Secretaría de Salud, 2019).

En la región fronteriza de Chiapas, se registraron los municipios de más alta incidencia como Maravilla Tenejapa en 2012, que presentó 33 casos de dengue con una tasa de 275 por 100 mil habitantes. En 2017, Las Margaritas presentó 837 casos (tasa de 851) y en Tapachula el dengue no grave fue la sexta causa de morbilidad para ese mismo año (2018). En 2018 el municipio de Frontera Hidalgo tuvo una tasa de 228.25 casos por 100 mil habitantes.

Respecto a Guatemala, la incidencia de dengue más alta se había registrado en 2014 con una tasa de 125 por 100 mil habitantes, hasta el 2019, que en el país se incrementó con un registro de 50,311 con una tasa de 278.5 por 100 mil habitantes. En este último año, el mayor número de casos notificados fueron en los Departamentos de El Petén con 7,354 (tasa de 856.9), Huehuetenango con 6,173 (tasa de 453.2) y Guatemala con 5,939 casos (tasa de 166.2; MSPAS, 2019).

PALUDISMO

En la mayoría del territorio mexicano, el paludismo se ha eliminado, sin embargo al 2018, persisten cuatro focos ubicados en la vertiente del Pacífico, dos de ellos al noroeste del país, mientras que los otros dos en el sur-sureste: el primero en la costa del estado de Oaxaca y el segundo en Chiapas, frontera con Guatemala. Actualmente, el principal foco se encuentra en los márgenes de la frontera de Chiapas con Guatemala, donde se acumula el 58.3 % de los casos registrados durante tres años (2006-2008), el 14.73 % de la población en riesgo y el 16.26 % de las localidades endémicas del país. Este foco se caracteriza por un patrón

menos hemorrágicos como epistaxis y gingivorragias. Son frecuentes la linfadenopatía y la leucopenia y con menor frecuencia la trombocitopenia. De no evolucionar a formas hemorrágicas, se obtiene el restablecimiento total. La Fiebre hemorrágica por dengue es una enfermedad vírica grave que se caracteriza por permeabilidad vascular aumentada, hipovolemia y anomalías en los mecanismos de coagulación sanguínea. La tasa de letalidad en casos tratados inadecuadamente es de 40 a 50 %; con un tratamiento adecuado las tasas son de 1 ó 2 % (Sinave, 2018).

³ Los vectores de Zika de la familia *Aedes* pueden ser: *A. aegypti*, *A. africanus*, *A. apicoargenteus*, *A. furcifer*, *Aedes luteocephalus* y *A. vitattus*. El periodo de incubación en el cuerpo humano es entre tres a 12 días, genera una enfermedad exantemática que puede o no tener síntomas; si los hay suelen ser leves y consisten en fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar general y cefaleas. La enfermedad del Zika está asociada al incremento de anomalías congénitas, síndrome de Guillain Barré y otras manifestaciones autoinmunes. 

de transmisión persistente con riesgo permanente de brotes asociados a casos recurrentes, a la migración internacional y al movimiento continuo entre las comunidades fronterizas por el intercambio comercial y laboral (Betanzos, 2011).

El paludismo ha sido prácticamente endémico de Chiapas en México. La región tiene el registro del 81% de todos los casos del país. Sólo en el período 2003-2012, se registraron en la zona 166 casos por *Plasmodium vivax* y 20 casos por *P. falciparum*. Más recientemente, en 2016, para Chiapas se reportaron 276 casos que un año más tarde se incrementó a 346 casos (DGE 2017).

En Guatemala, el paludismo ha tenido una tendencia a la baja, con tasas de 1.13, 1.08, 0.48, 0.72, 0.81 y 0.5 por 100 mil habitantes durante los años 2010 a 2015 respectivamente, con decremento del 17%. Aquí se caracteriza por tener mayor incidencia en el grupo de edad de 10 a 24 años, siendo su principal agente causal, *Plasmodium vivax*. Los departamentos con más altos índices parasitarios anuales fueron Escuintla con 5.03, Alta Verapaz con 1.7 y Santa Rosa con 1.06 (MSPAS Guatemala 2015).

ZIKA

El Zika³ es un arbovirus que pertenece a la familia Flaviviridae y género *Flavivirus*. Se transmite por vectores principalmente de especies del género *Aedes*. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización mundial de la salud (OMS) emitieron alerta epidemiológica el 1 de Diciembre del 2015, donde informaron de un gran brote del virus Zika. En México, del 2015 al 18, se presentaron 12,794 casos de infección por zika, 821 correspondieron a Chiapas (DGE 2018).

CHIKUNGUNYA

En noviembre del 2014 se presentó en Chiapas el primer caso de enfermedad por transmisión autóctona del virus de Chikungunya⁴ (Declaratoria EE-2-2018// Cenaprece- DG-1419-2018). Para 2017, los casos confirmados de fiebre chikungunya fueron 64, distribuidos ya en 15 estados de la República Mexicana –8 de ellos en Chiapas–. En 2018 los casos confirmados se redujeron a 39, siendo Chiapas el estado que ocupó el segundo lugar en frecuencia con 7 casos, rebasado por Sinaloa con 13 casos (DGE 2018). Afortunadamente, para julio del 2019 ya no se han registrado casos en México (DGE 2019). Por el lado Guatemalteco, la tasa de incidencia más alta registrada fue en 2016 con 19.2 por 100 mil habitantes; de ese año al 2018, la tasa se ha reducido de manera importante. (MSP 2018. Tabla 1.2).

IRA'S Y EDA'S

En México y Guatemala, las IRA's son la primera causa de morbilidad, seguidas por las EDA's e Infecciones de vías urinarias en segundo y tercer lugar. Su alta prevalencia es importante por su relación con una alta mortalidad en la población infantil por estas infecciones. En todo México, en 2012 se identificó una prevalencia nacional del 11% para la EDA en menores de cinco años. En el estado de Chiapas, para el mismo 2012, se presentó una prevalencia de 13.4% en el mismo tipo de población, lo que representa una reducción del 36.5% en seis años si se compara con la del 2006, que fue de 21.1% (Ensanut, 2012).

En Guatemala, según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI 2014-2015), entre el 2014-2015 el 19% de las niñas y niños menores de cinco años, presentó enfermedad diarreica en las dos semanas antes de que se aplicara la encuesta, de este porcentaje el 2% presentó cuadros diarreicos con sangre. Esta prevalencia, es mayor a la que se presentó en México en el periodo.

Los departamentos de Baja Verapaz y Alta Verapaz, son los dos con más alta prevalencia de EDA, aunque en general las prevalencias de diarrea de todos los departamentos son muy similares. Por otro lado, en la semana epidemiológica 37 del 2017, se observó un incremento del 6% en relación con el 2016, en la tasa de Enfermedades Transmitidas por el Agua (ETA's), siendo los niños hasta los cuatro años los más afectados. En Baja Verapaz, se observa un aumento importante para el año 2017, al igual que en Petén Sur Oriental, Quetzaltenango y Alta Verapaz. En el resto de los departamentos la tasa de ETA's disminuyó.

En Guatemala, según la ENSMI el 11% de los menores de cinco años tuvieron síntomas de IRA. Los hijos de mujeres sin algún nivel de educación escolarizado y del quintil económico más bajo, tuvieron una prevalencia cercana al doble en comparación con los niños del quintil más alto (11% vs 5% respectivamente; ENSMI, 2017). De acuerdo al análisis de morbilidad en el Sistema de Información Estatal de Vigilancia Epidemiológica (Suive, 2017) en los municipios de la región fronteriza las principales causas fueron las IRA's, EDA's e Infección de vías urinarias (Gráficas 1.1 y 1.2).

Discussion

El panorama epidemiológico de la RTMG, tiene como primera causa de muerte en el lado mexicano a la Diabetes mellitus; a las enfermedades isquémicas del corazón como segunda y en tercera al cáncer. Del lado guatemalteco cobra relevancia la neumonía escalando a la primer

⁴Las OPS y OMS (2016), describen a la enfermedad de chikungunya como un padecimiento que produce fiebre y dolores severos en las articulaciones, dolores musculares, dolores de cabeza, náusea, fatiga y sarpullidos. El virus es transmitido por los mismos mosquitos involucrados en la transmisión del virus del dengue (*Aedes aegypti* y *A. albopictus*) y comparte algunos signos clínicos con éste, lo que ocasiona muchas veces – en aquellos lugares donde el dengue es frecuente – un enmascaramiento del diagnóstico, por lo que puede no registrarse. No hay cura para su enfermedad, por lo que el tratamiento se centra en aliviar los síntomas. ■

causa, las enfermedades isquémicas del corazón permanecen en la segundo al igual que en México y la diabetes baja hasta la tercera.

En suma, se puede decir que el panorama epidemiológico de la RTMG tiene entre sus principales causas de mortalidad a las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes y a las IRA's –como la neumonía–. Semejante perfil de salud pública, desde la perspectiva tranfronteriza es resultado muy probable, de la «transición de riesgos» que plantea Kuri-Morales (2011) cuya dinámica va de las enfermedades de la «pobreza» (disminuidas por el saneamiento de las malas condiciones de la economía y cultura rural, que trae consigo el "desarrollo") a las de nuevos riesgos asociados a la economía de consumo y urbanización común para ambos países (sedentarismo, estrés, consumo de tabaco y de drogas, a la violencia, así como a patrones alimentarios compuestos por productos de alta densidad energética).

A pesar de compartir muchas características, las diferencias entre circunstancias de ambos países aparecen en el panorama: así podemos notar que en el lado guatemalteco, la desnutrición, las enfermedades respiratorias y gastrointestinales siguen siendo principales causas de muerte, enfermedades que sólo prevalecen –con menor mortalidad– en algunos municipios de la región mexicana. La reducción puede tener su origen en una mayor cobertura de los servicios de salud que hacen

TABLA 1.2 · *Tasas de incidencia de enfermedades transmitidas por vectores 2014-2018 Guatemala y Chiapas, México.*

Fuente: Secretaría de Salud, 2015

Enfermedad	2014	2015	2016	2017	2018
	Tasa por 100 mil habitantes				
Guatemala					
Dengue	125	121	53,8	24,9	42,4
Chikongunya	171,5	191,1	31,1	2,5	1,4
Zika		1,4	19,2	3,2	1,3
Chiapas					
Dengue	19,3	30,8	22,9	15,3	61,69

uso de antibióticos y logran un fuerte impacto en la divulgación de medidas preventivas entre las que están el lavado de manos y la cloración del agua, lo cual según los datos, parece tener mayor eficiencia en la zona mexicana que en la guatemalteca. Otras mortalidades como la ocasionada por tuberculosis también se vieron afectadas por el uso de antibióticos, sin embargo se encontró que las expectativas de control se desvanecen ante una alta frecuencia de abandono del tratamiento que hace la población y la aparición de tuberculosis *multifármacorresistente* (TB-MFR).

La persistencia de infecciones respiratorias e intestinales como principales causas de mortalidad en algunos municipios de alta marginación de la RTMG, sobre todo en la parte guatemalteca –según se decía arriba– muy probablemente puede cobrar sentido si se considera que no se ha integrado en las políticas de salud pública, un enfoque humanista, el cual consiste en considerar no sólo la biología, sino los aspectos sociales de la enfermedad: comprender a los padecimientos desde la mirada de las personas que los padecen, la sensibilización sobre el derecho a mirar así y actuar en consecuencia, y sumar a ésto la problemática regional. La formación médica determina la relación médico-paciente y si ésta se realizara desde un enfoque humanista que incluya aspectos socioculturales y educativos para la atención en el diagnóstico, tal vez se lograría un apego exitoso del paciente al tratamiento, incidiendo a fin de cuentas en el panorama epidemiológico de la región.

El problema más agudo que incide en el panorama epidemiológico para las zonas más pobres, es que no se han mejorado las condiciones de vida y alimentación de la población a lo largo de los periodos analizados; por tanto, aunquee el personal sanitario actúa según las más recientes políticas públicas, y a pesar de verse cierta mejoría de los pacientes mientras son tratados, ésta se revierte al regresar a las mismas condiciones de vida y alimentación, generándose un círculo vicioso. El caso específico de la tuberculosis, que se relaciona con un estado de nutrición deteriorado, es el claro ejemplo de ello: aunque exista un tratamiento antibiótico eficaz, las condiciones de vida de los dados de alta no mejoran y eso, aunado a las problemáticas de adherencia al tratamiento, complica la enfermedad al combinarse con otros padecimientos crónicos y que debilitan al organismo para responder adecuadamente, tales como la diabetes y el VIH-sida. Los avances para un diagnóstico oportuno y antibióticos eficaces se han revertido al no considerar el abandono del tratamiento y las causas sociales de la tuberculosis.

La alta prevalencia de enfermedades transmitidas por vectores también están relacionadas a las condiciones de pobreza y a las condiciones ambientales; se registran brotes de dengue en toda la región transfronteriza, donde medidas de prevención como la *descacharrización* (eliminación de recipientes que pueden ser criaderos de larvas de zancudos) y el uso de mosquiteros son insuficientes; el tratamiento no siempre es accesible a toda la población y las complicaciones del dengue hemorrágico son graves, es así que sigue la cadena de transmisión y los retos de la prevención y control. Otro reto para el control es el cambio climático, que altera el ambiente y calor, por lo cual los vectores se mueven a mayores alturas sobre el nivel del mar. Los retrasos en el diagnóstico de las enfermedades infecciosas condicionan un aumento del riesgo de la transmisión y evolución fatal de estos casos. El manejo incorrecto de terapéutica instauradas, pero sobre todo el abandono del tratamiento por parte de los pacientes ha mostrado ser el problema más serio para el control de infecciones respiratorias y digestivas, así como de la tuberculosis.

Conclusiones

La RTMG, es una región con altos índices de marginación y pobreza, el desarrollo es desigual en localidades rurales principalmente, donde las transformaciones de los procesos productivos y alimentarios han incidido en las condiciones de vida con pocas posibilidades de enfrentar enfermedades crónicas como la diabetes, la obesidad, las enfermedades isquémicas del corazón y el cáncer. Aunque mucho se ha descrito sobre la relación de la pobreza y exclusión social con la incidencia y mortalidad por enfermedades infecciosas, poco se ha incidido en la mejora de la nutrición y seguridad socioeconómica que incrementa la calidad de vida y por tanto mejora de la salud. Las metas en este sentido también son de largo plazo ya que desde hace varias décadas se habla de crisis económica en México y los países centroamericanos como Guatemala.

Las políticas y/o modelos de atención en salud, son limitados a la atención de enfermedades y pocas actividades efectivas para la prevención y promoción de la salud, en el entendido que hay condicionantes ambientales y sociales que no se han modificado históricamente en estas regiones. El análisis por municipios de alta marginación en la RTMG, confirma que los determinantes sociales para las enfermedades infecciosas y la tuberculosis son un conjunto de características

sociales como la escolaridad, etnia, clase social, género, situación migratoria, lo que hace vulnerable a determinada población. Así mismo, influyen en la alta prevalencia de dengue y brotes de zika y chikungunya, que son prevenibles por medidas de eliminación de los vectores y mejora de las condiciones sanitarias de las viviendas. Por tanto, el modelo de desarrollo neoliberal que enfatiza el crecimiento económico, no ha sido el mismo para las poblaciones del sur de México y de la RTMG; los factores estructurales han incidido en incremento de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y obesidad, y no se ha trabajado en una visión amplia en los determinantes sociales de la salud. Los servicios de salud, además en esta región son insuficientes para los retos que significan poblaciones con movilidad entre ambos países y con fines de desplazamientos más amplios hacia el centro y norte del país, y Estados Unidos.

Por otro lado, dentro de los mismos servicios de salud en la RTMG se tienen abordajes desiguales en políticas, recursos materiales y humanos escasos sobretodo en Guatemala, la falta de coordinación a nivel local y falta de acuerdos internacionales que dificultan un abordaje integral de problemas de salud pública que como vemos en las estadísticas consisten en los mismos retos de la salud pública de hace dos o tres décadas, más las nuevas amenazas del cambio climático con inseguridad alimentaria y desastres. 

Referencias

- Alvarez-Gordillo, G., M.R. Araujo-Santana y M.C. Arellano-Gálvez. 2018. Alimentación y salud ante el cambio climático en la meseta comiteca en Chiapas, México. *Estudios Sociales*. 28 (52). DOI:10.24836/es.v28i52.536.
- Alvarez-Gordillo, G. 2011. Educación y gestión del riesgo de desastres en Motozintla, Chiapas. El Colegio de la Frontera Sur y Editorial Tlapalabrera, México, D.F. 110 Págs.
- Alvarez-Gordillo, G. 2013. La tuberculosis del siglo XXI: Situación actual avances y retos para su control en México. *Medlab Año 5* (4): 5-15
- Banco Mundial. 2013. Guatemala: en 44% de los municipios rurales, tres de cada cuatro personas viven en pobreza. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2013/04/30/mapa-de-pobreza>
- Betzanos, A.F. 2011. La malaria en México. Progresos y desafíos hacia su eliminación. *Bol Med Hosp Infant Mex* 68(2):159-168.
- Bronfman, M., L. Leyva y M. Negroni. 2004. Movilidad poblacional y VIH/SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y en Centroamérica. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. 381 Págs.
- Canales, A., P. Vargas y I. Montiel. 2010. Migración y salud en zonas fronterizas: Guatemala y México. Editorial Naciones Unidas CEPAL. Santiago de Chile. Pág.7-71. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7233/1/S1000582_es.pdf
- Consejo Nacional de Población. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. 2010. [Consultado el 10 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193.
- Cuarto Poder. 2019. Chiapas primer lugar en casos de dengue. Disponible en: <http://www.cuartopoder.mx/chiapas/chiapas-primer-lugar-en-casos-de-dengue/283609/>
- Dardón, J. 2003. La franja fronteriza de Guatemala con México: Características y sitios de cruce, flujos migratorios y gobernabilidad. Editorial FLACSO-Guatemala. 2002. Pág.3-4. Disponible en: <file:///C:/Users/USuario/Desktop/proyecto%20de%20SALUD%20TRANSFRONTERIZA%20MEXICO%20GUATEMALA/articulo%20de%20Dardon%20.pdf>
- Dirección de Salud Pública Chiapas. 2018. Estadísticas de mortalidad y morbilidad por municipio fronterizo de Chiapas 1995-2016. Secretaría de Salud, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.
- Dirección de Servicios de Salud Huehuetenango, Guatemala. 2019. Estadísticas de mortalidad y morbilidad por municipio fronterizo 2008-2018. Ministerio de Salud Huehuetenango, Guatemala.
- Dirección General de Epidemiología (DGE) 2018. Informe Semanal de vigilancia Epidemiológica N° 27. Recuperado el 17 de julio del 2018. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/344264/Dengue_Sem_27_2018.pdf
- Dirección General de Epidemiología. 2016. Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad por Causas Sujetas a Vigilancia Epidemiológica en México, 2016. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-epidemiologica-publicaciones-de-mortalidad>
- Dirección General de Información en Salud. 2018. Secretaría de Salud. Salud en Números. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/menu-salud-en-numeros?state=published>

- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) Resultados por entidad federativa. Chiapas. 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. Primera Edición, 2013. ISBN 978-607-511-098-1.
- Ezzati, M, y E. Riboli. 2013. Behavioral and dietary risk factors from noncommunicable diseases. *N Engl J Med.* 369:954-64.
- Instituto Nacional de Estadística Guatemala. 2012-2017. Tema Indicadores. Disponible en: <http://www.ine.gov.gt/index.php/estadisticas/tema-indicadores>
- Kuri-Morales PA. 2011. La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. *Gaceta Médica de México.* 147:451-4.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. 2018. 20 principales causas de mortalidad y morbilidad general, 2012 al 2017. Disponible en: <https://sigsa.mspas.gov.gt/datos-de-salud/morbilidad/principales-causas-de-morbilidad-y-mortalidad>
- Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS). 2019. Enfermedades transmitidas por vectores 2012 a 2019. Disponible en <https://sigsa.mspas.gov.gt/datos-de-salud/morbilidad/enfermedades-transmitidas-por-vectores>
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. 2019. Panorama Epidemiológico del Dengue 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/524262/Pano_dengue_52_2019.pdf
- Morales, M.C. 2018. Percepciones sobre las transformaciones alimentarias y su relación con los programas Procampo y Prospera en dos localidades rurales de Chiapas. Tesis de maestría en ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural. El Colegio de la Frontera Sur.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Indicadores básicos. 2018. En: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y&ua=1
- Perdigón-Villaseñor G. y S.B. Fernández-Cantón. 2008. Principales causas de muerte en la población general e infantil en México, 1922-2005. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 65: 238-40.
- Secretaría de Salud. 2018. Panorama Epidemiológico de Dengue 2018 - Semana Epidemiológica 52. Dirección General de Epidemiología. Dirección General Adjunta de epidemiología. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/panorama-epidemiologico-de-dengue-2018-semana-epidemiologica-52>
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 2018. Panorama Epidemiológico del Dengue, México. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-epidemiologica>
- Villafuerte, S. y E. Mancilla. 2010. Vulnerabilidad y riesgos en la Sierra de Chiapas: Dimensiones económica y social. Primera edición, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. ISBN:978-607-7510-406
- World Health Organization (WHO) 2018. México sigue logrando grandes progresos en la reducción de su carga de malaria. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272774/WHO-CDS-GMP-2018.11-Mexico-spa.pdf?ua=1>

Región Transfronteriza México-Guatemala

Escenarios de riesgo y estrategias de atención

*Guadalupe Álvarez Gordillo **

Los retos para la salud pública transfronteriza son amplios, debido a la multidimensionalidad de los riesgos para la salud, el cambio climático, las relaciones estructurales e históricas en los contextos transfronterizos y las grandes transformaciones en los procesos de desarrollo que rebasan a los servicios de salud en sus objetivos de prevención y control de enfermedades.



*

Adscripción: El Colegio de la Frontera Sur, unidad San Cristóbal de las Casas.
Formación: Maestra en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural por El Colegio de la Frontera Sur.

Líneas de interés: Derechos sexuales y reproductivos, sexualidad y VIH/Sida entre población joven; servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Contacto: aevangel@sclc.ecosur.mx

Introducción

Actualmente las amenazas y los retos para la salud humana son grandes y diversos. La más reciente amenaza es el cambio climático, que es un fenómeno relacionado directamente con el incremento en la temperatura a nivel global. «La tendencia al calentamiento a largo plazo se ha mantenido en 2018 y la temperatura media mundial han sido la cuarta más elevada de la que se tienen datos. Los 20 años más cálidos de los que se tienen datos se han registrado en los últimos 22 años, siendo los últimos cuatro los cuatro más cálidos, según la Organización Meteorológica Mundial» (OMM 2018). De manera directa se encuentran las consecuencias de temperaturas demasiado altas o bajas, pérdida de vidas y lesiones en inundaciones y tormentas. De manera indirecta, alterando el alcance de los vectores de enfermedades, como los mosquitos, los patógenos transmitidos por el agua, así como la calidad del agua, la calidad del aire, y la calidad y disponibilidad de los alimentos. El impacto real en la salud dependerá mucho de las condiciones ambientales locales y las circunstancias socioeconómicas, así como de las diversas adaptaciones sociales, institucionales, tecnológicas y comportamentales orientadas a reducir todo el conjunto de amenazas para la salud (OMS 2018).

Las interacciones entre el cambio climático y la salud humana son múltiples y complejas, desde cambios en la morbilidad y mortalidad en relación con la temperatura, efectos en salud relacionados con eventos meteorológicos extremos (tornados, tormentas, huracanes y precipitaciones extremas), enfermedades transmitidas por los alimentos y por el agua, enfermedades transmitidas por vectores infecciosos como las transmitidas por mosquitos como el dengue y malaria principalmente (OMS 2018). Estos impactos pueden ser inmediatos, tales como las modificaciones en los eventos extremos o a través de trayectorias distales como un cambio en la seguridad alimentaria o la distribución de enfermedades transmitidas por vectores y agravar el panorama de enfermedades consideradas de la pobreza como las EDA's e IRA's. Aquellas regiones del mundo con pobreza tendrían limitada capacidad para adaptarse y severamente más afectadas, ya que los problemas relacionados a la alimentación como la desnutrición y actualmente la obesidad, son los principales problemas de salud pública mundial hoy en día, por su relación directa con el incremento acelerado de las enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, que además representan las mayores causas de muerte e inversión en atención médica (Be-

rrang-Ford et al. 2012).

En las últimas décadas en México, la interacción de procesos económicos, sociales, políticos y culturales se ha dinamizado de manera significativa para propiciar diversas transformaciones, que no siempre han resultado en oportunidades o desarrollo para la población. Nos encontramos en una gradual, pero rápida, consolidación de la hegemonía de una cultura global. La influencia de ésta sobre amplios sectores de la población ha significado la modificación de prácticas y costumbres socioculturales, entre los que se incluyen los hábitos alimenticios. En el ámbito de los procesos de salud-enfermedad-atención, no habiendo superado los problemas de la desnutrición, emerge el sobrepeso y la obesidad, que se ha expandido en contextos rurales de pobreza, inequidad de género y etnia.

Consideramos fundamentales tomar en cuenta las grandes transformaciones económicas, políticas públicas, crecimiento poblacional, urbanización, migración, deterioro ambiental y pérdida de recursos alimenticios, cambios de estilo de vida (sedentarismo) y la creciente exposición al consumo de alimentos industrializados para un mayor entendimiento de las problemáticas de salud pública. Los procesos mencionados, en interacción con dinámicas locales en las que operan representaciones, valores y prácticas mediadas por orientaciones de clase, etnia, género y generación, inciden también en dicha problemática. Las problemáticas socioambientales inciden no sólo en la disponibilidad de recursos alimentarios, también en acciones para producir y/o generar alimentos, en la elección de la calidad y cantidad de los mismos, en los patrones de su distribución y consumo, que culminan a través de los mecanismos biológicos, genéticos y epigenéticos en el estado de salud de los individuos y las sociedades (Anduro y Martínez, 2019).

Por tanto, el proceso salud-enfermedad-atención no es solamente dependiente de un servicio de salud que promueva la prevención y la curación de enfermedades; se refiere a un proceso complejo interrelacionado con las dimensiones sociales, culturales, políticas, históricas del grupo de personas a que se refiera. En este entendido, para hablar de prioridades en salud y escenarios de riesgo, nos referiremos al panorama epidemiológico y a las percepciones que el personal de salud de la región transfronteriza México-Guatemala ha construido durante muchos años de trabajo cotidiano entre los usuarios, los servicios de salud, las políticas que los rigen y el contexto de las localidades en las que laboran.

La Región transfronteriza de México y Guatemala presenta una

riqueza en diversidad social, cultural, histórica y en recursos naturales, que con el paso del tiempo ha sufrido deterioro, transformaciones y precarización de las condiciones de vida de la población. Con relación a la salud, la mayoría de las problemáticas que se han estudiado por ser una región fronteriza se han focalizado en los temas de migración, género, salud sexual y reproductiva (Martínez-Pizarro 2010, Tuñón 2001, Pintin 2019) sin embargo se refieren principalmente a la población migrante y no a la población residente de esta región. Con relación al proceso salud-enfermedad, según Bronfman et al (2004), en regiones fronterizas, las poblaciones pueden ser portadoras no solamente de síntomas y desarrollos de enfermedades diversas contagiosas y no contagiosas, sino también de patrones de conducta que subyacen, condicionan y determinan su situación de salud. Por otro lado, también existe exposición a violencia en todas sus directrices como lo describe Canales A. et al. (2010) y es una de las condiciones que mejor refleja la vulnerabilidad social y demográfica que afecta principalmente a las mujeres, que puede derivar en diversos riesgos para su salud no sólo por la violencia en sí, sino también de la imposición de actividades y prácticas de alto riesgo sexual; así también puede mencionarse que existen diferentes riesgos, como los secuestros, robos, extorsiones, agresiones sexuales e, incluso, asesinatos, prostitución o venta a los tratantes de personas (Canales et al. 2010).

Ante estas problemáticas socioambientales, la escasez de documentos normativos en reconocimiento y respuesta a las problemáticas más amplias y determinantes de salud, se ha visto reflejada en la cada vez más grave situación de salud y condiciones de vida de la población, así como de los problemas para la atención de emergencias epidemiológicas principalmente por enfermedades transmisibles por vectores, infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas. Los abordajes para la atención transfronteriza han sido nulos o escasos, podemos citar el acuerdo para el establecimiento de la comisión de salud Guatemala-México y el Acuerdo del Gobierno de Chiapas para la atención del migrante (SRE 2019); que en el caso de las acciones implementadas no existe información pública de resultados.

En la revisión del documento acuerdo de la comisión de salud, se establecen ejes de trabajo y se mencionan informes anuales sobre las actividades realizadas que no están publicados e ignoramos se llevaron a cabo o no. Al menos en el trabajo de campo de esta investigación y en reuniones con personal de salud en Guatemala y México mencionaron desconocerlas. En este acuerdo se mencionan que los recursos serán

aportados por ambos países según las necesidades y programas prioritarios planteados en el mismo. Encontramos que los servicios de salud en ambos países responden a las políticas delineadas desde los gobiernos nacionales y la normatividad se aplica según los recursos disponibles y en los programas se explicitan los diagnósticos, tratamientos, seguimientos y medidas de prevención.

Las políticas de los Servicios de Salud en México y Guatemala

Las políticas de salud, contrastan con las políticas del derecho a la salud, que en América Latina y México parten de su implementación a través de un derecho constitucional y se ejerce en los sistemas nacionales de salud.

México publica en 1917 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que en su artículo 4to establece que «toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la propia Constitución», derecho que permanece a la fecha (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 2019). De interés para la región transfronteriza, fue que en 1974 la Ley General de Población descriminalizó la migración indocumentada mediante reformas a los artículos 118 y 125.

Para 1976 la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su artículo 39 estableció que «La Secretaría de Salud le corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen (fracción I)».

Con relación a la RTMG, el respeto irrestricto de los derechos humanos de la población migrante es uno de los principios en los que se sustenta la Ley de Migración publicada el 25 de mayo de 2011, la cual enfatiza en el Artículo 71, que la Secretaría creará grupos de protección a migrantes que se encuentren en territorio nacional, los que tendrán por objeto la protección y defensa de sus derechos, con independencia de su nacionalidad o situación migratoria. La Secretaría celebrará convenios de colaboración y concertación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de las entidades federativas o municipios, con las organizaciones de la sociedad civil o con los par-

ticulares, con el objeto de que participen en la instalación y funcionamiento de los grupos de protección a migrantes.

En el caso de Guatemala, en 1944 se establece el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), obligatorio como garantía constitucional, la cual tiene como función principal dar satisfacción a un determinado tipo de derechos económicos y sociales reconocidos constitucionalmente para los trabajadores guatemaltecos -sus afiliados. Una definición más simple señala al IGSS como la entidad encargada de brindar Seguridad Social a los habitantes del país.

En 1946 el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social fue decretado de manera oficial, cuando el Congreso de la República de Guatemala emite el Decreto 295, referido a la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, donde afirma que el IGSS es una «Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima», de acuerdo al artículo uno referido a la institución (Ley Orgánica IGSS 1946).

En 1977 se establece el Reglamento sobre protección de invalidez, vejez y sobrevivencia en beneficio del sector formal de la económica, es decir se «estipula la normatividad para la protección del régimen de Seguridad Social relativa a: Invalidez, vejez, fallecimiento, orfandad, viudedad y otros beneficios» (Reglamento sobre protección de invalidez, vejez y sobrevivencia 2003:259).

En 1985 se promulga la Constitución Política de la República de Guatemala, donde se retoma en la Sección Séptima: Salud, Seguridad y Asistencia social, enfatizando en el Artículo 93.- Derecho a la salud; Artículo 95.- La salud, bien público (Constitución Política de la República de Guatemala 1993:18).

En 1996 se promulga la Reforma del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con el objetivo de garantizar la protección integral de salud, la disponibilidad, el acceso y la cobertura de servicios de atención, a fin de lograr el más alto nivel de salud posible para todos los habitantes, tomando en cuenta los determinantes estructurales de la salud, de la diversidad cultural y étnica, y la capacidad económica del país. En 1997 se expide el Código de Salud que establece la cooperación pública -privada y la obligación del estado de brindar servicios gratuitos a la población sin capacidad de pagos y puesta en operación del Programa de extensión de cobertura de Servicios Básicos.

En materia de políticas públicas se aprecian reformas fallidas, como la de aseguramiento como cobertura universal, que “estimula la atención individual conceptualizada como «bien privado» y se castiga a los «bienes públicos» que quedarían bajo la responsabilidad pública. Esto significa que tendencialmente se camina hacia la separación del sistema de prestación de servicios y el de salud pública, con todo lo que significa. La otra vertiente es que se fractura el proceso integrado de promoción-prevención- detección-tratamiento-rehabilitación” (Laurell 2010). En México, la universalización de los servicios de salud a través del Seguro Popular ha sido fallida e incluso a inicios de este Gobierno se ha anunciado su desaparición.

Por tanto, México y Guatemala actualmente cuentan con un marco institucional en salud, que promueve la salud como un derecho y asienta en sus políticas y programas el acceso universal en salud, con respectivos programas prioritarios de prevención y control de enfermedades. Ambos cuentan con sistemas de salud similares, con servicios de salud a población abierta y gratuita, además de las instituciones con cuotas para trabajadores derechohabientes y servicios privados de atención médica. Sin embargo, como veremos en este capítulo, la salud está determinada por factores estructurales más amplios, multidimensionales y multinivel, en los que los alcances de los servicios de salud son limitados.

Metodos

Esta es una investigación cualitativa que integró entrevistas en profundidad y un taller con personal de salud de la RTMG. Se realizaron nueve entrevistas en profundidad a directores y responsables de unidades de salud de municipios de Tapachula, Motozintla, Frontera Comalapa y La Independencia en México y Nentón, Cuilco y La Democracia en Guatemala, todos de la RTMG. La guía de entrevista consistió en preguntas abiertas sobre los principales problemas de salud pública en los municipios, el abordaje institucional, los retos en la atención en salud, responsabilidades institucionales y del personal, políticas de salud exitosas, colaboración transfronteriza y los escenarios de riesgo en la RTMG.

También se diseñó y llevó a cabo una reunión-taller presencial el 24 y 25 de abril del 2019 en la Ciudad de Comitán, Chiapas, México, con los objetivos de evaluar de las condiciones de salud pública transfronteriza, recursos para emergencias epidemiológicas y los escenarios

de riesgo para la salud. Además de conocer las experiencias y estrategias locales para acuerdos locales e internacionales para el abordaje de la salud pública transfronteriza. Para la selección de los participantes de este taller, se tomó en cuenta la necesidad de profundizar en una región por las dificultades de realizar investigación a través de entrevistas o talleres en todos los municipios de la RTMG, por tanto se seleccionó al personal de salud de los municipios transfronterizos de Comitán y Huehuetenango, que tienen antecedentes previos de colaboración en salud pública, el acceso a información, disposición y aceptación a participar en el proyecto de investigación.

Los métodos utilizados fueron actividades de análisis y reflexión en grupos y plenaria sobre las condiciones de salud pública transfronteriza, que permitieron conocer los elementos y herramientas para el diagnóstico de salud pública, escenarios de riesgo y acuerdos de colaboración en la región transfronteriza de México-Guatemala. Se contó con la participación de 32 personas; ocho directores de unidades de salud, seis coordinadores de programas de epidemiología, enfermedades transmitidas por vectores, planeación, estadística e informática y el director del ministerio salud de los municipios colindantes del departamento de Huehuetenango, además de cuatro coordinadores de programas del departamento de San Marcos. Del lado mexicano participaron tres coordinadores del programa de salud infantil, un pediatra del Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores de Estado (ISSSTE) en Comitán, dos ex jefes jurisdiccionales, el director del centro de salud fronterizo en Ciudad Cuauhtémoc, un epidemiólogo jurisdiccional, una investigadora de la Universidad Autónoma de México (UNAM), el epidemiólogo del Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula y cuatro investigadores de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR). Previamente se solicitó la información estadística de morbilidad y mortalidad en las áreas de trabajo y en la reunión se revisaron por grupos de municipios colindantes en ambas regiones y se conjuntaron en plenaria para discutir sobre las problemáticas, diferencias y retos para los servicios de salud.

Para el estudio de los escenarios de riesgo, que se refiere a la previsibilidad o la anticipación temporal de eventos y fenómenos relacionados a la salud en la región transfronteriza, no utilizamos un modelo epidemiológico probabilístico, sino se delimitaron las problemáticas con base a percepciones del riesgo y las relaciones con los ámbitos ambiental, social, político y cultural del personal de los servicios de salud. Consideramos las limitaciones de la investigación en cuanto a modelos

probabilísticos, sin embargo no fue el objetivo establecer causalidades, ya que es un acercamiento a estos escenarios desde la experiencia concreta en los espacios y contextos, que nos refleja realidades e ideas de predicción con base a las experiencias y observaciones en los cambios en la morbilidad y mortalidad.

Con esta base, los participantes plantearon los retos de los servicios de salud y las estrategias que a lo largo de los años de experiencia profesional han llevado a cabo para enfrentar los problemas locales y transfronterizos de salud pública, para dar pauta a recomendaciones específicas para la región transfronteriza.

Resultados

Priorización de problemáticas de salud transfronteriza

Durante el taller realizado el 24 y 25 de abril del 2019 en Comitán, Chiapas, se realizó una revisión de morbilidad y mortalidad por municipios colindantes de la RTMG definidas en la reunión y en concordancia a nivel geográfico, presencia de unidades de salud y a la frecuencia de movilidad poblacional (Tabla 1). Cada grupo realizó un análisis de mortalidad y morbilidad de principales causas en estas subregiones y presentaron en plenaria para realizar un priorización en suma de la región de Chiapas-Huehuetenango-San Marcos. A través de una discusión grupal de magnitud del problema, trascendencia e impacto social se definieron que los principales problemas de salud pública transfronterizo son las Enfermedades transmitidas por vector (Dengue y Paludismo), Diabetes, Enfermedades diarreicas agudas (EDAS), Infecciones respiratorias agudas (IRAS), Tuberculosis e Hipertensión arterial. Aunque en ambos países actualmente se ha logrado el control de las enfermedades prevenibles por vacunación, se mencionan prioritarias por ser las que mayores beneficios y éxito han tenido en términos de los programas y políticas de atención, así que mencionaron los participantes que no habría que dejar de apuntalar las estrategias que lograron una cobertura en toda la región cercana al 100%.

También se mencionaron las altas prevalencias de las zoonosis como la leptospirosis y la rabia canina, así como la necesidad de investigación e información, ya que consideran actualmente un alto subregistro de casos. Otro problema no resuelto y de alta demanda de consulta continua en los servicios de salud es la atención a la desnutrición, principalmente en niños de los municipios de Guatemala, ligados al registro de altas prevalencias de enfermedades infecciosas. Por el impac-

to social, se menciona como programa prioritario en ambos países a la muerte materna y neonatal.

Problemáticas en la atención de los servicios de salud

En la revisión de las políticas de salud de ambos países se anuncian el derecho a la atención a la salud desde el nivel constitucional que se rigen y definen a través de la Secretaría de Salud en México y del Ministerio de Salud en Guatemala. Las reformas en salud han incidido a nivel operativo en dar prioridad a programas de prevención y control desde el nivel nacional y no siempre se relacionan con las problemáticas locales y transfronterizas. Se anuncia la cobertura universal de atención en los servicios de salud, sin embargo para atender directamente los padecimientos considerados problemas de salud pública transfronterizos, el personal de salud de los municipios participantes mencionó la falta de recursos financieros y humanos. Con relación al personal de salud, se mencionó la falta de capacitación continua y actualización. Por otro lado, las carencias de insumos de diagnóstico y tratamiento, se asume como falta de voluntad política, la falta de una adecuada planeación, ya que aunque exista una normativa establecida en los programas de prevención y control, no existe un cabal cumplimiento. Con relación al abordaje transfronterizo se mencionó la falta de un enfoque integrador transfronterizo o corredor transfronterizo; la delimitación formal de la región o las líneas definidas por ambos países, ya que para estrategias de atención, actividades y responsabilidades es importante conocer extensión, comunidades y acciones específicas. Se mencionó que ya existen ejemplos de colaboración en las experiencias de programas binacionales con el Norte de México y Estados Unidos con el control de las enfermedades infecciosas como tuberculosis.

Percepciones de los riesgos ambientales, sociales y determinantes políticos

El concepto de riesgo se ha utilizado en diferentes ámbitos como la probabilidad de daño que un individuo o un grupo sufra a consecuencia de una amenaza externa. Con relación a la salud en su definición amplia como el completo bienestar físico, mental y biológico y no sólo la ausencia de enfermedad, se conoce que está determinada por la relación con el ambiente y con otros grupos socioculturales. Por tanto existe un sin número de riesgos sociales y ambientales, que son resultado

de amenazas y de la vulnerabilidad social. Para su abordaje realizamos una separación de riesgos por tipo ambiental, social y determinantes políticos, sin dejar de apuntar que muchos de ellos se interrelacionan entre sí (Tabla 2).

Los participantes mencionan los cambios climáticos, la pérdida de los recursos forestales, la contaminación y escasez del agua, uso de agroquímicos y en general el mal uso de los recursos naturales. Muchos de estos riesgos inciden en la salud incrementando las enfermedades infecciosas, cáncer e inseguridad alimentaria. Los riesgos relacionados con el ambiente, generalmente se habían catalogado como naturales sin embargo, la incidencia del ser humano en el cambio climático es cada vez más evidencia, así como en las teorías de los desastres se explican los daños más que con el evento natural, con la alta vulnerabilidad social de las poblaciones vulneradas por la desigualdad y pobreza al estar insertas en un sistema de desarrollo que prioriza las ganancias económicas a la conservación de los recursos. Así mismo, las percepciones del riesgo como construcciones sociales en el personal de salud están relacionadas a los medios de comunicación, las políticas de atención de desastres y las experiencias cotidianas de la desnutrición y otras enfermedades de la pobreza, así como la reducción en la producción de alimentos de autoconsumo.

Los riesgos sociales mencionados en su mayoría se refieren a los movimientos poblacionales por ser región fronteriza, incremento en la inseguridad por narcotráfico y la migración internacional. También se menciona a la pobreza, desempleo y alcoholismo como riesgos sociales. Estas situaciones se agudizan en algunos municipios como Benemérito de Las Américas, que registra como principal causa de muerte a los homicidios, en contraste con La Trinitaria y Cuilco donde la desnutrición ocupa los primeros lugares en mortalidad.

Los determinantes políticos de la salud, estuvieron relacionados con las prácticas en la política de salud, es decir los intereses de partidos políticos, la administración de recursos y operatividad de las diversas normas y procedimientos para la prevención y control de enfermedades. Se percibieron como riesgos a la salud, a la corrupción y los cambios de gobierno. No se profundizó en el diseño de las políticas, sus objetivos y las reformas o transformaciones que se han presentado a lo largo de las últimas décadas pero los comentarios fueron negativos en torno a la eficiencia de los gobiernos y dirigentes de los sistemas de salud de ambos países (Tabla 2).

Barreras socioculturales para la atención de la salud

Nos enfocamos a las dificultades que el personal de salud mencionó para la comunicación con los usuarios de los servicios de salud: El incremento en la tecnología, las barreras idiomáticas, clase social, religión, pertinencia cultural, cosmovisión maya- interpretación y acuerdos, la falta del personal de salud originario de los lugares, estigma, transculturalización, interculturalidad, la falta de empatía médica- idioma, actitud, tiempo, atención, comprensión, la falta de formación médica en idiomas locales como por ejemplo Jacaltenango en donde el 90% de la población es indígena, falta de adaptación y racismo y desinterés en aprender. Por tanto mencionan se necesitan estrategias para la adaptación médica al contexto, estrategias educativas y formar promotores que se involucren con las realidades de vida de la gente.

Escenarios de riesgos en salud pública en la RTMG

Posterior en una visión integrada del análisis de los riesgos ambientales, sociales, determinantes políticos, las barreras socioculturales y problemáticas institucionales se mencionaron diversos puntos que se resumen en cuatro escenarios de riesgo:

1. Colapso del sistema de salud ante la necesidad de atención por incremento de enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, transmitidas por vectores como el dengue y paludismo, de la tuberculosis, infecciones respiratorias e intestinales, incremento en el riesgo durante el embarazo, aumento de muerte materna, enfermedad renal y desnutrición. Aumento en el gasto público e insuficiencia de los servicios que ya están presentes. Desabasto de medicamentos y otros insumos hospitalarios y centros de salud.
2. La privatización de la salud. Se comentó la desaparición del seguro popular, con el planteamiento de un Sistema único de salud-universalización, que ha generado incertidumbre, ya que no se conocen las líneas estratégicas. Desatención de las enfermedades relacionadas con las políticas de alimentación, por ejemplo la relación de la diabetes con la ingesta de bebidas azucaradas, que hasta ahora no se han regulado.
3. El incremento de la corrupción en ambos países y diferentes niveles, mercantilismo, consumismo y programas de gobierno mal orientados, pago a grupos vulnerables, niños, mujeres y tercera

edad.

4. Grandes movimientos poblacionales como las recientes Caravanas de migrantes provenientes de El Salvador, Honduras y Guatemala principales y de otros países centroamericanos, con insuficiencia de cobertura en salud.

Estrategias de atención a problemáticas de salud transfronterizas

Con el objetivo de promover estrategias transfronterizas para la atención en salud, el personal de salud participante, mencionó dos líneas de trabajo: 1) fortalecer las estrategias de atención ya establecidas en los servicios de salud, incrementar la vigilancia epidemiológica y el sistema de información en salud, la creación de un carnet del migrante-salud y mayor participación comunitaria y 2) Generar una política y programa de atención en salud a través de unidades de salud transfronterizas. Ambas propuestas son complementarias y pueden llevarse a cabo en conjunto.

1. Fortalecimiento de estrategias se requiere la participación de los recursos humanos de servicios de salud y la comunidad, prevención en el primer nivel de atención, estandarización de estrategias-actividades, coordinación actividades específicas
2. Unidades de Atención en salud transfronteriza. Los requisitos indispensables son la capacitación para estandarización del proceso transfronterizo (temas: salud, derechos humanos, interculturalidad, perspectiva de género), la participación conjunta de instituciones y comunidad.

Para ambas estrategias mencionaron que es necesario el compromiso de ambos países con visto bueno y autorización estatal y nacional, dar autonomía de gestión-reglas de operación, realizar investigación transfronteriza, analizar la información existente y optimizar los recursos para innovación y formación profesional. Un médico participante propuso la creación de un instituto de problema de salud pública transfronterizo. Aunque anteriormente en la estrategia de NUCOSAS se habían delimitado áreas de trabajo es necesario establecer una relación binacional formal y definir universo de trabajo, un sistema único de información, elaborar cronograma de actividades-reuniones bimestrales o trimestrales, seguimiento de avances y aportar hacia un laboratorio diagnóstico de enfermedades internacionales de importancia en salud pública.

El planteamiento de unidades de salud transfronteriza requiere de un plan común definido, indicadores de vigilancia-evaluación, implementar mecanismos de comunicación eficientes, recursos específicos y personal de salud comprometido.

Se comentaron los antecedentes de Unidades de salud que funcionaron con el nombre de Núcleos Comunitarios de Salud (NUCO-SA), las cuales contaban con la disposición del personal de servicios de salud de ambos países para uniones regionales, para lo cual realizaron una micro-regionalización en salud, que no está disponible actualmente en las oficinas jurisdiccionales. En la reunión surgió la necesidad de redefinir el número de unidades de salud, ubicar geográficamente y basar las actividades en la problemática local. Por la importancia que el personal de salud dio en las entrevistas y en las reuniones a las estrategias conjuntas a través de las NUCOSAS, es importante recuperar el proceso llevado a cabo por el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria III (JSIII) en Comitán y el Departamento de Salud de Huehuetenango.

Con base a las condiciones de salud de la frontera de ambos países, el 5 de julio del 2001 fue la primera reunión, participaron médicos de México y Guatemala, en la localidad fronteriza de Ciudad Cuauhtémoc. El objetivo inicial fue acordar sobre la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmitidas por vectores y detección de casos de tuberculosis por medio de baciloscopia. Posteriormente los coordinadores de programas de la JSIII establecieron comunicación con personal de Huehuetenango y las unidades fronterizas de Guatemala para establecer acuerdos de colaboración en ciertos ejes programáticos (VIH-SIDA, tuberculosis, mortalidad materna y enfermedades transmitidas por vector como paludismo y dengue). Se eligieron localidades por centro de salud, población y se determinaron responsabilidades. De inicio fueron los 19 municipios de Guatemala, 5 municipios de México, 12 de Motozintla y 12 de San Marcos. En total 22 microrregiones y se inició con diagnóstico de salud y definir atención prioritaria.

Las Unidades de salud se nombraron como Núcleos Comunitarios en Salud (NUCOSAS), con cobertura de atención compuesta por un área de Guatemala y un área de Chiapas de la JS III a un rango aproximado de 8 km de la frontera de ambos países. Posteriormente se concertó que estos núcleos tuvieran estas partes, con una unidad de salud de ambos lados, cada sistema de salud en Chiapas casa de salud, unidad rural o centro de salud rural de ambos lados. Todas las áreas de influencia se trabajaban homologando formatos para recabar informa-

ción, se establecieron talleres de capacitación en cada eje programático para uniformar, cumpliendo la normatividad de ambos países.

Los resultados de estas colaboraciones fueron el mejor control y seguimiento de las enfermedades, intercambio de información, seguimiento de procesos y casos, dando seguimiento por ejemplo si en México se detectaba un paciente se reportaba a Guatemala. Los participantes mencionaron que no existe un estudio determinado de prevalencias de enfermedades, pero existía un mejor conocimiento y ante una situación de emergencia se realizó trabajo conjunto en brotes de dengue, paludismo, rabia o alguna enfermedad prevenible por vacunación; se hacían las actividades de manera simultánea y participaban ambas partes.

En un brote de dengue en La mesilla, Guatemala en 2004-2005, se registró una alta frecuencia de casos de dengue clásico y los servicios de salud de ambos países se coordinaron para realizar actividades para fumigar, aplicación de abate (insecticida no tóxico para los humanos usado a nivel mundial para el control de criaderos de larvas de mosquitos transmisores de dengue), detectar casos, seguimiento, actividades de saneamiento básico como descacharización (eliminación de recipientes o basura que pueden almacenar agua y ser criaderos de mosquitos). Los medicamentos se compartieron, la mayoría de veces provenientes de la JS III con mayores posibilidades de recursos humanos y financieros. Se hicieron campañas de vacunación de manera uniforme, antirrábica canina.

Posteriormente se continuaron reuniendo de manera bimensual alternando la sede, Huehuetenango y el área de la jurisdicción sanitaria, Carmen Chan, Ciudad Cuauhtémoc, Frontera Comalapa para presentar e intercambiar estadísticas y programación de talleres de capacitación. Aproximadamente asistían ocho personas, coordinadores de programas de la JS III, responsables de las unidades de salud fronteriza (12 NUCOSAS), de Guatemala asistían en promedio 14 a 16 personas de las unidades fronterizas. La Jurisdicción Sanitaria de Motozintla se incorporó a las actividades en 2010-2012.

Para los entrevistados, los principales logros fueron el conocimiento de la problemática de la salud pública de la frontera, mejor control de las enfermedades, coordinación para la prevención y control de enfermedades y la actualización de conocimientos para la vigilancia epidemiológica. Las principales limitantes fueron los insuficientes recursos económicos para cubrir gastos de traslados y viáticos para que el personal participara en las reuniones. En logística a nivel local

no había problema, solo era incorporar insumos que en su momento habían existencias. Recientemente fueron las carencias de insumos y recursos (combustible, medicamentos, vacunas) para realizar actividades. Al haber cambios de personal, el desinterés de los directivos a nivel de dirección de salud de Huehuetenango como a nivel jurisdiccional; que no justificaron desde el nivel estatal dicha actividad, a pesar de eso se siguió haciendo sin trámites protocolarios que tardaban mucho o no lo permitían. Posteriormente empezaron a trabajar el hospital de Comitán apoyando en procesos para los tratamientos y seguimiento de los pacientes, dando insumos y atención directa, comunicación, notificación de los pacientes.

Durante las entrevistas y en el taller del personal de salud, se mencionaron las actividades realizadas en las Nucosas y se propuso retomar y dar seguimiento, con el respaldo de los actuales tomadores de decisiones en los servicios de salud, ya que se interrumpió el apoyo y apertura, probable por desconocimiento y falta de interés, falta de recursos humanos e insumos como medicamentos, vacunas, jeringas, termos, gasolina y otros insumos que no alcanzan para apoyar a Guatemala. En cuestiones de vectores mencionaron la falta de insecticidas, que lleguen a tiempo y en cantidades para apoyar en los tratamientos oportunos; en el pasado Guatemala apoyó a México con Glucantime para el tratamiento de Leishmaniasis.

El personal de salud enfatizó en que se necesita garantizar abasto de recursos, agilizar, flexibilidad con la normatividad para poder intervenir, establecer convenios a nivel local respaldados por niveles jurisdiccional, estatal y federal para la realización de estas actividades y no esperar que relaciones internacionales dé la anuencia.

Para la elaboración de un plan de trabajo se incluirían los padecimientos ya mencionados, principalmente las enfermedades prevenibles por vacunación que es una política internacional, la mortalidad materna que es prioridad para ambos países y organizaciones de salud internacional, enfermedades transmitidas por vector que somos región geográfica que ha tenido incidencia alta de paludismo. La aparición de dengue, chikungunya, zika y otras transmitidas por vectores, que se vislumbra a un incremento por características climáticas y de pobreza son prioritarias.

Los participantes mencionaron que se requiere que ambos gobiernos cumplan con los programas e insumos que se requieren y que haya transparencia en el manejo de información y recursos a diferentes ni-

veles. La unificación de criterios de intervención para la RTMG que comparte contextos socioculturales, sistemas de producción y mercado, así como las problemáticas de salud pública. La actualización de conocimientos y normas de prevención y control de enfermedades son criterios para la vigilancia epidemiológica, por ejemplo en el pasado la tuberculosis en Guatemala tenía un tratamiento anticuado, el esquema de vacunación no estaba actualizado, para el combate de vectores manejaban DDT y piretroides. Por tanto, es recomendable cubrir las carencias de los municipios de la frontera de Guatemala para la atención en salud; cuando México ya tiene un manejo avanzado, ellos están todavía evaluando las posibilidades de implementación y obtención de recursos. También es importante que se elaboren documentos y normas para el funcionamiento de estas unidades, ya que en el pasado no hubo un programa como tal, se trabajó solamente a través de regiones delimitadas en reuniones para determinar problemáticas y sobre eso planear y ya algunos decían si tenían el producto, la mano de obra, se reunían se hacía un plan de trabajo, con los días establecidos para actividades y capacitación con ponentes de ambos lados. En algunos casos de acuerdo a la experiencia y formación se establecían los lineamientos. Se hacían acuerdos y compromisos, seguimientos cada 2 a 4 meses según se convenía y ahí se presentaban como iban las situaciones, actividades y resultados.

Conclusiones

Los retos para la salud pública transfronteriza son amplios, debido a la multidimensionalidad de los riesgos para la salud, el cambio climático, las relaciones estructurales e históricas en los contextos transfronterizos y las grandes transformaciones en los procesos de desarrollo que rebasan a los servicios de salud en sus objetivos de prevención y control de enfermedades.

Las problemáticas de salud y los riesgos ambientales y sociales, así como los determinantes políticos mencionados por los participantes de la región transfronteriza, muestran la articulación de los procesos estructurales y las políticas sectorizadas; con los escenarios de riesgo relacionados con el colapso y la privatización de los servicios de salud. Con relación a la RTMG, las carencias parten de los mismos servicios de salud en la atención de la población, y por tanto no cumplimiento de la salud como un derecho de mexicanos y guatemaltecos establecido en ambos países. En la revisión de las leyes y procedimientos en sa-

lud, así como la constitución mexicana y leyes de salud de Guatemala, el derecho a la salud es muy lejano de ser cumplido a través del sistema de salud y actualmente no se cumple.

En la voz del personal de salud, las necesidades de la población que atienden cotidianamente se presentan a manera de prevención y curación de enfermedades, pero también de las condiciones de vida, pobreza y marginación que son los determinantes sociales de la salud. Las percepciones sobre la atención que brindan están vinculadas a las carencias en insumos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades. La necesidad de generar estrategias en la región transfronteriza tiene su fundamento en el incremento de la transmisión de las enfermedades por vectores principalmente, las enfermedades crónicas como la diabetes con las condiciones de vida y las poblaciones comparten recursos, cultura, modos de vida y enfermedades.

Se recomienda retomar la estrategia de Nucosas en “Unidades de Atención de Salud Transfronterizas”, que los participantes en esta investigación han confirmado funcionó localmente en años pasados, resolvió y controló algunos brotes de enfermedades consideradas problemas de salud pública, y que al retomar se deben agregar las enfermedades crónicas como la diabetes que es principal causa de muerte actualmente.

Las percepciones de los escenarios de riesgo estuvieron enfocados en un colapso en los servicios de salud, la privatización de los mismos, la corrupción y los grandes movimientos poblacionales. La priorización de problemáticas en salud se encuentra en las enfermedades crónicas como la diabetes, las transmitidas por vectores como el dengue y malaria y la desnutrición. Por tanto, la relación es alta con las amenazas socio-ambientales como el cambio climático, con consecuencias de inseguridad alimentaria e incremento de enfermedades infecciosas por contaminación de agua y aire, y aquellas transmitidas por vectores en regiones transfronterizas. Este estudio de acercamiento a escenarios de riesgo, permite recomendar estrategias de atención a nivel local que han demostrado eficiencia y que se abran a las perspectivas de análisis del proceso salud-enfermedad-atención con enfoques interdisciplinarios, intersectoriales y multidimensionales.

Referencias

- Anduro I., y A. Martínez. 2019. Transmisión Intergeneracional de la Obesidad. *Revista Latinoamericana de Educación y Estudios Interculturales*. Vol. 3 Núm. 2. ISSN:2448-8801.
- Berrang-Forda, L., K. Dingle, F. James, C. Lee, S. Lwasa, D. Namanya, J. Henderson, A. Llanos, C. Carcamo y V. Edge. 2012. Vulnerability of indigenous health to climate change: A case study of Uganda's Batwa Pygmies. *Social Science & Medicine*, 75, pp.1067-1077.
- Bronfman, M., L. Leyva y M. Negroni. 2004. Movilidad poblacional y VIH/SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y en Centroamérica. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- Canales A., P. Vargas y I. Montiel. 2010. Migración y salud en zonas fronterizas: Guatemala y México. Editorial Naciones Unidas CEPAL. Santiago de Chile. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7233/1/S1000582_es.pdf
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2019. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_060619.pdf
- Laurell, A.C. 2010. Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina Social*, 5 (1):79 – 88.
- Laurell, A.C. 2011. Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2795-2806.
- Ley Orgánica del Seguro Social. Decreto No. 295 del Congreso de la República. 30 de octubre de 1,946. Disponible en: [http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/2058/GUA-Decreto295-46-InstitutoSeguridadSocial\[1\].pdf](http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/2058/GUA-Decreto295-46-InstitutoSeguridadSocial[1].pdf)
- Martínez-Pizarro y Reborais-Finardi. 2010. Migración, derechos humanos y salud sexual y reproductiva: delicada ecuación en las fronteras. *Papeles de población*. 16:64
- Organización Mundial de la Salud. 2018. Cambio climático y salud. Datos y Cifras. Consulta 20 julio 2019. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cambio-clim%C3%A1tico-y-salud>
- Secretaría de Relaciones Exteriores. 2019. Acuerdo comisión de salud Guatemala-México. Consulta 17 de mayo 2019. https://aplicaciones.sre.gob.mx/tratados/ARCHIVOS/GUATEMALA-COMIS_SALUD.pdf
- Pintín Pérez, M.J. 2019. Reprimidas por la tolerancia: violencia simbólica y cotidiana de la regulación de mujeres migrantes en el comercio sexual en la frontera sur de México. Tesis de doctorado en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable. El Colegio de la Frontera Sur. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
- Tuñón, P. 2001. Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración (Belice, Guatemala, Estados Unidos y México). El Colegio de la Frontera Sur, El Colegio de Sonora y El Colegio de la Frontera Norte. Editorial Valdez

Región Transfronteriza México-Guatemala
Experiencias en torno a la diabetes
Testimonios de personas que la padecen

Enrique Erosa Solana
Cecilia Guadalupe Acero Vida
Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo
Dorian Elibey Rojas Montejo I

Objetivo: Estudio en torno a la diabetes en la Región Transfronteriza México-Guatemala (RTMG), específicamente en municipios del estado de Chiapas (México) y el departamento de Huehuetenango (Guatemala). Se muestran antecedentes de la manera en que se ha retomado el tema de la prevención y atención de la enfermedad tanto por la Secretaría de Salud en México como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala. Es una investigación de corte cualitativo basada en información obtenida mediante entrevistas semiestructuradas en Chiapas, y la misma guía de entrevistas en forma de encuesta, aplicada en algunas localidades de Huehuetenango, por parte del personal de salud. Se abordan los testimonios de diez participantes (cinco de México y cinco de Guatemala), explorando, desde su perspectiva, aspectos que los vulneraron frente a la diabetes, su vi-

*

Adscripción: El Colegio de la Frontera Sur, unidad San Cristóbal de las Casas.
Formación: Maestra en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural por El Colegio de la Frontera Sur.
Líneas de interés: Derechos sexuales y reproductivos, sexualidad y VIH/Sida entre población joven; servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
Contacto: aevangel@scl.ecosur.mx

El presente texto tiene origen en un estudio sobre la diabetes, realizado en la Región Transfronteriza México-Guatemala (RTMG) –entre el estado de Chiapas y los departamentos guatemaltecos colindantes– (Mapa 1.1). La diabetes mellitus, DM, «es una afección crónica que se produce cuando se elevan los niveles normales de glucosa en sangre debido a que el organismo deja de producir la hormona denominada insulina¹, o bien, aunque la produzca no logra utilizarla de modo eficaz» (FID, 2017: 16). En México, en el año 2016, la diabetes ocupó el primer lugar en mortalidad porque causó 106,525 muertes, lo que significa una tasa de 82.07 por cada 100 mil habitantes (SSA, 2018a). A su vez, ese mismo año, representó la tercera causa de muerte en Guatemala: 2,114 defunciones y una tasa de 12.64² (www.sigsa.gt).

Para la RTMG que nos ocupa, la DM es la primer causa de muerte en Chiapas desde el año 2000 en que causó 1,081 fallecimientos a una tasa de 11.66 (SSA 2018a); seis años después, en 2016, la tasa se incrementó alrededor de 6 veces (66.7), provocando la muerte de 3,551 personas. En los departamentos fronterizos de Guatemala, para el mismo 2016, la DM ocupó el tercer sitio en Huehuetenango con 141 defunciones y una tasa de 10.84, fue la cuarta causa en El Petén y San Marcos con 85 defunciones a tasa de 11.18 el primero, y 178 con tasa de 15.51 el segundo. En Quiché fue la quinta causa de muerte con 75 defunciones y una tasa de 6.67 (www.sigsa.gt).

Dentro de las principales causas de mortandad en 2016 de los municipios transfronterizos de Chiapas, la DM fue la primera en diez de los 19 municipios que conforman esta región, la segunda en otros seis y finalmente se constituyó como la tercera causa en tres (Tabla 3.1; SSA 2018b). Respecto a los municipios fronterizos de Guatemala, en 2016, la DM fue la principal causa de muerte en San Marcos y Huehuetenango, pero tuvo presencia dentro de los primeros diez lugares en Quiché y El Petén. (www.sigsa.gt; ver Tabla 3.2).

Antecedentes

Durante la 42 Asamblea Mundial de la Salud (WHA, siglas en inglés) celebrada en Ginebra en el año de 1989, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió la Resolución WHA 42.36 denominada «Prevención y lucha contra la diabetes mellitus»; en ella se pide a los Estados miembros evaluar la importancia de la enfermedad, aplicar medidas de prevención y lucha contra la diabetes ajustadas a la situación local, intercambiar con otros Estados aspectos clínicos y de salud pública, así como establecer un

¹ La insulina «es una hormona esencial, fabricada en una glándula denominada páncreas, que transporta la glucosa desde la corriente sanguínea a las células, en donde la glucosa se convierte en energía. La falta de insulina o la incapacidad de las células de responder ante la misma, provoca un alto nivel de glucosa en sangre o hiperglucemia, que es la principal característica de la diabetes» (FID 2017: 16). ↗

² Todas las tasas presentadas están calculadas por cada 100 mil habitantes. ↗

Tabla 3.1 · Diabetes mellitus como causa de muerte en
municipios transfronterizos de Chiapas, México en 2016

Fuente: Secretaría de Salud, 2018

Municipio	Lugar	Tasa*	Defunciones
<i>Suchiate</i>	1	129.17	49
<i>Tapachula</i>	1	88.17	318
<i>La Trinitaria</i>	1	87.91	74
<i>Unión Juárez</i>	1	81.58	49
<i>La Independencia</i>	1	73.67	34
<i>Frontera Comalapa</i>	1	53.69	41
<i>Mazapa de Madero</i>	1	47.06	04
<i>Benemérito de Las Américas</i>	1	46.79	83
<i>Las Margaritas</i>	1	41.77	52
<i>Ocosingo</i>	1	32.89	73
<i>Frontera Hidalgo</i>	2	104.99	15
<i>Metapa</i>	2	91.84	05
<i>Palenque</i>	2	66.79	04
<i>Cacahoatán</i>	2	63.33	30
<i>Marvilla Tenejapa</i>	2	32.78	04
<i>Amatenango de la Frontera</i>	2	36.03	12
<i>Motozintla</i>	3	34.53	27
<i>Tuxtla Chico</i>	3	69.60	29
<i>Marqués de Comillas</i>	3	45.49	05

*Tasa por 100 mil habitantes

TABLA 3.2 • Diabetes mellitus como causa de muerte en municipios
de departamentos transfronterizos de Guatemala en 2016

Fuente: www.sigsa.gt

Municipio	Departamento	Lugar	Tasa*	Defunciones
<i>Ayutla</i>	San Marcos	1	48.36	20
<i>Sibinal</i>	San Marcos	1	11.65	02
<i>Ocós</i>	San Marcos	2	27.25	13
<i>Malacatán</i>	San Marcos	2	15.49	18
<i>Tectitán</i>	Huehuetenango	3	35.90	03
<i>La Democracia</i>	Huehuetenango	3	28.00	13
<i>San Mateo Ixtatán</i>	Huehuetenango	3	14.22	06
<i>Ixcán</i>	Quiché	3	9.97	11
<i>La Libertad</i>	Huehuetenango	4	17.21	07
<i>Las Cruces</i>	El Petén	4	14.14	05
<i>Sayaxché</i>	El Petén	5	11.18	14
<i>Tacaná</i>	San Marcos	5	4.92	04
<i>Nentón</i>	Huehuetenango	6	10.19	05
<i>Santa Ana Huista</i>	Huehuetenango	8	10.40	01
<i>Jacaltenango</i>	Huehuetenango	8	6.37	03
<i>Tajumulco</i>	San Marcos	8	4.87	03
<i>Santa Cruz Barillas</i>	Huehuetenango	8	2.47	04
<i>Cuilco</i>	Huehuetenango	>20	NA	NA

*Tasa por 100 mil habitantes

NA: No aplica por no encontrarse en las primeras 20 causas de muerte

modelo integrado a niveles comunitarios (OMS 1989: 43). Cinco años más tarde (1994), en México se propone la Norma Oficial número 015 para la prevención, tratamiento y control de la DM (NOM-015-SSA), en la que se definieron los conceptos, procedimientos y acciones para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Tal norma ha sido modificada en 1999 y 2010³, con ajustes de definiciones y conceptos.

En relación a la prevención, la Secretaría de Salud (SSA), a través de la NOM-015-SSA2-2010 (SSA 2010), declara que, «debe realizarse anualmente una glucemia capilar en ayunas, a toda la población mayor de 20 años de edad mediante programas y campañas a escala comunitaria así como en los espacios de trabajo, o de manera individual a aquella que acude a los servicios de salud (públicos y privados), dando prioridad a las personas con 65 años o más» (SSA 2010). No obstante –según Acero, 2012– en pocas ocasiones se aplica esta normativa en las consultas médicas, tanto en la Región Altos de Chiapas, como en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez; ante esto, los médicos arguyen que el papeleo que se genera con cada paciente rebasa los tiempos laborales, por lo que limitan las consultas a procedimientos básicos dentro de los que no se encuentran tales glucemias (Acero 2019).

En el Plan Nacional de Desarrollo (PND) del sexenio 2012-2018, se plantearon tres factores que han incidido negativamente en la capacidad del Estado para otorgar pleno derecho a la salud en la población⁴. La SSA a través del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (Cenaprece)⁵ emprendió, en 2013 (31 de Octubre), la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSD), con el objetivo de revertir la tendencia del panorama epidemiológico centrado en enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) a fin de mejorar los niveles de bienestar de la población y favorecer la sustentabilidad del desarrollo nacional. De ésta estrategia surgió el programa de acción específico Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018.

Las principales acciones en México frente a la epidemia de la DM han sido el club de diabéticos⁶, los Grupos de Ayuda Mutua (GAM)⁷ y las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME EC)⁸. Sin embargo, la ineficiencia de las acciones entre la población meta se reflejó como aumento en la tasa de mortalidad, falta de control de quienes asisten a los centros de salud, así como aumento en la incidencia. Aspectos resaltados en una auditoría⁹ a la ENPCSD realizada por la Auditoría Superior de la Federación (ASF) en 2015, es-

³ En septiembre de 1999, se realizó la primera modificación. En 2007, se presentó el proyecto de modificación, que fue aceptado en 2009, con algunos comentarios y publicado en 2010. Es la norma vigente. En mayo de 2018 se presentó el último proyecto de modificación (Acero 2019). ■

⁴ 1) Modelo de las instituciones del sector salud enfocado en lo curativo y no a lo preventivo.

2) La falta de permeabilidad de las políticas con enfoque multidisciplinario e interinstitucional en la calidad de los servicios.

3) Participación vertical y fragmentada de las instituciones en el sentido de la rectoría y arreglo organizacional (SEGOB 2013: 115). ■

⁵ Lanzó seis programas entre los que se encuentra el de *Salud en el Adulto y Anciano*, a su vez dividido en tres subprogramas: Envejecimiento, Diabetes y Riesgo cardiovascular.

⁶ Implementado desde los 90 como medida preventiva surgida a partir de la Asamblea Mundial de la Salud de 1978 y la Carta de Ottawa de donde proviene la idea de la participación social de la comunidad de pacientes con enfermedades no transmisibles (SSA 2011).

⁷ Instaurado en 1994 en la Norma Oficial, con el fin de «incorporar activamente a las personas con diabetes en el autocuidado de su padecimiento y facilitar su capacitación, se impulsaría la creación de grupos de ayuda mutua en unidades de atención del Sistema Nacional de Salud (...)» (SSA 2010:11.7.1).

⁸ Creadas en el sexenio de 2007-2012 para brindar atención

precificó que las acciones a nivel nacional, en materia de prevención y control de la diabetes de la SSA fueron mal diseñadas, existía falta de claridad en términos de metas y objetivos; capacitación del personal sin un programa específico; no contaban con parámetros a evaluar en cuanto a las campañas de prevención; había inconsistencias de cifras en los reportes de detecciones y no existía una norma para el diagnóstico previo a la incorporación de las personas al tratamiento (Acero 2019).

Ciertos aspectos de la experiencia que han tenido las personas que padecen diabetes (PPD) en los espacios médicos dan indicio del mal diseño estratégico, donde uno de los conflictos más señalados es el largo tiempo de espera los días de consulta, así como la distancia temporal a la cual se encuentran las pláticas de prevención y cuidados, cuyo papel dentro de la estrategia se plantea como fundamental.

En México por tanto, no existe un plan de prevención de largo alcance; las campañas al respecto son débiles «Desafortunadamente, la ENPCSD y todas las acciones que el gobierno ha realizado en favor de la prevención han fallado. Los GAM, las UNEME EC están burocratizados y colmados de filtros en la selección de personas que acuden. Las acciones de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Servicios y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (Issste) y el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado de Chiapas (Isstech) han sido pocas, a destiempo y desvirtuadas respecto a la problemática real» (Acero 2019: 119)¹⁰.

En Guatemala, también las ECNT, como la diabetes mellitus, los infartos y la cirrosis hepática han incrementado y desplazado a enfermedades infecciosas como las diarreas, de los primeros lugares de mortalidad general en el país. Esto puede ser atribuible a cambios de estilo de vida, como el sedentarismo, la alimentación no saludable y el estrés, entre otros. Adicionalmente, las heridas por proyectil de arma de fuego ocupan el octavo lugar como causa de mortalidad, con una tasa 10 veces mayor en hombres que en mujeres (7.15 y 0.75 x 100,000 habitantes).

Los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, la pertenencia y la dimensión de género ejercen una influencia importante sobre las ECNT. Según la OPS, en Guatemala es urgente, además de actualizar la normativa en salud laboral, el fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (Conasso). Según el Departamento de Salud y Ambiente, el 90 % de las fuentes superficiales de agua se en-

cuentran contaminadas; más del 40 % de la población no tiene acceso a agua potable, lo cual se refleja en tasas de mortalidad infantil superiores, resultado de enfermedades diarreicas. A nivel rural, el 86 % de hogares utiliza el sistema dendro energético (carbón y leña) para cocinar, situación que empobrece considerablemente la calidad del aire e incrementa las enfermedades de las vías respiratorias (OPS 2019)

En 2016, después de la 42 Asamblea Mundial de la Salud en Guatemala surge el primer protocolo de vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus con el objetivo de «Contar con un sistema de vigilancia de diabetes mellitus, que permita la recolección periódica y sistemática de la información, para el análisis y difusión sobre la magnitud del problema y sus factores de riesgo a fin de implementar medidas de promoción, prevención y control de forma oportuna» (MSPAS 2016: 2). También especifica la importancia de caracterizar la morbi-mortalidad, identificar los factores de riesgo, determinar la respuesta de los servicios de salud hacia intervenciones significativas, contribuir al establecimiento de una vigilancia continua que permita monitorear las tendencias e intervenciones de prevención, así como facilitar datos para estudios de costo-beneficio e impacto de las intervenciones.

El protocolo responde a las líneas estratégicas de acción en favor del control de Enfermedades No Transmisibles (ENT), acorde plan de acción para la prevención y el control de ENT en las Américas 2013-2019 de OPS. Dicho Plan Estratégico Nacional se basa en cuatro líneas de acción: 1) políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y control, 2) factores de riesgo y protectores, 3) respuesta del sistema de salud y 4) vigilancia e investigación (MSPAS 2016).

En este documento se habla de una vigilancia epidemiológica que consiste en 1) registro, notificación y fuentes a través de los instrumentos Sistema de Información Geográfica (SIGSA), con una periodicidad mensual de notificación; 2) procedimientos de investigación de morbi-mortalidad basados en: vigilancia pasiva en casos de morbilidad con datos de SIGSA de manera semestral, bases de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), para la mortalidad de forma anual, y encuestas a nivel nacional para la identificación de riesgos cada cinco años. Las acciones de control y prevención se limitan en controlar los factores de riesgo asociados (obesidad, índice de masa corporal, función renal, etc.) así como la promoción de estilos de vida saludable (MSPAS 2016). Para 2018, se mencionan a su vez, dos tipos de vigilancia epidemiológica: pasiva y una vigilancia de factores de riesgo de la respuesta de los servicios; la primera consiste en la obtención de informa-

mediante educación, prevención, tratamiento y control metabólico, buscando sobretodo, prevenir complicaciones crónicas. 

⁹ Auditoría 254-DS: Prevención y control de la diabetes auditó al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, el tipo de auditoría fue sobre el desempeño de 28 acciones anunciadas; con el objetivo de «fiscalizar las acciones en materia de prevención y control de la diabetes para verificar el cumplimiento de los objetivos y metas» (ASF 2015: 1).

¹⁰ En el caso de Chiapas, la encargada del programa mencionó que las dificultades por las cuales el sistema de acreditación no ha avanzado es la falta de recursos humanos así como poca disponibilidad de la Secretaría de Salud estatal para apoyar dicha estrategia, en cuestiones de recursos económicos. Respecto al primer punto, se documentó que

la estrategia de los GAM en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas no cuentan con el recurso humano (psicólogo/a, nutriólogo/a, activador físico), ni herramientas necesarias (glucómetros, papelera, material didáctico) para funcionar y, que el éxito observado ha sido resultado de la buena voluntad del médico encargado y de la responsabilidad de los integrantes (Acero, 2019: 91).

ción de egresos hospitalarios de todas las personas diagnosticadas por primera vez del SIGSA del Seguro Social, Sanidad Militar, INE, hospitales privados y organizaciones no gubernamentales (ONG). El segundo tipo de vigilancia se realizaría mediante encuestas e investigaciones específicas con y sin mediciones serológicas en sitios centinela¹¹ establecidos, los cuáles se evaluarían cada dos años (MSPAS 2018).

Dicho protocolo sin embargo, no se puso en práctica. Aunque existe un programa de enfermedades crónico degenerativas, la DM no entra en las prioridades del MSPAS del país. Debido a otros programas prioritarios, como desnutrición, tuberculosis, enfermedades vectoriales, inmunización, rabia, enfermedades transmitidas por agua y alimentos, e infecciones respiratorias agudas. El personal de salud se enfoca mayormente en disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil, pese a que dentro de las principales causas de muerte están la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Por consiguiente, se ha desvalorado la gravedad de la diabetes y delegado la importancia de sus medidas de control.

Según el protocolo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe proponer un titular para el programa de enfermedades crónico degenerativas, sin embargo son pocos los Centro de Atención Permanente (CAP) en donde existe, dado el escaso interés que muestra el organismo. Un caso donde se aplicó en cierta medida fue en el municipio de Jacaltenango en Huehuetenango debido a que se registró un aumento de casos de diabetes (de 72 en 2013 y 58 en 2014, a 95 en 2015 y 80 en 2016, luego 138 en 2017 y 160 para 2018) que alertó al centro de salud local, por lo que en mayo del 2019 se tomó la decisión de asignar a una persona encargada de llenar fichas epidemiológicas (actividad que no se realizaba), así como la promoción, prevención y coordinación de estas actividades en las comunidades del municipio. Tal persona resultó ser el mismo enfermero que ya estaba a cargo del programa de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, zika, malaria, etc), debido a que no se contaba con el salario que el MSPAS asigna para dicho titular.

A pesar del caso anterior, en los municipios guatemaltecos de la RTMG actualmente no se llevan a cabo actividades de prevención y promoción para la DM, lo que limita al personal médico de los centros de salud. En cuanto a insumos solo disponen de metformina; los glucómetros y tiras reactivas son escasos y cuando se agotan, su reabastecimiento suele ser muy tardado¹². A quienes padecen diabetes, en ocasiones sólo se les da receta por falta de insumos y medicamentos y

¹¹ La metodología de los Sitios Centinela, fue implementada en 2010 por Acción Contra el Hambre (ACH, por sus siglas en inglés) y organizaciones socias, en las regiones del país, con participación de instituciones gubernamentales y no gubernamentales involucradas en el proceso, en el ámbito departamental y municipal. Así como, líderes y lideresas comunitarias,

cuando asisten con alguna complicación, son referidos al hospital privado o al Hospital Nacional situado en la cabecera de Huehuetenango, ubicado a tres horas y media de Jacaltenango¹³.

Estudios de corte cualitativo en torno a la diabetes

Las problemáticas de la diabetes en poblaciones indígenas y pobres determinan una baja utilización de los servicios públicos de atención médica, para conducir finalmente, a un alto índice de complicaciones y mortalidad (Page et al. 2018). Algunos estudios con perspectiva cualitativa han dado cuenta de las dimensiones socioculturales y experienciales que construyen tales problemáticas. **En este sentido, la discriminación que realizan las políticas públicas y los propios servidores de salud generan exclusión** de los grupos étnicos a la atención, siendo todavía más fuerte hacia quienes menos tienen. En el caso de aquellos pacientes indígenas y/o pobres que acceden al servicio, debido a la exclusión reciben una atención deficiente y no adecuada a sus especificidades culturales (Lerín et al. 2015). A su vez, cuando estas poblaciones lograron el acceso y atención, el rol de las emociones en términos de causalidad sumadas a las dificultades económicas, se constituyen como obstáculo para manejo adecuado del control médico (Moreno 2006; Acero 2012), lo que es causa principal en la aparición de complicaciones (Yáñez 2016; Acero 2019, Domínguez 2012; Pereyra 2015; Page et al. 2018; Eroza et al. 2019).

Algunos estudios se han centrado en la relación diabetes/alimentación en contextos indígenas y rurales de México; sus hallazgos apuntan al cambio alimentario (Alvarado et al. 2001; Bañarrachea et al. 2001; Montesi, 2017a y b), principalmente al aumento en el consumo de refrescos embotellados (Page, 2013), como factores conducentes a la diabetes y que obstaculizan las medidas de control médico.

Marco teórico conceptual

El marco teórico conceptual que nos guió en el presente estudio es el de la Antropología Médica Crítica. Desde su perspectiva, pensar la pobreza es considerar las múltiples condiciones que posibilitan o imposibilitan la presencia de la salud o enfermedad, por lo que es necesario abordarla, no como un orden de cosas *per se*, ni mucho menos ajeno a la historia. Resulta de procesos de largo curso -vinculados al colonialismo, que han exacerbado por siglos la desigualdad social-, como de

quienes con su entrega, diariamente dan vida a esos sitios, en miras del beneficio de sus comunidades (Gobierno de Guatemala, SESAN 2014 p. 1).

¹² Sabemos que es el primer paso de un camino muy largo pero tener un encargado del programa es el inicio para mejorar, primero los datos y después las acciones de promoción y prevención. Es necesario poner atención a la diabetes porque es de lo que se está muriendo la población (Personal de salud).

¹³ No se realizan acciones de prevención ni promoción, las personas sólo vienen por su medicamento. No hay afiches, ni rotafolios, ni imágenes de prevención. En Jacaltenango se han intentado acciones preventivas mediante el radio por iniciativa propia, no como estrategia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Personal de salud).

aquellos vigentes, suscitados en el nivel macro, que son la continuidad de los primeros, y por lo mismo siguen ampliando las brechas sociales y agudizando sus efectos negativos.

Son de mencionar los tratados internacionales de libre comercio entre los países centrales y los periféricos, promulgados en aras del «desarrollo» de estos últimos, y todo lo que de ellos se desprende. Transformaciones económicas, deterioro ambiental, pérdida de territorios y/o de recursos naturales, exposición a entornos insalubres, desplazamientos poblacionales, crecimiento urbano, urbanización y hacinamiento, atomización social, inserción en ritmos de vida estresantes, incorporación a patrones de consumo de productos industrializados, sedentarización, exposición a ambientes laborales y a tecnologías que dañan la salud, adopción de valores y prácticas propias de «la modernidad» en torno al bienestar y a la salud que también conllevan daños de diversa índole. Esas transformaciones gradual y crecientemente, han ido despojando a las personas de sus condiciones básicas de seguridad y bienestar, exponiéndolas a un cúmulo de riesgos nuevos y de mayor alcance sobre los cuales, desde la posición de quienes pertenecen a los sectores más empobrecidos de la población mundial, no se puede estar plenamente al tanto, ni por lo mismo, ejercer control.

En función de lo anterior, las políticas públicas en salud han tendido a destinar cada vez menos recursos al cuidado de la salud de los pobres y sí a idear estructuras de atención restringidas mediante procedimientos burocráticos, y aún de carácter privado -aun cuando la calidad de la atención misma raye con frecuencia en lo indignante- (García et al., 2010; Homedes y Ugalde, 2005; Leal y Sánchez, 2014). Ante tal panorama, conceptos como Violencia Estructural (Farmer, 1984) y Políticas de la Brutalidad (Sheper-Huges, 1992), responden al enfoque de la antropología médica crítica, al considerarse al poder y la generación de riqueza como referentes centrales, que conectan procesos globales con sus expresiones en el marco de la vida local, respecto a su incidencia en la salud de poblaciones e individuos. Violencia que participa en muchos sentidos, en la configuración de la vulnerabilidad social y personal; de un estado de indefensión ante las múltiples amenazas a la salud.

Método

Desde una metodología comprensiva, la construcción de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, realizadas por los inves-

tigadores a personas con diabetes, y la misma guía de entrevistas en forma de encuesta, aplicada por parte del personal de salud, en algunas localidades de Huehuetenango. En total se hicieron 18 entrevistas semiestructuradas: 14 en Chiapas –tres en el municipio de La Trinitaria (dos hombres y una mujer); tres en el municipio de La Independencia (dos hombres y una mujer); cuatro en Las Margaritas (dos mujeres y dos hombres) y cuatro en Motozintla (dos mujeres y dos hombres)– y cinco entrevistas (cuatro hombres y una mujer) en el municipio de La Democracia (Huehuetenango, Guatemala). En Huehuetenango se aplicaron 19 cuestionarios: ocho en Jacaltenango (seis mujeres y dos hombres), cuatro en Nentón (tres mujeres y un hombre), tres en Santa Ana Huiña (dos mujeres y un hombre), dos en Cuilco (una mujer y un hombre) y dos en San Mateo Ixtatán (una mujer y un hombre).

Casos y temas documentados

Para efectos del presente texto, se incluyen los testimonios de diez participantes del estudio; cuatro hombres y una mujer de Guatemala, y cuatro personas de Chiapas México, dos mujeres y tres hombres (Tabla 3.3).

En el análisis se exploraron diversos aspectos estructurales que les vulneraron frente al riesgo de diabetes, los cuales se expresaron en términos muy puntuales y un tanto tangenciales en el desarrollo de sus relatos. Por lo mismo, no identificamos diferencias respecto a lo reportado por las PPD de Guatemala y México, a no ser por el hecho de que en México, la atención institucional a la diabetes está más institucionalmente estructurada, lo cual se refleja en algunos aspectos de la trayectoria de los informantes, sobre todo en lo referente a detección y control. Más allá, los testimonios de unos y otros expresan similitudes socioculturales. Aunque en el caso de Guatemala, los cuatro hombres entrevistados mantenían vínculos laborales con una instancia de salud, lo cual pudiese haber influido en tales semejanzas respecto al nivel de contacto con instituciones médicas.

Las personas cuyos testimonios presentamos, aluden a diversos temas relacionados con las causas de la diabetes que los informantes identifican; desde los socioambientales hasta los personales, las circunstancias en que su diagnóstico tuvo lugar, el control prescrito, sus niveles de adherencia, sus problemas para adherirse, los tratamientos alternativos o complementarios que adoptaron, otros tipos de ayuda a los que recurrieron, el apoyo familiar, el estado actual de su padecimiento, así como su visión en torno a la problemática que frente a la

diabetes afrontaban las instituciones de salud. La riqueza de sus testimonios reside principalmente en la experiencia de las PPD en torno a la diabetes y a los diálogos que mediante la enfermedad establecieron, entre la mirada médica y sus propias perspectivas culturales y personales. Diálogo en que también destaca su visión de la relación entre políticas sanitarias y pobreza como un componente significativo en sus constructos

Resultados y discusión

Dimensiones socioambientales de vulnerabilidad ante la diabetes
Algunos de los participantes identifican aspectos relativos al deterioro ambiental como una dimensión que de diversas formas repercute en la salud, ya sea directa o indirectamente. En general se refieren a la menor disponibilidad de agua propiciada por la escasez de lluvias, la contaminación de fuentes acuáticas, y la dificultad de producir alimentos, causada justamente por escasas de lluvia. La pérdida de fuentes de agua potable, se expresa no solo en referencia a su disponibilidad, también en la creciente necesidad de adquirirla comercialmente, pese a la incertidumbre acerca de su procedencia, es decir, si se trata realmente de agua cuya ingesta no es riesgosa para la salud. La pobreza también es señalada como condición que orilla a un consumo de alimentos de bajo costo, que se asume, resulta también un riesgo para la salud.

Inicio de la enfermedad

Se encontró que a excepción de una mujer y un hombre de Chiapas, la mujer y un hombre guatemalteco, los demás participantes manifestaron haber experimentado síntomas como sed, cansancio, frecuentes ganas de orinar y mareos que los llevaron a la consulta resultando el diagnóstico de diabetes. En el caso de tres hombres guatemaltecos, la búsqueda de atención fue influida por sus vínculos laborales con instancias médicas, de manera semejante a uno de los hombres chiapanecos cuya esposa enfermera era sensible a la naturaleza de los síntomas que éste presentó.

Los casos de pacientes asintomáticos, según lo que nos enunciaron, su diagnóstico se produjo de manera, un tanto fortuita: una de las mujeres chiapanecas estaba adscrita a un programa de asistencia social en el que periódicamente le eran practicadas tomas de sangre para su análisis, el diagnóstico de diabetes fue encontrado en una de tales to-

mas. La mujer y hombre guatemaltecos registrados como asintomáticos fueron diagnosticados hasta que sufrieron complicaciones –en caso del hombre, una infección urinaria–. En los casos de los hombres chiapanecos, su diagnóstico tuvo lugar por varias circunstancias que no tuvieron que ver con su búsqueda específica. Así, uno de ellos lo debe a su hábito de someterse a chequeos médicos periódicos, mientras que en el otro, fue debido a que parctarse un análisis de sangre era requisito de un trámite burocrático que realizaba.

Me dio infección de vías urinarias, fui al hospital de Huehuetenango, me pusieron suero. Escuché a un enfermero que le dijo a otro «mira vos ya te pasaste en éste» porque antes me sacaron muestra de todo para hacerme exámenes en el hospital. Cuando regresé, él le dijo al otro, qué por qué me había puesto suero, que yo tenía azúcar alta, le dijo, «quitalé ese suero inmediatamente» me lo quitaron y me volvieron a tomar el azúcar, estaba elevada. Fue donde me di cuenta que tenía azúcar, porque no sentía nada.

David, Guatemala

Empecé en 2004, sentí mucha sed, orinadera y sueño. No me imaginé esa mentada diabetes hasta que me fui a hacer unos chequeos a Huehuetenango, como yo trabajé en el 2004 para el 2008 en la municipal, me mandaron hacer una orden, ahí me detectaron que tenía diabetes.

José, Guatemala

Hace cuatro años tuve la desdicha de recibir ese problema de salud de la diabetes. Me sentía excelente, pesaba 165 lbs. (74.8 kg), pero comencé a tener problemas en mi salud y al término de tres días, me aguanté. Viene acá en mi turno, aquí trabajó junto con el doctor Pays y me dijo: —¿Qué le pasa? —Mire doctor, tiene tres días que comencé con una gran sed, y a mí lo que me pide es tomar Coca o Pepsi. —Usted está jodido, pero vengase para acá, —me dijo—, vaya a mi clínica, le voy hacer su examen. Cier-to, ese problema me apareció, llegaba a 545 de alta. —No tenga pena, vamos a empezar a atenderlo, le daré medicamento.

Juan, Guatemala

Fue la orinadera y se me comenzó a secar la boca, después fui a hacer análisis de sangre. Tardé con la resequedad tres años. De ahí comencé a bajar de peso, fue lo que me llamó la atención, me había hecho ya examen de azúcar, pero no quería aceptar la enfermedad, seguí sin medicamento, hasta después sentí ya muy duras las molestias, cuando subió mi azúcar

TABLA 3.3 · Características generales de los informantes diabéticos

Fuente: trabajo de campo 2018-2019

NOMBRE	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCCUPACIÓN	RESIDENCIA	INICIO DM
<i>Chiapas, México</i>						
Ana	57	Unión libre	Secundaria	Ama de casa	Mazapa de Madero	2018
Luz	37	Unión libre	Primaria	Trabajadora doméstica	Motozintla	2008
Raúl	54	Soltero	Preparatoria	Construcción	La Trinitaria	2013
Joel	40	Unión libre	Primaria	Mecánico	La Independencia	2004
Luis	44	Casado	Licenciatura	Administrador en el centro de salud	Motozintla	2011
<i>Huehuetenango, Guatemala</i>						
María	65	Casada	Primaria incompleta	Ama de casa	Jacaltenango	2005
David	57	Casado	Profesor educación primaria	Piloto de ambulancia	La Democracia	2015
Iván	47	Casado	Preparatoria	Enfermero	La Democracia	2007
José	44	Casado	Carrera técnica (contador en computación)	Intendente en centro de salud	La Democracia	2004
Juan	65	Casado	Preparatoria	Conserje en centro de salud	La Democracia	2015

como a 700; ahí fue donde comencé a utilizar la pastilla. Donde me hice el examen y resulté porque la diabetes estaba pegando duro. Tuve que centrarme en que era azúcar que tenía en la sangre.

Iván, Guatemala

Bajé de peso, sentía mucha sed, orinadera, salieron ampollas en mi cara, mi cuerpo. Fui al doctor, me sacaron estudios y salió alta mi glucosa y vine al centro de salud, me recibieron el estudio, pero me mandaron a hacer otros dos para ver si era diabetes, ya con los dos me dijo el doctor que era persona diabética, tenía que tomar pastillas.

Luz, México

Va ser un año que me detectaron. No sentí ningún síntoma, siempre nos tomaban muestras y de repente me detectaron 150 de azúcar, me empezaron a dar cita cada mes. Hasta ahorita se seca mi boca, a veces se pone bien amarga.

Ana, México

Me diagnosticaron hace ocho años. Tenía síntomas antes, porque un día me mareé muy feo y mi esposa es enfermera, trabaja en el Seguro y pasé a consulta, ya fue que me dijo, —¿Sabe? usted es diabético. Me mandaron a hacer estudio, lo detectaron en glucómetro, soy de los que no le cree tanto, le creo más de laboratorio. Desde entonces empecé a llevar mis estudios y ellos me lo hacían y si salía alto de glucosa, salió 170, 160, era alto para lo que empezaba. Sentía mucho mareo, infección de vía urinaria.

Luis, México

Tendrá seis años (2013) del diagnóstico. Sentí agotamiento, dolor de cabeza, después del agotamiento pensé en hacerme análisis y me fui con el médico. Siempre acudí a particular, antes de tener derecho al centro de salud. Acudí primero al laboratorio y después al médico particular. Sale de mi propia iniciativa, pues cada año me hacía mis análisis y me iba con un doctor. Inclusive todos los vecinos aquí vamos con ese doctor que tiene su consultorio en el centro.

Raúl, México

14 años tengo con la enfermedad, me puse mal, me llevaron al hospital y me diagnosticaron con exámenes de sangre, no tuve ningún síntoma, solo sentí que se paró mi corazón.

María, Guatemala

No empecé con síntomas, no sabía que era diabético, me enteré porque tramité mi licencia federal y me pidieron estudios de sangre, ahí salió, traía 180 de glucosa.

Joel, México

Atribuciones causales

Tres de las personas entrevistadas manifestaron explícitamente tener ascendencia de diabetes a nivel familiar y la señalaron como causa de la enfermedad. De cualquier forma, tal circunstancia opera como un referente de conocimiento previo para las personas con diabetes al discernir acerca del carácter de los síntomas que habían experimentado.

Me imagino que es hereditario, congénito, ¡bueno!, tal vez es descuido de uno, como tomar Coca Cola, Pepsi, todo lo que es dañino. Lo que me ha dicho el médico es que son congénitos. Mis papás, los dos tienen diabetes, gracias a Dios viven.

José, Guatemala

Herencia. La única herencia que me dio mi papá, tiene más de treinta años con la enfermedad; todos mis tíos por parte de mi papá tienen diabetes. De mis hermanos ninguno

Joel, México

Mi mamá es diabética, tiene quince años, tal vez tuvo diez años caminando, no se notaba si era diabética pero ahorita tiene tres años que cayó a la cama, de una vez está postrada, se sienta, pero nosotros la vamos a sentar y pienso que es por la diabetes.

Ana, México

La principal causa de la diabetes enunciada por la mayoría de los participantes en sus testimonios, es la emoción. Emociones experimentadas a lo largo de su vida y que consideran resultado de situaciones difíciles. Otras causas enunciadas son: la congénita y aquella en la que es resultado de hábitos de consumo inconvenientes, sedentarismo y obesidad. Algunos la comprenden como producto de ambos tipos de causas. En este sentido, una mujer de Chiapas dio testimonio de que en el pasado a la diabetes se le conocía como «suño», aseveración que por un lado

habla de la relativamente reciente incorporación del discurso médico dentro de los contextos socioculturales tradicionales, mientras que por otro, sugiere que para algunos informantes, la relación emociones-diabetes, denota un vínculo más inmediato y con mayor sentido en sus vidas¹⁴. Se puede pensar asimismo, que las emociones detonan síntomas de un problema de salud ya latente, cuyos síntomas a su vez revelan su presencia.

Dicen que por un suño bueno, que ahí viene la diabetes. En las manejadas se pega uno buenos suños y de repente en uno de esos se viene, pero no se siente nada, yo no sentí nada, molestia o algo.

David, Guatemala

Me imagino que puede haber sido por un suño, un disgusto, que yo haya tenido preocupaciones, por ciertos problemitas que tuve con la que fue mi cónyuge, ya de eso me vino la glucosa.

José, Guatemala

Puedo atribuirle a un enojo muy fuerte, muy sentimental. Hace once años mi papá falleció y dejó dicho a todos los hermanos, qué era lo que se iba a hacer con los bienes que había dejado. No fue capaz de dejar ordenado lo que tenía que dejar en la familia. Solo dejó dicho con un abogado a una hermana, qué iba hacer con los bienes. Y vienen, hermana, hermanos, «hagamos lo que papá dejó dicho» y no lo hicieron, llegó un momento donde nos encontramos con la hermana y comenzamos a discutir; me enojé, pero no lo di a demostrar, sólo mi corazón; en esos días comencé mal.

Juan, Guatemala

Estaba muy gordito, pesaba doscientas cuarenta libras (108 kg), era muy glotón, comía mucha comida chatarra, papas fritas, sodas, cerveza. Debido a eso elevé mi peso y fue cuando resultó diabetes.

Iván, Guatemala

Es hereditario, mis abuelitos, mi papá son hereditarios, mis tíos, tenían diabetes, algunos ya fallecieron, mi abuelito, mis dos tíos. Mi abuelito le llegaron a amputar la pierna, ya era pie diabético; igual a mi tío, su hijo de mi abuelito y el otro mi tío igual, pero a él ya no le amputaron, ya fue degenerativo, tenía derrame ocular por diabetes. Yo digo que es la vida se-

¹⁴ Es de mencionar que la misma mujer sostiene que estando enojada adquiere mayor fuerza para enfrentar la diabetes, que cuando está contenta, estado en el que, asegura, se ve debilitada por la enfermedad.

dentaria que lleva uno, la alimentación, te dejas engordar, pero luego me pongo a pensar en gente gorda sin diabetes, creo que es más hereditario.

Luis, México

Principalmente por el modo de vida y a la alimentación, en los genes también, porque mi papá falleció de eso, pero él lo supo hasta que falleció, antes no se acostumbraba ir al doctor, trabajando su cultivo se sintió mal, se desmayó, lo bueno que estaba un hermano con él y lo llevó al doctor. Desde ahí se empezó a tratar con médicos particulares, después lo llevamos al centro de salud.

Raúl, Chiapas

Primero me corrió una culebra, pero mi esposo tomaba mucho, llegaba a tirar mis cosas, me gritaba, digo que por eso. A mi mamá, mi papá, mis hermanos dije que tenía diabetes, dijeron que tal vez era susto, que me quitara el susto. Antes se conocía esa enfermedad como susto, no como diabetes. Como en el 2008, cuando tuve a mis cuatro hijos empecé con la diabetes. Cuando dejé de criar mis hijos subí de peso llegué a pesar 64 kilos, eso dice el doctor, que me afectó porque estaba gordita y me vine bajando de peso, ya tenía esa enfermedad, pero lo peor es que cuando me enojo me siento más fuerte, resisto más y cuando estoy contenta es cuando más me ataca la enfermedad.

Luz, México

¡Ay quién sabe!, tal vez problemas, dicen que el azúcar depende de un disgusto o coraje. En un hogar no faltan problemas, tal vez no grave, pero uno a veces está débil y no soporta, tal vez de algún problema empieza esa enfermedad. Siempre tengo problemas, mi esposo toma mucho, desde que nos juntamos hemos tenido problemas, hasta vesícula ya no tengo, me sacaron mi vesícula pero por lo mismo los problemas.

Ana, México

Tratamientos e indicaciones

A partir del diagnóstico, los entrevistados refieren las explicaciones e indicaciones, así como advertencias sobre mayores complicaciones de salud, que obtuvieron de parte del personal médico, para llevar a cabo su control. La prescripción de farmacos, así como la observancia de dietas, y en cierta medida la práctica de actividad física, todo ello de por vida, fueron el tipo de información que recibieron. Algunos, los

menos, hablan de haberse adherido a tales prescripciones, mayormente aquellas relacionadas con la ingesta de fármacos. Sin embargo, en lo relativo, sobre todo a las dietas, la mayoría expresó la dificultad que les presentó la disyuntiva de dejar de consumir alimentos a los que estaban habituados. En algún caso, se expone la inconveniencia de consumir uno de los medicamentos prescritos, en la medida que el efecto era contrario al esperado. Aunque hubo quien reveló haber sentido, desde un principio, gran reticencia al consumo de fármacos como un signo de negación ante el diagnóstico que lo definía como enfermo.

De que vine a mis exámenes, como aquí hay medicamento para la diabetes, es la que estado tomando –Metformina, 950 mg–. Me dijo el doctor y hasta el día de hoy, tomo uno en la mañana y la mitad en la tarde. Me ha funcionado, me la recetó un doctor que estuvo aquí pero se fue, su clínica está aquí arriba. Me dio mi receta para que compre: —Esto es lo que le cae bien. Desde esa fecha he estado viniendo.

David, Guatemala

Voy con un cirujano, él me ha dejado un buen medicamento. Me dijo que tuviera dieta; me dejó la medicina que se llama Glucovance. La consigo parte de México y aquí en Guatemala. Tiene cinco años que inició mi tratamiento. Yo tomaba la Metformina y me la cambiaron a Glucovance. Me habían dado Metformina de 850 mg, no me hacía mayor cosa, una vez al día tomaba. Hace cinco años que empecé a tomar Glucovance, es combinada de 500 x 5, es metformina con glibenclamida. El médico dijo que tenía que tener dieta restringida, comer verduras, frutas, grasa poca, que no tomara azúcar de la que venden por kilo, que tomara esplenda. La seguí porque me cuida, a veces uno tiene heridas en los pies o en los dedos, en las partes de la mano o en nuestro cuerpo. Me recomendó caminar o trotar; he salido a caminar y a correr diario.

José, Guatemala

Ni mucho pan, ni mucha manteca, que solo de tres a cuatro tortillas; a veces como cuatro o cinco y pan, no soy capaz de dejarlo, uno en la mañana y tarde y noche también. Al principio me daba sed, se me antojaba tomar Coca o Pepsi, ya no, más tomo agua pura; poquitillo de azúcar pongo a las bebidas. Toda la familia comemos igual con mis dos nueras, mi esposa, mi hija y mis hijos; tienen aparte sus casas, ya juntos nos alimentamos. —¡Cuidese, haga su dieta! dice el doctor y así es mi esposa. Soy algo desobediente, soberbio, lo que yo quiero comer y mi familia dice —No comas esto, —Miren, les digo, lo que yo me como siento que me cae bien, déjen-

me comer lo que yo quiero. Se me dificulta seguir mi dieta.

Juan, Guatemala

El médico particular me dijo que la diabetes me dio porque no quería tomar medicamentos. Me dijo: —Tienes que tomar tus medicamentos porque la diabetes es una enfermedad que está posesionada en tu páncreas, pero va afectar todos tus órganos. No precisamente puedes morir de diabetes —decía— puedes morir de una cardiopatía, tienes que cuidar, de tus pies, de tu cuerpo, de las heridas, tu calzado... un montón de recomendaciones. Estuve dos meses con dieta, al 100% no, me costó, hasta la fecha estoy luchado. Como estaba acostumbrado a comer mucho, una tortillita me afectaba y me quitaron las frutas muy dulces, el mango, las zanahorias, las verduras. Todo lo que es grasa, solo debía comer verduras y frutas y hasta verduras que no debía comer. Me dio un listado, pero me costó. Bajé de peso, hasta la fecha sigo bajando, ahorita el problema es que la pastilla que tomo, la metformina de 850 más glibenclamida de 5, una diaria, siento que no me está haciendo, comencé otra vez con mi boca seca, eso me afecta.

Iván, Guatemala

El doctor me dijo que no iba a dejar las pastillas en un momento, porque el día que las dejara iba a perder la vista o un pie o a ver qué, que porque era una enfermedad crónica que ya no tenía cura, solo control, me dijo: — Hay personas que pueden sobrevivir pero cuidándose llevando un buen control. Que no lo suspendiera, es de seguirlo de por vida; que si no tenía cuidado si me cortara un pie o un dedo, que puede que me pegara gangrena o perdiera un pie o una mano. Siempre me han llevado mi control aquí. Me han dicho que vaya con uno de esos naturistas, pero no he podido por falta de dinero porque ahí el tratamiento es caro.

Luz, México

Tengo derecho al IMSS y al ISSSTE. En el IMSS casi no voy, no me da tiempo, pero ya lo llevo en el ISSSTE hace año y medio. Aquí tengo la ventaja de trabajar y al momento aquí me atienden, no necesito hacer cola. Me dieron tratamiento en el IMSS, metformina y glibenclamida pero la glibenclamida, si siguiera tomando ya estuviera peor, porque me bajó mucho la glucosa. No más tomé dos días, después me dijo —Tú no eres diabético al 100%. Me dijo un amigo médico: —Suspende la glibenclamida.

Luis, México

Cuidados Médicos:
niveles y factores de adherencias y no adherencias

Las resistencias esbozadas por los informantes en la sección anterior, adquieren mayor sentido al hablar de sus niveles de adherencia a las medidas de control médico. Aunque la utilización de fármacos no se expresa de manera particularmente adversa, hay razones o circunstancias que se exponen como impedimento. En algunos casos, se habla de efectos contrarios a los esperados, como se ha mostrado en la sección anterior, en otros, de circunstancias que bien propician el olvido por ingerirlas, o definitivamente complican su ingesta, como por ejemplo, ciertas actividades laborales y los tiempos que conllevan. Un argumento adicional es expuesto por uno de los hombres chiapanecos, quien antepone a la inconstancia de su adherencia, el hecho de no haber sido informado por el médico que el tratamiento debía de ser de por vida. Sobresale también el caso de la mujer guatemalteca, quien antepone básicamente su falta de recursos económicos para adquirir medicamentos y para alimentarse acorde a su prescripción médica.

A veces tomo y a veces no, ya no quiero tomar medicina, cuesta mucho, me cuentan que ya no tome azúcar o lo dulce, pero siempre tomo algo, para que voy a decir que cumplo la dieta a veces no, tengo un rótulo en mi cocina para ver qué puedo comer y que no, pero no cumplo, cuesta conseguir la comida porque no tengo piño [dinero].

María, Guatemala

En relación a las dietas, se observa entre la mayoría de los entrevistados, una gran dificultad para adherirse a ellas, al menos en plena conformidad con los mandatos médicos. Se habla en algunos casos, de un difícil proceso de renuncia a hábitos de consumo sostenidos por mucho tiempo, tal vez por toda la vida, por lo mismo no son abandonados del todo; hay también quienes dan cuenta de no haber modificado realmente sus hábitos. De cualquier modo, en general se habla de haber reducido «significativamente» la cantidad de alimentos contraindicados. Todo esto se comprende a partir de las inconsistencias y contradicciones contenidas en sus testimonios, matizados por ambigüedades, y también por lo que reportan cuando se les interpela acerca de su más reciente ingesta de bebidas y alimentos. Lo más interesante empero, reside en el interjuego que revelan en torno al consumo de medicamentos, su alimentación, las variaciones de su estado de salud, así como los diálogos que dicen mantener con los médicos. Una suerte de negociación en la que entran en escena su salud, su estado emocional –modulado por la satisfacción o insatisfacción de sus apetencias–, y su estatus

como pacientes. Esto último se interpreta a través del argumento de una de las mujeres chiapanecas, quien dadas las consecuencias de su falta de control y ante la «amenaza» de ser prescrita con insulina, antepuso la petición de una última oportunidad con la promesa de controlarse con su dieta y el uso de fármacos para evitar dicha alternativa. La racionalidad que arguye al respecto, revela su posicionamiento como persona pobre para quien la dependencia hacia la insulina podría agudizar aún más su estatus de paciente pobre, ante el riesgo de que su cuerpo se habitúe a ella y de que en dado momento, se le deje de otorgar por parte de las instituciones, o que el recurso simplemente desaparezca. Su declaración al respecto, revela en cierto modo la cultura que se suscita en la relación del estado y sus instituciones, con las poblaciones, y el tipo de identidades que se gestan a través de la misma. En referencia al rechazo a la insulina, también intervienen imaginarios en torno «a daños» que se dice, eventualmente causa. Aunque el tema de la actividad física es poco referida como sugerencia médica, aquellos a quienes ha sido recomendada, mencionan realizar poco ejercicio, como caminar o trotar, debido a sus múltiples actividades cotidianas.

Las grasas, he evitado tomar Coca Cola, el pan, porque siempre se le eleva uno. He integrado verduras, el güisquil [chayote], la zanahoria, la papa, como tiene almidón la evito. Hemos comido carnitas, no diario porque ahorita ya está casi contaminado todo. Me he conseguido hasta las mentadas hierbas, como la hierbamora, chipilín, todas esas verduras. Sólo caminar o trotar hago diario, una hora.

José, Guatemala

Todo lo dulce me quitó, que papa no la comiera, ni remolacha. Tomaba mucha Pepsi y Coca, ya no. [El médico] me dio un listadito de qué podía comer y qué no. Me dijo, —Con que cumpla con esto, no hay necesidad de medicamento. El santo café, es lo único que no he podido. Pan, me lo quitó, me dijo que no consumiera. A veces uso esplenda. Me recomendó hacer ejercicio, —Mejor si corres, ustedes viven cerca del estadio, denle media hora de vuelta diario, dijo. Solo cada tres días voy a caminar. A veces me he olvidado, es que he querido dejar el tratamiento, quince días no tomé, salí ocho días y no lo llevé, dije, —Hasta que regrese; pasó otra semana y me acordé. Poquito me sentí mal, como mareo, fue cuando vine a hacerme examen, tenía 260, es lo que más he tardado. El doctor dice, —Debe poner más de su parte porque no lo hemos podido bajar.

David, Guatemala

Al principio estaba un poquito escaso de mi economía, pero diosito me ha manifestado bendiciones porque subieron un poquito el salario, ya me da para comprar medicamento. Mi esposa es una mujer que se preocupa en mi vida, me dice, —No comás esto y esto. Pero realmente lo como, si no, me quedo con la molestia, hago aquí turno de veinticuatro horas y me siento bien, no me siento tan jodido, yo sé que hay turnos que no lo dejan uno descansar, pero ahí voy, siempre y cuando he estado con mi vitamina.

Juan, Guatemala

En el principio calidad, después ya no, la dejé porque ya no me hacía bien la pastilla. A veces se me olvida tomarla por la rapidez con que tengo que salir, ese es un problema porque es un riesgo que estoy haciendo renuente el medicamento. A veces uno o dos días dejo de tomarla. Me afecta, siento más resequedad en la boca si hablo mucho. Un médico particular me dijo que debía salir a correr por las mañanas. Nunca lo hice, a veces uno no acomoda su tiempo. Hace poco que dejé de trabajar porque me sentía muy cansado, trabajaba turnos de ocho a cuatro y media, descansaba media hora y otro turno de cinco de la tarde y entregaba a las once de la noche. Vendía medicamentos en una farmacia.

Iván, Guatemala

Que no tomara dulce y no muchas tortillas, refrescos, la fruta que pera, manzana, plátano, no mucho. No seguí la dieta, lo que me gusta comer mucho es la naranja, mango, no mucho porque es muy dulce. No hago ejercicio, casi no salgo a caminar, trabajo mucho, hago todo lo que es de la casa y vendo empanaditas jueves y domingo en el mercado. Estuve preocupada unos días pero después pensé despreocuparme y hago como que no estoy enferma, no más evito comer dulces, pan, como un pedazo, galletitas, poquito, no como antes, en la tarde ya no como, a veces mi panito con café amargo. La Coca no la conozco, refrescos, dulces, nada. Como a veces tengo mi masita de maíz, hago mi agua de masa sin azúcar, me gusta mucho. Más agua consumo y se acostumbra una. Anoche no comí caldo, solo tres tortillas y café sin dulce. Como seis tortillas en el desayuno, de tortillería son chicas, y agua.

Ana, México

Dijeron los médicos que tenía que bajar mi peso, que era una de las complicaciones de la diabetes, iba a ver problemas con mi glucosa. Bajarle a mi comida; me quedé solo con la Metformina, una después del desayuno.

Me dijeron que tengo que bajarle a la azúcar, al pan, a las harinas, tortilla, no comer mucha grasa por el triglicérido y el colesterol, le bajé mucho a eso. Solo con el tiempo bajé, comía mucho pan, tortilla, es algo muy complicado. Me recomendaron caminar, correr; de vez en cuando lo hacía. Dos años atrás comencé a ir al gimnasio, llevé más estricto mi ritmo, ahorita no voy porque me fisuré la mano. He dejado de tomar mi medicamento porque se controló todo, se bajó mucho mi glucosa, pero dejé de ir al gym porque me lastimé, empecé a subir glucosa hace poco, entonces empecé a caminar, de repente voy a trotar y hacer abdominal, Como seis meses dejé el medicamento, porque como llevaba mi tratamiento y me hacía mis estudios, yo tenía una glucosilidad de nueve y me recomendaron bajarla más y llegué hasta seis. Las tortillas, el pan es lo que no he podido dejar, ayer comí dos pedazos, es algo que no lo puedes evitar al 100% pero hacerlo de vez en cuando, creo que no es malo mientras te mantengas bien. Antes comía hasta diez panes, me bajaba medio kilo de tortilla. Ahora como tres, cuatro, ocho, máximo, de ahí para abajo, más consumo tostadas horneadas. No puedo decir definitivamente lo que son los refrescos embotellados porque de repente tomo, pero más agua natural con poquita azúcar, café bebo sin azúcar.

Luis, México

El doctor me dijo que tenía la azúcar alta y me dio tratamiento. Lo terminé, me sentí mejor y lo suspendí porque el doctor no me dijo «Sabe usted, esto lo va a tomar diariamente». Si tenía síntomas iba al doctor a que me diera tratamiento, lo tomaba, me sentí bien y dejaba de ir; así pasaba un año o año y medio, me sentía bien. Recaía y volvía al doctor, así pasé tres o cuatro años. Las primeras tabletas que me recetaron fue la Glibenclámda, la tomé quince días. En un principio, tuve otro tipo de tratamiento, no se controlaba y tomaba tecitos. Hace un año me recomendaron eliminar azúcar; la he disminuido, si antes le ponía una cucharada y media a algo que tomaba, ahora le pongo un cuartito para sentir el saborcito. Antes tomaba refresco embotellado, ya no. El médico particular me recomendó salir a caminar. Desde que comencé hace cinco años, cuando me sentía mal hacía caminatas, pero han disminuido por el trabajo, a veces no me da tiempo. Quedo tranquilo con lo que dice el nutriólogo, el problema es que no cumplimos todo; se olvida porque todo es medido; cuando salgo llevo algo de comida, pero a veces no hay. Cuando tengo bastante hambre, como bastante. Las cantidades son el problema, no se digiere todo, si aumenta un poquito, sube. Cuando voy a trabajar desayuno bastante, aunque sea verdura; tortilla, lo suficiente. Por eso no se ha podido contro-

lar, no come uno a sus horas, dicen que debe haber una hora de desayuno, una de comida, cada tres horas dicen que debe uno comer, a veces no hay tiempo. Nos pasamos la hora, y ya con hambre come uno bastante. Se ha reducido la dosis de la Glibenclamida, sólo esa pastilla tomo. Sí afecta, he tenido presión arterial, pero han sido pocos días, con las preocupaciones se me ha subido. Lo he controlado con alimentos sin mucha grasa, como muchas verduras, también con ejercicio, así me la llevaba año y medio sin tomar pastillas, y sin sentirme mal, cuando me afectaba otra vez, iba al doctor. Porque repito, nunca me dijo el doctor que era de por vida el tratamiento.

Raúl, México

El nutriólogo, me dio una lista donde no iba yo a comer todo lo que no necesita uno. Poca tortilla, arroz, pasta, los brócolis o coliflor baldado, mole, todo lo que lleva condimento, no comer mucho. Donde no obedecía, la tortilla es muy difícil dejarla, como a veces cinco, seis, y si es caldo de pollo más. Me recomendaron caminar diez minutos, no camino porque a veces no da tiempo, voy a trabajar y regreso cansada. No tomar café con azúcar, pan, galleta, refrescos embotellados y tomar mucha agua y avena, pero sin azúcar, no mucha sal. A veces se me antoja café con azúcar pero digo —No. Si tomo café sin azúcar, no sabe bien, prefiero tomar a tres vasos de agua, se me quita esa ansiedad de tomar azúcar. Y cuando empieza esa enfermedad lo que le llama la atención es comer azúcar, chocolate, galleta, café, refresco es lo que más quiere uno y ahorita estoy evitando, pero me está costando trabajo. Como el refresco embotellado, a veces me llama la atención y comer el caldo de pollo y ya no podemos. Dice el nutriólogo que pechuga hervida o asada. No se puede, a veces hago mi caldo de menudencia pa' to's, pero trato de comer poco. Ayer fui a trabajar y me dieron mi almuerzo, comí esbaguete con pechuga empanizada, ayer y en la noche comí salsa verde con chicharon, pero no bastante porque ya era noche. Hoy desayuné ese frijol grandecito, se llama *insichi* [inzucchi] con una torta de huevo. No he cambiado mi tratamiento, de hecho esta vez me dijo la doctora que si salía alta mi glucosa me quería poner insulina, pero le dije que me diera otra oportunidad, que no quería insulina porque ¿Qué tal si el gobierno ya no va querer apoyarnos y se va acostumar mi cuerpo a insulina ¿Qué tal si a veces no va a haber? por eso no quiero, mejor las pastillas, si las compro es más barato. A veces no tomo mi tratamiento ese día pero lo tomo en la tarde. Lo dejé de tomar, pero me daba dolor de cabeza y ganas de llorar; desde esa vez me di cuenta que por dejar de tomar las pastillas.

No porque no me den medicamento en el centro de salud, pues lo compro, he dejado de tomarlo porque a veces salgo a trabajar y olvido llevarlo; por ejemplo me voy a San Quintín de tres o cuatro días a trabajar y se me olvida. No he estado haciendo actividad física, a veces nada más. Es que yo estaba acostumbrado a correr mucho pero por mi trabajo no puedo, de vez en cuando agarro la bicicleta en la mañana. No tengo horario en mi trabajo. Ahorita ando desde las seis de la mañana, no sé a qué hora voy a parar. No me quiero poner [insulina] porque conozco mucha gente que tuvo quince o veinte años con pastillas y le empiezan a poner insulina y al mes están ciegos. Creo que sería el peor tratamiento para un diabético, la insulina, aquí hay una señora que llega al centro de salud junto conmigo, al mes que se empezó a poner insulina dejó de ver y ahorita ya va pal' año que se quedó cieguita. Muchos optan por insulina, no es que no les funcione la pastilla sino que no se la toman.

Joel, México

Dimensiones sociopolíticas

Entre los impedimentos para un óptimo control médico, los entrevistados también vierten argumentos que apuntan a las limitaciones que las instituciones en Guatemala y México padecen. Para ambos países, la obligación de las instituciones de brindar apoyo integral a la gente pobre, es un asunto fuera de toda cuestión según algunos de los informantes, por lo que indistintamente hablan de problemas de dotación de medicamentos que conducen a la necesidad de que las personas las compren. De tal suerte que la dotación de medicamentos y su distribución gratuita entre la población pobre que la requiere, se señala como un problema central por atender. Es de llamar la atención que uno de los hombres guatemaltecos señale que en tal sentido México aventaja a su país. Su expectativa se centra en proponer que alguien se enfoque en resolver tal problemática. Sin embargo, como hemos referido en la sección introductoria, en términos de política pública centrada en la atención a la diabetes, Guatemala dista aún de estructurar una política sanitaria centrada en esta enfermedad, debido a la presencia de otras prioridades de atención en salud.

En efecto, los testimonios de las personas chiapanecas proponen que al menos en lo que corresponde a la diabetes, las instituciones de salud cuentan con un campo de acción más amplio y estructurado. Sin

embargo, por palabras de las mismas y por lo observado en otros contextos de Chiapas, se entrevisté que tal circunstancia ha dado pie a procedimientos burocráticos que eventualmente pudiesen entorpecer ciertos trámites debido a cuestiones de afiliación, como sucede en otros contextos¹⁵.

¹⁵ La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia, Eroza, Carrasco (2019). En prensa

Pienso que lo primero que hay que terminar es esto, ver que alguna autoridad se preocupe en pedir más medicamentos, porque hay extrema pobreza y la gente lo que necesita es el medicamento.

David, Guatemala

Hay problemas de medicamento que se escasea, la gente viene y no se le puede dar porque no hay, sólo se les da su receta y ahí están las farmacias, que necesitan dinero también, y ahí se va a comprar la pobre gente. Aquí cuando hay se les da un poquito y cuando no, ni modo. No hay la mayoría de las veces. En México el señor gobierno es más activo que el de Guatemala, porque allá les dan muchos abastecimientos a muchas familias y acá no.

Juan, Guatemala

Hay entregas de medicamento trimestral, pero hay trimestres que si dan un poquito es bastantito y hay otros que no, ahorita fue mínima la cantidad entregada y hay mucha demanda. Eso es problema, el gobierno no abastece al 100%. Laboratorio si contamos. Todos que laboran acá hacen el esfuerzo de atender a tanta gente, porque no hay insumos. Afecta a los pacientes que vienen aquí, a veces no se les da su medicamento, solo les dan una receta y no tienen dinero, no van ir a comprarlo en las farmacias. Vienen con la mentalidad de que les van ayudar con todo el medicamento y a veces solo les dan uno o a veces nada, ya ellos tienen que comprar. Lo único con que se ayuda aquí es con la consulta, estamos hablando de cincuenta quetzales [121.617 pesos].

Iván, Guatemala

Aquí quiere que nos den pase y nos manden al Seguro, en el Seguro si es urgente, grave, nos meten en hospitales, pero aquí na más atención médica. A veces cuando venimos, no hay complejo B que nos recetan. El mes pasado no había, que venimos el mes de febrero y ahorita a mi compañerita pasó le dijeron que no hay complejo B otra vez. No he comprado completo, a veces me dan sólo el complejo B si no hay, tenemos que comprar.

Cada mes, tenemos un carnet de Próspera y ahí nos anotan. Por ejemplo ahorita creo que nos va tocar el primer miércoles de marzo, el primer miércoles de abril otra vez. Falta pero a veces deja a otro médico, la vez pasada no había médico y vino otro, pero más, no falta la doctora.

Luz, México

Otros Factores de adherencia.

En la región transfronteriza de México y Guatemala, la presencia de iglesias evangélicas y protestantes constituye un fenómeno de dimensiones ya históricas, que en diferentes áreas de la vida de la gente y de muchas formas, ha dejado su impronta y por lo mismo modulado una gran diversidad de prácticas socioculturales. Entre otras cosas, ha permitido a muchos de sus adherentes, ser parte de comunidades internacionales, lo que de alguna forma los incluye en sus políticas. El tema de la salud no es la excepción. Dos de los hombres guatemaltecos, por ejemplo, hablan de la consejería médica que en dichos contextos habían tenido, lo cual se advierte, constituye un factor que promueve la adherencia.

Asisto en una iglesia evangélica en La Democracia, ¿viera que ahí han traído jornadas médicas?, a veces de cubanos, dicen, acaban de venir unos alemanes. Entonces ahí lo anuncian, el que esté interesado en su glucosa. Una vez nada más he ido, me tomaron muestras. De la pastilla que dan aquí, dijeron que estaba bien, que la siguiera tomando. Le tomé confianza, dos, tres que me dicen, mejor le siga.

David, Guatemala

Siempre he sido adventista, me han dado consejos para la diabetes, ¿viera que me ha ayudado mucho?, porque la iglesia adventista del séptimo día trabaja a nivel mundial, trabaja programas de ejercicios, alimentación cómo debe ser. Estamos en el 3 A B N es un canal internacional y dan consejería en cuanto a tipos de ejercicio, la alimentación, de todo, pues preparan a uno muy bien, han hecho jornadas de consultas, pero directamente para diabéticos no.

Iván, Guatemala

Así mismo, estas iglesias pueden constituir un espacio que permite el manejo de los aspectos emocionales relativos a vivir con diabetes y otros padecimientos. De acuerdo con las palabras de una de las muje-

res chiapanecas, pueden constituir ámbitos de socialización que mitigan el sufrimiento personal por la enfermedad, fortalecer el optimismo en la adversidad para seguir adelante, nutrir la esperanza, y en la utopía, aspirar a una vida mejor. Se trata sin duda, de recursos a los que las personas acceden y en los que encuentran la posibilidad de soportar el sufrimiento y de paliar los efectos más severos de la pobreza, la enfermedad y el infortunio.

Yo voy a los testigos de Jehová; dicen que debemos apoyar este reino que pronto va a traer Jesús que él va a curar las enfermedades y eliminar la muerte, nos dan consuelo, dicen que este tiempo va a pasar y vamos a esperar un futuro mejor que nos ofrece Jesús, porque él es el mejor médico, mejor abogado y la biblia lo dice: Revelación 4:21 dice que él va a quitar toda la grima de los ojos y la muerte ya no será más y las cosas anteriores ya han pasado, eso me da mucho ánimo, me ayuda aguantar estas enfermedades aunque vamos a sufrir. No demuestro que estoy enferma, demuestro que estoy bien, me gusta ser positiva, todas las noches estoy llevando un mi estudio de la biblia. Le digo a mi esposo que confío en Jehová y él me ayuda, o sea, no hago tanto caso a lo que me dice y cuando él se siente así, yo le digo —Pídele a Jehová, acércate a él, te va ayudar, porque yo no puedo, si quieres estar bien pídeselo, tal vez no nos quita la enfermedad, pero nos da paz y tranquilidad.

Luz, México

Otro tipo de tratamientos

Los informantes también refieren haber recurrido al uso de herbolario de manera complementaria a los fármacos principalmente. Sin embargo, no sostuvieron dicha práctica durante un periodo prolongado. También se registró un caso en el que se hizo cambio total del sistema de tratamiento del farmacológico al herbolario. Fue el de una mujer chiapaneca, que dijo haber tomado la decisión ante el efecto positivo que sintió con el recurso herbolario. Sin embargo, la falta de acceso al recurso herbal la orilló a volver al tratamiento farmacológico, aunque siguió probando otras plantas.

He estado consumiendo la moringa y la hojita de guanábana. Se cose, se hierbe y se toma un litro diario. La moringa creo que tiene alguna vitamina, no sé si la vitamina c, y la hoja de guanaba, me dijeron que era para

nivelar la diabetes. Fue un tiempo estipulado, como un año.

José, Guatemala

Un mes voy a tomar el té, pero sin quitarme la pastilla, si mejoro quiere decir que sirvió el remedio. Normalmente la he tenido en 240, 260, 280, pero esta última vez estaba en 220, mi glucosa. Se me olvida el nombre, pero lo probé, es muy amargo, no se puede tomar, lo probé como ocho, quince días.

Iván, Guatemala

Muchas cosas que son adecuadas siempre y cuando natural, me han aconsejado que tome el guarumbo, pero más he tomado la moringa y mi pastilla y vitamina, con eso he estado.

Juan, Guatemala

Varios nos dicen, he tomado el té de moringa, tengo una amiga que a veces me manda mi bolsa de hojas de moringa, lo hiervo y lo tomo como agua de tiempo.

Ana, México

Primero tomaba el órgano, era efectivo, hasta ya no tomaba las pastillas [...]me iba a checar mi glucosa y me salía en cien, cien lo mantuve pero después lo dejé, lo tomé unos tres, cuatro meses, pero lo dejé porque ya no encontré el órgano y entonces cuando ya llegué al lugar donde está, ya habían recogido todo, ya habían hecho una casa. Pero si me ayudó bastante el órgano y ahorita estoy tomando el clavo con canela, la bolsita de clavo tendrá como unos seis clavitos y unos tres pedacitos con canela, eso me dijo mi hermana que toma su amiga y mantiene su azúcar al cien.

Luz, México

Por el lado guatemalteco, una mujer impulsada por su falta de medios económicos probó con herbolaria, después de haber recurrido a curanderos para atender algunas dolencias de la propia diabetes.

Metformina tomo, pero no tengo piño para comprar y cuando no puedo tomo hoja de achiote cuando me siento muy mal, mi corazón ayuda a calmar la hoja de achiote. Probé la moringa, pero no me hace efecto y ya no tomé. Ya me han dicho que tome otras plantas, pero se aburre uno porque no hace nada, a veces mis hijos me dicen que lo tome así nada más por la desesperación. He ido con un curandero, pero por el dolor de mis piernas

y calambres me dieron medicinas naturales pero no me hace nada.

María, Guatemala

La moringa fue identificada como una planta para tratar la diabetes por algunos de los informantes. Sobresale el caso de uno de los chiapanecos, quien comenzó a recolectar la planta él mismo en campo a pesar de trabajar para una empresa que vende productos naturales que, según él no contenían la moringa ofertada por la etiqueta, por lo cual no consideraba al producto del todo natural –quizá lo hacía la empresa para bajar costos de producción, argumentó.

Porque me lo recomendaron una vez y lo empecé a consumir y me gustó. Para bajar de peso, y después empecé, ya había para otras personas. Te soy sincero, no he tomado acá en la empresa donde la vendo; en mi pueblo hay mucha moringa, de ahí agarro, es más fácil, ahí es 100% natural, nada más ocupo cuatro o cinco hojitas que pongo para hacer en té. Consigo las bayas secas, se tienen que hacer bien secas, nada más consumo la semilla, pero si las maísticas sabe bien feo. Tiene como seis meses que la empecé a tomar. Me he sentido bien, si me siento mal, ya sé cuál es mi remedio.

Luis, México

Eventualmente, algunas alternativas terapéuticas tradicionales pueden tener efectos no deseados. El segmento que a continuación exponemos, alude a un recurso herbolario que ocasionó un descenso drástico de niveles de glucosa a alguien quien era de por sí propenso a tales crisis.

En Reynosa me regalaron un árbol de neem pero me hizo daño. Me lo bajó creo que a 48, ¡estaba muriendo! Como quince días lo consumí, pero después volví a probar el puro neem, es que sí es bueno y baja la glucosa, pero llega el momento que lo baja de golpe. «El árbol de la vida, neem».

Joel, México

Complicaciones

En lo referente a complicaciones, de modo similar a las causas percibidas en torno al origen de la diabetes, la mayoría de las personas entrevistadas, las atribuyó a impactos causados por emociones suscitadas en el marco de las vicisitudes de su vida diaria, a nivel familiar, tales como las discusiones conyugales que ocasionan disgustos, o bien sustos causados por accidentes de trabajo, así como tensiones que conllevan las

sobrecargas de trabajo, o los cargos de responsabilidad.

He visto que cuando mi señora, lo primero que me hace eso o alguna cólera, afecta, lo he sentido; se me empieza a secar la boca, y una vez lo hice, me fui a tomar y salió bastante alta la glucosa.

David, Guatemala

Cuando hay un disgusto, un problemita, segurito se me seca la boca. Yo pienso que por eso sube o baja no sé, pienso que si es el azúcar que me afecta.

Ana, México

Porque me descuido y el estrés hace subir mucho la glucosa, es una de las cosas principales de la glucosa. El estrés, me he dado cuenta, cuando tengo demasiado trabajo, hay mucho estrés, llega a suceder se sube a glucosa, me descuido y el estrés hace subir mucho la glucosa.

Luis, México

He visto que una preocupación muy grande como que el sistema, no sé si sea el sistema inmunológico como que da reacciones y se pone uno muy, como nerviosismo. Uno se siente enojado, yo he visto esos cambios, tal vez de tanto trabajo que uno realiza, también hay estrés y eso afecta cuando uno tiene cargos, responsabilidad.

Iván, Guatemala

Trato del personal de salud

Pese a las deficiencias señaladas respecto al funcionamiento de las instituciones de salud en lo que concierne a la atención de la diabetes, la mayoría reconoce un buen trato de parte del personal médico. Uno de ellos, sin embargo, arguye que la dificultad de algunas PPD para expresarse frente a los médicos, hace difícil a éstos atenderlos de manera óptima. La cantidad de enfermos a atender durante el horario de consulta, es mencionado por una de las mujeres chiapanecas, como el motivo de largas esperas –en particular cuando se llega tarde a la cita–.

Me explicó el médico la diabetes, que tenía cura, que se me iba controlar, —¡Paciencia! me dijo, más con el medicamento y mi dieta. El tipo de diabetes, que yo tenía el tipo dos y que había cura. Me lo dijeron lo de la dieta y el ejercicio, de las complicaciones. Por ejemplo, si tengo una cortada o

una herida, que si yo me cuidara, si yo tuviera mi dieta, porque a veces le amputan un pie o le quitan una mano a uno, me han dicho, que debo tener mis cuidados. Voy cada dos o tres meses a consulta; una hora, media hora, cuarenta y cinco minutos dura. Me hace mis niveles de azúcar, me pregunta cómo me siento, si estoy haciendo mi dieta, me explica bien, es amable el doctor.

José, Guatemala

Cada uno tenemos una forma de expresar nuestras dolencias, nuestras intenciones. Cada uno tenemos un carácter y a través del carácter de cada uno los médicos nos pueden entender. Hay quienes no somos capaz de expresar lo que estamos sufriendo, por eso hay médicos que no entiende lo que les está pasando, para poder encontrar solución para sus problemas. A mí todos los médicos me han entendido y me han aconsejado, más con mi doctora que yo he estado sacando turno un año.

Juan, Guatemala

Gracias a dios me han atendido bien, si se olvida uno nos hablan, ayer me hablaron, que no me olvidara, hoy me tocaba cita, como nos piden el número de teléfono nos hablan un día antes para que no dejemos llegar. La doctora del núcleo tres nos atiende y nos ha explicado, las enfermeras también. Los médicos y las enfermeras nos daban plática. A lo largo del tratamiento, como éramos del programa Próspera ellas nos daban plática, por eso nos checaban la glucosa, fue cuando me detectaron que había subido. Siempre me han tratado bien, nomás que sí, tardamos un poco porque somos bastantes que vamos a consulta. Si madruga una viene a anotarse y pasa una luego a consulta si no, no. Ahorita no pude venir temprano, vine hasta las ocho que venía en ayunas y me tomaron la muestra y me fui a mi casa otra vez como hora y media y acabo de venir porque ya va pasar mi turno, para no estar esperando y luego que da hambre va uno a comer.

Ana, México

Apoyo familiar

La participación de la familia adquiere un papel relevante, tanto en un sentido positivo como negativo. El de la forma negativa se amplía en el apartado relativo al origen de la enfermedad y a sus complicaciones, causados por factores emocionales, principalmente en el contexto de

las relaciones familiares. En su forma positiva, la familia contribuye de diversas formas a promover el apego de la persona enferma a las medidas de control, y se constituye como soporte emocional. En este último sentido, el siguiente par de testimonios pueden ilustrarlo.

Pues he recibido un buen apoyo, tanto moral como material de mi familia, me han apoyado mucho, nos reunimos todos y empezamos hablar de las enfermedades.

José, Guatemala

A mis papás les informé de mi diabetes. Me dijeron que si ya tenía esa enfermedad que me cuidara. Mi esposa me apoyó bastante, ella comenzó antes con la diabetes, entonces ya sabía mantener su enfermedad.

Iván, Guatemala

Estado actual

Los participantes expresaron una mezcla de resignación e incertidumbre sobre su estado de salud actual de cara al futuro. Están plenamente al tanto de los riesgos y disyuntivas de deterioro que afrontan, y revelan reconocimiento ambivalente –entre tácito y explícito– de la inestabilidad en su control de glucosa, sin mostrar que creen en la posibilidad de cambiar de modo positivo. Ante la desesperanza, hay quienes recurren a la fe religiosa para vislumbrar un futuro mejor. Sin embargo otros, como la mujer guatemalteca, mantienen un ánimo pesimista.

Me siento bien, a pesar de saber que la tengo. Me he sentido bien porque he obedecido a los médicos en cumplir lo que me han dicho. No llevo un adecuado control, me imagino que tengo que cumplir con lo que me recomendó de hacer mi ejercicio, no lo hago. A veces me descuido con la dieta. Tal vez porque se antoja nada más y que no lo debería uno hacer. Más que todo la dieta, creo que casi nadie la cumple al 100 %.

David, Guatemala

A veces tengo dolencias de cabeza o de cuerpo, por lo mismo de la diabetes. Como la enfermedad siempre lo va calando uno, no sé cómo vamos estar en cinco años, tal vez igual o más deteriorado. Eso de la mentada diabetes arruina todo, sistema nervioso, la dentadura, afecta mucho y la piel mucha resequedad, lo va deteriorando a uno poco a poco.

José, Guatemala

Según dios en la vida, nosotros siempre obedeciendo lo que el señor dice; «cuidense que los voy a cuidar». Espero en dios que ya a los setenta años tenga una resolución con mi problema y puede ser que esté mejor, así como estoy eso pido a Dios.

Juan, Guatemala

No me siento bien me duele el cuerpo, más en las tardes, me tienen que poner una inyección de Tramadol. Pienso que me va a matar la diabetes, porque me siento muy mal desde que tengo la enfermedad, me ha quitado años y ganas de vivir, ya no puedo hacer nada, estoy triste, me pongo a llorar, cuando me siento un poco bien quiero trabajar para que pase el día rápido.

María, Guatemala

Una mirada de mayor amplitud hacia el contexto de lo PPD da cuenta de una situación compleja y además incierta que afecta no sólo al paciente sino a su núcleo familiar, su familia extensa y a veces hasta las comunidades a las que pertenecen. Consiste en la responsabilidad y disyuntiva de ser parte de los proyectos de vida de cada miembro de la familia, –particularmente los hijos– frente a un panorama poco alentador, tanto por razones externas –pobreza y desprotección institucional–, como por las internas, que tienen que ver con las consecuencias que la enfermedad crónica y degenerativa tiene en los pacientes: desde complicaciones incapacitantes, hasta la probabilidad de muerte prematura a la esperanza de vida local. Esta problemática puede traducirse en gastos económicos muchas veces imposibles de afrontar en los marcos socioeconómicos de la región de estudio, particularmente cuando el paciente adolece de redes familiares.

Pues ahora ya me resigné porque ya no queda de otra, ¿con quien uno va a pelear? ya quedé convencida de que estoy enferma y que cualquier raito nos va llevar, porque nos dicen claro que no tiene cura. Presenté un examen en INEA, ahí decía cuáles eran las enfermedades crónicas y ahí estaba la diabetes, el cáncer y el sida, ahí decía que eran crónicas, quiere decir que no tiene cura. A veces para los hombres no hay mucho trabajo acá, ahorita mi esposo no tiene trabajo, yo le busco, voy hacer aseo en las mañanas y en la noche me toca planchar, hoy me toca ir a planchar a las cinco de la tarde, regreso hasta las once de la noche, tengo que trabajar día

y tarde para que mi dinero me alcance y tengo cuatro hijos, dos están en secundaria y uno está en la primaria y es mucho gasto, pero como trabajo en la mañana y en la tarde, pues no tanto lo siento. Ahorita ya no voy a trabajar, estoy esperando mi consulta, hasta la tarde sería.

Luz, México

Si afecta la diabetes en cuestiones emocionales te afecta lo que es tu carácter, tu humor. Yo siempre trato de dar lo máximo en mi trabajo porque de esto vivo y de esto come mi familia, a veces porque cuando te estresas, llega un momento en que quisieras desaparecer y no puedo.

Luis, México

La enfermedad prácticamente ha sido aceptada por mi persona, lo único es que lo tengo que mantener y eso es lo que estoy peleando. Sé que la diabetes es una enfermedad que afecta todos nuestros órganos, en especial el páncreas, ya no produce insulina. Estoy consciente de la situación, lo que a veces preocupa es nuestro tiempo, uno va entrando a la vejez, si dios da la oportunidad de vivir, no sé cómo vamos a terminar y no hay mucha familia para que este lidiando con la situación. En Guatemala es difícil la vida, uno compra sus medicamentos, a veces uno no tiene dinero para comprarlos, a veces hemos quedado sin medicamento. También mi esposa es diabética, es un problema serio, económicamente estamos mal. No hay ayuda del gobierno, alguna institución que diga, —mire, le vamos a dar medicamentos para los que estén... Difícil es. Ella tiene veinticinco años de ser diabética con su dieta está un poco mejor que yo.

Iván, Guatemala

Recomendaciones de las personas hacia el servicio de salud

Las recomendaciones que los participantes de las encuestas hicieron hacia el servicio de salud, se distribuyen en tres categorías: a) Infraestructura. En ésta sugieren dotar de espacios de atención médica o acondicionar los que ya existen (en el caso de Guatemala). b) Medicamentos. Para unos y otros, una dotación eficiente y más estable de medicamentos resulta un tema de suma importancia. Asimismo, una de las mujeres de Chiapas, habla acerca de la disparidad entre la dotación de medicamentos destinados a PPD y a los que padecen otras afecciones. Circunstancia, muy probablemente relacionada con la política sanitaria centrada en la diabetes, la cual sin embargo, no significa que la

dotación de medicamentos dirigida a esta última, funcione de manera óptima. c) Personal de salud. En el caso de Chiapas, uno de los hombres problematiza también la necesidad de que se incorpore al sistema de salud, personal mejor capacitado.

Considero que para mejorar la atención, los gobiernos puedan reconstruir esta área porque ya esto era un pequeño hospital y mire como lo dejaron, abandonado. Para mejorar, sería lo primero, que haya un encamamiento, personal hay, que haya equipo, es lo que no se tiene. Aquí están en abandono, los que trabajan aquí en el centro de salud hacen el esfuerzo, los compañeros trabajan con lo que se tiene.

Iván, Guatemala

Para estar mejor sería pues que hubiera más personal de base porque son la mayor parte acá, médicos pasantes. Enfermeras hay de base, pero que haiga más en cuestión de medicamentos. Para nosotros cuando llega lo sacamos la glibenclamida, metformina, eso lo cura porque son para nuestros pacientes diabéticos y da mucha pena cuando lo vas a surtir y le digas que no hay porque en verdad lo necesitan, compras una metformina, glibenclamida, es muy cara, no se diga los faltantes para los hipertensos, la resultante viene saliendo como en \$450 y cuando tenemos tratamos de localizar a la gente para que lo venga a traer. Aquí si hay mucha yo cálculo eso, de hecho tenemos en total como doscientos cincuenta si no es que más, entre hipertensos y diabéticos.

Luis, México

Debería mejorar, unos dicen que no hay medicamento, que nada más receta dan y así ya no se siente contenta la gente porque uno está atendido al centro de salud, que nos dieran nuestro medicamento, pero aquí casi más, dice que a la gente que viene por otra enfermedad no más da receta ya lo van a comprar lo de ellos y no lo encuentran y aquí casi no hay medicamentos. Solo para la diabetes siempre hay pastillas, pero para otra enfermedad dice que no, muchos vienen pues a la consulta y no hay.

Ana, México

Conclusiones

Los testimonios de las personas que padecen diabetes en la RTMG guardan gran similitud de país a país. El orden temático de la exposición en el texto obedeció al orden de aparición en el análisis de éstos:

¹⁶ Por ejemplo, en un estudio que se llevó a cabo de manera simultánea entre los mayas peninsulares, las personas suelen obtener su diagnóstico debido a complicaciones tan graves como la amputación de alguna extremidad. (Proyecto: La diabetes entre población indígena de la región Maya: situación actual y propuesta de adecuación intercultural en los programas de prevención de los servicios públicos de salud. Coordinado por Clara Juárez.

INSP)

autoreconocimiento como personas de bajos recursos, la forma en que se llegó al diagnóstico, el papel de las emociones y la religión en el manejo de la enfermedad, la incertidumbre de un futuro siendo paciente crónico degenerativo y sus críticas a los sistemas de salud locales según su propia experiencia.

La mayoría de los participantes obtuvieron su diagnóstico sin acudir *ex profeso* a descartarlo a los servicios médicos –en algunos casos se dió por casualidad–; situación que contrasta con aquellos más pobres, en los cuales las circunstancias que condujeron al diagnóstico fueron complicaciones de gravedad provocadas por la diabetes ¹⁶.

Se asumen como personas de recursos limitados en lo personal y familiar, por ello dudan en mantener en el futuro a mediano plazo una buena calidad de vida por su condición del ser diabéticos. Saben de los riesgos y complicaciones de la enfermedad no controlada, por lo cual enunciaron temor de un escenario incapacitante: de no contar con recursos económicos y sociales para afrontarlo. Esta preocupación era compartida por los miembros de su familia, y hace sentir particularmente vulnerables a aquellos que no cuentan con esas redes familiares.

Como causas de la diabetes, en su mayoría refieren a las emociones relacionadas con aspectos difíciles de su vida cotidiana, tales como sustos, disgustos y tensión. Esta representación se repite de manera popular en muchos contextos, por lo que consideramos que los impactos emocionales resultan desencadenantes de la diabetes en personas con factor genético heredado, y cuyo contexto de pobreza determina malos hábitos alimentarios y patrones de actividad física negativos.

Un tema destacable de manera positiva es el de la religión. La religiosidad de los PPD juega un papel interesante que promueve su adherencia al control médico por jugar como un recurso de apoyo psicoemocional las relaciones del paciente con otros miembros y dirigentes de sus congregaciones –quienes han detectado la problemática y la toman en cuenta en su actuar–.

Los participantes lograron problematizar de manera multidimensional las implicaciones personales y familiares de su condición de diabéticos, sin embargo consideramos que no logran relacionar tales problemas con las responsabilidades que corresponde solucionar a las instituciones de salud, no sólo en el caso de los PPD, sino con respecto a toda la población vulnerable de sus jurisdicciones en la RTMG. En este sentido, sólo alcanzan a enunciar situaciones personales con respecto a la institución, como la escasa dotación de medicamentos, la

necesidad de mejor infraestructura y la falta de personal de salud adecuadamente capacitado.

Los testimonios de las personas que padecen diabetes en la RTMG guardan gran similitud de país a país. Las principales diferencias se observan en el sistema de salud: la prioridad de la DM2; la falta de información y ambigüedad de ésta sobre la enfermedad; así como la adecuación del discurso médico en las explicaciones de las personas. El testimonio de una de las mujeres chiapanecas deja entrever una inconsistencia referida al enfoque de la política centrada en la diabetes, que nos permite vislumbrar un contraste significativo entre lo que ocurre en Guatemala y México.

La prioridad de la DM2 en ambos países difiere, mientras que en México se ha dado importancia a acciones preventivas desde los 90, aunque con algunos cuestionamientos recientes acerca de la evaluación de las mismas; en Guatemala, si bien existe un protocolo desde 2016, sigue sin ser un tema prioritario. Esto se observa primordialmente en la disponibilidad de los medicamentos básicos como la Metformina o la Glibenclamida en los centros de atención primaria; en México, las personas no mencionan falta de este insumo, al contrario, hay quienes refieren la falta de medicamentos para otras enfermedades; mientras que en Guatemala éste es un tema recurrente en todas las historias, incluso un motivo para no acudir al centro de salud.

La falta de información sobre la enfermedad, aunque es una constante en ambos países, se logra ver aún más en los testimonios de las personas guatemaltecas. Con respecto a las medidas de control médico, aunque sus discursos tienden a presentar su comportamiento, como uno en conformidad con los mandatos médicos, se advierten ambigüedades e inconsistencias que eventualmente las mismas personas entrevistadas admiten, lo que nos hace comprender de la imposibilidad que les representa adherirse íntegramente a los mismos. Éste es principalmente el caso de las prescripciones alimentarias y en menor medida en lo que se refiere al apego a los fármacos. No obstante, en este apego parcial al control médico, también intervienen condicionantes de tipo económico que comparten todos los testimonios, vinculados principalmente a la dificultad de llevar adecuadamente las dietas, y práctico, como lo pueden ser las actividades laborales que se expresan como limitantes en términos de tiempos e inclusive ante la necesidad de consumir menos alimentos que los que el gasto de energía causado por el trabajo demanda a algunos de ellos. Al menos en su mayoría, admiten

también que en el incumplimiento de las prescripciones alimentarias, media la resistencia por renunciar a sus habituales apetencias. En sus palabras pese a todo, no se sugiere un diálogo conflictivo con los profesionales de la medicina, sino un resignado fatalismo ante la imposibilidad de mantener un control óptimo.

El discurso médico se encuentra más introyectado en las personas mexicanas. La creciente presencia del discurso y la práctica médica en contextos como a los que los informantes pertenecen, también dan cabida a explicaciones influenciadas por dicho referente. Aunque de manera más interesante, algunos de ellos articulan en su experiencia una y otra clase de dilucidaciones. Lo hacen, no solo en términos de causalidad, también en lo concerniente al sentido que construyen respecto a su experiencia con la diabetes y en cuanto al manejo de la enfermedad. Retomando lo planteado teóricamente, se observan en estas historias diversas condiciones que imposibilitan, no sólo la presencia de la enfermedad, sino el manejo de la misma, tales como el deterioro ambiental y, por consiguiente, una transformación económica; el sedentarismo, el consumo de productos industrializados que llevan a vivir en entornos insalubres, así como los ritmos de vida estresantes tanto por motivos económicos, como por problemas personales y/o familiares, pero también por la propia enfermedad. Por todo lo anterior, las reflexiones finales de las PPD dan cuenta, en relación a estas dimensiones, de la incertidumbre que de cara al porvenir, les significa vivir con diabetes. Sus testimonios por consiguiente, van más allá en lo que compete a su experiencia y nos dejan ver un panorama de indefensión en el que no solo las instituciones sanitarias deberían intervenir, sino uno en uno en el que varias de ellas debieran constituir una sinergia que contemple diferentes rubros a atender, como el económico, de educación y de saneamiento ambiental, entre otras. Debería tratarse de estructurar interinstitucionalmente, políticas tendientes a mejorar la calidad de vida y trabajar por tanto, en pro de la prevención a la salud.

Agradecimientos

Al proyecto Región Transfronteriza México-Guatemala: Dimensión regional y bases para su desarrollo integral financiado por Conacyt, al personal de la Secretaría de Salud y del Ministerio de Salud de los municipios fronterizos de México y Guatemala, así como a las personas que amablemente nos contaron su historia.

Referencias

- ACERO VIDAL, C. G. 2012. *Viviendo con la enfermedad. Comparación de cómo viven la diabetes mellitus tipo 2 las personas que acuden al centro de salud 'los pinos'*, en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Tesis de maestría. CIESAS, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
- . 2019. *Prácticas y representaciones sociales de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 y su influencia en el surgimiento de complicaciones crónicas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas*. Tesis de doctorado. IIA-UNAM, Ciudad de México.
- ALVARADO OSUNA, C., MILIAN SUAZO, F. Y VALLES SÁNCHEZ, V. 2001. Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes. *Salud Pública de México*, 43 (5): 459-463. Consultado en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2001/200143_459-463.pdf
- Auditoría Superior de la Federación. 2015. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades Prevención y Control de la Diabetes, Auditoría de Desempeño: 15-5-12000-07-0254, 254-DS. Recuperado de https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2014i/Documentos/Auditorias/2014_0151_a.pdf.
- Bastarrachea Sosa, R., H. Laviada Molina y I. Vargas Ancona. 2001. La obesidad y enfermedades relacionadas con la nutrición en Yucatán. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 9 (2): 73-76. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología.
- Calvillo, Alejandro y Ágata Székely. 2018. La trama oculta de la epidemia. Obesidad, industria alimentaria y conflicto de interés. El poder del consumidor. Recuperado de <https://alianzasalud.org.mx/wp-content/uploads/2018/02/la-trama-oculta-d-la-epidemia-obsiedad-2018.pdf>
- Domínguez, M.Á. 2012. *Vivir con Azúcar. Experiencias y representaciones en torno a la diabetes en grupos domésticos de Zinacantán, Chiapas*. Tesis de maestría. CIESAS Sureste. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
- Eroza, E., G. Álvarez y C. Acero. 2019. Experiencias y prácticas en la alimentación de personas que padecen diabetes en la frontera sur de Chiapas México. *Revista Latinoamericana de Educación y Estudios Interculturales*. 3(2):74-90. ISSN: 2448-8801. Centro Regional de Formación Docente e Investigación Educativa. Universidad Intercultural de Chiapas.
- Farmer, P. 1992. *AIDS and Accusation: Haiti and the geography of blame*, University of California Press, USA.
- FID: Federación Internacional de Diabetes. 2017. Atlas de la Diabetes de la FID (8va edición). Recuperado de http://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_ES/.
- García Pérez, R., A. Hunt y Y. Bringas Sosa. 2010. Impactos de la globalización neoliberal en la salud de la población de los países en desarrollo: [revisión]. *Revista Médica Electrónica de Ciego de Ávila*, 16 (3). Recuperado de <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1187>
- Gobierno de Guatemala, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutrición (SESAN). 2014. Sitios Centinela en Guatemala. Estrategia contra el hambre estacional. Acción 004. Guatemala: 10. Recuperado de <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Sitios%20Centinela%20en%20Guatemala.pdf>
- Homedes, N., y A. Ugalde. 2005. The neoliberal reforms in Latin America. 2005. Las reformas neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 17(3) Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a12v17n3.pdf>
- Leal Fernández, G., y H. Sánchez-Pérez. 2014. <Universal> Social Security Basic Levels of Protection 2013. (2014) Seguridad Social <Universal> Pisos Básicos de Protección 2013.

- (Ed) Edda Liliána Sánchez Castellanos. Universidad Autónoma Metropolitana. El Colegio de La Frontera Sur.
- Lerín, S., C. Juárez y D. Reartes. 2015. Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural. *Salud Problema*. Segunda época 9 (17).
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2016). *Vigilancia epidemiológica de Diabetes Mellitus*. Centro Nacional de Epidemiología. Guatemala. Pp. 8.
- _____. 2018. *Protocolos Nacionales de Vigilancia de Salud Pública*. Centro Nacional de Epidemiología. Guatemala. Pp. 463.
- Montesi, L. (2017a). "Ambivalent food experiences: Healthy eating and food changes in the lives of Ikojts with diabetes". *International Review of Social Research*; 7(2): Pp. 99–108.
- _____. 2017b. La diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los ikojts de Oaxaca. *Pueblos y fronteras digital* 12(23): 46-76. ISSN 1870-4115
- Moreno Altamirano, Laura 2006. El drama social de las personas con diabetes. Tesis doctoral. ENAH, Ciudad de México, México
- Organización Mundial de la Salud. 1989. 42ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones. Ginebra. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/202236>
- Organización Panamericana de la Salud. 2019. *Enfermedades no transmisibles y promoción de la salud*. Recuperado de https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=589:enfermedades-no-transmisibles-y-promocion-de-salud&Itemid=216
- Page Pliego, JT. 2013. *Refresco y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal de Las Casas y Chamula Chiapas*. *LiminaR* 11 (1)
- Page Pliego, J., E. Eroza Solana, Enrique y C. Acero Vidal. 2018. *Vivir sufriendo de azúcar: representaciones sociales sobre la diabetes mellitus en tres localidades de los Altos de Chiapas*, Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur. UNAM.
- Pereira Patrón M.A. 2015. "Un dulce sufrimiento. Experiencias y dramas Sociales de la diabetes y las amputaciones derivadas de su complicación en Kinchil, Yucatan". Tesis de Maestría en Antropología Social. CIESAS Sureste. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
- Secretaría de Salud (SSA). 2010. *Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2010)*, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010.
- _____. 2011. *Estrategia Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas, Programa de salud en el adulto y el anciano*, México, D.F.
- _____. 2018a. *Cubos dinámicos*. Consultado en: www.dgjis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_servicios.html
- _____. 2018b. *Datos estadísticos de mortalidad*. Dirección de Servicios de Salud, Instituto de Salud en el Estado de Chiapas. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- SENADO DE LA REPÚBLICA. 2018. *Programa de trabajo LXIII Legislatura*. Comisión de Asuntos Fronterizos Sur. Recuperado de http://www.senado.gob.mx/comisiones/asuntos_fronterizos_sur/programa.php
- SHEPER HUGHES N. 1992. *Death without weeping: the violence of everyday in Brazil*. University of California Press. Berkeley, Los Ángeles, London.
- YÁÑEZ MORENO, P. 2016. *Sufrimiento en cuidadores de familiares con diabetes mellitus tipo 2 y amputación*, en *Guadalajara, Jalisco*. Tesis doctorado. CIESAS, Guadalajara, Jalisco, México. Consultado en: <https://sigsa.mspas.gob.gt/datos-de-salud>

Región Transfronteriza México-Guatemala
**Experiencias sobre la diabetes
entre población chuj y q'anjob'al**

Fernando Limón Aguirre

Objetivo: Se ofrece un panorama comprensivo de la experiencia entre personas de los pueblos mayas chuj y q'anjob'al que padecen diabetes, dentro de sus propios territorios en la región transfronteriza de México con Guatemala. Sabiendo que toda experiencia es relacional, se enfatizan las relaciones con el padecimiento, consigo mismos, con el sistema y los servicios médicos, con la gente que les rodea y con la vida.

Métodos: Se realiza un análisis interpretativo y de texto a catorce relatos de vida, mujeres y hombres en igual cantidad, obtenidos los últimos meses de 2018 en nueve localidades de los municipios La Trinitaria y La Independencia en Chiapas, México y Nentón en Huehuetenango, Guatemala. Sobre tal base se identificaron las definiciones específicas que las personas le asignan a su propio padecimiento.

Resultados: Se advierte la presencia de múltiples perspectivas institucionales, sociales y culturales que interviene en la manera de nombrarle, entenderle y asumirlo. Destacan el hecho de asignar su origen a "causas naturales" como forma de atajar la probable interpretación de un origen que conlleve un señalamiento social y los factores económico y cultural como fundamentales en la manera de sobrellevar su diabetes. La sociedad, las familias, las opciones terapéuticas alternativas y disponibles, las condiciones ecogeográficas y la territorialidad transfronteriza, son aspectos igualmente determinantes. También se advierte una relación ambivalente con el sistema médico

Palabras Clave: nosología cultural; padecimiento, enfermedad natural, tensión epistémica

Como parte del proyecto Región transfronteriza México-Guatemala: Dimensión Regional y Bases para su Desarrollo Integral, en el presente capítulo ofrecemos un panorama comprensivo de la experiencia de padecer diabetes entre personas de los pueblos indígenas maya chuj y *q'anjob'ál* de la región transfronteriza entre México y Guatemala, debido al incremento de muertes a causa de la Diabetes Mellitus, lo que a su vez se ha convertido en un problema particular del ámbito de la salud pública. Este problema al parecer tiene sus raíces en la creciente marginalización que en el ámbito de la salud padecen los pueblos indígenas, cuyo índice es de los más altos, sumado a una atención médica deficiente e inadecuada a sus particularidades culturales (Lerín *et al.* 2015).

Sabemos que los padecimientos se viven según lógicas sociales y culturales, situaciones socioeconómicas y de relación con los servicios médicos y toda la institucionalidad de salud. Así que más allá del diagnóstico médico que los nomina como personas con diabetes y les asigna un respectivo cuadro terapéutico que incluye medicamentos básicos, recomendaciones dietéticas y –en pocos casos, moitoreo de glucosa en sangre– proponemos comprender cómo es vivida esta enfermedad desde la carencia de recursos económicos, distancia geográfica y poca accesibilidad a los limitados servicios médicos, proclividad a atenderse con recursos locales, hipersocialización de recursos terapéuticos etnobotánicos, así como otra serie de alternativas curativas que cobran sentido en el entorno de vida de las personas con este padecimiento de los pueblos de estudio. Por eso nos dimos a la tarea de indagar, conocer y comprender las dimensiones sociales, culturales, políticas e históricas que inciden en estas condiciones y las respuestas de las personas y las instituciones (Amezcuá 2000; Benoit 1983; Laplantine, 1992).

¿Cómo se interpreta a la enfermedad y su padecimiento desde los propios ámbitos socioculturales? ¿Qué implicaciones conlleva para la vida cotidiana? ¿Cuáles son las formas socioculturales con que se le hace frente? Nos interesa construir las respuestas a tales preguntas poniendo en relieve la experiencia, a sabiendas de que toda ésta es relacional; para el caso, enfatizamos las relaciones de pacientes con el padecimiento, consigo mismos, con el sistema y los servicios médicos, con la gente que les rodea y con la vida en la región.

Metodológicamente, nos enfocamos a las formas culturales que

se distinguen en las narraciones de las personas, pues desde un enfoque comprensivo, resultan de gran trascendencia para comprender las maneras como la gente vive, asume y se enfrenta a estas situaciones. Estratégicamente, realizamos un total de catorce entrevistas en nueve localidades chujes y *q'anjob'ales* de los municipios La Trinitaria y La Independencia, en el estado de Chiapas, México y del municipio de Nentón en Huehuetenango Guatemala, durante los últimos tres meses del año 2018; a partir de su análisis, identificamos las dinámicas transfronterizas según los participantes. Así mismo construimos relatos de vida sobre el padecimiento a partir de guías específicas para registrar el proceso de enfermedad desde el diagnóstico, tratamiento, adherencia, seguimiento y relación con servicios de salud, entre otras problemáticas.

Siete de las personas entrevistadas eran mujeres y siete hombres. Cinco fueron personas guatemaltecas en su territorio y el resto mexicanas. De ellas, tres personas se identificaron como *q'anjob'ales*, diez como chuj y una sola mestiza. Las entrevistas se hicieron en los respectivos idiomas de los informantes (gracias a la coparticipación de María Elena Felipe Simón y de Gerardo Tadeo Hernández, quienes también realizaron las traducciones). Sus edades oscilaron entre 18 y 68 años. Dado el consentimiento informado con las personas entrevistadas, acordamos mantener el anonimato de sus testimonios, por lo cual, sólo del propio discurso de las citas el lector intuirá los datos de género, edad y nacionalidad.

El centrar la atención en las experiencias de las personas, sus respuestas, sus diálogos y cuestionamientos en el marco de su contexto socioeconómico y cultural, tiene que ver con la perspectiva onto-epistémica comprensiva desde la que se entiende y se asume el padecimiento. (Eisemberg 1977, Dilthey 1978a, 1978b, Martínez 1992). En este punto, conviene exponer una pequeña introducción que permita poner en perspectiva las distintas posiciones y supuestos con los que trabajamos.

Comencemos por dejar señalado que la diabetes en lo que va del milenio se convirtió y se mantiene como la primera causa de muerte en Chiapas de la misma manera que en los dos municipios mexicanos del estudio; es la tercera para el caso del departamento de Huehuetenango, en Guatemala, pero primera para el de Nentón (SSA 2018a, SIGSA s/a). Las enfermedades infectocontagiosas quedaron así superadas por esta enfermedad crónica no trasmisible fuertemente vinculada a los cambios de las prácticas alimentarias en el contexto económico histórico neoliberal (Alvarado *et al.* 2001, Martínez y Limón 2018,

Montesi 2017a y b, Page 2013 y Page *et al.* 2018).

El Plan de Acción para la Prevención y el Control de Enfermedades No Trasmisibles en las Américas 2013-2019 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2014), atendido por los dos países, mandata la realización de estudios como el presente para poder ofrecer respuestas que sirvan de base a políticas públicas viables y eficaces.

Chuj y *q'anjob'ál* son pueblos transfronterizos que han visto afectada su territorialidad a lo largo de los siglos y hasta milenios de su historia: en tiempos precolombinos en pugnas por el control territorial y sus particulares recursos; luego, durante la Conquista y en la Colonia con la concentración de personas en haciendas o en Congregaciones; en los tiempos de la respectiva reforma liberal y su proclividad a entregar territorios de los pueblos en manos de finqueros (muchas veces extranjeros); con los acuerdos entre países para la definición del trazo fronterizo y, más recientemente, como resultado del conflicto armado interno en Guatemala que propició el éxodo masivo de personas, familias y aldeas enteras buscando refugio para sobrevivir. A este último evento le siguió la determinación de regresar o quedarse en México, lo que implicó en uno y otro casos, reconfiguraciones territoriales para los dos pueblos.

En ambos países se trata de población marginalizada y empobrecida, lo que se denota en lo precario de los servicios médicos del respectivo sistema de salud. En el caso mexicano han padecido políticas de mexicanización forzada, particularmente el pueblo chuj, que ha afectado su identidad y con ello la utilización convencional y libre de los recursos ontocognitivos (Hernández 2012, Limón 2008, 2009), como aquellos que tienen que ver con los usos, costumbres y ritos del ciclo agrícola –y que por tanto afectaron su economía y soberanía alimentaria– (Limón y Pérez, 2018). Los dos pueblos comparten un mismo origen, son contiguos territorialmente, participan de los elementos culturales y geográficos que tienen los pueblos de los Altos Cuchumatanes guatemaltecos y tienen una historia en común en su relación con los grupos dominantes y opresores.

De la definición de la diabetes por quienes la padecen

A partir de la perspectiva sociohistórica anterior, podemos comenzar a conocer algunas de las representaciones que las personas informantes dieron como respuesta dialógica al cuestionarles «¿Qué es la diabetes para usted?». Distinguiremos que las representaciones van desde el

campo médico –la reproducción de expresiones escuchadas de sus médicos– pasando por una construida como confirmación resultado del tiempo vivido con ella, hasta las que revelan una construcción desde las claves culturales de la epistemología indígena –y que son las que al parecer son nucleares pues comparten total sentido a sus conocimientos–:

Ellos [los doctores] me dijeron que esta enfermedad me lo dejó heredado mi abuelo, por eso tengo esta enfermedad.

Destáquese en este caso la remisión de la definición al ámbito discursivo del sistema biomédico.

Es una enfermedad que no tiene cura, llevo ocho años con esta enfermedad. He tomado varios medicamentos, pero no me curo.

En este caso se apela a la comunicación de lo hasta ahora vivido y esforzado, la cual difiere de la siguiente, la cual es puramente fenoménica, que verbaliza lo que ha sentido. ¿Qué es la diabetes para usted?

Pues, dolor de estómago, de cabeza, de muela y mucha sed.

No sé mucho, solo apareció así nada; lo otro es que se me quema el cuerpo, me quema los pies, los brazos, en todo el cuerpo; se mueve mucho mis venas[...] Solo es pero que esta enfermedad no les dé a mis hijos y también que nos informen por qué se da esta enfermedad. Pienso yo que porque no sabemos, por eso nos da; peleamos, hacemos coraje. A lo mejor es por eso, digo yo. Es bueno que la gente sepa para que no hagan coraje.

Ésta, que también comienza con la experiencia corporal, rebasa la definición y expresa cómo la experiencia no se queda solo en lo que siente el cuerpo sino en cómo se vive, incluyendo a las relaciones inmediatas y confiando una corresponsabilidad a los detentadores de información; esta definición concluye en la expresión de la causa, que es algo en lo que nos detendremos más adelante.

Primero la tomé como enfermedad normal, pero conforme fui sintiendo y con el tiempo la llegas a entender [que es crónica incurable...]. Cada persona tiene su forma de pensar, pero no, lo mío es una enfermedad natural [no un mal echado].

La definición expresada en un ambiente de profunda intimidad comunica con francos criterios culturales las tensiones que se viven a lo largo de un proceso de negociaciones y de comprensiones significativas. Y esta última que ahora exponemos como respuesta a la pregunta de qué es la diabetes para usted, vuelve a transferir la respuesta a terceras personas pero que pone al entramado de las relaciones como el ámbito de su comprensión:

Solo me dijeron que me cuide, dicen que es por problema y pasar momentos de tristeza.

Cada una de las definiciones recibidas es resultado de diálogos, no se trata de una sola conceptualización que corresponda a la reproducción de una frase, con o sin sentido, que resulte universalmente reproducida y validada cuyo origen sea el sistema biomédico. Entre las definiciones sí que hay expresiones resultantes de diálogos con los médicos, pero no se quedan en ello, sino que remiten precisamente a la experiencia y a una cierta elección de cuál utilizar entre todos los diálogos tenidos, el diálogo consigo mismo, con su cuerpo o con su interioridad, con la gente que puede estar opinando y/o señalando o con quien fuere.

La respuesta a este primer cuestionamiento comienza a poner de manifiesto las formas culturales de definir un padecimiento. Se pasa del «me dijeron los doctores» a un «dicen que», pero hay otra en que se da a conocer que «sufre dolores y mucha sed» y otra más que manifiesta que «con el tiempo se la llega a entender». Pero atendiendo al dicho de que «al buen entendedor pocas palabras», con su correspondencia con el orden del discurso foucauldiano (Foucault 1999) de que es «aquello dicho jamás dicho», se presenta una cuestión fundamental, en cada una de ellas lo más remarcado es lograr una ubicación del padecimiento dentro de una tipificación cultural que les desmarque y no les ubique como personas que están sufriendo una enfermedad resultantes de conflictos sociales o de problemas personales que manifiesten debilidad, fragilidad o vulnerabilidad ante poderes superiores de parte de otras personas contemporáneas; en otras palabras: que no padecen un «mal echado». Y es a esto que se refiere cuando se la define como una enfermedad «natural», padecida por cuestiones naturales, por herencia, como resultado de una desinformación o, eventualmente y como veremos en seguida, por problemáticas a las que toda persona

está expuesta o sometida y que, como también habremos de exponer, se viven de manera particular entre grupos sociales vulnerabilizados. Dado que es crónica para la cual los medicamentos no ofrecen cura, no queda tipificada tampoco dentro de las enfermedades «normales», que se padecen por condición humana absolutamente generalizada y que son pasajeras.

*De algunos aspectos que dan cuenta
del marco interpretativo del padecimiento*

Antes de exponer las distintas asignaciones a las causas de la diabetes y luego de exponer las definiciones ofrecidas por la población chuj y *q'anjol* con quienes conversamos, conviene hacer una profundización al entendimiento social que nos compartieron sobre dicho padecimiento. Por un lado se expresa el entendimiento personal, pero a la vez el social, pues se comunica como algo sumamente entretreído.

Muchos dicen que es curable que sí se cura; entonces yo empecé a caminar y a probar como curarme. Si no es planta son medicamentos que he tomado desde doce años para acá.

Cuando el informante dice «empecé a caminar» significa que comenzó una trayectoria continua de búsqueda de opciones.

A pregunta expresa de si la diabetes es curable, una de las respuestas nos ofreció un panorama de cómo se experimenta la sentencia social de que sí sea curable y del posicionamiento que se puede tomar ante ello, con independencia de haber asumido ya la noción de que no es curable.

Dicen que sí. Dios sabe si sí se cura o no. Tomo mis pastillas que me compran mis hijos, lo que me dan en el Centro de Salud, también una planta que estoy tomando ahorita y que me ayuda bastante. Mi hija me da también [...otra planta]; mis hijos lo llegan a buscar en la montaña. Eso me ha ayudado, por eso estoy de pie todavía.

Esto significa, como se dice vulgarmente: hacerle caso a todo el mundo. Otra serie de respuestas se pueden concretar en la exposición que se nos hizo en una ocasión, que de forma creciente iba resultando abarcativa. Partiendo de un hecho de común entendimiento se dijo:

Por nuestra forma de alimentar. Ahora el tiempo ya se volvió muy difícil, escuchamos que hay temblores, que hay volcanes que hacen erupción, la contaminación del aire; todo eso llega a nuestra siembra a través del viento y queda impregnado en las hojas de nuestros cultivos y de las yerbas con que nos alimentamos y hasta el agua misma que viene de la lluvia ya está contaminada. Por eso pienso que eso causó mi enfermedad.

Pero esta persona remata con una apreciación que resulta desidentificante:

Todos me dijeron que era diabetes, y que puede ser que agarré la enfermedad por la comida, mucha grasa y refresco. Les dije que casi no comemos eso, solo comemos lo que es nuestro frijolito y yerbas; no hay dinero para comprar esas cosas, casi no comemos carne y tampoco tomamos refresco; estamos acostumbrados con nuestras yerbitas.

Esta respuesta no se queda solo en una determinación de qué come cada cual, sino que ofrece una complejización respecto de la relación ser humano naturaleza dentro de la que se encuentran las prácticas productivas y de nutrición, apunta a una situación que se padece globalmente y que no proviene solamente por el consumo de un tipo de alimentos grasos y azucarados.

El asunto de la alimentación es nodal en el entendimiento de este padecimiento. En Martínez y Limón (2018) se hace un análisis de las prácticas nutricionales al interior del pueblo chuj, que demuestra la tensión en la representación de una diferenciación entre la «comida de ricos» y la «comida de pobres» que ha provocado una mayor proclividad a alimentarse con productos manufacturados con toda su carga de azúcares y conservadores, dejando el consumo de frutos, hongos y yerbas del campo, así como principalmente los productos de la milpa, maíz y frijol por ser representado como «propio de los pobres».

Finalmente hay otras posturas que luego de remarcar la experiencia corporal como factor fundamental, ofrecen enseguida aspectos culturales fundamentales. Éstos, al ser vividos social y cotidianamente, dan el marco de comprensión del padecimiento:

Creí que era puro calor que mi cuerpo guardaba [...] Encontramos a personas rezando en mis tierras, velas sembradas en cada esquina de mi casa. Miro a mujeres caminar en medio de mi casa. Hace poco llamé al señor que me dijeron que me estaba brujeando para que me explicara. Me dijo

que ya no podía sacarme la enfermedad.

Aunque, como se analizó anteriormente, la idea era desmarcarse de las enfermedades no naturales, provenientes de problemas en las relaciones, ese hecho está y se mantiene presente en el interior de las personas como una posibilidad de comprensión del origen de su enfermedad y de todo el malestar y los trastornos que la acompañan. Se distingue además la presencia del elemento «calor», parte componente de la polaridad térmica con que se clasifican tanto los padecimientos como los alimentos. En este caso, la pérdida del equilibrio entre el frío y el calor, se concreta en mantener calor dentro del cuerpo, situación asignada a una causa provocada.

Como se puede advertir, aunque en la definición que se nos expresó se remarcaba enfáticamente lo incurable de la misma, ahora se deja la tensión dialéctica que implica la presencia de la idea social de que sí es curable. La presencia de esta última perspectiva pone de manifiesto un tipo de presión social o familiar para «caminar» para buscar opciones de tratamiento y de cura, lo que constituye uno de los motivos por los cuales la gente manifiesta disposición y apertura para probar lo que se le diga como posible tratamiento curativo. Pero, además y también dialécticamente, aunque se le remarca como un mal que no es resultado de un encono, su presencia no se borra del horizonte explicativo y, por tanto, también la búsqueda de opciones curativas incluyen a este hecho, tengan o no éxito.

De algunos aspectos que dan cuenta del marco experiencial del padecimiento

Hemos expuesto algunos aspectos que permiten comprender cómo es interpretado el padecimiento de la diabetes por los informantes chuj y *q'anjob'al* con quienes dialogamos. Ahora señalaremos algunas breves cuestiones que, aportan un marco de acercamiento a la experiencia misma de la diabetes, una cuestión que pone cara a cara con la muerte. Este hecho nos permitirá distinguir y destacar algunas formas como se asume tal interrelación a la vida y cómo ésta es vivida culturalmente.

Es mala esta enfermedad, te pone triste, te enojas; no queremos ruido, música. Es muy feo. Lo que queremos es pura tranquilidad.

Se habla de emociones y formas de socialización que se entrometen ne-

¹ I-informante
E-entrevistador

gativamente en las relaciones y en la cotidianidad. Por ello se la califica de mala y desagradable, como algo muy feo. Este posicionamiento es consecuencia de una lectura a la que se va arribando, pues todavía en diálogo con la perspectiva social de que sí es curable, se nos señaló¹:

I. –Al final de cuenta no es cierto no tiene cura, es un proceso que hay que llevar a la vida.

E. –¿Y cómo es llevar esto a la vida?

I. –Nadie quiere morir, pero por la enfermedad lo tenemos que pensar. Aprendemos a vivir con la muerte, no sabemos en qué momento va llegar con nosotros y más los que estamos enfermos.

Se remarca la idea de llevar a la vida el padecimiento, de aprender a vivir. ¿Cómo se vive esto? Una persona nos dijo:

Tomando las pastillas y las plantas, sobre todo pedir mucho a Dios, él tiene nuestro tiempo en su mano[...] una parte pienso que a lo mejor es por la edad y las preocupaciones. Si Dios decide llevarme estoy lista, porque es como un castigo esta enfermedad[...] Antes no se escuchaba nada de estas enfermedades, pero ahorita es como un castigo que llegó. Hay muchas personas enfermas y eso me da miedo. La madre tierra está cansada de todo lo que hemos hecho, ya no respetamos. A lo mejor por eso vienen las enfermedades.

Más allá de la combinación de formas terapéuticas, que abordaremos adelante, se hace explícita una forma de comprensión de la divinidad y el tipo de relación con ella, la cual, posteriormente se desdobla hacia el ente material más sagrado entre estos pueblos: la madre tierra. Más que los individuales de la edad y las preocupaciones que también están presentes, son los actos sociales los que están en el origen de este hecho que lleva a aprender a vivir de frente a la muerte, luego de hacer un tipo de lectura de inculcación colectiva por no poner en práctica un valor fundamental: el respeto.

De cuáles son las lecturas de lo sentido en el cuerpo que impulsaron a buscar atención y un entendimiento particular y socialmente aceptado y justificado de lo que estaban experimentando

¿Qué es lo que está como experiencia corporal antes de la definición de que se padece diabetes? No se debe pasar por alto que hay formas que

legitiman el actuar con las limitaciones que impone un padecimiento o cómo es que alguien vive con tal padecimiento. Esto es que para buscar la atención que devino diagnóstico de que se padece diabetes, primera o previamente algo se experimentó. ¿Cuáles son las diferentes lecturas que obtuvimos al respecto? En este caso exponemos primeramente una serie de experiencias sin comentarlas.

Cuando se alivió mi esposa de mi última niña, cuando la lleve al hospital sentí que ya no podía acompañar a mi esposa.

Cuando se agrava ya no puedes ni describirlo, porque el dolor está en todas partes. Es puro dolor.

Tenía mucho calambre y no podía caminar por el dolor de las rodillas. Luego ya puro calor.

Cuando empecé a descubrir esta enfermedad se secaba mucho mi boca, no tenía saliva.

Mucha sed, resequedad de boca.

Cansancio.

Cambio de humor, me enojo mucho más.

Me empezó a dar mucha diarrea.

Me empezó a doler mi cuerpo.

Tomaba mucha agua, hasta por las noches me levantaba y bajé mucho de peso.

Cuando me empezó a dar esta enfermedad, me enflaquecí bastante; cuando tomaba algo de azúcar me sentía muy mal, sentía que me quemaba mucho el corazón. Así me di cuenta.

Me levantaba por las noches a tomar tres litros de agua y después mis pies se hinchaban mucho y de ahí perdí todas mis fuerza, ya no podía levantarme, ya mi papá me sacaba al baño.

Primero me empezaron a doler mis pies; entraba en el temascal, calentaba mis pies pero no sentía nada. Nunca pensé que era esa enfermedad que estaba apareciendo en mi cuerpo.

Casi me moría.

Las sensaciones fueron diversas: de dolor, calor, cansancio y debilidad, de calambres e hinchazón de pies, de sed y resequedad en la boca, de cambios de humor, pérdida de peso, de calor; cada una de ellas fue expresada acompañada por figuras narrativas muy expresivas, como: «no puedes ni describirlo», «sentía que me quemaba mucho el corazón», «perdí todas mis fuerzas», «casi me moría».

De ninguna manera se trata de palabras que sobran, sino que son medios que buscan comunicar y transmitir una experiencia previa. Esas sensaciones precedían a una información, a una notificación y por tanto a una marco de referencia que ofrecería una posible comprensión justificativa: «Nunca pensé que era esa enfermedad». Es, en cada caso, un momento de desasosiego, de malestar incomprensible que, incluso, condujo a no poder acompañar a la esposa al momento del nacimiento de su hija, o al hecho de tener que ser socorrida por el padre para salir al baño, cuestiones que nadie desea.

*De cuáles son las causas personales
y particulares asignadas al origen del padecimiento de diabetes*

Más allá del entendimiento que se tiene de la diabetes, cada cual en su propia vida ha tenido y tiene una serie de situaciones y emociones con las que asocia el origen del padecimiento. Cada una de ellas es vivida según el marco interpretativo de la propia cultura. Por ejemplo, se dice que se origina por «cólico», el cual se trata de una nosología de carácter cultural que remite a una experiencia fuerte y desagradable que no se puede asimilar hasta trascender, por lo que se somatiza.

En síntesis, las circunstancias, situaciones y emociones que se encuentran en el origen del padecimiento –del «por qué me pegó esta enfermedad»– y que se nos hizo saber fueron las siguientes: por espanto, por cólico, por tristeza, por haber tenido una vida difícil, por problemas, por la muerte de mis papás, porque nos enojamos, por tomar mucho refresco, por pensar mucho, por el miedo, por el susto, porque me enojaba mucho, porque ya no llueve, por el uso de químicos.

Dejar este listado sin sus respectivas asociaciones es vaciarles de sentido o dar pauta a una lectura no empática y prejuiciada. Veamos:

Tal vez digo que me pegó esa enfermedad, por espanto, o por cólico o por tristeza. Por haber perdido mi hijo. Murió en un accidente.

Leer la idea del cólico como «tal vez» vinculada a la muerte en accidente de un hijo toma un carácter y un sentimiento muy diferente que contribuye a una mejor comprensión de la idea del espanto, el cólico o la tristeza. Así que no se trata de nociones folclóricas sino de experiencias profundamente humanas.

Lo que siento yo es porque he tenido una vida difícil. Cuando estaba en Guatemala vi el movimiento de la guerrilla, ejército; vi muchas cosas espantosas, viví la guerra, cuando entramos aquí en México vi muchas cosas horribles.

El relato de muy pocas palabras es profundamente estremecedor y da contenido a aquello de haber tenido una vida difícil, expresión que remite a cuestiones horripilantes. Esta persona vio cosas espantosas, vivió una guerra, vio cosas horribles.

Por sustos, me asusté como dos a tres veces ¡bien asustado! Una vez nos chocamos con el ejército de Guatemala, nos empezaron a disparar y salimos corriendo; ya cuando nos paramos me di cuenta que ya no había mochila en mi espalda, corrimos como dos horas. Ahí fue un susto grande [...] Además de eso engordé, dejé de jugar el deporte, pesaba yo 62 kilos y subí hasta 98.

La experiencia de la guerra fue una cuestión padecida en común por ambos pueblos y directamente por la mayoría de las familias. El susto, en términos culturales, fractura el alma y se constata en una pérdida de conciencia inmediata como lo es el no haberse percatado del extravío de la mochila que cargaba el informante sobre de sí. Dos cuestiones posteriores evidencian la fractura del alma: el dejar el deporte y echarse kilos encima ¡el propio cuerpo se manifiesta!

Comenta la gente que es por el miedo, por eso nos pega y después dicen que no. Cuando yo empecé a sentir todo, fue cuando me mordió un perro, traía yo mi carga de leña, me espanté mucho. Desde ahí sentí cómo empezó toda esta enfermedad; me mordió mis pies, aquí en la carretera

de la aldea.

La idea de que se dice algo y luego se dice otra cosa es el elemento central en esta expresión, cuyo amarre opta por la vía de inclinarse por una causa natural, la cual incluso tiene especificidades y concreciones tanto en el cuerpo mismo –«mordió mis pies»– como en el lugar preciso del espacio habitado en sociedad –«aquí en la carretera de la aldea»–. De esta manera se propone la interpretación de un origen que implique un señalamiento social.

¿Cuál cree que sea la causa de su enfermedad?

No he tenido una vida fácil, ¡ay, dios padre! Crecí con puros problemas. Mis papás me pegaban mucho. Después con mi esposo no fue fácil, me casaron bien chiquita. De ahí vino la guerra por los soldados. Era puro miedo porque nos iban a matar. Tengo once hijos, cada uno de ellos tienen problemas. Creo que es por eso.

La gente expresa que toda persona tiene problemas; entre los entrevistados se expone el argumento de una sobredosis de ellos, así como una constante de los mismos a lo largo de la vida. En algunos casos corresponde a acontecimientos y en otros a una manifiesta personalidad predispuesta a ello.

Creo que por problemas al interior de la casa, familiares y económicos, por la presión que nos causan, por pensar mucho. Son problemas de todos en la familia, no era solo una persona, solo que yo guardaba todo en mi corazón y pienso que todo eso se acumuló y al final explotó, y así fue como me pegó la diabetes.

Pero el asunto de los problemas también toma vertientes de comprensión cultural, esto es, que no se trata solo de la cantidad o de la personalidad.

Esta enfermedad me dio por los problemas, hay personas que me vienen a decir que es soplado [brujería] esta enfermedad, pero no es así. Los doctores nos dijeron por qué.

Con una ambigüedad al respecto, la expresión evidencia una posible ruta de comprensión; no obstante y una vez más, la persona que hipo-

téticamente lo puede estar padeciendo, elabora argumentos para no reconocerse en esa situación y, por tanto, apoyarse en el argumento médico. Esto evidencia una tensión entre posiciones epistémicas, cuya tensión es vivida por las personas como si su cuerpo fuese el campo de batalla para lograr la mejor legitimación posible de lo que se vive, de la manera de actuar y de las elecciones de búsqueda de atención y sanación.

Este otro posicionamiento remarca tal opción de asignar como causa a algo natural que, de nueva cuenta, tiene que ver con los hechos vividos y con la personalidad:

Solo por la tristeza, más porque murieron mi mamá, mi papá, mis hermanos y tengo un nieto que murió, era muy jovencito. Más yo que tengo un corazón muy sensible, puro llorar; me llegó mucha tristeza. Creo que por eso. Así me dijeron los doctores.

Reconocer la vertiente del haber sido objeto de una maldad de otra persona, resulta más factible cuando se le asigna el hecho a terceras personas. Esto, culturalmente, remite a la posibilidad de estar padeciendo las consecuencias de problemas de terceros y que se han heredado, lo que exime de la responsabilidad de ello:

A lo mejor fue por la muerte de mis papás[...] mi papá lo mató una enfermedad de la tierra, le soplaron la enfermedad [brujería].

Pienso que esto se da porque no tenemos información, nos peleamos por cualquier cosa, nos enojamos.

Esta última enunciación pone de realce una vez más los asuntos de relaciones humanas y de personalidad, pero al mismo tiempo expresa otro motivo que es de relevancia, la información. El mensaje es que si sabemos que el enojarnos y pelearnos nos acarrea enfermedades, no incurriremos en ello. Esto se asemeja a la noción de que si tenemos información y por tanto sabemos que consumir «la comida de rico» muy probablemente puede conducir a vivir enfermedades, entonces se optará por otro tipo de alimentos para mantener la salud. Además, se expone la idea de que la gente del sistema de salud que «ha estudiado» –como se mencionará más adelante– tiene la responsabilidad de informar y orientar constante y pedagógicamente sobre lo patológico de ciertas actitudes y formas de vida y, al mismo tiempo ofrecer las op-

² Aquí se puede aludir al *junkolal chuj*, que es la forma deseable de vivir personalmente y en comunidad

ciones, mecanismos y estrategias para vivir en armonía, en bienestar, en respeto de sí y de todo y todos los demás².

Finalmente también vuelve a aparecer una asignación crítica y que rebasa el ámbito de lo local y cultural:

Tengo esta enfermedad y otras personas están enfermas, pero es más por esto que ya no llueve por el uso de químicos

Aunque el asunto ambiental fue referido espontáneamente solo por una persona, cuando preguntamos explícitamente sobre la causa de la diabetes, éste se hizo presente en prácticamente todas las conversaciones. La percepción de fuertes afectaciones a sí mismos, a la sociedad y a la madre tierra, por causa de un modelo económico y productivo está presente.

De la relación con el sistema médico

Con respecto al sistema de salud pública que incluye Centros de Salud y su personal de la medicina alópata, la gente entrevistada manifiesta tanto una ambivalencia en su valoración como el contar con una perspectiva crítica del mismo. Dada la riqueza de las expresiones y su importancia, exponemos a continuación algunas con todo su contenido:

Porque no hay médicos aquí en la comunidad, no tenemos un centro de salud.

El doctor no está interesado de ti, él solo está interesado en qué te va a vender y que llegues cada mes a comprar. Es mi experiencia, los médicos no me explicaron la enfermedad ni tipo de tratamiento.

Me tratan bien, me dan ánimos, dicen que me curaré y que siga tomando el medicamento.

En la clínica siempre hay un doctor, en cualquier hora podemos llegar ahí; ya los especialistas vienen dos veces al año. Sí, me dijeron que tengo la diabetes tipo 1 y la insulina es de por vida, el doctor me dijo: Vida a muerte por la insulina [insulina de por vida] y no hagas coraje, ni tristezas y no te emociones mucho; trata de vivir tranquila, si ves problemas en tu casa aléjate de los problemas. Así dijo el doctor.

En el servicio de salud en las clínicas de las comunidades que hay aquí, no hay nada, el doctor va a venir cuando quiere, no hay nada y te van a dar una receta, una hoja para que compres tu medicina. En las clínicas de salud en las comunidades estamos mal, no hay nada, no hay esperanza.

Cuando vino la doctora aquí en la comunidad, llegó, me regañó, porque no me llevo a checar con ellos. Le dije que si me estuviera muriendo, ni modos que la espere. ¿A qué hora me van a curar si cada dos meses vienen?

El Centro de Salud está bien como está, pero la doctora no mero viene. Viene dos o tres veces por semana. No es puntual que viene. Si por suerte viene allí nos recibe, y no quedamos esperando.

Aquí en la aldea vienen unos especialistas de Estados Unidos, fueron los que me dijeron que tenía esta enfermedad.

Cuando el doctor dijo que era diabetes, mis hijos me explicaron como es esta enfermedad[...] Los doctores no mienten, sacaron mi sangre y le hicieron estudio[...] El doctor de Nentón es muy buena gente y los especialistas que vienen aquí son muy buenos, aunque no entienden lo que decimos y ni nosotros a ellos; hay uno que ayuda, es el que nos traduce[...] también vamos con los promotores de salud del Centro de Salud; ellos hablan chuj, así puedo platicar bien con ellos y decirles mi dolor, porque el castilla [el idioma español] no lo entiendo.

Estas citas reflejan el conjunto de posiciones, que se dan por igual de un lado y otro de la frontera. Se distingue que las experiencias son diversas, positivas y negativas, satisfactorias e insatisfactorias, presencia y ausencia, relaciones comprensivas e incomprensivas, personal que explica el padecimiento como otro que no lo hace, y una barrera de lenguaje además de la cultural, pues no se encontró algún comentario que refleje esfuerzo de la parte médica para comprender al otro –es decir, que propicie un diálogo de conocimientos–. Lo que sí se encontró, fueron señalamientos críticos que refieren al interés económico prevalente en la relación del personal médico con las comunidades, a una mala práctica informativa de éstos sobre la naturaleza de la enfermedad, su tratamiento, calidad y esperanza de vida hallazgo que puede sintetizarse en la expresión de una de las personas informantes: «[en estas condiciones, al ser diabético] «no hay esperanza».

De manera semejante a las experiencias personales con el sistema de salud pública, la apreciación hacia el privado es contradictoria:

Tengo fe en dios y él va a ver por mí si me voy a poder curar o no. Pero la medicina la compro con el doctor, pues ellos saben si es bueno. Ella estudió y sabe qué me está dando y eso me da confianza.

Pues yo digo que peor, según yo mi confianza con un especialista, que te va a recetar bien; pero al final es igual, y más barato ir con los médicos no particulares.

Fui con él porque me sentía mal, para que me recetara algo. Me dijo que no tenía diabetes, ¡es mentira lo que usted tiene! Me canceló los medicamentos que la doctora me había dado.

Los especialistas [refiriéndose a los médicos estadounidenses] son muy buenas personas con las personas enfermas. Reciben cualquier persona; no importa de dónde vienen; nos atienden, dan los medicamentos y nos cuidan mucho.

No hay el dinero para ir con otros particulares o especialistas, y si voy, pienso que me van a recetar lo mismo y hasta más caro.

Es notable que al sistema privado, los informantes les reconocen mejor calidad en cuanto a formación –estudios y conocimientos– y trato no discriminatorio, solidario y de atención esmerada, aspectos que les genera confianza. Sin embargo ésta se relativiza críticamente a causa de experiencias cuya ganancia mercantil en torno a tratamientos y medicinas, parece más importante que la atención enfocada en mejorar la calidad de vida de los pacientes.

De la (no) adherencia al tratamiento médico alopático

A pesar de la evaluación crítica del sistema biomédico en general, la gente se dirige a él en búsqueda de opciones viables para aliviar sus males, calmar sus dolores e intentar curarse. Pero la experiencia en su conjunto, particularmente las lógicas culturales y factores económicos, son fundamentales para comprender la lógica desde la cual se toman determinaciones respecto a la medicamentación. En este sentido, continuación describimos el gradiente de posiciones respecto a la adheren-

cia al tratamiento que encontramos:

Nunca lo he dejado, siempre llevo el tratamiento; si lo dejo pierdo mi fuerza, la de mis pies, y ya no puedo caminar. Por eso no lo dejo.

Cada que viene un doctor diferente, va cambiando mi tratamiento... Sí, me dicen los doctores, que si dejo de tomar el tratamiento se va a poner muy grave la enfermedad, y es verdad, pues; ahorita me pasa que si no me inyecto y no tomo las pastillas me pongo bien mal, rápido se va las fuerzas de mi cuerpo, hasta me tiro rápido en la cama. Por eso siempre tenemos que tener los tratamientos.

Es para toda la vida, me dijeron también por la insulina, pero ésa todavía no me la pongo.

Al final de cuenta empecé con las pastillas de los médicos, ahí me vino a controlar tanto pero no fue suficiente.

Cuando tomaba los medicamentos, los doctores me decían que no debo de dejar de tomarlas porque si las dejo se iba a poner más grave esta enfermedad; pero se aburre uno, me canso de tomar todos los días. Por eso empecé a tomar plantas medicinales que son especialmente para la diabetes[...].

Para probar otros medicamentos, a lo mejor ahí encontramos la cura, aquí es de probar. Algunas plantas salen bien amargas y las pastillas a mí me marean mucho. Ahorita dijeron los especialistas que debo de usar la insulina, nomás que tenga tiempo mi hijo va a ir a comprar en [la localidad denominada] Gracias a Dios. Ojalá ese medicamento me ayude.

No puedes estar siempre con el tratamiento, porque el cuerpo no lo puedes tener todo el tiempo con tratamiento, cuando dice que ya no, allí le paro unos días.

Para curarme fui al doctor, en México y aquí en Guatemala. Así me controlé con medicina, un año no tomé medicamentos, no hay dinero. Durante ese tiempo tomé plantitas, y solo con eso fue pasando.

Solo tomando los medicamentos puede tardar uno más tiempo con esta

enfermedad. He tomado varios medicamentos, lo que me dan los doctores[...] Pero también me ha ayudado bastante este árbol; si lo llego a dejar, empezaré nuevamente con las pastillas que dan los doctores.

Lo dejo por un mes o quince días. Pero cuando tomo las plantas dejo de tomar. Ahorita mi hija me prepara el «palo de vida», lo tomo por quince días y ya no tomo las pastillas para ver si me ayuda. Me ha ayudado mucho. La «mala madre» me ayuda con mi colitis y para la diabetes, eso es muy bueno, bendita sean estas plantas que me ayudan bastante.

Estos testimonios resultan elocuentes y esclarecedores: «Aquí es de probar». Las personas establecen sus criterios a partir de los cuales toman determinaciones en su búsqueda y selección terapéutica y de tratamientos para mejorar su calidad de vida. Tanto la adherencia como la no adherencia plena a los tratamientos biomédicos están marcadas, como en cada uno de los otros asuntos analizados, por la personalidad, la accesibilidad o inaccesibilidad a los servicios médicos, lo que incluye barreras por costos económicos y/o distancias físicas de las localidades con los Centros de Salud. Un factor importante para la región transfronteriza es que brinda la ampliación de posibilidades para acudir en uno u otro de los países a los servicios médicos así como para hacer búsquedas de medicamentos, lo cual resulta positivo para la adherencia.

A pesar de lo anterior, la inaccesibilidad económica y geográfica, destacadamente el costo económico de los medicamentos es resentido desde la condición de precariedad económica en que viven las comunidades e informantes con quienes conversamos, se constituyen en un factor para la intermitencia en la adherencia al tratamiento. Basten algunas de las expresiones para conocer la posición al respecto: «Cuando tenemos dinero la compramos pero cuando no pues dejamos pasar un tiempo», «No hay dinero para comprar medicamentos, por eso mucha gente se muere, por falta de medicina». «Por falta de dinero y a veces no puedo ir por tener que esperar a que mi hija me acompañe».

Dado que nuestro interés central es poner de relieve la percepción, la experiencia de la gente en torno a su padecimiento y tratamiento, remitimos a una de las expresiones que se nos enunció y que resulta además bastante elocuente respecto a su relación los medicamentos:

Por eso están pue las medicinas. ¡Si no, no estuvieran! Con pastillas. Pero ahora te digo que hay muchas pastillas que nos venden, [que] muchas son

caducadas y falsas; la gente las compra por necesidad y para mejorar su salud, pero hay quienes no tienen conciencia de ayudar a nuestra propia gente. Yo pienso que solo controlan, por eso construyen muchas pastillas

Finalmente, proponemos la existencia de dos criterios de índole ontopeisémica cultural que participan en la determinación de la (no) adherencia, que se distinguen con claridad en un análisis detallado de los testimonios: uno de ellos es la lectura del propio cuerpo y su correspondencia con las señales que dan La Vida y la Madre Tierra, entidades sagradas o superiores a las que se encuentran atentos. El otro, vinculado plenamente con el anterior, es la factibilidad –conocimiento y accesibilidad– a las opciones herbolarias, entendidas como formas no solo complementarias, sino suplementarias o equivalentes a las alopáticas: «Pero también me ha ayudado bastante este árbol; si lo llego a dejar, empezaré nuevamente con las pastillas que dan los doctores».

De las alternativas curativas locales

Tanto por las experiencias relativas al sistema médico y las dificultades de accesibilidad, como por las disposiciones sociales y culturales, las alternativas curativas locales resultan fundamentales para atender los padecimientos, para paliar los dolores y para mantener cierta esperanza, sobre todo luego de entender que la diabetes pone a las personas que la padecen (y a sus familiares) de frente a la muerte. En las respuestas recibidas que ponen de manifiesto la manera de relacionarse con las prácticas terapéuticas alternativas, detectamos una forma muy explícita y detallada de su argumento y justificación, básicamente al incluir la expresión: «me ha ayudado bastante». Este hecho propicia el compartir la receta. Esta receta, que después corre de boca en boca, en medio de una cultura de tradición oral y de búsqueda constante de alternativas, normalmente se adecúa a las circunstancias de la vida y a las condiciones económicas en que se vive. Ésta es una forma cultural y generalizada de ser y estar en el mundo, particularmente de los pueblos indígenas.

Platiqué con unos señores y me dijeron que había un té de un árbol que es bueno para el azúcar, al final de cuentas me trató cuatro años como normal.

Unas personas me platicaron sobre un árbol que es bueno para esta enfermedad. Fue donde lo empecé a tomar[...] Hay unas plantas que están bien

amargas, pero aun así las tomo[...] este árbol que estoy tomando, mis hermanos son los que me la consiguen, porque tiene que ir uno en la montaña para cortarla. Se da aquí en la aldea, casi ya no lo encuentras porque la gente sale a buscarla. Como hay muchas personas enfermas se acaba.

Estas expresiones argumentativas dan cuenta de que el detonador para el consumo de las plantas fueron conversaciones, hecho que bastó para iniciar un consumo constante de ellas, que puede prolongarse por años:

Hace como un año que ya no tomo pastillas, ahorita pura planta, también la hierba mora es la que como mucho. Ahorita ando tomando el palo de vida, me ha ayudado bastante, me siento más tranquila, llevo algo de tiempo bebiéndola

La hierba mora también la como y cola de caballo, que ésta lo encontramos hasta en la Laguna Brava. Mi esposo tiene una hermana enferma también y son estas plantas que ella toma[...] esto me ha ayudado bastante; si tomo puros pastillas eso me hace daño, siento que me marean mucho.

La aceptación y el consumo de una herbolaria terapéutica son bastos y generalizados, incluso incrementados constantemente al incorporar especies de otras regiones, hecho factible gracias al gradiente altitudinal de sus territorios y al intercambio entre tierras frías y calientes:

Fui hasta en una comunidad de México a comprar una mata de planta que dicen que es bueno para la diabetes y otras enfermedades; se llama Mala Madre, dicen que es muy bueno, por eso lo fuimos a buscar. Tiene dos meses que tenemos aquí en la casa pero no crece, me costó en quinientos pesos; también, queremos conseguir también hojas de la guanabana, dicen que es muy bueno también, pero no sabemos dónde. Se da en tierra caliente y queremos sembrarlo en la Laguna Brava porque es caliente.

También se enriquece con la inclusión de algunas especies de reciente introducción, como la moringa:

Ahorita me está ayudando una planta que se llama “mala madre” y el “palo de vida”[...] Las plantas, ¡ay! Dios padre, ya fueron muchas, cola de caballo, la hierba mora, moringa, la hoja de guayaba y hasta las flores; algunas sí me han ayudado bastante junto con las pastillas.

Además tomo lo que es el pepino, agua de la hoja de chayote. Cuando empecé con la enfermedad me dijeron que yo los tomara, caldo de papa; ahorita ya no porque empecé con la insulina[...] Cuando tomé el pepino, chayote y papa fue cuando me levanté de la cama, eso me ayudó junto con las pastillas.

De manera que, como ahora se expresa, el consumo herbolario mayoritariamente se da de manera concomitante con el de los medicamentos; pero en ocasiones puede representar un sustituto o una alternancia, como ya se expuso antes. De manera análoga están los remedios caseros que sirven como complemento, en este caso, sobre todo, para paliar los dolores: “Pero lo voy curando, lo tallo con remedio casero.” La fuente informativa también es frecuente que provenga de especialistas, no solo de cualquier persona que lo comente:

También con los yerberos, cuando tengo mucho calambre o mucho dolor, con los yerberos me acudo yo. Sí me controlaba, me quitaba un poquito el dolor[...] Pero es con curandero, me está controlando, me está soplando con trago, frota con aceite de olivo.

Y esta apertura hacia terapéuticas diversificadas es claramente expresada por una de las personas que así lo hace:

He probado de todo. Y aún sigo: médicos tradicionales, comerciantes [vendedores de medicamentos que visitan comunidad por comunidad], pastores religiosos [católicos] y con médicos generales[...] los médicos tradicionales me dijeron que me iba a curar, me dieron de tomar moringa, cáscara de ocote, hoja de guarumbo; velas, limpias con yerbas en mi cuerpo y toda la casa. Los comerciantes me decían que los medicamentos que vendían era el bueno y que estaba hecho a base de plantas. Los pastores religiosos: oraban todas las tardes y que teniendo fe me iba a curar[...] Curanderos.

Pero no es practicada como una herbolaría inconsistente y carente de reflexividad. Aunque son pocos los casos en que los resultados no son, aunque sea, mínimamente satisfactorios, éstos están presentes y desde luego que también son comunicados y circulan socializándose:

Cuando empecé con esta enfermedad tomaba puras plantas, tome aceite

de coco, flor de pino, palo de vida; luché con estas plantas. Los tomé como unos diez meses[...] Me sentí bien, pero luego se va el efecto de las plantas; ya seguí con el tratamiento. Estaba tomando las plantas cuando volví a caer otra vez.

De la dieta que acompaña las formas de autoatención

«Ahorita ya no puedo comer todo, eso me pone triste el corazón». Al ser de lo más cotidiano, las modificaciones en la dieta alimenticia terminan siendo un factor de recordatorio constante de que se vive con un padecimiento:

Antes, aunque no tenga dinero, pido fiado para comprar mi carne. Compro unas cinco a siete libras y como con mi familia. Ya solo recuerdo cómo comía antes. Me siento triste por esta enfermedad.

La dieta que es llevada entre las personas que padecen diabetes en estas localidades, por condiciones ecogeográficas y económicas, queda basada en los productos de la milpa, esto es: el maíz, calabaza, chile y frijol.

Bueno, solo el frijol colorado, porque el frijol negro me hace daño, es muy caliente. Por ejemplo, dicen que el temascal es muy caliente y hace que perdamos la vista.

Vuelve a emerger el criterio de la polaridad térmica de los alimentos, lo frío y lo caliente y este padecimiento “*no acepta ni muy frío ni muy caliente*”. Pero igualmente es rica en quelites o arvenses, hierbas silvestres que genéricamente se conoce en la región como verduras. “

Aquí solo comemos la punta de chayote, hierba mora, punta de calabaza, berro, mostaza y hongos que encontramos en la montaña, es lo que comemos.

Cuando el personal médico y de nutrición del sistema médico recomienda verduras la gente estará pensando inmediatamente en los quelites, más que en brócoli, calabazas, etcétera. Entonces se hace necesario ser explícitos al respecto:

Recomendaron comer frutas, verduras, me dijeron que debo de comer tomate, berro, acelga.” “Tomate, rábano, pepino, cebolla, brócoli y coliflor.

[La recomendación que recuerda la gente es] Comer principalmente verduras y nada de carne. [Pero otras personas nos dijeron] Comer verduras y carne, pero bien quemado; comer puras verduras y comer un poquito de carne, pero asado y pollo de rancho.

La dieta que siguen estas personas se topa con obstáculos y condiciones muy variadas, como las siguientes:

Son verduras, pero aburre.

Al ver a mis hijos comer se me antoja comer carne y tomar refrescos, y a veces lo hago. Viene un deseo en mí por comer esas cosas.

Lo único que he podido eliminar hasta ahorita es el refresco, ya lo demás no, porque el cuerpo lo necesita, ya si no te vuelves anémico, débil, lo necesita tu cuerpo[...] lo demás a lo mejor se puede, pero por los recursos no lo conseguimos

Dicen que coma frutas, pero las frutas casi no se da aquí, solo manzana y durazno. Cuando se me antoja lo llegamos a comprar aquí en el centro, porque hay una señora que vende mangos, naranja, sandía.

Esta enfermedad hace que se nos antoje algo, más las frutas que es lo que me gusta mucho: sandía, papaya; me lo pide esta enfermedad, hasta me levanto por las noches a comerlo y si no lo como siento que me muero, porque no le doy lo que me está pidiendo.

Aburrimento, antojos, necesidad según lectura del propio cuerpo, disponibilidad y condiciones económicas son aspectos que se hacen presentes a la hora de la definición de la dieta cotidiana.

De la lectura que se tiene del entorno social respecto a su padecimiento

El entorno social juega un papel determinante en la manera de asumir, entender y vivir la diabetes por parte de quienes la padecen. Esta síntesis que nos compartió una de las personas entrevistadas es muy elocuente:

Algunos me dicen que entre con ellos, que van a orar por mí para curarme u otros me dicen: no, es mal echado lo que tienes, tienes hechicería. Otros me dicen que debo de comer algunas cosas para que «controles tu azúcar». Bueno ha habido hasta consejos tradicionales de la región de nuestra gente. Todo por lo mismo que no te da un resultado y porque lo que quiero es curarme y hasta ahora no ha habido resultados.

Esta primera síntesis se complementa con la que exponemos enseguida, para hacer el cuadro más amplio:

Los doctores me dijeron que debo de tomar las medicinas y una vitamina, ya las personas vienen a decir que algunas plantas son buenas. Los hermanos de la iglesia vienen a visitarme y me traen algo de apoyo para que podamos comprar nuestra medicina; también mis familiares vienen a visitarnos y a quedarse unos días aquí en la casa. Mis hijos son los que están más al pendiente de nosotros.

Así como se da una especie de pugna epistémica, interpretativa y proselitista, también hay actos contradictorios, unos de solidaridad y otros que se ubican en el lado opuesto:

Me dieron ánimos. La aldea me ha ayudado en mis trabajos, cargando mi leña, recogiendo mi maíz y algunos con algo de dinero. Mis hijos desde el principio he tenido su apoyo, económico, emocional y también en mi trabajo.

Hay quien habla que es huevonería lo que tengo, que por huevona me tiro a dormir[...] con los vecinos, hay unos que no me pueden ver, unos son envidiosos, me mal ven. El otro ni pregunta ni habla. Pero así lo estoy pasando. Me cae mal a veces, pero no quiero que me afecte.

La actitud en el entorno social puede llegar a ser sumamente opresiva y adversa.

Muchos me han provocado para que se altere mi enfermedad y me muera, yo sí he vivido esas cosas.

Tengo muchas amistades y ellos dicen que me volví prepotente pero es lo de la enfermedad, mi problema ahorita es que ya no miro.

En este último caso, por perder la vista cuando se va caminando y pasarse de largo sin advertir presencia alguna se incurre en algo que es reprobado socialmente, no saludar. Enseguida viene el señalamiento de que se es prepotente o «alzado», lo cual resulta ser un «pecado capital» por excelencia en los pueblos comunitarios, al ser el polo opuesto al valor fundamental del respeto, que parte por la consideración recíproca en la cual el saludo es fundamental.

Sí, cuando veo a las personas que voltean a verme (a lo mejor me voltean a ver por estar muy flaca) me siento mal, pienso que se están burlando de mí, se siente bien feo; más cuando salgo a hacer mi mandado, por eso casi ya no salgo a ningún lado[...] cuando ellos hablan o hacen comentarios pienso que me lo dicen a mí y es feo.

En términos generales es la familia la que provoca las emociones más fuertes, sean éstas la mayor parte de las veces de confort, estar acompañado y ser respaldado o, contrariamente, de disgustos profundos:

Me ha ayudado mucho mi esposo y también comprende mi enfermedad.

Mis hijos siempre están pendientes, ellos son los que ven por mí.

Cuando mis hijos hacen bulla me siento muy mal, y se entristece mucho mi corazón y mejor salgo un rato para no verlos pelear.

Unos de mis hijos ya ni vienen a verme.

Igualmente son quienes por lo general asumen los costos económicos al dejar de trabajar o por los gastos que implica el padecimiento. Junto con la familia viene el factor religioso y de fe que se hace presente para configurar una base de esperanza, pero también de disposición anímica y relacional:

Mis papás son los que me dan ánimos, me dicen que no esté triste, que me voy a curar; solo que tengo que poner mi fe en Dios, solo así, y pongo mi parte.

Asociado a estos factores, un elemento constante es una especie de rebatinga proselitista, particularmente de parte de las iglesias evangélicas y denominaciones paracristianas.

Los pentecostales me dicen que las personas que rezan en la iglesia católica no lo hacen de corazón. Si me cambio, mi salud mejorará.

Mi hija, está en otra religión que es la pentecostés, ellos vienen dos veces a la semana a orar por mí, dicen que si me paso a su religión que me voy a curar, porque van a pedir a Dios y también por mí esposo. La religión no se rechaza, dejen que vengan a orar, pero no me voy a cambiar de religión es Dios quien sabe si nos vamos a curar todavía.

Llegaron algunas personas a hablarme pero yo no les creí; fue el grupo religioso carismático, porque ya me dijeron los doctores que es diabetes lo que tengo, no creo que ellos puedan curarme.

No se está libre de presiones en este sentido.

De la diabetes como experiencia humana personal

Todo lo visto y analizado hasta ahora nos ayuda a comprender cómo es la experiencia que cada persona está teniendo con la diabetes que padece. Identificamos que hay nombramientos o definiciones específicas, advertimos la presencia de múltiples perspectivas que interviene en la manera de nombrarle y por tanto de entenderle y asumirlo. Reconocemos también la presencia del sistema médico, con sus limitaciones y la ambivalencia con la que las personas se relacionan con él; también detectamos con claridad que el factor económico conjuntamente con el cultural resultan los fundamentales en la manera como se asume la diabetes. La sociedad, las familias, las opciones terapéuticas alternativas y disponibles, las condiciones ecogeográficas y la territorialidad transfronteriza, son aspectos igualmente determinantes.

En función de todo lo anterior, concluiremos este análisis exponiendo cómo las personas participantes del estudio están viviendo su padecimiento mediante cuestionarles sobre cómo se siente con la diabetes. Las respuestas son contundentes:

Mal. ¡Cómo más podemos estar, pue! Cualquier tipo de enfermedad en nosotros es malo. Es como vos, ¿vas a estar bien sabiendo que algo te incomoda, te duele y te molesta? No, verdad; ahora imagínate nosotros.

Creo que por más medicamentos que tomes siempre estamos mal.

Desde ese día que me dijeron, hace ocho años, ya no soy la misma, siempre me tiene triste.

Me siento triste, por esta enfermedad; ya no soy la misma como antes[...] no trabajo, todo el día paso pensando en esta enfermedad y mis hijos. Me ha cambiado mucho y tengo dolor siempre en los pies.

Quiero que mis hijos se cuiden mucho, tengo miedo que les dé esta enfermedad; es muy feo, duele mucho; que lo único que quiero es descansar ya. Esta vida es muy fea y te enojas rápido, y más yo que soy bien sensible, todo el tiempo quiero llorar, me tiene triste esta enfermedad.

Estar mal toma ya en estos casos la concreción de tratarse de tristeza, de dolor, de no ser la misma, de preocupación por eventualmente heredarla. Lo penoso de tal malestar no es de pocas o pasajeras dimensiones:

Creo que por más medicamentos que tomes siempre estamos mal [...] Cuando se pone peor hasta quiero la muerte, porque duele mucho.

No obstante tal situación es afrontada por algunas personas con esperanza:

Lo que queremos es que nos curemos, nadie quiere morir rápido; siempre lo luchamos, yo tomo todo lo que me dan.

Si Dios lo permite, puede que esté bien, con esta enfermedad nunca se sabe. Apenas murió mi vecino de eso; por eso hay que estar preparados siempre.

Lo que he madurado y comprendido y recomiendo es aprender a vivir con el mal y hasta donde nos puede llevar; digo hasta donde nos puede llevar, sabemos que somos pasajeros, pues.

En el contexto de una vida campesina hay factores específicos que materializan el dolor y/o las causas del mismo:

Ya casi no salgo a caminar, me dan ganas de ir a ver la tierra, cargar leña, agarrar mi machete, pero ya no puedo.

Mi esposo, es el que me ayuda mucho; antes salía a buscar mi leña, limpiar la milpa. Siempre lo acompañé al trabajo, ahorita ya no.

Digo que no tengo dinero, porque de cuando trabajo, gasto cien pesos en mi medicamento y cincuenta a mi familia, al final trabajo para mí mismo.

Vuelve a remarcarse el factor económico, que pone de manifiesto cómo se vive la diabetes desde una condición precaria y de empobrecimiento:

Está muriendo mucho la gente porque no hay medicina, no hay dinero para comprar. Por eso así pasa nuestra vida.

Esta enfermedad no es buena; más ahorita que tengo la insulina, la tenemos que comprar todo el tiempo y a veces no tenemos dinero. Eso es el problema que tenemos aquí.

Actividades como ir a buscar leña, cargarla, limpiar la milpa se realizan para la subsistencia. No solo que no sea concebible la vida campesina sin esas actividades, sino que el no realizarlas, de alguna manera, es encaminarse a la muerte, pues de ellas depende la vida.

No tengo fuerza, ya no es lo mismo como antes. Una vez fui a buscar leña con mi nuera, caí con mi leña cerca de una cueva, si no, tiempo que me hubiera muerto, lo bueno es que mi nuera me ayudó. Por eso ya no salgo, a lo mejor me caigo por donde camino.

La alusión a caerse en las cercanías de una cueva es altamente simbólica. Las cuevas representan espacios sagrados, espacios de contradicciones en los que fuerzas superiores ponen a prueba las virtudes de las personas y, en su caso, ser dominados envileciendo su vida y la de los suyos. Son espacios en que se debaten la vida y la muerte. Así que hay múltiples situaciones por las que es factible sentir que en el propio cuerpo y desde el mismo se vive la lucha entre la vida y la muerte; es como si la cueva se fuese consigo mismos.

Se sufre mucho, ya estamos grandes y mis hijos ya están casados, solo mi hija es la que nos cuida a los dos, ya estamos grandes y mi esposo tiene derrame cerebral. Es muy difícil[...] ahorita tengo colitis, me duele los pies y ya estoy perdiendo la vista. Perder la vista me duele mucho, porque ya no puedo ver a mi esposo que tiene derrame cerebral; lo quiero cuidar pero ya

no puedo. ¿Qué hago? Me pongo a llorar con él y ver quién de nosotros se va a ir primero.

Fue seis a siete meses que estuve en la cama; ya no podía hacer nada por mí misma. Solo me despertaba por un rato, de ahí me volvía a dormir; todo el tiempo estaba inconsciente de todo, no tenía fuerzas, no podía hablar, ya no les contestaba. Cuando ellos me hablaban me enojaba mucho, no me gustaba que me hablaban y les dije que ya no me hablaran. Ya a los siete meses me levanté de la cama, me levanté de la cama por el tratamiento que me dieron.

En un entorno donde el diálogo es vivificante la pérdida de tal virtud es una experiencia no sólo de inconciencia, sino mortecina. Como también lo es la capacidad relacional con la pareja:

¡Esta enfermedad me ha afectado en mi vida de pareja! Porque él quiere tener servicio de mujer, pero yo no quiero, estoy mala. No aguanta movido mi cuerpo, [...] dolores de rodillas, de huesos, de todo mi cuerpo, si no me da en un lado me da en otra, en la cintura, en espalda, brazos, piernas.

Pero el debate con la muerte no solo es simbólico, es una circunstancia muy específica que se experimenta en medio del debate emocional y que se revela.

Un padecimiento diabético no es causa de gozo y alegría si no es causa de dolor y desesperación, por ejemplo yo he llegado a pensar que hasta cuándo voy a aguantar y he pensado en suicidarme porque duele, esto no es juego no es gozo, pues al final de cuenta pienso: qué gano.

Con esta enfermedad, hace que seamos personas bien sensible, me pongo triste con cualquier cosa, hasta me da ganas de morir. Sí, deseo la muerte porque duele mucho.

Empero, como un corolario, algunas personas nos dejaron ver una perspectiva trascendental a partir de lo que están viviendo. Así tienen presente a las personas cuya labor es procurar la sanación, a sus familiares e, incluso, a nosotros.

Quando me dan mis medicamentos siempre pido a Dios para que dé efecto. Oro por los doctores, por las personas que tienen su don de curar, porque eso da Dios.

Sí, todos los días pienso en mis hijos, dicen que esto se hereda y eso me da miedo. Todos los días le pido a Dios que no les dé a ellos; esto no es bueno.

[Ustedes] *Cuidense mucho, no se peleen, no hagan coraje, coman verduras, porque la comida que hay ahorita es envenenada y hace que nos enfermemos más.*

De algunas ideas conclusivas

La experiencia de padecer diabetes en comunidades campesinas e indígenas marginalizadas, se vive en medio de desánimos y esperanza, de dolores que se padecen en el cuerpo debido al desarrollo natural de la enfermedad y en las emociones, causadas a su vez por sentimientos de impotencia de las propias incapacidades en el desenvolvimiento demandado cotidianamente para la reproducción de la vida en la familia campesina indígena.

Las personas de los pueblos chuj y *q'anjob'al*, de la región fronteriza México Guatemala que son diagnosticados con diabetes, desde los momentos previos a éste, después de la confirmación y al vivirlo cotidianamente, realizan la búsqueda de una definición de la enfermedad con los recursos culturales con que cuentan, a fin de comprender lo que sucede en su propio cuerpo y toda las relaciones que se suscitan: buscan la manera de quedar lo menos afectadas posible en términos de la ubicación epistémica de su padecimiento. En este sentido es denodado su esfuerzo por quedar eximidos de la responsabilidad social de su padecimiento, para no ser señalados de que éste es consecuencia de relaciones quebradas y/o por efectos del poder de personas capaces de afectarles.

Dado lo acotado del estudio no tenemos elementos que nos permitan, hasta ahora, distinguir formas culturales o simbólicas que diferencien entre sí a los pueblos chuj y *q'anjob'al*. De igual manera ocurre en uno y otro lados de la frontera de México y Guatemala en la porción correspondiente a los territorios de los pueblos mencionados, donde no hemos distinguido formas diferenciadas. Hecho que por ende pone en evidencia los vínculos simbólicos, culturales y de sentido de la vida entre estos pueblos con independencia de la frontera internacional.

En este marco las personas del estudio viven una relación ambi-

valente con los servicios de salud, la cual –de acuerdo a nuestras interpretaciones–, es resultado de las condiciones de inaccesibilidad social, cultural, geográfica y económica, aunque el tratarse de un espacio transfronterizo resulta ser afortunado para ellos, pues les amplía la gama de posibilidades para atender y tratarse en uno u otro país. A su vez, es importante sumar la disposición a la búsqueda constante de opciones terapéuticas alternativas, con accesibilidad cultural, geográfica y económica, que hace uso del sistema herbolario que se transmite por la voz de las propias comunidades y el papel de los curanderos tradicionales, proporcionándoles una mejor calidad de vida aunque a veces ésto sea de manera intermitente o en sinergia con los tratamientos alopáticos.

Al personal de los sistemas de salud se les asigna la responsabilidad de informar y orientar sobre el origen del padecimiento, sobre todo en lo relacionado a la dimensión emocional y de comportamiento; también se le concede autoridad para ofrecer opciones, mecanismos y estrategias para alcanzar bienestar integral. Este hecho –debemos reflexionar– brinda una oportunidad a los sistemas de salud para superar barreras en la prevención, atención y adherencia al tratamiento de la diabetes entre las comunidades del tipo en que trabajamos mediante la sensibilización sobre las formas de ser y estar de su población de acuerdo a sus culturas y condiciones de marginalización, lo cual puede ser guía para que realicen sus funciones de servidores de salud con actitudes comprensivas en concordancia a la condición aspiracional que tienen estos pueblos a vivir de manera armónica no solo personalmente, sino y sobre todo, en comunidad. Todo esto con el fin último de alcanzar las metas de salud pública en la región así como proponer nuevas propuestas de incidencia en las políticas públicas para mejorar los panoramas epidemiológicos presentes y futuros en torno a la diabetes en la región. Para ello es fundamental fortalecer la vinculación entre los sectores de salud y académico, pero en ambos casos con la coparticipación activa de la población local y en consideración plena y medular de sus perspectivas, sus estructuras cognitivas y sus formas pedagógicas. La perspectiva de abordaje debe ser transdisciplinaria y explícitamente intercultural.

Por ahora, la reflexión que consideramos debe quedar en el lector, es considerar que mientras las condiciones económicas sean tan precarias, y aun si éstas se fortalecieran, la actitud de empatía humana, de solidaridad, de compromiso laboral y ético resultan ser

fundamentales y hasta vitales para las personas requeridas de atención. Es deseable que los servicios de salud de ambos lados de la frontera reconozcan la importancia de su concurrencia, de su apertura y complementariedad a favor de la búsqueda por mejores condiciones de vida a la población transfronteriza.

Referencias

- Alvarado Osuna, C., F. Milian Suazo y V. Valles Sánchez. 2001. "Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes". *Salud Pública de México*, 43 (5), 459-463. Disponible en http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2001/200143_459-463.pdf Consultado el 20 de mayo de 2019
- Amezcuca, M. 2000. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los Cuidados* Año 4, Núms. 7 y 8: 60-67.
- Benoist, J. 1983. Quelques repères sur l'évolution récente de l'anthropologie de la maladie. *Bull. D'Ethnopedécine*, 9:51-58
- Dilthey, W. 1978a. *El mundo histórico*. Fondo de Cultura Económica, (Obras de Filosofía, VII.). México.
- Dilthey, W. 1978b. *Introducción a las ciencias del espíritu*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Eisemberg, L. 1977. *Disease and Illness*. Culture, Medicine and Psychiatry, 1(1):9-23.
- Foucault, M. 1999. *El orden del discurso*. Fábula-Tusquets. Argentina
- Hernández Castillo, R. A. 2012. *Sur profundo. Identidades indígenas en la frontera Chiapas-Guatemala*. CIESAS-CDI. México.
- Laplantine. F. 1992. *Anthropologie de la maladie*. Éditions Payot. Paris.
- Lerín S., Juárez C. y Reartes D. (2015) Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural. *Salud Problema*. Segunda época / año 9 / No. 17.
- Limón Aguirre, F. 2008. La ciudadanía del pueblo chuj en México, una dialéctica negativa de identidades. *Alteridades* 18:85-98.
- Limón Aguirre, F. 2009. Historia chuj a contrapelo. Huellas de un pueblo con memoria. El Colegio de la Frontera Sur. Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Chiapas, México.
- Limón Aguirre, F. y Pérez Tadeo, C. (2018). Ko Lum k'in'al. Aproximación a la relación del pueblo chuj en México con la naturaleza. Páginas: 39-67, en R. Mariaca, C. Elizondo y F. Ruan (editores). *Etnobiología y patrimonio biocultural de Chiapas*. Tomo I. El Colegio de la Frontera Sur. México.
- Lipson, J.G. 2000. Cultura y Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital); 28-29. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php> Consultado el 20 de mayo de 2019
- Martínez-Almanza, L.E. y F. Limón-Aguirre. 2018. "Comida de pobre, comida de rico". La percepción del pueblo maya-chuj sobre su alimentación en un espacio transfronterizo. *Alteridades* 28 (55): 113-124.
- Martínez Hernández, A. 1992. Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria. *Revista Rol de enfermería*, 172:61-68
- Montesi, L. 2017a. "Ambivalent food experiences: Healthy eating and food changes in the lives of Ikojts with diabetes". *International Review of Social Research*; 7(2): 99-108.
- Montesi, L. 2017b. "La diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los ikojts de Oaxaca". *Revista Pueblos y fronteras digital* 12(23) junio-noviembre. ISSN 1870-4115, 46-76.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/35010> Consultado el 20 de mayo de 2019
- Page-Pliego, J. T. 2013. "Refresco y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal de Las Casas y Chamula Chiapas". *LiminaR* Vol.11 no.1 San Cristóbal de Las Casas ene/jun.
- Page-Pliego, J.T., E. Eroza-Solana, y C. Acero-Vidal. 2018. *Vivir sufriendo de azúcar: representaciones sociales sobre la diabetes mellitus en tres localidades de los Altos de Chiapas*, Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur. UNAM.
- Secretaría de Salud (SSA). 2018a. Cubos dinámicos. Recuperado de www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_serviciosis.html Consultado el 20 de mayo de 2019
- Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA). (s/a). Disponible en <https://sigsa.mspas.gob.gt/datos-de-salud> Consultado el 20 de mayo de 2019

Región Transfronteriza México-Guatemala

Estrategias comunitarias para la búsqueda de **atención en salud en la zona del Volcán de Tacaná**

Verónica Haydee Paredes Marín

Ariel Danilo Rodríguez,

El sistema de salud guatemalteco es un fiel reflejo de la situación general de ese país. En éste se replican todas las deficiencias organizativas del Estado y su incapacidad de dar respuesta efectiva a sus ciudadanos, imposibilitando una adecuada cobertura y protección de sus derechos. Históricamente el rezago que el Estado le ha provocado a zonas rurales e indígenas a partir de políticas centralizadas, ha ido construyéndoles un constante aislamiento, fijándoles vulnerabilidad social que da como resultado profundas desigualdades, altos índices de marginación geográfica y social, incidiendo directamente en la construcción de la determinación social de la salud. En el caso de poblaciones fronterizas, acostumbradas a la ausencia total del Estado, el dar respuesta a satisfactores mínimos de vida, incluyendo a la salud, es un ejercicio cotidiano de supervivencia. En el presente capítulo presentamos el mecanismo adaptativo de e estrategias familiares y comunitarias que construyen a partir de las condiciones de adaptación social, económica y cultural que les provee el territorio geográfico de frontera liminal que habitan los colectivos. Así, si el hecho de encontrarse en los bordes olvidados por el Estado guatemalteco pero el de encontrarse en la adyacencia del vecino México, les provee condiciones con las que pueden suplir mínimamente algunos de esos requerimientos, incluyendo la movilidad transfronteriza para acceder a la atención sus padecimientos en los servicios de salud.

Movilidades perifronterizas como estrategias en la búsqueda de atención a la salud

El sistema de salud guatemalteco tiene como particularidad, carecer desmodelo de atención primaria, teniendo únicamente estrategias de atención que cambian con cada gestión gerencial sanitaria en el país, lo que da como resultado, una permanente desorganización que se evidencia en las formas en cómo finalmente se concretan las políticas de primer nivel de atención nacionales, sufriendo las poblaciones, consecuencias severas de falta de acceso a servicios por ineficacia de la gerencia de salud. Las personas tienen que suplir estas deficiencias de diversas formas, una de ellas es el asistir a la medicina privada para subsanar la desatención pública, pero ante la situación de pobreza prevaliente, la erogación de recursos destinados a la atención de enfermos o de padecimientos crónicos, debilitan y vulneran aún más a los núcleos familiares, por lo que se hace necesaria la búsqueda de estrategias que permitan satisfacer esta necesidad, aprovechando las oportunidades que estén a su alcance para lograrlo.

El habitar un espacio de frontera, otorga una posibilidad extra que permite satisfacer las necesidades de atención en salud de poblaciones enteras, mientras que su situación particular en ese espacio, determinará las formas y dinámicas de acceso. El caso que presentamos en este capítulo, da cuenta de las dinámicas comunitarias de los habitantes de Yalú –una comunidad guatemalteca, que sufre exclusión social severa– y sus estrategias en la búsqueda de acceso a los servicios de salud a partir de su movilidad hacia territorio mexicano. La zona de estudio corresponde al territorio fronterizo México-Guatemala, sobre las laderas del volcán guatemalteco de Tacaná, mientras que el objeto de estudio es comprender el fenómeno de la movilidad humana transfronteriza como estrategia en la búsqueda de acceso a servicios de salud. En materia de investigaciones sociales, este estudio propone un objeto poco abordado y con severos vacíos de información, dado que la mayoría de los estudios sobre movilidad en el Soconusco que tienen abordaje desde la dimensión de salud, han obviado su parte alta para centrarse en el fenómeno migratorio de las tierras bajas, dejando fuera la comprensión de la relación e impacto con otro tipo de movilidades como las perifraterizas¹.

Sin embargo esas movilidades cobran protagonismo al convertirse en estrategias claves que llevan a satisfacer requerimientos básicos de vida a los guatemaltecos –como lo es el trabajo o la salud–. Dar una mirada a las condiciones de salud comunitaria es sólo una excusa para conocer cómo la historia, la geografía, la economía y la cultura, cons-

¹ Referimos a modo de ejemplo, algunos estudios en salud en la zona del Soconusco, los cuales enfocan su interés únicamente a la zona baja del Soconusco: Trujillo Olivera et al. (2014); Canales et al. (2010); Leyva Flores y F. Quintino (2011); Ochoa-Díaz-López (2018); Temores-Alcántara et al. (2015); Rojas Wiesner y Cruz H. (2011).

tituyen determinantes de las condiciones de vida de un colectivo y, en este caso, cómo un territorio fronterizado permite adaptaciones colectivas para la subsistencia, supervivencia y sobrevivencia, a partir de los recursos que ofrece el espacio de frontera.

De la determinación de la salud en territorio fronterizo

La salud y la enfermedad están condicionados por interacciones diversas entre los ámbitos ecológico, geográfico, biológico, político, económico, social y cultural, acaecidos en un contexto que resultado de una larga duración histórica, han creado capacidades de adecuación biológica y social para enfrentar todo aquel cuidado a nivel individual y colectivo que se requiere para el efecto.

Spinelli y Alazraqui (2008) nos recuerdan que, junto a los procesos biológicos, las condiciones sociales juegan un papel indispensable en la determinación de las enfermedades y el análisis relacional de la morbilidad y sus causales, pueden otorgar evidencia sobre la injusticia social en la que está inmersa una población. Cabrera y otros (2011) retoman la idea de Nancy Krieger cuando refiere que el concepto de desigualdad social en salud tiene dos perspectivas: una de carácter conceptual y el otro de tipo ético. La perspectiva conceptual según esa autora, sería la forma de abordar una realidad sanitaria mientras que la ética estaría centrada en ubicar las diferencias objetivas de las condiciones de vida en el que se encuentran inmersos los colectivos sociales, aspecto considerado como un factor limitante al acceso del goce de Derechos Humanos

Si trasladamos esto a la temática de la desigualdad e inequidad, en relación con el acceso a la asistencia sanitaria, debe anotarse que ésta se verá íntimamente ligada con procesos de vulnerabilización, deficiencia de políticas que busquen bienestar social, debilidad de gobernanza en salud y el socavamiento del ejercicio ciudadano para la participación social en la salud, dando lugar a la marginación en múltiples ámbitos. Por ello, el análisis de estos procesos, además de realizarse desde las dimensiones del capital económico como elemento de desigualdad material, debe llevar concatenado el análisis de desigualdad en capital social, cultural y simbólico (Alazraqui y Spinelli, 2008). El goce de una equidad en salud está ligado íntimamente con aspectos como justicia y bienestar sociales, en el ámbito del alcance del goce de Derechos Humanos y en este caso, el derecho a la salud.

Figura. 5.1. *Crónica de la crisis*
del sistema de salud pública guatemalteca

- ▶ **1996** · Con los Acuerdos de Paz, el país se obligó a una mayor inversión en salud, dando pie a la Reforma del Sector Salud.
- ▶ **1996-2000** · Con la gestión gubernamental del período, se impulsó en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, fase I, obligando el reordenamiento y descentralización de fondos públicos, dando lugar a la contratación de Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) para la prestación de servicios, conocidas posteriormente como Prestadoras de Servicios de Salud. Esta estrategia fue destinada a cubrir las áreas con mayor postergación, denominándole «Sistema Integrado De Atención en Salud» (SIAS), permitiendo a las comunidades contar con la presencia mensual de un equipo básico de salud. Las prestadoras debían proveer paquetes básicos enfocados en la atención materno-infantil, bajo una organización territorial de 10 mil habitantes por jurisdicción, cubriendo cinco comunidades. El equipo básico de salud debía componerse por médico, enfermera o enfermero, personal comunitario llamado facilitador comunitario, un grupo de «vigilantes de la salud», que tenían a su cargo el seguimiento de 20 casas. Esta estrategia fue destinada a cubrir la atención a la salud de las áreas con mayor marginación en el país, enfocándose principalmente en el primer nivel de atención y en programas materno-infantil.
- ▶ **1997-2000** · La gestión gubernamental de en esta etapa contemplaba que las Prestadoras visitaran las comunidades una vez por mes.
- ▶ **2000-2004** · Con el cambio de gobierno, en el período se inicia el Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud Fase II con préstamos al Banco Interamericano de Desarrollo (BID), logrando darse seguimiento al programa al que se renombró como «Extensión de Cobertura»; desafortunadamente éste se prestó para actos de corrupción. La cobertura de vacunación o atención prenatal, indicadores de evaluación propuestos para esta fase, tuvieron dificultad de cumplimiento, ya que no se contaba con lo necesario para desplazarse a las comunidades. Acciones como prevención de cáncer de cérvix, por ejemplo, se realizaban de manera esporádica; el programa de nutrición que se tenía como indicador importante, únicamente se realizaba dando consejería familiar, tallando y pesando a los niños. Por su parte, las capacitaciones a personal comunitario como comadronas o parteras y facilitadores comunitarios de salud se realizaban de manera mensual pero no se observaba ningún impacto, ya que muchas intervenciones se realizaban sólo para cumplir con el requisito.

Durante el mismo periodo se comienza a hacer énfasis en un programa para reducir la mortalidad infantil llamado Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) y en la atención integral madre niño, implementándose a nivel comunitario, el cual había sido exitoso en otros países de la región. Se le dio mayor fortaleza capacitando a todo el personal de Centros y Puestos de Salud, así como al personal de Extensión de Cobertura, ya que la mayoría de las acciones eran la detección con niños con neumonía y diarrea, dándose tratamiento en la comunidad y reconociendo señales de peligro para una referencia oportuna. La estrategia fue importante, porque permitió disminuir la mortalidad infantil en algunos puntos porcentuales para esa época, alcanzó ciertas metas y se mantuvo a través de los años. Caso contrario, fue el poco impacto en lo relativo a la mortalidad materna, debido a que estrategias como la capacitación a comadronas y el reconocimiento de las señales de peligro sólo abordaban de manera asistencial el problema, cuando se sabe que el abordaje es complejo y que tiene que ver desde el acceso a servicios de salud, la cultura, hasta la competencia técnica de los proveedores de salud.
- ▶ **2005** · Se inyectaron recursos provenientes del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se revitalizó la estructura, desapareció el personal comunitario, quedando únicamente el personal institucional con la misma estructura de atención, la visita del equipo básico de manera regular a las comunidades, la creación de centros comunitarios atendidos por un promotor de salud y se construyeron los indicadores para medir las in-

tervenciones de cada organización de manera mensual. Los recursos fluyeron con mayor efectividad, sin embargo, se regresó a las mismas prácticas corruptas del pasado, minando de manera gradual el programa, desfinanciándose, al punto de que los fondos alcanzaron hasta el año 2007.

- ▶ **2008** · Para final del año, las organizaciones llegaron al extremo de sólo contratar al personal durante 10 meses, ya que no alcanzaban los fondos para terminar el año, por lo que se empezó a dismantelar de manera gradual el programa. Los fondos dejaron de fluir, hubo retraso en los pagos a las organizaciones y entre los años 2010-2011 ya solo recibieron un 20% del presupuesto asignado.
 - ▶ **2012** · nuevamente se efectuó un cambio de gobierno y en el congreso de ese entonces, casi de improviso, se emitió un acuerdo en donde se daba por terminado el programa de Extensión de Cobertura, prohibiendo dar fondos públicos a ONG´s para ese programa de salud. Con la culminación de Extensión de Cobertura las comunidades quedaron sin acceso a servicios de salud, el sistema entró en una crisis sin precedentes, muchos trabajadores quedaron desempleados y con adeudo de varios meses. Se abandonó nuevamente a las comunidades marginadas. Se trataba de cubrir con el personal de los servicios de salud estatales, pero era imposible, ya que no solo se trataba de visitar las comunidades sino cubrir todos los programas como estaba establecido en los acuerdos con las ONG´s, provocando el desabastecimiento de vacunas, medicamento y escases de personal.
 - ▶ **2015** · La escalada de la crisis política sucedida en el país aumentó la problemática. Ante la renuncia del presidente y vicepresidenta y el nuevo cambio de gobierno, el sistema de salud termina por colapsar, complejizándose la situación del MSPAS.
 - ▶ **2016** · Con el ingreso de las nuevas autoridades sanitarias, se inició la estrategia del Modelo Incluyente de Salud (MIS), el cual había funcionado años atrás como proyecto piloto en dos municipios del occidente de Guatemala, iniciativa en la que ellos habían trabajado desde su creación y que habían hecho funcionar de manera exitosa a través de la ONG Medicus Mundi Navarra. Cuando el MIS fue programa piloto, se contaba con financiamiento externo para su funcionamiento. Esta estrategia consistía principalmente en el fortalecimiento del primer nivel de atención en salud, articulando la cultura y valorando las practicas ancestrales, reconociendo la medicina tradicional y el trabajo de sus terapeutas y la organización comunitaria. Se trató de replicar esa estrategia en siete Áreas de Salud, incluyendo la de San Marcos, convirtiéndose en una alternativa para cubrir el vacío que dejó el programa de Extensión de Cobertura. La estrategia se componía de tres ejes principales lo individual, que tenía que ver con la atención directa de las patologías más frecuentes; lo familiar, que eran las intervenciones a nivel familiar basándose en la disminución de riesgos, a través de la educación en salud y la detección y modificación de determinantes en salud y por último, lo comunitario, que consistía la organización comunitaria, conformación de comités de salud y emergencia, con intervenciones en el tema agua y saneamiento, medicina alternativa, entre otras.
 - ▶ **2017** · Una nueva crisis política hace renunciar a esas autoridades sanitarias y a su equipo encargado de la implementación, por lo que el proceso de ejecución de la estrategia se paralizó y los esfuerzos y recursos invertidos se disiparon, ya que los programas y la estrategia perdieron el respaldo con las autoridades que les suplieron. El equipo ministerial de ese período, nuevamente analizó la viabilidad del programa de acuerdo con sus intereses decidiendo finalmente cancelar su implementación, supliéndolo con una nueva estrategia llamada Modelo de Atención en Salud (MAS), quedando sin ningún plan programático, anulando una verdadera propuesta de intervención sanitaria de impacto a las zonas más lejanas a los centros municipales. Las coberturas de los programas quedaron en impase, sin recursos y con compromisos fallidos frente a las comunidades, muchos de los salubristas experimentaron frustración, ya que el esfuerzo realizado quedaba a un lado, situación que sigue sin una solución real al año 2019.
-

Desde la perspectiva teórica de la antropología biocultural, podemos afirmar que ante situaciones de desigualdad, los colectivos construyen estrategias adaptativas que subsanan –hasta cierto punto– sus carencias de satisfactores y falta de organización social, para garantizar sus necesidades individuales y grupales; para ello, aprovechan dispositivos de todo tipo que se encuentren accesibles en su entorno. La supervivencia es el objetivo básico de sus acciones. Esto es, asegurar la reproducción social y biológica de la unidad doméstica, que es donde primariamente se actúa (Peña, 2012). Sin embargo, Susana Torrado (1982) nos dice que las estrategias familiares no deben ser pensadas fuera de la relación macrosocial –entendiéndose como las estructuras– y la microsociedad, como aquellos comportamientos de los grupos, que a su vez serán determinadas por los estilos de desarrollo económico, donde se lleva a cabo el fenómeno.

Estos fenómenos colectivos marcan a su vez, individualmente a los propios cuerpos, los que adaptan su existencia a partir de los diferentes entornos en los que se ven inmersos, proceso que se le denomina *embodiment*. Krieger define el *embodiment* como la forma en que “literalmente incorporamos biológica, social y ecológicamente, contextos del mundo social en el que vivimos” (Krieger, 2012, pág. 936). Es así como el enfermar, curar, cuidar y atender, marcan tanto al paciente, a las personas cuidadoras y a su comunidad en el sentido de que es el mismo medio en el que se encuentran, aquello que determinará la estrategia a seguir frente a un padecimiento.

Bajo tales premisas, la investigación sistemática nació en 2015², aunque el acercamiento con la comunidad de estudio empezó tres años antes, tiempo en el que se coordinó un componente de un proyecto de cooperación. Y fue este acercamiento el que nos permitió construir las primeras nociones sobre el fenómeno de la circularidad guatemalteca perifronteriza hacia el territorio mexicano buscando atención a su salud. Con esta colaboración que creó empatía entre los participantes del proyecto y la comunidad de Yalú obtuvimos su anuencia y el total acompañamiento de la Comisión de Salud del caserío para trabajar con mayor sistematicidad el fenómeno de la movilidad perifronteriza.

Como prácticas de producción de datos, se diseñó una estrategia en la que se realizaron prácticas cuanti y cualitativas desde las propuestas sociodemográfica, antropológica y etnográfica con dos temporadas de emplazamiento en campo, de tres meses cada una, cuyas estancias

² Aprovechando que se contaba con material inédito de una investigación exploratoria realizada en la comunidad de Yalú, San Marcos, llevada a cabo en 2015-2016 que posteriormente dio pie a una investigación doctoral de mayor profundidad, se tomó la decisión de utilizar dichos datos, con el fin de describir un panorama general del fenómeno. Realizar el esfuerzo de construir una línea base fue de suma importancia, ya que se carecía de muchos datos que eran necesarios para sustentar una investigación posterior.

abarcaran tanto la temporada de cosecha de café en el Soconusco, que es cuando se activa la economía de esas comunidades, así como fuera de temporada a el fin de conocer si la variabilidad de los ingresos económicos inciden en el objeto de estudio. Se realizaron³:

- Un levantamiento de cuestionario base que llamamos “Censo Comunitario”, ya que se aplicó a todas las familias de Yalú a fin de comprender sus aspectos sociodemográficos generales: número de habitantes de cada domicilio, edad, sexo, escolaridad, adscripción étnica, nacionalidad (es), padecimientos crónicos-degenerativos, derechohabencia a seguro social y/o programas sociales en México y Guatemala, existencia de personas con discapacidad en el hogar, destinos para atención a la salud y tipo de terapéutica que se busca, actividad económica, ingreso familiar, entre otros.
- Un trabajo de investigación antropológica en el que se realizó revisión de los folios pertenecientes a la comunidad de Yalú, contenidos en el archivo de la investigación: “Condiciones para la movilidad transfronteriza en la búsqueda de atención en salud (Guatemala-México)”, realizada por el Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con el fin de reinterpretar los resultados de la encuesta de bolsillo en salud, instrumento que utilizaron en su investigación. El conjunto de los datos ya referidos, además de la información obtenida por medio de observación participante, pláticas informales, tanto en el lado guatemalteco como mexicano, fueron los elementos centrales para recabar la información que dan cuerpo al presente documento.
- La construcción de un relato testimonial de un trabajador de salud con nivel gerencial de la misma región, voz con la que se intentará dar el contexto de los desafíos institucionales que repercuten en la capacidad de brindar un servicio de calidad en las zonas rurales guatemaltecas: en la época en que se levantaron los datos de la comunidad de Yalú, uno de los autores del presente trabajo fungía como director del Área de Salud de San Marcos, pero ha sido médico salubrista en las zonas rurales del occidente guatemalteco desde mucho antes, condición que aporta experiencia y vivencia de las transformaciones del sistema de salud guatemalteco a larga data y en especial, en los espacios rurales. Para el cruce de información, se entrevistó a otros trabajadores de salud en activo.

³ Consideramos muy importante referir que a pesar de la empatía alcanzada con la comunidad, ésta y las de la región guardan cierta desconfianza a quienes se acercan con fines de investigación generada entre otras cosas, por la presencia de proyectos de exploración y explotación minera en territorios vecinos. Esto hace que la investigación en la zona se convierta en tarea difícil, y que sin el acercamiento previo, muy probablemente, esta investigación no hubiera sido posible.

Caracterizaciones socioeconómicas de la zona de estudio y movilidad perifronteriza

El caserío⁴ Yalú, es una comunidad fronteriza guatemalteca, perteneciente al Municipio de Sibinal en San Marcos, ubicada geográficamente en las laderas del volcán de Tacaná, situada en la cuenca alta del Río Suchiate, colindante al municipio de Unión Juárez en Chiapas, México.

La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI), muestra a San Marcos como uno de los cinco departamentos con mayor pobreza a nivel nacional (MSPAS, 2015). Según datos registrados por la Secretaría General de Planificación -Segeplan- en 2005⁵, del total del departamento de San Marcos, un 86% de sus municipios presentaban 90% de pobreza; el 80% de su población era rural, concentrada en la zona alta del departamento y compuesta por un 60% de población indígena, en su mayoría maya mam (PNUD, 2011).

Así mismo, los datos gubernamentales registraron para su municipio Sibinal, una situación de pobreza total de 91.2%, y de ésta, el 46.9 % correspondía a pobreza extrema rural (INE, 2013). San Marcos y en especial sus municipios fronterizos, como el de estudio, históricamente han sido comunidades que encuentran en el trabajo agrícola temporal en México, una forma de obtener recursos para su subsistencia, ocupándose como mano de obra en plantaciones de café en la zona geográfica-climática intermedia entre zona alta y la costa (boca costa) o en cultivos de frutas, en la parte baja del Soconusco, migrando temporalmente y empleándose de manera informal en México.

Un estudio rápido realizado tras el sismo de 2014 por la Cooperación Italiana en Guatemala refiere que el promedio de ingreso mensual por familia para las zonas fronterizas estaría alrededor de 638 quetzales⁶ (COPI, 2014). Dato similar es aportado en el informe "Condiciones para la movilidad transfronteriza en búsqueda de atención en salud", en el que las autoras lograron establecer que para 2015, las comunidades cercanas a la frontera referían un gasto semanal familiar entre 200 y 1000 pesos mexicanos (De la Roca, Paredes, & Jiménez, 2015). Es interesante anotar que en todas las entrevistas realizadas⁷, los egresos familiares fueron referidos en pesos mexicanos, información que, al triangularla con otros datos obtenidos en campo, refleja la poca vinculación cotidiana laboral y económica con su país de origen.

⁴ En la organización territorial guatemalteca, el término caserío refiere a una categoría de planificación para denominar a unidades de localidades habitadas muy pequeñas.

⁵ El último censo realizado en Guatemala es el que se realizó en el año 2002. Lo más cercano a tener una información actualizada, son las diversas encuestas realizadas (materna, vivienda, condiciones de vida, etc.). Es de tomar en cuenta que estas se realizan con una muestra de población y no es conteo total, por lo que las estadísticas de País son un referente, pero con los problemas asociados a la fiabilidad del dato.

⁶ 81 dólares al tipo de cambio del momento en que se realizó la entrevista (2015)

El Instituto Nacional de Estadística de Guatemala -INE- estimó en 2015, que el costo de la canasta básica familiar ascendía a 3 mil 368 quetzales (431 dólares); por lo que, si se analiza tanto la capacidad de consumo descrito por el estudio de la USAC, como el dato de ingreso familiar estimado por COOP1, se evidencia la situación de vulnerabilidad económica familiar y que indudablemente, impacta en el bienestar de los individuos y su colectivo. Tomando en cuenta los datos estadísticos presentados hasta el momento, no es extraño que Sibinal ocupe en Guatemala, el lugar 37 en la lista de 166 municipios priorizados, encontrándose catalogado como de alta vulnerabilidad nutricional en los planes nacionales de seguridad alimentaria del actual gobierno guatemalteco (Palacios e Ixcoy, 2017).

Estas condiciones sociales enmarcan la vida cotidiana del caserío Yalú, y son causa, en parte, de la generación de estrategias de sobrevivencia; es decir, la forma en cómo el grupo logra adaptarse a la vulnerabilidad social en la que se encuentra frente a la exclusión por parte del estado guatemalteco. Entre tales estrategias se encuentra la movilidad hacia poblaciones mexicanas adyacentes, en donde alcanzan amortiguamiento social y económico así como acceso a satisfactores negados en su territorio, creandose así circuitos cotidianos de movilidad perifronteriza.

Algunos circuitos hacia el territorio chiapaneco tienen destinos en Unión Juárez, Tuxtla Chico, Cacahoatán, Tapachula y otros puntos cercanos. Estos los acogen con trabajo en negocios locales con ocupaciones como cocineras, empleadas domésticas, limpiadores de terrenos, agricultores, dependientes de negocios, además de permitirles la venta de productos agrícolas que muchos producen (flores, frutas y verduras). La vuelta del circuito con destino en Yalú les permite realizar compras de insumos mexicanos tanto para su consumo como para la venta en su comunidad. Es así que ésta última etapa constituye una forma de surtirse de productos que son difíciles de obtener desde el lado guatemalteco.

Como es notable en la descripción, el trabajo informal es el que prima en el municipio, lo que se refleja en el número total de afiliados al Seguro Social (IGSS), el cual contaba para 2015 con únicamente 209 afiliados, es decir, menos del 2% de la población tiene un trabajo formal con prestaciones de un 100% de casi 16,900 habitantes (Palacios e Ixcoy, 2017 y IGSS, s.f.).

⁷ Folios de encuesta semanal "gasto de bolsillo en salud" del proyecto 4.8.63.9.68 del Instituto de Estudios Interdisciplinarios y la Dirección General de Investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Los datos arrojados en el censo comunitario dan cuenta que Yalú se caracteriza por ser una comunidad joven, encontrándose el grueso de su población en los rangos de 8 a 23 años; la mayoría con única nacionalidad guatemalteca. Solamente el 9% de sus habitantes cuentan con doble nacionalidad (guatemalteco-mexicana) o nacionalidad mexicana. La mayoría de las personas de nacionalidad mexicana viviendo en esos poblados, son mujeres que, al casarse, se han trasladado a vivir al lado guatemalteco y cuando sus hijos nacen, los inscriben en ambos países. Sin embargo, el vivir dentro del lado guatemalteco les significa en su mayoría, perder algunos derechos, como el no poder acceder a programas sociales mexicanos.

Respecto a la auto adscripción étnica, el 44% de las familias entrevistadas se consideran indígenas, aunque no pudieron mencionar a qué grupo étnico asociaban su adscripción. Explicaron que desconocen la razón de la pérdida de marcadores culturales como la vestimenta regional o el uso del idioma mam, el que sólo hablan 3 ancianos actualmente.

Según datos levantados en el censo comunitario, en la población viven 212 personas, divididas en 40 familias. Hay un total de 45 casas, algunas de ellas deshabitadas, pues son usadas por personas de la cabecera municipal para vivir temporalmente en la localidad, en la época de la pisca de café. Se cuenta con una pobre electrificación, se carece de drenaje y acceden a la distribución de agua por tomas propias activadas por gravedad y obtenida de las fuentes de agua que les rodea. La presencia de una escuela primaria ha significado a las generaciones jóvenes tener educación básica, observándose estadísticamente una diferencia sustancial en el número de jóvenes que la cursaron, frente a las generaciones mayores de 40 años; existiendo muy pocos casos con mayor número de grados cursados. Sin embargo, a pesar de que algunas personas tengan educación media o incluso bachillerato, no les ha significado cambios en sus condiciones económicas o una mejor ocupación laboral, pues regresan a su comunidad y siguen la dinámica de ser trabajadores/comerciantes en el lado mexicano y agricultores en su comunidad.

El programa de cooperación “Nexos Locales” clasificó a Yalú como vulnerable en varios aspectos, ya que la ubica como una de las localidades sibalenses con dificultad de acceso y de mayor vulnerabilidad respecto a la seguridad alimentaria y nutricional, así como ser

susceptible a desastres naturales por su ubicación geográfica, que propicia los deslizamientos de tierra (Palacios & Ixcoy, 2017). De hecho, ya en 2014, posterior al terremoto que afectó San Marcos y parte de la población chiapaneca de Unión Juárez, Yalú había sido catalogada como inhabitable, posterior a la evaluación de vulnerabilidad realizada por CONRED (Charla con delegado regional de CONRED, diario de campo, 24/11/2015).

En general, la comunidad ha sido afectada desde 2013 por tres movimientos telúricos intensos: el primero, el 7 de noviembre de 2012; un segundo, el 7 de julio de 2014 y el último; el 7 de septiembre de 2017. Cada uno ha dejado diversos problemas en la comunidad, desde la destrucción de viviendas, hasta el deslizamiento de los peñascos cercanos que, en el primer y tercer terremoto, bloquearon el paso hacia la cabecera municipal, aislándoles totalmente de Guatemala. La ineficacia en la respuesta del gobierno guatemalteco influyó para que los yalúenses encontraran en Unión Juárez, no sólo refugio temporal, sino diversas manifestaciones de solidaridad ante esos desastres, según afirmaron algunos pobladores.

Si bien, durante los terremotos los accesos se vieron afectados, en realidad Yalú tiene cotidianamente serias deficiencias respecto a la calidad del acceso, por las veredas que conectan con las comunidades guatemaltecas, o bien con Unión Juárez, en Chiapas; siendo posible el ingreso únicamente por vía pedestre, usando bestias para cuando la carga que llevan es muy pesada. Se conecta con México por dos vías.

El primer sendero es de carácter comunitario y es evitado por episodios de violencia acaecidos en años anteriores. El otro, es un camino que pasa por propiedad privada mexicana y que les es permitido utilizarlo, a cambio de trabajo comunitario en esta propiedad. Es transitable en un aproximado de 30 o 40 minutos, conectándose al ejido mexicano, en donde pueden abordar transporte público. Ese punto dista 10 minutos de la cabecera municipal de Unión Juárez y 90 minutos de la Ciudad de Tapachula. Con un desembolso de 10 pesos, llegan a la primera localidad (2.5 km) y por 50 pesos o 2.60 dólares a la segunda (48 km). Sin embargo, para acceder desde territorio guatemalteco, el camino tiene peores condiciones y una mayor dificultad, por el nivel de inclinación del terreno. Para poder llegar hacia la línea fronteriza se requiere de una caminata de 90 minutos y posteriormente, debe tomarse un vehículo que tenga como destino Sibinal (16 km). Este recorrido hacia la cabecera municipal tiene una duración aproximada de 60 minutos y si se requiere llegar a San Marcos, la ciudad más cercana, debe

⁸ Es decir, un viaje desde la primera localidad en la que pueden tomar transporte hacia San Marcos tiene un costo de 3.91 dólares

hacerse un viaje de dos horas y media (89 km). Respecto a los costos de estos traslados, se refirió el precio de 10 quetzales –1.30 dólares– hacia la primera localidad, pero si se requiere llegar hasta San Marcos, deberá desembolsarse 20 quetzales más⁸.

Situación de salud en Yalú

En los últimos años se han observado cambios en las estadísticas sanitarias nacionales que cuenta de una transición epidemiológica de enfermedades asociadas a la pobreza propagadas y curables a las no transmisibles crónico-degenerativas, lo cual tiene su origen en los cambios económicos, de urbanización y sanitización así como de infraestructura y cobertura médica. Sin embargo, en 2013 tales cambios aún no se observaban en el territorio a cargo de la Dirección de Área de Salud de San Marcos, donde se seguía presentando morbilidad asociada a la exclusión social caracterizada por enfermedades de tipo respiratorio y diarreas, tales como resfriados comunes, infecciones respiratorias, neumonías y bronconeumonías; así como infecciones intestinales, diarreas y parasitosis, tanto en adultos como en niños (MSPAS, 2013).

Además del panorama anterior, se debe reconocer que las estadísticas oficiales se caracterizan por una fuerte deficiencia en el registro de ciertos padecimientos, particularmente en el Área de Salud de San Marcos por tres causas detectadas: enfermedades desatendidas; enfermedades siendo atendidas en el ámbito privado en Guatemala y; enfermedades atendidas en territorio mexicanos (en servicios públicos o privados). Así, entre los hallazgos del Censo Comunitario que realizamos en 2015 en Yalú, registramos dos casos de personas con problemas del habla (en una misma familia); una persona con diagnóstico de epilepsia y con seguimiento en la medicina privada; dos casos de personas con crisis convulsivas repetitivas no diagnosticadas y que no han recibido atención; un adolescente con parálisis cerebral y un caso de probable enfermedad psiquiátrica. Se registró un 4% de la población viviendo con discapacidad parcial o total, algunos de ellos a causa de las enfermedades ya referidas, por accidentes laborales o a causa de la diabetes.

Consideramos que los hallazgos de «subregistro» cobran sentido a la luz de los objetivos cubiertos por la oferta en la cartera de servicios del Ministerio de Salud de Guatemala a nivel primario que atiende casi exclusivamente lo relacionado con salud materno-infantil, lo que genera insensibilidad de los instrumentos de registro y genera la invisibilización local y nacional de otras enfermedades, padecimientos y discapacidades que trascienden el nivel primario y, por tanto, la posibilidad de captación y direccionalización a su adecuada atención. De este modo se comprende una reducida cobertura del MSPAS, que ante la necesidad, obliga a la población a buscar otros medios y estrategias para la atención sanitaria, por un lado y por el otro, mantener una ac-

titud pasiva en la que simplemente se deja que la enfermedad siga su curso. Estos hechos así como la problemática del funcionamiento y falta de personal de las Áreas de salud disponen a la población a construir esas otras estrategias, desde la pasividad hasta la migración perifronteriza que les posibilite el acceso a una mejor calidad de vida. Así lo describe un informante:

Hace unos años estábamos realizando un estudio sobre anemia en escolares y visitamos la escuela de aldea Las Nubes, en Tacaná, cuando se me acerca uno de los padres de familia a preguntar quiénes éramos y de dónde íbamos, le expliqué qué andábamos haciendo y que íbamos del Área de Salud de San Marcos. Nos agradeció mucho la visita y preguntó qué hacía si su hijo salía con anemia, le contesté que fuera al puesto de salud a pedir su medicamento, me contestó que gracias, pero que ellos preferían visitar los servicios de salud mexicanos ya que, en su comunidad, en el puesto, nunca había nada y muchas veces permanecía cerrado

Trabajador de salud adscrito al Área de San Marcos

Para 2014, la OPS-OMS posicionaba a Guatemala en el segundo lugar a nivel latinoamericano con mayor erogación de gasto de bolsillo en salud⁹, sólo superado por Venezuela, ya que, en las cuentas nacionales en salud, este costo correspondía a un 52.2% del gasto total en salud (OPS-OMS, s/f). Así, el gasto directo de los hogares en materia de salud era lo suficientemente alto, determinando que ese expendio suele ir hacia la atención privada en distintos ámbitos, ya sea clínicas privadas (profesionales o técnicos) o en compra directa de medicamentos.

En Guatemala, los «gastos de bolsillo» evidencian la debilidad del sistema de protección pública en salud y a su vez, debilitan la economía familiar por los altos desembolsos, influyendo así en la sobrevivencia familiar, sobre todo, cuando se trata de un «gasto catastrófico», lo que eleva la vulnerabilidad de los hogares en materia de pobreza y constituyéndose así como una injusticia financiera y violatoria del derecho a la salud, (USAID, 2009).

En el estudio de De la Roca et. al (2015), se expone el caso de una mujer que tenía ingresos muy bajos y ante la necesidad de llevar a cabo un procedimiento quirúrgico con un costo de 2000 quetzales¹⁰, asumieron lo que en salud pública se denominaría como «gasto catastrófico» lo que debilitó las condiciones de vida de su grupo familiar, pues los ingresos en su familia no superaban más allá de Q.1000 mensuales. Este tipo de situaciones carga a las familias con altos costos y en mu-

⁹ Mide el gasto de bolsillo en salud de los hogares expresado como porcentaje del gasto total en salud para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Se incluyen aquellos gastos realizados en el momento que el individuo u hogar se benefician del servicio de salud independiente si es un servicio en un establecimiento formal (clínica, hospital, farmacia, consultorio) o informal –medicina alternativa– y siempre deduciendo del gasto, cualquier reembolso. (OPS, s/f)

chas ocasiones, obliga a asumir endeudamientos. Cuando están en un caso similar, los comunitarios tienden a vender su patrimonio o exponerse a préstamos con altos intereses con usureros en la cabecera municipal de Sibinal o en el lado mexicano, ya que los préstamos bancarios también les son negados por su condición de informalidad laboral.

Por ello, las familias fronterizas también escogen muchas veces movilizarse hacia el espacio mexicano para ser atendidos por médicos privados o en los servicios públicos de salud, como parte de sus estrategias de sobrevivencia y con ello, bajar costos de atención, en especial, para el tratamiento de enfermedad común (Información de fase de campo 1).

Movilizándose para buscar atención a la salud

Del análisis del trabajo de campo y su cruce con información de los archivos de la investigación de la USAAC, se encontró que los circuitos de movilidad en territorio guatemalteco llevan en especial hacia tres ciudades: San Marcos (cabecera departamental), Quetzaltenango y Malacatán, además de los buscados en su municipio Sibinal. Los yaluenses dicen asistir con médicos privados a la cabecera departamental de Quetzaltenango mientras que en San Marcos, asisten al Hospital Nacional o también a médicos privados. El hospital público «La Montañita», ubicado en Malacatán, es buscado para cuando se requiere algún procedimiento quirúrgico. Llama la atención el circuito de movilidad utilizado por los pobladores para buscar atención en este hospital guatemalteco; puesto que, para lograr llegar, tienden a internarse al Siconusco y de nuevo ingresar a territorio guatemalteco, por la facilidad que les representa esta ruta en cuanto a tiempo y calidad de vías de acceso, ya que hacerlo desde Guatemala, les significaría tres veces más en costo y tiempo de traslado.

En la búsqueda del primer y segundo nivel de atención dentro del territorio sibalense, se requiere caminar seis kilómetros a la aldea Chocabj, lugar al que pueden movilizarse únicamente de manera pedestre, lo que les significa un aproximado de 80 minutos en camino de pendiente, allí acuden al puesto de salud. De la Aldea Chocabj, pueden ir hacia el centro de salud de Sibinal, que se encuentra a 15 kilómetros, para lo cual usan transporte vehicular por camino de terracería y cuyo recorrido dura una hora más. Para enfermedades que pueden ser atendidas en casa, los comunitarios tienden a la autoatención y automedicación; o bien, esperar la llegada de los prestadores de servicios del

¹⁰ Tipo de cambio en ese año es de 7.7 quetzales o 16.79 pesos mexicanos por un dólar

MSPAS.

En el cuadro 5.1 puede observarse que el nivel de la especialización del recurso humano que provee atención en las comunidades sibilenses es elemental, prácticamente solo técnica en enfermería. Mientras tanto, en el lado mexicano, por lo menos hay una persona con certificación de médico general en cada unidad de servicio de atención pública. Esta situación es un incentivo al momento de elección de atención sanitaria que dispone a los pacientes a elegir los servicios mexicanos. De hecho, más allá de tratarse de una elección personal o familiar, puede ser tomada como un consejo desde el personal de salud, dado que registramos testimonios en los cuales, usuarias dijeron que muchas veces, es el mismo personal de salud guatemalteco quien insta a los comunitarios para que asistan al servicio mexicano, reconociendo ellos mismos las limitaciones con las que laboran. Sin embargo los trabajadores de salud mexicanos, niegan la existencia de comunicación con el personal guatemalteco que pudiese coordinar acciones.

Respecto a la automedicación, los medicamentos básicos que utilizan suelen comprarse en sus propias comunidades, tanto en tiendas locales o con vendedores ambulantes –quienes forma parte de la dinámi-

Cuadro 1: Infraestructura y Recurso humano en salud de las comunidades fronterizas en Sibinal.

Comunidad	Infraestructura	Recurso Humano
María Cecilia	Unidad mínima de salud	1 auxiliar de enfermería
Santa Rita	Unidad mínima de salud	1 auxiliar de enfermería
Chocabj	Puesto de salud	2 auxiliares de enfermería
Yalú	Centro comunitario	1 auxiliar de enfermería
Vega del Volcán	Unidad mínima de salud	2 auxiliares de enfermería
Chiatzé	Unidad mínima de salud	1 auxiliar de enfermería
Platanillo	Centro comunitario	1 auxiliar de enfermería

Fuente: elaboración propia con base a la información recabada en el Área de Salud de San Marcos.

ca económica fronteriza—. La circulación de medicamentos de mano en mano constituye una práctica común en el que las mujeres en su papel de cuidadoras son protagonistas: de su experiencia en el tratamiento de algún padecimiento, una mujer aconseja a otra sobre la sustancia, su uso y dosificación, cediendo en ocasiones el sobrante de los medicamentos propios adquiridos como parte del protocolo del servicio de salud al que acudieron, o bien que compraron con receta.

Actualmente Yalú mantiene el Botiquín Básico, que es un proyecto de gestión comunitaria, cuyo objetivo es hacer accesibles económicamente los medicamentos básicos para la población. Por otro lado, respecto a los sistemas de salud alternativos, la comunidad ha perdido la tradición terapeuta tradicional. Ya no existe ningún curandero o chamán ni partera tradicional. Sólo se informó conocer una partera formada por el MSPAS en quien sin embargo, las personas no confían; además ella misma permanece primordialmente del lado mexicano a causa de laborar en Unión Juárez. Todo esto motiva a que la búsqueda de atención terapéutica incluso alternativa heredera de la tradición indígena también lleve a los pobladores guatemaltecos a ser parte del fenómeno de movilidad perifronteriza.

La población de Yalú, además de otras comunidades fronterizas vecinas –nos enunciaron–, sí acuden a los servicios de salud guatemaltecos, sin embargo su asistencia depende de la distancia geográfica de la comunidad que habitan con el centro de salud, pues mientras más alejadas se encuentren de éste, mayor es su movilidad hacia espacios privados y públicos de atención mexicanos, cuyas ubicaciones se encuentran en tres poblados principalmente: cabecera de Unión Juárez, Ejido Córdoba Matasanos y Ejido Talquián. Hacia este último la visita se reduce a la compra de medicamentos populares¹¹ ya que parte de la economía de este lugar se especializa en la venta de medicamentos. Aquí mismo, pero también en el Ejido de Córdoba, dijeron acudir para acceder a atención y tratamiento naturópata. A su vez, para la atención desde el sistema tradicional, los yaluenses y vecinos se desplazan a las comunidades mexicanas de Unión Juárez (cabecera), Talquián, Córdoba Matasanos,¹¹ de Abril, Mixcum y Tuxtla Chico, donde son atendidos por parteras, curadores, hueseros, naturópatas e incluso chamanes¹².

El centro de Unión Juárez les ofrece cuatro alternativas: tiendas, farmacias, clínicas privadas y públicas. dentro del ámbito privado encontramos que para comprar medicamentos básicos acuden a tiendas, incluyendo aquellas que se encuentran en el interior del mercado de

¹¹ Por medicamentos populares entiendo todo aquel derivado químico o natural de carácter industrial farmacéutico que es comercializado en una amplia gama de comercios, no necesariamente farmacias o boticas, sino pueden encontrarse en tiendas, mercados u otros espacios, entre ellos se encuentran productos como el “nauseol”, “Alka Seltzer”, “Sal de uvas”, “aspirinas” y otros similares

la localidad. Durante la investigación de campo, en el centro de Unión Juárez se registraron cuatro farmacias; dos de ellas ofrecían el consejo del saber «médico» del dependiente para su padecimiento. Las otras dos estaban a cargo de médicos del pueblo, por lo que tienen el servicio de consulta *a priori* de la venta de los medicamentos indicados en ésta. Por otro lado, sobre los servicios públicos los guatemaltecos cuentan con la posibilidad de ser atendidos en el Centro de Salud o en la clínica del DIF. En ésta última opción se registró a un jovencito de Yalú con problemas neurológicos que es llevado por su madre para recibir atención.

Las cuatro alternativas de Unión Juárez representan además del transporte, una inversión para los pacientes, pues las clínicas públicas que enunciaron frecuente, cobran una llamada «cuota de recuperación» que al momento era de 40 pesos mexicanos e incluía consulta y medicamentos –a pesar del desabasto de éstos que el personal de salud refirió–. Normalmente, en estas clínicas, la atención se da a partir de fichas numeradas disponibles en cada uno de los turnos (matutino y vespertino), pero si llegan «migrantes»¹³, no se les solicita obtener ficha para ser atendidos, pues tanto el personal como los usuarios mexicanos parecen ser sensibles del éxodo que sufren los guatemaltecos en su búsqueda de acceso a la atención en salud.

Adscripción territorial y desigualdad social como determinantes de movilidad transfronteriza en búsqueda de atención a la salud

A lo largo de una conformación identitaria histórica como guatemaltecos habitantes de un territorio fronterizo, los pobladores de Yalú y sus vecinos han llegado a autonombrarse como «los de la orilla» cuya representación refiere a la categoría local que da sentido a situaciones objetivas y subjetivas de su habitar en los márgenes del país del que son ciudadanos: la Guatemala, pero particularmente la indígena y rural que tiene como espejo fronterizo a un México indígena y rural, muchas veces emparentado consanguínea y/o culturalmente. Teóricamente, José Valenzuela (2015) explica este hecho así: «las zonas fronterizas tienen como característica, una dimensión conjuntiva, en cuanto a la reunión de realidades separadas que interactúan incluso, con elementos culturales similares del otro lado de la línea. En estas zonas existe una intersección cultural, que son procesos socioculturales con elementos comunes y expresados de dos formas: La intersección vertical, que implica procesos jerárquicos respecto a una relación institucionalizada y

¹² Para mayor referencia puede leerse el libro «La religiosidad popular en la frontera sur de México» de Aura Marina Arriola

¹³ En México la Secretaría de Salud y el discurso utilizado por su personal, engloba en la categoría migrante a todo aquel no mexicano, sin embargo el programa de salud destinado a este fenómeno, está pensado en personas migrantes en situación de tránsito y no se contempla las condiciones de las poblaciones vecinas, usuarias de los servicios y que cotidianamente tienen contacto en la zona, cuya situación dista del «migrante» de la zona baja del Soconusco, careciendo de programas específicos para este grupo

definida a partir de las relaciones de poder y, la intersección horizontal, que implica la construcción de elementos culturales compartidos, sin que tenga vínculos estructurados de dominación y que no transitan en las relaciones institucionalizadas[...] Así, se construyen disyuntivas que aluden a procesos que separan realidades mutuamente referidas» que deben comprenderse como territorios con «límites liminales».

En el caso de la movilidad en búsqueda de la atención en salud de los guatemaltecos por la zona fronteriza, ambos elementos de intersección les son necesarios, ya que aquella de tipo jerárquica, es decir, la intersección vertical está representada en las instituciones por las que realizan su itinerario de contacto: el servicio público de la Secretaría de Salud, el DIF, o bien el Instituto Nacional de Migración en México¹⁴.

Por otra parte, la intersección horizontal, referiría a aquello reconocido como su capital social, aquel que les ha previsto mutua vinculación entre habitantes mexicanos en la zona de Unión Juárez y los de Yalú: vínculos familiares o de amistad dados debido a que muchas veces, el personal de salud es originario de la zona y las relaciones se dan en un sentido de vecinalidad y mutualismo, razón por la que pocas veces presentan conflictos y que finalmente facilitan el ser atendidos por los servicios de salud en México.

Siguiendo con la comprensión del capital social, existen dinámicas que caracterizan a los territorios fronterizos de permisividad a la circularidad de personas, insumos o significantes culturales entre muchos otros materiales y fenómenos sociales que dan lugar a relaciones simbióticas y desarticulables que se construyen a pesar de contar con diferentes referentes legales o de estatus ciudadano y que crea condiciones para establecer relaciones y redes a nivel local. Todo este capital facilita la construcción de estrategias útiles a las poblaciones, para poder acceder a los servicios de salud. De manera contraria, cuando estas relaciones entran en contradicción ya que comienzan a funcionar y ejercerse marcos normativos diferenciados, las simbiosis se ven traídas por condiciones de externo/interno y a su vez, por prácticas sociales que se moldean a conveniencia del prestador de servicios de salud o de los pacientes en el instante preciso de la demanda. Esta forma inversa, es la que hemos encontrado para las zonas bajas fronterizas como en el caso de Tapachula, mientras que el tono mutualista de solidaridad por efectos de liminalidad lo ubicamos en Unión Juárez.

Concretamente, en los espacios de provisión de atención en salud, la relación entre políticas nacionales y su ejercicio a nivel local se entrelaza a partir de las prácticas sociales y las representaciones del personal

¹⁴ Cuando requieren un traslado por urgencia a Tapachula, también se coordina con el INM

de salud sobre lo que moralmente es «correcto», influido por el sentimiento de cercanía de esos «otros» que se encuentran al otro lado de la «línea», ya que son parte de las cotidianidades comunitarias. Y esto es lo que se constituye como mutualismo (Bauman, 2007). Es por ello que el proceso de movilidad perifronda como estrategia para buscar asistencia sanitaria o terapéutica, no puede únicamente ser entendida en el sentido de una elección racional, pues en ella conviven, condiciones materiales de desigualdad, pero también se encuentra latente un sentido de pertenencia territorial.

Estas estrategias de vida están determinadas a su vez por las condiciones de existencia que les provee el habitar un territorio liminal, pero este espacio no se entiende única y exclusivamente en las dinámicas locales, sino responden y se articulan con ejes rectores macros. En el caso de las fronteras, la ubicación espacial entre dos diferentes países crea condiciones económicas, sociales, culturales y políticas muy particulares y a su vez, diferentes a los que territorialmente se encuentran cerca de los núcleos de gobernabilidad; por ello, es necesario que la planificación sanitaria en los límites fronterizos sea abordada como un contium, en el que comunidades y gobiernos de ambos lados atiendan las situaciones problemáticas, ya que la realidad de un lado de la línea fronteriza afecta indudablemente como un espejo, a la comunidad vecina.

Conclusiones

El sistema de salud guatemalteco es un fiel reflejo de la situación general de ese país. En éste se replican todas las deficiencias organizativas del Estado y su incapacidad de dar respuesta efectiva a sus ciudadanos, imposibilitando una adecuada cobertura y protección de sus derechos. Históricamente el rezago que el Estado le ha provocado a zonas rurales e indígenas a partir de políticas centralizadas, ha ido construyéndoles un constante aislamiento y fijándoles vulnerabilidad social que da como resultado profundas desigualdades, altos índices de marginación geográfica y social, incidiendo directamente en la construcción de la determinación social de la salud, situación que se ve reflejada estadísticamente en indicadores como pobreza, desnutrición, desempleo, migración, desplazamientos forzados, entre otros, explicando las causalidades de los datos epidemiológicos que los sistemas de información en salud proveen.

La constante situación convulsa del país centroamericano ha dado

lugar a que los diferentes gobiernos no planifiquen a largo plazo, por lo que la organización de políticas, planes y programas son desechados con cada cambio de gestión gubernamental. De manera relativamente reciente, la firma de los Acuerdos de Paz en 1996 entre la Guerrilla y el Estado de Guatemala obligaba al país a realizar cambios que generaran un paulatino mejoramiento de las condiciones de vida de la población guatemalteca y en especial, de aquellas poblaciones vulneradas históricamente, sin embargo, a 23 años de este suceso, las condiciones han cambiado mínimamente.

En el caso de poblaciones fronterizas, acostumbradas a la ausencia total del Estado, el dar respuesta a satisfactores mínimos de vida, incluyendo a la salud, lo logran en el mecanismo adaptativo de crear multiplicidad de estrategias familiares y comunitarias que les permitan sobrevivir y que se construyen a partir de las condiciones de adaptación social, económica y cultural que les provee el territorio geográfico en los que están inmersos los colectivos. Así, si el hecho de encontrarse en los bordes olvidados por el Estado guatemalteco les ha aislado de su país que les nombra ciudadanos, el encontrarse en la adyacencia del vecino México, les provee condiciones con las que pueden suplir mínimamente algunos de esos requerimientos, incluyendo la movilidad transfronteriza para acceder a la atención sus padecimientos en los servicios de salud. Estos mecanismos de adaptación están vinculados a su conformación histórica de región fronteriza, en donde los lazos familiares, vecinales o de compadrazgo permiten que se den las condiciones para que se desarrolle el mutualismo y refugio, puesto que hay una pertenencia cultural común entre mexicanos y guatemaltecos viviendo en esos bordes, permitiendo la creación y fortalecimiento de capitales sociales, culturales y simbólicos, por donde fluyen todas las dinámicas de la vida de frontera y que da como resultado, la movilidad humana buscando acceder a servicios públicos de salud por parte de los guatemaltecos así como las facilidades con las que el personal de salud les otorga el servicio.

A pesar de que este es un fenómeno que sucede normalmente a lo largo de toda la frontera México-Guatemala, existe una profunda carencia de investigaciones y datos estadísticos que nos provea información para su comprensión profunda. La carencia de datos, invisibiliza el fenómeno y, con ello, se anula la posibilidad de pensar programas específicos a la población del espacio liminal que empate con el perfil social y epidemiológico correspondiente a la población perifronteriza,

a través de un posible programa concreto.

Como se ha dicho, estas personas de «orilla» pasan a ser fantasmas en las estadísticas nacionales, tanto del lado guatemalteco, como del lado mexicano, pues la dinámica de movilidad para búsqueda de atención a la salud tiene resultados efectivos en el sentido de recibir la atención que se requiere, pero en el sentido de planificación sanitaria, nunca podrá proponerse un programa binacional que atienda a este fenómeno, si no se cuentan con datos que lo evidencien.

Por ello, una de las recomendaciones que surgen de trabajos como este, es la abogacía por generar datos en zonas en donde carecemos de ellos, pues sin estos, nos es imposible conocer la determinación social de la salud de la zona de frontera, la forma en como ambas comunidades se afectan o benefician y, por tanto, hacer propuestas de abordajes con un verdadero sentido transfronterizo. Sólo si abordamos lo desconocido, podremos tener un verdadero enfoque relacional que nos lleve a propuestas que beneficien a la población. ☛

Agradecimientos:

Los autores queremos agradecer a todas las personas mexicanas y guatemaltecas que otorgaron su tiempo para platicar o dar entrevistas, así como a las autoridades locales y comunitarias que facilitaron la obtención de la información: al personal de salud en Unión Juárez, México y del Área de Salud de San Marcos, Guatemala, así como a todas y todos los habitantes de la comunidad de Yalú, en Sibinal, San Marcos.

Al mismo tiempo, se agradece al Instituto de Estudios Interétnicos y la Dirección Ge-

neral de Investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por permitir revisar los archivos de investigación ya mencionados. Parte de la información utilizada, es producto de la tesis doctoral financiada por el PCMOS de la Facultad de Medicina de la UNAM y el programa de Becas CONACYT-OEA-AMEXID 2014, por lo cual, también se les da el crédito correspondiente.

Bibliografía

- Alazraqui, M., y Spinelli, H. 2008. Reflexiones finales. En H. S. Marcio Alazraqui, *Desigualdades en salud a nivel local/municipal* (págs. 235-239). Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la UNLa.
- Bauman, Z. 2007. Capítulo III: Los extranjeros. En Z. Bauman, & T. May, *Pensando sociológicamente*. Argentina: Nueva visión. Recuperado el 23 de 4 de 2017, de <http://sociologos.com/2014/08/08/zygmunt-bauman-pensando-sociologicamente-los-extranjeros/>
- Cabrera, A., Camacho, I., Cortés, N., Eibenschutz, C., Rafael, G., Ortiz, L., Tamez, S. 2011. Por una discusión acerca de los informes de la CDSS desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana. En S. T. Catalina Eibenschutz H., *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* (págs. 25-44). México, D.F: Universidad Nacional Autónoma Metropolitana.
- Canales, A. I., Vargas Becerra, P. N., y Montiel Armas, I. 2010. Migración y Salud en zonas fronterizas: Guatemala-México. (CEPAL, Ed.) *Población y desarrollo*(91).
- COMUDE Sibinal- SEGEPLAN. 2010. *Plan de desarrollo municipio Sibinal*. San Marcos. Recuperado el 07 de diciembre de 2015, de file:///C:/Users/veronica/Downloads/PDM_1208%20(6).pdf
- COOPI. 2014. *Evaluación Rápida de Daños y Análisis de Necesidades. Sismo 4 de Julio de 2004. Municipios de Sibinal y Tacana*. Cooperazine Internacional -COOPI_. Obtenido de http://www.redhum.org/uploads/documentos/pdf/Redhum-GT-Evaluacion_rapida_Sismo_2014_San_Marcos-COOPI-20140728-GG-15191.pdf
- De la Roca, P., Paredes, V., y Jiménez, E. 2015. *Proyecto 4.8.63.9.68 "Condicionantes para la movilidad transfronteriza en la búsqueda de atención en salud (Guatemala-México)". Informe final de investigación proyecto*, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- IGSS. (s.f). *Boletín estadístico. Afiliación año 2015*. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala. Recuperado el 27 de mayo de 2017, de https://www.igsgt.org/images/informes/subgerencias/boletin_afiliacion2015.pdf
- IMSS. 2014. Reglas de Operación del Programa IMSS-PROSPERA para el ejercicio fiscal 2015. *Acuerdo del Instituto Mexicano de Seguro Social*. México.
- INE. 2013. *Mapas de Pobreza Rural en Guatemala*. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística. Obtenido de <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2015/09/28/V3KHmHfgLJ81djtDdf6H2d7eNmosWDD.pdf>
- Krieger, N. 2012. Methods for the Scientific Study of Discrimination and Health: An Ecosocial Approach. *American Journal of Public Health*, 102(5), 936–944.
- Leyva Flores, R., y Quintino Pérez, F. 2011. *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado el 18 de noviembre de 2019, de http://imumi.org/attachments/article/279/migracion_ssr.pdf
- Linares-Pérez, N., & López-Arellano, O. (septiembre de 2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. (A. L. (ALAMES), Ed.) *Medicina Social*, 3(3). Obtenido de <http://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/226/484>
- MSPAS. (2013). *Área de Salud de San Marcos: Sala Situacional 2012 (Documento interno)*. Informe estadístico, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, San Marcos, Guatemala.
- MSPAS. (2015). *Reporte de Guatemala al Sistema de Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Documento de informe nacional, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Guatemala. Recuperado el 30 de julio de 2017, de [http://www.mspas.gob.gt/images/files/cuentasnacionales/publicaciones/MSPAS\(2015\)CuentasNacionalesdeSaluddeGuatemala.pdf](http://www.mspas.gob.gt/images/files/cuentasnacionales/publicaciones/MSPAS(2015)CuentasNacionalesdeSaluddeGuatemala.pdf)
- Ochoa Díaz López, H. (2018). *La Frontera Sur de México, ¿una salud en crisis?* México: Academia Nacional de Medicina de México. Obtenido de <https://www.anmm.org.mx/>

- publicaciones/CAnivANM150/ANM-FRONTERA-SUR-BAJA.pdf
- OPS-OMS. (s.f). *PLISA. Plataforma de Información de Información en Salud de las Américas.* (Pan American Health Organization) Recuperado el 31 de julio de 2017, de Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos. Sistemas de Salud: <http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores/sistemas-de-salud/495-expenditure-es.html>
- Palacios, C., & Ixcay, L. 2017. *Nutri-Salud. Proyecto comunitario de nutrición y salud.* (USAID, Editor) Recuperado el 27 de mayo de 2019, de http://nutrisalud.insoft.com.gt/sites/default/files/4_lista_de_166_municipios_pacto_hambre_cero_acc.pdf
- Peña, E.Y. 2012. *Enfoque biocultural en antropología. Alimentación-nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya, Hidalgo.* México: CONACULTA- INAH.
- PNUD. 2011. *Cifras para el Desarrollo Humano, San Marcos.* Guatemala.
- Rojas Wiesner, M. L., & Cruz, H. Á. 2011. Migración femenina y derechos: la situación de las migrantes guatemaltecas en México. En J. Martínez Pizarro, *Colección de ensayos sobre población y derechos humanos en América Latina. (Serie Investigaciones No 10)* (págs. 221-249). Rio de Janeiro: Asociación Latinoamericana de Población. Recuperado el 12 de octubre de 2019, de <http://www.alapop.org/alap/SerieInvestigaciones/Serie10/Serie10.8RojasCruz.pdf>
- Temores-Alcántara, G., Infante, C., Caballero, M., Flores-Palacios, F., & Santillanes-Allande, N. 2015. Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. (INSP, Ed.) *Salud Pública de México*, 227-233.
- Spinelli, H., & Alazraqui, M. 2008. Abordaje conceptual de las desigualdades en salud a nivel local/ municipal. En H. S. Marcio Alazraqui, *Abordaje conceptual de las desigualdades en salud a nivel local/ municipal* (págs. 17-32). Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la UNLA.
- Torrado, S. 1982. *Enfoque de las estrategias familiares de vida en América latina. Orientaciones teóricp-metodológicas.* Buenos Aires: Centro de Estudios Urbanos y Regionales.
- Trujillo Olivera, M., García Chong, N., Orantes Ruiz, O., & Cuesy Ramírez, M. 2014. Salud-Enfermedad-Atención en Chiapas, México. Una visión académica. (UNACH, Ed.) *Espacio I+D Innovación más Desarrollo*, 3(4), 108-140. Recuperado el 18 de noviembre de 2019 https://espacioimasd.unach.mx/docs/pdf/doc_academico_medicina.pdf
- USAID. 2009. *El gasto de bolsillo en salud: implicaciones para la pobreza y la equidad en Guatemala.* Publicación de análisis, USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala, Guatemala. Recuperado el 31 de julio de 2017
- Valenzuela Arce, J. M. 2015. Transfrontera y límites liminales. En J. M. (coordinador), *Transfronteras, fronteras del mundo y procesos culturales* (págs. 17-41). Tijuana, B.C.: El Colegio de la Frontera Norte.
- Valenzuela Arce, J. M. 2015. *Transfronteras. Fronteras del mundo en procesos culturales.* Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.

Región Transfronteriza México-Guatemala

Las enfermedades crónicas no transmisibles en la infancia y la adolescencia **como escenario de riesgo**

Armando Camilo Hernández-Contreras

Jessica Paola Cruz-Cruz

César Antonio Treña-Nájera

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), son procesos fisiopatológicos insidiosos y de lenta evolución; con daño progresivo a órganos vitales y sistemas orgánicos. Se ha demostrado que estas patologías, son de origen genético, pero son dependientes a la presencia de factores externos (ambientales y sociodemográficos). Sin embargo, estos factores, por sí solos son suficientes en la génesis de la patología.

En la actualidad, debido a la transición de riesgos, la prevalencia de las ECNT, ha aumentado en sobre medida, ya que actualmente los niños y jóvenes basan su dieta en alimentos altamente procesados, con alto contenido lipídico saturado, alimentos con altas dosis de carbohidratos y baja en fibra.

Las ECNT, tienen una estrecha relación con la aterosclerosis, proceso que se ha demostrado que inicia desde la infancia; con manifestaciones sistémicas en la edad adulta.

Por lo anterior, el diagnóstico oportuno debe iniciar en la edad pediátrica, así como las normas preventivas y terapéuticas, para limitar el proceso de la enfermedad. En este trabajo, se expone el abanico de ECNT: obesidad, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y síndrome metabólico (SM), así como los posibles escenarios de riesgo en la Región Transfronteriza México-Guatemala (RTMG).

Palabras clave

Niños-adolescentes, diabetes tipo 2, sobrepeso-obesidad, síndrome metabólico, dislipidemias, enfermedad cardiovascular, aterosclerosis.

Introducción

Se les denomina Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) a los padecimientos que tienen una evolución lenta, con daño progresivo al organismo, y en cuya etiología no se ha demostrado causas infecciosas. En algunos de estos padecimientos se han identificado causas genéticas, sin embargo, para su manifestación es determinante la presencia de factores socioeconómicos y ambientales, destacando los dietéticos y actividad física.

Las ECNT, adquieren importancia clínica debido a su relación con el desarrollo de aterosclerosis, proceso que inicia en la infancia, progresa en la adolescencia y juventud, y se manifiesta clínicamente en adultos con la obstrucción arterial, que ocasiona Enfermedad Cardiovascular (ECV; Freedman et al. 1999) cuyos padecimientos clínicos más importantes son en los sistemas cardiovascular, cerebrovascular o vasculatura periférica. La aterosclerosis, es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo (Benozzi et al., 2010). El diagnóstico oportuno y las acciones preventivas deben iniciar en la edad pediátrica, identificando a los niños y adolescentes en riesgo para establecer lineamientos de prevención, tamizaje y terapéutica en este grupo de edad.

En este trabajo se describe de manera resumida la importancia clínica, los factores causales hasta hoy identificados, sus características epidemiológicas y los riesgos potenciales para la Región Transfronteriza México-Guatemala (RTMG), de cuatro de los principales padecimientos que integran el abanico de ECNT: obesidad, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y síndrome metabólico (SM). Se enfatiza la importancia fisiopatológica que tienen las ECNT iniciadas en la etapa infantojuvenil, en la génesis y progresión de estos padecimientos en etapas adultas. Se revisa y describen los factores de riesgo para las dislipidemias de los adultos e introduciremos la propuesta de posibles factores asociados (probablemente de riesgo) en la población infantil. Se expone el papel que tienen los estilos vida adquiridos en la infancia, sobre la herencia individual en la génesis de las ECNT. Se describen algunas de las prevalencias de las cuatro ECNT, encontradas en usuarios de la consulta externa de Pediatría de la Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Comitán, Chiapas, México. Se plantea la posibilidad de que en la RTMG se estén presentando ECNT en la infancia y adolescencia, por lo que se propone la necesidad de integrar grupos multidisciplinarios de estudio y tratamiento.

Descripción del problema

La importancia de las ECNT como problema de salud pública aumenta rápidamente en todo el mundo. Se calcula que en 2001, las enfermedades crónicas ocasionaron el 60 % todas las defunciones en el mundo, representaron el 46 % de la morbilidad mundial (OMS 2014), y se prevé que para el año 2020, esta proporción aumente a un 57 % (Tejeda et al., 2005). Más de la mitad del total de muertes por enfermedades crónicas, son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares; la obesidad y la diabetes son también padecimientos preocupantes por su tendencia a presentarse en edades cada vez más tempranas. Las ECNT no solo afectan a los países más desarrollados como se postulaba en el concepto de la transición epidemiológica; por el contrario estas enfermedades se observan cada vez más en los países en desarrollo, de tal forma que, a nivel mundial, el 79 % de todas las defunciones por enfermedades crónicas ocurren en los países en desarrollo (Tejeda et al. 2005). Se prevé que para el año 2025, las ECNT representarán casi el 75 % del total de defunciones, y de éstas, el 71, 75 y 70 % corresponderán a cardiopatía isquémica (CV), accidentes cerebrovasculares (ACV) y DM2, respectivamente, y ocurrirán mayormente en países en vías de desarrollo (Tejeda et al. 2005, Orea 2008).

Aún se desconoce el papel etiológico que tiene cada uno de los factores de riesgo identificados hasta el momento, en la presencia de las ECNT, pero todo parece indicar que cada una de ellas interviene en la génesis de las otras y viceversa. En la tabla 6.1, se resume la asociación de factores de riesgo encontrado en el estudio de Orea Tejeda y colaboradores, en 9,564 pacientes atendidos en los Centros de Salud de las diversas Jurisdicciones Sanitarias de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (González, 2008 y Tejeda et al., 2005). Como se puede observar en la tabla, las dislipidemias tienen el mayor peso como factor de riesgo para todas las enfermedades crónico-degenerativas, excepto para el Infarto Agudo al Miocardio (IAM). Sin embargo, es la hipertensión arterial la que más se asocia al IAM y está a su vez, tiene la mayor asociación con la dislipidemia (58.4 %), por lo que se puede establecer una asociación secuencial de la siguiente forma: obesidad-dislipidemia-HTA-IAM.

Estos padecimientos son de etiología multifactorial compleja, comparten en común factores de riesgo que conforman una intrincada maraña, que suelen identificarse como causa unos de otros y éstos

Tabla 6.1. Comorbilidad de factores de riesgo para ECNT

Enfermedad	Obesidad	Dislipidemias	Diabetes	HTA	IAM
Obesidad		12.80%	23.70%	44.60%	3%
Dislipidemia	39.50%		38.90%	58.40%	4.70%
Diabetes	30.90%	16.30%		45.20%	3.50%
HTA	37.90%	16%	29.50%		4.10%
IAM	36.80%	19.60%	34.70%	62.90%	

FUENTE: Castillo-Martínez L et al (Velázquez Monroy et al., 2007)

de aquellos, potenciándose entre sí. Mientras que la edad, el sexo y la vulnerabilidad genética son factores de riesgo no modificables, la gran mayoría de los riesgos asociados a aquellos son potencialmente modificables; éstos factores se incluyen en tres grupos (OMS 2014, 2018):

- Factores conductuales. Dietas inapropiadas, sedentarismo, tabaquismo y consumo de alcohol.
- Factores biológicos. Dislipidemia, hipertensión arterial, sobrepeso-obesidad (SOB) e hiperinsulinemia.
- Factores socioeconómicos. Representan una compleja interacción de factores sociales, económicos, culturales y otros elementos del entorno familiar, que interactúan entre sí de manera compleja.

En la población infantil son las «dietas opulentas» (aquellas hipercalóricas, con un alto contenido graso, pobre aporte de fibra y bajo consumo de agua), así como la inactividad física, los factores asociados más evidentes a dislipidemias y SOB. Esta última se presentó en el 5.3 %, de la población menor de cinco años y en el 23.3 % de los adolescentes, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México (ENSANUT) 2006, en tanto que en la ENSANUT 2012, el SOB se incrementó al 9.7 % de los menores de cinco años y al 35 % de los adolescentes. En el último grupo, además de los factores de riesgo ya enunciados, se incor-

poran otros como el consumo de tabaco y de alcohol (Abúndez et al., 2006 y Gutiérrez et al., 2012).

Por contraparte, en Guatemala la frecuencia con que se presentan estos padecimientos no es menor (Piñeros et al. 2011), presentándose prevalencias similares a reportadas en años anteriores en México según la Encuesta Mundial de Salud Escolar versión Guatemala (o Global School-based Health Surveillance, GSHS), para la GSHS 2015, se reporta que el 8.3 % de los niños escolares de 2-10 años tienen SOB, mientras que en los adolescentes este porcentaje aumenta significativamente, encontrándose agrupadamente un 38 % de ellos con estos padecimientos (29.4 % sobrepeso y 8,4 % obesidad). En la población adulta el problema se agudiza ya que el 71 % de la población sufre de SOB.

Sobrepeso y obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso y la obesidad como «una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud», siendo resultado del desequilibrio entre la ingesta y el gasto calórico acompañado del aumento de peso y grasa corporal (Carmenate et al., 2014).

Debido a que el organismo infantojuvenil sufre diversos cambios fisiológicos durante este periodo de crecimiento, no es sencilla la identificación integral de sobrepeso y obesidad. Existen diferentes criterios para hacer el diagnóstico de SOB; sin embargo, por su sencillez se suelen utilizar los criterios recomendados por la OMS, los cuales toman como referencia la antropometría (peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla e índice de masa corporal) correspondiente a la edad y sexo que se evalúa, considerándose como sobrepeso y obesidad, más de una y más de dos desviaciones típicas para la edad y el sexo por arriba de la media establecida en los patrones de crecimiento para la población infantil y adolescente, respectivamente (OMS, 2012). Como otras ECNT, las causas de la obesidad son multifactoriales, actúan de manera perniciosa en el transcurso de la vida y se manifiestan de distinta manera en los diferentes estratos de la estructura social.

La obesidad, es una enfermedad compleja y de etiología multifactorial, en la que interaccionan factores biológicos con factores socioeconómicos y ambientales y aunque se han identificado algunos no modificables como los genéticos (Martínez 2005) y el peso al nacer (Tene et al. 2003), son los causales sociales y culturales quienes ejercen una influencia determinante sobre hábitos familiares en cuanto al consumo

excesivo de alimentos con alta carga energética y poca actividad física detonantes del SOB.

En México, los factores de riesgo más importantes en la población infantojuvenil son los cambios en los patrones alimentarios –en los que se prefieren dietas con alto valor calórico, es decir, exceso de grasas trans, carbohidratos refinados, y cantidades pobres de futas, vegetales y fibra (Busdiecker et al., 2000)–, así como una disminución de la actividad física en los individuos y su colectividad –al dedicar mayor tiempo a las actividades sedentarias que implican la televisión y los videojuegos–, lo que da como resultado un balance positivo a favor del exceso de calorías y poco gasto energético, con su consecuente acumulación en forma de reservas adiposas en el organismo.

Por su parte en la GSHS 2015 en Guatemala, identificó como principal factor de riesgo la falta de actividad física, ya que 83 % de los adolescentes entre 11 y 16 años le dedica menos de 300 minutos a la semana a la actividad física –que es el mínimo semanal recomendado por la OMS (Piñeros et al., 2011 y 2015)–. A esto se le suma la facilidad del acceso y consumo de bebidas carbonatadas en todos los ambientes (incluyendo familiar y escolar) y el consumo frecuente de alimentos procesados, teniendo como resultado el balance positivo a favor del exceso de calorías y poco gasto energético que constituye al SOB.

La obesidad infantil está relacionada con una gran cantidad de enfermedades que agravan o complican a las comunes en la infancia como el asma o los trastornos ortopédicos, también agravan el acoso escolar y la baja autoestima, pero lo que es de mayor relevancia es su asociación con ECNT cuando los infantes se convierten en adultos, refiriéndonos particularmente a DM2, enfermedad cardiovascular, dislipidemias, hiperandrogenismo, específicamente con la arterioesclerosis, así como la persistencia misma de la obesidad, entre otras, lo que conlleva a muerte prematura y discapacidad en la edad adulta (González 2008, Organización Mundial de la Salud 2014). En función de todo esto, la obesidad infantil es quizá el problema de salud pública más importante que la humanidad tiene que enfrentar en el siglo XXI. Se estima que, a nivel mundial, existen más de 45 millones de niños menores de cinco años con sobrepeso y obesidad.

En 2004, la OMS reportaba que para el año 2012, alrededor de 44 millones (6,7 %) de menores de cinco años en el mundo, padecían SOB y que de este grupo, México y Guatemala se encontraban entre los países con un porcentaje de entre el 10 al 15 % de menores de cinco con

este padecimiento (Carmenate et al. 2014). Históricamente se ha considerado que el estado nutricional predominante del sureste mexicano es la desnutrición, sin embargo, con los cambios epidemiológicos en los patrones socioculturales de la población en esta región, se ha modificado el panorama y así, en la ENSANUT-Medio camino (MC) 2016 se informa de una prevalencia de 31%.

Actualmente, en la RTMG, se desconoce la prevalencia de SOB. En la población infantil y adolescente de familias burócratas dependientes del ISSSTE de Comitán; Chiapas, pero en general se ha observado una tendencia progresiva del fenómeno, de tal forma que en el año 2013 se encontró una prevalencia del 26.1% que para el año 2018 se incrementó a 28.9% (Hernández-Contreras A. C., 2018). Ver tabla 6.2.

Dislipidemias

Las dislipidemias son un conjunto de enfermedades resultantes de concentraciones anormales de colesterol total (CT), triglicéridos, colesterol de alta densidad (HDL) y colesterol de baja densidad en sangre (LDL); tienen un papel importante como factores de riesgo para diversas enfermedades crónico-degenerativas, en las que predominan la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, la obesidad, DM2, HTA entre otras (Carbajal-Azcona 2013). Al igual que las otras patologías que se exponen en este capítulo, los factores causales de dislipidemias, son los

Tabla 6.2. ECNT en población infantojuvenil de la clínica Hospital del ISSSTE de Comitán, Chiapas, México

Trastorno	2013 (n = 64)	2016 (n = 100)	2018 (n = 647)
Sobrepeso-Obesidad	26.11%		28.90%
Dislipidemias	57.80%		59.70%
Glucemia (amplitud)	62 - 92 mg/dl	75 - 153 mg/dl	60 - 169 mg/dl

Fuente: Información estadísticas de la Clínica Hospital de Comitán 2018

socioeconómicos y ambientales que ya describimos y que ejercen una influencia decisiva en la expresión de los factores biológicos.

Existen muchas clasificaciones de las dislipidemias, sin embargo, con relación a su causalidad, la más útil es la que las divide en primarias y secundarias. Las dislipidemias primarias, son un conjunto de afecciones en las que diversas mutaciones genéticas ocasionan defectos en las enzimas, receptores o metabolitos que intervienen en la síntesis y eliminación de lipoproteínas, lo que ocasiona la sobreproducción o menor catabolismo de algunos tipos de ellas. La más frecuente es la hipercolesterolemia familiar, seguida por hiperlipidemia combinada, disbetalipoproteinemia e hipertrigliceridemia familiar (Velázquez-Monroy et al. 2007). Las dislipidemias secundarias, son ocasionadas por diversos factores de riesgo como la sobrealimentación, el sedentarismo, DM2, alcoholismo, tabaquismo, ingesta medicamentosa, hipotiroidismo, hepatopatías, etc. Con mucho, las causas más frecuentes son la DM2, el sedentarismo y principalmente la obesidad (Martínez-Hernández et al 2007, Tejeda et al. 2005, CENETEC 2014).

Se ha encontrado que cualquier nivel de sobrepeso incrementa el riesgo de padecer dislipidemias, y cuanto mayor sea aquel, mayor será el riesgo de desarrollar otras enfermedades predisponentes de la aterosclerosis como DM2, HTA y síndrome metabólico (SM), lo que a su vez incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular (Cañillo 2008; Guadalajara-Orea 2008, Lozada et al. 2008). Aunque la elevación o el déficit lipídico es dañino para la salud, las hiperlipidemias (hipolipidemia en el caso del HDLC) son las que llaman más la atención desde el punto de vista médico, por su estrecha relación con la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, especialmente la enfermedad cardiovascular aterosclerótica y DM2, entre otras (CENETEC 2014; Lozada et al. 2008).

En la actualidad se ha acumulado suficiente evidencia de que el proceso ateromatoso se inicia en edades tempranas, durante la niñez e incluso desde el periodo gestacional (Freedman et al. 1999). Es por ello, que el diagnóstico oportuno de estos trastornos en niños y adolescentes reviste gran importancia, como medio para la detección de individuos potencialmente portadores de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, cuyo tratamiento oportuno favorecería la reducción de las dislipidemias y con ello, el descenso de la incidencia y mortalidad por enfermedad cardiovascular aterosclerótica, DM2, ceguera e insuficiencia renal, entre otras (González 2008, Orea 2008, Salinas et al. 2004).

Las dislipidemias se presentan en más del 30% de la población general, predominando en hombres (32%) que en mujeres (27%) y siendo más frecuente en varones mayores de 45 años y en mujeres mayores de 55 (OMS, 2014). La prevalencia de dislipidemias a nivel mundial, muestran importantes diferencias entre los países, así como al interior de cada uno de ellos. Las poblaciones de origen caucásico tienen predominio de hipercolesterolemia total (CT) e hipocolesterolemia de alta densidad (HDLc), en tanto que en los grupos asiáticos e indígenas americanos predominan los niveles bajos de colesterol de alta densidad (HDLc), y entre éstos, se observan importantes variaciones si se trata de grupos rurales en comparación con grupos urbanos, lo que habla a favor de la importancia que tiene los factores ambientales en la modulación de la expresión de las variaciones genéticas (OMS, 2014; Salud 2009 y Solís et al. 2013).

Un importante factor que influye en la manifestación de dislipidemias es la edad de la población en estudio. Se sabe que el incremento de los lípidos va a la par que el envejecimiento de los individuos, por lo tanto, los trastornos lipídicos van a ser más frecuentes en poblaciones envejecidas, que aquellas cuyo predominio poblacional es joven. Todo esto provoca que la prevalencias entre estas poblaciones, no puedan ser comparadas (Solís et al. 2013).

En México, a nivel nacional se ha reportado (Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas) predominio de hipotalipoproteinemias (punto de corte 35 mg/dl) e hipertrigliceridemia (punto de corte 150 mg/dl) con el 48.4 y 42.2% respectivamente, La hipercolesterolemia (punto de corte 200 mg/dl) fue del 27.1% (Carmenate et al., 2014 y Organización Mundial de la Salud, 2014). Por otra parte, en Guatemala en población adulta, se encuentran las prevalencias más altas de las dislipidemias en Centro América, siendo las más comunes la hipercolesterolemia y la hipertrigliceridemia, con respecto a la hipercolesterolemia. Guatemala y el Salvador, son los dos países con mayor prevalencia de dislipidemia reportada según datos de la iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI, 2010) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en donde reportan una prevalencia de hipercolesterolemia del 34% para Guatemala y 41% para El Salvador, mientras que con respecto a los niveles de triglicéridos se reportan 59% de hipertrigliceridemia para Guatemala y 62% en El Salvador.

Los síndromes dislipidémicos considerados con el mayor riesgo cardiovascular son la hiperlipidemia mixta (hipercolesterolemia aso-

ciada a hipertrigliceridemia) e hiperlipidemia mixta asociada a la hipoalfalipoproteinemia, las que se han reportado hasta en el 12.6 % y 46.4 % de la población mexicana, respectivamente. La asociación hipoalfalipoproteinemia-hipertrigliceridemia se encontró en el 62 % (CENETEC, 2009 y OMS, 2014; Daniels et al., 2008, e IMSS, 2016). Cifuentes-Goches et al, en 295 pacientes aparentemente sanos de la Región Soconusco del Estado de Chiapas, reportaron hipertrigliceridemia e hipoalfalipoproteinemia en el 55 % y 61% respectivamente.

Por lo que respecta a las dislipidemias en la población pediátrica, a nivel nacional y particularmente en Chiapas existen pocos estudios que den cuenta de su prevalencia, y en las encuestas nacionales de salud y nutrición que se han realizado (incluida la ENSANUT-MC 2016) no se presenta información al respecto. En la población pediátrica con dislipidemia, el factor de riesgo más frecuente es el sobrepeso y obesidad (Romero-Velarde et al. 2007) así, los estudios realizados en adolescentes mexicanos reportan una prevalencia variables que van del 17.7 % en adolescentes sin obesidad hasta el 75.5 % en los obesos (Jiménez 2013, Marcos-Daccarett et al., 2007). En Chiapas, Jiménez Pirrón et al. en 2013 encontró que de 76 estudiantes de la escuela de medicina humana de la Universidad Autónoma de Chiapas, el 14.2 % presentaba sobrepeso u obesidad y que de estos, el 19.73 % (15 casos) tenían hipercolesterolemia (Velasco-Martínez et al. 2009). Por otro lado, Velasco Martínez et al en 2009, en su investigación con 246 estudiantes adolescentes de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, encontraron que 32% de su serie, tenía sobrepeso u obesidad y que la prevalencia de algún tipo de dislipidemia fue de 34 % (Velasco-Martínez, Jiménez-Cruz, Higuera Domínguez, Domínguez de la Piedra, & Bacardí-Gascón, 2009).

En nuestro medio, 57.8 % de la población infantojuvenil derechohabiente del ISSSTE, presenta algún tipo de dislipidemia, predominando en la población con SOB. Más del 50 % de las dislipidemias se presentaron en la población infantil menor de 11 años (Hernández-Contreras A. C., 2018), ver tabla 2.

Un estudio en el municipio de Chimaltenango Guatemala encontró una prevalencia del síndrome metabólico del 2 % en niños y adolescentes de 2-19 años, sin embargo, este mismo estudio reporta que el 54 % de esta población tenía al menos uno de los componentes del SM, siendo el factor de riesgo más común la presencia de altos niveles de triglicéridos (43.4 %), bajos niveles de colesterol (17.2 %) y la obesidad 12.3 % (Mbowe Omar et.al 2014). Siendo tan altas la prevalencia de es-

tos factores de riesgo nos planteamos ¿Cuál será la prevalencia de dislipidemias en la población infantil y adolescente de la zona transfronteriza México-Guatemala?

Diabetes mellitus tipo 2

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por la persistencia de concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a una producción insuficiente de insulina o a una deficiente acción de la misma (Julia, Osvel, Eloy, & Humberto, 1999). Se diagnostica con base a las manifestaciones clínicas de la enfermedad (polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso) y se confirma cuando se encuentre una glucemia igual o superior a 200 mg/dl en cualquier momento del día y sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida (Meneses, 2018 y Rojas-Martínez et al., 2018). La hiperglucemia persistente, se asocia a alteraciones del metabolismo de los lípidos y las proteínas, aumentando de esta manera el riesgo de desarrollar alteraciones macro y microvasculares como la disfunción endotelial, por lo que se asocia a ceguera, insuficiencia renal, pie diabético, infarto del miocardio, infarto cerebral, disfunción eréctil, entre otros (IDF, 2014; Rojas-Martínez et al., 2018). La diabetes mellitus, es quizá, la enfermedad con mayor evidencia científica del papel que juega la herencia en su génesis. Sin embargo, la presencia de la patología, tiene una relación directa con los estilos de vida no saludables, lo que ocasiona incremento en la masa grasa, lípidos sanguíneos y glucosa sérica, lo que conlleva a alteraciones metabólicas persistentes, ocasionando resistencia a la insulina.

La hiperglucemia persistente ocasiona disminución del flujo sanguíneo, dañando el componente nervioso, la micro y macrovasculatura de órganos diana, lo que resulta en sus respectivas complicaciones como retinopatía, nefropatía, pie diabético, gastropatía diabética, etc. (IDF, 2014 y Rojas-Martínez et al., 2018). La pandemia de SOB ha dado como resultado que la prevalencia de diabetes a nivel mundial se haya incrementado de manera sustancial. La Federación Internacional de Diabetes (IDF), calculó que la prevalencia global de esta enfermedad fue del 6% en la población mundial adulta y proyectó que para el año 2025, esta prevalencia se incrementará a 7% (Whiting, Guariguata, Weil, & Shaw, 2011).

La ENSANUT 2016 de Medio Camino, reporto una prevalencia de DM2 del 9.4% en personas de 20 años y más (Shamah-Levy et al.,

2018). La IDF prevé que para el año 2025, la prevalencia de DM2 en México, alcanzará el 12.2 % de la población adulta (Whiting et al., 2011). Aunque la prevalencia de las ECNT se ha encontrado con mayor frecuencia en los estados del norte del México, la transición epidemiológica y los cambios en los estilos de vida, hace suponer que en el sureste de México y en particular en el estado de Chiapas, la prevalencia de DM2 se esté incrementando de manera sustancial. Escobedo De la Peña y González Figueroa, apuntan que la cardiopatía isquémica y las complicaciones de la DM2 son las principales causas de mortalidad en el sureste mexicano (Alberti, Zimmet, & Shaw, 2005).

En la ENSANUT 2016 MC, se encontró que la prevalencia de DM2 fue mayor en adultos con sobrepeso u obesidad, con hipertensión, colesterol alto y con escolaridad baja o nula. Estos trastornos son también compartidos por nuestra población infantojuvenil (Escobedo de la PJ, 2019). En el caso de Guatemala, encontramos que las prevalencias más altas de DM2 reportadas por el Ministerio de Salud (MinSal) en el 2017, corresponden a los municipios de Peten Norte (5004 casos), Ixcán (1887 casos) y Santa Rosa (5857 casos), mientras que los municipios con prevalencias más bajas corresponden a Quetzaltenango, San Marcos y Suchitepeque (MinSal, 2017). Los datos del MinSal registran que el riesgo de DM2 del 2006 al 2017 muestra tendencia al incremento en dos veces más y la diferencia de riesgo en Enfermedad renal crónica es cuatro veces más. El reporte concluye con lo alarmante de la situación ya que el Ministerio de salud no tiene contemplado algún incremento del presupuesto para la atención de estas enfermedades costosas, ni se tiene previsto servicios especializados de salud para estos casos.

En los informes mensuales de la Clínica Hospital del ISSSTE de Comitán, Chiapas, México, hemos observado un incremento en los promedios y desviaciones típicas de los niveles de glucemia en pacientes de 2 a 16 años, pasando de un promedio de 81.31 mg/dl de glucemia, con amplitud de 62 a 92 mg/dl en 2013, a 86.88 mg/dl con amplitud de 59.9 a 169 mg/dl (Hernández-Contreras 2018). Lo anterior nos hace suponer que la DM2 ya está presente en la población infantil y adolescente de la RTMG, y de ser así, ¿cuál es su prevalencia?

Síndrome metabólico

El síndrome metabólico (SM), es un espectro de alteraciones en el sistema, con múltiples secuelas a corto y largo plazo. Sus variados com-

ponentes patológicos, aumentan la incidencia de las ECNT, provocando un alarmante problema de salud pública (Lozada et al. 2008). Tiene una aparición simultánea, con alteraciones moleculares, celulares y hemodinámicas, todo ello aunado a alteraciones en el metabolismo de la insulina y aumento del porcentaje de grasa corporal. El SM se define como la presencia de obesidad de predominio visceral, alteraciones del perfil lipídico, aumento en la glucosa basal e incremento de la presión arterial sistémica (Lozada et al., 2008). El SM, es un grupo de factores de riesgo para enfermedades cardiometabólicas. Estos factores de riesgo, más la carga de los hábitos no saludables incrementan la posibilidad de desarrollar DM2 y enfermedad isquémica del corazón. (NHLBI, 2019). Existen múltiples definiciones de SM, sin embargo, todas concuerdan con los siguientes componentes (Ver tabla 6.3):

- Obesidad de predominio visceral
- Alteraciones del perfil lipídico (disminución del HDLc, aumento de los TGL y CT).
- Aumento en la glucosa basal
- Incremento de la presión arterial sistémica

Se ha observado, lo que se le denomina «Transición de riesgos», que explica el cambio en los factores de riesgo de las patologías que afectan a la población. Debido al mejoramiento de las condiciones, como los esquemas de vacunación, saneamiento del agua, drenaje y menor hacinamiento, los patrones de enfermedad han cambiado de enfermedades infecciosas a ECNT. Esto se explica porque en la actualidad la población se encuentra expuesta a «nuevos» factores de riesgo propios de la globalización, como el sedentarismo, consumo de drogas –alcohol y tabaco, entre otras–, aumento de estrés y en la disponibilidad de alimentos ultraprocesados con alta densidad energética, lo que genera sobrepeso y obesidad, patrones lipídicos anormales y aumento de la presión arterial sistémica, siendo todos componentes propios del síndrome metabólico. Los componentes propios del SM se encuentran ampliamente relacionados con patologías que incrementan el riesgo cardiovascular. Si se continúa con esta tendencia, la morbilidad de la población, mermara la productividad de nuestra región transfronteriza. Los factores de riesgo propios del síndrome metabólico, aislados influyen en el riesgo total cardiovascular. Sin embargo, las asociaciones entre factores de riesgo elevan el riesgo cardiovascular de mane-

Tabla 6.3. Criterios diagnósticos			
Parámetro		IDF	
Antropométricos			
Obesidad abdominal (Perímetro abdominal)	Hombres	≥ 90 cm	Parámetro Asiático
	Mujeres	≥ 80 cm	
Clínicos			
Presión arterial	Hombres	PAS ≥ 130 y/o PAD ≥ 85 mm Hg	o con
	Mujeres		
Análisis bioquímicos			
Triglicéridos	Hombres		
	Mujeres		
Hipoalfalipoproteinemia (HDLc bajo)	Hombres		
	Mujeres		
Glucosa sérica	Hombres	≥ 100 mg/dL , día	
	Mujeres		
Diagnostico (conteo FR)		Obesidad	

FUENTE: Federación Internacional de Diabetes (IDF), Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), Adult Treatment Panel III (ATP III). ABREVIATURAS: PAS: Presión arterial sistólica, PAD: Presión arterial diastólica, FR: Factores de riesgo.

Criterios del Síndrome Metabólico.			
ALAD		ATP III	
Criterios antropométricos			
Criterios antropométricos para población caucásica y Latinoamericana	≥ 94 cm	Parámetros para población Latinoamericana	≥ 102 cm
	≥ 88 cm		≥ 88 cm
Criterios fisiológicos			
Tratamiento antihipertensivo	≥ 130/ 85 mm Hg	PAS ≥ 130 y/o PAD ≥85 mm Hg	o con tratamiento antihipertensivo
Criterios bioquímicos			
>150 mg/dL o con tratamiento hipolipemiante			
< 40 mg/ dL o en tratamiento con efecto sobre HDLc			
< 50 mg/dL o en tratamiento con efecto sobre HDLc			
Diagnóstico de DM2, tratamiento hipoglucemiante o intolerancia a la glucosa			
2 de 4 FR		3 de 5 FR	

ra exponencial (Ellis, 2000). Lo más alarmante es que estos factores se presentan cada vez desde edades más tempranas, conllevando a una población enferma desde la niñez (Cifuentes-Goches et al., 2012; Health, 1998).

De acuerdo a datos de la ENSANUT 2012 (Romero-Martínez et al., 2013), la prevalencia de sobrepeso para mujeres mayores de 20 años a nivel nacional fue de 34 %, en el estado de Chiapas se reportó el 38 % de las mujeres mayores de 20 años son obesas. El consenso Mexicano para el Estudio de la Obesidad (Abúndez et al., 2006), señala que la medición del perímetro de cintura determina el riesgo cardiovascular y actúa como predictor de síndrome metabólico (González, 2008). La Federación Internacional del Corazón, estableció que medir el perímetro de cintura, es de mayor utilidad para evaluar el riesgo cardiometabólico que la medición del IMC. Siguiendo a la misma ENSANUT 2006 (Abúndez et al., 2006), las dislipidemias representan el riesgo cardiovascular más frecuente en los adultos mexicanos, registrándose que el 43.6 % tienen hipercolesterolemia, 30 % de la población presenta hipertrigliceridemia y el 60.5 % bajos niveles de C-HDL. A nivel nacional los casos de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia fueron encontrados en sujetos de zona urbana del centro y norte de México, en cambio los bajos niveles de HDL, fueron más comunes en sujetos de zona rural de predominio del sur de México. Como contraparte en Guatemala, el 61 % de las personas tienen hipertrigliceridemia y el 34 % hipercolesterolemia, presentándose de manera más común en adultos jóvenes comprendidos de los 20-39 años (CAMD1, 2011). Sería muy interesante realizar en la población Chiapaneca un estudio comparando el perfil lipídico de acuerdo al estrato social.

La ENSANUT 2012 (Gutierrez et al., 2012), registró en mujeres mayores de 20 años a nivel nacional, una prevalencia de diabetes tipo 2 de 9.67 %, en cambio para la población chiapaneca femenina éste fue de 6.32 %. Sin embargo, sería interesante continuar con la investigación de la población de la región transfronteriza, por el alto consumo de refrescos y continuar con el seguimiento metabólico.

La hipertensión arterial es un problema importante, ya que de acuerdo a la ENSANUT de Medio Camino publicada en 2016 (Shamah-Levy, Cuevas-Nasu, Rivera-Dommarco, & Hernández-Ávila, 2016) el 15.29 % de la población mexicana padecía hipertensión arterial y según la ENSANUT 2012 el estado de Chiapas, presentó 11.66 % de prevalencia de la misma.

El síndrome metabólico, se encuentra estrechamente relacionado con el incremento del riesgo cardiovascular. La mortalidad está aumentada en los países en vías de desarrollo, gracias al aumento de las tasas de morbilidad por diabetes tipo 2 e hipertensión, patologías que son incluidas en una entidad patológica grave como lo es el síndrome metabólico, ante el correcto y temprano diagnóstico, favorecerá a la reducción de la morbimortalidad asociada (Coyote, Chávez, González, González, & Richardon, 2013). Los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, se encuentran englobados en cualquiera de las definiciones de síndrome metabólico ya que al combinarse estos factores potencian su efecto morboso.

Conclusiones

Las ECNT se han convertido en una pandemia que afecta a la población adulta en etapa productiva. De entre estos padecimientos, la cardiopatía isquémica y la diabetes representan las dos principales causas de morbilidad y mortalidad en México, mientras que la diabetes y el infarto agudo al miocardio son la segunda y tercera causas de muertes en Guatemala. La prevención de la cardiopatía isquémica es una meta prioritaria en México ya que ésta es la principal causa de muerte en la edad adulta. La elevada prevalencia de factores de riesgo potencialmente modificables y las grandes variaciones que existen entre género y en diversos grupos de edad, sugiere que la posibilidad de enfermedad cardiovascular e insuficiencia cardíaca podría ser reducida a través de la modificaciones de dichos factores, por lo que identificarlos y conocer su prevalencia en una población dada, permite el entendimiento de los mecanismos que contribuyen a la presencia de la enfermedad y pueden ser modificados en función de su grado de participación en la mortalidad y la morbilidad.

En Guatemala, el sobrepeso-obesidad en menores de cinco años parece ser menor que en México y en particular que en Chiapas, con una prevalencia hasta del 15 %. Por lo que respecta las dislipidemias, DM2 y SM en población infantojuvenil de Guatemala, la información es escasa; en un estudio realizado en Chimaltenango con niños y adolescentes, el SM metabólico se encontró en el 2.0 % de los casos y de éstos, el 54 % tenía al menos un componente del síndrome.

En Chiapas existe poca información sobre las ECNT en la población infantojuvenil. En adolescente y adultos jóvenes se ha encontra-

do que el sobrepeso-obesidad está presente en el 32 %, en tanto que las dislipidemias se reportan hasta en el 34 %. Lo anterior sugiere que las prevalencias de estos trastornos en la población derechohabiente del ISSSTE de Comitán, es la más alta hasta ahora encontrada en la región Sureste de México, ver tabla 2. Sobre la DM2 y SM, no encontramos información.

Las arterias de niños y niñas con obesidad y dislipidemia, presentan daño endotelial precursor de ateromas por lo que es de esperar que entre más temprano se presenten los trastornos lipídicos, las enfermedades derivadas de ellos se harán evidentes en adultos cada vez más jóvenes, es por ello que diagnosticar de manera oportuna las ECNT e instaurar medidas preventivas precoces en edades pediátricas, es una prioridad en estos momentos.

Tanto las enfermedades cardiovasculares como la diabetes y sus complicaciones, son causa de sufrimiento e importantes gastos económicos tanto para el paciente como para sus familiares, así como para los sistemas de salud y las economías nacionales, por los costos directos e indirectos de la atención médica. Por ello, la presente revisión aporta información preliminar que puede tener utilidad para el diseño de estudios de investigación de las ECNT en la RTMG, por lo que se propone la integración de grupos de trabajo en ambos lados de la frontera a fin de conocer la realidad que vivimos y en la posibilidad de establecer estrategias de atención integral de estos padecimientos, en el grupo infantojuvenil.

Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Guadalupe Álvarez por hacer posible este trabajo. También, agradecemos a la clínica Hospital del ISSSTE Comitán de Domínguez, Chiapas, México, así como a los pacientes que participaron en el estudio presentado. Declaramos no tener conflicto de intereses económicos, intelectuales o de cualquier tipo. Todos los autores estamos de acuerdo, con la versión final para su publicación.

Bibliografía

- Abúndez, C. O., Cázares, G. N., Cordero, C. J. F. R., Zetina, D. A. D., Angona, S. R., de Voghel Gutiérrez, S., Olaiz-Fernández, G. (2006). Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Alberti, K. G. M., Zimmet, P., & Shaw, J. (2005). The metabolic syndrome—a new worldwide definition. *The Lancet*, 366(9491), 1059-1062.
- Benozzi, S., & Coniglio, R. I. (2010). Aterosclerosis: biomarcadores plasmáticos emergentes. *Acta bioquímica clínica latinoamericana*, 44(3), 317-328.
- Busdiecker, B. a., Castillo, D., & Salas, A. (2000). Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Revista chilena de pediatría*, 71(1), 5-11.
- Carbajal Azcona, A. (2013). Manual de Nutrición y Dietética. Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid.
- Carmenate Milián, L., Moncada Chévez, F. A., Leiva, B., & Waldermar, E. (2014). Manual de medidas antropométricas.
- Castillo ML, H. R. (2008). Ácidos grasos y riesgo cardiovascular Enfermedad cardiovascular causas y consecuencias. Intersistemas.
- CENETEC. (2009). Guía de práctica clínica IMSS-233-09 para el diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. Centro nacional de excelencia tecnológica en salud.
- CENETEC. (2014). Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de Atención. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Cifuentes-Goches, J. C., Gómez-López, J. d. D., Hernández-Ancheyta, L., Flores-Fuentes, S. E., Incháustegui-Árias, J. L., & Cañas-Urbina, A. O. (2012). Hipertrigliceridemia e hipotalipoproteinemia. Su impacto para diagnosticar síndrome metabólico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(3).
- Coyote, N., Chávez, A. G., González, F. J. L., González, J. d. J. R., & Richardson, V. L. (2013). Síndrome metabólico en pediatría: obesidad, diabetes mellitus tipo 2 y comorbilidades: aplicaciones a la práctica clínica: Intersistemas.
- Daniels, S. R., & Greer, F. R. (2008). Lipid screening and cardiovascular health in childhood. *Pediatrics*, 122(1), 198-208.
- Ellis, K. J. (2000). Human body composition: in vivo methods. *Physiological reviews*, 80(2), 649-680.
- Escobedo de la PJ, G. F. E. O. D. L. (2019). Enfermedades crónicas no transmisibles en la frontera sur: nuevos retos, viejos problemas Postura de la Academia Nacional de Medicina, México.
- Freedman, D. S., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (1999). The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *PEDIATRICS-SPRINGFIELD-*, 103, 1175-1182.
- González. (2008). Aterosclerosis y trombosis. Consejo mexicano de aterosclerosis.
- Guadalajara, J.F. Aterosclerosis y sus complicaciones: progresión y regresión. Facultad de Medicina, UNAM.
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Hernández-Ávila, M. (2012). Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1(1.48).
- Health, N. I. o. (1998). Clinical guidelines for the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults—the evidence report. *Obes res*, 6(2), 51S-209S.
- Hernández, M., Rivera, J., Shamah, T., Cuevas, L., Gómez, L., & Gaona, E. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (Ensanut 2016). Informe final de resultados [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública: Secretaría de Salud; 2016. 1-149 p.
- Hernández-Contreras, A. C., (2014). Informe mensual del estado de salud de niños y adolescentes de la Clínica Hospital del ISSSTE de Comitán, Chiapas, México.
- IDF, D. (2014). International Diabetes Federation Diabetes Atlas. Retrieved April, 4, 2014. <https://www.nhlbi.nih.gov/healthtopics/metabolic-syndrome>
- IMSS. (2016). Diagnóstico y tratamiento de dislipidemias (hipercolesterolemia) en el adulto. México. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Jiménez PT, R. O., Dávila ET, Salazar GC, López AG. (2013). Reporte de investigación prevalencia de hipercolesterolemia como uno de los factores de riesgo en enfermedades coronarias en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana Dr. Manuel Velasco Suarez, UNACH

- Julia, M. D. N., Osvel, H. P. J., Eloy, T. P. H., & Humberto, T. O. J. (1999). Obesidad en la adolescencia Su asociación con hiperinsulinemia y dislipidemias. *Pediatría de México*, 1(4), 3-10.
- Lozada, M., Machado, S., Manrique, M., Martínez, D., Suárez, O., & Guevara, H. (2008). Factores de riesgo asociados al síndrome metabólico en adolescentes. *Gaceta Médica de Caracas*, 116(4), 323-329.
- Marcos-Daccarett, N. J., Núñez-Rocha, G. M., Salinas-Martínez, A. M., Santos-Ayarzagotia, M., & Decanini-Arcaute, H. (2007). Obesidad como factor de riesgo para trastornos metabólicos en adolescentes mexicanos, 2005. *Revista de Salud Pública*, 9, 180-193.
- Martínez, J. (2005). Genética de la Obesidad. III Reunión Internacional La Alimentación y la Nutrición en el siglo XXI. Editorial: Fundación Española de la Nutrición. Madrid, 95-106.
- Martínez-Hernández, A. F., & Chávez-Aguirre, R. (2007). Prevalencia y comorbilidad de dislipidemias en el primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(5).
- Mbowe, O., Diaz, A., Wallace, J., Mazariegos, M., & Jolly, P. (2014). Prevalence of metabolic syndrome and associated cardiovascular risk factors in Guatemalan school children. *Maternal and child health journal*, 18(7), 1619-1627.
- Meneses ÁME, G. P., Pérez HA, Irecta NCA. En: Ochoa DLH. (2018). Malnutrición y enfermedades metabólicas asociadas. Postura de la Academia Nacional de Medicina, México. Conacyt, La frontera sur de México, ¿una salud en crisis?
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (2019) Metabolic Syndrome,
- OMS, O. M. d. I. (2018). Enfermedades no transmisibles. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- OMS. (2012). ¿Por qué son importantes el sobrepeso y la obesidad infantiles? https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/es/.
- OMS. (2014). Estadísticas sanitarias mundiales 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/131953/131951/9789240692695_spa.pdf.
- OMS. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014: OMS Ginebra.
- OMS. (2016). ¿Qué son el sobrepeso y la obesidad? https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/es/.
- OPS (2009). Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos: OPS Washington, DC.
- OPS. Organización Panamericana de la Salud Iniciativa Centroamericana de Diabetes. (2010). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónica.
- Orea TA, C. M. (2008). Enfermedad cardiovascular causas y consecuencias. *Intersistemas*.
- Pierlot, R., Cuevas-Romero, E., Rodríguez-Antolín, J., Méndez-Hernández, P., & Martínez-Gómez, M. (2017). Prevalencia de Síndrome Metabólico en niños y adolescentes de América. *TIP*, 20(1), 40-49.
- Piñeros, M., Pardo, C., & Poveda, E. (2011). Prácticas de alimentación en adolescentes escolares de cinco ciudades colombianas: resultados de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares. *Revista Colombiana de Cancerología*, 15(1), 5-12.
- Rojas-Martínez, R., Basto-Abreu, A., Aguilar-Salinas, C. A., Zárate-Rojas, E., Villalpando, S., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2018). Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud pública de México*, 60, 224-232.
- Romero-Martínez, M., Shamah-Levy, T., Franco-Núñez, A., Villalpando, S., Cuevas-Nasu, L., Gutiérrez, J. P., & Rivera-Dommarco, J. Á. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura. *Salud Pública de México*, 55, S332-S340.
- Romero-Velarde, E., Campollo-Rivas, O., Celis De La Rosa, A., Vásquez-Garibay, E. M., Castro-Hernández, J. F., & Cruz-Orsorio, R. M. (2007). Factores de riesgo de dislipidemia en niños y adolescentes con obesidad. *Salud pública de México*, 49, 103-108.
- Salinas, C. A. A., Pérez, F. J. G., Garber, I. L., Chávez, C. V., Méndez, Ó. P., & Romero, C. P. (2004). Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias: posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. *Revista de Endocrinología y nutrición*, 12(1), 7-41.
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gaona-Pineda, E. B., Gómez-Acosta, L. M., Morales-Ruán, M. d. C., Hernández-Ávila, M., & Rivera-Dommarco, J. Á. (2018). Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en México, actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Salud pública de México*, 60(3), 244-253.
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Rivera-Dommarco, J., & Hernández-Ávila, M. (2016). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016). Informe final de resultados. Recuperado de <https://www.insp.mx/ensanut/medio-camino-16>.
- Solís, G. R. O., & Hernández, H. (2013). I. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. *Revista Mexicana de Cardiología*, 24(S1), 3-22.
- SSA. Sistemas Gerencial de Salud <https://sigsa.mspas.gob.gt/datos-de-salud/morbilidad/principales-causas-de-morbilidad-y-mortalidad>

- Tejeda, A. O., Martínez, L. C., Sánchez, A. O., Toledo, R. G., Morales-Olivera, J. M., & Pelayo, F. B. (2005). Prevalencia de factores de riesgo de insuficiencia cardiaca en la Ciudad de México. *Medicina Interna de México*, 21(1), 18-31.
- Tejeda, A. O., Martínez, L. C., Sánchez, A. O., Toledo, R. G., Morales-Olivera, J. M., & Pelayo, F. B. (2005). Prevalencia de factores de riesgo de insuficiencia cardiaca en la Ciudad de México. *Medicina Interna de México*, 21(1), 18-31.
- Tene, C. E., Espinoza-Mejía, M. Y., Silva-Rosales, N. A., & Girón-Carrillo, J. L. (2003). El peso elevado al nacer como factor de riesgo para obesidad infantil. *Gaceta Médica de México*, 139(1), 15-20.
- Velasco-Martínez, R., Jiménez-Cruz, A., Higuera Domínguez, F., Domínguez de la Piedra, E., & Bacardí-Gascón, M. (2009). Obesidad y resistencia a la insulina en adolescentes de Chiapas. *Nutrición Hospitalaria*, 24(2), 187-192.
- Velasco-Martínez, R., Jiménez-Cruz, A., Higuera Domínguez, F., Domínguez de la Piedra, E., & Bacardí-Gascón, M. (2009). Obesidad y resistencia a la insulina en adolescentes de Chiapas. *Nutrición Hospitalaria*, 24(2), 187-192.
- Velázquez Monroy, Ó., Barinagarrementería Aldatz, F. S., Rubio Guerra, A. F., Verdejo, J., Méndez Bello, M. Á., Violante, R., Lara Esqueda, A. (2007). Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. 2005. *Archivos de cardiología de México*, 77(1), 31-39.
- Whiting, D. R., Guariguata, L., Weil, C., & Shaw, J. (2011). IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*, 94(3), 311-321.

Región Transfronteriza México-Guatemala

Consejo Jurisdiccional para Reducción de la **Mortalidad infantil; estudio de casos**

Gloria Margoth Coutiño-Aguilar

Rosa María López-Morales

Armando Camilo Hernández-Contreras

En la región sureste de México, las infecciones agudas de vías respiratorias (IRAS) y las enfermedades diarreicas (EDAS), son las principales causas de muerte, principalmente en los niños y niñas menores de cinco años de edad. En México, bajo la dirección del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), opera el Programa de Salud de la Infancia y de la Adolescencia (PASIA) en todas las unidades de salud, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad en los menores de 10 años, mediante diversas estrategias. Dentro de las estrategias implementadas por el PASIA, se encuentra el Comité Jurisdiccional de Estrategia para la Reducción de la Muerte Infantil (COJUERMI) a quien le corresponde realizar el análisis de los factores asociados a la morbilidad y mortalidad infantil así como emitir recomendaciones a los diferentes actores de la atención de la salud para mejorar las condiciones de esta población infantil vulnerable.

En este capítulo se describe los lineamientos con los que funciona el COJUERMI, cual es la dinámica de sus sesiones, como es el procedimiento para difundir la información y las recomendaciones entre las autoridades de salud y el personal involucrado en la atención de los pacientes. Se presentan las narrativas (autopsias verbales) de los familiares de enfermos fallecidos y los resultados de una encuesta de satisfacción realizada a los integrantes del COJUERMI.

Palabras claves

Comité de mortalidad, mortalidad infantil, autopsia verbal, infección aguda de vías respiratorias, enfermedades diarreicas, niñas y niños.

Introducción

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) son causadas en el 95% de los casos por virus, principalmente en la población infantil menor de cinco años de edad y específicamente en los menores de un año, sin embargo, se pueden complicar con otitis, sinusitis y neumonía si no se tratan adecuadamente (Lineamientos IRA 2019).

En 2015 la neumonía fue una de las principales causas de mortalidad infantil a nivel mundial con 920 316 niños menores de cinco años fallecidos por esta causa. Al respecto, es necesario enfatizar que la neumonía es una patología prevenible por vacunación y que se puede prevenir mediante intervenciones de bajo costo como el lavado de manos (Lineamientos IRA 2019).

Otro problema de salud pública a nivel mundial que afecta a los niños menores de cinco años de edad, es la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Se estima que en los países en desarrollo, los niños y las niñas menores de cinco años, experimentará de dos a tres episodios de diarrea por año (Lineamientos EDA 2019).

La Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años de edad sigue siendo una de las 10 principales causas de mortalidad en México, se presentan al año más de un millón de casos, afectado principalmente a los niños y niñas menores de un año de edad (Manual de Enfermedades Diarreicas Agudas, prevención, control y tratamiento 2010).

En México bajo la dirección del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA), opera el Programa de Salud de la Infancia y de la Adolescencia (PASIA) en todas las unidades de salud, cuyo objetivo principal es disminuir la morbilidad y mortalidad en los menores de 10 años mediante estrategias tendientes a reducir la desigualdad social. Este objetivo obedece a la necesidad de mejorar las condiciones de salud de la población bajo la premisa de que, si las enfermedades se previene desde la infancia, el resto de las etapas de vida la población tendrá hábitos saludables y con ello, mejor calidad de vida (Plan Anual de Trabajo PASIA 2019).

En el año 2016, Chiapas ocupó el primer lugar de mortalidad por enfermedad diarreica en menores de cinco años con una tasa de 37.1 por cada 100,000 menores de cinco años, siendo la media nacional de 8 por cada 100,000. De igual manera, Chiapas ocupó el primer lugar

de mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años con una tasa de 58:8 por cada 100,000 mil menores de cinco años, siendo la media nacional de 16 por cada 100,000 habitantes (Consejo Nacional de Población 2013-2016)

Para el año 2018 y de acuerdo a las fuentes oficiales del Sistema de Salud en el Estado de Chiapas en su análisis anual, los niños y niñas menores de cinco años de edad con enfermedad diarreica aguda de primera vez que fueron tratados exitosamente con el Plan A, B y C de rehidratación, alcanzaron los de 90 a 94%, de 3.1 a 4% y de 2.1 a 3%, respectivamente; por lo que respecta a la infección respiratoria aguda el tratamiento exitoso alcanzó el 62 a 69% de los casos atendidos (SUI-VE 2019).

A través del Modelo de Atención Integrada (que incluye las siguientes estrategias: Atención del motivo de la consulta, Vigilancia de la nutrición, Vigilancia de la Vacunación, Estimulación temprana, Prevención y Diagnóstico de defectos al nacimiento, Detección oportuna de Cáncer, Prevención de Accidentes en el Hogar, Prevención del Maltrato Infantil, Capacitación a la madre en EDAS, IRAS nutrición, vacunación, estimulación temprana y atención a la salud de la madre), se proporcionan acciones de manera simultánea a la población infantil y adolescente menor de 19 años en todas las unidades de salud en los diferentes niveles de atención de nuestra región Fronteriza, la cual está integrada por nueve municipios (Comitán, Chicomuselo, La Independencia, Frontera Comalapa, Las Margaritas, La Trinitaria, Soconusco, Tzimol y Maravilla Tenejapa), A través del Comité Jurisdiccional de Estrategia para la Reducción de la Muerte Infantil (COJUERMI), se analizan las causas de mortalidad infantil y sus fallas. Su objetivo es contribuir a la reducción de la mortalidad infantil mediante el análisis de las causas de mortalidad y la evaluación de las acciones y resultados de los programas de salud en la entidad, alineándose al objetivo principal del CeNSIA (Lineamiento de Operación 2019).

Dentro del COJUERMI, la Minuta de Estrategias para la Reducción de la Muerte Infantil (MERMI), ha sido una herramienta clave para el PASIA, ya que los logros en la reducción de la muerte infantil en la región fronteriza son significativas, por lo que consideramos pertinente compartir tales experiencias a la vez que la proponemos como estrategias y/o política pública que coadyuven en la reducción de la mortalidad infantil en la franja fronteriza.

Metodología

Con el objetivo de describir el proceso de análisis que el COJUERMI lleva a cabo para dictaminar la pertinencia de los diagnósticos de enfermedad diarreica y de infecciones respiratorias agudas, se realizó un estudio cualitativo mediante observación participante (Hammersley 1994).

Las y el investigador autores de este capítulo son integrantes activos del Comité, lo que facilitó la observación metódica y estructurada de las prácticas sociales de los demás integrantes, identificando las rutinas de cada uno de ellos durante las sesiones de dictamen de casos.

Los actores principales son los profesionales de la salud designados por sus respectivas instituciones para fungir como representantes en las sesiones del Comité y son ellos los que participan en el proceso de dictaminar cada caso de muerte infantil, apoyándose para ello en los certificados de defunción, expediente clínico, descripción del proceso que los involucrados en la atención médica proporcionaron al paciente en cuestión, autopsia verbal a los familiares cercanos del paciente fallecido (autopsia verbal); para éste fin se entiende por autopsia verbal al procedimiento utilizado en salud para indagar sobre el padecimiento o los factores socioculturales alrededor del fallecimiento de algún enfermo; consiste en entrevistar a un familiar cercano a la persona fallecida, para que mediante su discurso se obtenga información sobre los factores que rodearon el padecimiento y muerte de la persona.

Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron observación participante y el intercambio dialógico con los integrantes del Comité, las entrevistas abiertas a familiares de pacientes fallecidos (autopsia verbal) a manera de narrativas vividas sobre el padecimiento (Cárdenas 2000, Cordero 2008), entrevistas a los profesionales que participan en el COJUERMI y revisión documental de cada caso sesionado.

También incluimos información sobre las percepciones del papel que cada uno de los participantes tiene al respecto de las sesiones y el impacto de su trabajo, a través de un cuestionario con preguntas abiertas, y se aplicó a los integrantes del comité. Las preguntas fueron: 1.- ¿Con qué ánimo acude usted a la reunión del COJUERMI?, 2.- ¿Qué le parece la dinámica para sesionar los casos clínicos en el COJUERMI?, y 3.- ¿Considera que el COJUERMI ha impactado en la reducción de la muerte infantil?

Retomaremos en esta investigación tres casos a manera de narrativas de las historias del padecimiento, desde las primeras molestias

hasta la muerte del paciente. De las autopsias verbales que se realizaron a los familiares de los niños fallecidos por mortalidad infantil, aplica para el primer caso por mortalidad infantil por Infección Respiratoria Aguda y segundo caso por Enfermedad Diarreica Aguda, cuya información se retoma de la siguiente pregunta: Me puede indicar las molestias que presentó su niño, desde que empezó a estar enfermo hasta que murió, y que fue lo que usted hizo (permítame que el entrevistado le informe libremente). En un tercer caso, se aplica la autopsia verbal para otras causas prioritarias en los menores de 10 años, retomando información de la pregunta abierta acerca de la historia de la enfermedad, en la cual se permite al entrevistado relatar sobre la enfermedad. En ambos casos, se hizo la aclaración de no interrumpir, a menos que sea para preguntar si hubo algo más después.

El documento está dividido en tres apartados que conforman los resultados de la investigación: contextualización del COJUEMI y dinámica de las sesiones realizadas para el análisis de casos, presentación de tres autopsias verbales realizadas a los familiares de los fallecidos, y análisis de los resultados de las entrevistas aplicadas a integrantes del comité.

Resultados

Contextualización y dinámica de las sesiones del COJUEMI

Dentro del Programa de Atención al Infante y Adolescente (PASIA), el COJUEMI es considerado una herramienta clave para el análisis de los factores asociados a la mortalidad infantil por infecciones respiratorias y diarreicas, contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de la atención, al interaccionar con el primero y segundo niveles de atención de las diferentes Instituciones que conforman el Sector Salud en nuestra región, bajo lineamientos establecidos de nivel federal.

Este Comité analiza las causas de las muertes infantiles, así como las fallas en el proceso de atención, en la infraestructura o en el hogar, con la finalidad de establecer estrategias y/o políticas públicas que coadyuven en la reducción de la mortalidad infantil.

Primeramente, cada inicio de año se procede a la instalación del COJUEMI. La cual se lleva a cabo previa invitación por escrito a los integrantes que conformarán el Comité, y se agregan los nuevos integrantes que se consideren necesarios o por algún cambio de integrante, para que se vayan sumando al grupo colegiado. En la reunión se pro-

cede a llevar un protocolo, con puntos importantes como la bienvenida a los asistentes, presentación de las funciones de los integrantes del COJUERMI, metas que se deben lograr según los indicadores establecidos en los lineamientos de las reuniones programadas y las realizadas, así como casos sesionados y dictaminados. En esta reunión se hace la entrega de reconocimientos a los integrantes del Comités por sus aportaciones en cada caso sesionado y dictaminado, así como su permanencia en dicho Comité, se establece el Calendario anual de reuniones y al final, se procede a la firma del Acta Constitutiva de Instalación del COJUERMI.

Se destaca que el COJUERMI está integrado multidisciplinariamente, ya que participan Pediatras, Epidemiólogos, Médicos Generales, Enfermeras, Trabajadora Social, Abogado. Los cargos son los siguientes: Un presidente, el Titular de la Jurisdicción Sanitaria No. III; Una vicepresidenta, el titular de la Coordinación de Salud Pública, Una Secretaria Técnica, la titular del área de PASIA, y vocales con participación interinstitucional, tales como el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS en su régimen Ordinario), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS hoy en su régimen Bienestar), Instituto de Seguridad Social de Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH), y Secretaria de Salud (SSA) con la participación de la Jurisdicción Sanitaria No. III, Hospital de la Mujer y Hospitales Básicos Comunitarios.

El actual comité está conformado por 36 participantes, de los cuales 22 son del sexo masculino y 14 son del sexo femenino, correspondiendo 27 a la SSA, tres al ISSSTE, dos de IMSS- Ordinario, dos de IMSS- Bienestar, dos de ISSTECH. De los 36 integrantes, seis son médicos especialistas, 19 médicos generales, cuatro licenciados en enfermería, una licenciada en trabajo social, dos licenciados en derecho, un licenciado en psicología, dos licenciadas en nutrición y un contador público.

De acuerdo al calendario anual que se establece para la operatividad del COJUERMI, se procede a realizar la reunión de acuerdo a las fechas, en donde se analizan los casos notificados por el área de Salud Pública de la Jurisdicción sanitaria No. III, de Comitán de Domínguez, Chiapas, los que son captados en el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED).

Una vez que se cuenta con el certificado de defunción, se analiza en el seno del COJUERMI, se procede a la investigación. Primero se

ubica la unidad microrregional de la Jurisdicción Sanitaria No. III a la que corresponde, a través de la microrregionalización Operativa de los Sistemas de salud. En esta base de datos se concentran las microrregiones, el municipio a que corresponde, clave de la unidad microrregional, nombre de la sede de la unidad, así como sus áreas de influencia, la distancia en que se encuentran y la Institución de salud responsable de brindar los servicios.

Además, nos apoyamos con los Equipos de Aseguramiento a la Calidad (antes Equipos Zonales de Supervisión), a quienes contactamos para que nos apoyen con la ubicación de la localidad en donde ocurrió el fallecimiento.

Una vez localizada la localidad de donde es originario el niño o niña que falleció, se solicita copia del expediente clínico del paciente vía oficio para analizar el tipo de atención que recibió en vida y el tipo de control que llevó en la unidad, donde esperamos que haya recibido atención por el motivo de la consulta ya sea IRAS ó EDAS, control nutricional, EDI (Evaluación del desarrollo Infantil), Vacunación, prevención de accidentes, prevención de maltrato infantil y prevención de Cáncer infantil.

En el caso que el certificado de defunción fue expedido en un lugar de fallecimiento diferente a su población de origen, se solicita por oficio copia los expedientes de la atención brindada al paciente, en los Centro de Salud de las Cabeceras Municipales, Hospitales Básicos comunitarios y/o Hospital de la Mujer, para integrar el expediente que será sujeto a revisión por el COJUERMI.

De forma paralela se gestiona ante las autoridades jurisdiccionales, los apoyos económicos para el pago de combustible y de viáticos para acudir a realizar la autopsia verbal (AV).

La AV se realiza dependiendo del diagnóstico de fallecimiento, y éstas son por IRAS, EDAS o por otras causas. Se trata de formatos establecidos, con una serie de preguntas a realizarse al familiar directo (madre, padre, abuelo, etc.), que conozca la causa del fallecimiento. Para llevar a cabo la AV, se procede a presentarse ante el familiar, se le explica el motivo de la visita y se le solicita de manera voluntaria su participación. Una vez que decide participar, se procede a realizar el cuestionario registrando la información. Una de estas preguntas refiere a la narrativa de lo ocurrido antes del fallecimiento. La AV se recaba respetando la narración del familiar interrogado, y que, en muchas ocasiones, no coincide con lo que informan los responsables de las microrregiones.

Al integrar el expediente con la información solicitada, se procede a la convocatoria a través de invitación vía escrita a todos los integrantes del COJUERMI, así como los participantes activos de las microrregiones que presentaran el caso. El día de la Reunión del COJUERMI se procede a pase de lista de asistencia, y posterior a ellos se da la bienvenida a todos los integrantes del COJUERMI, a los participantes de ese día, y se procede al análisis del caso. Para esto se solicita la participación activa del personal de la Unidad Médica involucrada en la atención médica del paciente fallecido. Cada participante, expone con una presentación en diapositivas, la información que considera relevante del caso clínico que se analiza y que permita dictaminar de manera correcta la causa del fallecimiento y de los factores que intervinieron en ello.

Analizado el caso, se procede a identificar las fallas de atención médica que pudieron presentarse: A.- Atribuibles a la atención médica, B.- Atribuibles a los servicios de salud y C.- Atribuibles a la atención en el hogar (se anexa formato).

A continuación cada integrante del COJUERMI, realiza sus anotaciones en el formato diseñado para dejar evidencias en el expediente clínico, y se procede a la deliberación del caso, ratificándose o rectificándose el diagnóstico original.

Al concluir el análisis de cada caso se procede a firmar el documento de dictamen final por todos los integrantes del COJUERMI que participaron en el proceso.

Al término de la reunión del COJUERMI, y del análisis de los casos sesionados, se procede a dar paso a la integración de la Minuta de Estrategias para la Reducción de la Muerte Infantil (MERMI), la cual lleva en su portada la siguiente: I.- datos de la institución, II.- datos de la defunción (datos generales del fallecido y causa de muerte), III.- causa de muerte según la Autopsia verbal, IV.- tipo de fallas detectadas, V.- acuerdos, VI.- responsable, VII.- cumplimiento del acuerdo. En el reverso de la minuta se incluyen VIII.- asuntos generales, IX.- acuerdos, X.- responsables, XI.- cumplimiento del acuerdo, XII.- nombre y firma del Jefe Jurisdiccional y Presidente del Comité.

Con base a la minuta se elabora el dictamen final en el que se ratifican o rectifican los diagnósticos del certificado de defunción, y en él se incluyen las siguientes variables: Nombre del niño o niña fallecida, folio del certificado de Defunción, fecha de la defunción, I.- Resumen (llenar después de haber dictaminado), II.- Fallas de atención en el hogar, III.- Fallas de la atención no médica, IV.- Fallas en la atención

Médica, V.- Fallas en la atención hospitalaria, VI.- Conclusión, VII.- Propuestas, así como las recomendaciones pertinentes. Al final, cada integrante del comité firma al calce y al margen, el dictamen.

La minuta en original y copia se envía a la Coordinación de Salud Pública, junto con una copia del Resumen clínico del caso y una copia del dictamen, para que se genere el Formato del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (FSEED) corregido para su ratificación o rectificación final, el cual se integra a la documentación (autopsia verbal, resumen clínico del caso, dictamen, MERMÍ, lista de asistencia de los integrantes del comité, certificado de defunción, FSEED, e informe mensual del CENSIA) que eventualmente se enviará a la Coordinación Estatal del PASIA, a Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

Ya integrado el paquete documental que se enviará a la Coordinación Estatal del PASIA para su análisis estadístico, se procede a la elaboración de las recomendaciones que se les hará llegar a los involucrados (responsable de la unidad de salud y su equipo de trabajo, responsables de algunos programas de salud, coordinadores de salud, directores de hospitales, jefes Jurisdiccionales, Delegacionales y Estatales), con la finalidad de que esta información permita mejorar los procesos de atención médica y de esta manera contribuir a la disminución de la muerte infantil.

A dichas recomendaciones se le da seguimiento estricto, para ser presentadas al seno del Comité, e informar de los avances.

Narrativas sobre el padecimiento desde la visión de los familiares (autopsias verbales)

A continuación, presentamos el resultado de las AV, que como ya se mencionó en líneas se obtiene de manera voluntaria de los familiares que mejor conocieron la evolución de la última enfermedad que llevó a la muerte del niño o niña. Estas narrativas nos permiten conocer la percepción de los familiares en el proceso de atención, ante la muerte infantil. Los datos de identificación del infante y sus familiares se omiten por normas éticas para la investigación, y se identifican por el número de casos.

En nuestros análisis las autopsias verbales han sido de utilidad para rectificar diagnósticos erróneos emitidos por personal no capacitado para la certificación correcta. Los siguientes son ejemplo de ello:

Primer caso:

Estábamos en la casa, el niño estaba jugando, entró mi esposo de su trabajo pidió un vaso de agua se lo bebió, teníamos rambután mi esposo se lo dio al niño y se salió sin avisar. El niño se empezó a comer un rambután que le dio el papá, y se lo dejó solo porque él se fue nuevamente a trabajar, cuando nos dimos cuenta el niño como que se ahogaba, entonces mi hijo mayor empezó a auxiliarlo, como no respondió, se lo dio a su mamá y ella pidió auxilio con la gente que estaba en la tienda y ellos le dijeron que lo llevaran al hospital, donde como media hora salieron avisar que el niño ya no llevaba signos vitales y que no podía hacer nada, y ahí estuvimos ya tarde que por que iba a llegar no se quién”

El fallecimiento había sido certificado como «neumonía» y se decía que el paciente había llegado al hospital en donde le habían intentado reanimar sin embargo, en el hospital no se encontró expediente del paciente que proporcionara información sobre la atención que se le brindó ni se tenía conocimiento del trámite legal que el personal del hospital había realizado ante el Ministerio Público, como procede ante los casos de un paciente que llega muerto al servicio de urgencias.

Mediante la AV se logró saber que, al no llegar el responsable del Ministerio Público, los familiares decidieron llevarse el cuerpo y fue un médico particular quien certificó el fallecimiento como neumonía. En este caso, la AV permitió corregir el diagnóstico de fallecimiento, dictaminándose como ahogamiento por semilla de rambután.

El dictamen final emitido por el COJUERMI permitió mejorar la información estadística de los fallecimientos al confirmarse en este caso la muerte por accidente y no por IRA.

En otros casos la narración del familiar del infante fallecido, nos permite ratificar los diagnósticos de fallecimiento, al describirnos de manera detallada la evolución del paciente desde su ingreso al hospital hasta su fallecimiento, pudiendo de esta manera identificar aciertos o fallas en el tratamiento, así como el grado de satisfacción por la atención médica otorgada. La descripción del padecimiento por parte del familiar también permite conocer los determinantes sociales que dificultan la búsqueda de atención médica. Los siguientes dos casos son ilustrativos de ello.

Segundo caso:

Comenta la señora Y que el día 31 de mayo del 2018, en la mañana su niña estuvo bien, que le dio fórmula *L NANI*, que le recomendaron en el Hospital de la Mujer cuando su niña nació, porque dice que ella no tuvo leche, sigue comentando que su niña tomó tres onzas, la cual se la daba cada 2 ó 3 horas, a cada rato le gustaba comer, a la hora de la comida tomó su leche bien –comió bien- tomó su leche, más el suero que le dieron acá en la unidad de salud, pero en la tarde como a las 6 pm, la vi muy triste a mi niña, le comenté a mi esposo, y decidimos llevarla al Hospital de la Mujer (por sus propios medios), de hecho pagamos viaje especial (se le pregunta si pasaron al *CESSA* en La Independencia, pero refieren que ya no, porque sino pagarían doble viaje especial, que decidieron que mejor de una vez hasta el Hospital de la Mujer).

Al llegar al Hospital de la Mujer, atendieron a su niña, le dijeron que la iban a tratar de su deshidratación que presentaba, en el Hospital de la Mujer les preguntaron que si traían carro particular, dijeron ellos que viaje especial, les explicaron que era necesario que la niña se quedara hospitalizada en urgencias aunque sea una noche para que se mejorara, y así lo hicieron.

Al siguiente día, es decir el 1 de Junio, ¿verdad? (le pregunta a su esposo); le estaban haciendo sus papeles para el alta de su niña, cuando les avisaron que se le subió la temperatura a su niña, entonces les dijeron que mejor se esperaran a que estuviera mejor, pero a la temperatura subía y bajaba, así estaba, y como a las 12 del día de ese día viernes, aumentó la diarrea, ahí sí miresté con sangre –yo pensé que era por la leche *Alfare* que le dieron en el Hospital y aumentó su pancita “y se creció así miresté” señalando en su abdomen con sus manos- así estuvo toda la noche.

El día sábado nos dijeron que la niña estaba mal, muy mal, que se había hinchado todita, y nos pidieron firmar autorización para que le pincharan por acá (señala en su cuello lado derecho) para colocarle un catéter de su lado derecho, y la durmieron a mi niña. Luego le colocaron una sonda en la boca, para sacar lo que tenía en su pancita, como estaba dormidita, ya no le vi que abriera sus ojitos.

Entre el sábado y domingo nos dijeron que mi niña estaba muy mal, que era necesario trasladarla a Tuxtla, porque no tenían cirujano, sin embargo, el domingo llegó el cirujano, y le hizo ultrasonido y les dijeron que la tripa intestinal gruesa estaba rota. Así que ya no hubo necesidad de trasladarla a Tuxtla.

Como al mediodía del domingo, más o menos así, operaron a la niña, y cuando el doctor terminó, salió a enseñarles la foto que le tomó con su celular a su niña, y les explicó la gravedad de su niña, que se iba a hacer todo lo que estuviera en sus manos para salvarla, y les dijo que no se explicaba que una niña de 6 meses, presentara apendicitis perforada. El doctor que operó a la niña les enseñó la foto con su celular, y se veía bien feo su pancita de mi hijita.

También les dijo que su niña era la más grave en el hospital, que les iban a estar informando. Así estuvo esos días, hasta como el día 8 de junio, que nos dijo el doctor que la tripa intestinal estaba avanzando y que estaba grave y muy mal, y les dijeron que la tenían que operar de nuevo, y les dijeron que corría el riesgo de quedarse en quirófano, pero que de todas maneras la iban a operar, pero necesitaban que firmáramos los papeles.

La operaron y dos horas después les informaron que de la cirugía había salido muy bien, y que quedó en UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos), y nos entregaron la tripa perforada y que esperaban que no siguiera avanzando. Así estuvo varios días en el Hospital.

>>Interviene el papá, y dice mireste nosotros doctora, yo hice todo lo que me pedía, que necesitaban medicamentos, que porque el hospital, no tiene, y los que tiene son poco efectivos, con pocos medicamentos nos apoyaron del Hospital de la Mujer. Todos los días que me pedía, porque necesitaba a cada rato, diario, diario, yo se los compraba sus medicamentos pa mi hijita, y pa que decir, nosotros le luchamos. Ahí cuando nos informaban, ahí lo dábamos el medicamento que nos pedían, los días sábado y domingo, solo nos informaban una vez al día de su salud de mi hijita, de lunes a viernes, ahí sí nos informaban dos veces al día<<

Continúa la mamá, y comenta que el día domingo por la noche, nos avisan que a lo mejor mi niña no pasaba la noche, pero el lunes ya no nos dijeron nada, sino hasta a las seis de la tarde, hasta esa hora nos avisaron que la niña empeoró; y pa' que más que decir la verdad; me molestó mucho, como mamá, porque en otros días, de lunes a viernes nos avisaban en la mañana, y ahora resulta que no nos dijeron nada. Y me molesté, alegré con los del Hospital, porque no nos habían dicho nada; <<yo le dije a mi esposo, ya no nos dijeron nada, yo creo la niña sigue mejor, porque siempre nos avisaba>> hasta que nos dieron la mala noticia que la niña falleció; fue la licenciada, la doctora, les dio la noticia, ella les explicó que se luchó, pero que la niña cayó en paro, y que falleció; eso si mireste -hace una pausa la señora, y termina diciendo- solo Dios sabe cómo se siente uno.

El papá comenta, los invito a que se unan en el trabajo, lo digo por los trabajadores del Hospital de la Mujer, mireste nosotros estudiamos la palabra de Dios, somos de la religión “Jesús el buen pastor”, y en estos días que yo estuve en el Hospital de la Mujer, con lo de mi hijita, miraba yo como es que los trabajadores del Hospital no están unidos, habían un doctorcito que como me gustaba su carácter, bien a todo dar, bien trabajador, pero los otros en lugar de apoyarlo solo andaban discutiendo, y parecía que estuvieran en contra de él y se ve mal pues, no sé qué les pasa, que ya no quieren trabajar en armonía, unidos. Después de esto que pasó con mi niña, fijese que me quedó una reflexión, que si llegan a necesitar sangre, yo voy a donar, porque la verdad, le batallamos con la sangre de mi hijita, y a veces no valoramos, hasta que nos pasa. Mucha gente llega a donar sangre, a mí me toco donar y no entendía lo importante que es donar sangre, es salvar vidas, y esto lo entendí, ya con lo que pasamos con mi hija. Gracias a que había sangre, así me lo dijeron en el Hospital de la Mujer, a mi niña le pusieron sangre. Fijese que cuando nos pidieron sangre, nos cobran \$900.00 por las plaquetas, me cobraron esa cantidad y eso que era yo donador, porque se tenía que llevar a Tuxtla, pero gracias a que le dieron de acá del Hospital de la Mujer, ya no fue necesario que se llevara y ya no gastamos esa paga.

En este caso se pudo rectificar el diagnóstico de fallecimiento de la niña, confirmándose que había fallecido por complicaciones médico-quirúrgicas de una apendicitis.

La AV nos describe detalladamente los vericuetos que está familia vivió en la atención médica de su hija, desde el inicio del padecimiento hasta su fallecimiento. Describe sus observaciones sobre la dinámica de trabajo del personal de salud, sus dificultades, sus relaciones interpersonales, la carencia de insumos, medicamentos y de personal, la relación médico-paciente, algunos de los procesos administrativos.

Esta AV aporta importantes elementos desde una visión externa, para mejorar los procesos de atención de los servicios de salud, en especial los de los Hospital que atendieron a esta paciente.

Tercer caso:

Fue como a las nueve de la mañana del domingo 23 de julio del 2017, que miré que tenía un poco de calentura por eso le di gotas de tempra y le puse en la cabeza unos trapitos mojados, se le quitó en todo el día. Fue en la tarde cuando volvió a tener otra vez calentura, pero ya tenía tos cada

rato por eso lo llevamos al Hospital como a las cinco de la mañana. Ahí nos dijo la enfermera que atiende afuera, que no había pediatra, porque estaban en huelga, nos venimos a la casa, como en la noche no durmió por la tos lo llevamos con un doctor particular en Villa las Rosas, con el doctor X, él le dio medicamento y nos dijo que volviéramos en tres días, pero si continuaba con fiebre, si seguía durmiendo y no recordaba o si respiraba muy rápido que regresáramos antes. El martes ya no tenía calentura, tenía poca tos, el jueves ya se le había quitado la calentura y la tos, ya estábamos contentos que estaba mejor, como no teníamos dinero para ir a la cita con el doctor X ya no fuimos. Fue en la noche ya en la madrugada del 28 de julio como a la uno cuando desperté y vi que empezó a meter sus ojitos bien feos y a convulsionar, por eso nos fuimos al hospital bien rápido, ahí convulsionó dos veces, presentó mucha tos y vomito sangre. En el hospital lo revisaron, le sacaron radiografía ultrasonido y le sacaron sangre para hacer estudios como a las once de la mañana un doctor ya viejito como de 70 años nos explicó que lo iban a intubar que estaba grave. A las cuatro de la tarde me hablaron que me despidiera, porque ya le había dado un paro ya estaba en las últimas, así fue que murió mi niña. Estoy muy agradecida con los doctores del hospital, hicieron la lucha con mi niña, pero no se logró. Le pedí a la trabajadora social que me ayude con mi hija que le pongan algo para que no quede embarazada otra vez, me dijeron que no se puede que es un delito, porque es sin su voluntad de ella. «Ayúdeme doctora, porque mire es una niña que no piensa como los demás de su edad»

En este caso se trataba de una lactante, hija de madre adolescente de 14 años de edad con retraso mental, de la cual se desconocía la identidad del padre y las circunstancias del embarazo y se entreveía la posibilidad de otra gestación no esperada.

Los comentarios vertidos por el familiar en la AV, nos refleja la aceptación (incluso la resignación) del fallecimiento como un proceso que se vive a diario por las familias de nuestra región.

Así mismo la angustia de la abuela ante la imposibilidad de poder evitar otro embarazo en la madre adolescente.

Nos muestra también las contingencias laborales de las instituciones, ante la carencia de medicamentos, falta de espacio hospitalario y de recursos humanos.

En este caso se confirmó y por lo mismo se ratificó el diagnóstico de neumonía, como causa básica del fallecimiento, además de otras complicaciones como sepsis y neuroinfección.

Percepciones sobre el trabajo de los integrantes del Comité

Se podría pensar que el análisis de la atención médica otorgada a los pacientes fallecidos, que en no pocas ocasiones identifica las debilidades que el Sector Salud tiene, afecta de manera negativa el ánimo de los participantes en las sesiones de dictaminación y que por lo tanto, estos profesionales se opusieran a ellas, sin embargo, el interés por participar aumenta de manera importante y se acude a cada sesión mensual con el propósito de mejorar los procesos de atención en cada una de sus unidades médicas.

Para documentar la percepción que los integrantes del COJUERMI tiene de este Comité, se aplicó una encuesta con tres cuestiones:

¿Con qué actitud acude usted a la reunión del COJUERMI? nos permitió identificar la animosidad con la que los miembros del Comité acuden a las reuniones, sabiendo que los temas a discutir tienen que ver con la atención otorgada a los pacientes y en que en no pocas ocasiones, se observan fallas.

La segunda pregunta ¿qué le parece la dinámica para sesionar los casos clínicos en el COJUERMI? nos dio un panorama general para valorar la calidad de las sesiones y por lo mismo, la incorporación propositiva de todos los integrantes.

Las respuestas a la tercera cuestión ¿Considera que el COJUERMI ha impactado en la reducción de la muerte infantil? nos ofreció una perspectiva de los cambios que se han podido realizar al interior de todas las instituciones de salud participantes en el Comité, tomando en consideración que el objetivo prioritario del COJUERMI es la mejora en la atención y la reducción de la mortalidad por EDAS e IRAS en la población infantil menor de cinco años

Actitud con la que se acude a las reuniones del COJUERMI
Las respuestas a esta pregunta se organizaron en dos categorías (aquellos que acuden con buena actitud y aquellos que acuden con actitud diferente) se observó que un 80% de los integrantes del COJUERMI refieren acudir “con buena actitud y ánimo de colaboración, utilizando frases como:

Con la mejor actitud con la finalidad de mejorar en los servicios de salud para un mejor beneficio de nuestra población y con el objetivo primordial de incidir a través de las estrategias reduciendo los casos de mortalidad infantil” (ISECH).

Debido a que la reunión se hacen muchas críticas constructivas que enriquece, se me hace muy interesante por lo que acudo con interés” (IMSS-Bienestar).

Cada una de las reuniones que se llevan a cabo, son una retroalimentación y aprendizaje, para mi persona como personal de salud. De esta manera se van creando nuevas y mejores estrategias para dar una mejor atención a pacientes y disminuir la mortalidad infantil y ser aplicadas en nuestras áreas de trabajo” (ISECH).

Únicamente el 20% de los integrantes del COJUERMI acude «para dar cumplimiento a una instrucción» utilizando frases como: «tratando de participar de manera productiva» (un integrante del ISECH), «pensando que debo estar» (otro integrante del ISECH) y «lamento que lo que siempre se sesiona son muertes».

De las diferentes respuestas a esta cuestión se desprende que la mayoría de los integrantes encuentran en el Cojuermi la oportunidad de hacer propuestas que han creado y mejorado las estrategias de atención a los pacientes que son atendidos por las diferentes instituciones en el primero y segundo nivel de atención lo que permite adelantar el impacto en la reducción de la mortalidad.

Existe la preocupación de que lo que sesiona son muertes situación que se ha tomado en cuenta y se tiene planeado incluir la discusión de caso de morbilidad para analizar los tratamientos y poder identificar factores de riesgo que puedan ser modificados antes de que se presenten los fallecimientos.

Opinión sobre la dinámica de las sesiones para el análisis de los casos clínicos

De los resultados obtenidos en la pregunta dos, la percepción de los integrantes del COJUERMI es que les parece buena la dinámica en un 95%, utilizando frases como: «Me parece bien. Cada vez se hacen más participativas las sesiones. Las Recomendaciones que el Comité emite, generalmente son aceptadas» (ISSSTE), «A medida que se llevan a cabo dichas reuniones, van creando estrategias para mejorar las dinámicas en cada reunión. Todo es un trabajo de equipo interdisciplinario, para lograr los objetivos propuestos» (ISECH), «La dinámica me parece buena, y más la de incluir a las partes involucradas en la atención de los menores fallecidos. Así mismo considero importante que cada uno

como parte del comité, podemos emitir nuestras recomendaciones a quien corresponda» (ISSTECH).

Las opiniones al respecto van en el sentido de que las sesiones son muy buenas y han mejorado, haciendo cada vez se hacen más interesantes y resolutivas, emitiendo recomendaciones que generalmente son aceptadas por las partes involucradas en la atención de los pacientes. Las sesiones se desarrollan de manera crítica pero con entusiasmo y espíritu de colaboración entre todos los integrantes lo que permite la propuesta de mejoras en la atención de los pacientes, involucrando al personal directivo y operativo de las diferentes instituciones del Sector Salud en la Región. La manera de como se desarrollan las reuniones ha servido para que también se vea como una oportunidad de desarrollar un modelo de educación continua en salud, permitiendo la retroalimentación entre todos los integrantes por lo que ya se han desarrollado y llevado a cabo diferentes programas de capacitación para el personal de salud tanto de las Instituciones Públicas y Privadas de los dos niveles de atención de la región.

Percepción del impacto que el COJUERMI ha tenido en la reducción de la muerte infantil de la región.

Los integrantes del Comité consideran que, aunque no se cuentan con resultados estadísticos evidentes, las actividades y estrategias implementadas por el COJUERMI ha merecido el reconocimiento de los involucrados en la atención directa de los pacientes y de las mismas autoridades institucionales ya que a partir de las recomendaciones que se han emitido, se ha podido observar modificaciones a los sistemas de referencia y contrarreferencia, mejoras en la calidad de atención en los servicios de urgencia tanto a nivel de los hospitales como en las clínicas de atención primaria lo que permitirá a futuro observar el grado de impacto que se ha tenido en la disminución de la mortalidad infantil. Aunque la percepción de todo el Comité es que sí se ha tenido un impacto favorable en la atención de los pacientes y por ende, es probable que se haya disminuido la mortalidad, para todos queda claro que ésta es multifactorial, por lo que la mejora en los procesos de atención médica por sí sola no es garantía de una disminución sustancial de la muerte infantil, por lo que es necesario mejorar la interacción con los niveles de gestión con las autoridades competentes y con la sociedad con el fin de obtener un impacto más favorable, haciéndolo evidente estadísticamente y alcanzando los indicadores respectivos.

Conclusiones

De los resultados obtenidos en el análisis que se realizó de las diferentes etapas del proceso del COJUERMI, de las percepciones de los integrantes del COJUERMI, y de las narrativas que manifiestan los familiares en las autopsias verbales, llegamos a las siguientes conclusiones: El Comité Jurisdiccional de Estrategia para la Reducción de la Muerte Infantil (COJUERMI), integrado de manera multidisciplinaria e interinstitucional funciona de acuerdo a los lineamientos que establece nivel federal de salud.

Tiene como finalidad implementar reformas y estrategias de atención médica para la reducción de la mortalidad infantil, desde los niveles comunitarios, reconociendo las capacidades locales y experiencias que posibiliten mejores condiciones de vida de la población en general y de la infantil en particular.

Para alcanzar sus objetivos se requiere de compromiso y responsabilidad en la participación en el Comité, que si bien se encuentra legalmente establecido, depende mucho de la sinergia que se ha logrado entre los que integramos del COJUERMI, destacando en la mayoría, el espíritu de servicio, el entusiasmo, el liderazgo, la actitud positiva y propositiva de muchos, la solidaridad, lo cual ha definido una forma de sesionar y participar en el Comité.

Se pueden lograr grandes avances en la investigación mediante la sistematización de los casos de autopsias verbales y demás datos clínicos, para visibilizar los alcances y mejoras de los sistemas de salud. De forma particular, hemos logrado en la Jurisdicción Sanitaria No. 111, posicionar el tema de mortalidad infantil y el reconocimiento en nuestra región de esta labor. El reto ahora es implementar este Comité al interior de los hospitales dentro del marco legal y bajo los lineamientos oficiales.

En síntesis: Los Comités de Análisis de la Mortalidad Infantil como el COJUERMI son una herramienta estratégica que en nuestro caso ha posibilitado mejoras en los procesos de atención en el primer nivel de atención, a través de la comunicación interinstitucional para la referencia de pacientes menores de cinco años.

Se ha mejorado el sistema de vigilancia epidemiológica lo que puede contribuir a la disminución de la muerte infantil.

El COJUERMI es un espacio que ofrece la posibilidad de discusión y análisis de casos de mortalidad infantil en la Jurisdicción Sanitaria No. 111 de Comitán de Domínguez, Chiapas, México, para generar

SECRETARÍA DE SALUD
 INSTITUTO DE SALUD
 JURISDICCIÓN SANITARIA No. III, COMITÁN
 COORDINACIÓN DE SALUD PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE PASIA
 PROGRAMA EDAs - IRAs



GOBIERNO DEL
ESTADO DE CHIAPAS



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

RECOMENDACIONES DEL COJUERMI

Fecha de Dictamen: _____

Nombre (caso dictaminado): _____ Edad: _____ Sexo: _____

FALLAS DETECTADAS	RECOMENDACIONES
A.- ATRIBUIBLES A LA ATENCIÓN MÉDICA: El personal de salud: A1.- No indicó cuando regresar a la unidad, A2.- No capacitó sobre signos de alarma, A3.- Indicó medicamentos injustificadamente, A4.-No refirió oportunamente al paciente para su atención en el hospital, A5.-No identificó los factores de mal pronóstico, A6. Dio de alta al paciente en forma prematura, A7.-Aplicó el tratamiento inadecuado, A8.-Realizó el diagnóstico incorrecto, A9.-No brindó atención a pesar de que el familiar la solicitó, A10.-OTRO (Especifique: por ejemplo fue atendido por personal no médico, etc).	
B.-ATRIBUIBLES A LOS SERVICIOS DE SALUD: B1.- No se contaba con equipo e infraestructura adecuado para la estabilización y/o atención del paciente, B2.- Carecía de medicamentos. B3.-No contaba con una red de apoyo para el traslado oportuno del paciente a otro nivel de atención (ambulancia, vehículo de la comunidad, apoyo de protección civil, etc.).B4.- Inaccesibilidad geográfica de la unidad de salud, B5.- La unidad se ubica a más de 30 minutos de la comunidad, B6.- OTRO (Especifique,).	
C.-ATRIBUIBLE A LA ATENCIÓN EN EL HOGAR: C1.-No utilizó correctamente el tratamiento indicado (Especifique cuál y por qué), C2.- Le suspendió los alimentos, C3.-No solicitó oportunamente la atención médica por no identificar los signos de alarma, C4.-Utilizó medicamentos sin prescripción médica, C5.- No trasladó al paciente al hospital cuando se lo indicaron, C6.- Desconocía la ubicación de la unidad de salud, C7.- No contaba con recurso económico para llegar a la unidad, C8.- OTRO (Especifique)	

Nombre del participante: _____

Institución: _____

políticas locales, que poco a poco están dando resultados positivos, las cuales deben proponerse como políticas públicas a nivel federal, ya que en la población infantil menor de cinco años, las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas, son una prioridad de atención.

El COJUERMI se ha constituido como un eje para implementar acciones que tiendan a mejorar el conocimiento en salud en el primero y segundo niveles de atención y ofrece la oportunidad de desarrollar programas de investigación epidemiológica que permita mejorar las estrategias y procesos de atención médica en la región.

Bibliografía

- Cárdenas R. 2000. El uso de la autopsia verbal en el análisis de la salud. Estudios demográficos y urbanos, 15: 667-678. Sitio web: <http://dx.doi.org/10.24201/edu.v15i3.1090>
- Cordero Valdivia Dilbert, Bocaletti E, Alvarado CR, Chávez E, Pooley B (2008). Autopsia verbal: una herramienta para determinar las causas de mortinatalidad y mortalidad en la. *Rev Soc Bol Ped*; 47 (3): 144 – 54. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v47n3/a03v47n3.pdf>
- Hammersley, Martyn y Atkinson, Paul.1994. Etnografía. Métodos de investigación. Barcelona. Paidós.
- Lineamiento de operación del COERMI. 2019. Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad de la Infancia. Centro Nacional Salud de la Infancia y la Adolescencia. SSA.
- Lineamiento de operación EDA. 2019. Prevención, control y tratamiento de las Enfermedades Diarreicas Agudas. Centro Nacional Salud de la Infancia y la Adolescencia. SSA.
- Lineamiento de operación IRA. 2019. Prevención, control y tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas. Centro Nacional Salud de la Infancia y la Adolescencia. SSA.
- Lineamiento PASIA (2019). Centro Nacional Salud de la Infancia y la Adolescencia. SSA.
- Manual de EDAS. 2010. Enfermedades Diarreicas Agudas, prevención, control y tratamiento. SSA.
- Manual de IRAS. 2012. Enfermedades Respiratorias Agudas, prevención, diagnóstico y tratamiento. SSA.
- Martínez M. 2005. Normatividad en Investigaciones de Seres Humanos. Disponible en: https://www.uis.edu.co/webUIS/es/investigacionExtension/comiteEtica/normatividad/documentos/normatividadInvestigacionenSeresHumanos/13_Investigacionetnografica.pdf
- PAT PASIA. 2019. Plan Anual de Trabajo PASIA. Jurisdicción Sanitaria No. III, Comitán, Chiapas. SSA.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Estimación basada en las proyecciones de la población de México 2010-2050, del Consejo Nacional de Población y de datos de mortalidad 2013-2016.
- SUIVE. 2018. Sistema de Información Estatal de Vigilancia Epidemiológica. Corte 2017. Jurisdicción Sanitaria No. III, Comitán de Domínguez, Chiapas, México. SSA.
- SUIVE. 2019. Sistema de Información Estatal de Vigilancia Epidemiológica. Corte 2018. Jurisdicción Sanitaria No. III, Comitán de Domínguez, Chiapas, México. SSA.
- SIS. 2018. Sistema de Información en Salud. Subsistema de presentación de servicios. Corte enero 2018. Jurisdicción Sanitaria No. III, Comitán de Domínguez, Chiapas., México. SSA.
- SEED. 2018. Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones. Corte 2017. Jurisdicción Sanitaria No. III, Comitán de Domínguez, Chiapas., México. SSA.

Agradecimientos

Agradecemos al Fondo Institucional de Fomento Regional para el Desarrollo Científico, Tecnológico y de Innovación (Fordecyt) del Conacyt, por el financiamiento del proyecto «Región Transfronteriza México-Guatemala: Dimensión Regional y Bases para su Desarrollo Integral (Primera Fase, 2017-2018)». Este apoyo permitió la colaboración de un grupo de investigadores con experiencias en salud transfronteriza de México y Guatemala, en el reconocimiento de las capacidades locales para enfrentar hasta ahora las emergencias epidemiológicas e intercambio de conocimientos, recursos materiales y humanos de los servicios de salud. Durante el proyecto realizamos entrevistas a diversos responsables de las unidades médicas y jurisdicciones sanitarias en México y Ministerio de Salud en Guatemala. El equipo de trabajo con el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Comitán y médicos del Ministerio de Salud de Huehuetenango, Guatemala, resultó en una riqueza de intercambio de experiencias y conocimientos sobre la RTMG y las autoridades compartidas en ambos países para este libro. Gracias por la colaboración y el compromiso de todos y todas para alcanzar los objetivos del trabajo de campo con la población que nos recibió en sus comunidades. Seguramente se quedó información guardada, expectativas no cumplidas y experiencias no comentadas, con lo que queda el reto de continuar haciendo esfuerzos para la atención en salud transfronteriza, con propuestas y estrategias desde las poblaciones que viven estas condiciones de salud.



Este proyecto tiene un corte transversal, pero reúne todas las experiencias de investigación, la recopilación de experiencias de vida laboral en el sistema de salud, que es el caso de los médicos o prestadores de servicios, asimismo la oportunidad de compartir historias de éxito y frustraciones por problemas que nos han rebasado en la práctica como profesionales de la salud. El proyecto nos brindó la oportunidad de reflexionar sobre viejos padecimientos como la tuberculosis, el dengue y la desnutrición que redescubrimos como problemas de salud pública irresueltos y recrudescidos en contextos indígenas y de pobreza. Nos sorprendió el incremento en la prevalencia y mortalidad de la diabetes, los retos para la prevención y tratamiento, así como las historias de largos procesos de búsqueda de atención y adherencia a medicamentos y prácticas preventivas.



La definición de los problemas de salud pública se construyó durante la revisión de estadísticas oficiales, pero también del análisis de las charlas informales con personal de salud, las entrevistas en profundidad con los directores de unidades de salud, jefes jurisdiccionales en Chiapas y directores de datos de Huehuetenango—información de la praxis que complementa y cuestiona los datos cuantitativos—. Durante el taller comprendimos cuáles son las percepciones sobre los escenarios de riesgo para la salud en la RTMG, se jerarquizamos los retos y propusimos planteamientos del quehacer en la atención a la salud pública desde los mecanismos institucionales.

*Este libro se terminó de imprimir
en el mes de noviembre del año de la cuarentena por
Covid del 2020 en los
Talleres Contrerras en la Ciudad de México.
Los participantes estamos consternados
ante la situación sanitaria
que de antemano ya se describía
en cada capítulo de este libro
como panorama de riesgo
provocado por
el estilo
de
vi-
da
neo
li
be
ral.
Antes
de que el tiempo
se nos acabe, trabajemos
por la sensibilización de servidores
de salud a cargo de políticas públicas que
promuevan estilos de vida basados en la soberanía
alimentaria con el fin último de reducir las
prevalencias de enfermedades derivadas de la
alimentación industrializada.
Su diseño estuvo a cargo de Tlapalabrería Ediciones:
tlapallibros@hotmail.com y en éste se usaron
fuentes de la familias Gandhi Sans para
titulares y paratextos, mientras que el texto
corrido se compuso en Minion Pro.*

