



Universidad de San Carlos de Guatemala
Dirección General de Investigación
Programa Universitario de Investigación
Asentamientos Humanos

Informe Final

“Condicionantes para la movilidad transfronteriza en la
búsqueda de atención en salud (Guatemala-México)”

Partida presupuestaria: 4.8.63.9.68

Equipo de Investigación
Verónica Haydee Paredes Marín
Eulalia José Jiménez Felipe
Gloria Patricia de la Roca Girón (Coordinadora)

Guatemala 30 de noviembre de 2015

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Rector Magnífico

Dr. Carlos Enrique Camey Rodas
Secretario General

DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION

MSc. Gerardo Leonel Arroyo
Catalán
Director General de Investigación

Maestra Verónica Haydee Paredes
Marín
Investigadora Titular I

Ing. Agr. MARN Julio Rufino
Salazar Pérez
Coordinador General de Programas

Maestra Eulalia José Jiménez Felipe
Investigadora Titular III

Licda. Sandra Herrera Ruiz
Coordinadora del Programa
Universitario Asentamientos
Humanos

Licda. Gloria Patricia de la Roca G.
Coordinadora del proyecto de
investigación

INSTITUTO DE ESTUDIOS INTERÉTNICOS

Dra. María Teresa Mosquera Saravia
Directora y Coordinadora del Área de Estudios de Salud



ÍNDICE

RESUMEN.....	8
INTRODUCCION.....	9
1. Planteamiento del problema	9
2. Justificación.....	11
3. Estado del Arte.....	14
3.1 Grupos de trabajo de especialistas en tema frontera.....	14
3.2 La porosidad fronteriza.....	16
3.3 Salud en zona de frontera	18
3.4 Sobre los estudios relacionados con género y salud en la frontera.....	19
3.5 La salud en la zona fronteriza guatemalteca del Tacaná.....	22
4. Marco Teórico.....	25
4.1 Conceptualizaciones sobre modelos de atención	25
4.2 El modelo médico hegemónico (MMH).....	28
4.3 El modelo alternativo subordinado (MAS)	32
4.4 Modelo de autoatención (MA)	32
4.5 Teoría de la movilidad humana y teoría de frontera	33
4.6 Territorio y frontera	35
4.7 Gasto en salud y gasto de bolsillo	38
4.8 Derecho a la salud.....	39
5. Objetivos	41
General	41
Específicos	41
6. Hipótesis	41
7. Materiales y métodos	42
8. Tipo de investigación	42
9. Técnicas e instrumentos	42
10. Técnicas cuantitativas	43
11. Muestreo: Información cuantitativa	44
12. Unidad de análisis y criterios de elección.....	45
13. Resultados y Discusión	46
CAPITULO I. DATOS DE POBLACIÓN Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA REGIÓN DE ESTUDIO	48
1.1 Vulnerabilidad del territorio	50
1.2 Sibinal	51
1.3 Tacaná.....	55
1.4 Tajumulco.....	56
CAPITULO II. ESTADÍSTICAS VITALES DE LOS MUNICIPIOS DE SIBINAL, TACANÁ Y TAJUMULCO. AÑO 2014.....	58

2.1 SIBINAL.....	58
1. Cobertura	58
2. Recurso Humano	58
3. Tasa de natalidad y fecundidad/Morbilidad y Mortalidad.....	59
4. Morbilidad prioritaria.....	60
5. Tasa de mortalidad general	60
6. Producción de los programas.....	61
2.2 TACANÁ.....	62
1. Cobertura	62
2. Recurso Humano	62
3. Tasa de natalidad y fecundidad/morbilidad y mortalidad.....	63
4. Morbilidad prioritaria.....	64
5. Mortalidad General	64
6. Producción de los programas.....	66
2.3 TAJUMULCO.....	66
1. Cobertura	66
2. Recurso Humano de los servicios de salud.....	66
3. Tasa de natalidad y fecundidad/Morbilidad/Mortalidad.....	67
4. Morbilidad y mortalidad	68
5. Producción de los programas.....	69
CAPITULO III. LA RELACIÓN COMERCIAL, LABORAL Y CULTURAL EN LA ZONA DE FRONTERA	85
2.5.2 El impacto de la carencia de servicios de salud a nivel de frontera. Búsqueda de atención en salud.	96
2.5.3 Los gastos familiares en la salud	97
2.5.4 La movilidad por la búsqueda de servicios	101
2.5.5 Epidemiología socio cultural de la zona.....	114
CONCLUSIONES	118
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121

Indice de Tablas

No	Título de la tabla	Página
1	Paso fronterizo de migrantes	18
2	Funciones del Estado	34
3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos cualitativos	43
4	Técnicas e instrumentos cuantitativos	45
5	Resultados por objetivo	46
6	Recurso Humano del distrito de salud de Sibinal, 2014	59
7	Atención del parto, Sibinal 2014	59
8	Asistencia recibida en casos de muerte. Sibinal, 2014	61
9	Recurso Humano del distrito de salud de Tacaná, 2014	63
10	Preferencias de las madres en la atención del parto	64
11	Mortalidad prioritaria. Tacaná, 2014	65
12	Asistencia recibida en caso de muerte. Tacaná, 2014	65
13	Recurso humano del distrito de salud. Tajumulco 2014	67
14	Preferencias de las madres en la atención del parto. Tajumulco 2014	67
15	Asistencia recibida y sitio de ocurrencia de la muerte. Tajumulco 2014	69
16	Procedencia de las personas que buscaron atención en el Centro de Atención Permanente y en el Centro de Recuperación Nutricional durante la semana de la encuesta, por micro región, Tacaná 2015	73
17	Microregiones del municipio de Tajumulco	74
18	Microregiones cubiertas por el sistema de salud según el PDM de Tajumulco.	75
19	Procedencia de los pacientes que visitaron los servicios de salud durante la semana de la encuesta por microrregión. Tajumulco, 2015	75
20	Asignación presupuestaria para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el año 2016.	82
21	Ingresos familiares, según datos de la encuesta, en Tacaná y Tajumulco. 2015	86
22	Ingresos familiares según datos de la encuesta, en las aldeas de Tacaná y Tajumulco. 2015	87

23	Número de personas que dependen del ingreso familiar. Tacaná 2015	89
24	Ejemplo de la composición familiar de una familia extendida. Tacana. 2015	89
25	Migración hacia México en busca de ingresos económicos. Datos de las tres áreas de estudio, según las encuestas. 2015	93
26	Migración temporal hacia México en busca de ingresos, por comunidad estudiada. 2015	93
27	Destinos de trabajo mencionados por la población de Tacaná. Año 2015	94
28	Destinos de trabajo mencionados por la población de Tajumulco. Año 2015	95
29	Número de familias que tuvieron una o mas personas enfermas	98
30	Gastos de bolsillo en micro región Chocabj. Año 2015	99
31	Medicina adquirida en la microrregión Chocabj durante las ocho semanas de seguimiento. Año 2015	100
32	Gastos de bolsillo del municipio de Tacaná durante la semana de la encuesta en los servicios de salud. Año 2015	100
33	Medicina adquirida en Tacaná durante la semana de la encuesta. Año 2015.	101
34	Gastos de bolsillo en Tajumulco durante la semana de la encuesta. Año 2015	101
35	Búsqueda de atención para la salud. Micro región Chocabj. Año 2015	102

Índice de figuras.

Figura	Título	Página
1	Mapa de la Región de Soconusco	48
2	Ubicación geográfica del departamento de San Marcos	49
3	Grupos étnicos que conforman el departamento de San Marcos	50
4	Localización del área de estudio: Mapa de Sibinal	53
5	Grupos étnicos que conforman el departamento de Sibinal	53
6	Frontera Chocabj Unión Juárez	54
7	La Línea	54
8	Localización del área de estudio: Mapa de Tacaná	55
9	Grupos étnicos que conforman el municipio de Tacaná	56
10	Localización del área de estudio: Mapa de Tajumulco	57
11	Grupos étnicos que conforman el municipio de Tajumulco	57
12	Lugar de procedencia de las personas que visitaron el Centro de Atención Permanente y el Centro de Recuperación Nutricional de Tacaná	74
13	Lugar de procedencia de las personas que visitaron el Centro de Atención Permanente de Tajumulco	77
14	Fotografías de Tajumulco: CAP y Municipalidad	77
15	Algunos servicios de salud de Cacahoatan y Motozintla	78
16	Oferta de servicios de salud de Tacaná	79
17	Fotografía: Radio Fuente de Vida Cheguaté	88
18	Crianza de especies menores: Toniná	90
19	Casa típica de Toniná	90
20	Visita a Cheguaté	91
21	Puente sobre el río Suchiate (Tajumulco)	96
22	Crianza de aves	96
23	San Juan Bullaj. Río Suchiate, zona baja	97
24	Nacimiento de agua en San Juan Bullaj	97
25 y 26	Centro de convergencia: Plan Grande Chanjulé	103
27	Planta medicinal: Buscapina	

**“Condicionantes para la movilidad transfronteriza
en la búsqueda de atención en salud
(Guatemala-México)”**

RESUMEN

“Se sabe que la zona de frontera entre México y Guatemala en materia de salud es un área sumamente cuidada, ya que representa el “peligro sanitario” que se explica en la dinámica social que da como resultado ser parte del corredor migratorio. El trabajo temporal, el paso de migrantes que buscan llegar hacia los Estados Unidos, la alta violación en Derechos Humanos en materia de trata de personas hace que la atención se dirija hacia salud sexual y salud reproductiva en la región. Sin embargo, los planes y programas no contemplan atender la zona en otro tipo de enfermedades” (Paredes 2013). La investigación realizada en tres municipios fronterizos del departamento de San Marcos, da cuenta de la morbilidad de la población del área, así como de las preferencias en los modelos de atención, condicionados básicamente, por el acceso y percepción de la calidad en la prestación de los servicios.

Palabras clave: Gasto de bolsillo en salud, movilidad transfronteriza, trayectorias de atención en salud, derechos en salud.

INTRODUCCION

1. Planteamiento del problema

Existen en Guatemala pocos estudios sobre la movilidad de la población de frontera para la búsqueda de salud en el lado mexicano. Especialmente para aquellas personas en situación de enfermedad común o control de la etapa gestacional de las mujeres.

Hasta el momento, son cuatro los estudios que mencionan específicamente el tránsito de personas guatemaltecas hacia el lado mexicano con fines curativos. Dos de ellos refieren únicamente al ámbito de la medicina tradicional y alternativa, que como suele pasar en muchos lugares, ambos sistemas se contraponen, pues el pluralismo en la aplicación de la diversidad de terapéuticas se conjuga con sentidos rituales y espirituales. Aura Marina Arriola y Elías Rodríguez Vásquez realizan en la zona cercana al volcán de Tacaná, estudios etnográficos que abordan la cosmovisión del territorio mam entre ladinos e indígenas, así como la importancia de la relación del territorio de frontera en el ámbito de la salud preventiva y curativa desde el espacio simbólico, donde se exhibe con gran cantidad de datos los diversos caminos vecinales de interconexión transfronteriza, las fechas rituales y el mundo terapéutico asociado con el territorio.

Por otro lado, las Naciones Unidas como parte de su cooperación técnica financiera a través de sus agencias OPS/OMS, PNUD y FAO comparten desde 2011 el Programa Conjunto denominado “Reducción de vulnerabilidades para contribuir al desarrollo rural en cinco municipios de las cuencas de los ríos Coatán y alto Suchiate en el departamento de San Marcos” de cuyos diagnósticos e informes internos se rescatan varios datos importantes, siendo el que da origen a este estudio, el informe de OPS/OMS (2013 b) de diálogos intercomunitarios con los municipios marquenses de Ixchiguán, Sibinal, Tacaná, Tajumulco y Ojetenam. En dicho informe se da cuenta de la movilidad que tienen los pobladores, en especial los sibalenses motivados por la atención en los servicios públicos de salud mexicanos por tres incentivos básicos: **cercanía, calidad y dotación de medicamento**, en el que mencionan específicamente la asistencia a la ciudad de Tapachula, en Chiapas. Se tiene conocimiento que Cruz Roja Internacional cuenta con un estudio que refleja la movilidad de

la población en el departamento de Petén a la frontera con México para búsqueda de salud y educación. El motivo de dicha movilidad es similar a lo ya presentado para el caso de Sibinal San Marcos, en el que se agrega el tema de preferencia por mayor pertenencia identitaria de la población petenera de frontera a la cultura mexicana y la tenencia de doble nacionalidad.

Con base a estos tres estudios, se realiza la pregunta: ¿Por qué los pobladores de la zona fronteriza se movilizan para el país vecino a atenderse sus problemas de salud y qué estrategias utilizan para acceder a los servicios o espacios de atención? De lo planteado, se rescatan varias ideas principales que orientan en un primer momento la investigación que se plantea: a) Existe una serie de condiciones que permiten y estimulan la movilidad de las personas guatemaltecas hacia la zona de frontera mexicana para búsqueda de servicios básicos, entre los que se encuentra la salud. b) la noción de una identidad y territorialidad que se conjuga en el sistema simbólico de pertenencia a un territorio más que a una nacionalidad, evidenciándose en el uso de espacios sagrados transfronterizos en la terapéutica tradicional o de usos de servicios públicos en ambos países. c) las realidades socioeconómicas determinadas por diversas exclusiones.

Frente a este escenario, se plantea la necesidad de conocer tres puntos básicos: El impacto económico en el presupuesto familiar de todo aquello que destinan a la atención de la salud, las trayectorias y estrategias que las familias crean para acceder a la atención de su salud, incluyendo en esto, la movilidad hacia el país vecino (México) en búsqueda de servicios públicos de salud y la terapéutica tradicional y la relación entre territorio y salud. Todo lo cual permitirá establecer la interrelación del territorio de frontera en relación a la salud, el porqué de la preferencia de los guatemaltecos a los servicios mexicanos en salud, así como proporcionará un perfil de qué padecimientos o enfermedades están siendo atendidas en uno u otro lado.

Entonces, las preguntas necesarias para abordar en el estudio son:

¿Qué determinantes influyen en la movilidad de la población en la búsqueda de servicios de salud en un país diferente al de su local de residencia?, ¿Qué padecimientos o enfermedades se atienden fuera del sistema de salud guatemalteco?, ¿Qué implicaciones histórico-

económicas se juega en este fenómeno social?, ¿Cuál es la relación entre género, etnia, generación y condición económica con la movilidad transfronteriza en la búsqueda de atención en salud?

¿Cuál es la relación existente entre territorialidad e identidad con la movilidad transfronteriza en la búsqueda de atención en salud?, ¿Cómo se determinan las trayectorias de atención en situaciones transfronterizas?, ¿Qué determina en la representación social la calidad de atención en salud entre dos sistemas de salud de diferente país en un espacio de frontera?

2. Justificación

Becerril y López dan cuentas de la situación de salud en Guatemala de la siguiente forma: El país cuenta con 14,361,666 habitantes, de los cuales el 51% vivía por debajo de la línea de la pobreza y el 15.2% en pobreza extrema, siendo aún un país eminentemente rural en donde más de la mitad de su población vive en zonas rurales o periféricas, evidenciándose una primera etapa de transición epidemiológica en donde persisten enfermedades de países con poco desarrollo socioeconómico coexistiendo con enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas.

El sistema de salud pública en Guatemala tiene altas deficiencias en varios sentidos, siendo uno de sus grandes problemas la cobertura oportuna. Los proveedores públicos de salud se dividen en 3 grandes prestadoras:

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social quien, según las cuentas nacionales en salud, da cobertura a un aproximado de 70% de la población pero que en términos reales, apenas logra llegar a cubrir un aproximado de 48% de la población (Becerril y López 2011)

Los derechohabientes del Seguro Social no superan el 17.45% de población total nacional.

El sector de seguridad nacional integrado por el Ministerio de la defensa y gobernación cuentan, cada uno, con servicio de cobertura según la prestación social de cada Ministerio. Estos dos sectores cubren un 0.5% de la población total nacional.

Se deja en manos del sector privado la cobertura del 12% de la población, que es manejado por organizaciones sin fines de lucro, así como iniciativas lucrativas y en el caso de seguros privados, sólo un 8% de la población tiene acceso económico para el pago de las primas de cobertura, correspondiendo a los dos quintiles más ricos de la población (Becerril y López, 2011).

El gasto privado en salud como porcentaje del gasto total de salud era del 64.5% y el gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud es de 82.8. Estos datos nos dictan entre líneas, 3 grandes situaciones: Falta de cobertura, exclusión e injusticia financiera en el gasto nacional de salud y como menciona OMS, una alta dependencia del gasto privado en salud, lo que deriva en empobrecimiento de la población guatemalteca, cuyo Estado destina únicamente el 14.7% del gasto general de gobierno en salud, como porcentaje total de gasto de gobierno (WHO, 2014).

Adentrarse en las interioridades del gasto personal de salud es necesario desde muchos ámbitos, ya que nos da cuenta de la violación al derecho a la salud en el país y sus estrategias económicas para acceder a servicios básicos.

Si trasladamos esta situación a la dinámica local del área que se pretende estudiar, por ser un área rural, la situación se agudiza. Los servicios de salud son insuficientes e ineficientes, la planeación de los servicios de salud para el flujo de atención está centralizada a los centros de los municipios o poblados principales, dejando a los poblados lejanos con una atención de muy baja cobertura y centrados a la atención materno infantil; que excluye otros grupos que a su vez les vuelve vulnerables. El programa de Extensión de Cobertura (PEC), ha sido la solución que ha dado el Estado hacia estas poblaciones desde finales del siglo pasado, el cual se centra en contratar ONG's para que presten el servicio de atención en regiones lejanas, que incluye peso y talla, atención materno-infantil, inmunización y control de enfermedad común y de la mujer. El funcionamiento de las prestadoras de servicios como se les denomina, fija su estrategia en un equipo básico itinerante que visita por un día a las comunidades una o dos veces al mes, por lo que la calidad de atención que puede brindarse a la población no es la

correcta. El traslado ante una referencia al segundo o tercer nivel de atención se dificulta frente a la pobreza de la población, determinándose a lo interno de los hogares la trayectoria del enfermo, pues estos centros se encuentran lejos de las comunidades. San Marcos presenta las siguientes características en salud:

Del total del departamento: Un 86% de sus municipios presentan un 90% de pobreza según datos de SEGEPLAN. El 80% de su población es rural, compuesta por un 60% indígena (en su mayoría maya mam) que se concentra en la zona alta.

San Marcos se encuentra entre los cinco departamentos con la mayoría de los casos de mortalidad materna y prevalencia de VIH a nivel de país, esta última prevalencia como efecto de ser parte del territorio que atraviesa el corredor migratorio.

Cuenta con dos hospitales: uno de referencia nacional y otro de referencia regional, y varios centros de primer y segundo nivel de atención con un total de 27 servicios repartidos en 29 municipios (Área de Salud de San Marcos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2013).

Algunos centros de salud, han sido fortalecidos en ciertos municipios, para la atención de emergencias obstétricas, como medida para reducir la mortalidad materna. Sin embargo, todos ellos sostienen permanentemente problemas de abastecimiento de medicamentos, carencia de equipo diagnóstico, personal y material quirúrgico; que provoca mala calidad de atención por lo que existen grandes brechas para la atención de la población.

En cuanto al Seguro Social, su cobertura se centra en la cabecera del departamento y en la zona costera, región en donde se concentra el trabajo formal, con una mínima cobertura en la zona norte. Cuenta el IGSS con tres hospitales, dos de ellos en el mismo lugar en donde se encuentran los hospitales públicos y 11 centros de atención, pero los derechohabientes que pueden acceder a estos servicios son mínimos. Para 2011, apenas contaban con 21,475 afiliados en San Marcos, lo que representa un 2% de la población total del departamento.

En cuanto a la morbilidad del departamento sigue prevaleciendo las IRAS, enfermedad gastrointestinal, infecciones de piel y vías urinarias y las ocho principales causas de mortalidad general en el departamento, en orden descendente son: Infarto agudo al miocardio, neumonía y bronconeumonía, prematuridad, tumor en el estómago no especificado y accidente cerebrovascular, según datos proporcionados por el Área de Salud de San Marcos para el año 2012.

El departamento no cuenta con estudios que determinen las estrategias que siguen los pobladores para atenderse sus problemas en salud y menos de aquellos que transitan para el efecto hacia el lado mexicano y la forma en cómo lo realizan. Saltan así varios temas importantes y poco abarcados: gasto de bolsillo en salud desde la perspectiva cualitativa y cuantitativa, **programas nacionales de cobertura**, movilidad transfronteriza para la búsqueda de atención en salud, calidad de cobertura y estrategias familiares de atención en salud, desprotección social de la salud de la población. Estudiar la salud pública y la epidemiología de la zona fronteriza desde los aspectos de los determinantes sociales, es un aspecto que atañe no sólo a las ciencias médicas, sino también a las ciencias sociales, pues la epidemiología responde a condiciones socioeconómicas e incluso culturales que sin conocerlas y entenderlas no podrán ser abordadas de la mejor manera al realizar políticas, planes y programas.

3. Estado del Arte

3.1 Grupos de trabajo de especialistas en tema frontera.

El CEMCA promueve el denominado “Grupo de Investigación Internacional 2012-2015-Espejismos” teniendo como fin, el estudio de las implicaciones de las movilidades a partir de estudios en la zona de: América Central/América del Norte, Oriente medio/próximo y Magreb/Europa. El grupo cuenta con el apoyo de instituciones que juegan el rol de contrapartes de los programas y pretenden profundizar en estudios relacionados con procesos de circulación e interacción a nivel de frontera, lo que les llevará el siguiente año, a contar con publicaciones sobre estos ejes (CEMCA, 2013). Cabe resaltar que el CEMCA, es un centro de investigación que forma parte de la cooperación francesa enfocada en México y Guatemala.

De la misma forma, el Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR), desde 2007 y a partir de los estragos causados por los huracanes Mitch y Stan e inundaciones en Tabasco, decide organizar un grupo de especialistas en la temática “frontera”, ya que por estos fenómenos, junto a la cancelación del servicio del tren en las costas de Chiapas, las dinámicas migratorias en la zona fronteriza comenzaban a presentar ciertos cambios (Javier Serrano, Germán Martínez, 2009). Es entonces que deciden crear la Red de Estudios Migratorios en la Frontera Sur de México – REMISUR-, la cual “ se concibe como un grupo académico en ECOSUR, que busca profundizar en el conocimiento del fenómeno migratorio en la frontera sur y difundir los resultados de la investigación que se realizan sobre el tema, con la intención de reforzar las capacidades de investigación de sus miembros, la formación de recursos humanos y la vinculación con diversos agentes e instituciones dedicadas a la atención y al estudio del fenómeno migratorio en la región fronteriza del sur de México y los países de Centroamérica.” (ECOSUR).

El Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social –CIESAS-, en su unidad de Sureste, ha liderado también una red de investigadores que abordan el tema de agua, medio ambiente y fronteras a partir del 2003. El logro de esta red, es haber interconectado a diversas instituciones educativas y gubernamentales del sur de México (Tabasco, Yucatán, Quintana Roo Chiapas), así como instituciones internacionales como lo es la Universidad de San Carlos de Guatemala, Universidad de El Salvador, Ministerio de Ambiente del Salvador e instituciones y fundaciones de sociedad civil en Belice Salvador y Guatemala. Dicha red es denominada RISAF (Red de Investigadores Sobre el Agua en la Frontera México- Guatemala- Belice). Dentro de sus logros refieren haber realizado seminarios de análisis de la situación de las legislaciones sobre el agua, elaborar investigaciones bilaterales o trilaterales en medio ambiente y frontera así como tener un compendio de los estudios sobre el tema en la región. (CIESAS-SURESTE, 2013).

Dentro del espacio institucional, tanto la Secretaría de Salud de Chiapas, como el Ministerio de Salud y Asistencia Social mantienen desde hace aproximadamente 10 años, una comisión binacional para el abordaje de ciertos padecimientos en la frontera, en especial paludismo. Recien el año pasado, se incluyó en esta comisión, la representación de Belice.

3.2 La porosidad fronteriza.

El acuerdo de 1882 que delimita las fronteras entre Guatemala y la zona del Soconusco conformó una representación política del territorio, pero la frontera cultural y comercial era ajena a esa demarcación, pues los movimientos y la circulación en la zona siguió fluyendo sin mayor restricción. Así como Guatemala había tenido en abandono la zona del Soconusco, la parte que queda dentro de la frontera guatemalteca, tenía y sigue manteniendo poca relación con la Ciudad. Una buena parte de la población de San Marcos migraba (aún sigue manteniéndose esa dinámica) año con año a la pisca de café en la zona mexicana del Tacaná y todo aquel material de consumo, era comprado dentro del territorio mexicano. Su paso, lejos de hacerlo por puntos de internación “legales”, se hacía por lo viejos caminos vecinales que unían poblaciones de frontera, que convertían a la zona en espacios de tránsito permanente. Durante los años del conflicto armado guatemalteco transitaron escondidos en estos caminos vecinales desde San Marcos, varios habitantes de la zona quichelense o huehueteca, estableciéndose como refugiados de guerra en varios poblados de frontera. Unión Juárez y Tapachula recibieron a varios de ellos e incluso sufrieron la incursión del ejército guatemalteco en su población de residencia, según refieren informes de la verdad en Guatemala e investigaciones sobre dichos hechos (Castillo, Toussaint, & Vázquez, 2006), (Gutiérrez, 2012).

Otro proceso social de movilidad que recientemente ha marcado a la frontera sur mexicana, es la migración hacia Estados Unidos por centroamericanos. La mayoría de estudios sobre la zona, trata este tipo de migración, que inició a llamar la atención de los investigadores en la última década del siglo pasado. En 1930, México explicita una política de población derivada de la migración de refugiados españoles de la guerra. Así México, por iniciativa del entonces presidente Pascual Ortiz Rubio, expide la Ley Nacional de Migración. No es sino hasta 1976, con una nueva ley de población, que se explicitó la necesidad de disminuir la tasa de crecimiento poblacional y por ende, el control de inmigración (Mosquera, 1990). La relación diplomática de México hacia Guatemala remonta sus orígenes a finales de 1890 (González

Arriaga, 2000), construyendo así, las bases de su política exterior hacia su vecina sur, la cual está íntimamente vinculada a su vez con la relación México-EUA.

Antonio Mosquera (1990) refiere que ya para el 80, México veía a la migración centroamericana como un agente creador de problemas al país, requiriendo restringir su acceso, lo que les llevó a definir dos categorías de migrantes: el económico y el político, con lo que inicia el proceso de la creación de políticas de control migratorio en la zona y a existir requisitos de ingreso y tránsito en la frontera sur.

La legislación en materia migratoria tuvo un fuerte cambio en 2009 y un último cambio en este año (Publicado en el diario Oficial el 30/10/2014), endureciendo la política migratoria hacia el centroamericano, a través de su marco jurídico¹. La creación y puesta en marcha del “Programa Frontera Sur”, es una política con fuerte vínculo en el control, impuesto por Estados Unidos y que pertenece a la implementación de las medidas de Seguridad Nacional (EUA-MEX) que busca el “Proyecto Mesoamérica” (antes Plan Puebla-Panamá). Estas medidas de seguridad influyen en la seguridad sanitaria como control de la población (fronteras sanitarias) y la contención de humanos como vectores, por lo que salud y programas de frontera están íntimamente relacionados, como lo mencionan en sus informes WOLA (Washington Office in Latinoamerica)². En Diciembre de 2014, se informa por parte de la presidencia de Guatemala, la creación binacional de 10 puestos nuevos fronterizos, con el fin de mejorar el “control” del contrabando, la evasión, y el tráfico de personas y armas en la zona frontera, con un gasto de 250 millones de dólares por país, con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo.

En la década de 1990, la migración de centroamericanos hacia los Estados Unidos de América de forma ilegal percibe un aumento, posicionándose Tapachula como el inicio del camino del migrante, impactando en dos temas claves: salud y seguridad. La migración temporal de trabajadores, migración de larga data en la región, está enfocada en las actividades agrícolas

¹ http://www.normateca.gob.mx/Archivos/66_D_3946_31-10-2014.pdf

² http://www.wola.org/es/comentario/cinco_preguntas_sobre_el_nuevo_programa_de_frontera_sur_del_gobierno_mexicano y http://www.wola.org/es/comentario/cinco_preguntas_sobre_el_nuevo_programa_de_frontera_sur_del_gobierno_mexicano, ver también <http://www.presidencia.gob.mx/articulos-prensa/pone-en-marcha-el-presidente-enrique-pena-nieto-el-programa-frontera-sur/>

y en especial la temporada de recolección de café en la parte alta del Soconusco, así como mano de obra para cultivo de banano y palma africana, a la que se le une la alta migración femenina para ocupar trabajos domésticos (UNFPA, 2011).

Actualmente, Guatemala comparte con México 962 km de frontera (Conferencia Regional sobre Migración, 2012) y las fronteras de Tecún Umán y El Carmen en el Departamento de San Marcos en Guatemala, son de las de mayor movimiento a nivel nacional. Por estas fronteras se dio en 2013, el 49% de todos los ingresos legales al país (incluyendo puertos aéreos y marítimos), con el 90% de los ingresos terrestres, pero cuando se visualizan datos de egresos, estas fronteras responden sólo al 17.48% de los egresos totales del país y únicamente el 9.10% de los egresos terrestres, según los datos reportados por la Dirección General de Migración para el año 2013. Al analizar dicha cifra y conocer la situación de la frontera, se sobreentiende que el número real de egresos por esta zona no está registrada, ya sea porque burlan o sobornan a las autoridades migratorias, o el paso se lleva a cabo por puntos ciegos.

Tabla 1. Paso fronterizo guatemalteco

Paso fronterizo guatemalteco	Ingresos 2013	Egresos 2013
Tecún Umán I	39565	46895
Tecún Umán II	100577	91527
El Carmen	54700	51960
Total vía terrestre (15 fronteras)	1206548	1088687
Total vía marítima, aérea y terrestre (21 puertos de ingreso/egreso al país)	2216606	2089910

Cuadro de elaboración propia con base en datos de la oficina de estadística de la DGM

3.3 Salud en zona de frontera

Varios son las intervenciones e investigaciones en frontera, que han ocupado a científicos e instituciones guatemaltecas y mexicanas en relación a la salud y migración. Las instituciones nacionales en coordinación con instituciones de carácter internacional como UNFPA³, OPS/OMS⁴, como agencias integrantes de la Organización de Naciones Unidas, y OIM⁵ o Médicos Sin Fronteras y asociaciones basadas en la fe, en especial de la iglesia católica, han coordinado proyectos conjuntos y binacionales, sobre todo en la zona de la frontera del

³ United Nation Population Found por sus siglas del Inglés (Fondo de Población de las Naciones Unidas)

⁴ Organización Panamericana de la Salud, agencia regional de la Organización Mundial de la Salud.

⁵ Organización internacional para la Migraciones

Soconusco, destinados a control y prevención de enfermedades de transmisión sexual, siendo la temática fuerte de estas intervenciones el VIH o el manejo y control de plagas y vectores, así como el respeto a los Derechos Humanos. El motivo del interés de estas instituciones hacia la zona se basa en dos dinámicas importantes, ambas generadas por la movilidad humana: la primera, ser zona de tránsito humano y comercial y la segunda ser un lugar de destino para trabajo temporal (legal e ilegal).

Tapachula y la Mesilla en el departamento de Huehuetenango (Guatemala), es donde un buen número de inmigrantes ilegales atraviesan hacia México, con rumbo final a Estados Unidos⁶, convirtiendo a la zona en un lugar de alta vulnerabilidad de los Derechos Humanos, vulnerabilidad epidemiológica y de seguridad humana. La trata de niñas y mujeres para comercio sexual es común, por lo que la preocupación en salud de agencias de cooperación, la Secretaría de Salud de Chiapas, el Ministerio de Salud de Guatemala y de otros organismos internacionales, refiere especialmente a salud sexual (López, 2012).

3.4 Sobre los estudios relacionados con género y salud en la frontera

El colocar en conjunto las categorías género y salud en realidad es motivado por los mismos estudios que se han encontrado, donde en su mayor parte refieren a la situación de mujeres en la zona, abordando salud e infecciones de transmisión sexual o salud reproductiva, siendo casi inexistentes los estudios que refieran a otro tipo de enfermedades o de situación de salud. Así pues, los estudios desde las ciencias sociales en materia de salud, están en su mayoría insertos dentro del tema migración, trabajo temporal, mujeres, salud reproductiva, ITS o VIH/SIDA. El estudio de David Halperin (1996), intenta caracterizar la salud en ambos lados de la frontera, sin embargo, presenta en su mayor parte datos epidemiológicos, sin profundizar en las relaciones perifronterizas.

El texto “Bajo el Tacaná” (Instituto de Estudios Críticos/ Editorial Sin Nombre, s/f), proponen que no son las fronteras las vulnerables, sino los cuerpos, al referirse a las problemáticas de quien migra, pero en especial de las mujeres centroamericanas que pierden todos sus derechos

⁶Según informes de UNFPA, esta situación está cambiando por los fuertes controles migratorios, dirigiendo el flujo hacia el departamento de Huehuetenango

una vez cruzan la línea divisoria entre Guatemala y México. Tapachula a nivel mundial, es la tercera frontera con mayor prostitución y por ende el abordaje de este fenómeno como situación de salud es indispensable para las autoridades y para espacios de activismo social, dando lugar a gran cantidad de estudios académicos desde diversas disciplinas. Según el texto antes mencionado, son las mujeres que tienen como objetivo el proseguir el viaje hacia los Estados Unidos, las que suelen ser presas de la explotación sexual. Así pues, la vulneración del cuerpo, ya sea por accidentes (pérdida de miembros), explotación sexual o peligro en el peregrinar, es la parte central de este trabajo que consta de un texto y un documental.

Marta Luz Rojas Weise (2007) afirma que en el caso de las empleadas domésticas (normalmente indígenas), la atención de salud es provista por los “patrones” quienes les auto-medican y por ende, es baja la asistencia a servicios de salud por parte de estas actrices. Carmen Fernández Casanueva (2009) aborda en su trabajo “Experiencias de mujeres migrantes que trabajan en bares de la frontera Chiapas-México”, el análisis de las trayectorias de mujeres guatemaltecas, salvadoreñas y hondureñas en su ruta migratoria y su estancia en el Soconusco para trabajar como sexo-servidoras, las cuales fueron localizadas en los lugares de trabajo o en los servicios de salud. El control sanitario (VIH) a estas mujeres, constituye parte de las “cuotas” en deuda a sus proxenetas, lo que les esclaviza y sujeta a esos espacios de explotación y que ocupa una parte del análisis de este estudio.

El “Estudio comparativo de la frontera Tabasco-México, Petén-Guatemala” de Margarita Vautravers Tosca (2005), es uno de los únicos estudios en el que se aborde la frontera entre Petén y Tabasco que se tuvo acceso, en el que intenta hacer una caracterización de los servicios básicos de cada lado de la frontera, acercándose a la historia compartida, sin embargo no existe un análisis profundo de las relaciones cotidianas de las poblaciones.

En ese sentido, son pocos los estudios en salud que han intentado hacer análisis integral de la zona frontera (México-Guatemala), siendo uno publicado en 1994 por Jaime Sepúlveda y Rodolfo Casillas. De los revisados, éste es el único que realiza un análisis de la salud pública en ambos lados de la frontera, en el que intenta abordar una epidemiología mucho más integral que otros estudios, aunque actualmente superado por la antigüedad del documento. Recientemente, el Instituto de Salud Pública generó el libro denominado “Migración y salud

sexual y reproductiva en la frontera sur de México”. La ventaja de este último, es que toma en cuenta el análisis de la cooperación técnica en materia de salud migratoria y hacer la conexión peri-fronteriza, pero se encasilla en los mismos 3 ejes de los otros estudios ya mencionados: migración, salud sexual y reproductiva y mujeres. (Leyva & Quintino, 2009)

Alejandro Canales, Patricia Vargas e Israel Montiel (2010) en su documento denominado “Migración y salud en zonas fronterizas. Guatemala y México”, hacen un recuento de los principales estudios que se han realizado en este territorio, refiriendo que aún es una zona olvidada por las autoridades centrales mexicanas enfatizándolo en la situación en salud. “*es interesante comprobar que tampoco hay una preocupación nacional sobre los impactos de la inmigración en términos de las condiciones de salud de la población, así como en términos de su salud sexual y reproductiva.*” Ellos mencionan que ya para 1930, existían estudios sobre migración relacionada con la frontera norte, pero no es sino hasta los 90 que inicia el interés en conocer la dinámica de la frontera sur, en parte gracias a la movilidad de población refugiada guatemalteca a causa del conflicto armado interno en ese país; pero que aun así, la producción de investigaciones en salud con el que se cuenta es muy bajo.

Desde el ámbito de la espiritualidad y la salud, la antropóloga guatemalteca Aura Marina Arriola, refiere una movilidad para la búsqueda de chimanes⁷, brujos o curanderos, trabajo que refleja su libro *La religiosidad popular en la frontera sur de México*. Con ello, se da referencia de la existencia de dinámicas religiosas asociados a la salud y el territorio por medio de la peregrinación hacia lugares sagrados con fuertes vínculos a la espiritualidad maya mam. La subida del Volcán de Tacaná desde Unión Juárez el día 3 de enero, o la iniciación de un chiman, a su vez se convierte en un día de alto intercambio comercial de suma importancia en este territorio, entre pobladores de ambos lados de la frontera. OPS/OMS Guatemala (2012) realizó una consultoría en donde se hace un censo de terapeutas, divididos en la especialidad de cada uno en Sibinal, Tacaná, Tajumulco, San José Ojetenma e Ixchiguán. Se caracteriza 11 diferentes especialidades en un total de 81 terapeutas, 16 de ellos viviendo en Sibinal.

⁷ Nombre popular en la zona para denominar a terapeutas tradicionales de índole espiritual.

3.5 La salud en la zona fronteriza guatemalteca del Tacaná

Según el último censo realizado en Guatemala, el país contaba con 14,361,666 habitantes de los cuales el 51% vivía por debajo de la línea de la pobreza y el 15.2% en pobreza extrema, siendo aún un país eminentemente rural en donde más de la mitad de su población vive en zonas rurales o periféricas, evidenciándose una primera etapa de transición epidemiológica, en donde persisten enfermedades de países con poco desarrollo socioeconómico, coexistiendo con enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas (Becerril y López,2011). Según datos de la OMS⁸ (WHO,2014), la esperanza de vida en hombres y mujeres refiere a 68 y 75 años respectivamente, habiendo un promedio de 7 camas por cada 10.000 habitantes y 0.9 médicos por igual relación poblacional, siendo de las razones más bajas en América Latina, según informa la institución.

El sistema de salud pública de salud en Guatemala tiene altas deficiencias en varios sentidos, entre ellos, la cobertura oportuna. Los proveedores públicos de salud se dividen en 3 grandes prestadoras: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien estiman según las cuentas nacionales en salud, da cobertura a un aproximado de 70% de la población pero que en términos reales, apenas logra llegar a cubrir un aproximado de 48% de la población. El Seguro Social (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-), cubre a todo trabajador formal que cotiza, pero sus derechohabientes no supera el 17.45% de población total nacional y el sector seguridad nacional (militar y de gobernación) cuentan también cada uno con servicio de cobertura según la prestación social de cada Ministerio. Cubre de manera desigual a agentes policiacos frente a militares, quienes tienen altos beneficios en cobertura de salud. Estos dos sectores cubren un 0.5% de la población total nacional. Se deja en manos del sector privado la cobertura del 12% de la población, que es manejado por organizaciones sin fines de lucro, así como iniciativas lucrativas y en el caso de seguros privados, sólo un 8% de la población tiene acceso económico para el pago de las primas de cobertura, correspondiendo a los dos quintiles más ricos de la población (Becerril y López, 2011).

⁸ Organización Mundial de la salud

OMS reporta en las cuentas nacionales de salud⁹ que a nivel Latinoamericano, Guatemala cuenta con uno de los costos más altos en gastos privados en salud, gastos que devienen en muchas ocasiones como costos catastróficos. Si desglosamos algunos de estos costos, la Organización nos presenta los siguientes datos para el año 2011 (el dato más actualizado con el que cuenta el país): El gasto privado en salud como porcentaje del gasto total de salud era del 64.5% y el gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud es de 82.8. Estos datos nos dictan entre líneas, 3 grandes situaciones: Falta de cobertura, exclusión e injusticia financiera en el gasto nacional de salud y como menciona OMS, una alta dependencia del gasto privado en salud, lo que deriva en empobrecimiento de la población guatemalteca, cuyo Estado destina únicamente el 14.7% del gasto general de gobierno en salud, como porcentaje total de gasto de gobierno. Adentrarse en las interioridades del gasto personal de salud es necesario desde muchos ámbitos, ya que nos da cuenta de la violación al derecho a la salud en el país y sus estrategias económicas para acceder a servicios básicos.

Los servicios de salud son insuficientes e ineficientes, la planeación de los servicios de salud para el flujo de atención está centralizada a los centros de los municipios o poblados principales, dejando a los poblados lejanos con una atención de muy baja cobertura y centrados a la atención materno infantil; que excluye otros grupos que a su vez les vuelve vulnerables. El programa de Extensión de Cobertura (PEC), ha sido la solución que ha dado el Estado hacia estas poblaciones desde finales del siglo pasado, el cual se centra en contratar a Organizaciones No Gubernamentales (Asociaciones civiles) para que presten el servicio de atención en regiones lejanas, que incluye peso y talla, atención materno-infantil, inmunización y control de enfermedad común y de la mujer. El funcionamiento de las prestadoras de servicios como se les denomina, fija su estrategia en un equipo básico itinerante que visita por un día a las comunidades una o dos veces al mes, por lo que la calidad de atención que puede brindarse a la población no es adecuada.

El traslado ante una referencia al segundo o tercer nivel de atención se dificulta frente a la pobreza de la población, determinándose a lo interno de los hogares la trayectoria del enfermo, pues estos centros se encuentran lejos de las comunidades. Para el Departamento de San

⁹ . Global Health Observatory Data Repository. WHO Region of the Americas: Guatemala statistics summary

Marcos, departamento en el que se encuentra el poblado que pretendo abarcar en la investigación en la zona guatemalteca, presenta las siguientes características en salud:

Del total del departamento, un 86% de sus municipios presentan un 90% de pobreza según datos de la Secretaría General de Planificación (SEGEPLAN), el 80% de su población es rural, compuesta por un 60% indígena (en su mayoría maya mam) que se concentra en la zona alta. San Marcos se encuentra entre los cinco departamentos con la mayoría de los casos de mortalidad materna y prevalencia de VIH a nivel de país, esta última prevalencia como efecto de ser parte del territorio que atraviesa el corredor migratorio. Cuenta con dos hospitales: uno de referencia nacional y otro de referencia regional, y varios centros de primer y segundo nivel de atención con un total de 27 servicios repartidos en 29 municipios (Área de Salud de San Marcos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2013).

Algunos centros de salud han sido fortalecidos en ciertos municipios, para la atención de emergencias obstétricas, como medida para reducir la mortalidad materna. Estos centros de atención, sostienen permanentemente problemas de abastecimiento de medicamentos, carencia de equipo diagnóstico, personal y material quirúrgico, por lo que existen grandes brechas para la atención a la población. En cuanto al Seguro Social (IGSS), su cobertura se centra en la cabecera del departamento y en la zona costera, región en donde se concentra el trabajo formal, con una mínima cobertura en la zona norte. Cuenta el IGSS con tres hospitales, dos de ellos en el mismo lugar en donde se encuentran los hospitales públicos y 11 centros de atención, pero los derechohabientes que pueden acceder a estos servicios son mínimos. Para 2011, apenas contaban con 21475 afiliados en San Marcos¹⁰, lo que representa un 2% de la población total del departamento¹¹.

En cuanto a la morbilidad del departamento sigue prevaleciendo las IRAS, enfermedad gastrointestinal, infecciones de piel y vías urinarias y las ocho principales causas de mortalidad general en el departamento, en orden descendente son: Infarto agudo al miocardio, neumonía

¹⁰ Boletín histórico de afiliación (dato 2011) <http://www.igssgt.org/subgerencias/Boletin%20de%20Afiliacion%202011.pdf>

¹¹ Población: 1,070,232 habitantes, según dato del Área de Salud de San Marcos.

y bronconeumonía, prematuridad, tumor en el estómago no especificado y accidente cerebrovascular, según datos proporcionados por el Área de Salud de San Marcos para el año 2012¹².

Para completar los datos del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Estadística –INE-, refiere para la zona de San Marcos lo siguiente:

San Marcos (como departamento), en 2013 registró el segundo lugar en atención externa en hospital privado. 42% de los atendidos en hospitales privados, eran atendidos por VIH en San Marcos. Segundo lugar a nivel de país en asistencia por desnutrición en servicio externo privado. 20.5 % de los casos de paludismo en el país, fueron atendidos en hospitales privados de San Marcos y cuenta con el 3 lugar de atención por enfermedad hipertensiva en el espacio de atención privada. Estos datos corroboran un alto costo de bolsillo en salud de la población marquense.

4. Marco Teórico.

4.1 Conceptualizaciones sobre modelos de atención

Es necesario hacer mención de los modelos de atención en los procesos de salud/enfermedad, para este efecto, nos adherimos a la propuesta de Eduardo Menéndez que hace respecto al análisis de los modelos médicos.

“Por modelo vamos a entender un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen, en la construcción de los mismos, no solo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los “curadores” (incluidos los médicos), sino también de la participación de todas las dimensiones, de todos los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (Menéndez, 1992:101)

¹² Las áreas de salud son las jurisdicciones sanitarias. En el caso del departamento de San Marcos, sólo está gerenciada bajo un área.

Sin embargo, para entender los modelos, es necesario conocer las dinámicas que se producen alrededor de la atención de la enfermedad, ya sea para curarla, aliviarla o prevenirla. La Enfermedad suele cambiar las dinámicas cotidianas de los individuos, esta produce una respuesta como afirma Pedersen (1989), en la cual el individuo y su grupo tratarán de darle respuestas, propiciando que estas situaciones se transformen en espacios adaptativos, ya sea desde el ámbito biológico o social, atendándose en diversos espacios. Otros autores a esta dinámica le llaman estrategia de vida, y es parte de la denominada antropología biocultural.

Edith Peña (2011), entiende la estrategia de vida, como el continuum entre satisfacción /insatisfacción, que se materializa en la calidad de vida que facilita procesos vitales, transformable mediante avances y retrocesos de las condiciones de vida y pensamiento emergente. “Entonces no es un valor intrínseco sino global que se construye y protege con modelos hegemónicos de carácter sociopolítico y económico. Estos modelos conjuntan supuestos teóricos y metodológicos que permiten su validez temporal por medio de la descripción de un status quo de bienestar ideal o alcanzable, que permite observar la presencia o ausencia de satisfactores” La estrategia está considerada como un mecanismo de respuesta que busca aminorar los efectos de satisfacción/insatisfacción de las necesidades individuales y colectivas. (ibid)

En salud, el conseguir esos niveles que satisfagan las necesidades familiares, significa para las familias el transitar por una serie de espacios de atención. Si bien esos espacios de atención los han definido varios autores, Menéndez les llama modelos médicos de atención, dividiendo en tres grandes espacios las formas en que se puede desarrollar la trayectoria de la atención hacia el enfermo.

Es a partir de la carrera del enfermo, que pueden identificarse todas o algunas de estas formas de atención en el proceso de salud/enfermedad/atención, nos recuerda Menéndez (2003). En la actualidad, las diversas formas de atención son influidas en su forma de operar, ya sea por caracteres religiosos, étnicos, económicos, políticos etc. Por tanto, la atención del proceso s/e refiere a muchos ámbitos y por ello, estos se articulan en lo denominado “Pluralismo Médico”, siendo los individuos los que le llevan a cabo. El pluralismo médico para el autor, refiere a

que más allá de la situación de clase, étnica etc., “la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención, no solo para diferentes problemas sino para un mismo problema de salud” (Menéndez, 2003:186)

Apoyando a Menéndez, Freyermuth y Manca (2002) refieren que “La enfermedad se origina en casa, y allí también se da el primer nivel de atención médica; solamente después cuando la medicina casera no logra los resultados esperados, el enfermo empezará un largo recorrido: curandero, farmacia, centro de salud, médico particular. El orden del tortuoso camino para recuperar la salud no es necesariamente el mismo para todos y la elección de uno u otro terapeuta dependerá en primer lugar de la enfermedad que padece el enfermo y en segundo, de sus posibilidades económicas” proyecto tanto entenderé para el presente proyecto, a toda la trayectoria que un individuo sigue para mejorar su condición de salud, así como del recurso humano, material y simbólico y sus desplazamientos geográficos para lograr ese fin.

Las formas de atención, Menéndez (1992, 2003) divide en 3 modelos; los cuales aclara que están en constante dinamismo, pudiéndose dar transacciones entre los diversos modelos. Menéndez propone que un modelo de atención refiere a toda aquella actividad que lleva a la atención intencional de los diversos padecimientos, los cuales, los caracteriza por medio de la forma en cómo se interrelacionan los usuarios con las instituciones de salud, ya sean estas al interior del hogar, en el ámbito comunitario y en las instituciones públicas o privadas de salud. Los sistemas de salud funcionan por medio de las relaciones sociales que al interior de los mismos se dan, por lo que las relaciones de poder son parte en estas, son parte de la forma en cómo funcionan. En estos tiene que ver condiciones religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas. De esta forma, Menéndez agrupa estos modelos en:

Modelo médico hegemónico (MMH)

Modelo médico alternativo subordinado (MAS)

Modelo médico basado en la autoatención (MA)

4.2 El modelo médico hegemónico (MMH)

Cuando se habla de hegemonía, el autor reconoce una constante lucha en la convivencia entre los conjuntos sociales, los cuales están regidos por relaciones de poder que se evidencia en la interrelación de estos.

Cuando Menéndez (1992) hace referencia a este modelo de atención, apunta a que en este se llevan a cabo aquellas actividades que emanan desde la biomedicina. Todo proceso preventivo, curativo o paliativo generado desde este, es válido mediante lo que a su interior reconoce como “científico”. “Este intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados conflictivos y/o complementarios del MMH”.

Reconoce que en este se dan ciertas características estructurales que identifican a la biomedicina, pudiendo ser “técnicos, profesionales, ocupacionales, sociales o ideológicos y que evidencian el tipo de relación que la biomedicina establece con los conjuntos sociales estratificados, así como otras formas de atención” (Menéndez, 2003).

Dichas características las identifica como: “biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía (en términos directos o indirectos), relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre las nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”, normatización de la salud/enfermedad. En el sentido medicalizador, tendencia a control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica correlativa a la tendencia a escindir la práctica de la investigación (1992:102). El mismo funciona a través

de 3 sub-modelos en 2 ámbitos (público y privado). Estos son: el privado, el corporativo público y el corporativo privado.

No siempre el MMH fue el modelo de atención que dominó ideológicamente a las otras formas de atención. No es hasta su consolidación bajo la racionalidad científica que logró un control desde el Estado, pasando a convertir la medicina alopática y la atención en procesos de *s/e/a* en una medicina burocratizada. Esta dominación/subordinación entre los diversos modelos supone una serie de crisis en la interrelación en donde se cede o reconfiguran las acciones de los conjuntos sociales frente al enfermar. Aunque son los individuos quienes terminan ejerciendo una síntesis de todos ellos, el MMH ha logrado tomar una posición que determina las formas de actuar, tanto de enfermos como de curadores.

Según Menéndez (1982) esta consolidación del modelo Médico Hegemónico se inicia a partir de los Siglos XVII Y XIX por medio de la dinámica del sub-modelo corporativo privado. La institucionalización de este modelo, fue de la mano del desarrollo ideológico y político-económico de la capa burguesa; que ya para 1730-1836 había consolidado su poder, volviéndolo un modelo jerárquico, asimétrico y excluyente. El autor afirma: “Esta exclusión operará básicamente en términos ideológicos y funcionará secundariamente en términos sociales y políticos. El MMH necesita imponer su hegemonía, ser la referencia ideológica necesaria y legitimada de las acciones contra la enfermedad; aun cuando solo pueda ser consumido por una parcialidad de la población. Dada su identificación con los estratos dominantes, dada su definición de salud como mercancía..., será el encargado de descalificar, negar o marginar las actividades de atención y curación que son estratégicas para otros sectores sociales” (Menéndez, 1982:29).

Bajo el discurso de cientificidad, fue que se inició a negar la importancia y validez de las otras formas de atención, lográndolo a través del poder que empezaba este modelo a ostentar. Foucault decía: “No se critica la profesión médica esencialmente por ser una empresa lucrativa, sino porque ejerce poder incontrolado sobre los cuerpos, la salud de los individuos, su vida y su muerte” (Foucault, 1988:6). El rápido surgimiento de las élites médicas, convirtieron a esta forma de atención en el modelo hegemónico, sub-alternizando a las demás

formas de atención. Entendiendo que las formas de atención son producto de un proceso histórico y por tanto también rasgos culturales de los grupos, es desde la cultura médico occidental que se crearía lo determinado hoy como “sector salud”.

Si bien, la hegemonía de un modelo sobre los otros se da a través de la relación que existe en los conjuntos sociales, esta relación está inscrita en relaciones de dominación de un grupo sobre otro, es decir están inmersas en relaciones de poder de dominantes sobre dominados, las cuales no pueden ser entendidas como entes pasivos unos con los otros, sino en un relación de luchas constantes. Así la cultura médica alopática y la popular tradicional, está atravesada por este tipo de relación influyendo activamente en el comportamiento de los microgrupos.

Al respecto, Baró (1999) reflexionaba sobre las formas en como el poder influye en el comportamiento de las personas y grupos identificando dos maneras. La inmediata, como una acción que impone una dirección completa a la acción y otra mediata, que configura el mundo de las personas y que determina los elementos constitutivos de la acción del individuo. “Foucault (1992) afirmaba además que el poder no se da, ni se intercambia, ni se retoma, sino se ejerce, existiendo solo en el acto y en la correlación de fuerzas. Afirma que el poder no radica en el aparato del Estado, por lo que lo transformable, son los mecanismos de poder que se encuentran transversales a este, a su interior y exterior y sobre todo aquellos reflejados en la cotidianidad.

Si bien es cierto que existe una dominación de parte de una clase que intenta homogenizar, no se puede analizar la misma sin entender que al interior existen resistencias dentro de las relaciones de poder íntimamente en la relación entre los grupos. Las luchas contra la autoridad Foucault (1988) las definía como:

Que las luchas son transversales, atravesando diversos sectores que van más allá de la resistencia a las formas de gobierno o a la economía.

Los objetivos de las luchas dentro de las relaciones sociales, es el de alcanzar también en alguna medida algún grado de poder

Son luchas inmediatas, porque la gente critica el poder más cercano y que ejerce una acción sobre el individuo, dejando de lado el ejercicio principal de la dominación y descuidando el actuar a futuro.

Estas luchas cuestionan el estatus del individuo “Por una parte sostienen el derecho a ser diferentes y subrayan todo lo que hace a los individuos verdaderamente individuales. Por otra parte, atacan todo lo que puede aislar al individuo, hacerlo romper sus lazos con otros, dividir la vida comunitaria, obligar al individuo a recogerse a sí mismo y atarlo a su propia identidad de un modo constrictivo” (1988:6)

Son opuestas a los efectos del poder sobre el saber. El saber en su circulación y funcionamiento a través de las relaciones de poder. Dichas relaciones rechazan la individualidad del sujeto, atándolo a una identidad, rechazando su subjetividad.

Todas ellas pueden darse de forma aislada o conjunta, ya sea oponiéndose a formas de dominación (étnica social e ideológica), denunciando formas de explotación y luchas contra el individualismo.

Las relaciones de poder implica la acción de unos sobre otros y existe en el acto mismo, inscrita en el comportamiento de los sujetos, que y están arraigadas en el tejido social (1988:19) “La dominación es una estructura global de poder cuyas ramificaciones y consecuencias pueden encontrarse a veces hasta en la trama más tenue de la sociedad; pero es al mismo tiempo una situación estratégica más o menos adquirida y solidificada en un enfrentamiento de largo alcance histórico entre adversarios (Foucault, 1988:20)

Las relaciones de poder y dominación, no son exclusivas de este modelo, ya que en cada uno se conforman de manera diferente, sin embargo, la hegemonía ideológica, si es una de las características del poder que este modelo detenta.

4.3 El modelo alternativo subordinado (MAS)

Este tipo de modelo refiere al tipo de atención de corte popular y tradicional, esta se expresa a través de curadores especializados. En ella es común que ingresen lógicas de índole mágico-religioso. También se encuentran aquella atención denominada como alternativa o paralela que llevan a cabo la curación por medio de sanadores, encontrándose en él un amplio abanico de formas de atención. El modelo médico hegemónico ha pretendido estigmatizar y subordinar ideológicamente a todas estas prácticas (1992:103). Este conglomerado de formas de atención subordinadas las caracteriza de la siguiente forma: “Concepción globalizadora de los padecimientos y problemas (las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica y a la socialidad como condicionantes de la eficacia), tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a excluir a otros de su “saber y de prácticas curativas”, y tendencia reciente a la mercantilización” (ibid).

4.4 Modelo de autoatención (MA)

En éste modelo, se engloban todas las actividades básicas que se siguen para el proceso de s/e/a. En tal sentido, Menéndez (2003, 1992, 1982) propone que es el primer nivel real de atención y es llevada a cabo dentro del ámbito del hogar. Esta es una actividad está destinada a asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de un microgrupo, en especial el del grupo doméstico. En él, se conjugan representaciones y prácticas para entender, diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar y curar todo aquel aspecto que atente contra la salud de los individuos o colectivos, todo ello sin la intervención directa de curadores especializados. En este modelo se sintetizan los otros a través de la cuidadora del enfermo.

“Este modelo es estructural a toda sociedad, suponiendo el real primer nivel de atención de la misma. Dicha estructuralidad se da a partir de las funciones sociales, económicas, ideológicas y técnicas que cumple para los grupos en los cuales opera” (1982:28). Los caracteres básicos de este sistema son: eficacia pragmática, la salud como bien de uso y tendencia a percibirla enfermedad como mercancía, estructuración de una participación simétrica y homogenizante,

consumismo, legitimidad grupal, determinación sintomática del padecimiento, tendencia a la apropiación transaccional, concepción basada en la experiencia, tendencia al cambio basado en la eficacia, tendencia a la subordinación inducida respecto a los otros modelos, tendencia sintética” (ibíd.).

Si bien ya se ha mencionado que estos modelos solo son de carácter referencial y analítico, la descripción de ellos es útil para posteriormente relacionarlos con la forma en que los servicios de salud intentan integrar y relacionar dos sistemas de atención y/o curación (alópata y tradicional) en un mismo espacio institucional. Por medio de esta relación al interior de la institución, el enfoque intercultural como un ideal, busca romper las relaciones desiguales al interior de la interacción generada entre pacientes y terapeutas, a partir de la atención en la carrera del enfermo.

4.5 Teoría de la movilidad humana y teoría de frontera

El humano desde siempre, se movió para buscar alimentos o recursos que satisficieran las necesidades básicas, de allí que el desplazamiento como estrategia de vida en el humano sea una situación propia de nuestra especie. La teoría de la movilidad humana, está asociada íntimamente con otras teorías como la teoría migratoria o la teoría de frontera entre otras. Si bien el humano siempre se ha movilizado, no es sino hasta la modernidad que este fenómeno inicia a verse como problema y toma parte de los estudios migratorios a partir del análisis de la geopolítica (Brunet-Jailly, 2015)

La frontera es considerada una categoría analítica, delimita espacios, personas, políticas, entre otras. Tanto la movilidad humana como el tema frontera y territorio, tres temas inseparables, mantiene íntima relación con la demografía, la política, la seguridad nacional, la identidad nacional, la cultura, el idioma e incluso la religión (Keeley, 2013). El término frontera proviene de la palabra *frente* dentro de una noción geoestratégica y asociada a una voluntad de conquista, que implica para los Estados centrales, factores de tensión, de amenaza y de exigencia de seguridad. Los espacios limítrofes que conforman espacios aislados, donde la ocupación del espacio continúa siendo heterogénea, con frecuencia son escasamente

controladas, constituyendo enclaves fuera de ley, donde florece economías paralelas o ilícitas (Bovin & Dautier, 1994).

Para entender el tema fronteras y situación de fronteras, se hace necesario definir dos conceptos que provienen del Estado desde la corriente funcional estructuralista: el “Estado-Nación” y el “Estado-Gobierno”

El Estado Nación “Refiere a comunidades humanas que habitan un territorio. Representa la organización en donde se produce la relación entre gobernantes y gobernados... Existen normas reguladoras entre los gobernantes y gobernados y la violación a éstas trae implícita una sanción. En el Estado-Nación son elementos centrales de análisis la comunidad, la raza, el territorio, la religión, los valores y principios comunes” (CIDH-CONGECOOP, S/F).

A diferencia del primero, el Estado-Gobierno es la “estructura permanente del llamado sector público y las autoridades electas periódicamente para el ejercicio del poder y para llevar a cabo los fines del Estado”, finalmente entendiendo el Estado como “la comunidad política (conjunto de personas e instituciones) que forman la sociedad jurídicamente, organizada en un territorio”, Por tanto las funciones del estado pueden dividirse en: Administrativas, Legislativas y jurisdiccionales (ibid).

Tabla 2. Funciones del Estado

Administrativas	Legislativas	Jurisdiccionales
Toda actividad técnica, de prestación de servicios públicos, utilizando el Derecho como medio y herramienta para regirse y apoyarse en él. Cuestión de funcionamiento	Toda actividad encaminada a la creación de Derecho. El establecimiento de las normas jurídicas destinadas a regir la conducta de las personas de manera general, obligatoria y coercible	Toda actividad relacionada con la aplicación de la justicia

Elaboración propia con basen a CIDH-CONGECOOP

Es así que Brunet-Jaylli (2015) sostiene que la nación se transforma a partir de la transformación de la comunidad internacional y la cual lleva implícita conflictos a partir de la existencia de las fronteras. Según el autor, existen 3 posiciones de disputas fronterizas (territoriales, posicionales y funcionales) y el valor del territorio, será fundamental para resolver cualquier controversia existente. Bovin y Dauzier (1994) afirman que las fronteras han significado rupturas radicales en la organización del espacio y está asociado directamente a la conformación del Estado Moderno, así el estudio de fronteras, refiere directamente a “observar redes de flujo, su entrelazamiento, sus intersecciones, buscando al mismo tiempo, las lógicas que le sustentan, (...) ya que las fronteras inducen efectos de interacciones asimétricas, que se ejercen sobre intercambios y las orientaciones económicas”. Es decir, la frontera se constituye como un espacio de articulación política y espacial (Bovin & Dauzier, 1994).

El Comité Pro-Movilidad humana (2001) diferencia los términos persona en situación de movilidad humana y persona en contexto de movilidad humana de la siguiente forma: “Persona en situación de movilidad Humana es aquella que de manera voluntaria o forzada, regular o irregular, ha cambiado de residencia dentro o fuera de su lugar de origen, es el hecho y conjunto de factores o circunstancias que posicionan fuera de su lugar de origen a alguien durante una temporalidad. La persona en contexto de movilidad humana, es aquella que se encuentra al entorno de la movilidad humana y el contexto de movilidad humana refiere al entorno político, histórico, cultural y familiar de la persona en situación de movilidad humana” Bernardo Fernandez (2010) establece que el concepto de territorio es utilizado normalmente dentro de una sola dimensión de las relaciones sociales cuando este es multidimensional (política, social, ambiental, cultural, económica). El autor considera que el concebir al concepto como espacio de gobernanza, provoca interpretaciones reduccionistas que niegan la construcción de identidades.

4.6 Territorio y frontera

El territorio es el espacio apropiado por una determinada relación social (Sosa, 2002, 2005) que lo produce y lo mantiene a partir de formas de poder, (...) los territorios son formados en el espacio geográfico a partir de las diferentes relaciones sociales dentro de estos existe institucionalidad que los crea y representaciones que lo controlan (Fernández, 2005). Para

Mario Sosa (2012) el territorio se puede comprender desde su relación geo-eco-antropocéntrica multidimensional, dado que este es resultado de la representación, construcción y apropiación que los grupos humanos realizan, así como de las relaciones que lo impactan (Sosa, 2012).

La dimensión geo-eco-antropocéntrica parte de la “apropiación social del espacio y las formas de relaciones entre los diversos actores territoriales que en el marco de proceso sociales hacen posible la convivencia, la vida productiva y la construcción de proyectos comunes o antagónicos a partir de un territorio” (Ibid, 14). El territorio por lo tanto según Godelier, es un i socialmente construido, cuyas fronteras no son definidas por las características biofísica, sino por los proceso mediante los cuales los actores lo transforman e intervienen en el” por lo tanto, “el territorio se puede visualizar como una relación ser humano, naturaleza, espacio, tiempo donde el primero ha encontrado permanentemente las condiciones y recursos para su existencia y reproducción social, como medios vitales, por medio del acceso, control y uso tanto de las realidades visibles como de las potencias que lo componen” (Ibid, 14)

El territorio es un concepto que ayuda a la comprensión de las dinámicas y relaciones sociales vinculadas a la situación espacial, que tiene contenido además sentido simbólico, íntima relación con la naturaleza y son conservadas en tiempo y espacio en una sociedad. (Llanos-Hernández, 2010). El territorio por ende, tiende a estar entremezclado con el tiempo como Braudel, lo mencionara en el *Mediterráneo y el mundo del mediterráneo en la época de Felipe II* (1997). Ese tiempo se mezcla entre el tiempo geográfico y el tiempo individual en el que hombre y ambiente reciben muta influencia en la conformación de su interrelación.

Cuando el territorio se ve influenciado por la geografía política, esta se verá caracterizada por una serie de divisiones territoriales que separan jurisdicciones entre estados y definen pueblos y naciones distintas (Kymlicka, 2006). Así pues, Raquel Rodríguez define la situación entre ambas jurisdicciones como “Situación de Frontera”: “La situación dinámica que se configura con características específicas en esos territorios contiguos de dos países, y que prevalece en un momento dado, puede ser denominada situación de frontera”.

Morales, Acuña y Wing Ching (2010) afirman:

“En la frontera no sólo es posible observar el límite que separa a Estados diferentes, sino también distintos espacios de encuentro e intercambio y, por tanto, un conjunto de factores de integración natural entre sociedades separadas por su demarcación política. Aunque una serie de factores geopolíticos han hecho de la frontera espacios de conflicto, tensión y disputas, también es cierto que a través de ellas se organiza un intenso tránsito de personas y dependiendo de casos específicos, una importante parte del comercio y de otros flujos entre sociedades vecinas”.

Un Bartolomé (1994) refiere que en los territorios de frontera, se manifiesta lo que él denomina como identidad residencial “Como una conciencia posible que refleja la cooperatividad y que la afirma en contraste con otras unidades de la misma índole esto no excluye la existencia de mecanismos articuladores intercomunitarios que tienden a fomentar la solidaridad entre distintos pueblos..” y que en el transcurso de eventos cotidianos y de fiesta, “...existen elementos articuladores en el que se efectúan intercambios materiales y simbólicos que proporcionan parámetros referenciales comunes”

Asociando el tema de territorios, cultura y salud, Alicia Barábás (2002) afirma: “En este sentido, que el territorio es un sistema de símbolos; una manera de clasificar, cualificar y habitar el espacio, que sigue pautas y crea códigos transmisibles culturalmente. Desde mi perspectiva, el territorio cultural o simbólico de un grupo indígena puede ser definido como etnoterritorio, y se establece en relación con el proceso de identificación étnica y con la práctica de la cultura”. Propone la definición de territorios terapéuticos como los “espacios que son identificados como propicios, e incluso emblemáticos, para la realización de rituales terapéuticos o de curación. Los rituales terapéuticos son, al igual que otros, sistemas de símbolos sagrados claves en la estructura social, ya fuere que contribuyan al mantenimiento del equilibrio y la cohesión social o a la representación colectiva de los conflictos intra o interétnicos, a los que pueden dar cauce”. (Barabas, 2002)

concepto central en los territorios con cargas simbólicas y culturales fuertes es el denominado patrimonio biocultural “Hablar del patrimonio biocultural es articular las ciencias naturales o

ambientales y las ciencias sociales, es religar los conocimientos y los conceptos sobre territorio, ecosistemas, biodiversidad, relación hombre-naturaleza, formas de uso y aprovechamiento; es considerar también los elementos cosmogónicos y simbólicos que establece el ser humano en su hábitat o territorio” (Álvarez, 2012). De esta forma es necesario hacer relación entonces al concepto territorio e identidad étnica como uno de los derechos de identidad.

4.7 Gasto en salud y gasto de bolsillo

El análisis de la situación de las cuentas nacionales de los países, ha servido desde su implementación como medidas que uniformen internacionalmente la forma de presentar los gastos nacionales en salud por parte de los gobiernos. Es gracias a contar con estos datos, que podemos acercarnos al conocimiento de cómo, cuándo y dónde se están colocando los recursos financieros destinados en salud, pero sobre todo en manos de quién está en estos sectores y la equidad del gasto (Molina, Pinto, Henderson y Viera, 2000), es por ello que pueden utilizarse como una forma de obtener información sobre la relación entre el gasto de salud y la producción total de la economía y por ende, entender el papel del gobierno, la industria, los hogares y las organizaciones externas (OMS,2004). Un dato que la OMS toma en cuenta para definir la justicia en la contribución financiera es a partir del financiamiento de la salud por parte de los hogares y para el efecto analiza el gasto de bolsillo en salud como proporción del gasto disponible en los hogares “medido a partir del gasto del hogar una vez se ha satisfecho sus necesidades básicas de alimentación” (Torres & M.Knaul, 2003).

Cuando no existe una protección financiera respecto a la salud de los hogares, los costos que se generen por la atención de la salud pueden llegar a convertirse en gastos catastróficos. Los gastos de bolsillo de los hogares referentes al tema salud, demuestran esa desprotección y se materializan con falta de acceso a esquemas de aseguramiento de la población. Entendiendo que la salud depende de factores económicos, sociales y demográficos, es decir los determinantes sociales de la salud. La OMS define los determinantes como: “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y

los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (OMS, 2014)

Son normalmente aquellos que cuentan con mayores recursos económicos, quienes menos costos de bolsillo en salud poseen, ya sea por acceso a un seguro de salud, o bien porque tienen una mejor salud preventiva. Son los sectores más pobres, aquellos que tienden a erogar más recursos para recuperación de la salud en especial en gasto de bolsillo (Peticara, 2008), (Molina, Pinto, Henderson, & Viera, 2000).

Xu, define de la siguiente forma el gasto de bolsillo: “Los gastos de bolsillo en salud engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en el que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios médicos, compra de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos de medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial” (Xu, 2005)

4.8 Derecho a la salud

El acceso a la salud, es un derecho fundamental que significa que cada Estado, debe crear condiciones que permitan a sus habitantes vivir lo mejor posible y de la manera más saludable. Pertenece al paquete del Derecho Internacional de Derechos Humanos y fue reconocido en la Declaración internacional de Derechos Humanos en 1948 y en tratados internacionales como el Pacto internacional de Derechos Económicos y Sociales (OACNUDH, 2008), con avances en su discusión en la resolución WHA23.61 y el Alma Ata en 1978 (Médicos del Mundo, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (s.f.) recomienda que para aplicar el enfoque de derechos en salud dentro del ámbito sanitario debe incluirse el análisis de los determinantes asociados con la atención sanitaria, incluyendo 4 elementos básicos:

Disponibilidad: Centros, bienes, servicios, programas de salud pública y atención sanitaria operativos y en cantidad suficiente.

Accesibilidad: No discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, accesibilidad a la información.

Aceptabilidad: respeto de la ética médica y sensibilidad a los factores culturales, la edad y género.

Calidad: Científica y medicamentos idóneos.

El OACNUDH define el Derecho a la salud como: “Derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible. Lograr que eso ocurra es el reto al que tienen que hacer frente tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos, como los profesionales de la salud pública” (OACNUDH, 2010).

Uno de los determinantes sociales que vulneran sobre todo a la población indígena en todo el mundo, es la exclusión social como resultado de la discriminación histórica hacia esos pueblos generándoles desigualdad frente a otros grupos. Existe una mayor incidencia en grupos indígenas y rurales respecto a la mortalidad materna, mortalidad infantil, desnutrición, falta de acceso a los servicios de salud. Comparado con poblaciones mestizas y urbanas, estos grupos sufren de una situación de exclusión y discriminación respecto a los otros grupos poblacionales. (Médicos del Mundo, 2010).

5. Objetivos

General

Analizar los determinantes sociales, culturales y económicos, que inciden en la movilidad trans-fronteriza de personas, para la búsqueda de atención en salud.

Específicos

- Determinar y analizar el flujo de atención y sus motivaciones de movilidad, a partir de los diversos padecimientos o enfermedades que se producen en la población marquense en la zona de frontera.
- Describir los condicionantes que influyen en la decisión del flujo de atención.
- Describir y analizar las trayectorias y estrategias de acceso a servicios de salud, de las personas que buscan atención de salud en situación transfronteriza.

6. Hipótesis

Por ser una investigación de carácter cualitativa, la hipótesis no fue sometida a pruebas estadísticas. Se ha validado con la metodología propia de dicho método que es la saturación del dato.

“Las personas guatemaltecas residentes en área de frontera, utilizan los recursos que se encuentran cercanos a ellos para acceder a atenderse procesos de salud/enfermedad, indistintamente que estos sean dentro del territorio mexicano o guatemalteco. Su trayectoria de la enfermedad, reflejará la situación de movilidad transfronteriza entre ambos territorios para la elección de servicios públicos o terapeutas tradicionales en ambos lados de la frontera. La elección de uno u otro servicio será determinada por múltiples causas, pero bajo la lógica de la representación social de calidad en atención, situación que será investida simbólicamente a partir de la existencia o carencia de buen trato, dotación de medicamento, personal médico, insumos etc.”

7. Materiales y métodos

La investigación tuvo una duración de 11 meses, de febrero a noviembre de 2015. Se realizó en el departamento de San Marcos, específicamente en los municipios de Tacaná, Tajumulco y Sibinal. En Sibinal se seleccionaron cuatro comunidades: Tibancuche, Chocabj, Toniná y Yalù. En Tacaná se trabajó en la cabecera municipal y en la aldea Plan Grande Chanjulé. En Tajumulco en la cabecera municipal y en la aldea San Juan Buyaj. Las seis aldeas y caseríos de los tres municipios, están en el área de frontera con México.

8. Tipo de investigación

Fue una investigación exploratoria abordada desde las metodologías cualitativa y cuantitativa dadas las características del tema de investigación. Prevalece en ella la profundidad del dato.

9. Técnicas e instrumentos

Las técnicas cualitativas consistieron en la realización de entrevistas individuales y grupales, así como la observación directa de la prestación de servicios de salud.

Las entrevistas individuales se realizaron con personal especializado de los centros de atención (médicos) y las grupales con las y los participantes del estudio, en donde se contó con la presencia de dos terapeutas tradicionales. La observación directa, no estructurada, de la prestación de los servicios de salud se realizó en dos Centros de Atención Permanente (CAP de Tajumlco y Tacaná) y un Centro de Recuperación Nutricional (CRN, en Tacaná).

Los talleres de entrega de información dirigidos a instituciones, se realizaron en base a una guía, con dos intenciones: socializar el proyecto y proponer acciones que coadyuven a la solución de la problemática de salud encontrada.

Tabla 3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos cualitativos

Instrumento/técnica	Municipio/aldea	Personas entrevistadas	Número
Entrevista individual	Tacaná	Médico de turno	2
	Tajumulco	Médico de turno	1
Observación directa de la prestación de servicios (CAP)	Tacaná y Tajumulco	-----	2
Observación directa de la prestación de servicios de salud (CRN)	Tacaná	-----	1
Cuatro Entrevistas grupales	Sibinal (Chocabj, Tibancuche, Toniná y Yalù)	Participantes voluntarios/as del estudio	24
Entrevista grupal	Tacaná aldea Checalté	Usuarios de los servicios de salud	6
Entrevista grupal	Tajumulco, cabecera	Usuaris de los centros de salud	6
Talleres de entrega de resultados	Microrregión Chocabj	Comitè de salud, miembros de cooperativa y participantes del estudio	20
	San Marcos, cabecera	Personal de la Dirección de Área de salud	15
	Guatemala	Personal del MSPAS e investigadores del IDEI	15

El total de personas participantes en las entrevistas individuales y grupales fue de 65.

10. Técnicas cuantitativas

El seguimiento de los gastos de bolsillo en salud en las cuatro aldeas de **Sibinal** requirió de la construcción de dos instrumentos: una entrevista estructurada en la que se registraron los datos generales de las familias tales como ingreso, lugar de trabajo, ocupación principal, número de miembros de la familia y movilidad hacia México en busca de atención en salud, empleo u otras actividades económicas. (Instrumento 1).

Una encuesta que se realizó durante ocho semanas para dar seguimiento a los gastos en medicina en los que incurrieron las familias seleccionadas, así como al apareamiento de

posibles enfermedades de algún miembro de la familia. Los datos esenciales captados a través del instrumento fueron el lugar y persona que dio el tratamiento, el tipo de medicina utilizada y el monto del gasto efectuado durante la semana. (Instrumento 2). Estos dos instrumentos se utilizaron de manera exclusiva en Sibinal.

Se diseñó un tercer instrumento, que fue también una encuesta con datos resumidos del instrumento 1 y 2 cuyo objetivo fue indagar rápidamente sobre los datos generales de las familias, búsqueda de atención y gastos de bolsillo en salud, solamente durante la semana de la encuesta. Este instrumento se utilizó exclusivamente en los centros de atención permanente de los municipios de Tacaná y Tajumulco.

11. Muestreo: Información cuantitativa

La aplicación de la encuesta de seguimiento de gastos de bolsillo requirió la selección de seis familias en cada aldea. Se seleccionaron seis familias considerando el pequeño tamaño de las poblaciones, el tiempo de viaje y dificultades de acceso hacia las comunidades y la cantidad de personal disponible para el levantamiento de los datos. Se consideró que la calidad de la información sería en este caso mejor valorada que la variabilidad obtenida al incluir más familias dentro de la muestra, lo cual podría afectar la dosificación del tiempo de trabajo efectivo y eficaz.

En este orden de ideas, el número total de encuestas de gastos de bolsillo realizadas en la microrregión Chocabj, durante ocho semanas, fue de 192 tomando como universo las 24 familias seleccionadas. Dicha selección obedeció también a la anuencia de las personas para colaborar con los propósitos del estudio.

Para la aplicación del instrumento 3 en Tacaná y Tajumulco, se calculó una muestra de 93 encuestas, en base a un diseño muestral estratificado con una desviación estándar esperada de 100, un nivel de confianza de 95%, una precisión de Q.25 y un efecto de diseño de 1.5. El número de encuestas fue proporcional a la población. Es decir que un 25% se aplicó en las comunidades fronterizas (aldeas) y un 75% en las cabeceras municipales. Para el cálculo de

la muestra se utilizó el programa Epidat 3.1. La información cuantitativa, relativa a los gastos de bolsillo en salud de los instrumentos 1, 2 y 3 antes descritos, fue procesada mediante el programa EPI- INFO.

Tabla 4. Técnicas e instrumentos. Información cuantitativa

Instrumento/técnica	Municipio/aldea	Personas entrevistadas	Número de encuestas
Instrumento 1. Datos generales de la familia	Chocabj, Tibancuche, Toniná y Yalú	Familias residentes en las cuatro aldeas	24
Instrumento 2. Gasto semanal	Chocabj, Tibancuche, Toniná y Yalú	Familias residentes en las cuatro aldeas	193
Instrumento 3. Encuesta a usuarios de servicios de salud pública	Tacanán	Población que acudió al CAP y al CRN en la cabecera municipal y al centro de convergencia de Plan Grande Chanjulé	93
	Tajumulco	Población que acudió al CAP de la cabecera municipal y residentes de la aldea San Juan Buyaj	65

El número total de personas encuestadas fue de 184 y el total de encuestas aplicadas de 376.

12. Unidad de análisis y criterios de elección

Unidad de análisis: Pobladores de la zona fronteriza con movilidad constante entre México y Guatemala que usan servicios de salud en ambos países.

Tabla 5. Resultados por objetivo de estudio

ACTIVIDADES RELEVANTES REALIZADAS	RESULTADOS OBTENIDOS/ESPERADOS	INDICADORES VERIFICABLES
Determinar y analizar el flujo de atención y sus motivaciones de movilidad, a partir de los diversos padecimientos o enfermedades que se producen en la población marquense en la zona de frontera.	Documento de análisis de /condicionantes y flujos de atención. (Informe Final)	-Razones por las que las personas se trasladan a México en busca de atención de acuerdo a las respuestas de la población entrevistada. -Tipo de enfermedades que la población entrevistada se atiende en México -% de personas entrevistadas que se trasladan hacia México en busca de atención en salud -Preferencias de las personas en la búsqueda de atención en salud.
Describir los condicionantes que influyen en la decisión del flujo de atención.	Documento de análisis de gasto de bolsillo en salud	-Ocupación de los entrevistados. -Ingreso promedio de la población entrevistada. -Porcentaje de ingresos que se emplean en la compra de medicinas. -Distancia a los servicios de salud más cercanos. Acceso. -Calidad en la prestación de servicios
Describir y analizar las trayectorias y estrategias de acceso a servicios de salud de las personas que buscan atención de salud en situación transfronteriza.	Documento de análisis de trayectorias de atención en donde se destaque los diversos actores que se ven involucrados, generando recomendaciones de acción con base en los resultados. Artículos científico social para ingresarse en publicación a nivel nacional o internacional que pueda ser usado en el Congreso Centroamericano de Antropología u otro relacionado a medicina social.	-Percepción de la calidad de servicios de los usuarios de los servicios de salud pública. -Acceso a servicios de acuerdo al área geográfica de residencia de los entrevistados. -Costos de atención con los diferentes proveedores de salud a que se tiene acceso según el área geográfica. -Relación entre la actividad productiva de los entrevistados, la búsqueda de atención en salud y su identificación con el territorio guatemalteco-mexicano.

13. Resultados y Discusión

Con la finalidad de ubicar las comunidades cercanas a Chiapas, México, en las que se indagó la problemática de atención en salud, gastos de bolsillo y enfermedades prevalentes, se considera necesario, en primer lugar, ubicar geográficamente la región de estudio.

Dicha localización permitirá comprender las diferencias encontradas en las distintas regiones, que obedecen en buena medida, a la cercanía o lejanía de centros urbanos y comerciales, y al acceso condicionado por la topografía del área.

Luego se presenta una breve caracterización de los municipios de Sibinal, Tacaná y Tajumulco destacando la situación de salud de cada uno, mediante datos oficiales proporcionados por la

Dirección de Área de Salud del departamento de San Marcos. Aunque los datos de salud corresponden al año 2014, resultan ser más recientes que los referidos en documentos como el Plan de Desarrollo Municipal. Además, constituyen en una base documental que permite hacer comparaciones con los datos obtenidos en el campo. La discusión entre lo que se encontró in situ mediante las técnicas cualitativas y cuantitativas utilizadas y lo reportado permitirá sopesar la veracidad del dato.

Pero en términos de la problemática sobre la calidad de los servicios de salud que se prestan actualmente, de los gastos de bolsillo en los que incurren los usuarios y las alternativas que encuentran para curarse, esta sección permitirá la discusión sobre la asignación presupuestaria otorgada al Ministerio de Salud y la consecuente capacidad de respuesta en términos de existencia de medicina, cantidad y calidad de recurso humano e inclusive de la vocación de servicio que deriva de esta circunstancia. Este último aspecto muy relacionado con el derecho a la salud, la dignidad y respeto al paciente y la práctica profesional del proveedor de salud.

Las siguientes secciones, presentan los detalles de la situación de salud, las estrategias de la población para curarse y la relación comercial y cultural que se construye entre la población guatemalteca y la del estado de Chiapas, México.

CAPITULO I. DATOS DE POBLACIÓN Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA REGIÓN DE ESTUDIO

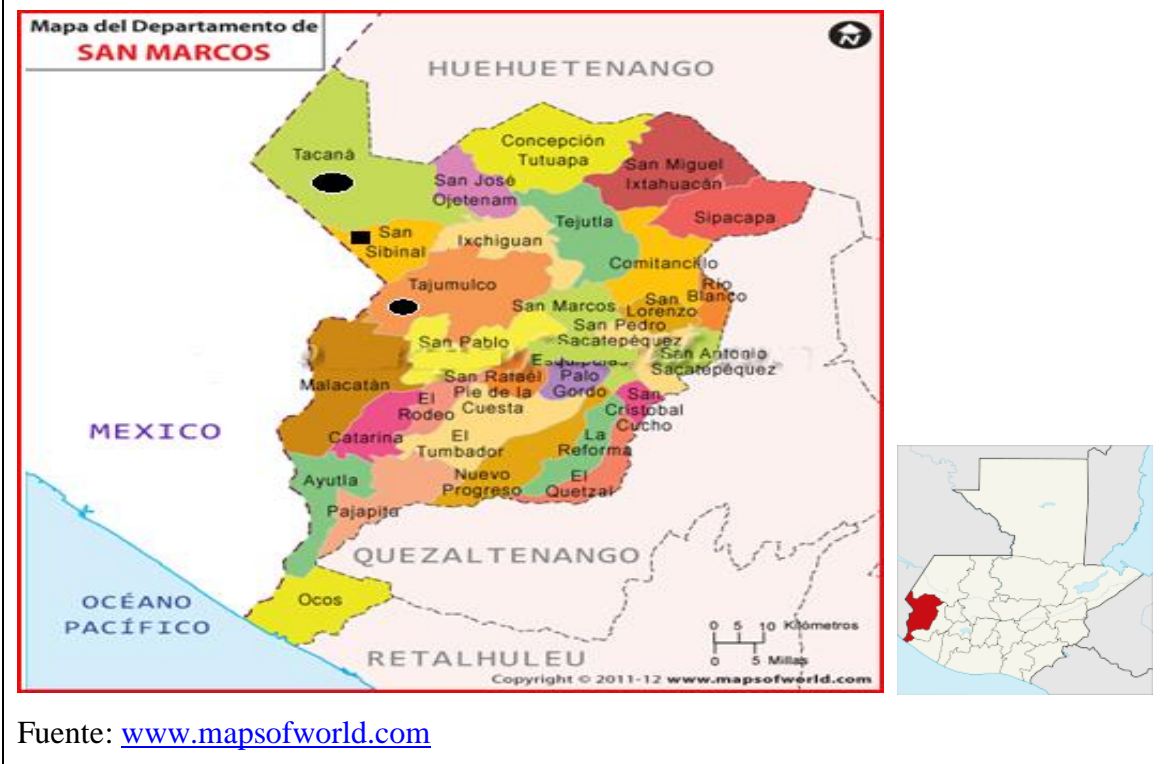
La movilidad de las poblaciones de Sibinal, Tacaná y Tajumulco en la búsqueda de atención para la salud y de satisfactores económicos para su subsistencia, se realiza en un radio comprendido entre la línea de frontera de los tres municipios estudiados y la región de Soconusco.

Dicha región está ubicada al sureste de México, su capital es Tapachula y abarca una extensión territorial de 14,357 kilómetros cuadrados. Soconusco comprende 29 municipios, de los cuales han sido mencionados como destinos de migración por los sibilenses: Unión Juárez, Cacahoatan, Córdoba y Talquian. Para los pobladores de Tacaná en cambio los destinos son: Motozintla, Comalapa, Huistla, Mazapa, Tuxtla Gutierrez y Siltepec. En Tajumulco se mencionaron Finca Muxbal en Córdoba, Veracruz, Unión Juárez, Talquián y Mazatan. En Tajumulco se mencionó también Obregón. Para los tres municipios, Tapachula es un destino común.

Figura 1. Mapa de la región de Soconusco.



Figura 2. Ubicación geográfica del Departamento de San Marcos



El departamento de San Marcos está en la Región VI de Guatemala, al Suroccidente del país. Ocupa una superficie de 3,791 km² y su cabecera departamental que es San Marcos, se ubica aproximadamente a 2,398 metros sobre el nivel del mar”. (PNUD 2011, P. 3).

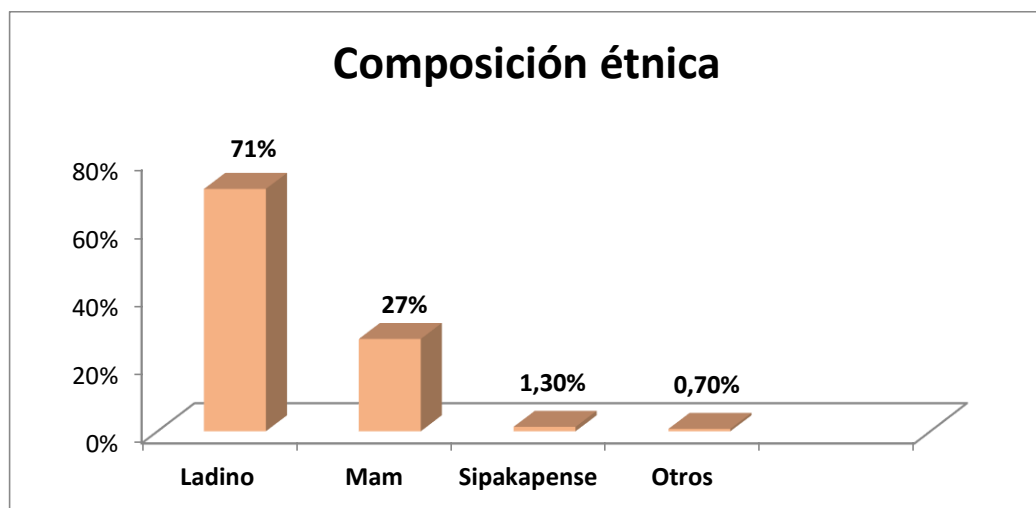
Su población es de 1, 044,667 habitantes de los cuales el 51.1% son mujeres. En 2006, año de la última estimación de la pobreza en Guatemala, poco más de la mitad, 51%, vivía en condiciones de pobreza y 15% en condiciones de extrema pobreza. (Ídem p. 7)

Según la gráfica No. 1, el 71% de los habitantes son ladinos, mientras que el 28% son indígenas y otros grupos constituyen un 0.7%. En el período liberal, Justo Rufino Barrios presidente de la República de Guatemala, creó el Decreto No. 165 el 13 de octubre de 1876, donde se registra que “los indígenas de ambos sexos de San Pedro Sacatepéquez en el

departamento de San Marcos se declaraban ladinos. A partir del siguiente año usarían el traje que correspondía a esa clase”¹³ (Taracena, 2002, p. 87).

La pretensión de la homogenización de la población a través del citado decreto afectó a la población maya mam que habita en el departamento. La secuela histórica de la disposición decretada probablemente se refleja en el alto porcentaje de personas que se identifica como ladina en la región, a pesar de su origen maya mam.

Figura 3. Grupos étnicos que conforman el departamento de San Marcos



Elaboración propia con base a los datos de PNUD 2011

1.1 Vulnerabilidad del territorio

El departamento de San Marcos es altamente vulnerable a las catástrofes naturales. Según el delegado de la región norte de la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres (CONRED), San Marcos posee una superficie irregular, conformada por montañas elevadas, así como por tierras ubicadas al pie de las cumbres y en orilla del mar. Los deslizamientos de tierra son frecuentes en la época lluviosa por las pendientes pronunciadas que forman la

¹³ La política de asimilación se expresa con los requisitos civilizatorios en el período liberal: “vestir y calzar a la española, dominar el castellano, llegar a poseer junto a los ladinos los rudimentarios de la alfabetización, convertirse en consumidores de productos occidentales, transformarse en propiedades individuales, productores de cultivos ligados al mercado mundial y profesaran la religión católica” (Richard N. Adams, Et, Al, 2004, P.12) Sin embargo, los pueblos indígenas persistieron y persisten con la resistencia cultural hasta la actualidad.

cadena de montañas donde se localizan los volcanes Tacaná y Tajumulco. (González, Erasmo, 2015)

1.2 Sibinal

El municipio de Sibinal está localizado en la parte norte del departamento de San Marcos. Limita al norte con los municipios de Tacaná, al sur con Tajumulco y el Estado de Chiapas; al este con Ixchiguan y Tajumulco y al oeste con el Estado de Chiapas, México. Dista 318 kms. de la ciudad de Guatemala y 75 kms de San Marcos. Se llega por la carretera RN 12. (Plan de desarrollo municipal 2011-2025).

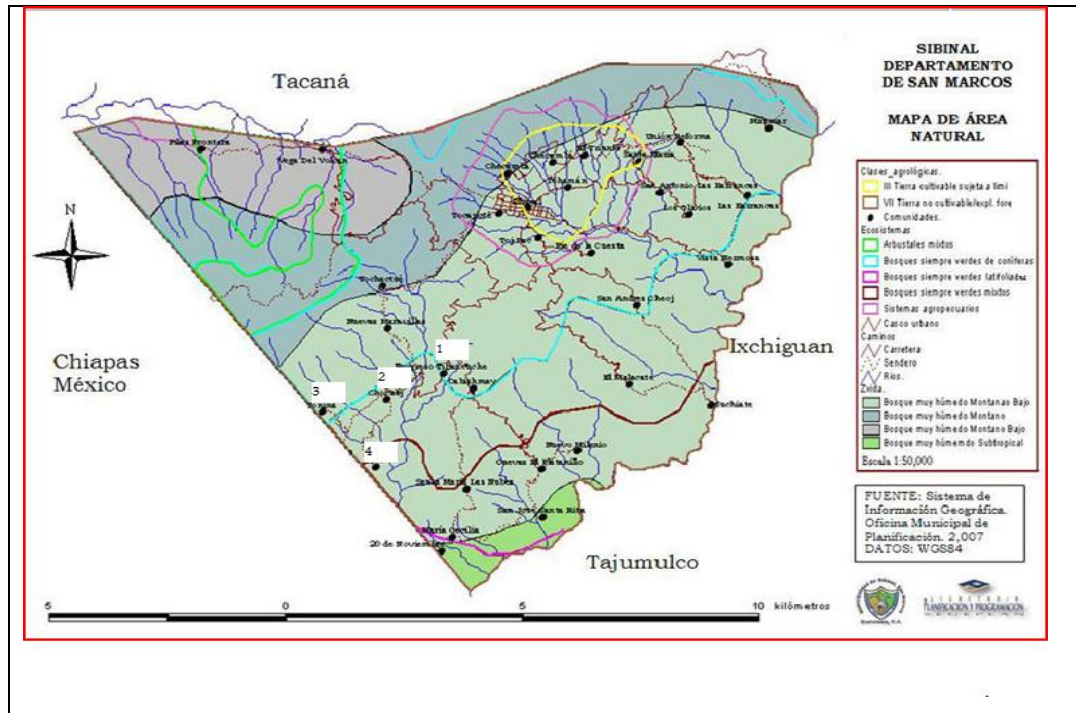
Sibinal se ubica entre 1,400 a 4,000 msnm, en las coordenadas: 91°58'01" y 92°07'01", longitud oeste y a 15°04'10" y 15°10'02", latitud norte. La extensión territorial de San Marcos es de 3791 Kms. con una densidad poblacional de 210 habitantes por kilómetro cuadrado. Sibinal tiene una extensión territorial de 176 kms cuadrados que equivale al 4.64% del total del departamento con una densidad poblacional de 75 habitantes por kilómetro cuadrado para el año 2002. (Idem p. 10).

De acuerdo con la información del Plan de Desarrollo Municipal las principales comunidades que prestan servicios de salud, educación, transporte y vivienda, compra venta de productos y agua para el consumo humano son en orden de importancia: la cabecera municipal y las aldeas Vega del Volcán, San Antonio Barrancas, Chocabj y Checambá. Los caseríos Veinte de Noviembre y María Cecilia y el cantón Tohomán. Estas comunidades además de que sobrepasan los 500 habitantes son centros de convergencia y son considerados desde el punto de vista de la planificación del territorio como Centros Estratégicos Comunitarios (CEC). (Ídem p.11)

Figura 4. Localización del área de estudio. Mapa de Sibinal

Área de estudio: 1. Progreso Tibancuche. 2. Chocabj. 3. Toniná. 4. Yalú

Fuente: Sistema de información geográfica. Oficina Municipal de Planificación. 2007



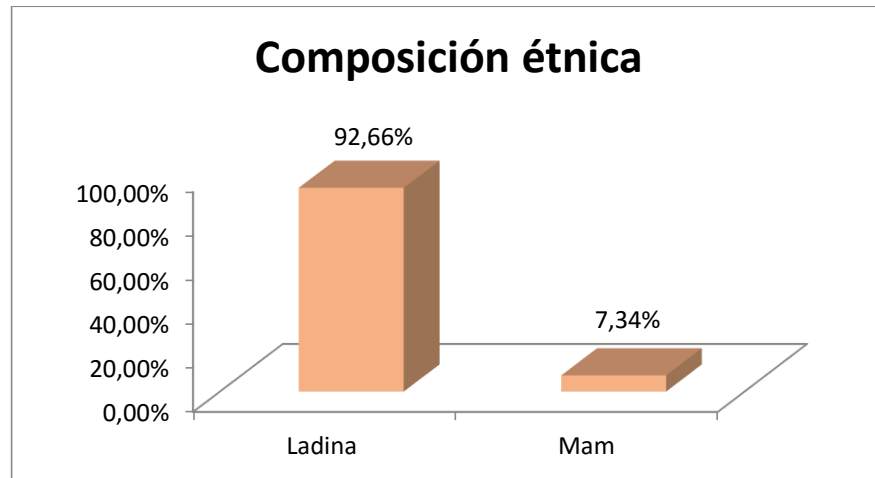
Al definir estas poblaciones como centros estratégicos comunitarios, se quiere resaltar que en un futuro próximo se fortalecerán los servicios, se implementarán alberques micro regionales o instalación de sistemas de alerta temprana con la finalidad de desconcentrar los servicios de la cabecera municipal.

La dinámica de población en el municipio respecto de flujos migratorios se evidencia en el traslado de personas del área rural que viajan preferentemente a Estados Unidos, en segundo término, a la ciudad de Tapachula y a las fincas de Chiapas, México. De acuerdo con los habitantes del municipio son las microrregiones **de Chocabj y Plantanillo** en donde se marca más esa dinámica migratoria. Las razones de la migración son la poca productividad del suelo, poco acceso a empleo y sub empleo, minifundismo, falta de certeza jurídica con relación a la

tenencia de tierra. Los niveles de pobreza son de un 90% y los de extrema pobreza de 40%. (Idem)

El municipio de Sibinal cuenta con seis microrregiones: 1. Micro región Cabecera Municipal, 2. San Antonio Las Barrancas 3. San Andrés Cheoj 4. Cuevas El Plantanillo. **5. Chocabj** 6. Vega del Volcán.

Figura 5. Grupos étnicos que habitan el municipio de Sibinal



Fuente: Elaboración propia con base a los datos de PNUD 2011

A pesar de que la literatura indica que en la región hay baja productividad de la tierra, se demuestra lo contrario en los recorridos por la región, ya que, si bien la agricultura puede ser dificultosa porque el terreno es quebrado, la vegetación permite el crecimiento de especies vegetales diversas, dentro de la que la misma población identifica plantas alimenticias y medicinales. Existen áreas ricas en minerales y rocas que sin duda tienen utilidad productiva.

Pero los comunitarios de la microrregión de Chocabj, tienen gente productiva que en alguna medida ha superado esas dificultades mediante el cultivo de flores ornamentales para la venta en Tapachula. La crianza de especies menores y de aves de corral para la venta y consumo del hogar son otras alternativas económicas.

Los habitantes de Toniná y Yalú, que están más cerca de la frontera con México aprovechan bien sus recursos naturales y desarrollan actividades comerciales favorecidas por su situación

geográfica y su cercanía a los centros urbanos con fuerte movimiento de productos para el consumo y venta como Unión Juárez, Tapachula, Cacahoatan y Talkian.

En realidad, a lo largo de los 17 kilómetros de terracería que separan, la cabecera municipal de la línea de frontera, se observa diariamente una considerable movilidad humana que comienza a las seis de la mañana y termina a las 17 horas, aproximadamente. Actividad de la que participan por supuesto los habitantes de Tibancuche y Chocabj y las comunidades intermedias.



Figura 6.

Frontera Guatemala - México. Al fondo Unión Juárez



Figura 7. La Línea.

Último tramo de carretera que lleva a la línea. Dista 17 kilómetros de la cabecera municipal de Sibinal.

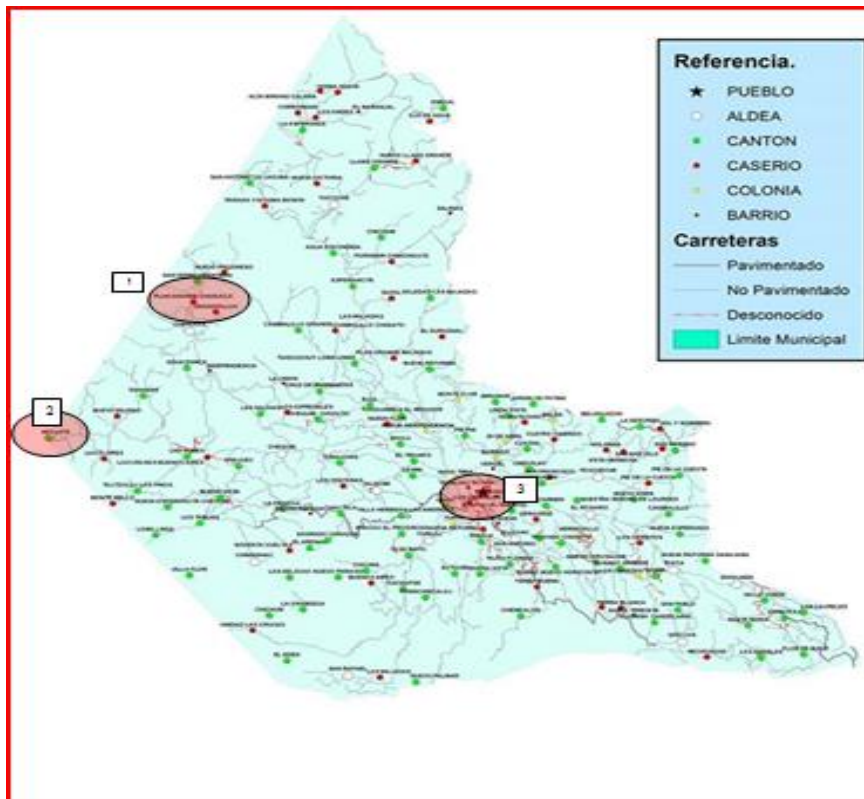
Desde tempranas horas comerciantes, agricultores, maestros o personal de salud se dirigen a sus lugares de trabajo. Este camino con 12 kilómetros de terracería y cinco pavimentados,

tiene un entronque que conduce hacia María Cecilia, comunidad cercana al río Suchiate y Tajumulco en el que se observa un movimiento laboral y comercial quizás menos intenso que el que conduce directamente hacia la frontera, pero no por eso menos importante, pues se ha observado transporte de mercadería (aves de corral, verduras) desde estas áreas hacia la línea o hacia la cabecera municipal de Sibinal, sobre todo en días de mercado.

1.3 Tacaná

El municipio de Tacaná se localiza al Norte del departamento de San Marcos, con una extensión territorial de 3,791 Km². Su elevación sobre el nivel de mar es de 2,416 metros. Dista 72 km de la cabecera departamental y 322 km de la ciudad capital. (PDM, SEGEPLAN 2010, P.17).

Figura 8. Mapa de Tacaná. Localización de las áreas de trabajo.
1. Plan Grande Chanjulé. 2. Cheguaté 3. Tacaná cabecera.

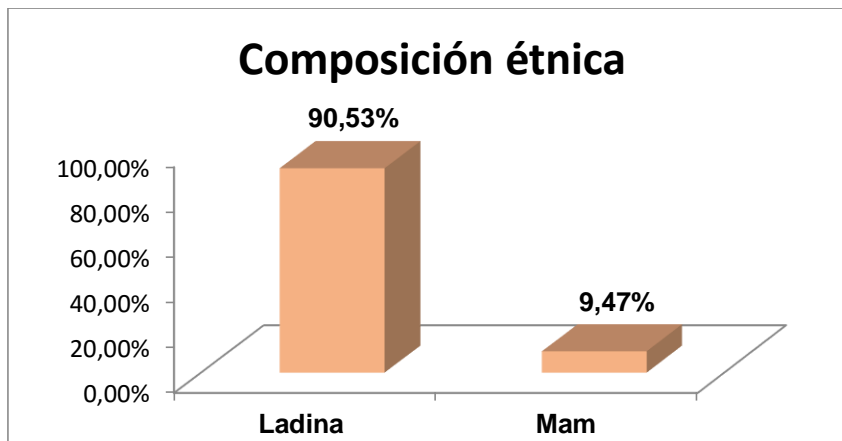


Fuente: Elaboración propia con base a los datos del Plan Municipal de Desarrollo de Tacaná. 2010

Tiene una población de 87,998 habitantes de la cual el 49.90% son hombres y 50.10% mujeres. Según la figura 5 hay una mínima población maya mam.

De acuerdo al Plan de Desarrollo Municipal, Una fracción importante de la población se moviliza al Estado de Chiapas, especialmente en la región de Soconusco en la época de cosecha del cultivo del café. Dicha actividad económica conlleva el desplazamiento temporal, especialmente de los hombres, de septiembre a enero (Plan Municipal de Desarrollo 2010, P.14). El desplazamiento hacia las fincas puede incluir a toda la familia, aunque dicha práctica comienza a restringirse por disposición de los propietarios de las fincas, según los encuestados de éste estudio.

Figura 9. Grupos humanos que conforman el municipio de Tacaná



Fuente: Elaboración propia con base a los datos de PNUD 2011

1.4 Tajumulco

El municipio de Tajumulco tiene una extensión de 450 kilómetros cuadrados. Está a 2,500 metros sobre el nivel del mar. Al norte colinda con Ixchiguán y Sibinal; al Sur con San Pablo y Malacatán; al Este con Tejutla y San Marcos y al Oeste con el municipio de Unión Juárez Estado de Chiapas México. Con una distancia de 289 kilómetros de la ciudad capital y 37 kilómetros de la cabecera departamental. (Plan de desarrollo Municipal p. 18)

En este municipio se ubica el volcán Tajumulco que tiene una altura de 4,220 metros sobre el nivel del mar, el más alto en Centro América. El municipio tiene siete microrregiones con 40 aldeas y 80 caseríos. La población total es de 41,308 habitantes, el 50.09% son hombres y el 49.91% mujeres. (Ídem. p. 23)

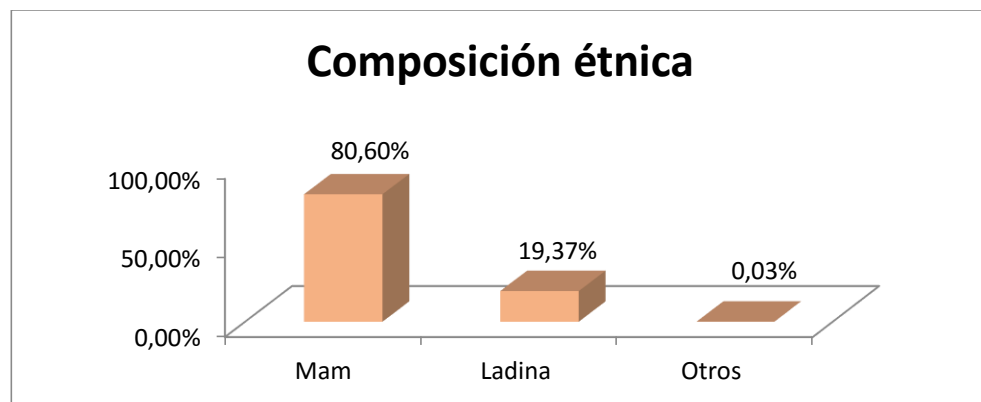
Figura 10. Localización del área de estudio. Mapa de Tajumulco.



Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Tajuulco 2011-2025. (Modificado)

La composición étnica del municipio de Tajumulco muestra un alto porcentaje de población maya mam a comparación de los otros dos municipios.

Figura 11: Grupos étnicos que conforman el municipio de Tajumulco



Elaboración propia en base a los datos de PMD 2010.

CAPITULO II. ESTADÍSTICAS VITALES DE LOS MUNICIPIOS DE SIBINAL, TACANÁ Y TAJUMULCO. AÑO 2014

2.1 SIBINAL

1. Cobertura

En el año 2014, de acuerdo a la memoria de estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica de la Dirección de Área de Salud de San Marcos, de la cual se obtuvo un informe electrónico¹⁴, Sibinal reportaba un total de 16,891 habitantes, con una densidad poblacional de 96 habitantes por kilómetro cuadrado. La población urbana era de 3,716 y la rural de 13,175 habitantes.

La cobertura de la prestación de servicios de salud para la población en este mismo año fue de 10,334. De acuerdo con este documento hubo una extensión de cobertura que atendió a 6,557 personas. Se reporta una **población migrante de 5,912**.

El total de comunidades que cubrió el área de salud fue de 40. Dentro de este universo hay 11 comunidades que cuentan con vigilantes de salud, un total de 45 comadronas adiestradas y tres no adiestradas. No hay médicos ambulatorios, solo un médico de la brigada cubana. En funcionamiento hay un Centro de Atención Permanente, dos puestos de salud (uno en Chocabj), seis puestos de convergencia, una prestadora de servicios y cuatro unidades notificadoras. (DAS, San Marcos 2014)

2. Recurso Humano

En cuanto al recurso humano laborando en el área, este se registra de acuerdo al número de renglón presupuestario por medio del cual se encuentra contratado. El personal presupuestado según el renglón 011 comprende: un médico, una enfermera profesional, seis enfermeras auxiliares, un inspector de saneamiento ambiental y un técnico en salud rural. El personal por contrato incluye a tres médicos, tres enfermeras profesionales y 16 enfermeras auxiliares. Por

¹⁴ La Dirección de Área de Salud, proporcionó su memoria de labores del año 2014 de manera electrónica, por lo cual las referencias al documento se hacen indicándolo dentro del texto o como DAS, San Marcos 2014.

contrato también están un técnico de laboratorio, tres estadígrafos, dos pilotos, cinco educadoras de salud, dos operativos de mantenimiento y como “resto de personal” se incluye a una persona. En síntesis, el personal registrado en el distrito de salud de Sibinal en 2014, era el siguiente:

Tabla 6. Recurso Humano del distrito de Sibinal. Año 2014

Personal	Total
Médicos	4
Enfermeras profesionales	4
Enfermeras auxiliares	22
Inspector de saneamiento	1
Técnicos en salud rural	1
Técnico de laboratorio	1
Estadígrafos	3
Pilotos	2
Educadoras en salud	5
Bodeguero	1
Operativo de mantenimiento	2
Resto de personal	1

Fuente: DAS, San Marcos 2014

De acuerdo con estos registros el total de personal que cubría el distrito de salud de Sibinal era de 47 personas, incluyendo personal operativo y administrativo, para una población de 16,891 habitantes.

3. Tasa de natalidad y fecundidad/Morbilidad y Mortalidad

El total de nacimientos en el año fue de 384, lo cual representa una tasa de natalidad de 22.73. La tasa de fecundidad fue de 63.80.

Las estadísticas de atención del parto, resultan interesantes para el estudio y confirman la realidad del país en cuanto a las preferencias de las madres para la atención pre y post natal.

Tabla 7. Atención del parto. Año 2014

Atención recibida	Frecuencia	%
Médica	99	31.43
Comadrona	62	19.68
Empírica	136	43.17
Ninguna	18	5.71
Total, de partos:	315	

Fuente: Memoria de labores de la Dirección de Área de Salud

4. Morbilidad prioritaria.

Como primeras consultas se reportaron: anemia, desnutrición, tricomoniasis vaginal, papilomatosis, herpes, tuberculosis pulmonar en mayores y menores de 10 años, tuberculosis extrapulmonar, diabetes melitus, hipertensión arterial, traumatismo y politraumatismo y alcoholismo.

Las 20 primeras causas de morbilidad general fueron: rinofaringitis, diarreas, amigdalitis aguda, amebiasis, parasitosis intestinal, otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores, neumonías, conjuntivitis, infección intestinal bacteriana, dermatitis, gastritis, cefalea, trastornos de la piel y del tejido subcutáneo, amigdalitis estreptocócica, otros dolores abdominales, infecciones de vías urinarias, otitis media, neuralgia y neuritis, lumbago. En todos los casos reportados con estas enfermedades, los porcentajes más altos se observan entre las mujeres.

Los niños de 1 a 4 años se ven afectados especialmente por rinofaringitis aguda, diarreas, amebiasis, parasitosis intestinal, amigdalitis aguda, neumonías y bronconeumonías, infección intestinal bacteriana, otras afecciones agudas de las vías respiratorias, dermatitis y conjuntivitis.

Las diez primeras causas de morbilidad materna son la gastritis, cefalea, lumbago, mialgia, infección de las vías urinarias, tricomoniasis urogenital, calambres y espasmos, conjuntivitis, amebiasis y parasitosis intestinal.

En la producción de programas, se contabilizan las hipodermias, curaciones, cirugía menor, el número de emergencias, atención integrada de las enfermedades prevalentes (AIEPI) e inclusive las pruebas de VIH. De esto último se reporta un caso positivo para el año 2014.

5. Tasa de mortalidad general

La tasa de mortalidad general fue de 48. Entre los niños de 0 a 9 años se reportaron 11 muertes siendo la tasa más alta 15.63 entre niños de un año de edad, equivalente a 6 muertes. La

segunda tasa más alta de mortalidad es de 22.06 equivalente a 24 defunciones entre personas mayores de 60 años. El número de defunciones de mujeres en edad fértil (10 a 54 años) fue de 5 lo cual equivale a una tasa de 0.83. La tasa de mortalidad materna fue de 0.

Las 10 primeras causas de mortalidad en menores de un año fueron: enfermedad de la tráquea y de los bronquios, recién nacidos pre termino, enfermedad cardíaca, desnutrición proteicoenergética severa, choque hipovolémico, neumonías y bronconeumonías. En niños de 1 a 4 años las causas de muerte fueron dos: la neumonitis por aspiración de alimento o vómito y úlcera gástrica.

Las 10 primeras causas de mortalidad general fueron : bronconeumonía, neumonía y bronconeumonía, accidente vascular encefálico agudo, infarto agudo de miocardio, senilidad, úlcera gástrica, enfermedad hepática alcohólica, otras convulsiones y las no especificadas, enfermedades de la tráquea y de los bronquios, depleción del volumen.

De las 48 muertes reportadas, 47 fueron por causas naturales y 1 por accidente. El registro sobre la asistencia recibida indica que solamente el 25% fue atendido por médicos.

Tabla 8. Asistencia recibida en los casos de muerte. Año 2014. Sibinal

Asistencia recibida	Frecuencia	%
Medica	12	25
Comadrona	0	0
Empírica	11	22.92
Ninguna	25	52.08
Total, muertes	48	

Fuente: DAS, San Marcos 2014

6. Producción de los programas

En este rubro se registra la labor preventiva para la salud consistente en la aplicación de vacunas tanto para personas como para animales. También se registran exámenes de laboratorio, otras actividades como controles epidemiológicos para la prevención y erradicación de malaria, VIH, tuberculosis.

También se considera el encamamiento de pacientes e inclusive posibles casos de intoxicación.

Dentro del esquema de vacunación para niños menores de un año se registró para este año una cobertura del 89.05 para la B.C.G; 84.09 para la Pentavalente y de 88.64 para la antipolimelítica. El Toxoide Tetánico, de acuerdo a los registros de la DAS, tuvo una cobertura del 0.25% para las mujeres en edad fértil y del 0.28 entre la población adulta.

La labor de prevención a través de la vacunación se extiende a los animales domésticos, especialmente a los perros, aunque no se excluye a otros animales como gatos y aves de corral. Según los datos registrados se tuvo una cobertura del 71.46% de perros que fueron vacunados contra la rabia. También se reportan 41 casos de mordeduras de perro hacia las personas, de la cuales 14 fueron graves. Un 50% de las personas afectadas abandonaron los tratamientos requeridos en estas circunstancias.

2.2 TACANÁ

1. Cobertura

La población reportada por la Dirección de Área de Salud de Tacaná es de 79,855 habitantes, **con una población migrante de 23,957**. La población urbana fue de 11,978 y la rural de 67,877. La extensión territorial del municipio es de 302 kms cuadrados con una densidad de población de 264 habitantes por kilómetro cuadrado. A pesar de los datos que reporta en Plan de Desarrollo Municipal sobre la composición étnica de la población de Tacaná, la DAS de San Marcos indica que el 70% de la población es maya mam.

2. Recurso Humano

El total de comunidades del distrito de salud es de 105. El personal con que cuenta el área es de siete médicos ambulatorios, 118 vigilantes de salud, 125 comadronas registradas y 10 comadronas no registradas.

El personal presupuestado bajo el renglón 011 consta de un médico, una enfermera profesional, 10 enfermeras auxiliares, un inspector de saneamiento, un técnico en salud rural, un oficinista, un piloto, y una persona como “resto de personal”.

Por contrato hay cuatro médicos, cuatro enfermeras profesionales, 11 enfermeras auxiliares, cuatro oficinistas, dos pilotos, cinco educadoras de salud, dos guardianes, un bodeguero.

Tabla 9. Recurso Humano. Distrito de salud de Tacaná. Año 2014

Personal	Total
Médicos	4
Enfermeras profesionales	4
Enfermeras auxiliares	11
Inspector de saneamiento	1
Técnicos en salud rural	1
Técnico de laboratorio	1
Oficinistas	4
Estadígrafos	0
Pilotos	2
Educadoras en salud	5
Guardianes	2
Bodeguero	1
Operativo de mantenimiento	0
Resto de personal	1

Fuente: DAS, San Marcos 2014

El total de personas a cargo del distrito de salud, para una población de 79,855 habitantes, es de 35.

Los servicios de salud del área son: un Centro de Atención Permanente, cinco puestos de salud, cinco centros de convergencia y 10 unidades notificadoras. Cinco clínicas médicas particulares y dos hospitales y/o sanatorios privados.

3. Tasa de natalidad y fecundidad/morbilidad y mortalidad

El total de nacimientos en el 2014 fue de 2,387 niños/as. La tasa de natalidad es de 29.89 y la de fecundidad de 79.84. La cobertura del Ministerio de Salud en el área fue de 38,255 y se reporta una extensión de cobertura de 41,563. Se calcula que hay una población de 37 personas sin acceso a servicios de salud.

Tabla 10. Preferencias de las madres en la atención del parto

Atención recibida	Frecuencia	%
Médica	839	42.18
Comadrona	1150	57.82
Empírica	0	0
Ninguna	0	0
Total partos	1989	

Fuente: DAS, San Marcos 2014

4. Morbilidad prioritaria

Durante las primeras consultas fue de anemia, traumatismo/politraumatismos y se atendieron 63 abortos.

Las 20 primeras causas de morbilidad general fueron; resfriado común, parasitismo intestinal, amigdalitis, enfermedades de la piel, infección urinaria, diarrea, cefalea, anemia, conjuntivitis, gastritis, otitis media, heridas, dolor abdominal, neumonía, trastornos de la vagina, herpes bucal, artritis, neuralgia, amenorrea (reportada solo en mujeres con un total de 352 casos) y traumatismos.

Las 10 primeras causas de morbilidad infantil en menores de un año fueron: resfriado común, amigdalitis, diarrea, enfermedades de la piel, parasitismo intestinal, neumonía, infección urinaria, conjuntivitis, herpes bucal y dolor abdominal.

Las causas de morbilidad materna fueron infección urinaria, trastornos específicos de la vagina, amenorrea, traumatismos.

5. Mortalidad General

La mortalidad general fue de 216. Dentro de la población infantil se reportaron cinco muertes entre niños de 0 a 28 días: cuatro a los siete días o antes y una entre los 8 a 28 días del nacimiento. La causa reportada fue sepsis bacteriana del recién nacido.

Entre infantes de 0 a 1 año se reportan 15 muertes, lo cual representa una tasa de 6.28. Las causas de muerte entre niños menores de un año, además de la sepsis, son neumonía, diarrea,

paro cardíaco no especificado, desnutrición proteica calórica y abdomen agudo. Las causas de muerte entre niños de uno a cuatro años fueron neumonías (2) y asfixia (1).

Se observa en los registros una tasa alta de mortalidad entre personas de 25 a 39 años (1.90) y de 40 a 49 años (4.14). De la misma manera que los datos de Sibinal, los de Tacaná muestran un aumento en la tasa de mortalidad entre las personas de 60 años o más (110 defunciones) que representan una tasa de mortalidad de 21.86. La tasa de mortalidad entre mujeres en edad fértil (10 a 54 años) fue de 0.94 lo cual representa 28 muertes. La tasa de mortalidad materna en Tacaná fue de 20.07. Las seis primeras causas reportadas fueron: placenta previa con hemorragia, atonía uterina, masa cerebral, apendicitis perforada, eclampsia.

Tabla 11. Mortalidad prioritaria. Tacaná 2014.

Causas	Total
Diarreas	18
Neumonías/bronconeumonías	46
Traumatismo/politraumatismo en mayores de 18 años	10
Tuberculosis pulmonar en mayores de 10 años	3
Cáncer de próstata	1
Cáncer de estómago	2
Diabetes mellitus	3
Cirrosis hepática	7
Homicidios	3

Fuente: DAS, San Marcos 2014

La información sobre la asistencia recibida y el sitio de ocurrencia de las muertes se presenta el siguiente cuadro resumen:

Tabla 12. Asistencia recibida en caso de muerte. Tacaná 2014

Asistencia recibida	Frecuencia	Porcentaje	Sito de ocurrencia	frecuencia	%
Medica	5	2.31	Hospital	5	2.31
Comadrona	0	0.00	Casa de salud	3	1.39
Empírica	15	6.94	Vía pública	14	4.48
Ninguna	196	90.74	Domicilio	194	86.91

Fuente: DAS, San Marcos 2014

6. Producción de los programas

De acuerdo a los datos de salud del área de San Marcos, en Tacaná se cubrió en un 56.31% el esquema de vacunaciones para la B:C:G, en un 55.16% la vacuna pentavalente y en un 97.6% la vacuna antipolimelítica. La aplicación de toxoide tetánico se cubrió solamente en un 0.02%, observándose en los esquemas de aplicación, que la cantidad de madres que refuerzan sus vacunas va en disminución. La primera dosis se aplicó a 675 mujeres y para el segundo refuerzo solamente se reportan siete. El resto de población adulta que inicia su esquema llega solamente a la tercera dosis y deja de aplicar los refuerzos.

La vacunación preventiva de animales asciende a la aplicación en 10,850 vacunas en perros y a 90 en otros animales, (no se especifica). Se reportó un foco rábico en el área rural (sin especificar cuál).

2.3 TAJUMULCO

1. Cobertura

De acuerdo a las estadísticas de la DAS de San Marcos, la población del municipio asciende a 60,018 habitantes. Se calcula que la población urbana es de 600 habitantes y la rural de 59,418. Durante este año se atendió a una total de 38 personas migrantes, 12 hombres y 26 mujeres, aunque no se especifica de que lugares.

Tajumulco tiene una extensión territorial de 300 Kms², con una densidad de población es de 200 habitantes por kilómetro cuadrado. El total de comunidades del área de salud de Tajumulco es de 155, de ellas 57 comunidades cuentan con 142 vigilantes de salud. Las comadronas adiestradas son 152.

2. Recurso Humano de los servicios de salud

El personal presupuestado bajo el renglón 011 que labora en el distrito de salud de Tajumulco esta conformado por un médico, una enfermera profesional, seis enfermeras auxiliares, un

inspector de saneamiento, un técnico en salud rural, tres técnicos anestesistas. El personal por contrato lo conforman cuatro médicos, cinco enfermeras profesionales, 14 enfermeras auxiliares, un técnico en vectores, un técnico de laboratorio, dos oficinistas, dos pilotos.

Tabla 13. Personal de salud del distrito de Tajumulco. 2014

Personal	Total
Médicos	5
Enfermeras profesionales	6
Enfermeras auxiliares	22
Técnico en vectores	1
Inspector de saneamiento	1
Técnicos en salud rural	1
Técnico de laboratorio	1
Oficinistas	2
Estadígrafos	0
Pilotos	2
Educadoras en salud	3
Guardianes	1
Bodeguero	1
Operativo de mantenimiento	0
Resto de personal	1
Técnico anestesista	1

Fuente: DAS, San Marcos 2014

El total de personal de salud en 2014 fue 48 personas para una población de 60,018 habitantes.

3. Tasa de natalidad y fecundidad/Morbilidad/Mortalidad

El total de nacimientos para este año fue de 1,470. La tasa de natalidad 24.49 y la de fecundidad 79.24. La población atendida fue de 36,611, con una extensión de cobertura de 23,407.

Tabla 14. Preferencias de las madres en la atención del parto. Tajumulco 2014.

Atención recibida	Frecuencia	%*
Médica	967	67,53
Comadrona	350	24,44
Empírica	65	4,54
Ninguna	50	3,49
Total de partos	1.432	

Fuente: DAS, San Marcos 2014

4. Morbilidad y mortalidad.

La morbilidad prioritaria (la más frecuente) se caracterizó por un elevado número de casos de anemia (1516, con una tasa de incidencia de 252.59), desnutrición, diabetes mellitus.

Entre niños de 1 a 4 años se reporta resfriado común, diarrea, neumonía, parasitosis intestinal, amebiasis, anemia, amigdalitis, conjuntivitis, escabiosis y otitis media. Los cuadros para los niños menores de cuatro años son similares, con la diferencia de que se reportaron cromosomas marcadores suplementarios, conjuntivitis aguda e infecciones de la piel.

La causa de morbilidad materna fue amenaza de aborto, preclampsia no especificada, complicaciones específicas del trabajo de parto, aborto no especificado, embarazo que continúa después de la muerte intrauterina, posición fetal oblicua, falso trabajo de parto antes de las 37 semanas, falso trabajo de parto sin especificación, trabajo de parto prolongado, retención placentaria sin hemorragia.

La tasa de mortalidad general fue de 81. Entre niños menores de un año la tasa de mortalidad infantil fue de 4.08. Esta tasa aumenta entre personas mayores de 60 años a 8.30. La razón de mortalidad materna es de 136.05 que representa 2 defunciones. Las causas de mortalidad materna fueron sepsis puerperal y hemorragia del tercer período del parto.

Entre las 10 primeras causas de mortalidad en niños menores de un año están la bronconeumonía, neumonía por aspiración, traumatismo de cabeza, sepsis bacteriana. En niños de uno a cuatro años las causas de mortalidad fueron diarrea y gastroenterocolitis, fiebre no especificada, neumonía y bronconeumonía.

Las causas de mortalidad general fueron neumonías, diarrea y gastroenterocolitis, úlcera gástrica, depleción de volumen, accidente vascular encefálico agudo, envenenamiento por efecto tóxico, cirrosis hepática alcohólica e infarto agudo de miocardio.

Asistencia Recibida	Frecuencia	%	Sitio de Ocurrencia	Frecuencia	%
Medica	3	3,70	Hospital	3	3,70
Comadrona	0	0,00	Casa de salud	0	0,00
Empirica	0	0,00	Via publica	0	0,00
Una	78	96,30	Domicilio	78	96,30
Total de Muertes	81		Total de Muertes	81	

5. Producción de los programas

Los registros de vacunación para niños menores de un año, muestran que las vacunas que normalmente se aplican a niños menores de un año, como la B.C.G y hepatitis B, tienen su dosis única de aplicación, pero para la hepatitis B la cobertura fue bastante baja, ya que lo esperado era de 1,500 niños, sin embargo solamente fueron vacunados 112. Para la B.C.G en cambio la cobertura fue 1,542, es decir que sobrepasó el porcentaje esperado, siendo de 102.8%. A pesar de que la vacunación contra la tuberculosis sobrepasó el porcentaje esperado se detectaron 15 baciloscopias positivas entre pacientes mayores de 10 años. De ellas se sometieron a tratamiento antituberculoso 13 personas (cuatro hombres y nueve mujeres).

La pentavalente y antipoliomelítica muestra las 3 dosis completas, aunque se observa, al igual que en otros casos de tratamientos preventivos relativamente largos, que las primeras dosis son aplicadas a un número mayor de población, pero al llegar a la tercera dosis baja la cobertura considerablemente. Las metas de vacunación para niños comprendidos entre las edades de 1 a 6 años no se cumplieron, cubriendo la pentavalente a al 0.13% de población esperada, la antipolio al 0.40, la DPT y SPR el 0%.

Sobre la vacunación de animales domésticos se registra una cobertura de 8,172 perros vacunados contra la rabia. Se localizó un foco rábico en el área rural y uno en el área urbana y para este año se reportan 81 personas de las cuales solamente se sometieron a tratamiento antirrábico 42 personas. De ellas completan el tratamiento 24 y lo abandonan 18. Los diagnósticos fueron de leves para 48 personas y de graves para 33.

Los datos epidemiológicos reportados por la Dirección de Área de Salud de San Marcos concuerdan con los referidos por las personas encuestadas y entrevistadas. No es difícil

observar que la morbilidad de la región, como la de toda Guatemala, continúa siendo afectada por enfermedades aparentemente sencillas como las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas entre los niños y adultos. Los datos confirman nuevamente esta realidad. Sin embargo, llegan a ser causa de muerte tanto entre la población infantil como entre la población adulta. Son notorias también las referencias sobre diabetes y enfermedades de los huesos como la artritis o reumatismo entre la población entrevistada.

Siempre se dice, entre los estudiosos de las ciencias médicas que podrían ser muertes evitables mediante la prevención y la educación en salud, que de este modo resultaría más barata. Pero en la práctica este principio se ve afectado por barreras de comunicación y seguimiento continuo y sistemático del proceso educativo para la población, la falta de un tratamiento oportuno y limitaciones presupuestarias. Todas en detrimento del derecho universal a la salud.

Empezando por la última de estas barreras mencionadas, se observa en los servicios de salud, que las limitaciones presupuestarias son causa de oportunidades perdidas para las y los usuarios de los servicios cuando al hacer un largo recorrido, a veces a pie para llegar al servicio:

- Los pacientes no consiguen el medicamento que necesitan porque en el servicio de salud no tienen existencias y su capacidad económica tampoco les permite comprar la medicina.
- Las o los pacientes llegan al servicio de salud justo en el momento en que entra una emergencia y, el escaso personal del servicio, se concentra en atenderla. Entonces se cierra la consulta definitivamente, o se les pide a las personas que vuelvan más tarde o al día siguiente.
- El resto de pacientes en la sala de espera que se quedan sin atención, a veces van con dificultades de salud que también pueden convertirse en una emergencia médica.
- El personal médico y de enfermería de turno, empieza a sentirse sobrecargado, cansado y con poca disposición para seguir atendiendo a la población. Se llega al extremo de pedirle a la madre o padre de familia que, si lleva dos niños a consulta, elija al que tiene mayor problema, porque solo se atenderá a uno de los dos.

Estas cuatro circunstancias se conciben como limitaciones presupuestarias no solamente por la carencia de medicina sino también por la insuficiente cantidad de personal que atiende los servicios.

Es importante mencionar, que en los tres municipios existe una demanda importante. Pero existen factores que determinan el grado de saturación de los mismos, condicionando así la atención médica. Tajumulco, en donde se observó más demanda, es un ejemplo claro de todas estas circunstancias. Los datos del 2014 para el municipio indican que, para atender a una población de 60,018 habitantes, hay 48 personas en servicio, incluyendo personal operativo y administrativo. Además, el personal mantiene cierta inseguridad laboral, debido a que la mayoría está por contrato y el sistema de salud siempre tiene déficit.

La diferencia entre éste y los municipios de Tacaná y Sibinal, estriba en que por su posición geográfica y la distancia hacia otros servicios, las opciones de atención son menores, para la mayoría de población, porque aunque se llega al municipio por carretera asfaltada y existen opciones de transporte como taxis y buses extra urbanos hacia la cabecera departamental, el costo de traslado resulta alto. Hay que considerar en este análisis, el radio de atención del servicio. Es decir, que no todas las personas que lo visitan son de la cabecera municipal, sino que llegan de comunidades más lejanas recorriendo caminos vecinales y veredas que dificultan el acceso. Llegar al CAP de Tajumulco entonces, representa para los aldeanos un costo en tiempo, considerable, y dependiendo de la distancia, también de dinero. Salir del municipio en busca de otro servicio, distinto al CAP, representa otro costo y más elevado.

Para ilustrar esta situación se presentan a continuación los mapas con las micro regiones de los municipios de Tacaná y Tajumulco con la finalidad de ilustrar la procedencia de las personas que visitaron los servicios de salud en la semana en que se realizó la encuesta. Esto para considerar las distancias y el peso que podría tener una oportunidad perdida en sus esfuerzos por buscar atención. Es importante mencionar que el CAP de Tacaná mostró mayor capacidad de atención para los pacientes, durante la semana de la visita al servicio.

Se logró determinar que la procedencia de las personas que llegaron en búsqueda de atención al CAP de Tacaná y al Centro de Recuperación Nutricional (CRN) ubicados en la cabecera departamental, corresponde a 12 de las 18 microrregiones del municipio.

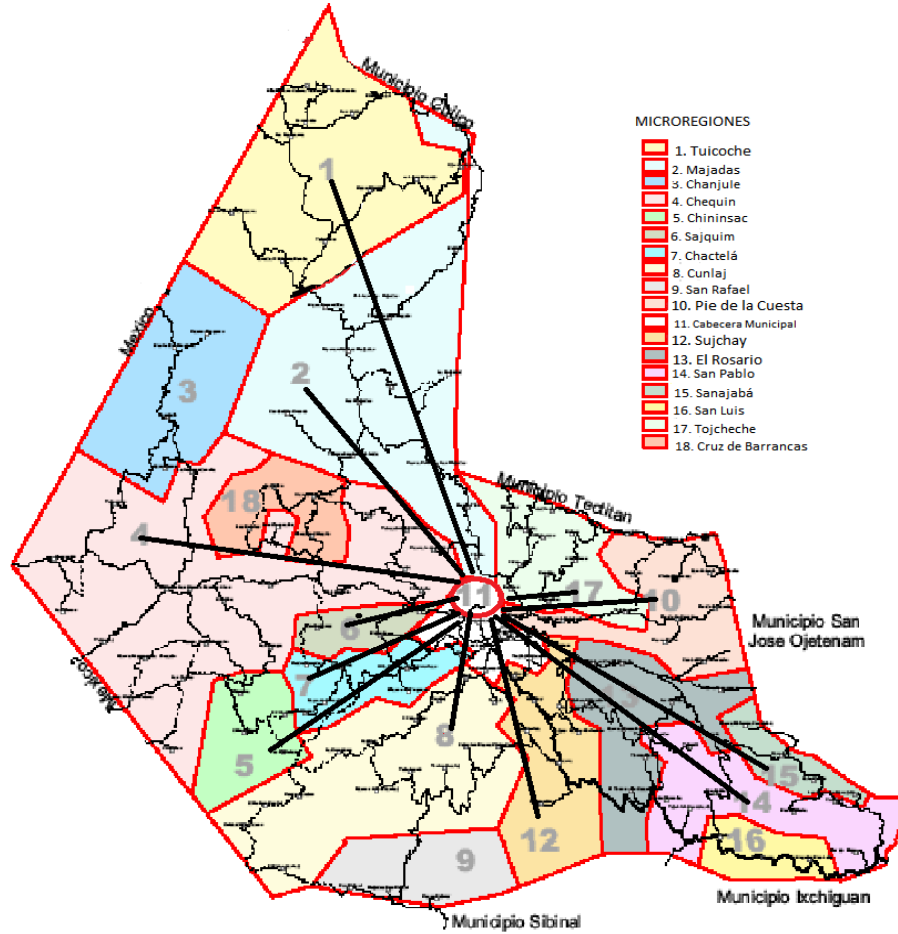
En la aldea Plan Grande Chanjulé se realizaron las encuestas correspondientes a la muestra del área fronteriza que se tenía planificada, por lo que ésta población no se incluye dentro de esas 12 micro regiones. Sin embargo, también en esta aldea hubo presencia de personas de otras comunidades, que acudieron al monitoreo de crecimiento físico promovido por el Centro de Recuperación Nutricional, entre las que se captó Nuevo Progreso. Las flechas en el mapa indican la procedencia de las personas desde la microrregión hacia los servicios de la cabecera.

Tabla 16. Procedencia de las personas que buscaron atención en el Centro de Atención Permanente y en el Centro de Recuperación Nutricional. Tacaná 2015

Micro regiones	Aldeas	f	Total de pacientes por microrregión
----------------	--------	---	-------------------------------------

Cabecera municipal	Cabecera Municipal	27	29
	Colonia la Democracia	2	
Cunlaj	Aldea Cunlaj	3	8
	Cantón Buena Vista	3	
	Cantón Tonalá	1	
Chactelá	Cantón Chactelá	1	7
	Cantón Cuá	6	
Chequin	Cantón Zulu	1	1
Chanjulé	Plan Grande	12	19
	Nuevo Progreso	7	
Tuicioché	Loma Lindas	1	1
Tojcheche	Cantón Cohatán	1	3
	Cantón Linda Vista	1	
	Cantón Chiquilau	1	
Majadas	Aldea Majadas	1	5
	Cantón Pin Pin	1	
	Cantón Tuiscuchuy Loma Linda	3	
Sanjabá	Sanjabá	1	1
Suchay	Aldea Sijchay	3	9
	Cantón Tojpac Nuevo Horizonte	1	
	Barrio Villa Nueva	3	
	Cantón Tojoj Florida	1	
	Cantón San Antonio	1	
San Luis	Aldea San Luis	1	1
Pie de la Cuesta	Cantón Belesquizón	1	2
	Cantón El Provenir	1	
Chininhac	Aldea Chininhac	1	1
Indeterminados	Nuevo Progreso, Pajapita Coatepeque	1	2
	Colonia Nueva Independencia	1	
Indeterminados	Caserío Grana Diez o Granadillas	1	5
	Cantón Tzijul	2	
	Cantón Comatzaj	2	
Total		93	93

Figura 12. Mapa: Procedencia de los pacientes que visitaron el CAP y el Centro de Recuperación Nutricional durante la semana de la encuesta. Año 2015



Fuente: Elaboración propia en base al mapa del Plan Municipal de Desarrollo de Tacaná. 2011-2032.

De acuerdo con el Plan de Desarrollo Municipal, el municipio de Tajumulco está dividido en siete micro regiones que son las siguientes:

Tabla 17. Micro regiones de Tajumulco.

- _____
Micro región Rio Cutzulchima zona baja
- _____
Micro región Rio Cutzulchima zona alta
- _____
Micro región Rio Cutzulchima zona media
- _____
Micro región Rio Sala
- _____
Micro región Rio Suchiate, zona alta
- _____
Micro región Rio Suchiate, zona baja
- _____
Micro región Petalcapa

Tabla 18. Cobertura y servicios de salud del municipio de Tajumulco.

Tipo de Servicio de salud	Cobertura	Localización del servicio
---------------------------	-----------	---------------------------

Centro de Atención Permanente	Micro región Río Cutzulchimá, zona media	Cabecera municipal
Puesto de salud	Micro región Río Cutzulchimá, zona alta	Tuipec
		Champachej
		Tominchom
Puesto de salud	Micro región Río Cutzulchimá, zona baja	Chanchicupe
Puesto de salud	Micro región Suchiate zona alta	Malacatillo
Puesto de salud	Micro región Petalcapa	Pueblo Nuevo
		Totana
		San José La Paz
Unidad Mínima	No especificado	Caserío Sacolá

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal.

Al registrar la procedencia de quienes visitaron el CAP durante la semana de la encuesta, resulta que llegan personas de la mayoría de microrregiones del municipio, aunque el mayor porcentaje está representado por quienes habitan la micro región del Río Cuitzilchimá, zona media, en donde se ubica el Centro de Atención Permanente y la cabecera municipal. San Juan Bullaj es la excepción ya que es la aldea que se encuentra en la micro región del río Suchiate, zona baja. Las 18 personas registradas residen en dicha aldea.

Tabla 19. Procedencia de los pacientes que visitaron los servicios de salud durante la semana de la encuesta. Año 2015

Nombre de la micro región	Aldea, cantón o caserío	Número de personas que visitaron el servicio	Total, de pacientes por micro región
Micro región Río Cutzulchima, zona alta	Caserío Santa Isabel	2	10
	Aldea Santa Rosa	1	
	Boxoncan	1	
	Caserío Chechan	1	
	Caserío Tonishak	1	
	Chexubel	1	
	Tonichun Chico	2	
	Tuinima	1	

Procedencia de las personas que visitaron el servicio de Tajumulco por microrregión

Micro región	Aldea, cantón o caserío	Número de personas que visitaron el servicio	Total de pacientes por micro región
Micro región Río Cutzulchima, zona media	Cabecera municipal	3	25
	Aldea Chana, Buenos Aires	7	
	Caserío La Vega	2	
	Caserío Buenos Aires	1	
	Loma Linda	1	
	Caserío Los Miches	1	
	Caserío Tola. Sector 1 y 3	4	
	Loma Real	1	
	Malacate	1	
	Toquian Chico	3	
	Tuis Quinque	1	
	Micro región Río Cutzulchima, zona baja	Chanchicupe	
Tocuto		3	
Micro región Río Suchiate, zona alta	Caserío Nueva Candelaria	1	
	Tuiquimamel	2	
	Yupquimamel	1	
Micro región Río Suchiate, zona baja	San Juan Bullaj	18	18
No encontrado en la clasificación	Monte Perla	2	4
	Toloj	1	
	Toninché Grande	1	
Total		65	

Figura 13. Lugar de procedencia de las personas que visitaron el CAP de Tajumulco durante la semana de la encuesta. Año 2015.



Fuente: Mapa base proyecto “Mi Cuenca” (CARE-UICN) Adaptado en base a los datos de la encuesta.

Figura 14. Fotografías del CAP y Municipalidad de Tajumulco.



Figura 15. Algunos servicios de salud existentes en Cacahoatán y Niquivil.



Un detalle importante: puede dejar quejas, sugerencias o felicitaciones para mejorar el servicio



Los servicios de salud presentan al público su oferta de atención e identifican al o la profesional responsable del servicio ..



Los usuarios del servicio tienen información visible sobre la oferta de servicios a nivel comunitario



Centro de salud de Motozintla

Fotografías: Verónica Paredes

Tacaná, que es un municipio con alto desarrollo económico, posee además del CAP, un Centro de Recuperación Nutricional, con consulta y medicina gratuita que presta un servicio muy satisfactorio, no solamente a niños/as con problemas nutricionales, sino a niños/as hasta 10

años de edad con medicina general. Además, en todo el municipio hay médicos y sanatorios privados, naturistas, proveedores de medicina natural y de vitaminas.

Figura 16. Oferta de servicios de salud en Tacaná.



SERVICIOS SEMI PRIVADOS DE SALUD. TACANÁ 2015



Pero en los Centros de Atención Permanente el proceso de búsqueda de atención se complica por las limitaciones presupuestarias que inciden en otras circunstancias como el de la comunicación y la educación continua. Puede decirse que el nivel de atención de calidad, es

inversamente proporcional a la cantidad de personas que llega a atenderse. Es decir, entre más demanda menos atención de calidad. Y no porque no se quiera dar un buen servicio sino porque el personal en funciones es insuficiente para atender a una población numerosa.

Por ejemplo, la medicación que se proporciona al paciente, requiere explicaciones sencillas pero comprensibles para las personas, sobre todo cuando se dan antibióticos, antidiarreicos o medicamentos más delicados para tratamientos complejos, como la diabetes, que parece tener una alta prevalencia en la zona de estudio.

En los servicios, las madres, que son quienes más los visitan, manifestaron muchas veces dudas importantes sobre sus tratamientos y padecimientos. Preguntas como: ¿qué medicina me tomo primero? O ¿me las tomo todas de una vez?, son simples, pero requieren atención del personal que las está proporcionando. Sin embargo, la premura de tiempo, que se reduce con la demanda, generalmente no permite esta comunicación. Las instrucciones se dan por escrito, pero el problema entonces es el analfabetismo de las mujeres (que para el 2002, era del 29%) que son quienes generalmente llevan a sus hijos a los Centros de Atención Permanente.

En este estudio no se indagó con las educadoras de salud, las trayectorias que utilizan para atender a la población, pero evidentemente si no hay suficiente personal la fórmula sería la misma: más demanda con poco personal, implica menor calidad de atención.

Esta situación, que depende de la voluntad política para realizar profundos procesos de reingeniería del sistema de salud, también requiere una efectiva gestión gerencial, que incluya capacitación del personal para la atención de la población, considerando las diferencias socioculturales y el respeto a sus derechos, ya que éste hecho, aparentemente simple, inhibe a la población de buscar los servicios, no solamente por la falta de recurso económico y de certeza en los resultados de su búsqueda sino también por la actitudes del personal.

Se menciona este punto porque las usuarias refirieron casos en los que se sintieron abusadas por médicos o enfermeros al haberse sometido a exámenes como el papanicolau (que es molesto, pero tiene sus límites) o simplemente al estar en una camilla sin posibilidades de moverse y ser tocadas abusivamente por el personal. Las malas prácticas médicas según estas denuncias, no están relacionadas solamente con la falta de certeza para dar un diagnóstico, los errores en la terapéutica o la cirugía, sino también con los abusos y violación de derechos humanos.

Para el año 2016 de acuerdo con el Sistema de Contabilidad Integrada (SICOIN), la asignación presupuestaria para el Ministerio de Salud y Asistencia Social, basado en el sistema de gestión por resultados, será de Q. 4,608.5 millones.

Se esperaría que dicho presupuesto mejorara el funcionamiento del sistema, planificando acciones que consideren a la población creciente que necesita soluciones para acceder a la salud y como mínimo gozar de atención médica permanente con personal capacitado, suficientemente motivado y con vocación de servicio. Programas más modernos y continuos de educación para la salud. Desde el punto de vista de los derechos humanos y de salud, sería ideal implementar una política que considere la interculturalidad en salud, que es definido por Campos Navarro como:

“... la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, pensamientos y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser contrapuestas”.

Y es que resulta que la práctica médica dominante o hegemónica, usualmente ve con desdén aquella que se basa en el saber ancestral. Mientras la primera concibe la práctica de la medicina como una dolencia del cuerpo a la que hay que tratar con medicamentos o cirugías, la segunda la concibe como una dolencia que puede aliviarse mediante una terapéutica diferente, basada en la relación humana y frecuentemente con Dios y la naturaleza e incluso la magia. Las diferencias terapéuticas entre una y otra no las hace mejores o peores sino solamente diferentes.

Si bien los principios de los Centros de Atención Permanente desde su implementación, se han basado en el respeto y la pertinencia cultural, aún se ve poco progreso. Un factor positivo en Guatemala si es, la atención durante las 24 horas del día en los lugares en donde existen éstos servicios de salud.

Tabla 20. Asignación presupuestaria 2016

Programa	Montos en millones de quetzales
Fomento de la salud y medicina preventiva	992.7
Recuperación de la salud	2,391.8
Prevención de la desnutrición crónica	885.5
Prevención de la mortalidad materna y neonatal	338.5

Las poblaciones entrevistadas en las tres áreas, a pesar de encontrar satisfactores desde el punto de vista de la calidad de atención en los sistemas de salud de México, manifestaron su insatisfacción de no poder gozar de lo mismo en el propio país. Y en el caso de Plan Grande Chanjulé de Tacaná, también se mostró preocupación porque un sistema extranjero, el mexicano, que siempre les ha prestado servicio, hoy reprocha la poca capacidad de respuesta del sistema de salud de Guatemala al sentir la recarga de trabajo que representa atender a una población numerosa.

Existe un convenio de cooperación bilateral entre ambos países cuyo objetivo “es establecer la Comisión de Salud Fronteriza México-Guatemala, identificar y evaluar los problemas actuales y futuros de salud que afectan a la población del área fronteriza entre los dos países, así como alentar y facilitar las acciones en la atención de estos problemas”.

Se desconoce el avance que haya tenido hasta ahora este convenio de cooperación, pero en base a lo que han referido los usuarios de los servicios, parece que México ha cumplido con mayor responsabilidad los compromisos adquiridos. Para Guatemala hay retos que cumplir, sobre todo con su país.

Dentro de las propuestas que presenta actualmente el Ministerio de Salud, se encuentra la territorialización de los sistemas de salud, obedeciendo precisamente a esta necesidad de atender la diversidad cultural y de maximizar la capacidad de atención, considerando para ello atender poblaciones de entre 2,500 y 5,000 habitantes. Dentro de los lineamientos de este proceso de territorialización el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social propone:

“La implementación de la estrategia, debe de realizarse en forma progresiva en todo el territorio nacional, a través de la red de servicios de salud del MSPAS, la cual se organiza conformando:

1. La red Municipal de Salud
2. La red Departamental
3. La red Regional
4. La red Nacional.

De acuerdo con esta estrategia se definen los siguientes elementos:

1.1. Área de Salud, Distrito Municipal de Salud, Territorio y Sectores.

Cada escenario territorial se constituye como punto focal en el que el MSPAS ejerce la rectoría, desarrolla la gestión y presta los servicios de salud a la población guatemalteca.

1.2. Red Municipal de Servicios de Salud

Sector: Es un espacio geográfico del municipio que se conforma a partir de la agrupación de un conjunto de comunidades de acuerdo a los criterios establecidos. En ellos se agrupa una población que puede variar hasta **2,500 habitantes**.

Territorio: Corresponde a la agrupación de un mínimo de uno a más sectores con una población de **hasta 5,000 habitantes**.

- Población a cubrir, sector y territorio.	
Población a cubrir	Definición Administrativa Operativa
De +/- 2,500 habitantes	Sector

De +/- 5,000 habitantes	Territorio
-------------------------	------------

Fuente: Lineamientos para el proceso de territorialización y creación de unidades notificadoras territoriales. Sistema de Información Gerencial de Salud. Versión 1. Octubre de 2015. (www.sigsa.mspas.gob.gt)

La implementación de ésta nueva estrategia de atención, según los lineamientos citados pretende cubrir a toda la población guatemalteca. Para el reordenamiento territorial propuesto es necesario definir y actualizar la información sobre: “La situación de salud (perfil epidemiológico, determinantes de salud, los riesgos a la salud y la respuesta social organizada); accesibilidad geográfica, poblacional, cultural, idioma, género, económica; articulación de la red de establecimientos de salud por capacidad resolutive y complejidad cuyo elemento crítico es el recurso humano”.

Luego para determinar los sectores y el territorio se propone:

1. “Identificar las comunidades que conformarán cada uno de los sectores y territorios del municipio en el momento de la implementación del reordenamiento y reorganización del primero y segundo nivel de atención.
 2. Identificar cuántos y cuáles sectores conformarán cada uno de los territorios
 3. Establecer las modificaciones necesarias a la Red de Servicios.
 4. Establecer las brechas existentes de infraestructura y equipamiento de Puestos de Salud.
 5. Estimar el recurso humano necesario, para implementar el fortalecimiento y desarrollo a través de los sectores y territorios.
 6. Proponer el cronograma de implementación.
 7. Elaborar el presupuesto de implementación y funcionamiento anual.
 8. Conformar la red articulada de servicios del territorio.
 9. Operativizar el sistema de referencia y contra referencia en el territorio
 10. Establecer las áreas de riesgo y vulnerabilidad a desastres naturales del territorio”
- (MSPAS, octubre de 2015)

El numeral 5, es quizás de todos estos lineamientos el más importante, sumado a la sugerencia de la innovación en la capacitación y selección de personal, antes indicada sobre la observancia de la interculturalidad en salud.

CAPITULO III. LA RELACIÓN COMERCIAL, LABORAL Y CULTURAL EN LA ZONA DE FRONTERA

La inestabilidad laboral que sufre la población rural guatemalteca que vive cerca de la frontera, es la principal motivación para migrar hacia México y Estados Unidos en busca de mejorar las condiciones de vida de las familias.

Los resultados obtenidos en la microrregión Chocabj de Sibinal y en los municipios de Tacaná y Tajumulco indican que los ingresos de las familias son bajos, debido a la falta de empleo permanente en la región guatemalteca. La población entrevistada ubica su ingreso promedio entre Q.300.00 y 900.00 quetzales mensuales. Este monto se presenta en quetzales, considerando el tipo de cambio de \$.2.00 por Q1.00 que es el que normalmente se usa en la zona de frontera, sin considerar las fluctuaciones de la moneda que reportan los bancos.

En Tajumulco y Tacaná hay coincidencia en que los ingresos mayores de Q1, 201.00 los alcanza solamente un 18% ó 19% de la población entrevistada.

Tabla 21. Ingresos Familiares, según datos de la encuesta de Tacaná y Tajumulco

	TACANA			TAJUMULCO	
¿De cuánto es el ingreso familiar?	f	%		f	%
0 a 300	23	24,73%		17	26,15%
301 a 900	38	40,86%		6	9,23%
901 a 1000	9	9,68%		24	36,92%
1001 a 1200	5	5,38%		6	9,23%
Más de 1201	18	19,35%		12	18,46%
Total	93	100,00%		65	100,00%

Al separar los datos por área urbana y rural resulta que, en el área rural, tanto en Tacaná como en Tajumulco, solamente el 3% dice tener ingresos mayores a 1,201.00. En la microrregión Chocabj este porcentaje es de 4%.

Tabla 22. Ingresos familiares de las aldeas de Tacaná y Tajumulco, según datos de la encuesta. Año 2015

¿De cuánto es aproximadamente su ingreso mensual? N=30 MAS DE Q.1,200.00		
Comunidad	Frecuencia	Porcentaje
Aldea Plan Grande Chanjulé (Tacaná)	1	3%
Aldea San Juan Bullaj (Tajumulco)	1	3%
Tacaná, cabecera	17	57%
Tajumulco, cabecera	11	37%
Total	30	100,00%

Al considerar el número de miembros de las familias y los ingresos indicados se comprende mejor la motivación para trasladarse a México o los Estados Unidos, ya que las familias son numerosas. Tajumulco es de los tres municipios, el que indica que más del 50% de familias (35 de las 65 encuestadas) están conformadas hasta por 14 miembros. Estas son familias extendidas, que probablemente encuentran en su composición, una estrategia para compartir gastos y/o unirse para la producción de bienes de diferentes formas.

Es interesante también que en muchos casos las familias numerosas reportan recibir remesas de los Estados Unidos y consideran esto como su único ingreso. Hubo madres jóvenes que indicaron que en ciertas épocas del año viajaban a Cancún para dedicarse a tareas domésticas y lograr un ingreso mucho mayor.

Esto último fue mencionado en Tacaná, especialmente en Checalté, aunque también en la cabecera municipal, en donde se percibe una fuerte migración por trabajo. Entre otras variantes de ésta dinámica laboral hay madres que viajan a Tapachula, desde Tacaná, para trabajar en oficios domésticos, percibiendo salarios de \$ 3,000.00 a \$4,500.00, (pesos mexicanos) lo cual equivale a Q. 1500.00 ó Q.2250.00. En Tajumulco se menciona la remesa de los Estados Unidos como un ingreso importante percibido, según la encuesta, por un 4% de la población entrevistada. También aquí se mencionó el trabajo temporal hacia Cancún en el mes de enero de cada año.

“Media vez dicen en la radio que hay trabajo y se van todos”

“-Entonces ¿en qué meses se van?”

- Todo el tiempo la gente, ahorita si por el corte bajan más pero...

- Hombres por igual, niños, mujeres”

- “Bebecitos, tiernitos están llorando ahí. El martes apenas, nos fuimos a Tapachula y ahí nos fuimos por las fincas, hay mucho sufrir, están llorando los niñitos” (Tacaná, Cheguaté, octubre 2015)

“¿Pero a Cancún a qué van? ¿En qué trabajan?”

- Por ejemplo, algunos que son albañiles, ganan bien

- Y hay trabajos así de hacer limpieza pues, como ellos son gente rica. Pongale una que va a las casas gana \$.1500.00 la quincena. Le pagan en los hoteles a la quincena, donde sea, otra gana hasta 2,000.00 dólares.” (Cheguaté, octubre de 2015)

En una conversación informal con algunos padres de familia en Tajumulco, se indicó que las remesas eran una fuente importante de ingresos y que muchas familias del área se sostenían mediante este recurso económico. Lo cual fue confirmado en los diferentes grupos focales y conversaciones con las personas que visitaron los centros de salud.

En el municipio de Tacaná, al igual que en Tajumulco, hay familias hasta de 15 miembros. Aunque se preguntó sobre el número de personas que dependían del ingreso familiar, las respuestas posteriores sobre el trabajo al que se dedican indica que no solamente una persona trabaja para el sostenimiento de la familia, sino varias, de las cuales algunas viajan hacia México o Estados Unidos, como se ilustró antes, y envían remesas a sus familiares.

Figura 17. Radio Fuente de Vida. Cheguaté. Tacaná



Tabla 23. Número de personas que dependen del ingreso familiar. Tacaná 2015

¿Cuántas personas dependen de ud?	f
1	1
2	2
3	5
4	13
5	18
6	9
7	3
8	13
9	11
10	9
11	3
12	3
13	2
15	1
Total	93

La familia extendida, refleja que en un mismo hogar conviven varios niños que son primos o hermanos, pero también adultos (hermanos/as, cuñados/as) que se hacen cargo de contribuir con el sostenimiento del hogar.

En la tabla siguiente se observa un ejemplo de la composición familiar de una madre de Tacaná que indicó que la familia estaba integrada por 15 miembros. (En este caso los dos hijos y los padres son la familia nuclear).

Tabla 24. Ejemplo de la composición de una familia extendida. Tacaná 2015

Comunidad	Personas que dependen de usted	Hijos	Hijas	Padre	Madre	Otros
Tacaná	15	1	1	1	1	Madre de quien contestó 1 Hermanos 6 Sobrinos 4

Otra variante es la familia nuclear que tiene a su cargo a los padres o suegros de la pareja. Se observa también un buen porcentaje de madres solteras que viven en la casa de los padres. La mayor cantidad de familias reportó que tenía cinco miembros, siendo el promedio siete.

En la microrregión de Chocabj, las remesas no fueron mencionadas, pero existe la probabilidad de que las reciban ya que sus motivaciones y oportunidades de migración no son



Figura 18. Crianza de especies menores. Toniná.



diferentes a las de los otros dos municipios. Aquí lo que se mencionó más fue la migración temporal hacia Chiapas con fines comerciales o laborales, tanto para vender productos como para comprar enseres domésticos y comestibles. Los ingresos de las familias de la micro región de Chocabj, cercanas a Tapachula, además de migrar

temporalmente a las fincas de café en la época de corte, encuentran en el comercio de flores y hortalizas una importante actividad económica. En Toniná se observó además de estas actividades económicas la crianza de especies menores como las cabras y aves de corral.

El movimiento comercial y laboral de todas las áreas de frontera visitadas a través de este estudio: la microrregión de Chocabj en Sibinal, Plan Grande Chanjulé y Cheguaté en Tacaná, y la cabecera de Tajumulco, evidencian un intenso movimiento entre dichas poblaciones y Unión Juárez, Tapachula, Cacahoatan y Motozintla. En San Juan Bullaj este movimiento es mucho menos intenso. Pero lo interesante son las redes sociales, económicas y familiares que el paso constante hacia el otro lado de la frontera ha creado entre mexicanos y guatemaltecos.



Figura 19. Casa típica de Toniná

Así comienza un intercambio cultural en el que las familias van adaptando todas sus actividades a los usos y costumbres de ambos lados. Desde actividades comerciales hasta la búsqueda de educación y salud. En la comunidad de Cheguaté, por ejemplo, se encuentra una familia numerosa, conformada solo de hijas mujeres que han ido formando sus propias familias con hombres mexicanos. Las dos que aún son

solteras, no conocen Guatemala, pero sí Chiapas. Pueden hablar de centros comerciales, de comidas, de lugares e incluso del sistema educativo y de salud de México, el cual han adoptado totalmente. Casos similares se encontraron en Sibinal, específicamente en Yalú.

Por supuesto esta adopción de la cultura mexicana insta a las personas a adquirir esa nacionalidad. Y en términos de conveniencia, tener ambas nacionalidades resulta beneficioso para gozar de las ventajas que otorga un sistema y que le hacen falta al otro. Como la salud y educación.

“Lo que pasa es que el seguro popular nos ayuda mucho por alguna enfermedad, por ejemplo, yo tengo el apéndice, me voy rapidito y ya me operan pues” (Cheguaté, octubre 2015)

“El seguro popular es como el IGSS aquí en Guatemala. El seguro popular aquí en México no se lo dan a cualquiera. Entonces ponle, aquí en México hay gente mexicana que tiene seguro y hay gente que no, entonces cuando ven que la gente tiene seguro popular los manda fuera de Tapachula o a Huistla en un hospital que es más mejor o a Comitán y al que no tiene seguro popular pues ahí no más lo tienen en Motozintla, ya si quieren un servicio más mejor, ya tienen que pagar más pues. Y tiene muchos beneficios el seguro popular pero casi la mayoría de la gente no tiene. Ponle, así como ellos los beneficia bien...” (Cheguaté, octubre de 2016)



“El seguro popular es sorteado, ponle de esos como las ruedas esas que juegan así, ponle que ganas 25, 50 así también el seguro popular hay personas que califican para dos o tres meses y hay personas que califican para el seguro popular hasta para seis, siete u ocho años” (Cheguaté, octubre 2016)

“Bueno la verdad mis hijos tengo cinco que están estudiando en el lado mexicano, lo que pasa es que allá nos ayudan pues, yo no compré cuadernos, lapiceros, mochilas, nada de eso, uniformes” (Cheguaté, octubre de 2016)

“Cuando salen de sexto, salen con papeles mexicanos” (Cheuaté, octubre de 2016)

La compra de alimentos en México también representa un ahorro para quienes viven en áreas cercanas a la frontera:

“...Nosotros lo tenemos allá por tratar de ahorrar. Con siete niños. Un kilo de azúcar se me va casi diario y diez días un bulto de maíz. Si voy a Sibinal a traer un bulto de maíz nos cobra siete quetzales el bus. Ya con esos siete quetzales compras azúcar y aceite... Para México no gastamos pasaje. Viene mañana [su esposo] y un quintal de maíz trae cargado. Me ahorro para comprar tomate, pasta o arroz. Por eso lo hacemos nosotros no porque nos guste ir más allá” (Chocabj, septiembre de 2015)

Sobre el intercambio cultural, comercial y laboral, las encuestas aplicadas en Sibinal, Tajumulco y Tacaná, dan una pauta de la intensidad de la relación sociocultural con México. Como se ve en las siguientes dos tablas, en toda la región investigada el 50% pasa de lado de México a trabajar y el otro 50% aparentemente no, aunque es difícil imaginar que esto no suceda. Sin embargo, la diferencia entre regiones sobre esta movilidad se observa con mayor claridad en la tabla desagregada por comunidad encuestada. En la segunda tabla, las comunidades sombreadas son las que están más cerca de la frontera y las que tienen los porcentajes más altos de movilidad hacia México en busca de satisfactores económicos.

Tabla 25. Migración a México en busca de ingresos económicos. Por municipio, Año 2015

¿Pasa del lado mexicano para obtener ingresos?			
Municipio	Si	No	TOTAL
Sibinal	17	7	24
Tacaná	55	38	93

Tajumulco	19	46	65
TOTAL	91	91	182

Tabla 26. Paso al lado mexicano en busca de ingresos por comunidad estudiada. Año 2015

¿Pasa del lado mexicano para obtener ingresos?			
Comunidad	Si	No	Si (%)
Tacaná cabecera	35	37	49%
Plan G. Chanjulé	20	1	95%
Tajumulco Cabecera	10	37	21%
San Juan Bullaj	9	9	50%
Chocabj	5	1	83%
Tibancuche	2	4	33%
Toniná	4	2	67%
Yalú	6	0	100%

Las fincas y lugares de México y Guatemala a donde se movilizan las personas en busca de empleo según los datos de la encuesta se muestran en la tabla 27.

Tabla 27. Destinos de trabajo mencionados por la población de Tacaná. Año 2015

Destinos de la población de Tacaná en Chiapas- México
Fca. El Edén
Fca. Irlanda
Fca. La Laguna
Fca. San Cristóbal
Fca. Guadalupe
Fca. Hamburgo
Fca. Santa Helena
Rancho Santa Isabel
Motozintla
Cacahoatán
Huistla
Chicomusuelo
Siltepec (Fca. Honduras)
Cantón Historia
Santa Rosa
Tuxtla, Ejido Monte Rey
Comalapa
Mapastepec

Como destinos mencionados para oficios domésticos y mantenimiento de casas grandes, se mencionaron Tapachula y Cancún. Con menor frecuencia se mencionó Carolina del Norte, Estados Unidos.

El comercio, tanto en Tapachula como en Sibinal y Tajumulco, es una actividad económica a la que se dedican cotidianamente las familias. Otros oficios u ocupaciones mencionadas son el de panadero (Huistla) y de Regidor (Siltepec).

En Tajumulco para adquirir sus ingresos un 52% de las personas encuestadas indicó que salía de su pueblo para trabajar y de este porcentaje un 28% dijo moverse hacia México y Estados Unidos. Es decir que los destinos de trabajo no son solamente fuera del país, sino también hacia otros municipios con intenso comercio por su posición de frontera como Malacatán y Sibinal o hacia las fincas ubicadas en Tajumulco como Santa Rita y San Nicolás.

En cuanto a las respuestas obtenidas sobre los meses en los cuales van a trabajar hacia México, algunas indican que trabajan todo el año, otras que van a Tapachula cada fin de semana para

vender en el mercado o que se van desde el mes de agosto para regresar en diciembre o enero. Lo más común, es viajar a las fincas de café, es irse en agosto para regresar en diciembre. Esto significa que son los meses de febrero a julio cuando las familias se mantienen en sus comunidades cosechando productos propios o trabajando para otras personas.

Tabla 28. Destinos de trabajo mencionados por la población de Tajumulco. 2015

Si, ¿hacia dónde se dirige?	f	%
Aldea Boshoncan	1	1.54%
Centro y Taquian Chico	1	1.54%
Chinchicupe a Tajumulco	1	1.54%
Costa, Tapachula a las fincas	1	1.54%
Costa, Guatemala, San Pablo	1	1.54%
Del centro de Tajumulco a Chana	1	1.54%
Estados unidos	4	6.16%
Finca muxbal	1	1.54%
La Estancia	1	1.54%
Malacatán	2	3.08%
Malacatán, San Marcos, Veracruz	1	1.54%
Maria Cecilia, Fca Mataperla y Union Juárez	1	1.54%
Mercado de Tajumulco	1	1.54%
Quetzaltenango, Malacatan, San Pedro	1	1.54%
San Marcos, o donde salga negocio	1	1.54%
San Nicolas, Santa Rita	1	1.54%
San Pedro Sacatepequez	1	1.54%
Santa Rosa, Malacatías	1	1.54%
Sibinal	1	1.54%
Sibinal y Unión Juárez	1	1.54%
Sibinal, Córdoba	1	1.54%
Sibinal, Córdoba y Malacatán	1	1.54%
Tapachul a	1	1.54%
Tapachula	5	7.69%

Villa real	1	1.54%
No sale de tajumulco	31	47.70%
Total	65	100.00%

2.5.2 El impacto de la carencia de servicios de salud a nivel de frontera. Búsqueda de atención en salud.

Figura 21. Puente sobre el Suchiate



hacia la comunidad María Cecilia y se llega a la orilla de río Suchiate, en donde un puente colgante separa Sibinal de Tajumulco para llegar a la comunidad, ubicada dentro de la microrregión Río

Suchiate, zona baja. De acuerdo a lo que refirieron algunos informantes, es una comunidad relativamente joven porque su población originaria, sufrió los embates del conflicto armado interno, entonces tuvo que partir para refugiarse en México. Pero después de los acuerdos de paz, se ha ido poblando nuevamente. De las comunidades visitadas, es la única que no cuenta actualmente con servicios de salud. Al desaparecer los programas de extensión de cobertura dos años atrás, su situación de salud se ha complicado en términos de costos y acceso. En la comunidad se observaron algunas personas (en un porcentaje mínimo) con cierto grado de

Figura 22. Crianza de aves de corral

San Juan Bullaj es una comunidad a la que se accesa por el mismo camino vecinal que conduce hacia la Línea (frontera con México), saliendo de Sibinal. En un entronque se aparta

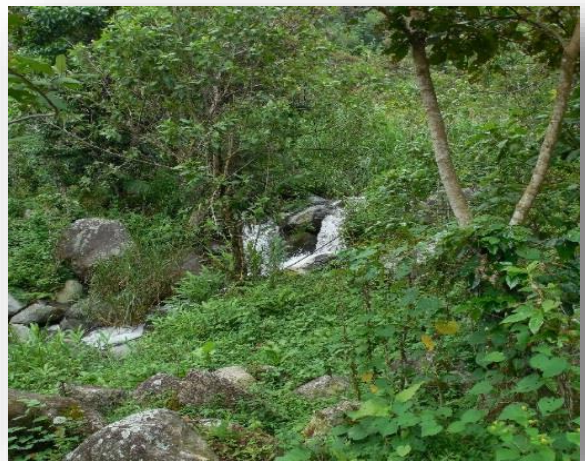


ictericia, así como descamación en los pies y manos en bebés. Además de éste notorio problema en la salud de la población hay un impacto económico relacionado con la adquisición de deudas que pone en riesgo el patrimonio de la familia. Aunque realmente estas experiencias fueron escuchadas en las tres áreas estudiadas.

Figura 23. Tajumulco. San Juan Bullaj
Río Suchiate. Zona Baja.



Figura 24. Nacimiento de agua. San Juan Bullaj



En Tajumulco, San Juan Bullaj y Cheguaté, las emergencias, como la apendicitis aguda, que no pudieron ser atendidas en un servicio de salud por razones de distancia y tiempo, generan situaciones de endeudamiento y pérdida de propiedades cuando la persona se ve obligada a incurrir en préstamos hipotecarios, que posteriormente no pueden sufragar. Se mencionaron montos hasta de Q.20,000.00 en gastos de tratamiento y honorarios médicos por operaciones, además de los gastos de traslado y permanencia en los lugares en donde se atendieron.

2.5.3 Los gastos familiares en la salud

A continuación, se presentan los datos sobre la cantidad de dinero que según las encuestas efectuada en los tres municipios, se gasta en la compra de medicinas así como el tipo de medicamento que se compra con el mismo. Para comprender la forma en que se presentan los datos es necesario conocer cómo se trabajó con las familias en el municipio de Sibinal.

Durante ocho semanas se visitó a seis familias de cada una de las cuatro comunidades que se eligieron para hacer el estudio. Las principales preguntas que se les hacían eran:

¿Tuvo necesidad de comprar alguna medicina en esta semana?

Al responder que sí, se preguntaba ¿qué medicamentos habían comprado?

Luego ¿cuánto les había costado el o los medicamentos comprados?

Solamente cuando daban los datos de las medicinas compradas se les preguntaba si había enfermado algún miembro de la familia para ahondar después en los gastos de bolsillo.

Naturalmente no siempre las personas tuvieron necesidad de comprar medicina y no siempre hubo en la familia alguna persona enferma. Algunas veces no se encontró a las personas que informaban. Por eso en la tabla, en las semanas 2 y 3 hay 21 y 23 familias, respectivamente.

Tabla 29. Número de familias que tuvieron a una o varias personas enfermas durante las 8 semanas de seguimiento. N=24. Microregión Chocabj, 2015.

SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8
Se enfermó alguien en la semana: Si	12	9	7	9	11	17	11	10
Se enfermó alguien en la semana: No	12	12	16	15	13	7	13	14
Total	24	21	23	24	24	24	24	24

El promedio de familias que reportaron a una persona enferma durante las 8 semanas fue de 11 y el promedio de las que indicaron que no tenían a ninguna persona enferma fue de 13.

Tabla 30. Gastos de bolsillo durante las ocho semanas de seguimiento. Microrregion Chocabj. Año 2015

Comunidad	Número de veces que se gastó en medicina	Promedio del gasto durante ocho semanas en Quetzales	Suma del gasto indicado por seis familias durante ocho semanas. En Quetzales
Chocabj	16	Q. 79.22	Q.1267.50
Tibancuche	23	Q. 82.26	Q.1892.00

Toniná	22	Q. 62.07	Q. 1365.75
Yalú	16	Q. 105.09	Q. 1681.50
Total			Q. 6206.75

Las medicinas que las familias entrevistadas tuvieron que comprar pueden clasificarse en: antibióticos, analgésicos, vitaminas y ungüentos. Este tipo de medicamento se compró generalmente en la farmacia.

Dentro de este inventario de medicinas se incluyen las plantas medicinales que mencionaron las y los entrevistados, mismas que no representaron ningún gasto pero que formaron parte de los tratamientos caseros para el alivio de alguna dolencia. En las tablas número 31 y 32 se presentan los medicamentos en los que se invirtió el dinero y que dan la pauta del consumo de medicinas de la población. Las vitaminas por ejemplo son compradas sin receta médica y utilizadas por el efecto energético que causa su consumo. Los medicamentos más mencionados fueron los analgésicos y las vitaminas precisamente. Las familias de Sibinal indicaron varias veces que hay personas que pasan vendiendo la medicina en la casa. A veces las mismas están vencidas y se ha querido engañar a las personas diciéndoles que pueden utilizarlas para hacer negocio con ellas. Esta forma de distribución según el Ministerio de Salud es prohibida, sin embargo, en todo el departamento se observa ventas en las calles y mercados y pasan vendiendo a las casas.

La mayor parte de los medicamentos que se mencionaron, sin embargo, habían sido comprados con receta médica.

Tabla 31. Medicina adquirida por usuarios/as en la micro región Chocabj durante las ocho semanas de seguimiento. Año 2015

Chocabj	Tibancuche	Tonina	Yalú
Buscapina	Aceite de hígado	Acido fólico	Andrews
Diclofenaco	Acetaminofen	Alcanfor	Barmicil
Emulsion de scott	Acetaminofen jarabe	Amoxicilina	Bencil penicilina

Eritromicina	Albendazol	Berbena, durazno, cipres,	Bencil penicilina procaina
Eucalipto, zorrillo, manzanilla	Amoxicilina	Citrato	Bromexina
Flagosil	Amoxicilina y remedio p/tos	Cloranfenicol	Buscapina
Hinojo y ruda	Ballena azul	Combactrim	Hierro vitaminado /naturista
Jarabe antianemico	Borraja	Doloneurotropas	Naproxeno
Suero	Bromexina	Hierba buena con ajo	Pulmo calcio /naturista
Te de hinojo	Bromexina para la tos	Inyecciones de calcio	Sucrassil
Ulpachin (planta medicinal)	Clevium	Llanten, milenrama, apazote	Sudril
Vino de hierro	Diclofenaco y Tabcin	Paracetamol	Suero oral
	Eritromicina	Piroxicam	Tetraciclín
		QG5 POLVO	
		Te de menta, berbena, eucalipto.	

En Tacaná de 93 personas, 32 dijeron que no tenían gastos en medicina porque: tres no habían comprado la medicina, a cinco les regalaron la medicina en el servicio de salud, 23 dijeron que no habían gastado en medicina durante la semana y una no sabía cuánto había gastado. En este municipio reportaron gastos en medicina hasta de Q.3000.00

Tabla 32. Gastos de bolsillo del municipio de Tacaná durante la semana de la encuesta en los servicios de salud.

Gastos en Quetzales	f
0	32
2,5 a 92.00	37
100 a 850	22
1440 a 3000	2
TOTAL	93

Las medicinas que se mencionaron en Tacaná fueron las siguientes:

Tabla 33. Medicina adquirida por usuarios/as durante la semana de la encuesta en Tacaná.

Bromexina, Metronidazol, Amoxicilina, Estomicina, Santamicina, Yodoclorina,	Broncodil, Lazar, Betametazol, Clauvudel, Ampollas bebibles,	Medicina para la leche, Medicina para el desarrollo del cuerpo,
---	--	---

Bismuto Compuesto, Peptobismol, Buscapina, Acetaminofén, Medicina para la hemorragia	Omeprazol, Tinidazol, Ibuprofeno	Axtar, Espontal, Exforge, Diclowell
--	----------------------------------	-------------------------------------

La sumatoria de todos los gastos indicados por las personas de Tacaná fue de Q.12, 219.50. Los gastos más fuertes los hicieron en medicina para la presión y algunos específicos para enfermedades de la próstata.

En Tajumulco los resultados de los gastos de bolsillo en salud fueron los siguientes:

Tabla 34. Gastos de bolsillo del municipio de Tajumulco durante la semana de la encuesta. Año 2015.

Gastos de bolsillo en quetzales. N=65	f
Aún no había comprado	1
No gastó	33
No sabe	2
No responde	1
Q.1,50 a Q. 90	18
Q.126.00 a Q, 1375.00	10
	65

El total de gastos de las personas entrevistadas fue de Q.5,436.50. Las medicinas que mencionaron fueron: Sal de uvas, Alka Seltzer, Tabcin, Calmante, Trimetoprim, Hidrox Gel, medicina natural, Amaprel y calcio.

2.5.4 La movilidad por la búsqueda de servicios

El 75% de las personas entrevistadas, del área estudiada en Sibinal, dijo que pasaba del lado de México para atender su salud. Los datos registrados indican que la cercanía determina la búsqueda de atención hacia ese país. Además de que, los costos de transporte, resultan un beneficio como también la satisfacción en relación a la prestación de servicios de salud. Por estas mismas razones, es notorio que alejarse de la frontera no impide que por lo menos un 33% de la población entrevistada de Tibancuche y Chocabj, que como se ha señalado están un poco más lejos de la línea de frontera, indique que si va a México a curarse o que por lo menos ha ido una vez.

En los casos específicos de Toniná y Yalù en cambio el 100% de las personas entrevistadas indicó que siempre va a México en busca de atención. A Yalù incluso llegan comadronas de Unión Juárez para atender partos a la hora que se les solicite, incluso en la noche.

Ese detalle sobre la atención es muy valorado porque en Yalù, como se ha indicado no hay comadrona. Según las señoras participantes hasta el momento en que se realizó la entrevista, tampoco han tenido emergencias que ameriten sacar a las parturientas de la comunidad porque los partos son generalmente normales.

Pero si ese fuera el caso, Sibinal no representa una opción viable para la atención de una emergencia sobre todo para los pobladores de Yalù, puesto que llevar a la madre hasta allá significaría cargarla, subir una pendiente de casi 90 grados, con un camino en mal estado y además riesgoso. Lo mismo sucede con las emergencias de otro tipo. Prácticamente para ellos, Unión Juárez o cualquiera de las comunidades que se encuentran del lado de Chiapas, son su única opción porque los servicios de salud, del otro lado de la frontera se encuentran aproximadamente a e 3 Kms.

Tabla 35. Búsqueda de atención. Microrregión Chocabj año 2015.

¿Pasa al lado mexicano para atender su salud? N=24

Si 18	No 6
-------	------

Los lugares mencionados por la población de la microrregión Chocabj para la búsqueda de atención en salud fueron Cacahoatan, Unión Juárez, Talkian y Córdoba.

La población entrevistada en Tacaná indicó pasar a México en un 33% para curar su salud y en Tajumulco en un 18%. Como siempre, Tajumulco es que le muestra menor movilidad hacia este país.

Los lugares hacia donde se dirige la población de Tacaná a curar su salud son Comalapa, Chiapas, Rancho Alegre, Motozintla, Huistla, Libertad Frontera, Mazapa de Madero. En Tajumulco se mencionaron Córdoba, Unión Juárez, Talkian, Villa México Motozintla y Obregón. Es importante que en México hay muchos poblados con éste nombre en diferentes regiones del país, pero asumimos que la población referida, está cerca de Tapachula de acuerdo a la consulta en varios mapas de la red.

Figura 25 y 26. Fotografías del Centro de Convergencia en Plan Grande Chanjulé



Las personas entrevistadas de las cuatro comunidades de Sibinal, y de los municipios de Tacaná y Tajumulco indican que acuden a los centros de salud pública para atenderse, tanto del lado mexicano como guatemalteco.

A los guatemaltecos que pasan a México a curarse en los servicios de salud, se les cobra la cantidad de \$20.00 ó \$25.00 mexicanos por consulta, debido a que no cuentan con el seguro

popular. Pero el atractivo principal para los pacientes guatemaltecos, es que los servicios públicos de México, tienen en existencia las medicinas que necesitan, aún cuando las tengan que pagar porque de cualquier manera esto resulta más barato que comprarlas en otras partes o arriesgar tiempo y dinero en una búsqueda inútil.

Se escucha que es frecuente la visita a farmacias similares en donde son atendidos gratuitamente por médicos privados que solamente les cobran la medicina. Razón que hace pensar en que los elevados porcentajes de personas que indicaron buscar al médico privado (como Chocabj y Toniná) se deben a éste beneficio que proveen las farmacias similares, del lado mexicano.

- “Si, aparte es el hospital general o el seguro social donde ahí todos los asegurados tienen que... igual que aquí en Unión Juárez está el centro de salud y que también tiene uno que tener su seguro popular para que así no le cobran a uno nada solo le dan todo, pero ya a uno de Guatemala nos cobran \$.20.00 ó \$40.00 con toda la medicina de una vez, entonces viene uno con su medicina y el día sábado vienen doctores especialistas también, sábado y domingo
- Llegan doctores allá, ¿qué especialidades tienen?
- Si, eso si no sé nunca hemos preguntado. Igual que en Similares en Cacahoatán va un doctor que se llama Alfredo.
- En las farmacias similares ¿hay médico también?
- Tienen sus consultorios particulares, pero el día lunes atienden en Cacahoatán en la tarde, atiende de tres de la tarde a nueve de la noche que yo me imagino que le pagan. Por eso se llaman similares pues porque son similares a las medicinas que venden aunque no tienen todo y el día lunes dan descuentos en similares. Vamos a pagar \$.500.00 que se paga normalmente, pero el día el lunes le pagan \$.250.00 a uno” (Toniná, septiembre de 2015)

Ha quedado claro que la búsqueda de atención para la salud en un país distinto al propio, puede resultar muy conveniente para unos e inconveniente para otros.

Para los pobladores de la microrregión Chocabj en Sibinal, especialmente de las comunidades de Toniná y Yalú y para los de la aldea Cheguaté en Tacaná, que son áreas cercanas a la línea de frontera, es una opción viable y cómoda buscar atención para la salud en México, porque las distancias son cortas y los centros de atención mexicanos, son accesibles en términos de tiempo, dinero, esfuerzo, certeza en cuanto a calidad de atención (según la percepción de las usuarias/os) y suministro de medicina.

Pero en la región del bajo Suchiate, en especial San Juan Bullaj, en Tajumulco y en Plan Grande Chanjulé, ubicadas un poco más lejos de Niquivil y Motozintla, la situación se torna difícil porque las distancias son más largas. En San Juan Bullaj no hay servicios de salud y en Plan Grande Chanjulé solo se cuenta con un centro de convergencia en el que se realiza el monitoreo de crecimiento físico de los niños. Además, se distribuyen complementos alimenticios para las familias que tienen niños con bajo peso o que se encuentran en estado de desnutrición aguda. Los niños que se encuentran en éste estado de salud son trasladados al Centro de Recuperación Nutricional en Tacaná.

No puede afirmarse que el proceso de búsqueda de atención en salud siga un solo patrón de conducta. Así en la aldea Chocabj, por ejemplo, en la microrregión del mismo nombre, las distancias entre Tapachula y Sibinal no limitaron los intentos de encontrar alivio para una familia, que tuvo que reaccionar ante los episodios aparatosos de las enfermedades de sus hijas. En esta comunidad, un poco más alejada de la línea de frontera, hubo un ejemplo de la trayectoria de búsqueda de atención en salud en dos direcciones geográficamente opuestas: Unión Juárez y Sibinal, que incluyeron además la búsqueda de atención de los tres modelos de atención: el modelo médico hegemónico, el modelo alternativo subordinado y el modelo de auto atención. Esto evidencia que la lejanía o cercanía a un centro de salud o al lugar de servicio de un proveedor tradicional, si bien puede ser una barrera importante, puede superarse cuando hay determinación para hacerlo. Es el caso de una madre y una abuela que relatan su experiencia.

“...ya habíamos gastado \$. 5,000.00 pesos y ya no viajé. Ya no estén viajando me dijo, espere la voluntad de Dios, como lo mismo me volvieron a decir esta vez, la niña ya no tiene cura y dijo mi esposo: ya no tengo dinero, ya luchamos con la niña, ahora ¿que hago?

Él desesperado y yo llorando... luego vine aquí y le dije: yo no me voy a quedar con los brazos cruzados. Yo me voy a ir para Sibinal. Lo envolví a la niña y la cargué, la limpié y me fui...”

Antes de tomar esta decisión la madre había ido a Unión Juárez, Cacahoatán y León.

“... Y me sale mejor ir al otro lado porque de aquí caminamos media hora y para Sibinal me lleva una hora y antes casi no había carro. Después me fui para Sibinal con una señora, que ella cura, doña Marina, solo así conozco a la señora que ella es comadrona y curandera. Le dije doña Mari, yo bien desesperada iba porque mi hija... y me dijo: ¿qué tiene tu niña? El vómito y la diarrea y yo me innoqué, o sea, me enojé bastante y le di de mamar a la niña. Lo que tiene son cólicos me dijo. No te preocupes tu niña va a sanar, pone mucha fé. Y entonces le dije: ¡Hay ojalá doña Mari...Llegamos y preparó remedios naturales, así zacates, ¡lo empezó a preparar y le dio de tomar a la niña! Mi esposo dijo: ¡a saber lo va a resistir mi niña, ese purgante! Oremos mucho en Dios, le dije. Sí, es lo único que nos queda me dijo. Bueno tomó la niña el remedio.... Como mi mamá vive en Sibinal, llegué con mi mamá y la niña hizo popó, empezó a mamar, la niña tomó líquidos y la niña sanó” (Chocabj, agosto de 2015)

La señora nunca le preguntó a la curandera qué remedio había utilizado para curar a la niña ni tampoco la enfermedad que tenía. Cuando la niña se enferma de nuevo a los 11 años, acude a un naturista del lado en Tapachula. En ambos casos los padres buscan la ayuda de un terapeuta tradicional, pero alternan su búsqueda con servicios médico hospitalarios y laboratorios.

“Yo le dije a mi esposo: esa niña lo mismo que esa enfermedad que tenía antes, lo mismo se le volvió a repetir. No me dijo él, creo que no es eso. Y yo le dije: bien, es lo mismo. Entonces la llevamos al hospital general de San Marcos. Prmero la llevamos al centro de salud de aquí

(Chocabj), después la llevamos a Sibinal, después la llevé a San Lorenzo y después al hospital general (San Marcos). Después del hospital general lo llevé allá con el Dr. Javier a San Marcos y el Dr. Javier dijo: la niña lo que tiene es derrame. Cuando la niña se enoja por cualquier cosa, se le hinchan los intestinos. En Sibinal el Doctor me dijo la niña tiene hinchados los riñones. Me espanté... ¿Cómo los riñones? Mi esposo la llevó a hacer un ultrasonido allá en Cacahoatan y dice mi esposo: viera que el riñón salió en limpio... y entonces el doctor porque dijo eso. Porque ella se quejaba del dolor en esta parte (señala la parte baja de la espalda) y cuando uno le toca, grita” (Chocabj, agosto de 2015)

Al enfermarse la señorita de 16 años, su abuela paterna, asume la responsabilidad de cuidarla mediante la práctica de la oración con sus hermanos de la Iglesia. Ella relata cómo curó a la joven e indica que su malestar podría haberse causado porque la niña se espantó con algo que vió.

“Con pura oración sanó la niña. Los hermanos [de la iglesia católica] venían a orar en la mañana, en el día y parte de la tarde. Yo le daba cositas frescas, naturalmente y sanó la niña. Pero ella era diferente la enfermedad. Fíjese ella como que vio algo que se le apareció y se enfermó. Ella grita, llora, para allá, para acá. Se negrea. La otra como que se espantó y ya sanó. También estuve en oración por mi niña.” (Chocabj, agosto de 2015)

La familia incurrió en gastos que ascendieron a Q. 10,000.00 en comida, pasajes, tratamientos y análisis. El padre de familia cultiva milpa y también trabaja en Tapachula en el mercado San Juan, con un ingreso diario de 100 pesos, equivalentes a Q.50.00. Al momento de la entrevista el esposo de la señora estaba en Tapachula, tratando de curar a su hija de 11 años con un naturista.

La madre de las niñas, refirió que tenía tres hermanos y una hermana que vivían en Tapachula, lo cual era un apoyo para los momentos en que tenía que viajar para curar la enfermedad de su hija. Los cuatro hermanos tienen nacionalidad mexicana.

Los gastos de medicina química y alternativa que ésta familia tuvo que hacer por sus hijas los lograron cubrir, según ellas, con la venta de verduras en Unión Juárez y en Santo Domingo, Chiapas. La entrevistada refiere que ella gana a veces \$100.00.

Las y los entrevistados de la micro región Chocabj, indican que, al buscar alivio para sus enfermedades en los sistemas de salud de México, no se sienten discriminados, sino más bien acogidos por el sistema.

“En el centro de Salud me dieron medicina para mi hija. Antes no cobraban, ahora cobran 15 pesos y la doctora me dice que la lleva cuando se enferme. México como ayuda. Las señoras cada dos meses reciben su ayuda. Les dan despensa de 2,000.00 pesos”. (Chocabj, agosto de 2015).

Otras necesidades de salud como el control del embarazo y parto, lo atienden en el puesto de salud de Chocabj, en donde hay un enfermero. Antes no había comadrona en la comunidad, pero para la fecha en que se realizó este estudio, habían empezado a atender dos, bastante nuevas en la prestación de este servicio. Cuando hay complicaciones del parto se acude, según las madres de la aldea Chocabj a Sibinal (en donde también hay un sobador o huesero) a San Marcos e Ixchiguan.

En Cheguaté una de las participantes indicó que sus hijos habían nacido por cesárea por lo que visitó el hospital nacional en Tapachula en donde la atendieron como ciudadana mexicana por poseer seguro popular.

Pero realmente, en lo que a la atención del parto se refiere, al menos del lado guatemalteco, no se requiere buscar ayuda fuera de la casa. Muchas madres se atienden solas, con la ayuda de su esposo, madre o suegra.

Yo la verdad si nunca he ido al hospital, yo si todos mis hijos los he tenido en la casa

- ¿Con comadrona?

-No, solo yo y mi marido

- *Solitos*
- *Sí, no me gusta que entren conmigo, no sé cómo explicarle*
- *Yo ya tengo dolor de parto y ya me encerré ahí y cuando el bebé ya está, ya...*
- *Ya salió, o sea su suegra tampoco entra, solo usted y su marido*
- *Si (Cheguaté, octubre de 2015)*

Un dato interesante escuchado en Cheguaté es que cuando se busca a la comadrona del lado de México para atender el parto, ella solo acompaña a la madre al hospital hasta que la atiende un doctor. Del lado guatemalteco en cambio y en ésta misma región, las comadronas si atienden a las madres en sus casas.

Esto puede evidenciar una intervención fuerte del sistema de salud de México en relación a la capacitación de las comadronas y sus sistemas de referencia, en las que ellas probablemente estén dejando su práctica tradicional para convertirse en auxiliares del sistema, trabajando más como vigilantes de la salud materno infantil. Lo cual no es diferente a lo que ocurre en Guatemala. Pero probablemente en México la legislación tendrá mayor influencia en éste sentido.

“Allá las comadronas lo que hacen es que se van contigo al hospital, te van acompañándote, te van a ir a dejar con el doctor” (Checalté, octubre de 2015)

En Yalú, sin embargo, se mencionó que las madres son atendidas por una comadrona de Unión Juárez que llega a sus casas a la hora que se le solicite, porque en la comunidad no hay comadrona. Según las entrevistadas, normalmente en esta comunidad las madres tienen partos normales, son muy raros los casos de complicaciones u otras situaciones que ameriten salir de la comunidad. La variabilidad de las horas a las que ocurren los partos, son las que determinan en buena medida, la búsqueda de atención con la comadrona de Unión Juárez.

La atención de emergencias provocadas por desastres naturales es otro aspecto que se menciona al referirse a la atención médica que presta México. Se menciona por ejemplo, que

para el terremoto, el gobierno mexicano los abasteció de comida y medicinas. Y a las familias que viven en el país, el gobierno les ayuda cada medio año con el equivalente de Q.300.00.

“Con el temblor, México nos dio despensa. Shampoo, leche para los niños, papel de baño. No había paso y nosotros nos quedamos sin maíz. Todo tapado. Fuimos a Talkian el gobierno nos dieron comida. Nos dieron nuestro platón de comida. Había mucha comida”. (Chocabj, agosto de 2015)

Percepción de la calidad de servicio.

Es bien sabido que el suministro de medicinas, es una de las grandes debilidades del sistema de salud de Guatemala. Durante el trabajo de campo se observó claramente este problema, reafirmado por las madres que se quejaron de que tenían dos meses de no tener vacunas, razón por la cual, según ellas, se incrementaron los casos de diarreas e infecciones respiratorias agudas en los niños.

Aunque en opinión del personal de salud, no es ésta la razón de los repuntes de enfermedades respiratorias y diarreicas sino más bien el clima y factores relacionados con la manipulación de alimentos, lo cierto es que sí se observó una crisis de IRAs. Durante las observaciones en los servicios de Tacaná, especialmente, llgaban al Centro de Atención Permanente y al Centro de Recuperación Nutricional, niños menores de un año para ser nebulizados. El personal de enfermería repetía el tratamiento hasta dos o tres veces para cada niño que llegaba con dificultades respiratorias, de manera que las madres y padres de familia, regresaban con los niños en lapsos de una o dos horas aproximadamente.

En el CAP de Tacaná hubo padres que llegaron en horas de la noche (entre nueve ó 10) para nebulizar a sus hijos. Éste servicio es, desde nuestro punto de vista, el que mejor posicionado se encuentra en cuanto a su capacidad de respuesta hacia la población a pesar de que, la existencia de medicina se limita a analgésicos, antibióticos, antiácidos y broncodilatadores, entre otros medicamentos.

“No había vacuna y visitábamos a ver si había vacuna porque dijeron que en esa fecha iba a haber vacuna, pero no” (Cheguaté, octubre de 2015)

“La otra vez habían traído gente ahí y las habían llevado al hospital de Motozintla porque en Las Nubes no hay medicina y mucha gente se queja, siempre he traído... varia gente y siempre dicen que no, entonces se van a Motozintla seguro porque ahí les dan medicina y aquí no” (Cheguaté, octubre de 2015)

Los puntos clave para catalogar un servicio como bueno o malo para los usuarios/as de los servicios, son la existencia de medicina y el trato hacia las personas. Ambas cosas son actualmente dos debilidades importantes del sistema de salud guatemalteco.

- *“En Chocajb, si. Y no dan nada pues. A los niños les dan acetaminofén o pastillas si hay. Y se regresan pues, siempre lo que quieren es que el peso de los niños, que estén puntual con los niños con el peso. Pero si están desnutridos qué les pueden dar. Si están enfermos no hay nada. Si van allá abajo yo sé que allá abajo está la clínica del centro de salud de Unión Juárez y está el DIF y está la clínica de Talkian, que allí lo pueden atender”*

Al comparar, las y los usuarios los servicios de Guatemala con los de México, resulta que el seguro popular ocupa un lugar de importancia, a pesar de que para el guatemalteco es difícil adquirirlo y que al no gozar de sus beneficios tiene que pagar la medicina que consume, así como los análisis de diagnóstico, según lo que refirieron los entrevistados.

Es entonces cuando las relaciones de guatemaltecos con los ciudadanos mexicanos cobra importancia, porque quienes se han casado con alguien del otro lado o tienen familiares nacionalizados allá, consiguen gozar de los beneficios del seguro. Es decir que la oferta mexicana supera en este sentido a la guatemalteca, que solamente goza de un seguro parecido a través del IGSS, pero constituye un “privilegio” para los empleados públicos o de la iniciativa privada, a menos que se hagan pagos voluntarios para ser derecho habientes.

“Si yo tengo una familia ahí, la puedo meter ahí, ya por una enfermedad pues, ya no se paga mucho, más atendidos los hacen” (Checalté, octubre de 2015)

Lo curioso del seguro popular, es que en México ha sido muy criticado por considerar que forma parte de la estrategia de privatización de los servicios de salud. Además, por las políticas de su implementación, se percibe que responde a la ideología neoliberal prevaleciente en Mesoamérica y América Latina.

Probablemente algo de estas críticas se refleja en la opinión y percepción de los usuarios del servicio.

“El seguro popular es como el IGSS aquí en Guatemala. El seguro popular aquí en México no se lo dan a cualquiera. Entonces ponle, aquí en México hay gente mexicana que tiene seguro y hay gente que no, entonces cuando ven que la gente tiene seguro popular los manda fuera de Tapachula o a Huistla en un hospital que es más mejor o a Comitán y al que no tiene seguro popular pues ahí no más lo tienen en Motozintla, ya si quieren un servicio más mejor, ya tienen que pagar más pues. Y tiene muchos beneficios el seguro popular pero casi la mayoría de la gente no tiene. Ponle así como ellos los beneficia bien... también a los niños” (Checalté, Octubre de 2015).

Se han escrito artículos en México, de expertos en el tema, en los que se revelan actos poco transparentes en la administración de éste recurso económico. El punto es que los costos son, para los guatemaltecos, mucho más bajos en México que en Guatemala.

La descripción del funcionamiento y oferta del Seguro Popular en México es resumida así por el gobierno mexicano en su página web:

“El seguro popular es un seguro médico público y voluntario, en el cual las familias no tendrán que preocuparse más por gastar altas cantidades de dinero al necesitar servicios de salud.

A través del Seguro Popular (SP) se atienden 1,440 enfermedades, 95% de las cuales son las mas comunes, asi como, 422 medicamentos del cuadro básico, sin costo.

La Póliza del Seguro Popular cubre entre otros contemplados en el Catálogo Universal de Servicios de Salud Vigente (CAUSES):

- *Estudios de Laboratorio (análisis de sangre, orina y niveles de colesterol)*
- *Rayos X, urgencias, cáncer de mama y cervico-uterino, atención neonatal, consultas, medicamentos, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, ultrasonidos.”¹⁵*

Lo que establece el reglamento del seguro popular es: que se puede afiliarse toda la familia y personas de 18 a 25 años inclusive, solamente si continúan sus estudios superiores. También cubre a discapacitados sin importar la edad, los padres o suegros del titular y personas mayores de 60 años que vivan en el domicilio.

Protege también a familias que tengan al menos un hijo nacido después del 1 de diciembre de 2006 y a las embarazadas para quienes el periodo de afiliación es permanente. Para el resto de la población hay afiliación abierta, acudiendo a los módulos de afiliación y operación que están dentro de los hospitales y centros de salud.

Los requisitos para afiliarse al seguro popular son:

1. *Recabar los documentos requeridos para tramitar el Seguro Popular.*
2. *Acudir al módulo más cercano con la documentación solicitada.*
3. *Con base en los resultados de un estudio socioeconómico, se determinará la cuota anual a pagar por el seguro.*
4. *Si el estudio socioeconómico establece el pago de una cuota, debe realizarse para la prestación del servicio.*

¹⁵ Captado de la página <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=179>

La oferta del seguro popular motiva a la población a participar en sorteos para ganar paquetes de atención. Tal como lo refiere o lo comprende uno de los entrevistados de este estudio:

- *“No, no , eso también uno de hombre también lo puede tener yo porque no, me he dejado querenciar, no he sacado el seguro popular... El seguro popular es sorteado, ponle de esos como las ruedas esas que juegan así, ponle que ganas 25, 50 así también el seguro popular hay personas que califican para dos o tres meses y hay personas que califican para el seguro popular hasta para seis, siete u ocho años.*

- *Yo por un año ya tengo que cambiar ese” (Cheguaté, octubre de 2015)*

2.5.5 Epidemiología socio cultural de la zona

Se realizaron cuatro grupos focales con las madres en los que se indagó sobre la situación general de salud, de acuerdo a las percepciones de la población. En este sentido, los primeros que se mencionan son los niños, como población susceptible de infecciones respiratorias y diarreas. Las madres, especialmente en Yalú consideran que la salud de la mujer es bastante buena porque no han presentado problemas o complicaciones en sus embarazos y partos.

Las enfermedades que se tratan las personas de las cuatro comunidades de la microrregión Chocabj en el lado de Guatemala y México son similares a la morbilidad que reportan los servicios de salud oficiales. Dentro de la población adulta se mencionó la diabetes y afecciones de los huesos que provocan dolores intensos. Las tareas diarias provocan cansancio y debilidad, por lo que es frecuente el uso de vitaminas.

La población de la microrregión de Chocabj, también va a México en busca de alivio para aquellas enfermedades que no se tratan en los servicios de salud pública oficiales, tales como el susto, el empacho, las lombrices. Para el alivio de estas enfermedades en Unión Juárez buscan ayuda con una curandera que utiliza la ruda, ajo, pimienta, hinojo, entre otras.

Figura 27 Planta medicinal: Buscapina

La hoja de esta flor de color blanco, conocida como Buscapina en la región, es utilizada como analgésico y componente de una infusión para aliviar las molestias de la tos.



Para curar el susto se menciona también el uso de vino tinto con polvo de hierro, artículos que se encuentran en algunas farmacias de Unión Juárez.

En Toniná hay un curandero/huesero que se especializa en el tratamiento de torceduras y golpes en los huesos. El tratamiento que utiliza se basa en el uso de hierbas o en la aplicación de lienzos fríos o calientes. También

hay una curandera que utiliza el chuj como tratamiento relajante para la población en general y para la atención post parto. Ambos son esposos y residen en la comunidad. La señora refiere que, por sus viajes a Unión Juárez, ha tenido la oportunidad de extender sus servicios con algunas personas de ésta comunidad.

La situación de la microrregión en cuanto a la cura de las enfermedades que no se tratan en los servicios de salud, es aplicable en Tajumulco y Tacaná en donde se utiliza una terapéutica similar.

Es común escuchar que la hierbabuena por ejemplo se usa para aliviar el malestar estomacal, la pimienta para curar el susto y la buscapina como antiespasmódico y analgésico. Es importante hacer aquí la distinción entre la buscapina en tabletas que se vende en las farmacias y la natural que se encuentra en la región. Ambas con las mismas propiedades farmacológicas.

“Depende, como decía ella hace rato, para la tos... yo le voy a contar lo que yo he consumido y lo he hecho hasta para la gente de allá abajo [Unión Juárez]. Hoy creo que le mandaron a encargarse que le mandara un jarabe a una muchacha y por eso le digo que cada quien ya sabe... que le cae bien, ...yo preparo un té que se llama yantén, milenrama una hojita de buscapina, que es un montecito de florecita blanca que hay en los bordes, un trocito de canela,

una pimienta con un clavito y después le pongo un Tabcin o paracetamol y hago un litro así y eso es bueno para la tos...”

- *“Porque una señora estaba con dolor de cabeza también en Unión, yo voy a limpiar un jardín y ella estaba con dolor de cabeza y pensé que estaba atendiendo a su gente porque es en un restaurante. Que si me llamó ¿Y sabe con qué se le quitó el dolor de cabeza? Con una rodaja de limón y una de tomate y cebolla, lo rodaje todo mire y lo puse así en rodajitas y lo amarré aquí. A esta gente porque tiene restaurante en Tapachula, pero yo le voy a curar como nosotros allá arriba, le dije.*
- *- ¡Ah, tu hacelo me dijo, a como tu puedas! Y ella se quedó así mire, pero ella pues porque tenía dolor de cabeza y nausea también y después me llamó y me dijo: gracias por la consulta gratis y se salió a llamar por teléfono porque ella tragaba pastillas y llamó al Dr. Alfredo y no estaba y con el Dr. Chan y con el Dr. Pablo mandaron a traer pastillas, nada le hizo y de ahí le puse yo con ese limón y con eso se le quitó y entonces digo yo, uno mismo experimenta que sí está bien.*
- *“Nosotros a veces compramos en la farmacia... yo le hago una su vitamina y le traigo betabel, zanahoria y rábano ...”*

La demanda de vitaminas se debe a que las madres tienen que trabajar mucho y sienten que les ayudan a mantenerse bien ante las actividades comerciales y agrícolas a las que muchas de ellas se dedican. La demanda de analgésicos es para calmar dolores musculares y artríticos, estos últimos mencionados con frecuencia sobre todo en la población adulta, probablemente por efecto del clima frío o moderadamente frío que se marca en Toniná, Chocabj y Tibancuche.

Un interés especial de este estudio fue la búsqueda de atención con terapeutas tradicionales en el área de frontera, especialmente de Chimanes y curanderos, cuyas ceremonias buscan curar todas aquéllas enfermedades que no reporta el sistema oficial de salud, pero que son conceptualizadas como tales por la población. Pero se observa reserva en cuanto a la referencia de éstos proveedores, lo cuales han sido criticados por sus prácticas en los últimos tiempos. Pese a esas reservas, la misma curandera de Toniná nos refirió una experiencia.

- *¿Y sobre los chimanes?*
- *Se rien todas*
- *Han venido chimanes, pero no saben adivinar*
- *¿Qué es un chimán?*
- *Dicen pues, pero solo Dios sabe*
- *¿Son adivinadores?*
- *Dicen, pero tal vez solo inventan*
- *Aquí no hay*
- *Gracias a Dios no hay pues, porque ellos engañan a la gente*
- *Han tenido experiencias de esas aquí*
- *Yo si seño, la verdad yo si ya fui, pero es mentira lo que ellos dicen pues. Me enfermé un tiempo, estuve padeciendo como seis años creo, pero ya después de tanto tiempo la gente dice que es una enfermedad natural, bueno saber qué tiene. Ah, pero yo si me enojé y lloré porque dije yo ¿qué estoy haciendo aquí? Porque era mentira lo que hacía. Yo lo vi porque fíjese que un día le dijo a mis cuñados, en cuenta mi cuñado que vive aquí, se enfermó bien feo. Y ese mismo muchacho pues, pero según que él, sanó ahí, pero en la casa de mi suegra, finada mi suegra, vivían hasta allá, pero yo antes había ido allá abajo con ellos.*
- *Era su casita así chiquita mire, por eso lo digo con experiencia y no me avergüenzo Dios se da cuenta que fui. Yo limpiaba la casita y tenía ella unas telas así floreados y le dije yo, préstame voy a secar mis pies. Lavé mis pies esa vez y después los dejé colgados así y al otro día me vine de ahí porque yo lo maltraté a él y me vine, que era mentira lo que él decía y me vine y le dije a mi esposo vámonos para la casa porque yo si le dije, mire cuándo le ha ofrendado a Dios 500 pesos y ahorita lo viene a dejar aquí donde todo es mentira. Y me dijo él, si usted un día se muere, pues no es la primera mujer que se va a morir ni el primer hombre que se va a quedar viudo. Y sus hijos dijo ¿Y si usted se va al barranco? - Pues al barranco me voy a ir, mis hijos no son los primeros que se van a quedar. Vámonos -le dije a mi esposo-. Y cuándo se ha arrodillado usted dos días por orar por mí.*

- *Y que si me enfermé después cuando yo vine aquí, no se me olvida, y después me fueron a traer a él y le dijeron que allí había habido un entierro. Pero yo había dejado dos colores de trapo ahí colgados. Y yo recuerdo bien porque la casa de mi suegra era allá*
- *¿Qué colores había dejado?*
- *Un floreadito y un verde y pasó él y buenos días doña Yoly ¿cómo está?*
- *“Bien, le dije yo y se dio vuelta pue así. Y recuerdo que mi suegra lo invitó a tomar café, ya no entró él, venían otros dos de Tajumulco con él, que dicen que venían ahí y pasó atrás de la casa y se volvió a regresar y después dijo que había un entierro y que mi esposo llevara azadón, fuego y todo eso y lo fueron a arrancar. Y mire cuando sacó así el tanatote así, todavía recuerdo que tenía esa tela y cuando él fue desenrollando codié a mi cuñada porque estaba cerca de mi. ¡Ah eso es mentira le dije yo, si ese trapo yo lo dejé allá abajo! Y dijo él: ¿Cuántos son aquí en la casa? Somos 11 dijo ¿No sienten ustedes una picazón en la noche? Si dijo ella. Mire dijo y lo desenrolló y 11 alfileres traía ese trapo y lo siguió desenrollando y quitó eso y después desenrolló el otro y venía el otro trapo verde que yo lo había dejado colgado allá abajo. Entonces ¿quién lo hizo? Él lo hizo y después entró y dice mi otra cuñada. Pero qué ¿usted estudia la magia dijo? Si dijo. ¿Y cómo lo hace? Mire dijo, este líquido lo voy a convertir en verde y yo recuerdo que era un así blanco. Hizo una su oración por medio de un vidrio y lo hizo recio. Ah cómo no va a poder hacer el entierro si estudia la magia le dije yo. Toda persona que estudia eso, el diablo los tiene, le dije yo. Y entonces me dijo mi cuñado, cállese, me dijo así porque yo le dije que era mentira. Es mentira le dije yo. Yo lo digo con experiencia y conocimiento que eso es pura mentira. Tal vez el que confía ahí, tal vez sana pero yo si no, yo solo confío en Dios. Que él me iba a sanar, que me iba a morir y acaso me morí ... Eso es lo que yo sé de un chimán”.*

CONCLUSIONES

La investigación realizada sobre “Condicionantes para la movilidad transfronteriza en la búsqueda de atención en salud (Guatemala-México)”, refleja que la problemática del Sistema de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, no solo en el área de frontera, sino en general para todo el país, es de carácter estructural, debido a que el presupuesto no se distribuye con equidad y transparencia, tal como se ha demostrado legalmente en el país precisamente en el año de realización de éste estudio. La falta de presupuesto impide la compra de medicamentos y la contratación de personal en base a una planificación acorde a las poblaciones que se atienden. En consecuencia, no existe motivación suficiente de parte del recurso humano para atender adecuadamente.

Los datos de población de los municipios estudiados, comparados con la cantidad de personal en servicio, muestran la incapacidad del Ministerio de cubrir la demanda.

Por eso la población que vive en la frontera busca los servicios de salud de México porque, aunque las autoridades de salud de éste país declaran que también el sistema es deficiente en muchos aspectos, le ofrecen buena medicina y atención a la población que acude a ellos. El costo que el guatemalteco paga por los servicios de salud pública en México es mínimo, considerando que tiene mayor certeza en el alivio y curación de sus enfermedades. Especialmente en el área de Sibinal, los habitantes de la micro región Chocabj hablan de calidad y amabilidad de parte del personal que los atiende, además del ahorro al encontrar existencia de medicinas a un precio razonable.

Los condicionantes de la movilidad en la búsqueda de atención, sin embargo, no son los mismos en todas las regiones. El área rural de Tacaná y Tajumulco que fue visitada: Plan Grande Chanjulé y San Juan Bullaj, se siente discriminada por los servicios de salud pública de México que colinda con Motozintla, porque han sobrepasado la demanda que pueden cubrir, afectando a la población mexicana. Entonces se busca el servicio de salud privado que de cualquier manera queda más cercano que Guatemala. Pero la oferta de servicios también les favorece en tanto que algunos médicos no cobran la consulta. Esta realidad de los sistemas económicos neo liberales prevalencientes en la región, logran estigmatizar los servicios de salud al catalogarlos como deficientes, logrando el cometido de privatizar la salud.

La población de los municipios de Tacaná, Sibinal y Tajumulco, tal como lo indica la literatura, es de bajos recursos económicos, lo cual condiciona sustancialmente sus posibilidades de acceso a la salud. El dato más impactante entre el ingreso de los habitantes y sus gastos de salud y de bolsillo, es la pérdida de propiedades por el endeudamiento en gastos de medicina y atención médica. A este factor se suman otros de orden geográfico que pueden convertirse en una oportunidad, como el caso de Sibinal, o continuar siendo un problema, como el caso de Tajumulco.

Dentro de las propuestas para el mejoramiento del sistema los médicos y enfermeras, solicitan que las instituciones estatales como Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social trabajen articulados para prestar un mejor servicio a la población guatemalteca, especialmente del area rural. Esto es un reto para el sector salud, que en todo caso debe liderar y conducir este proceso con determinacion. En este sentido se menciona una nueva política de territorialización cuya finalidad es atender a poblaciones más pequeñas (entre 2,500 y 5,000 personas) con lo cual se estaría evitando la saturación de los servicios. Se esperaría que la asignación presupuestaria para el MSPAS y los estudios que con esfuerzo se han realizado hasta ahora comenzaran a dar sus frutos en los próximos cuatro años. (2016-2020)

A su vez la situación de frontera demanda que se revitalice el convenio bilateral Guatemala México que establezca los mecanismos para estandarizar los servicios de salud en ambos lados y atender al migrante dignamente, ya que de la misma manera que pasan migrantes guatemaltecos a México, también se registra que hay migrantes mexicanos que pasan a atenderse a Guatemala. Desde el punto de vista de algunos medicos estandarizar protocolos de atención beneficiaría a los pobladores de ambos paises.

Por su parte los comunitarios encuentran en la medicina alterantiva una importante solución a sus problemas de salud, que como queda ilustrado en este documento, utilizan servicios médico hospitalarios junto a la terapéutica ancestral y tradicional, que involucra el conocimiento de las propiedades de las plantas medicinales del entorno junto a la firme

creencia de que el alivio para las enfermedades puede lograrse mediante la fe en Dios y la oración constante y fervorosa, que se fortalece y se hace eficaz al unirse los hermanos de la Iglesia, cualquiera que sea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, A. M. (1990). *Los trabajadores guatemaltecos en México*. Guatemala: se.
- Álvarez, M. S. (2012). Patrimonio biocultural de los pueblos originarios de Chiapas: retos y perspectivas. En A. Á. (coordinadores), *Patrimonio biocultural, saberes y derechos de los pueblos originarios* (págs. 83-92). México: UNICH, CLACSO, PROMEP, INALI. Obtenido de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20121127111932/PatrimonioBiocultural.pdf>
- American Psychological Association. (31 de julio de 2013). *APA Style*. Recuperado el 25 de abril de 2014, de <http://blog.apastyle.org/apastyle/2010/10/order-in-the-reference-list-or-the-case-of-the-maddening-initials.html>
- Angeles C, H. M. (2008). Trabajo y migración femenina en la frontera sur de México. En G. y. Herrera, *Estado Familia, Identidades* (págs. 141-158). Quito: FLACSO.
- Anguiano Téllez, M. E. (2009). Políticas de seguridad fronteriza e itinerarios de movilidad espacial de los trabajadores guatemaltecos en México. En M. A. Corona, *Flujos migratorios en la frontera de Guatemala* (págs. 281-304). México: COLEF, SEGOB, CEM-INM, DGE.
- Anguiano, María E. y Rodolfo Corona (Coord). (2009). *Flujos Migratorios en la frontera Guatemala- México. Colección Migración*. México: Instituto Nacional de Migración.
- Área de Salud de San Marcos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2013). *Sala Situacional 2012 (Documento interno)*. Guatemala: MSPAS.
- Arriola, A. M. (2003). *La religiosidad popular en la frontera sur de México*. México: Plaza y Valdéz.
- Baer, H. ((Sep 1990). Biocultural approaches in medical anthropology: A critical medical anthropology commentary. *A Medical anthropology quarterly, New series., vol. 4* (No. 3), 243-265.
- Barabas, A. M. (2002). Etnoterritorio y espacios rituales en Oaxaca. (C. N. Técnicas, Ed.) *Scripta Ethnologica*, 24, 9-19.
- Becerril-Montekio, Victor; López L. (2011). Los sistemas de salud en Guatemala. *Salud Pública de México*, 53(2), 197-208.
- Blanco, B. (2012). "No me puedo dejar" Negociación y resistencia en el empleo doméstico. Aproximación a la capacidad de agencia de empleadas domésticas guatemaltecas en Tapachula, Chiapas. *Tesis para obtener el grado de maestra en antropología social*. San Cristobal de las Casas, México: CIESAS.
- Bovin, p., & Dauzier, M. (1994). *Las Fronteras del Istmo, fronteras y sociedades en el sur de México y América Central. Prólogo*. México: CEMCA- CIESAS.
- Braudel, F. (1997). *El mediterráneo y el mundo del mediterráneo en la época de Felipe II*. (Vol. I y II). México: FCE.
- Brunet-Jailly, E. (15 de abril de 2015). Teorización de la frontera, fragmentación de los Estados, los conflictos fronterizos y la tecnología. Cd. México.
- Canal Antigua. (10 de 12 de 2014). México y Guatemala trabajan para mejorar la infraestructura aduanera. Guatemala. Obtenido de <http://canalantigua.tv/mexico-y-guatemala-trabajan-para-mejorar-estructura-aduanera/>
- Canales Opass, T. (s.f.). Recuperado el Enero de 2009, de Universidad de Costa Rica: http://www.cimm.ucr.ac.cr/cuadernos/documentos/Normas_APA.pdf
- Canales, A., Vargas, P., & Montiel, I. (2010). Migración y salud en zonas fronterizas: Guatemala y México. *Serie población y desarrollo*. Santiago, Chile: CEPAL- ONU.
- Casillas Ramírez, R. (2009). *Presencias toleradas. Niños y niñas en la frontera sur de México, niñez migrante, trata y explotación infantil en México*. Temas emergentes en la agenda nacional. Foro sobre la niñez migrante y explotación infantil, CNDH, UNICEF, México.
- Casillas, R. (2009). *Presencias Toleradas, niños y niñas en la frontera sur de México. Niñez migrante, trata y explotación infantil en México. Temas emergentes en la Agenda Nacional*. CNDH, UNICEF.
- Castellanos Cambranes, J. (1995). ¿pioneros del desarrollo?. ¿Civilizadores? Consideraciones sobre los neocolonialistas alemanes en Guatemala, 1828-1996. (C. C. Regionales., Ed.) *Publicaciones conmemorativas del XX aniversario*(3), 29.
- Castillo, M. A. (28 de 4 de 2014). Migración centroamericana en México: Situación actual. (El Colegio de México, Entrevistador) <https://www.youtube.com/watch?v=KqPunPdOF-Q&feature=youtu.be>. Programa de Educación Digital/ COLMEX DIGITAL, México.
- Castillo, M. A., Toussaint, M., & Vázquez, M. (2006). *Espacios diversos, historia en común. México, Guatemala y Belice: la construcción de una frontera*. México: Archivo Histórico Diplomático (Secretaría de Relaciones Exteriores).

- CIDH-CONGECOOP. (S/F). *Manual para el monitoreo del presupuesto del Estado*. Guatemala. CIESAS-SURESTE. (2013). *RISAF*.
- COLEF, U. (Dirección). (2014). *Dinámica de movilidad tranfronteriza y migratoria en la frontera sur de México. Módulo I. Manuel A. Castillo* [Película]. México.
- Conferencia Regional sobre Migraciones. (2012). *Conferencia Regional sobre Migraciones*. Recuperado el 16 de abril de 2014, de <http://www.crmsv.org/paises/guatemala/guatemala.htm>
- Cruz Salazar, T. (2009). Mudándose a muchacha. la emergencia de la juventud en indígenas migrantes. En S. Meneses- Navarro, & G. Freyermuth, *De crianzas, jaibas e infecciones. Indígenas del sureste en la migración* (págs. 169-202). México: La Casa Chata.
- De Vos, J. (2010). *Camino del Mayab: cinco incursiones en el pasado de Chiapas*. San Cristobal, Chiapas: CIESAS.
- Diario oficial de la Federación. (25 de mayo de 2011). Ley de Migración. Recuperado el 20 de enero de 2014, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5190774&fecha=25/05/2011.
- Díaz Ortiz, E. (2009). El camino real del Soconusco: Eje de articulación comercial entre la provincia de Oaxaca y la Audiencia de Guatemala en el Siglo XVI. En J. L. A. Attolini, *Caminos y mercados de México* (págs. págs. 241-260). México: Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM.
- Díaz, E. O. (2009). El camino real del Soconusco: Eje de articulación comercial entre la provincia de Oaxaca y la Audiencia de Guatemala en el Siglo XVI. En A. Attolini, & J. Long, *Caminos y mercados de México* (págs. 241-260). México: Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM.
- Fernandez, B. M. (2005). *Movimientos socioterritoriales y movimientos socioespaciales. COntribución teórica para una lectura geográfica de los movimientos sociales*.
- Fernández-Casanueva, C. (enero-marzo 2009). Experiencias de mujeres migrantes que trabajan en bares de la frontera Chiapas-Guatemala. *Papeles de población*, 15(159), 173-192.
- FLACSO. (2003). *Caracterización de los movimientos de población en la frontera Guatemala- México*. Guatemala: FLACSO.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. España: Ediciones la Piqueta.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (sa). *El sujeto y el poder*. Obtenido de Universidad de Arcis: <http://www.philosophia.cl>
- Freyermuth, G., & Manca, C. (2002). *Luna Golpeada. Morir durante la maternidad*. Chiapas, México: se. Gobierno del Estado de Chiapas/Secretaría de Salud. (10 de abril de 2014). *Salud global, el Sida y los migrantes*. Recuperado el 20 de enero de 2014, de Centro Estatal de vigilancia y control de enfermedades: http://salud.edomex.gob.mx/cevece/ent_sidamigrantes.htm
- González Arriaga, V. (2000). *La política Exterior de México hacia Centroamérica 1890-1906*. Morelia, Mich. : Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo.
- González, A. (27 de mayo de 2013). *OEM en línea*. Obtenido de Atiende Ciudad Salud, hasta 40 migrantes por día: <http://www.oem.com.mx/laprensa/notas/n2997263.htm>
- González, V. (2000). *la política Exteriores de México hacia Centroamérica*. México: Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo.
- Guatemala, O.-O. (2012). *Situación del relacionamiento actual de los y las terapeutas indígenas en con Servicios de Salud*. Guatemala: Inédito.
- Guillen, D. (1993). Redimensionando una frontera largamente olvidada. 1973-1993. *Frontera Norte*, 15(30).
- Guillen, D. (Julio-Diciembre de 2003). Redimensionado una frontera largamente olvidada. 1973-1993. *Frontera Norte*, 15(30).
- Gutierrez, M. (2012). San Marcos, Frontera de fuego. En M. Vela, *Guatemala, la infinita historia de las resistencias* (págs. 243-316). Guatemala: Secretaria de la Paz de la Presidencia de la República de Guatemala.
- Halperin, D. (1996). *Salud en la frontera Guatemala- México*. El Colegio de la Frontera Sur.
- Haro, A. (2008). Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances. . Argentina: Editorial Lugar.
- Henández Casanueva, C. G. (2009). Experiencias de mujeres migrantes que trabajan en bares de la frontera Chiapas- Guatemala. (UNFPA, Ed.) *Papeles de Población*, 15(59), 173-192.
- Hernández, E. (23 de Junio de 2014). Atrae Guatemala a turismo Médico. Tapachula, México. Obtenido de <http://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?id=268094&urlredirect=http://www.reforma.com/aplicaciones/articulo/default.aspx?id=268094>
- Hernández, M. (Febrero de 2008). Determinantes Sociales de la Salud y equidad. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 1-2.

- Hernández, R. A. (2012). *Sur profundo. Identidades indígenas en la frontera Chiapas- México*. Mexico: La Casa Chata.
- Hernández, R., & Santos, M. (2004). *La viabilidad prehispánica y colonial (Siglos XV-XVI-XVII), y el poblamiento de la cuenca alta del Río Chama*. Tesis de grado, Universidad de los Andes, Departamento de Historia, Mérida.
- IGSS. (2012). *Instituto Guatemalteco de Seguridad Social/Boletín estadístico de afiliación 2011*. Recuperado el 01 de abril de 2014, de <http://www.igssgt.org/subgerencias/Boletin%20de%20Afiliacion%202011.pdf>
- Instituto de Estudios Críticos/ Editorial Sin Nombre. (s/f). *Bajo el Tacaná: La otra frontera*. México: Editorial Sin Nombre.
- Jodelet, D. (septiembre de 2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y Representaciones Sociales, número 5 (3)*, 32-62.
- Kymlicka, W. (2006). *Fronteras territoriales*. Madrid: Trotta.
- Leyva, R., & Quintino, F. (2009). *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, UNFPA, Cooperación Española.
- Lisbona, M. (2013). Obras, festejos y besamanos en la integración de los chinos en Chiapas: Del proceder histórico a la definición étnica presente. *Tzintzun. Revista de Estudios Históricos*, 58, 129-154.
- Lisbona, M. (2013). Obras, festejos y besamanos en la integración de los chinos en Chiapas: Del proceder histórico a la definición étnica presente. *Revista de Estudios Históricos Tzintzun*, 58, 129-154.
- Llanos-Hernández, L. (2010). El concepto del territorio y la investigación en las Ciencias Sociales. *Agricultura, Sociedad y Desarrollo*, 7(3), 207-220.
- López, Y. (2012). Niños, niñas y adolescentes: Migrantes trabajadores guatemaltecos en la ciudad de Tapachula, Chiapas. *LiminaR*, 10(1), 58-74.
- Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24, 95-117. Recuperado el 25 de 08 de 2010 18:05, de <http://www.jstor.org/stable/2155931>
- Martín-Baró, I. (1999). *Sistema, grupo y poder. Psicología social desde centroamérica Volúmen II*. El Salvador: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.
- Mc Elroy, A. (Septiembre de 1990). Biocultural models in studies of human health an adaptation . *Medical anthropology quarterly, New series*, 4(3), 243-265.
- Médicos del Mundo. (2010). *MARCO DE REFERENCIA SOBRE EL ENFOQUE DE DERECHOS EN SALUD*. Obtenido de Red por la salud: <http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.detalle/id.934>
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. C. (Compilador), *La Antropología Médica en México* (Vol. Tomo I, págs. 97-114). México: Instituto Mora; Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ministerio de Gobernación, Gobierno de Guatemala. (2014). *Dirección General de Migración/ Flujo migratorio por delegación y vpía de acceso del año 2013 del 01 de enero al 31 de diciembre*. Recuperado el 16 de abril de 2014, de <http://www.migracion.gob.gt>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Organización Panamericana de la Salud (MSPAS/OPS). (2011). *Estado de Cuentas Nacionales en salud en Guatemala 2006/2008*.
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2013). *Sistematización de las metodologías de medición del gasto de bolsillo en salud y propuesta metodológica para Chile*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Molina, R., Pinto, M., Henderson, P., & Viera, C. (2000). Gasto y financiamiento en salud: Situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1/2(8), 71-83.
- Morales, A., Acuña, G., & Wing-Ching, K. (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: Colombia y el Ecuador*. Chile: UNFPA.
- OACNUDH. (2008). *Pacto internacional de Derechos Económicos y Sociales*. Obtenido de Alto Comisionado de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Guatemala: <http://www.cc.gob.gt/documentoscc/ddhh/Pactodesc.pdf>
- OACNUDH. (4 de 2010). *Boletín Derechos Humanos No. 19*. Obtenido de El Derecho a la Salud: http://www.ohchr.org.gt/cd_instrumentos/documentos/Boletin_19.pdf
- OMS. (2004). *Guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2014). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/social_determinants/es/

- OPS. (2013). *Anexos: Memoria de cinco diálogos. Sibinal, Tacaná, San José Ojetenam, Ixchiguán y Tajumulco*. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2013). *Lineamientos para la pertinencia cultural y equidad de género de los servicios de salud pública en 5 municipios del Departamento de San Marcos*. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2013). *Situación de la incorporación de la variable étnica en los registros de información en salud*. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud- Representación Guatemala-.
- OPS/PNUD/FAO -ONU-. (2010). *Programa Conjunto: "Reducción de vulnerabilidades para contribuir al desarrollo rural en 5 municipios de las cuencas del Río Coatán y Alto Suchiate del departamento de San Marcos*. Guatemala: Organización panamericana de la Salud/Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo/Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación.
- Osorio, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad: Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: INI-INAH-CIESAS.
- Paredes, V. (2013-2014). *Diario de Campo San Marcos*.
- Peña, E. Y. (2011). *Análisis bioculturales: Alimentación-nutrición y salud-enfermedad*. México: INAH.
- Perticara, M. (2008). *Gasto de bolsillo en salud de los hogares. Seminario internacional Desigualdad Socioeconómica y Derecho a la Salud en América Latina y el Caribe. Una perspectiva internacional*. Santiago. Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Portelli, H. (1973). *Gramsci y el bloque histórico*. México: Siglo XXI.
- Quintana Hernández, F., & Rosales, C. L. (2012). *Mames en Chiapas*. Mexico: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas CDI.
- Quintana, F., & Rosales, C. (2012). *Mames de Chiapas*. México: CDI.
- Reyes, M. A. (1980). El Soconusco y su mexicanidad (Breves consideraciones). *Revista Jurídica*(12), 473-501.
- Reyes, M. A. (1980). El Soconusco y su Mexicanidad (Breves Consideraciones). *Revista Jurídica*, 12, 473-501.
- Rodríguez, E. (2011). *Organización social y cosmovisión mam de las comunidades del volcán Tacaná (S.XXI). El caso de Unión Juárez, Toniná y la Vega del Volcán*. Tesis doctoral. Escuela Nacional de Antropología e Historia, Posgrado en historia y etnohistoria.
- Rodríguez, E. (2011). *Organización social y cosmovisión mam de las comunidades del volcán Tacaná (S.XXI). El caso de Unión Juárez, Toniná y la Vega del Volcán*. Escuela Nacional de Antropología e Historia - ENAH-. Mexico.
- Rodríguez, R. (2011). *Oportunidades, movilidad fronteriza y el desarrollo de una experiencia de complementación productiva e integración social en el litoral del río Uruguay*. Uruguay: OIM- Organización Internacional para las migraciones- .
- Ruiz, L. R. (2006). *EL JCHI'ILTIK Y LA DOMINACIÓN JKAXLAN*. Chiapas: Gobierno del Estado de Chiapas.
- Salud, O. M. (s.f.). *Enfoque de la salud basado en derechos humanos*. Obtenido de OMS: http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf
- Santibáñez, J., & Corona, R. (. (2007). *sobre Migración en la Frontera Guatemala-México, Serie Histórica 2004-2005*. México: COLEF, CONAPO, SEGOB, INM.
- Sosa, M. (2005). *Participación Ciudadana para la democracia y el desarrollo*. Red Jun Po Tijonik, Guatemala.
- Sosa, M. (2012). *¿Cómo entender el territorio?* Guatemala: URL/ Cara parens.
- Torres, A., & M.Knaul, F. (2003). Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. *Caleidoscopio de la salud*, 209-225.
- Toussaint, M. (2009). "Soberanía y límites entre México y Guatemala: actores, estrategias, intereses y geopolítica regional. En ". y. (coords), "Soberanía y límites entre México y Guatemala: actores, estrategias, intereses y geopolítica regional", en Marisa Pérez de Sarmiento *Voces del Viejo Régimen. Representaciones, Sociedad y Gobierno en el México Contemporáneo* (págs. 223-246). México: UMSNH/Instituto Mora.
- Tovar, M. E. (2006). *Los Finqueros extranjeros en el Soconusco en el porfiriato. Serie Histórica UNICACH*. México, Chiapas: COAYTECH.
- UNFPA. (2011). *Estrategias de salud sexual y reproductiva para las poblaciones móviles y migrantes en fronteras de América Latina. Frontera Guatemala-México (inédito)*. Guatemala: United Nation Population Found.
- Vautravers Tosca, G. (2008). *tres enfoques de la migración en Tabasco, México*. UJAT.

Vautravers Tosca, M. (2005). *Estudio comparativo de la frontera Tabasco, México-El Petén, Guatemala*. Mexico: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

WHO. (2014). *WHO Region of the Americas: Guatemala Statics summary (2002- present)*. Recuperado el 11 de abril de 2014, de <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-GTM?lang=en>

Xu, K. (2005). Distribución del gasto en salud y gasto catastrófico. *Discussion Paper*(2).

Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual review of anthropology*(11), 257-285.

Zavala, S. (s.f.). *Guía para la redacción en el estilo APA, 6ta edición*. Biblioteca de la Universidad Metropolitana.

OMS, 1998. Promoción de la Salud: Glosario WHO/HPR/HEP/98.1

Keeley, Brian, 2013 Migración internacional. El lado humano de la globalización. OCDE-UNAM

Zapata Barrero, Ricard. Teoría política de la frontera y la movilidad humana. http://dcpis.upf.edu/~ricard-zapata/~ricard-zapata/art_2.pdf

https://books.google.com.gt/books?id=7d4qAAAAIAAJ&pg=PA118&lpg=PA118&dq=FUNCEDE+DIAGN%C3%93STICOS+MUNICIPALES&source=bl&ots=UUTIAncp-r&sig=Khjz5laEoheVEgnS0_5MdqELYMs&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiMINXs0sXKAhVMJh4KHVzwDo04ChDoAQhLMAk#v=onepage&q=FUNCEDE%20DIAGN%C3%93STICOS%20MUNICIPALES&f=false

https://books.google.com.gt/books?id=BICxAAAAIAAJ&q=CATEGORIA+DISTANCIA&source=gbs_wordcloud_r&cad=4