

# Salud-Enfermedad-Atención en Chiapas, México

Una visión académica

Dra. Laura Elena Trujillo Olivera, Dr. Néstor Rodolfo García Chong, Mtro. Octavio Orantes Ruiz  
Mtra. María de los Ángeles Cuesy Ramírez

## Nota sobre los autores

Cuerpo académico Promoción y Educación para la Salud  
Universidad Autónoma de Chiapas

Cuesy, M., García, N., Orantes, O. y Trujillo, L. (2014) Salud-Enfermedad-Atención en Chiapas, México. Una visión académica. *Espacio I+D Innovación más Desarrollo*, 3 (4) 108-140.  
Recuperado de [http://www.espacioimasd.unach.mx/suplemento/espacioimasd\\_vol3\\_no4.pdf](http://www.espacioimasd.unach.mx/suplemento/espacioimasd_vol3_no4.pdf)

## Introducción

Iniciando la segunda década del siglo XXI, la situación que guarda la salud-enfermedad-atención en la población del estado de Chiapas observa atributos de mayor complejidad respecto a la de dos décadas anteriores.

Resulta indudable que los actuales cambios sociales matizan con acentuada intensidad los componentes del bienestar humano que pretenden describirse, sin embargo, conviene recordar que la salud humana no es más que el resultado de la interacción de sus determinantes tanto distales como proximales, en el actual modelo dominante de explicación del fenómeno. Es por ello que cobra particular relevancia la asociación con su contraparte, la enfermedad y se conceda énfasis a la atención médica, por consecuencia.

Como parte de la descripción debe reconocerse que subyace en cada componente la idea de contradicción, que no es más que la disonancia entre la realidad percibida y los discursos oficiales; entre las políticas económicas que pretenden lograr el desarrollo y la mayor carga de enfermedad, bajo el supuesto de que a mayor desarrollo habría mayor bienestar y calidad de vida en los grupos sociales.

Por lo anterior, este material se organiza en los tres grandes ejes que otorgan título al trabajo, iniciando con la salud y sus determinantes, continúa con la enfermedad y por último, la atención médica, dentro del modelo oficial; esta lógica obedece al propósito de conferir la fundamentación para el rediseño curricular de una licenciatura en Medicina.

Este apartado describe las principales características de Chiapas con relación a los problemas de salud, por su complejidad se consideraron en particular dos grandes rubros: la marginación y la multiétnicidad.

El material está dedicado a los estudiantes de Medicina, tiene el propósito de colocar información sistematizada a su alcance, para contribuir a desarrollar su *conciencia de la necesidad de servir*.

---

<sup>1</sup> Los determinantes de salud son todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la condición de salud de las personas, interactuando a diferente nivel de organización, definen o determinan el estado de salud de una población. Se organizan en dos categorías principales: proximales o microdeterminantes y distales o macrodeterminantes; estos últimos aglutinan las variables de grupo y sociedad, atributos poblacionales (OPS, 2002).

## 1. La salud y los determinantes sociales

Como se afirmó antes, en el modelo hegemónico la salud humana es el resultado de una serie de aspectos que lo condicionan, bajo el rubro de macro-determinantes se agrupan las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y ambientales; muchas de las cuales no se han modificado radicalmente, puesto que todo cambio social obedece a una lógica, ha de vencer la inercia, ha de ajustarse al ritmo de los procesos macroeconómicos.

Los procesos de globalización tienen expresiones locales insoslayables. El cambio social que se observa en el país y en particular en el estado de Chiapas, obliga a proponer alternativas de atención a las consecuencias que devienen en problemáticas complejas en la calidad de vida de los grupos sociales, particularmente en el ámbito de la salud.

En la visión dialéctica de la salud-enfermedad se reconoce que el deterioro ambiental tiene efecto sobre la calidad de vida de los grupos sociales, que al no encontrar opciones para ocuparse productivamente y satisfacer las necesidades básicas optan por migrar. Actualmente la migración se ha acentuado en Chiapas, tanto en sentido rural-rural como rural-urbano y hacia distintos destinos del país y los Estados Unidos. El índice de desarrollo humano se mantiene en los recientes años; el perfil epidemiológico está en franca dirección hacia las enfermedades crónico no transmisibles y se observa un estadio temprano de la transición demográfica. En este sentido, existe un cambio sustancial en las políticas sociales, de diferente naturaleza, que impactan de alguna manera sobre la condición salud.

### El contexto socioeconómico de Chiapas

Ubicado en el sureste de México, Chiapas tiene una población de 4' 796, 580 habitantes<sup>2</sup>, la mayoría de los cuales presenta una condición económicamente precaria, que configura formas de vida potencialmente patogénicas, desde el punto de vista de las

---

<sup>2</sup> INEGI. Resultados del XII Censo General de Población y Vivienda 2010. Disponible en [http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta\\_resultados/iter2010.aspx](http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2010.aspx)

<sup>3</sup> OPS. Módulos de principios de epidemiología para el control de las enfermedades. 2ª. Edición Washington, D.C., 2003

determinantes de la salud<sup>3</sup>. Algunos indicadores que explican la vulnerabilidad de la población en Chiapas se resumen en el Cuadro 1.

<b>Población (2010)</b>	<b>4' 796, 580</b>
% Población de 15 y más años que no sabe leer y escribir	17.91
% Población de 15 y más años sin primaria completa	37.13
% Ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado	5.06
% Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	3.82
% Ocupantes en viviendas sin agua entubada	22.37
% Viviendas con algún nivel de hacinamiento	53.90
% Viviendas con piso de tierra	15.66
% de Población en localidades con menos de 5 mil habitantes	57.86
% de Población Ocupada con ingresos de hasta 2 salarios mínimos	69.85

*Cuadro 1. Principales indicadores de condición socioeconómica en Chiapas, 2010*

*Fuente: CONAPO, 2012*

La participación del sector secundario en la entidad es incipiente, excepto la producción de electricidad y petróleo, aunque existe un gran potencial en los sectores agroindustrial y manufacturero.

En el sector terciario, de participación incipiente, destaca la actividad turística en particular mediante el ecoturismo cooperativo para explotar socialmente los sitios de atractivo natural.

Según el Consejo Nacional de Población<sup>4</sup>, Chiapas, Guerrero, Chihuahua, Oaxaca y Veracruz son los estados del país con más alto Índice de Marginación. De acuerdo con el modelo de las determinantes de salud estas condiciones incrementan la vulnerabilidad de la población para presentar daños (Figura 1).

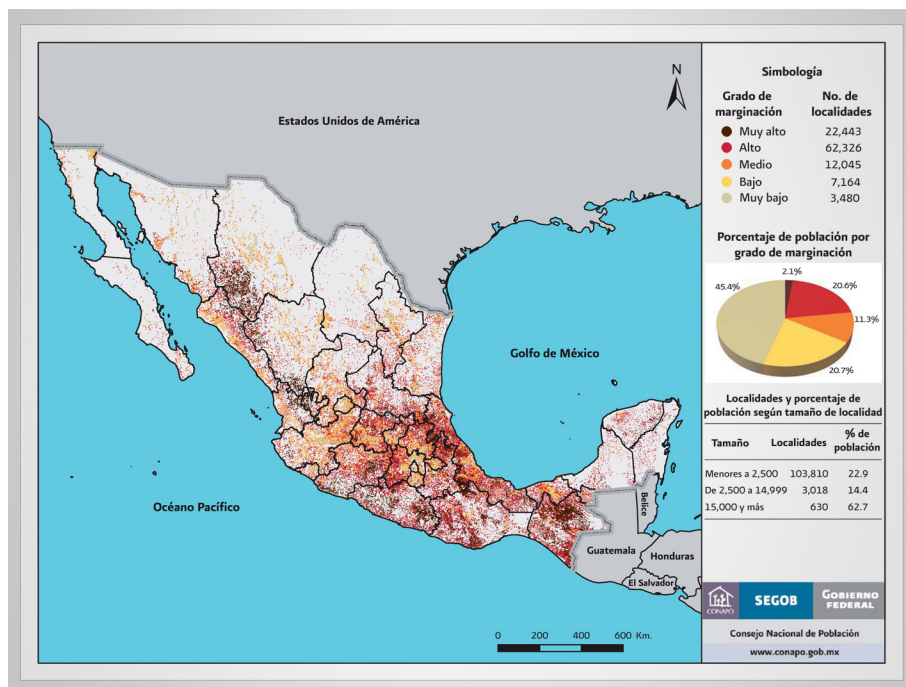


Figura 1. México: Grado de marginación por entidad federativa, 2010  
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010, Principales resultados por localidad.

Asimismo, Chiapas ocupa el primer lugar nacional en marginación por localidad, 87 de sus municipios (67.13%) se ubican en los niveles de marginación Alta o Muy Alta<sup>5</sup>; con casi el 100% de la población indígena y 70% del total de sus habitantes además del castellano, habla alguna de las cinco principales lenguas autóctonas que se registran en el estado: tseltal, tsotsil, ch'ol, zoque y tojolabal. A estas lenguas,

<sup>4</sup> CONAPO. Índice de Marginación por Localidad 2010. 1a. edición, Enero 2012. Disponible en: <<http://www.conapo.gob.mx>>

<sup>5</sup> CONAPO. Índices de marginación 2010. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice\\_de\\_Marginacion\\_por\\_Localidad\\_2010](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice_de_Marginacion_por_Localidad_2010)

se agregan el mame, chuj, kanjk'obal, jacalteco, lacandón, cakchikel y mochó, para conformar el diverso núcleo étnico minoritario de Chiapas. Estos grupos son residentes de la región fronteriza con Centroamérica, comparten orígenes culturales con los grupos mayenses ubicados en la entidad y brindan el sustrato para la frontera porosa, que se describe más adelante. La figura 2 aporta mayor detalle a la distribución de la marginación en Chiapas. Obsérvese que los puntos más oscuros representan el nivel más alto del fenómeno.

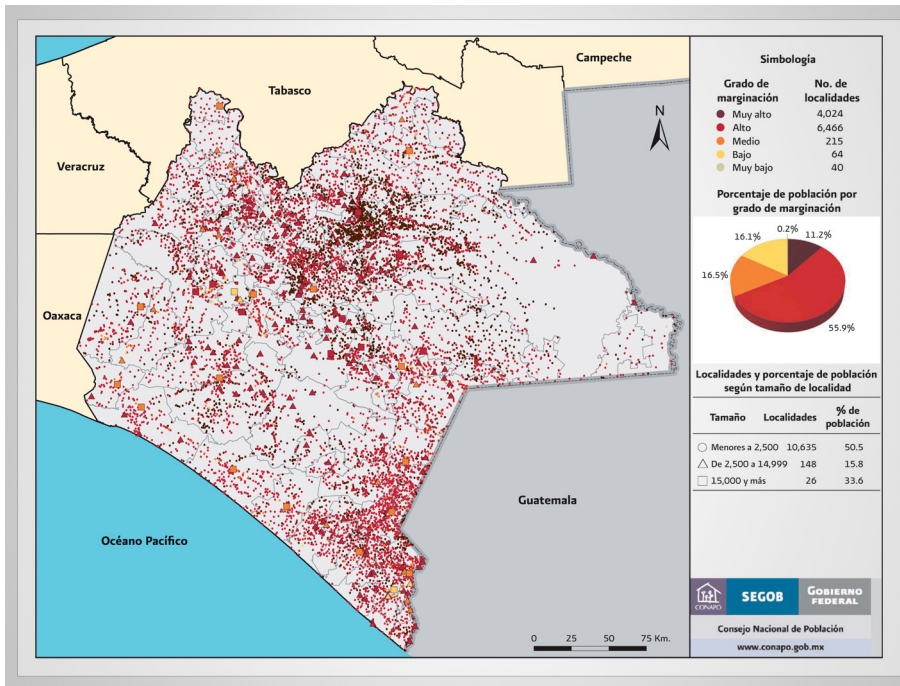


Figura 2. Chiapas: Grado de marginación por localidad, 2010

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010, Principales resultados por localidad

En contraste, 16.33% de los 118 municipios<sup>6</sup> reportados por la fuente oficial, publican indicadores que los ubican con Baja y Muy Baja marginación.

<sup>6</sup> A partir de 2011 se agregaron cuatro municipios más, para hacer un total de 122 en la entidad, aunque no hay información desagregada disponible. Instituto de Comunicación Social del Gobierno del Estado de Chiapas (ICS). 2011. Boletín 3768: Decreto del Gobierno del Estado para 15 regiones económicas. 12 de enero de 2011.

## La compleja problemática social

Los párrafos previos muestran *grosso modo* la compleja diversidad de condiciones materiales de vida de la población chiapaneca, sin embargo, la dinámica de los procesos sociales no se evidencia, razón que obliga a tratar por separado los aspectos más relevantes, relacionados con la salud, independientemente de su jerarquía. No obstante incluir conceptos de diversos orígenes epistémicos, se pretende un enfoque de la salud como un *sistema complejo*.

## Transición demográfica

“El modelo de transición demográfica comenzó como una clasificación de poblaciones diferenciadas por distintas combinaciones en los niveles de natalidad y mortalidad,”<sup>7</sup> en donde las sociedades pasan de un régimen demográfico de altos niveles de natalidad y mortalidad que determina población estable, hasta niveles bajos de natalidad–mortalidad que determina de nuevo población estable. De uno a otro régimen, las sociedades transitan por una situación en la que la mortalidad desciende al controlar sus causas, pero la natalidad continúa siendo alta determinando crecimiento poblacional, y otra en la que además de baja mortalidad se inicia descenso progresivo de la natalidad con tendencia a la estabilización de la población (Gráfico 1).

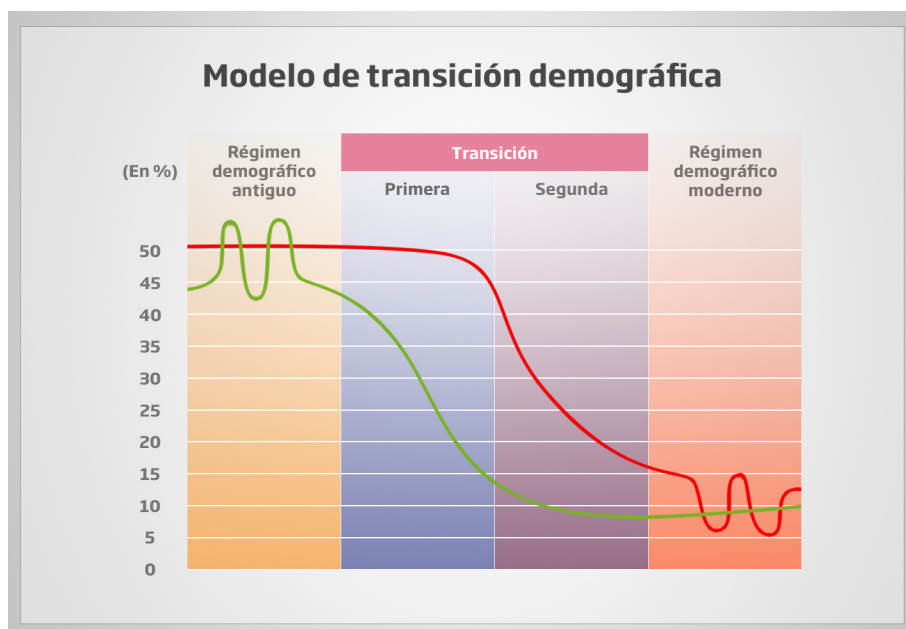
La transición demográfica determina además, cambios progresivos en la distribución de la población con predominio de las mujeres y los adultos mayores.

“Si bien el concepto de transición demográfica tuvo su origen en el intento de explicar la relación entre los cambios demográficos y los cambios socioeconómicos en Europa durante el siglo XVIII, su uso se ha extendido hasta el presente, tanto porque se refiere a procesos demográficos identificables aún en diferentes situaciones históricas, como por el hecho de que constituye una propuesta –siempre vigente– de explicación de la dinámica demográfica a la

---

<sup>7</sup> Vera Bolaños, M. La teoría de la transición epidemiológica. En: *Cuadernos de Investigación Mexiquense*. 2008; 37.

luz de sus interrelaciones con las variables sociales, económicas y culturales (Zavala de Cosío, 1992)."<sup>8</sup>



Fases del modelo de transición demográfica. Disponible en: <http://mx.kalipedia.com/graficos/fases-modelo-transición-demográfica.html>

En México, la mejora de las condiciones de vida y Servicios de Salud ha modificado los estilos de vida e impactado en la distribución demográfica, incrementando paulatinamente la población de adultos mayores (Gráfico 2).

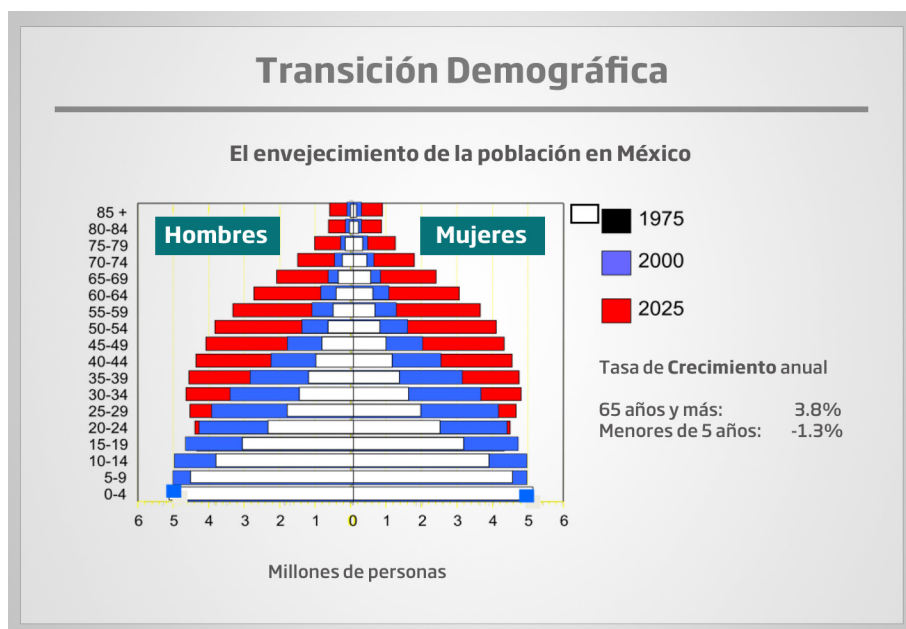
La esperanza de vida en el país se ha incrementado a 75.5 años para los nacidos en el 2010 y en Chiapas, el valor es de 74.4 años para el mismo grupo, con una ventaja aproximada de cuatro años a favor de las mujeres, este incremento se asocia a la mejoría relativa en los servicios de salud y alimentación.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Citado en: BID/CEPAL/CELADE, (Banco Interamericano de Desarrollo/ Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), *Impacto de las Tendencias Demográficas sobre los Sectores Sociales en América Latina*. Santiago. Disponible en: [http://www.eclac.org/Celade/SitDem/DE\\_SitDemTransDemDoc00e.html](http://www.eclac.org/Celade/SitDem/DE_SitDemTransDemDoc00e.html)

<sup>9</sup> SSA. Programa Nacional de Salud 2007-2012 SSA. México 2007 Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>



El mismo gráfico muestra claramente el comportamiento prospectivo de la transición demográfica hacia el 2025. Las barras blancas corresponden a la distribución de la población de 1975, en donde el grupo de 0 a 25 años es el 50% del total y en contraste, las rojas indican la proyección al 2025, cuando el 50% de la población corresponderá al grupo de 30 años y más.



*Gráfico 2. Transición Demográfica*

*Fuente: Estimaciones de población de Conapo. 2000. Citado en Frenk Mora, J. Impacto en la Salud Pública. 2001.*

*Disponible en Internet. [www.funsalud.org.mx](http://www.funsalud.org.mx)*

Chiapas tiene una de las tasas de crecimiento poblacional más altas en el país: 2.0% anual, que configura una pirámide poblacional expansiva.

La tasa global de fecundidad estatal se redujo de 2.85 a 2.33 hijos por mujer en el período 2000-2005, mientras que a nivel nacional pasó de 2.41 a 2.11 hijos por mujer entre los 15 y 49 años de edad. Los programas de regulación de la fecundidad han tenido mayor impacto en población mestiza y urbana que entre otras etnias minoritarias.

<sup>10</sup> INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Principales resultados. INEGI 2011. Disponible en [www.inegi.gob.mx/est](http://www.inegi.gob.mx/est).

En Chiapas, la relación hombre/ mujer es de 103/100 al momento de nacimiento, se mantiene invariable hasta los 19 años. A partir de los 20 años, muestra disminución de la población de hombres correspondiendo a 96.28/100, fenómeno probablemente vinculado a la migración, entre otros determinantes. En el país el mismo indicador es de 95.6/100, según datos del Censo 2005<sup>11</sup>.

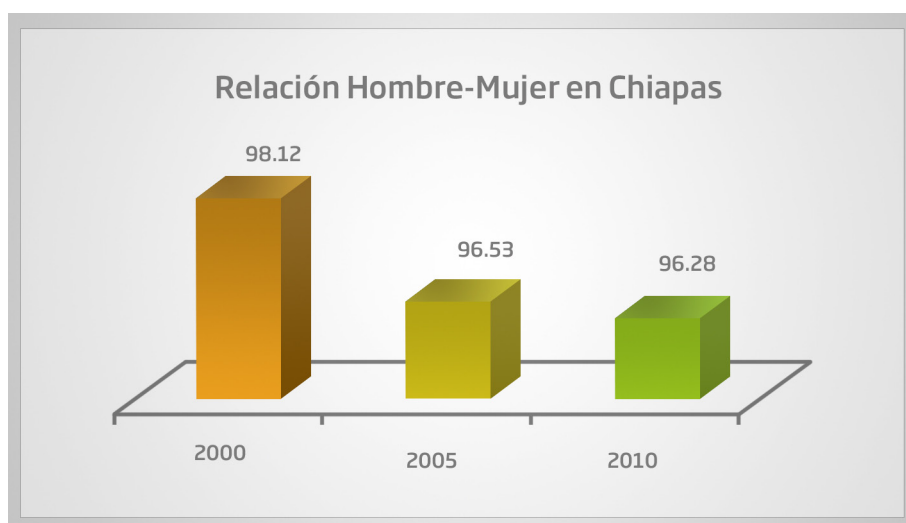


Gráfico 3. Relación Hombre-Mujer en Chiapas

Fuente: Elaboración propia con base en la información del II Censo de Población y Vivienda 2000, 2005 y 2010. Tabulados Básicos.

La dinámica poblacional de México y Chiapas tiene implicaciones diferentes por la etapa de transición demográfica en que se encuentran, invariablemente representan modificaciones en la estructura y composición. En México, el envejecimiento de la población tiene un ritmo distinto, la mediana de edad en el ámbito nacional es 23, mientras que en Chiapas es de 20 años.

Se destaca el caso de los municipios con predominio de población étnica tsotsil (Chanal, Chenalho, Chalchihuitán, Aldama, San Juan Cancuc y Santiago el Pinar, entre otros) la edad mediana se ubica en 15 años. La composición y estructura demográfica se relacionan estrechamente con los diferentes perfiles epidemiológicos, lo que

<sup>11</sup> Ídem.

crea y complejiza las necesidades de servicios de salud, de educación, generación de empleo, condiciones de vivienda digna<sup>12</sup>.

## Transición epidemiológica

Así como el concepto de transición demográfica sufrió modificaciones por los propios cambios sociales, económicos y culturales, lo mismo ocurre con el concepto de transición epidemiológica, lo que en todo caso interesa destacar, es la multiplicidad de variables que influyen en los patrones de morbi-mortalidad, particularmente en su variación temporal.

Es conveniente destacar que estas modificaciones en la transición epidemiológica están íntimamente relacionadas por los determinantes sociales, económicos y culturales que caracterizan las distintas regiones que existen dentro de un mismo país o estado.

El gráfico siguiente muestra la transición epidemiológica en México (Gráfico 4). Como se podrá observar, en 1940, la distribución proporcional de los principales padecimientos favorecía a los de naturaleza infecto-contagiosa y controlable. En cambio, para el año 2000 dominaron los padecimientos cardiovasculares, enfermedades metabólicas, neoplasias malignas y accidentes.

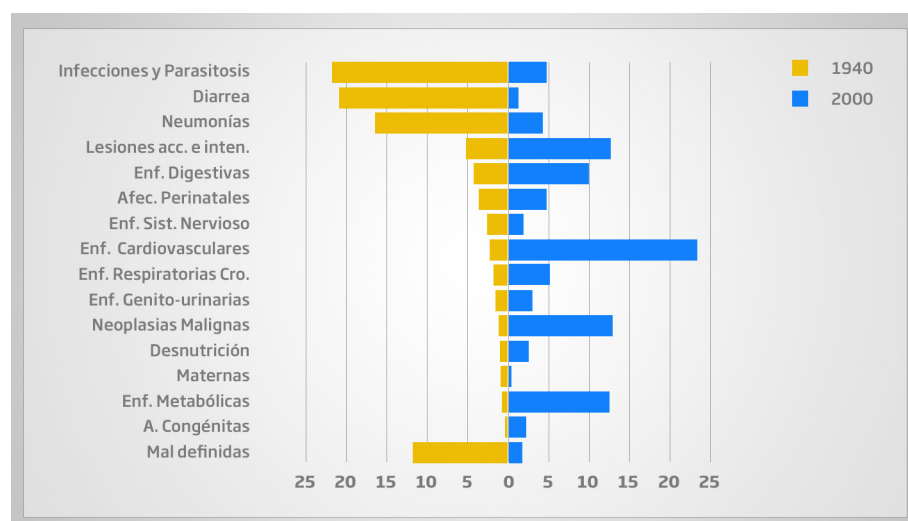


Gráfico 4. Transición epidemiológica.

Fuente: Frenk Mora, J. *Impacto en la Salud Pública 2001*.

Disponibile en internet: [www.funsalud.org.mx](http://www.funsalud.org.mx)

<sup>12</sup> Ídem.

Lo anterior explica los esfuerzos realizados por el Sector Salud en el control y prevención de los padecimientos transmisibles, no obstante, para el caso de Chiapas asumimos que, la propia marginación y multietnicidad, configura un escenario en el que coexisten el perfil epidemiológico de 1940 con el actual.

Los determinantes dístales<sup>13</sup> de salud explican el perfil de enfermedad y muerte en una población, sin embargo, debe considerarse que la frecuencia y distribución de las causas registradas corresponden a información estadística oficial y pueden no corresponder a la totalidad de la ocurrencia de estos eventos, particularmente en Chiapas, debido en parte a las características sociodemográficas y culturales que dificultan el acceso y utilización de los servicios médicos disponibles.

## Migración

Antes de 1980 existía evidencia de que el flujo migratorio en Chiapas era positivo, la construcción de infraestructura para la generación de energía hidroeléctrica se constituyó en el incentivo para el crecimiento poblacional, mucho más evidente en las cuatro ciudades mayores de 50 mil habitantes.

No obstante, de manera permanente, existe tránsito migratorio intenso en la región fronteriza con Guatemala, debido a que los límites geográficos para la población residente son una formalidad rebasada por la realidad. Es una realidad que los residentes de la franja fronteriza comercian o trabajan en un lado de la línea y viven en la otra, haciendo un cruce asiduo sin trámite legal alguno, conformando una dinámica fronteriza no regulada<sup>14</sup>.

El intercambio de bienes materiales y servicios, adicional al comercio ilegal de otras mercancías, representa la fracción más visible del fenómeno; adicionalmente se comparten hábitos de consumo,

---

<sup>13</sup> Los determinantes de salud son todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la condición de salud de las personas, interactuando a diferente nivel de organización, definen o determinan el estado de salud de una población. Se organizan en dos categorías principales: proximales o microdeterminantes y dístales o macrodeterminantes; éstos últimos aglutinan las variables de grupo y sociedad, atributos poblacionales (OPS, 2002).

<sup>14</sup> Rebolledo J. Fronteras porosas: el caso de México y Estados Unidos. *Rev Enfoques No. 8*. Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública. Universidad Central de Chile; 2008. pp. 173-191

espacios vitales de interacción humana y los riesgos de exposición a elementos ambientales potencialmente patogénicos. Se trata de una frontera porosa, que contribuye a aumentar la complejidad de la problemática sanitaria de la entidad.

El tránsito migratorio se acentúa con el componente de ciudadanos, de distintas partes del mundo, que se dirigen a los Estados Unidos, proceso en el cual se producen riesgos asociados al abuso sexual del que son víctimas, mujeres, niños y hombres jóvenes<sup>15,16</sup>; a los que se deben agregar, el tráfico, más acentuado en la entidad, de personas y drogas<sup>17</sup>.

No se dispone de registros sistemáticos sobre la magnitud del fenómeno migratorio en la dinámica poblacional regional; sin embargo, tales movimientos son diferenciales y se presentan por lo general de la siguiente manera: de la zona tsotsil y tseltal del altiplano central hacia la depresión central incluida la Frailesca, el Soconusco y la Selva Lacandona. Asimismo, se identifican desplazamientos de la zona tsotsil, tseltal y zoque de las montañas del norte y del altiplano hacia las zonas ganaderas de la llanura costera del Golfo. Al interior de las áreas señaladas como de origen de desplazamiento, los movimientos se realizan desde las pequeñas localidades periféricas marginadas hacia los centros con mayor desarrollo regional, como pueden ser las cabeceras municipales y la capital del estado; una de las principales razones a las que se atribuye dicho movimiento es la búsqueda de mejores condiciones económicas, sociales y de vida.

En las áreas cafetaleras del Soconusco, existe una demanda temporal de mano de obra (alrededor de 90,000 personas) durante la cosecha que coincide con los meses de septiembre a diciembre, o bien de octubre a enero; en esta época existe la presencia de población indígena

<sup>15</sup> Caballero M, Leyva R, Bronfman M. Las Mujeres y la migración internacional en la Frontera Sur. En: *Memoria. Mujeres afectadas por el fenómeno migratorio en México. Una aproximación desde la perspectiva de género*. México: Instituto Nacional de las Mujeres; 2007

<sup>16</sup> Rojas-Wiesner ML. Mujeres y migración en la frontera sur de México, *Amérique Latine Histoire et Mémoire*. Les Cahiers ALHIM 2007: 14. Disponible en: <http://alhim.revues.org/index2252.html>

<sup>17</sup> CIM-OEA, INM, INM. *Trata de personas: Aspectos básicos*. Instituto Nacional de las Mujeres. México. 2006. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100878.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100878.pdf)

proveniente tanto de los Altos como de Guatemala; esta población es comúnmente conocida como jornaleros agrícolas y presenta una problemática social y económica asociada a la producción.<sup>18</sup>

En la actualidad, en Chiapas se registra un saldo neto migratorio negativo, cercano a los 66 mil habitantes por año. Esta cifra es consistente con la razón de masculinidad, ya que en la pirámide poblacional se logra identificar que el número de varones mayores de 20 años y menores de 45 están mermados en el período comprendido entre 2005 y 2010.

Después del año 2000, se afirma que la migración temporal hacia los Estados Unidos está sobreestimada en los documentos oficiales de ambos países; aunque se reconoce que, en general, la migración se intensificó en los tres últimos lustros del siglo XX.<sup>19</sup>

A partir de las nuevas circunstancias mundiales, se estima que las condiciones económicas en los Estados Unidos desalientan progresivamente la migración, reducen la magnitud de las remesas e incrementan las dificultades económicas de numerosos grupos domésticos mexicanos, en particular la de los chiapanecos.<sup>20</sup>

## Vulnerabilidad a desastres naturales

Un desastre es "...el resultado de una ruptura ecológica importante de la relación entre los humanos y su medio ambiente, un evento serio y súbito (o lento, como una sequía) de tal magnitud que la comunidad golpeada necesita esfuerzos extraordinarios para hacerle frente, a menudo con ayuda externa o apoyo internacional".<sup>21</sup>

---

<sup>18</sup> Fábregas Puig A. Indigenismo. *Cambio estructural en Chiapas. Avances y perspectivas*. Tuxtla Gutiérrez, UNACH 1988. pp. 37-39

<sup>19</sup> Corona R, Tuirán R. Magnitud de la emigración de mexicanos a Estados Unidos después del año 2000. *Papeles de Población* 2008; 57: 9-38.

<sup>20</sup> INEGI. La situación económica mundial podría afectar los patrones de migración internacional de mexicanos. *Comunicado* 2009; 055/09.

<sup>21</sup> Noji E. Aspectos generales. En: *Impacto de los Desastres en la Salud Pública*. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 2000. pp. 9-24

La clasificación de desastres incluye aquellos de origen natural y los que son propiciados por la intervención humana. De acuerdo con la OMS, se concentra mayor vulnerabilidad a los desastres naturales cuando coexisten circunstancias de pobreza aunada a inequidad y exclusión, un rápido crecimiento demográfico y la degradación ambiental, aspectos que coinciden en los países en *vías de desarrollo* <sup>22</sup>.

Justamente en Chiapas se conjugan estas circunstancias y las consecuencias son evidentes e impactan más allá de la fase de desastre, mencionando como ejemplo la contingencia posterior a los efectos de Stan, a finales de 2005, que hacen emerger la ausencia de planeación urbana, la omisión de regulaciones sanitarias, posiblemente derivadas de la pobreza, así como la débil capacidad técnica para hacer frente a las condiciones sanitarias posteriores a los desastres.

## Pobreza

De acuerdo con el Banco de México<sup>23</sup>, la distribución del ingreso en el país es una de las más desiguales en el ámbito mundial, ocupa el lugar trece entre 111 países evaluados.

Según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)<sup>24</sup>, la pobreza en México se incrementó entre 2008 y 2010, a expensas del grupo poblacional que tiene alguna vulnerabilidad por carencias sociales o ingresos. La fuente oficial estima que en 2010 había 52 millones de personas viviendo en pobreza. La población *no pobre y no vulnerable* se incrementó durante el mismo período, pasó de 19.7 a 21.8, lo que muestra una variación del 2.1%, respecto del total.

---

<sup>22</sup> Ídem

<sup>23</sup> Salgado N, Rebeca W. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Rev Salud Pub México* 2007; 49, Supl 4: 515-521

<sup>24</sup> Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), Pobreza en México y las Entidades federativas, 2008-2010. Julio de 2011. Disponible en: [www.coneval.gob.mx](http://www.coneval.gob.mx)

INDICADORES 2010*	México	Chiapas
Población en pobreza (%)	46.2	78.4
Población en Pobreza Extrema (%)	10.4	32.8
No. promedio de carencias sociales**	2.5	2.8
Variación porcentual de personas con carencia por Rezago Educativo	-1.3	-7.8
Variación porcentual de personas con carencia por Acceso a Servicios de Salud	-37.6	-30.1
Variación porcentual de personas con carencia de Seguridad Social	-4.3	-3.6
Variación porcentual de personas con carencia de calidad y espacios de vivienda	-2.5	-13.3
Variación porcentual de personas con carencia de Servicios Básicos en la vivienda	-2.7	-6.1
Carencia de acceso a la Alimentación	3.2	15.6
Variación porcentual de personas con Ingreso inferior a la línea de Bienestar Económico Mínimo	2.1	5.5
Porcentaje de la población con 3 Carencias Sociales o más	26.6	48.7

*Cuadro 2. Indicadores selectos de Pobreza en Chiapas y México. 2010*

*Fuente: Elaboración propia a partir de CONEVAL 2011.*

*\* La variación se refiere a la diferencia entre 2008 y 2010.*

*\*\* Puede haber hasta 6 tipos de carencias sociales*

La situación en Chiapas es deplorable. El cuadro 2 resume la situación actual de algunos indicadores de la condición económica en el 2010.



Llama la atención el contraste de los niveles de desnutrición entre Chiapas y otros estados del sureste (Guerrero, Yucatán, Puebla y Oaxaca) presentan una prevalencia de desnutrición moderada y severa superior a 20% en contraste con algunos estados del norte (Tamaulipas, Sinaloa, Jalisco, Durango, Coahuila, Baja California y Sonora) donde es inferior a 8%. Los datos son consistentes con los indicadores del Cuadro 2, obsérvese que la carencia de acceso a la alimentación es casi cinco veces mayor en Chiapas que en todo el país.

En los países en *vías de desarrollo*, la desnutrición infantil se encuentra entre las primeras 5 causas de mortalidad y se inserta en un contexto de variables sociales, económicas y culturales que además de ser muy desfavorables son, por sí mismas, variables de riesgo que afectan al desarrollo de niños menores de cinco años.

En América Latina y el Caribe la inseguridad alimentaria y el hambre son fenómenos que están estrechamente vinculados a la pobreza extrema, pero no se confunden con ella. La alimentación inadecuada, ya sea desde el punto de vista nutricional o por no lograr adaptarse a los hábitos que prevalecen en la sociedad, afecta no sólo a quienes viven en condiciones de extrema pobreza, sino también a estratos más amplios y a grupos que residen en determinadas zonas o regiones con una inseguridad alimentaria permanente<sup>25</sup>.

Por otro lado y en forma paradójica, la influencia de las Tecnologías de la Información y Comunicación, particularmente la televisión, han inducido cambios en los patrones culturales particularmente los alimentarios con abandono de las dietas tradicionales a expensas de productos chatarra, determinando en años recientes la aparición de obesidad desde edades tempranas con el cortejo de patologías asociadas, constituyéndose en un problema más de salud humana<sup>26</sup>.

A manera de síntesis, puede afirmarse que la pobreza constituye el sustrato para que se generen o acentúen dificultades para el desarrollo de potencialidades y capacidades humanas en grandes grupos de la población. La escasa o nula escolaridad de la mayoría

---

<sup>25</sup> Ávila A, Shamah T, Galindo C, Rodríguez G, Barragán L. La desnutrición infantil en medio rural mexicano. *Rev Salud Pública de México* 1998; 40(2):150-160.

<sup>26</sup> Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta nacional de salud y nutrición* 2006. 2006. Disponible en: [www.insp.mx/ensanut/sur/Chiapas.pdf](http://www.insp.mx/ensanut/sur/Chiapas.pdf)

de la población los limita a desempeñar actividades productivas no calificadas, por las cuales se percibe un ingreso mínimo que es insuficiente para satisfacer las necesidades básicas, a partir de lo cual se toman decisiones relevantes para la vida personal y colectiva.

## Cambios Políticos en el Estado de Chiapas

En las reformas a la Constitución Política<sup>27</sup> publicadas el 30 de marzo y el 14 de noviembre del 2011 se reconoce la existencia de 122 municipios, sin embargo, la reforma se centra en el artículo 4º, referido al disfrute de las garantías individuales y sociales, que agrega a las conferidas por la Constitución Federal, las emanadas de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, reconocidos por la Organización de Naciones Unidas.

En lo general, las modificaciones se refieren a la alineación de todos los programas sociales con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En lo particular, el numeral XXV se refiere a "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

En el caso de la creación de uno de los nuevos municipios se argumenta la atención a un problema de demarcación territorial entre los estados de Chiapas y Oaxaca, aún no se ha determinado si la decisión cumplió con el propósito. Las potenciales controversias jurídicas por el derecho al territorio son terreno fértil para intereses de otra naturaleza, puesto que en la realidad cotidiana local, la población originaria de la zona involucrada muy posiblemente tenga vínculos familiares y comparten la cultura.

A partir de enero de 2011 se publica oficialmente la conformación de 15 Regiones Económicas en la entidad chiapaneca<sup>28</sup>, lo que modifica, en la práctica, la administración pública y con ello, el acceso a recursos. La implicación de este reordenamiento se

---

<sup>27</sup> Poder Ejecutivo del Estado de Chiapas. Constitución Política del Estado de Chiapas.

<sup>28</sup> Instituto de Comunicación Social, 2011

produce en la administración de los servicios de salud, ya que cada una de las regiones económicas debe contar con una Jurisdicción Sanitaria que sea congruente con su área geográfica de dependencia y, preferentemente con el perfil epidemiológico de cada región. El cuadro 3 desagrega la nueva distribución territorial de Chiapas, señalando las cabeceras regionales.

Región	Municipios
I. Metropolitana	Berriozábal, Chiapa de Corzo, Suchiapa y Tuxtla Gutiérrez*
II. Valle-Zoque	Cintalapa*, Jiquipilas, Ocozocuautila Belisario Domínguez**
III. Mezcalapa	Chicoasén, Coapilla, Copainalá*, Francisco León, Ocoatepec, Osumacinta, San Fernando y Tecpatán, Mezcalapa**
IV. De los Llanos	Acala, Chiapilla, Nicolás Ruiz, San Lucas, Socoltenango, Totolapa, Venustiano Carranza* y Emiliano Zapata**
V. Altos-Tsotsil	Aldama, Amatenango del valle, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenalhó, Huixtán, Larráinzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, San Cristóbal de las Casas*, San Juan Cancuc, Santiago el Pinar, Tenejapa, Teopisca y Zinacantán
VI. Frailesca	Ángel Albino Corzo, La Concordia, Montecristo de Guerrero, Villascorzo; El Parral** y Villaflores*
VII. De los Bosques	Bochil*, El Bosque, Huitiupán, Ixtapa, Jitotol, Pantepec, Pueblo Nuevo Solistahuacán, Rayón, San Andrés Duraznal, Simojovel, Soyaló, Tapalapa y Tapilula
VIII. Norte	Amatán, Chapultenango, Ixhuitán, Ixtacomitán, Ixtapangajoyá, Juárez, Ostucán, Pichucalco*, Reforma, Solosuchiapa y Sunuapa
IX. Istmo-Costa	Arriaga, Mapastepec, Pijijiapan y Tonalá*

X. Soconusco	Acacoyahua, Acapetahua, Cacahoatán, Escuintla, Frontera Hidalgo, Huehuetán, Huixtla, Mazatán, Metapa, Suchiate, Tapachula*, Tuxtla Chico, Tuzantán, Unión Juárez y Villa Comaltitlán
XI. Sierra Mariscal	Amatenango de la Frontera, Bejucal de Ocampo, Bellavista, Chicomuselo, El Porvenir, Frontera Comalapa, La Grandeza, Mazapa de Madero, Motozintla* y Siltepec
XII. Selva Lacandona	Altamirano y Ocosingo*
XIII. Maya	Catazajá, Benemérito de las Américas, La Libertad, Marqués de Comillas y Palenque*
XIV. Tseltal-Chol	Chilón, Salto de Agua, Sabanilla, Sitalá, Tila, Tulijá y Yajalón*
XV. Meseta Comiteca-Tojolabal	Comitán*, La Independencia, La Trinitaria, Las Margaritas, Las Rosas, Maravilla Tenejapa y Tzimol

*Cuadro 3. Nuevas Regiones Económicas de Chiapas, 2011. \* Cabecera Regional  
\*\* Creación por Decreto de la LXIV Legislatura el 14 de noviembre de 2011.*

*Fuente: Instituto de Comunicación Social, 2011.*

Estos cambios sustanciales se enmarcan en el Proyecto Mesoamérica, congruente con la política económica neoliberal; no obstante, es indispensable permanecer a la expectativa, toda vez que como asegura Méndez la recesión de 2009 es evidencia de crisis del modelo capitalista conduce a un deterioro de la calidad de vida, del ambiente natural – por contaminación– un excedente en la producción que no es posible colocar; pérdida creciente de empleos y la consecuente inseguridad. Lo único que es predecible es el mantenimiento del caos y una aparente y frágil estabilidad que pone en riesgo el bienestar de las sociedades. Por consecuencia, tiene impacto sobre la salud-enfermedad.

El discurso oficial asegura que el “Proyecto Mesoamérica incorpora en su segunda etapa proyectos de alto impacto social en

<sup>29</sup> Méndez, Silvestre, 2005:222

áreas de salud, medio ambiente, desastres naturales y vivienda, lo que representa una gran oportunidad para que los países cooperantes puedan participar con su experiencia y recursos en la consolidación de las prioridades de nueve países<sup>30</sup>. México es el país encargado de la agenda del Desarrollo Humano<sup>31</sup>. El cuadro 4 resume algunos indicadores relevantes sobre eventos vitales.

<b>Indicadores 2010</b>	<b>Nacional</b>	<b>Chiapas</b>
Tasa de Natalidad	17.5	20.4
Tasa global de fecundidad	2.0	2.2
Esperanza de vida al nacer (Años)	75.6	74.6
Tiempo de duplicación demográfica	39	32
Tasa bruta de nupcialidad	5.5	5.0
Relación divorcios/matrimonios (2008) (a)	13.9	7.2
Hogares con jefatura femenina	24.6	20.2
Población afiliada a servicios de salud	64.6	56.8
Razón de dependencia por edad (b)	55	66
Tasa bruta de mortalidad	5.0	4.3
Tasa de Mortalidad infantil	13.7	18.8
Saldo neto migratorio	-	-1.3

*Cuadro 4. Indicadores selectos, México y Chiapas, 2010 Fuente: INEGI, 2011*

*(a) Número de divorcios por cien matrimonios*

*(b) Muestra el número de personas de cada cien, en edades "dependientes": menores de 15 y mayores de 64 años, respecto a las personas en edades económicamente productivas (15-64 años) en una población.*

<sup>30</sup> Martí, 2009:10

<sup>31</sup> El índice de desarrollo humano mide el logro medio en un país en tres dimensiones básicas de desarrollo humano: la longevidad, los conocimientos y un nivel decente de vida. El IDH es el índice compuesto que contiene tres variables: esperanza de vida, logro educacional (alfabetización de adultos y matriculación combinada primaria, secundaria y terciaria) e PIB real per cápita (PPA en dólares)

De cierta manera, estos indicadores son consistentes con la etapa temprana de la transición demográfica, que tiende a mostrar un incipiente proceso de envejecimiento en la población chiapaneca, vinculada a la reducción de la tasa global de fecundidad, que –hipotéticamente– reduce el tamaño promedio de las familias, particularmente en las áreas urbanas y rurales con población mestiza. Ambos fenómenos están estrechamente relacionados, es decir, el envejecimiento es consistente con el perfil de enfermedad y muerte en Chiapas.

En 2010 se registraron 1'072, 239 viviendas particulares habitadas, tres de cada cuatro (73.5%) disponen de agua entubada; 83.4% tienen drenaje y 95% cuentan con energía eléctrica; no obstante, solo en 39.9% coinciden los tres servicios. Aproximadamente el 15% de las viviendas tienen piso de tierra, comparado con 7% en el país.

En cuanto a la disponibilidad de bienes en la vivienda, lo más común es que se disponga de televisor (76.7%); el refrigerador está presente en 56.7%; lavadora es un bien del que dispone 36.2%; vehículo de motor (auto/camioneta) se registró en 19.2% de las viviendas; en tanto que a nivel nacional la disponibilidad de bienes en la vivienda es de 92.5, 82.1 y 66.4 por ciento, respectivamente. Destaca que en Chiapas existe computadora y acceso a Internet en 12.6 y 7.2% de las viviendas, respectivamente; en tanto que en el país, el indicador alcanza 29.4 y 21.3%, respectivamente, lo que significa una gran brecha comercial en Chiapas, respecto al resto del país.

Respecto a los indicadores de educación, se destaca el hecho de que 17.8% de los mayores de 15 años no sabe leer y escribir, lo que contrasta con 6.9% que registra el país en el mismo período. Actualmente cerca del 95% de los menores entre 5 y 14 años asiste a la escuela.

La histórica transferencia asimétrica de recursos no sólo ha contribuido al empobrecimiento de grandes sectores de la sociedad, sino que promueve el deterioro ambiental, la alteración sustancial de los ecosistemas –en una suerte de círculo vicioso– esa modificación acentúa las desventajas sociales previas.

Con base en la información oficial y de acuerdo con el modelo de las determinantes de salud, estas condiciones incrementan la vulnerabilidad de la población para presentar daños a la salud.

En Chiapas, la situación social, y en particular la sanitaria, afecta a la mayoría de la población, debido al reducido acceso a los recursos y servicios básicos por razones geográficas, culturales y económicas; las condiciones materiales y estilos de vida configuran patrones particulares de crecimiento poblacional, de enfermedad y muerte, cuya complejidad es evidente y rebasa las capacidades de atención para el Estado.

## 2. Daños a la salud: Enfermedad y Muerte

Como ya se mencionó, la noción de transición matiza el perfil de enfermedad y muerte, en este espacio interesa destacar la multiplicidad de factores que influyen en los patrones de enfermedad y muerte, particularmente en su comportamiento temporal. Conviene destacar que las modificaciones en la transición epidemiológica están íntimamente relacionadas con los determinantes sociales y culturales que caracterizan las distintas regiones dentro de un mismo país o estado.

La morbilidad en Chiapas presenta una composición diferenciada según grupos poblacionales y ubicación urbana o rural; en la población rural continúan prevalecen las de naturaleza transmisible, destacan las respiratorias agudas, intestinales y urinarias, parasitosis intestinales y extraintestinales; agravados por la deficiencias nutricionales que acentúan la severidad de las enfermedades en la población más vulnerable<sup>32</sup>.

No.	Causa	Tasa*
1	Infecciones respiratorias agudas	13.123.02
2	Infecciones intestinales	3.398.26
3	Infección de vías urinarias	2.087.87
4	Amibiasis intestinal	804.26
5	Paratifoidea y otras salmonelosis	455.36

<sup>32</sup> Ídem

6	Otitis media Aguda	434.29
7	Otras helmintiasis	366.50
8	Candidiasis urogenital	365.97
9	Diabetes mellitus 2	268.04
10	Hipertensión arterial	266.92
11	Conjuntivitis	262.25
12	Gingivitis y enfermedad periodontal	231.98
13	Vaginitis Aguda	180.20
14	Tricomoniasis Urogenital	161.44
15	Herida de la cabeza	158.98
16	Ascariasis	140.36
17	Desnutrición leve	132.89
18	Escabiosis	123.97
19	Asma y estado asmático	119.47
20	Otras infecciones intestinales	115.87

*Cuadro 5. Veinte principales causas de Morbilidad. Chiapas. 2010*

*Fuente: SUAVE. Semana epidemiológica 46 del 2010.*

*\* Tasa por 100,000 habitantes.*

En esta población, la biodiversidad y distintos climas en la entidad generan además, condiciones favorables para la propagación de las enfermedades endémicas transmitidas por vector (paludismo, dengue, enfermedad de Chagas, leishmaniasis, oncocercosis, entre otras). Ver Cuadro 5.

Las principales causas de **muerte** definen clásicamente la transición epidemiológica; en edad productiva se observa una mayor frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, diabetes tipo 2 y sus complicaciones, tumores malignos); asociadas a causas de origen infeccioso (complicaciones de patologías respiratorias y gastrointestinales) y a componentes hereditarios en los grupos más jóvenes.

Uno de los grupos más vulnerables son los menores de un año de edad. La tasa de mortalidad infantil, en el año 2005, a nivel nacional fue de 20.6 defunciones por cada mil nacidos vivos, en Chiapas fue de 25.9; En el 2007, en el Estado, descendió a 21.7 por mil nacidos vivos. Este indicador se encuentra por arriba de los



15.7 estimado para México en 2007<sup>33,34</sup>. Según el UNICEF La tasa de mortalidad infantil calculada para México en el 2010 fue de 14 defunciones por cada mil nacidos vivos.

Esta situación se agrava al observar la mortalidad infantil indígena, que es 58% mayor a la media nacional, lo cual significa que entre los 63 grupos étnicos minoritarios mexicanos la probabilidad de morir antes de cumplir el primer año de vida es poco más del doble que en cualquier grupo mestizo.<sup>35</sup>

La mortalidad materna –aquellas muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio– alcanza un valor de 38.1 defunciones por cada diez mil nacidos vivos en el país, mientras que a nivel estatal el indicador es de 61, concentrado en los municipios con predominio de población indígena.

Este fenómeno se asocia con la amplia diversidad cultural y a las características particulares de los servicios de Salud en Chiapas.<sup>36</sup>

Asimismo, en la población adulta urbana, las enfermedades más frecuentes son de origen no infeccioso y por lo general multifactoriales –asociadas a los estilos de vida– dentro de las que predominan enfermedad hipertensiva, diabetes tipo 2, cirrosis hepática, cardiopatías isquémicas, accidentes y neoplasias malignas ; registradas como causas de egreso hospitalario. Debe mencionarse el incremento en la frecuencia de las lesiones intencionalmente infringidas y los accidentes, como causas de atención médica.<sup>37</sup>

---

<sup>33</sup> SINAIS. *Principales causas de mortalidad infantil 2005*. Disponible en: [www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html](http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html)

<sup>34</sup> Los indicadores fueron construidos a partir de las bases de datos de INEGI y SINAIS en el período 2000 – 2006

<sup>35</sup> SSA. *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. SSA. México 2007. Disponible en: <<http://www.ssa.gob.mx>>

<sup>36</sup> Freyermuth G. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación. Factores constitutivos de la mortalidad materna. *Tesis Doctoral de Antropología*. UNAM 2000

<sup>37</sup> Ídem

Lugar	Causa	Chiapas	México	Lugar
		Tasa*	Tasa*	
1	Enfermedades del corazón	54.07	87.7	1
2	Tumores malignos	52.00	61.8	3
3	Diabetes mellitus	44.43	70.1	2
4	Accidentes	34.43	35.6	4
5	Enfermedad del hígado	30.99	28.7	5
6	Enfermedades cerebrovasculares	19.53	27.9	6
7	Neumonía e influenza	12.87	15.4	8
8	Insuficiencia renal	12.16	10.6	10
9	Agresiones (homicidios)	10.99	17.9	7
10	Enfermedades infecciosas intestinales	10.60	3.0	18
11	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	481.4	738.7	9
12	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	9.62	7.5	12
13	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	8.40	16.0	8
14	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5.88	8.2	11
15	Bronquitis, enfisema y asma	5.54	5.0	13
16	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	5.54	4.6	15
17	Anemias	4.34	3.3	17
18	Síndrome de dependencia del alcohol	3.80		
19	Tuberculosis pulmonar	3.57		
20	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	3.38	4.7	14

Mal definidas	29.22	10.8
TOTAL	426.3	509.8

*Cuadro 6. Veinte principales causas de Mortalidad, Chiapas y México, 2009.*

*\* Tasas por 100,000 habitantes.*

*Fuente: Elaboración propia con base en información de Cubos de SINAIS, 2010*

Nótese que existe coincidencia en las seis primeras causas de muerte en la entidad comparada con lo que ocurre en el país, sin embargo, la magnitud es distinta, excepto por los accidentes, las demás causas son crónicas. La probabilidad de morir por insuficiencia renal es mayor en Chiapas que en el resto del país. Este riesgo está directamente relacionado con la capacidad resolutive del sistema de salud en la entidad, asimismo con el acceso de la población a los servicios de atención médica.

Otra diferencia importante de enfatizar es la muerte debida a infecciones gastrointestinales, mientras que en Chiapas ocupa el lugar 10, en el país se ha desplazado hasta el 18; el riesgo de morir por esta causa es prácticamente tres veces superior en la población chiapaneca. Asimismo, llama la atención que el síndrome de dependencia del alcohol y la tuberculosis pulmonar se mantengan dentro de las primeras 20 causas de muerte. Es parte de un fenómeno mayor, cuyo análisis rebasa el propósito de este documento.

### 3. La atención Sanitaria

Tradicionalmente se ha comprendido a la respuesta social organizada como el conjunto organizado de acciones sistemáticas que tienen como propósito la promoción de la salud y la atención de la enfermedad, dentro de la que se identifican dos planos: la individual y la colectiva, ambas con igual relevancia, complementarias.

La atención médica individual / colectiva, vinculada al Sistema de Salud también está sufriendo profundas transformaciones en virtud de la política de reformas sanitarias.

Es indispensable reconocer que las políticas internacionales tienen impacto sobre la orientación epistémica y la configuración que

adopte el sistema de salud; por tal motivo es indispensable reconocer la expresión del Proyecto Mesoamérica. En sus orígenes el proyecto de integración económica impulsó el Programa Mesoamericano de Vigilancia Epidemiológica, en la actualidad éste ha evolucionado hacia el Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP) a partir de la suma de esfuerzos de los diversos mecanismos y programas de salud existentes en la región. Este sistema abordará seis áreas prioritarias: a) nutrición y alimentación para erradicar la desnutrición infantil; b) salud materna; c) vigilancia epidemiológica; d) control del dengue y malaria; e) vacunación universal, y f) fortalecimiento de los recursos humanos. Asimismo, creará el Instituto Mesoamericano de Salud Pública (IMSP), como organismo facilitador del sistema, con el objetivo de fortalecer la capacidad técnico-científica de recursos humanos en la región para la atención integral de las necesidades de salud a través de la investigación, la evaluación, la enseñanza y el servicio en salud pública. *Es pues, un compromiso improrrogable fortalecer la formación de recursos humanos en salud en la Universidad Autónoma de Chiapas.*

La multiculturalidad de la población chiapaneca obliga a asumir la diversidad de maneras en que se atienden las enfermedades, ya sean reconocidas por la medicina oficial o no, de lo cual depende que la calidad y cantidad de enfermedades sea reconocida y cuantificada. Una de las razones que se argumentan para el Programa de Ciudades Rurales Sustentables es la necesidad de aglutinar a la población para hacer más eficiente la prestación de servicios de salud; la dispersión ha justificado la escueta cobertura sanitaria.

Concepto	Nacional		Chiapas	
	No.	%	No.	%
<b>Total de Unidades Médicas</b>	21064	100.0	1650	100.0
Población Asegurada	2929	13.9	94	5.7
Población No asegurada	18135	86.1	1556	94.3
<b>De consulta Externa</b>	19842	100.0	1601	100.0
Población Asegurada	2464	12.4	79	4.9
Población No asegurada	17378	87.6	1522	95.1

<b>Hospitalaria</b>	1222	100.0	49	100.0
Población Asegurada	465	38.1	15	30.6
Población No asegurada	757	61.9	34	69.4
<b>Rango de Camas Censables</b>				
Con menos de 30 camas	538	44.0	25	51.0
Con 30 a 59 camas	270	22.1	17	34.7
Con 60 a 119 camas	211	17.3	5	10.2
Con 120 a 179 camas	102	8.3	2	4.1
Con 180 y más camas	101	8.3	0	0.0

*Cuadro 7. Unidades médicas de Consulta Externa y Hospitalización de las instituciones públicas de salud por tipo de población beneficiaria y rango de Camas por Unidad. 2009*

*Fuente: INEGI, 2011*

*Nota: Se consideran, para el total nacional datos del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SCT-Metro y servicios médicos estatales (pob. Asegurada) y Secretaría de Salud, IMSS-Oportunidades y Hospitales Universitarios (pob. No asegurada). En Chiapas no existen hospitales universitarios ni datos del SCT-Metro.*

El cuadro 7 resume la capacidad del sistema de salud del estado, en términos de infraestructura. En Chiapas se reportan 1650 unidades de salud de distinta capacidad resolutive; la población con servicios de seguridad social es mucho menor que la reportada para el país. El comportamiento de las diferencias es consistente con la demanda en consulta externa. Al tratarse de atención hospitalaria, la proporción aumenta, asemejándose a la del país: 30.6 y 38.1% en Chiapas y el promedio nacional.

La mitad de la infraestructura de hospitalización en Chiapas está ubicada en los llamados Hospitales Integrales; cerca del 35% de las camas censables<sup>38</sup> se ubican en hospitales medianos (entre 30

<sup>33</sup> Es la cama de servicio, instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio y personal para la atención médica, es controlada por el servicio de admisión de la unidad y se asigna al paciente en el momento de su ingreso hospitalario para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento.

y 59 camas). En la lógica de las Ciudades Rurales, esta situación se resolvería –hipotéticamente– al concentrar a la población.

Considerando que una proporción muy baja de la población es tributaria de la seguridad social, que implica servicio médico, derecho a pensionarse y jubilarse, incapacidad por maternidad, cesantía, entre otros; la opción más probable de acceso a servicios de salud es el Sistema de Protección Social en Salud, con su brazo operativo, el Seguro Popular.

El Seguro Popular, iniciado en la década 2000-2010, está sustituyendo progresivamente al Instituto de Salud de Chiapas (Secretaría de Salud del Estado, ISA) en la provisión de atención médica. Por decreto, la población que pertenezca a los dos primeros deciles de ingreso económico es beneficiaria automática del Seguro Popular, de forma gratuita, en todo el país.

En Chiapas, de acuerdo con la información disponible en la página electrónica de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, (2006), se tenían afiliadas a 178,318 familias, de las cuales, el 81.6% se clasificaron en el primer decil de ingresos. Estas familias son residentes de áreas urbanas (82.4%) y poco más de 16% de áreas rurales.

Esta información hace pensar que la focalización debe tener un error al asignar erróneamente beneficios a familias que no cubren los requisitos o que aquellas que verdaderamente requieren del beneficio no logran reunir los requisitos para su inscripción. En cualquier caso, se observa una debilidad administrativa.

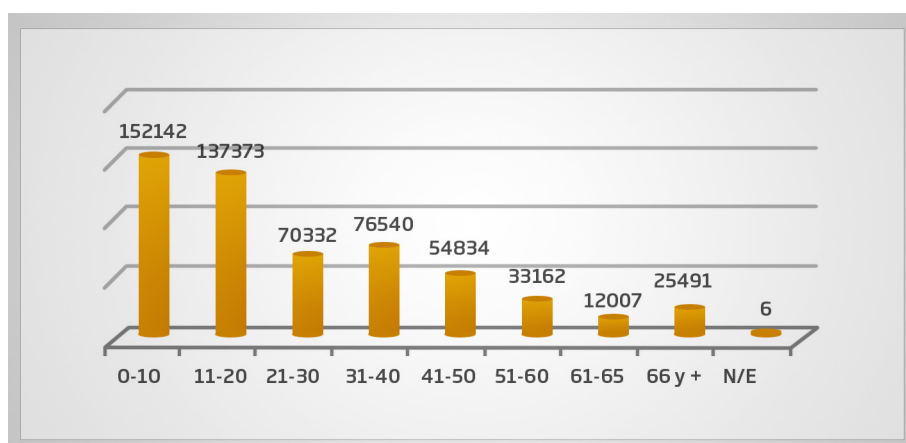


Gráfico 5. Población beneficiaria de Seguro Popular, según edad. Chiapas, 2010

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud

De acuerdo con esta misma fuente, en el año 2006 no se habían logrado las metas de incorporación de Centros de Salud (sólo 3.7% de lo programado) aunque ya se tenía más avance en la incorporación de los hospitales generales del estado al Sistema de Protección Social en Salud.

El Seguro Popular tiene actualmente un Catálogo de Servicios (CAUSES) 2010, que incluye un listado de poco más de 275 intervenciones organizadas por servicio, nivel de atención, grupo de edad, entre otros. Asimismo, tiene un catálogo de 275 medicamentos dentro de los cuales incluye los 14 biológicos del Programa de Vacunación Universal. También incluye el listado de los 49 diagnósticos y tratamientos que cubre el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.

En este catálogo también se enlistan las 128 intervenciones del Seguro Médico para una Nueva Generación, que entró en vigor el 1 de enero del 2010. (SS, 2010).

Si bien el espacio es breve para dar cuenta de las dificultades en el acceso a los servicios de salud, es indispensable reconocer que la calidad del personal médico y paramédico cobra particular relevancia en la atención de las necesidades de atención de la población de Chiapas. En este sentido, conviene señalar el tipo de personal que está vinculado a los servicios descritos en el cuadro 7.

Concepto	TOTAL	Pob. Asegurada	Pob. NO Asegurada
		%	%
<b>Personal Médico</b>	4982	32.6	67.4
En contacto con el paciente	4567	31.8	68.2
Generales	2226	26.8	73.2
Especialistas	1685	48.7	51.3
Médicos en formación (a)	656	5.6	94.4
En otras labores (b)	415	40.7	59.3

### Personal Paramédico

Enfermeras	6486	28.4	71.6
De servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (c)	1435	29.7	70.3
De trabajo social	572	53.1	46.9
Otro personal (d)	4927	40.1	59.9

*Cuadro 8. Personal médico y paramédico y servicios seleccionados de las instituciones públicas de salud según tipo de población beneficiaria, 2009.*

*Fuente: INEGI, 2011*

*a) Comprende pasantes de medicina y odontología, internos de pregrado y residentes.*

*b) Comprende al personal en labores administrativas, de enseñanza, investigación, epidemiólogos, anatómo-patólogos y otras labores.*

*c) Incluye otro personal profesional*

*d) Incluye personal administrativo, técnicos en estadística, promotores de salud, otros técnicos, personal de archivo clínico, conservación, mantenimiento, intendencia, lavandería, cocina y otros.*

Como puede observarse, hay cerca de cinco mil médicos vinculados a los servicios de salud, tanto de la seguridad social como de la población abierta. Uno de cada tres atiende a la quinta parte de la población chiapaneca que es derechohabiente; la implicación se produce en la calidad de la atención. La distribución del tiempo contratado de un médico será mayor proporcionalmente en la medida que se le asignen menos pacientes por jornada. Este comportamiento se observa prácticamente en el resto del personal.

En síntesis, la realidad muestra que el conocimiento científico-técnico disponible es suficiente para atender la demanda de atención médica; aún cuando por distintas razones no sea accesible a la totalidad de la población. En este sentido convendría replantearse la planificación del sistema de salud.

El reconocimiento de que el cambio es la única constante en los fenómenos sociales, económicos y culturales ha de ser la pauta para enfrentar el desafío de formar médicos con un amplio sentido ético y humanista, capaces de enfrentar la tarea de atender un conjunto de enfermedades heterogénea y, en algunos casos, singular; cuyo sustrato sea comprendido con sensibilidad social y atendido con óptimas competencias clínicas. Por todo lo anterior, es indispensable e impostergable la tarea de renovar -con pertinencia- la formación de los médicos en la Universidad Autónoma de Chiapas.



