



**UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA**
Unidad Xochimilco

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

**“DIAGNOSTICO DE SALUD, CLINICA LAK ÑA CLARA,
PALENQUE, CHIAPAS”**

PERIODO: 01 DE FEBRERO DE 2025 AL 31 DE ENERO DE 2026

REPORTE DE SERVICIO SOCIAL

NOMBRE DEL ALUMNO: RODRIGO RESIEG PIÑA TUN

MATRICULA: 2193028190

NOMBRE DEL ASESOR: DR. JOEL HEREDIA CUEVAS

COORDINADOR DE SERVICIO SOCIAL EN CHIAPAS

INDICE

PROCESO DE ADAPTACION AL SERVICIO SOCIAL	3
• INTRODUCCION	3
• PERSONAL	4
• COMUNITARIO.....	8
○ RELACION MÉDICO PACIENTE	8
○ CONCEPTO DE SALUD.....	10
• INSTITUCIONAL.....	12
DIAGNÓSTICO DE SALUD	15
• INTRODUCCIÓN	15
• MARCO TEÓRICO SOBRE EL DERECHO A LA SALUD	16
• DIAGNÓSTICO COMUNITARIO	21
○ DELIMITACION GEOGRÁFICA	21
○ INDICADORES SOCIALES	26
○ INDICADORES ECONÓMICOS.....	51
○ SERVICIOS DE SALUD	54
○ INDICADORES POLITICOS.....	56
○ INIDICADORES CULTURALES	60
• CONCLUSIONES	62
SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD.....	66
• INTRODUCCIÓN	66
• MARCO TEÓRICO DE POLITICAS DE SALUD.....	67
• ACTIVIDADES REALIZADAS CLINICA LAK ÑA CLARA.....	74
• ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS	85
• PERFIL DE MORBILIDAD	86
• CONCLUSIONES	95
ANEXOS.....	97
BIBLIOGRAFÍA.....	98

PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL.

INTRODUCCIÓN

Para comenzar el reporte final de servicio social es prioritario reconocer ¿qué es el servicio social? como definición, según la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA3-2013 el servicio social es “al trabajo de carácter temporal y mediante retribución, que ejecutan y prestan los pasantes en interés de la sociedad y del Estado”. (SSA, 2013)

El Servicio Social en México representa una parte fundamental en la formación del médico. Consiste en un periodo de práctica profesional de primer nivel de atención, que se lleva a cabo tras el año de internado médico, y donde el pasante pone en práctica todos los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante cinco o seis años de carrera universitaria. “El periodo de ocupación de los campos clínicos tiene una duración de doce meses continuos, con adscripción de plazas para iniciar el servicio social el primero de febrero o de agosto de cada año”. (SSA, 2013)

Generalmente, el servicio social se realiza en poblaciones que requieren personal médico o que tienen un acceso limitado a servicios de salud, contribuyendo a la atención y ayuda de la gente de estas comunidades, dependiendo del tipo de plaza asignada. Es importante mencionar que el servicio social sirve como un requisito indispensable y una etapa previa para el trámite de título universitario.

Este Reporte Final de Servicio Social es un requisito para la liberación y el inicio del trámite de titulación en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Este documento, equivalente a una tesis en otras instituciones, describe las experiencias y actividades realizadas como parte del Proyecto Universitario Desarrollo Humano en Chiapas, específicamente en la Clínica Familiar Lak Ña Clara, ubicada en Palenque, Chiapas, durante el periodo comprendido del primero de febrero de 2025 al treinta y uno de enero de 2026.

Actualmente, estoy realizando mi servicio social en la Clínica Familiar Lak Ña Clara en Palenque, Chiapas, uno de los municipios más importantes de la entidad. La historia de la Clínica está ligada al trabajo de las Hermanas Franciscanas. Fue en el año 1996

cuando las hermanas observaron la grave situación de salud que enfrentaban las mujeres y madres, caracterizada por altas tasas de muerte materna y de sus recién nacidos. Las condiciones de salud en las comunidades eran precarias, pues había una carencia de centros de salud, y en muchas ocasiones, los pacientes no podían acceder al hospital. Ante esta realidad, se comenzaron a organizar campañas médicas con la presencia de personal asociado a las hermanas franciscanas de la iglesia católica. Como resultado de este esfuerzo sostenido con diferentes colaboradores, que se abordaran durante este trabajo, la Clínica Familiar Lak Ña Clara inició formalmente sus operaciones en marzo de 2022, con el objetivo de brindar atención integral a la población de Palenque y sus comunidades cercanas.

Este trabajo se dividirá en tres secciones; la primera sección constara de tres apartados, hablando específicamente del proceso de adaptación del servicio social en el ámbito personal, comunitario e institucional; la segunda sección hablará del diagnóstico de salud de la comunidad o municipio; el tercer apartado hablaremos sobre el perfil de morbilidad de la clínica donde realice el servicio social. Todo esto hablando de los datos recabados entre el comienzo del servicio social el día 01 de febrero de 2025 a la finalización el día 31 de enero de 2026.

PERSONAL.

Mi nombre es Rodrigo Resieg Piña Tun, nacido en Ciudad del Carmen, Campeche, pero toda mi niñez y adolescencia transcurrieron en Huimanguillo, Tabasco, donde mis padres, ambos dedicados al magisterio, han trabajado. Mis padres son originarios de distintos municipios de Yucatán. Tengo dos hermanos los cuales son menores y siguen estudiando.

Mi proceso de inicio de servicio social comenzó al concluir mi internado en el Hospital General Regional 220 de Toluca, Estado de México. Recibimos nuestra carta de liberación el 2 de enero de 2025, un requisito para continuar con mi formación como médico y para poder entrar al servicio social. Después, el 16 de enero, la coordinadora de servicio social nos convocó a un curso de inducción. En esta reunión se nos presentaron las diversas plazas disponibles, donde mencionaban tanto la Secretaría de

Salud como las plazas de proyectos universitarios ubicados en la Ciudad de México y fuera de la capital. Las plazas de servicio social dentro de la Secretaría de Salud abarcaban a los crónicos degenerativos y las plazas de salud casa por casa que iban a implementar por primera vez con nuestra generación.

Durante el curso de inducción, me puse a observar cada una de las sedes, viendo los beneficios de cada uno de ellos. La competencia por las plazas de internado, servicio social o residencia es siempre intensa, y factores como el promedio es importante. Mi posición en la lista era prácticamente a la mitad, lo que me daba la posibilidad de elegir una plaza en la Ciudad de México o irme algún proyecto universitario.

Sin embargo, la exposición sobre el proyecto "Desarrollo Humano en Chiapas" fue la que me llamó la atención. Mis razones eran personales. Era la oportunidad de estar más cerca de mi casa. Acercarme a mi familia después de los años de carrera en la Ciudad de México y el internado en Toluca, Palenque queda aproximadamente a 2.30 horas a 3 horas de mi casa, y pensaba en viajar los fines de semana para ver a mi familia.

Dentro de este proyecto, mis opciones se centraban en la Clínica Familiar Lak Ña Clara, en Palenque, Chiapas, y el proyecto "Sanando Heridas", en San Cristóbal de las Casas. Mi elección fue por la clínica en Palenque. Las razones eran totalmente personales: el horario era más accesible y, lo más importante, Palenque se encuentra a unas tres horas de mi casa, una distancia que me permitiría viajar los fines de semana. Además, la plaza incluía un apoyo económico para solventar gastos de vivienda, transporte y alimentación.

Cuando vi la plaza me puse en contacto con el doctor Joel Heredia Cuevas para manifestarle que estaba interesado en la plaza. Tras una conversación telefónica en la que me realizó algunas preguntas, me envió una solicitud que debía llenar y él iba a enviar a la clínica. Posteriormente mi solicitud fue aceptada y tuve una llamada con la directora de la clínica, la licenciada Leida Molina Sibaja, con quien se detalló todas las cuestiones. De esta manera, antes del acto público de asignación, mi lugar fue preasignado. A finales de enero, viajé a la Ciudad de México para el evento oficial y, tal como habíamos acordado, elegí el Proyecto Desarrollo Humano en Chiapas en la Clínica Familiar Lak Ña Clara.

Una semana antes de iniciar, viajé a Palenque para buscar un lugar donde vivir. Encontré un cuarto en la colonia La Primavera, cerca del Colegio de Bachilleres de Chiapas plantel 07. El domingo 2 de febrero de 2025, llegué con mi familia y mis cosas, que incluía un frigobar, una mesa, mi cama y hamacas; todo lo necesario para instalarme.

El lunes 3 de febrero, día que era mi cumpleaños, me presenté a las 9:00 de la mañana para la reunión de inducción. Allí me encontré con dos de mis compañeros, Edwin y Miguel. Donde nos invitaron a desayunar y a las 10:00 comenzó la plática, donde nos detallaron el protocolo de investigación, los horarios, las vacaciones y todas las cuestiones del servicio social. Al terminar, mi familia y yo fuimos a comer para celebrar mi cumpleaños, un momento importante, ya que el año pasado el día de mi cumpleaños tuve guardia durante mi internado.

El 4 de febrero fue mi primer día en la clínica. Me recibieron muy bien que me hizo sentir bienvenido de inmediato. Ese mismo día, mis padres se regresaron a mi casa. El primer día fue bonito, conocí al equipo de la clínica, la enfermera de base, Janipzy; la doctora del turno matutino, Yazmin; la directora, Leida; el químico Manolo; el radiólogo Fabian; la trabajadora social Ofelia; el dentista Evaristo; el jefe de mantenimiento, Carlos; y el doctor del turno vespertino, Jorge. También conocí a la doctora Quetzally, la pasante que iba a salir, quien se quedó unos días más para apoyar en una jornada médica que se llevaría a cabo a mediados de febrero.

Me presentaron las instalaciones: dos consultorios médicos, una sala de curaciones, consultorio dental, y áreas de psicología, nutrición y fisioterapia. En el exterior, se encontraban los módulos de radiología, química y ultrasonido. En general estaba muy contento porque iba a viajar los fines de semana a mi casa en Tabasco para estar y ver a mi familia después de varios años de estar lejos. Creo que fue un cambio importante de pasar de un segundo nivel, lleno de pacientes a un primer nivel un poco más tranquilo en la carga de pacientes, se sintió un cambio con más tranquilidad, con un ritmo de trabajo más lento y estructurado, algo que me permite equilibrar mi vida personal.

No sentí en general un problema o alguna dificultad en la adaptación del servicio social, me parece que, al inicio, sentí un gran apoyo en la clínica, cualquier duda que tenía, me era resuelta, los pacientes que llegaban a la clínica mayormente eran de las colonias de

Palenque, y de sus comunidades cercanas por lo cual la mayoría de ellos hablan el idioma español, solo pocas personas no lo dominaban y el químico Manolo me ayudaba a traducir lo que decían, y hacían más fácil la adaptación. En general por el clima de Palenque no tenía problema, había vivido casi toda mi vida en lugares tropicales con calor, exceptuando el último año que viví en Toluca donde había un frío impresionante. También hablando desde el punto de vista personal, tengo una buena red de apoyo con mi familia y mis padres aun me ayudan económicamente con gastos en el servicio social por lo cual se me facilita la adaptación al servicio social. Cambiar de lugar donde vivo tampoco se me hizo un problema, había vivido en otros lugares. Hablando específicamente donde vivo, tengo un compañero de habitación en el departamento donde vivo, que es estudiante de psicología de segundo año, no tenemos mucha convivencia porque prácticamente solo llego a dormir. Se siente una buena red de apoyo por parte de nuestros coordinadores de servicio social, recuerdo que al comienzo siempre nos preguntaban como nos sentíamos, como nos trataban, etc. En general, pienso que las reuniones mensuales en SADEC tienen mucho valor académico y personal, vemos temas importantes en el ámbito médico, como muerte materna, control prenatal, urgencias obstétricas, uso de ultrasonido, aprendemos historia sobre las comunidades de Chiapas, lenguas distintas al español y vemos temas relacionados al derecho a la salud, también sirven para ver cómo están los pasantes.

Finalmente, una de las barreras que sentí fue el comenzar a utilizar el ultrasonido, durante la carrera y el internado nunca tuvimos algún acercamiento con el uso de este tipo de equipo, por lo cual cuando llegué si fue algo diferente, si sabíamos cómo las enfermedades de base que podíamos observar en el ultrasonido mas no el uso del equipo ni el manejo de este. Por lo cual fue de gran ayuda el curso introductorio del ultrasonido llevado a cabo en una de las reuniones mensuales en SADEC y la bibliografía que fue proporcionada.

COMUNITARIO.

RELACION MÉDICO PACIENTE

La relación médico-paciente es un pilar fundamental que se construye desde el primer encuentro. En lugar de seguir patrones rígidos centrados únicamente en la obtención de datos, la consulta puede transformarse en un testimonio. Cuando un paciente se siente verdaderamente escuchado, la confianza aumenta, facilitando que exprese sus sentimientos y permitiendo al médico ver más allá del problema de salud para comprender también las circunstancias que lo llevaron a ese deterioro. (Charon, 2006).

Para desarrollar una buena medicina narrativa y una sólida relación médico-paciente, es indispensable adquirir habilidades clave como saber oír y escuchar de manera activa, la representación o empatía, y la capacidad de crear una asociación genuina entre los sentimientos del paciente y la perspectiva del médico. Estas competencias son de gran ayuda para mejorar la conexión, la adherencia al tratamiento y, fundamentalmente, para consolar al paciente, quien deja de sentirse solo en su enfermedad y sufrimiento. (Charon, 2006).

A su vez, este enfoque nos proporciona herramientas que van más allá de la simple prescripción de medicamentos. Nos permite entender al paciente, de dar un seguimiento de su enfermedad y aconsejando de mejor forma a mejorar su estilo de vida, alimentación, etc. De este modo, la figura del médico trasciende la de una simple autoridad para convertirse en la de alguien que busca ayudar al paciente de una forma integral, viendo a la persona más allá de la enfermedad (Charon, 2006). La relación médico-paciente va más allá de solo recetar y prescribir medicamentos, ver laboratorios o pedir estudios de imagen; es entender el contexto en el que viven las personas, el cual puede ser un factor de riesgo predisponente para desarrollar enfermedades. A los pacientes que vi en la consulta, desde la infancia les enseñan a comer de cierta forma; por ejemplo, carbohidratos como pozol, tortilla y frijol, que en patologías como la diabetes es difícil restringir, ya que están acostumbrados a ellos. Al final de cuentas, no es porque les guste, sino porque es lo que les alcanza para comer; no es culpa de ellos, sino del sistema por no brindar las oportunidades de consumir carne, pollo, pescado o verduras.

Igualmente, pude observar el difícil acceso que tienen al venir a consulta, pues la mayoría de los pacientes que veo son de comunidades y tienen que viajar entre una y dos horas en colectivo para recibir atención; esta es otra determinante importante de la salud, al igual que el ingreso económico

Este apartado es importante por varias razones, con mi experiencia personal mantener una relación médico-paciente significativa en un hospital de segundo nivel, con una alta demanda que implica atender a 24 pacientes en una consulta de seis horas, se convierte en una tarea a menudo imposible. Conocí a médicos familiares que, en ocasiones, recurrían a lo que llamaban "consulta en modo automático", limitándose a repetir el mismo tratamiento para pacientes subsecuentes.

Esta realidad contrasta fuertemente con la formación que recibimos en la UAM. Durante todo el año de internado, en las sesiones mensuales, abordamos temas relacionados con la medicina narrativa. Estudiamos a autores que defienden que la medicina basada en la experiencia del paciente es tan valiosa como la evidencia científica. Actualmente, en muchas instituciones se ha perdido el valor de la clínica y la semiología; se tiende a solicitar solo laboratorios y estudios de gabinete sin antes haber explorado al paciente.

La UAM nos intentaba inculcar precisamente lo contrario: la importancia de ser clínicos, de escuchar con sinceridad al paciente sin perder los valores humanos que nos deben caracterizar. Ya en la clínica, durante el servicio social, comencé a practicar la medicina sin la supervisión directa de un residente o un médico adscrito. En mi opinión, he logrado establecer una buena conexión con mis pacientes. La mayoría provienen de comunidades rurales o del centro de Palenque, y siempre trato de explicarles detalladamente su padecimiento, realizar una historia clínica completa, una exploración física y semiología adecuadas, así como explicarles los factores de riesgo.

Una de las primeras cosas que pude observar durante mis semanas de estancia en el servicio es que la mayoría de los pacientes que acuden padecen enfermedades crónico-degenerativas. Que habían tenido anteriormente contacto con otros médicos que no explicaban lo que era su enfermedad, que la mayoría del tratamiento es cambiar el estilo de vida durante el resto de esta, no explicaban factores de riesgos, ni beneficios o contras

de tomar o suspender los medicamentos, entonces comencé a ver a mis pacientes y explicarles todo lo que podía durante la consulta.

CONCEPTO DE SALUD

El concepto de salud que nos enseñan en la carrera y nuestra estancia como médicos nos hacen aprendernos de memoria el concepto de la OMS “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).

Es fundamental también mencionar conceptos como comunidad, porque es importante para dar un abordaje al concepto de salud. Comunidad según la OMS “grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado” (Secretaría de Salud, 2024). También el concepto de interculturalidad, la Secretaría de Salud ha establecido concepto de interculturalidad que se ha definido como “el modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido” (Secretaría de Salud, 2024). Se da mucha referencia a estos conceptos porque la salud va más allá de solo la ausencia de enfermedad, sino de un bienestar colectivo y es un bien social en el concepto de comunidad y en el concepto de interculturalidad dan referencia a como los sistemas de salud tienen que ser respetuosos de las costumbres y tradiciones para estas poblaciones.

El concepto de salud en las comunidades rurales o indígenas a menudo trasciende la visión individual para convertirse en salud comunitaria, una perspectiva colectiva influenciada por el sistema de creencias de cada población. En estas comunidades, la enfermedad y sus síntomas se expresan de maneras distintas, dando un lugar al uso de plantas medicinales y a la medicina tradicional.

En este contexto, los promotores de salud desempeñan un papel crucial. Son personas de la misma comunidad, capacitadas por médicos voluntarios (tanto nacionales como extranjeros) para ofrecer atención primaria. Su labor se entrelaza de manera fundamental con la de actores clave de la medicina tradicional, como las parteras, los hueseros y los herbolarios.

Vale la pena reflexionar sobre la adaptación de estos sistemas de salud. La humanidad ha existido por milenios, mucho antes de que llegue la medicina basada en la evidencia científica que conocemos hoy en día. El hecho de que estas prácticas tradicionales hayan permitido la supervivencia y el bienestar de las comunidades a lo largo de tanto tiempo demuestra que poseen un valor y una eficacia que merecen ser reconocidos y respetados.

En el lugar donde realizo mi servicio social, el concepto de salud está claramente definido por la comunidad. Para ellos, la salud es sinónimo de bienestar, lo cual expresan como la capacidad de ir a trabajar sin sentir dolor y encontrarse bien tanto física como mentalmente.

La población identifica las enfermedades de manera muy específica. Con frecuencia, he escuchado que mencionan "infección de garganta", "infección estomacal", "infección de orina", "dengue", "erisipela", "lumbalgia" "el azúcar" (diabetes) y "la presión" (hipertensión).

La mayoría de los pacientes que atiendo tienen acceso a servicios médicos cercanos, ya sea en centros de salud, consultorios anexos a farmacias o consultorios privados. Por esta razón, los pacientes con enfermedades crónicas generalmente ya cuentan con un diagnóstico. Sin embargo, un problema común es la falta de control y seguimiento de sus padecimientos.

Considero que existe un desconocimiento generalizado en la población sobre las enfermedades crónicas e infecciosas. Por ejemplo, muchos pacientes solo toman sus medicamentos cuando se sienten mal y solicitan antibióticos para cualquier tipo de infección, incluso si es de origen viral. Además, muestran una marcada preferencia por las vías de administración intravenosa o intramuscular sobre la vía oral, a pesar de ser

métodos más invasivos. Estas prácticas parecen ser costumbres aprendidas que se transmiten de generación en generación.

Otra experiencia relevante que he observado desde mi llegada a la clínica es que algunos pacientes con diagnósticos de diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica o problemas hepáticos, abandonan sus tratamientos farmacológicos y optan por consumir hierbas o productos naturistas en su lugar.

También he notado que los pacientes tienen la costumbre de solicitar ultrasonido abdominal por cualquier dolor o cólico estomacal. Aunque clínicamente no haya una indicación para realizarlo, insisten con la idea de “para ver si se encuentra algo”.

INSTITUCIONAL.

La Clínica Familiar "Lak Ña Clara" es una asociación que inicio por la iniciativa de las hermanas franciscanas de la Iglesia Católica. El proyecto comenzó desde la llegada de las hermanas a Chiapas.

El primer paso fue la donación del terreno por parte de las propias hermanas, donde actualmente se ubican las instalaciones. Un pilar fundamental en su desarrollo fue Claudia Sierra, una de sus más grandes colaboradoras, quien vinculó el proyecto con diversas licenciaturas e ingenierías de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Gracias a esta colaboración, estudiantes y profesionales de ingeniería, diseño y arquitectura realizaron prácticas en el lugar, llevando a cabo los estudios necesarios para cimentar la construcción en un suelo de tipo barroso (Martell, 2024).

El sueño de la clínica es replicar el modelo de uno de los mejores hospitales de Estados Unidos, ubicado en Santa María, California, donde todos los colaboradores aportan "un granito de arena". Siguiendo con esta ideología, la mayor parte del subsidio de la clínica proviene de donaciones del extranjero y de las aportaciones de las hermanas franciscanas.

Además, la clínica opera su energía de manera híbrida, utilizando energía solar, un generador de energía que funciona en la parte de los contenedores donde está el equipo

de ultrasonido, rayos x y laboratorio que funciona y se mantiene con la energía solar, pero la clínica en general donde se da la consulta y están las oficinas funcionan con energía eléctrica pública, un sistema de captación de aguas pluviales, las cuales no resuelven por completo las necesidades de la clínica las cuales se ayudan del agua pública del municipio y un invernadero.

La clínica está organizada por un equipo multidisciplinario que incluye médicos, un técnico en radiología, un odontólogo, un químico, personal de enfermería, directora de la clínica, asistentes de limpieza, encargados de mantenimiento y un pasante de servicio social. Trabajamos en conjunto para garantizar una atención integral y de calidad para los pacientes.

Ofrecemos nuestros servicios de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 18:00 horas. Los servicios que incluye consulta médica general, odontología, radiología y análisis de laboratorio. De manera externa, contamos con especialidades como traumatología y ortopedia, fisioterapia, psicología, tanatología y nutrición, que se les presta las instalaciones para que realicen sus consultas y en ocasiones se refiere a estos servicios en pacientes que lo requieran.

Las funciones del Medico Pasante de Servicio Social en la Clínica Familiar Lak Ña Clara es dar la consulta externa, que es la actividad principal donde se lleva a cabo la consulta de medicina general a la ciudad de Palenque y sus comunidades; atención de urgencias básicas de baja complejidad, si hay urgencias graves, se refieren a segundo nivel se refieren al Hospital General de Palenque del IMSS Bienestar. Seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, ajustando tratamiento en pacientes, realizando diagnósticos, solicitando estudios de laboratorio de control, explicando factores de riesgo, proponiendo cambios en el estilo de vida que beneficien al paciente; Control de niño sano, se realiza consulta en pacientes lactantes, preescolares, escolares y adolescentes; Se dan consulta a pacientes embarazadas, control prenatal, explicación de riesgos, recomendaciones, tamizajes oportunos e intervenciones oportunas; Se realiza trabajo de planificación familiar, ofreciendo consejería en pacientes en edad reproductiva; realizamos rastreos ultrasonográficos en pacientes que lo requieren, mayormente se realizan rastreos ginecológicos, obstétricos, de hígado y vías biliares y

renal; gestión de insumos básicos y fármacos, en la farmacia se regula el inventario y la fecha de caducidad de medicamentos; se realiza visitas mensuales con sesiones académicas UAM en coordinación con Salud y Desarrollo Comunitario A.C. (SADEC) donde se revisan temas de investigación, académicos y sociales en la población de Chiapas.

La clínica tiene los siguientes programas

- Control prenatal.
- Control de niño sano.
- Control de enfermedades crónicas degenerativas.

La Clínica Familiar Lak Ña Clara cuenta con un programa de jornadas médicas anuales, en el cual colaboran doctores provenientes de distintas partes de Estados Unidos. Durante dos semanas consecutivas, especialistas en medicina familiar, ginecología, obstetricia y pediatría se unen para brindar atención médica a la población de Palenque, Chiapas. La primera semana de las jornadas se enfoca en la atención comunitaria. El equipo se desplaza a diferentes localidades de Palenque para ofrecer consulta externa. Por ejemplo, en la última jornada, que fue en febrero de 2025, se visitaron las comunidades de Agua Blanca Serranía y Arimatea. Posteriormente, durante la segunda semana, la atención se concentra en la clínica. Allí, los médicos extranjeros, con el apoyo de médicos nacionales, continúan brindando consultas generales y de especialidad.

DIAGNÓSTICO DE SALUD

INTRODUCCIÓN

Esta parte del reporte final del servicio social tiene como objetivo principal dar un diagnóstico de salud integral que permita comprender las condiciones de vida específicas de la población y municipio donde se lleva a cabo el servicio social.

Se realizará un análisis de las condiciones de vida de Palenque, Chiapas, de los indicadores principales de la región, tomando en cuenta principalmente el concepto del Derecho a la Salud. En este apartado, se dará un marco teórico sobre el Derecho a la Salud, para dar un contexto, se abordará la definición universal de la salud, hablaremos de los derechos universales, posteriormente de la Constitución Política de México y sus legislaciones, un poco de historia, de cómo se organiza la salud en México. Se hablará posteriormente de la creación de la Secretaría de Salud (SS) y de cómo actualmente el Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar da control a lo que antes hacía la SS. También se hablará del Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales. Por último, en este apartado, se tocarán temas de los determinantes sociales de la salud y la determinación social. En la siguiente sección se hará el diagnóstico comunitario. Aquí se realizará un análisis detallado de las estadísticas a nivel nacional, estatal y municipal. Primero, se hablarán sobre datos fisiográficos generales para una dar una ubicación geográfica del lugar donde se realiza el servicio social, posteriormente hablaremos sobre los indicadores sociales, económicos, políticos y culturales, que predominan en la región, y como los indicadores influyen para la salud de las personas en este municipio. En este también se hablarán de índices de pobreza y datos de morbimortalidad, natalidad, fecundidad, entre otros datos.

Por último, se realizará las conclusiones de los distintos indicadores sociales, económicos, políticos, culturales, tomando en cuenta el marco teórico sobre el derecho a la salud y también hablando sobre marginación, pobreza y el acceso a los servicios de salud.

MARCO TEÓRICO SOBRE EL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud es un derecho fundamental, ya que involucra el bienestar físico, emocional, psicológico, social del individuo, sea hombre o mujer, adultos, niños, adultos mayores, etc. Sin distinción de etnia, origen, raza, religión, ideología o condición económica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da una definición universal de la salud que es: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014)

La OMS menciona en su Constitución que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. La finalidad de esta será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud. Esto mencionado en el artículo primero de su conferencia celebrada en Nueva York en 1946. (OMS,2014)

En este punto hablamos de que el derecho a la salud es un derecho humano como algunos otros, como alimentación adecuada, vivienda digna, condiciones de trabajo seguras, educación libre, entre otras. En relación con la ONU, menciona que el derecho a la salud pertenece dentro de los derechos universales. La OMS tiene diferentes tratados y documentos que favorecen un enfoque basado en derecho a la salud. Esto no habla solo de la definición de salud de la misma organización, sino que es la creación de condiciones sociales, culturales y económicas que de la posibilidad de una vida saludable.

La OMS funge como autoridad sanitaria internacional por excelencia. A través de sus tratados y artículos, establece normas y directrices globales en materia de salud. Su origen está estrechamente ligado al de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), ya que ambas fueron creadas en un periodo histórico similar con el objetivo de abordar asuntos a nivel mundial. Estas organizaciones surgieron como un respaldo para un mundo cada vez más globalizado. Funcionan para proporcionar ayuda, guías y planes estratégicos para alcanzar su meta que ya fue mencionada anteriormente en el texto.

La OMS nos habla del derecho a la salud donde se incluye cuatro elementos que están interconectados entre sí, y que los estados-gobiernos deben de tener como prioridad para ofrecer a su población o alcanzar la meta establecida. (OMS, 2022).

- Disponibilidad: hace énfasis en la necesidad de contar con un número suficiente de médicos, establecimientos, medicamentos, recursos y servicios de salud para la población. (OMS, 2022).
- Accesibilidad: Requiere que los médicos, establecimientos, medicamentos, recursos y servicios de salud sean accesibles para las personas. “la accesibilidad tiene cuatro conceptos: no discriminación, accesibilidad física, económica y de información” (OMS, 2022). En este punto nos habla mayormente de dificultades geográficas, físicas y económicas. Por ejemplo, la inaccesibilidad de carreteras y caminos para llegar a centros de referencia; económica, por ejemplo, si no tienen recursos para movilizarse o para llevar a un paciente a consulta; física, por ejemplo, una discapacidad.
- Aceptabilidad: se refiere “al respeto de la ética médica y a lo que resulta apropiado desde punto de vista cultural o de género”. (OMS, 2022).
- Calidad: entra dentro la cobertura sanitaria universal donde los servicios deben de ser seguros, eficaces, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados y eficientes. (OMS, 2022)

El marco legal de nuestro país, México, reconoce en el artículo 4.º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho humano que toda persona tiene a la protección de la salud. Dicho artículo dispone que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es importante mencionar este artículo porque establece que la salud es un derecho universal en nuestro país, mencionado en la Constitución de 1917. (Secretaría de Salud, 2024).

Para seguir ahondando en el tema, es importante mencionar que en el año 1984 se publicó la Ley General de Salud, la cual regula el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en México. Como contexto histórico, también se menciona que en

1996 se celebró el 'Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud'. (Secretaría de Salud, 2024).

El marco legal de la salud se fundamenta principalmente en la Ley General de Salud, promulgada en 1984. Esta ley, desde sus primeros artículos, reglamenta el derecho fundamental a la protección de la salud. El artículo segundo de la Ley General de Salud define los objetivos y finalidades de este derecho, mientras que el resto del ordenamiento contextualiza y rige el panorama de la salud en el país. (Secretaría de Salud, 2024).

Un componente central de este marco es el Sistema Nacional de Salud, el cual está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública (tanto federal como local) y por los sectores social y privado que prestan servicios de salud. El objetivo principal del Sistema Nacional de Salud es dar cumplimiento efectivo al derecho a la protección de la salud. La coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud. Como se estableció en la ley de 1987 que reformó la administración pública, sus funciones principales incluyen definir y conducir la política nacional en materia de salud, en apego a la legislación vigente y a lo dispuesto por el Ejecutivo Federal, así como coordinar los programas de servicios de salud. (Secretaría de Salud, 2024).

En 2023 se firmó un acuerdo histórico donde se logró federalizar el sistema que había sido descentralizado en 1996, denominándose Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR). Actualmente, este organismo pasó a asumir la responsabilidad sobre el sistema nacional de salud en su carácter de coordinador, implementador y ejecutor de programas en todo el país, funciones que anteriormente eran de la Secretaría de Salud. (Secretaría de Salud, 2024).

Hablaremos sobre el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (PIDESC). Este fue adoptado y abierto a firma y ratificación por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 03 de enero de 1976, casi diez años después. Este tratado nos habla sobre la declaración universal de los derechos humanos reconocidos internacionalmente para garantizar protección de los derechos económicos, sociales y culturales de todas las personas. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966)

Se profundizará en los artículos mencionados en este pacto. El artículo 1 hace énfasis en el derecho de los pueblos a la libre determinación; es decir, tienen libertad para establecer su condición política y procurar su propio desarrollo económico, social y cultural. Asimismo, se estipula que no se podrá privar a un pueblo de sus propios medios de subsistencia. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966)

El artículo 2 establece que los estados se comprometen a adoptar medidas, hasta el máximo de los recursos disponibles, para lograr progresivamente la plena efectividad de estos derechos. Esta disposición debe aplicarse sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. A su vez, el artículo 3 garantiza la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en el goce de todos los derechos estipulados en el pacto. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966)

Posteriormente, el pacto detalla una amplia variedad de derechos fundamentales, tales como el derecho al trabajo (art. 6), el derecho a condiciones de trabajo justas (art. 7), los derechos sindicales (art. 8), el derecho a la seguridad social (art. 9), la protección de la familia (art. 10), el derecho a un nivel de vida adecuado (art. 11), el derecho a la salud (art. 12), el derecho a la educación (arts. 13 y 14) y el derecho a la cultura (art. 15). Finalmente, el tratado aborda los mecanismos de supervisión. Los artículos 16 al 22 están dedicados específicamente a los procedimientos de informes, con el fin de verificar el cumplimiento del pacto. Por último, los artículos 26 a 31 corresponden a las cláusulas finales, las cuales son disposiciones sobre cómo los estados pueden ratificar el pacto. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966)

Se abordarán los determinantes sociales de la salud, que como definición “son las condiciones en las que la población nace, crece, vive, trabaja y muere, y los sistemas utilizados para combatir la enfermedad”, estos determinantes sociales son la causa fundamental de las grandes inequidades sanitarias observadas en poblaciones de diferentes países. Un ejemplo de esto es la tendencia del sector salud a concentrar la infraestructura y los médicos especialistas en las grandes ciudades metropolitanas, donde reside la mayor parte de la población. Como consecuencia, las ciudades más pequeñas experimentan deficiencias que afectan directamente a sus habitantes. Estas

son, en esencia, desigualdades que deben abordarse. Uno de los determinantes estructurales clave es la distribución desigual del poder y los recursos, lo que crea disparidades en los ingresos, el acceso a bienes y servicios y, finalmente, en la esperanza de vida. En este panorama también influyen factores globales como la economía y la globalización. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [CDSS], 2008)

Hablando específicamente de nuestro país, existen diferencias sanitarias o que responden a un gradiente social: cuanto más baja es la situación económica o los ingresos, peor es la oportunidad de tener acceso a salud de calidad o, como mínimo, a la atención clínica. Esto también es consecuencia de los últimos años de gobiernos ineficientes, políticas públicas erróneas, programas sociales insuficientes, endeudamiento económico y una defectuosa acción gubernamental. (CDSS, 2008)

Otro determinante social en salud son las condiciones vividas durante la infancia, especialmente los primeros años de vida; aquí se determinan las oportunidades de vida y los accesos a servicios de salud que ayudarán en toda la vida a tener la posibilidad de ir al médico y tener fácil acceso a vacunación oportuna. La vivienda y la urbanización también son determinantes, ya que para una vida saludable es necesario el acceso a vivienda de calidad y agua potable; muchas personas migran a ciudades más pobladas por esta misma razón. El trabajo digno es otro punto del que hablar, ya que se necesita un empleo seguro que no implique riesgos para el trabajador. (CDSS, 2008)

Finalmente, un punto a tratar es específicamente el sistema de atención sanitaria es un determinante en sí mismo: como ya se mencionaba, el sector salud se ha centralizado en ciudades grandes, dejando a las poblaciones pequeñas y comunidades rurales con un acceso deficiente o nulo a los servicios de salud. (CDSS, 2008)

La determinación social de la salud, como definición es “que el proceso salud enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico, y las especificaciones sanitarias, tanto individuales como grupales, deben ser analizadas en el contexto social que las determina”. Aquí nos habla de una relación entre lo biológico y lo social, una estructura jerárquica donde lo biológico incluye lo social mediante procesos de producción y reproducción social. La determinación social establece que la inequidad

social es el resultado de las desigualdades sociales en las relaciones de poder y dominación social. Se reconoce el vínculo entre la política y la salud, en este punto también se habla de que como los grupos con menos poder político, económico y social, desafían el poder económico de las clases gobernantes. Este desafío cambia el equilibrio de poder en la sociedad y, como resultado, permite transformar y mejorar la calidad de vida de las personas. (Morales-Borrero et al., 2013)

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

Estado de Chiapas

El estado de Chiapas, una entidad de los Estados Unidos Mexicanos se ubica entre los paralelos 14°32' y 17°59' de latitud norte y los meridianos 90°22' y 94°14' de longitud oeste. Limita al norte con Tabasco, al este con la República de Guatemala, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con los estados de Oaxaca y Veracruz. Con su extensión territorial de 73,311 km² Chiapas es el octavo estado más grande de México, representa el 3.7% de la superficie de México. (Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica, 2025).

El estado de Chiapas se divide en 15 regiones socioeconómicas más importantes las cuales son: región Metropolitana, Valles Zoque, Mezcalapa, De Los Llanos, Altos Tsotsil Tseltal, Frailesca, De Los Bosques, Norte, Istmo costa, Soconusco, Sierra Mariscal, Selva Lacandona, Maya, Tulijá Tseltal Chol y Meseta Comiteco Tojolabal. La entidad está conformada por 125 municipios. (CEIEG, 2025). En el último censo por parte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en el año 2020, el estado de Chiapas tiene una población de 5,543,828. La población reside en 21157 localidades, y se distribuye de la siguiente manera, localidades menores de 2500 habitantes vive el 50.86% de la población, y en las de más de 2500 habitantes viven el 49.14 % de la población restante. Por el tamaño de población las principales ciudades son: la capital, Tuxtla Gutiérrez, Tapachula, San Cristóbal de las Casas, Comitán, Chiapa de Corzo, Palenque, Cintalapa, Ocosingo, Ocozocoautla y Tonalá. (CEIEG, 2025)

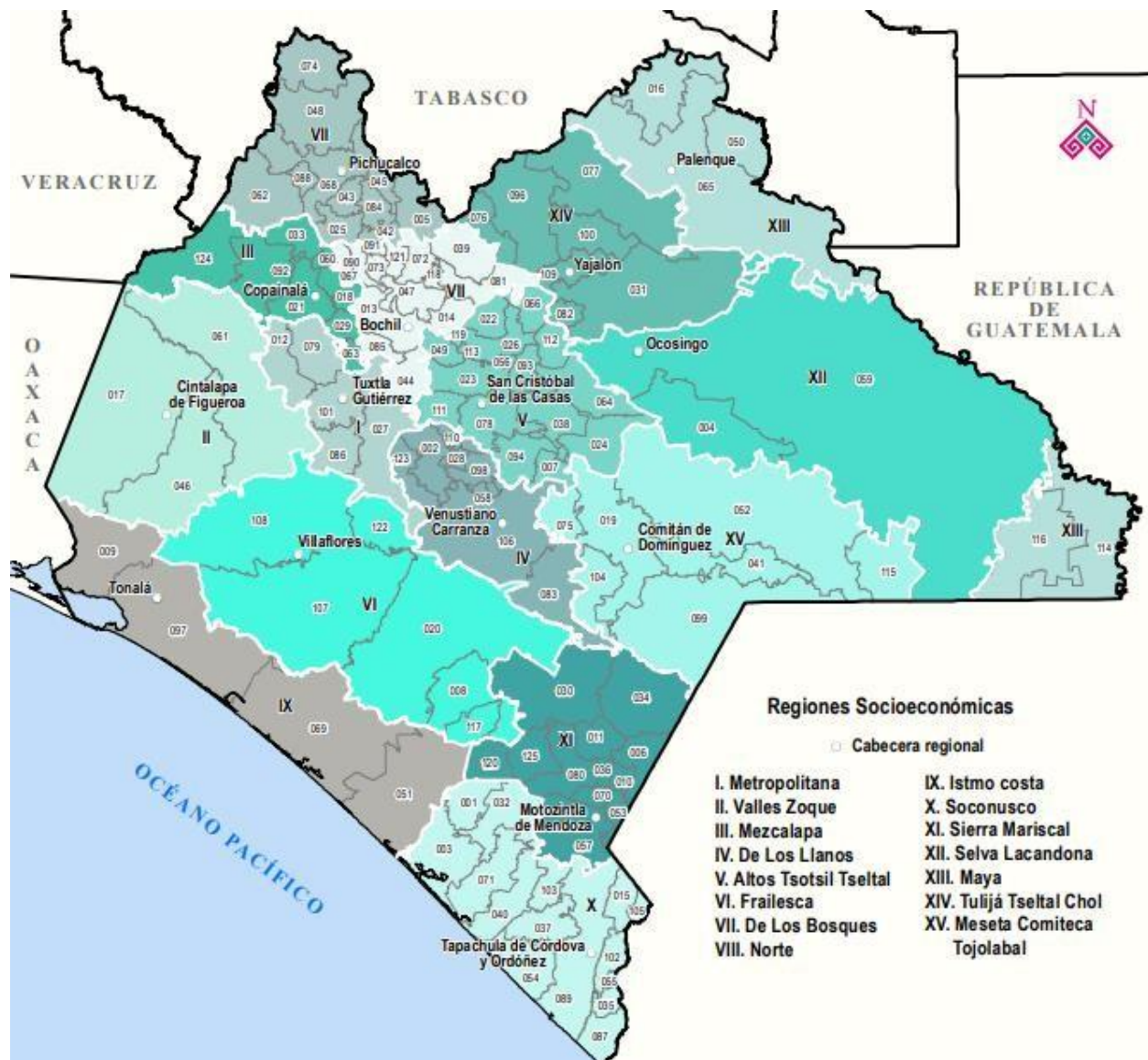


Imagen 1. Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica (Chiapas). En la imagen observamos la entidad de Chiapas y sus regiones socioeconómicas.

Chiapas tiene una diversidad de formas de relieve, clasificadas en siete regiones: Llanura Costera del Pacifico, Sierra Madre de Chiapas, Depresión Central, Altiplano Central, Montañas del Norte, Montañas del Oriente y la Llanura Costera del Golfo. Igualmente, su clima se presenta en dos grupos: Los cálido-húmedo y los templado-húmedo. Se ubican en dos regiones hidrológicas para el país las cuales son la región del Grijalva Usumacinta, de los ríos más importantes del país y la Costa de Chiapas. (CEIEG, 2025)

En cuanto a vías de acceso, el estado de Chiapas cuenta con una red de carreteras de 23,451 kilómetros de longitud total. Esta se desglosa en 7,445 kilómetros de carretera

pavimentada, 14,937 kilómetros de carretera revestida, 1,011 kilómetros de caminos de terracería y 59 kilómetros de brechas mejoradas. Adicionalmente, la longitud de la red carretera federal de cuota es de 232 kilómetros. (Secretaría de Comunicaciones y Transporte, (SCT), 2025)

El transporte terrestre es la vía de acceso principal para la movilidad de pasajeros y mercancías en Chiapas. Entre las principales carreteras se encuentran:

- Autopista n.º 145D (Ocozocoautla, Chis. - Las Choapas, Ver.)
- Carretera Federal n.º 190 (Cintalapa, Chis. - Tapanatepec, Oax.)
- Carretera Federal n.º 200 (Arriaga, Chis. - Tapanatepec, Oax.)
- Carretera Federal n.º 186 (Villahermosa, Tab. - Escárcega, Camp.)
- Carretera Federal n.º 199 (Catazajá - Palenque - Ocosingo)

En la actualidad, se han implementado nuevas vías de transporte con los megaproyectos federales recientes. Destaca el Corredor Interoceánico del Istmo de Tehuantepec, con dos líneas principales: la Línea FA, que va desde Coatzacoalcos, Veracruz, hasta Palenque, Chiapas, pasando por lugares estratégicos de los estados mencionados y de Tabasco; y la Línea K, de Ixtepec a Puerto Chiapas, que actualmente está en rehabilitación. Otra de las mega obras de los gobiernos recientes es el Tren Maya, que conecta y articula la zona norte de Chiapas con la Península de Yucatán. (SCT, 2025)

En lo referente a la conectividad aérea, Chiapas cuenta con tres aeropuertos internacionales. El Aeropuerto Internacional de Tuxtla Gutiérrez es el más grande y con mayor tráfico del estado; le sigue el Aeropuerto Internacional de Tapachula, el segundo más importante por la cantidad de afluencia que recibe; y, por último, el Aeropuerto Internacional de Palenque. (SCT, 2025)

Finalmente, respecto a la conectividad marítima, el puerto más importante actualmente es Puerto Chiapas, cercano a Tapachula. Este puerto recibe comercio internacional e importaciones del extranjero y, en el futuro, tendrá una conexión importante con el Corredor Interoceánico. (SCT, 2025)

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2024, realizada por el INEGI, el estado de

Chiapas presenta las siguientes cifras en materia de comunicaciones: Se registraron 1,221,674 usuarios de computadora. En cuanto a la conectividad 3,374,958 personas son usuarias de internet, lo que representa el 64.9% de la población estatal. Finalmente, los usuarios de telefonía móvil suman 3,248,943, equivalentes al 62.5% de la población. Estos datos sitúan a Chiapas como la entidad con la menor penetración de usuarios de internet y de telefonía móvil a nivel nacional.

Municipio de Palenque

Palenque es uno de los municipios que conforman la entidad federativa de Chiapas y pertenece a la Región Socioeconómica XIII MAYA. Su superficie total es de 2,886.85 km², lo que representa el 3.87% del territorio estatal. La cabecera municipal se ubica a 60 metros sobre el nivel del mar, en las coordenadas geográficas 17°30'33" de latitud norte y 91°58'56" de longitud oeste. (CEIEG, 2025)

El territorio municipal colinda al norte con el estado de Tabasco y el municipio de Catazajá; al este, nuevamente con Tabasco, el municipio de La Libertad y la República de Guatemala; al sur, con los municipios de Ocosingo y Chilón; y finalmente, al oeste, con Salto de Agua. (CEIEG, 2025) En cuanto a sus características fluviales, el clima predominante en el municipio es cálido húmedo, presentando lluvias durante todo el año. Hidrológicamente, el municipio se encuentra dentro de las cuencas R. Grijalva - La Concordia (a través de las subcuencas R. Usumacinta, R. Chacaláh y R. Chacamax) y R. Grijalva - Villahermosa (abarcando las subcuencas R. Usumacinta, R. Chacaláh, R. Chacamax, R. Tulijá, R. Chilapa y R. Bascá). (CEIEG, 2025)

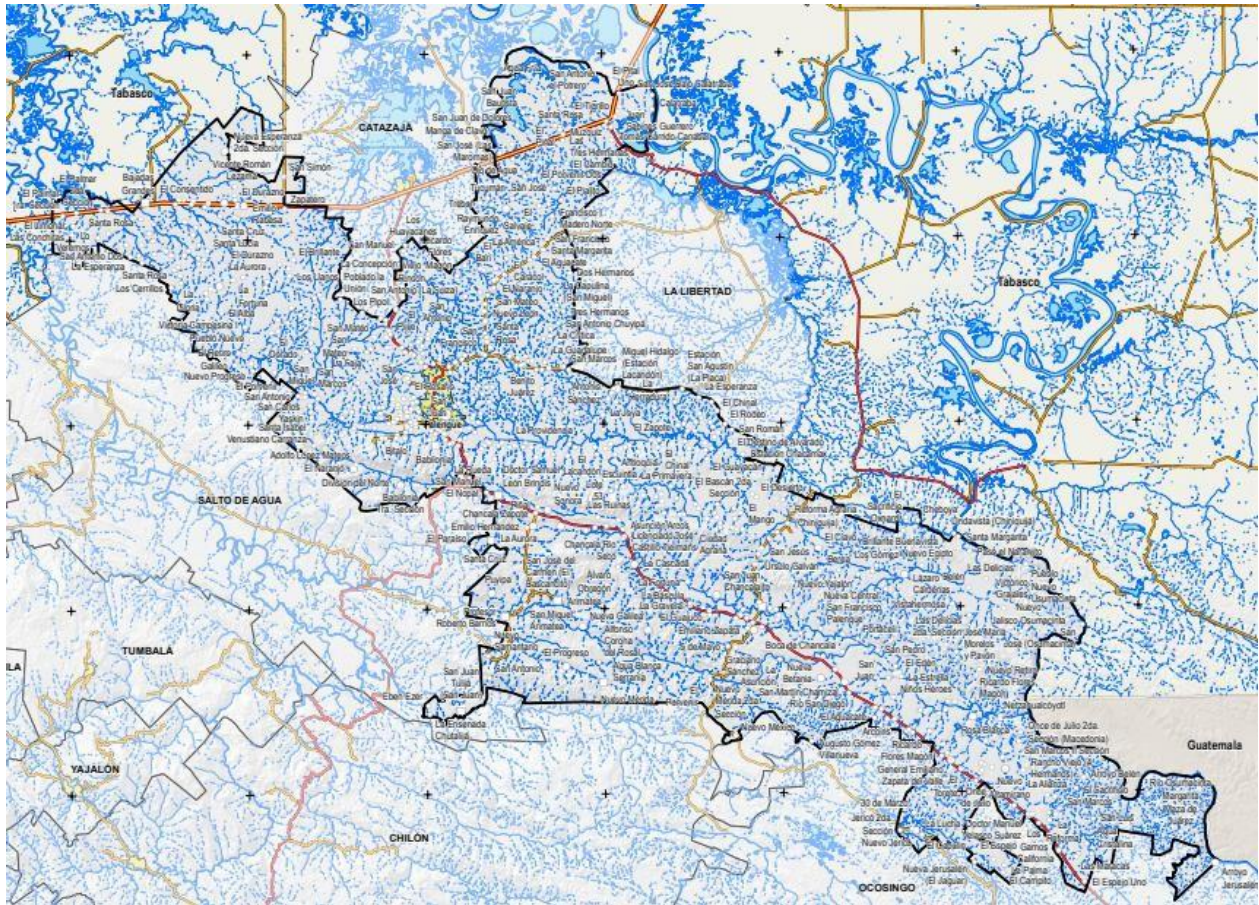


Imagen 2. Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica (Chiapas). En la imagen vemos al municipio de Palenque, Chiapas, su delimitación geográfica y sus regiones hídricas.

Demográficamente, Palenque se compone de 683 localidades. La población se distribuye de manera que el 60.84% habita en 682 localidades rurales (con menos de 2,500 habitantes), mientras que el 39.16% restante se concentra en una sola localidad urbana (la cabecera municipal), que tiene entre 50,000 y 99,999 habitantes. (CEIEG, 2025)

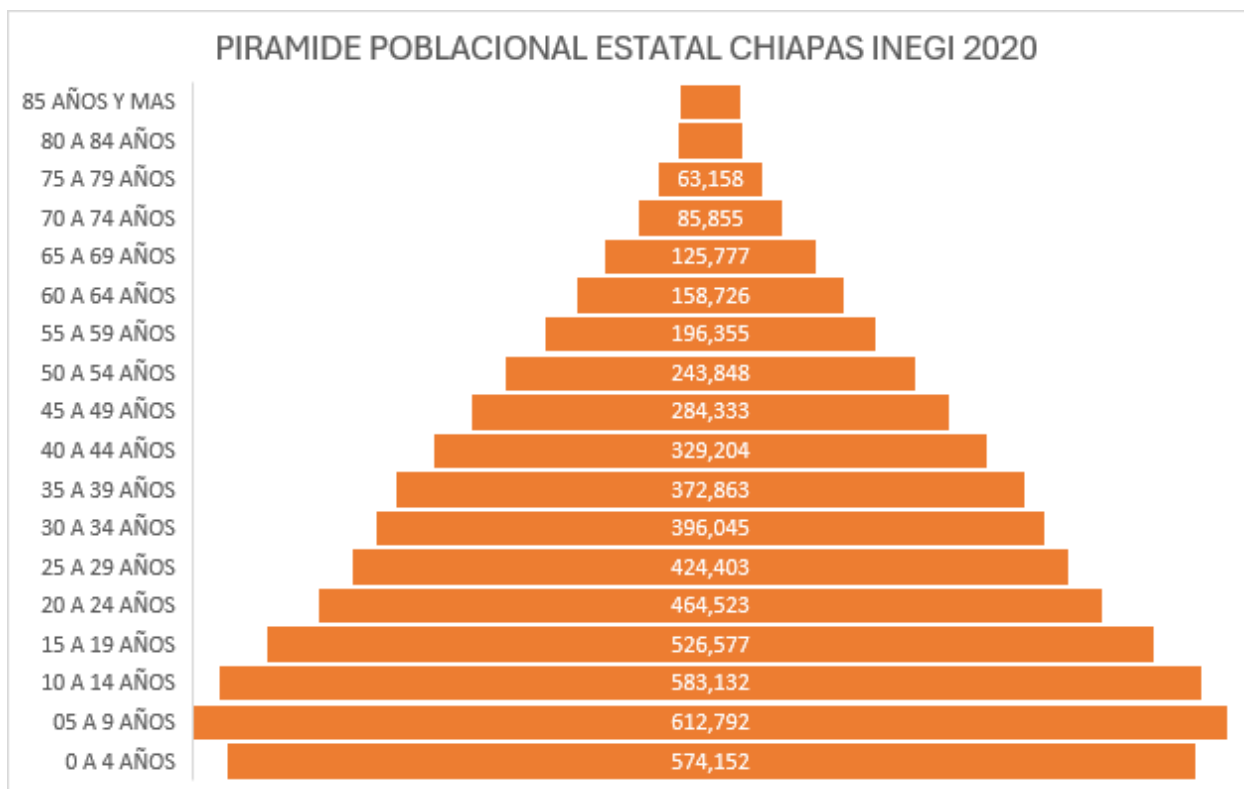
Las principales rutas de acceso al municipio son por la carretera federal 186 (Villahermosa-Escárcega), es la vía principal que conecta con Villahermosa, Tabasco que esta aproximadamente a 2 horas de distancia. Hacia el este, conecta con Escárcega, Campeche, siendo la ruta que conecta con la Península de Yucatán. Carretera federal 199 (Catazajá-Palenque-Ocosingo), esta ruta principal conecta la región de la selva con la zona altos de Chiapas. (SCT, 2025)

Como se mencionó anteriormente en movilidad aérea está el Aeropuerto Internacional de Palenque, que recibe principalmente vuelos nacionales y tiene un aeropuerto alterno, que es el Aeropuerto Internacional de Villahermosa, Tabasco, es la principal alternativa de alta frecuencia, por su cercanía con destinos nacionales e internacionales. En el transporte ferroviario se mencionó igualmente el tren maya y el tren interoceánico como principal movimiento de pasajeros y carga. Transporte local, principalmente la movilidad del municipio y hacia las localidades y sitios turísticos cercanos se basa en gran medida en un sistema de transporte colectivo, incluyendo taxis y combis colectivos.

INDICADORES SOCIALES

Demografía

Como se mencionó anteriormente en el último censo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en el año 2020, el estado de Chiapas tiene una población de 5,543,828, de la cual el municipio de Palenque tiene una población de 132,265 habitantes de los cuales el 50.8% (67,189) son mujeres y el 49.2% (65,076) son hombres. La población de

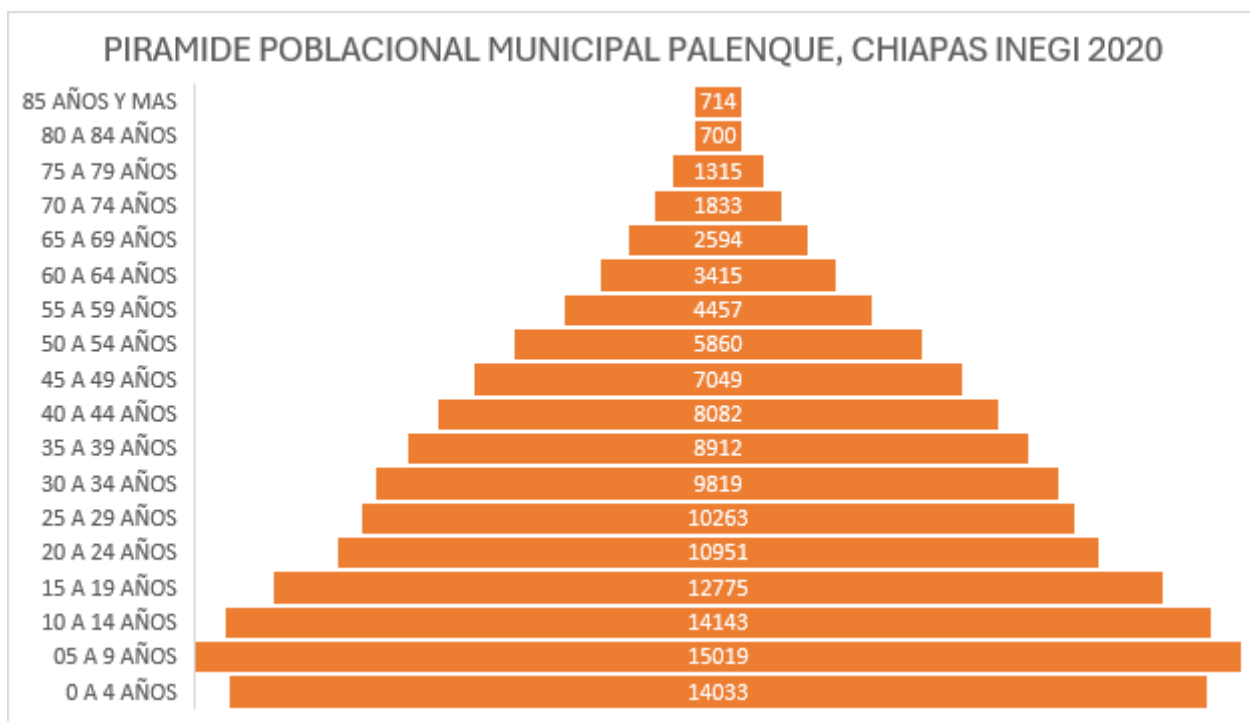


Gráfica 1. Fuente INEGI 2020. En esta gráfica observamos la pirámide poblacional general del Estado de Chiapas divididos por grupo etarios.

Chiapas está dividida por grupo etario según el censo del INEGI 2020, la pirámide poblacional es de forma progresiva, es decir, una población joven y también es indicador de una entidad en vías de desarrollo, la población en la que se concentra las personas es de los 0 a los 44 años.

La pirámide poblacional del municipio de Palenque, Chiapas, nos muestra una estructura más progresiva en comparación con la pirámide poblacional del estado de Chiapas. Esta forma demográfica es particular de una población con una alta natalidad y un crecimiento poblacional sostenido, lo cual nos dice un indicador de que el municipio se encuentra en vías de desarrollo.

La población joven entre 0 a 44 años constituye la mayor parte de los habitantes sumando un total de 103,997 personas. Esta proporción da al municipio una sólida fuerza laboral para el futuro y confirma el crecimiento sostenido que tiene la región. No obstante, el municipio enfrenta una constante demanda de servicios públicos esenciales, como salud, educación, vivienda, empleo, entre otras. En contraste, la población envejecida es minoritaria, sumando 7,156 habitantes. Este reducido número de habitantes con edad envejecida da menor presión social, a pensiones y demandas de servicios especializados

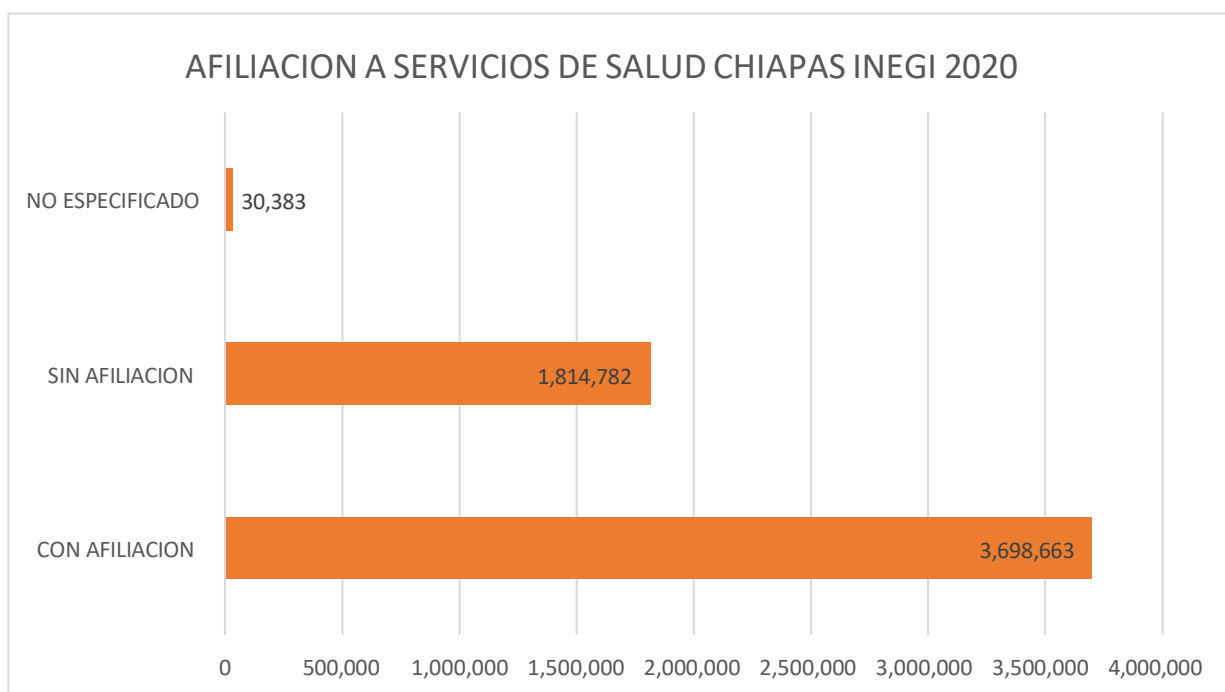


Gráfica 2. Fuente INEGI 2020. En esta gráfica observamos la pirámide poblacional general del municipio de Palenque divididos por grupo etarios.

de adultos de la tercera edad. Finalmente, la población de Palenque es joven, lo que representa oportunidad para crecimiento económico, aunado a la gran inversión que se dieron en los últimos años en el municipio.

Afiliación a servicios de salud

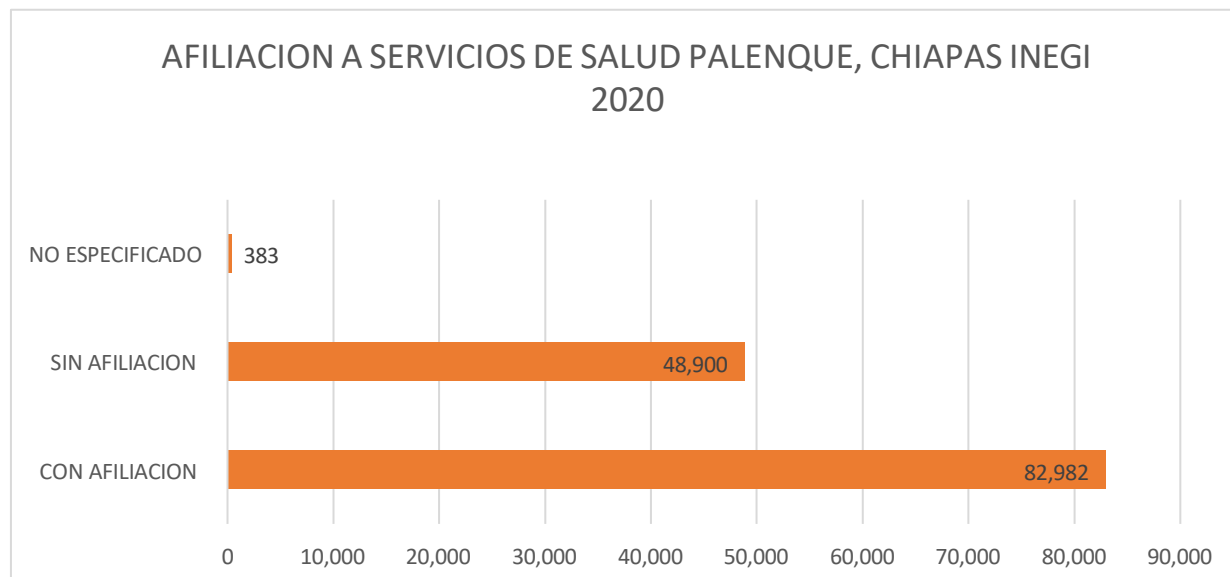
La población del estado de Chiapas es un total de 5,543,828 habitantes de los cuales 3,698,663 personas están afiliadas algún tipo de seguro de servicios de salud, es decir, que el 66.7% de la población del estado de Chiapas tiene seguro, ya sea, por parte de IMSS ordinario, ISSSTE, ISSTECH, PEMEX, entre otras. Las personas que no tienen seguro son 1,814,782 es decir un 32.7% de la población no tienen seguro por parte de alguna institución y las personas restantes no especificaron en la encuesta INEGI 2020.



Gráfica 3. Fuente INEGI 2020. En esta gráfica se menciona la población de Chiapas con algún servicio de salud y personas sin afiliación a servicios de salud.

En relación con la población del municipio de Palenque, Chiapas son un total de 131,934 según la encuesta de INEGI 2020, de los cuales 82,982 personas son derechohabientes en algún tipo de institución de salud (IMSS ordinario, ISSSTE, ISSTECH, PEMEX, entre otras), es decir, un 62.8% de las personas del municipio. El 37% de las personas del municipio de Palenque no tienen afiliación a alguna institución de salud, es decir, 48,900

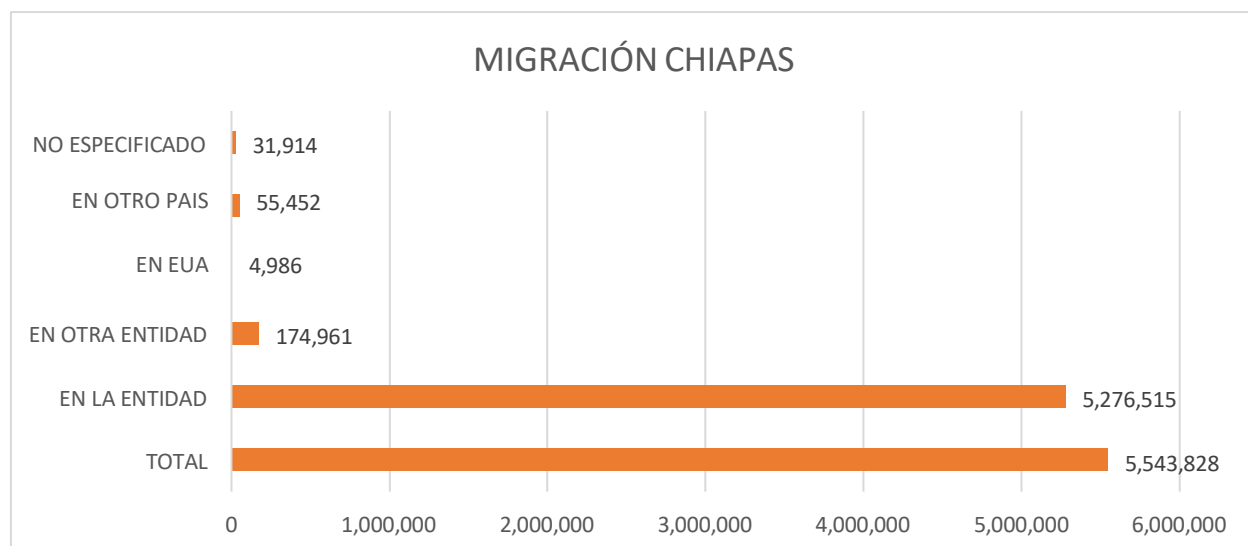
personas. Las personas restantes respondieron en la encuesta no especificado. En resumen, más de un tercio de las personas del municipio no tienen seguridad social lo que representa un reto para subsanar esas necesidades sanitarias.



Gráfica 4. Fuente INEGI 2020. En esta gráfica se menciona la población de Palenque con algún servicio de salud y personas sin afiliación a servicios de salud.

Migración

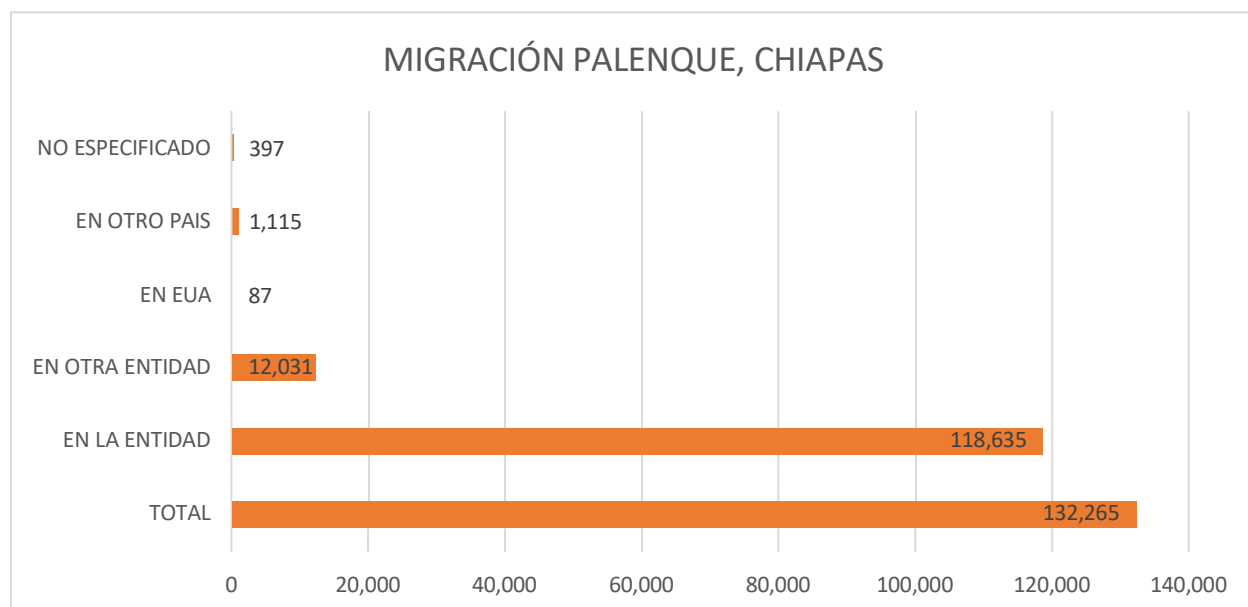
Con los datos de la encuesta INEGI 2020, en la entidad 5,276,515 personas nativas de Chiapas aún radican en el estado, es decir, 95% de la población. Mientras 174,961 (3%) personas originarias de Chiapas radican en otro estado del país. 55,452 (1%) personas



Gráfica 5. Fuente INEGI 2020. En esta grafica vemos la migración de Chiapas, cuantas personas están en su entidad de origen, las que se fueron a otra entidad, en otro país o que están en Estados Unidos.

originarias del estado radican en otro país. Específicamente en Estados Unidos viven 4,986 personas originarias de Chiapas.

Con los datos de la encuesta INEGI 2020, en el municipio 118,635 personas nativas de Palenque, Chiapas aún radican en el estado, es decir, 90% de la población. Mientras 12,031 (9%) personas originarias de Palenque radican en otro estado del país. 1,115 (0.01%) personas originarias del municipio radican en otro país. Específicamente en Estados Unidos viven 87 personas originarias de Palenque, Chiapas.



Gráfica 6. Fuente INEGI 2020. En esta grafica vemos la migración de Palenque, cuantas personas están en su entidad de origen, las que se fueron a otra entidad, en otro país o que están en Estados Unidos.

Natalidad

Los datos de la población total estimada a la mitad del año se tomaron con proyecciones poblacionales del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Se utilizaron estadísticas de población a mitad de año por municipio en el estado de Chiapas. En el año 2020, en la última encuesta del INEGI fue de 5,543,828 personas y hubo en el estado de Chiapas 98,098 nacidos vivos en el año dando una Tasa Bruta de Natalidad de 17.69 nacimientos por cada 1000 habitantes mencionado en el Tabla 1. En el año 2021, la población total estimada a la mitad del año fue de 5,785,553 y 146,298 nacimientos vivos, la Tasa Bruta de Natalidad fue de 25.29 nacimientos por cada 1000 habitantes. En el 2022, la Tasa Bruta de Natalidad fue de 25.85 nacimientos por cada 1000 habitantes en el estado de

Chiapas. En el 2023, la Tasa Bruta de Natalidad fue de 25.21 nacimientos por cada 1000 habitantes en la entidad y finalmente en el año 2024 hubo una Tasa Bruta de Natalidad de 22.02 nacimientos por cada 1000 habitantes.

CHIAPAS			
AÑO	POBLACION TOTALESTIMADAALAMITADDELAÑO	NACIMIENTOSENELAÑO	TASABRUTADENATALIDAD
2020	5,543,828	98,098	17.69
2021	5,785,553	146,298	25.29
2022	5,862,882	151,564	25.85
2023	5,946,352	149,935	25.21
2024	6,028,154	132,758	22.02
Tasa Bruta de Natalidad = (Número total de nacimientos vivos en un año/ Poblacion total a la mitad del año) x 1000			

Tabla 1. Fuente INEGI, Proyecciones poblacionales CONAPO (2020-2070). En esta tabla observamos la tasa bruta de natalidad del estado de Chiapas en los últimos 5 años desde 2020 a 2024.

Los datos de la población total estimada a la mitad del año se tomaron con proyecciones poblacionales del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Se utilizaron estadísticas de población a mitad de año por municipio, específicamente en Palenque, Chiapas. En las proyecciones por municipio en las estadísticas de la CONAPO en el 2020 la población estimada a la mitad del año fue de 136,642 y hubo en el municipio 2,363 nacidos vivos en el año dando una Tasa Bruta de Natalidad de 17.29 nacimientos por cada 1000 habitantes mencionado en el Tabla 2. En el año 2021, la población total estimada a la mitad del año fue de 138,942 y 3,622 nacimientos vivos, la Tasa Bruta de Natalidad fue de 26.07 nacimientos por cada 1000 habitantes. En el 2022, la Tasa Bruta de Natalidad fue de 27.89 nacimientos por cada 1000 habitantes en el estado de Chiapas. En el 2023, la Tasa Bruta de Natalidad fue de 24.39 nacimientos por cada 1000 habitantes en la entidad y finalmente en el año 2024 hubo una Tasa Bruta de Natalidad de 22.34 nacimientos por cada 1000 habitantes. Son similares la Tasa Bruta de Natalidad en el estado de Chiapas y en el municipio de Palenque.

PALENQUE, CHIAPAS			
AÑO	POBLACION TOTALESTIMADAALAMITADDELAÑO	NACIMIENTOSENELAÑO	TASABRUTADENATALIDAD
2020	136642	2,362	17.29
2021	138942	3,622	26.07
2022	141418	3,944	27.89
2023	144065	3,514	24.39
2024	146672	3,277	22.34
Tasa Bruta de Natalidad = (Número total de nacimientos vivos en un año/ Poblacion total a la mitad del año) x 1000			

Tabla 2. Fuente INEGI, Proyecciones poblacionales CONAPO (2020-2070). En esta tabla observamos la tasa bruta de natalidad del municipio de Palenque en los últimos 5 años desde 2020 a 2024.

Fecundidad

Los datos de la población de mujeres de 15 años a 49 años estimada a la mitad del año se tomaron con proyecciones poblacionales del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Se utilizaron las estadísticas de población a mitad de año por municipio en el estado de Chiapas. En las proyecciones por municipio en las estadísticas de la CONAPO en el 2020 la población de mujeres de 15 a 49 años estimada a la mitad del año fue de 1,330,689 mujeres en Chiapas y hubo 98,098 nacidos vivos en el año dando una Tasa de Fecundidad General de 73.72 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva mencionado en el Tabla 3. En el año 2021, la población de mujeres de 15 a 49 años estimada a la mitad del año fue de 1,343,927 y 146,298 nacimientos vivos, la Tasa de Fecundidad General fue de 108.86 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva. En el 2022, la Tasa de Fecundidad General fue de 111.68 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva. En el 2023, la Tasa de Fecundidad General fue de 109.41 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva y finalmente en el año 2024 hubo una Tasa de Fecundidad General de 95.95 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva

CHIAPAS			
AÑO	POBLACION TOTAL DE MUJERES DE 15 AÑOS A 49 AÑOS A LA MITAD DEL AÑO	NACIMIENTOS EN EL AÑO	TASA DE FECUNDIDAD GENERAL
2020	1,330,689	98,098	73.72
2021	1,343,927	146,298	108.86
2022	1,357,178	151,564	111.68
2023	1,370,429	149,935	109.41
2024	1,383,675	132,758	95.95

TASA DE FECUNDIDAD GENERAL = (NÚMERO TOTAL DE NACIMIENTOS VIVOS EN UN AÑO/ POBLACION FEMENINA ENTRE 15 Y 49 AÑOS A MITAD DEL AÑO) x 1000

Tabla 3. Fuente INEGI, Proyecciones poblacionales CONAPO (2020-2070). En esta tabla observamos la tasa de fecundidad general del estado de Chiapas en los últimos 5 años desde 2020 a 2024.

En las proyecciones por municipio en las estadísticas de la CONAPO en el 2020 la población de mujeres de 15 a 49 años estimada a la mitad del año fue de 35,598 mujeres en Palenque, Chiapas y hubo 2,362 nacidos vivos en el año dando una Tasa de Fecundidad General de 66.35 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva mencionado en el Tabla 4. En el año 2021, la población de mujeres de 15 a 49 años estimada a la mitad del año fue de 36,365 y 3,622 nacimientos vivos, la Tasa de Fecundidad General fue de 99.60 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva. En el 2022, la Tasa de Fecundidad General fue de 106.22 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva. En el 2023, la Tasa de Fecundidad General

fue de 92.72 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva y finalmente en el año 2024 hubo una Tasa de Fecundidad General de 84.75 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva.

PALENQUE, CHIAPAS			
AÑO	POBLACION TOTAL DE MUJERES DE 15 AÑOS A 49 AÑOS A LA MITAD DEL AÑO	NACIMIENTOS EN EL AÑO	TASA DE FECUNDIDAD GENERAL
2020	35,598	2,362	66.35
2021	36,365	3,622	99.60
2022	37,132	3,944	106.22
2023	37,899	3,514	92.72
2024	38,666	3,277	84.75
TASA DE FECUNDIDAD GENERAL = (NÚMERO TOTAL DE NACIMIENTOS VIVOS EN UN AÑO/ POBLACION FEMENINA ENTRE 15 Y 49 AÑOS A MITAD DEL AÑO) x 1000			

Tabla 4. Fuente INEGI, Proyecciones poblacionales CONAPO (2020-2070). En esta tabla observamos la tasa de fecundidad general del municipio de Palenque en los últimos 5 años desde 2020 a 2024.

Mortalidad

Los datos de la población total estimada a la mitad del año se tomaron con proyecciones poblacionales del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Se utilizaron estadísticas de población a mitad de año por municipio en el estado de Chiapas. En el año 2020 la última encuesta del INEGI a la mitad del año fue de 5,543,828 personas y hubo en el estado de Chiapas 38,662 defunciones en el año dando una Tasa Bruta de Mortalidad de 6.97 defunciones por cada 1000 habitantes mencionado en el Tabla 5. En el año 2021, la población total estimada a la mitad del año fue de 5,785,553 y 39,629 nacimientos vivos, la Tasa Bruta de Mortalidad fue de 6.85 nacimientos por cada 1000 habitantes. En el 2022, la Tasa Bruta de Mortalidad fue de 5.36 nacimientos por cada 1000 habitantes en el estado de Chiapas. En el 2023, la Tasa Bruta de Mortalidad fue de 5.14 nacimientos por cada 1000 habitantes en la entidad y finalmente en el año 2024 hubo una Tasa Bruta de Mortalidad de 5.22 nacimientos por cada 1000 habitantes.

CHIAPAS			
AÑO	DEFUNCIONES REGISTRADAS	POBLACION TOTAL A LA MITAD DEL AÑO	TASA BRUTA DE MORTALIDAD
2020	38,662	5543828	6.97
2021	39,629	5785553	6.85
2022	31,431	5862882	5.36
2023	30,576	5946352	5.14
2024	31,455	6028154	5.22
Tasa Bruta de Mortalidad = (Número total de defunciones en un año/ Poblacion total a la mitad del año) x 1000			

Tabla 5. Fuente INEGI, Proyecciones poblacionales CONAPO (2020-2070). En esta tabla observamos la tasa bruta de mortalidad del estado de Chiapas en los últimos 5 años desde 2020 a 2024.

Los datos de la población total estimada a la mitad del año se tomaron con proyecciones poblacionales del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Se utilizaron estadísticas

de población a mitad de año por municipio, específicamente en Palenque, Chiapas. En las proyecciones por municipio en las estadísticas de la CONAPO en el 2020 la población estimada a la mitad del año fue de 136,642 y hubo en el municipio 805 defunciones en el año dando una Tasa Bruta de Mortalidad de 5.89 defunciones por cada 1000 habitantes mencionado en el Tabla 6. En el año 2021, la población total estimada a la mitad del año fue de 138,942 y 929 defunciones, la Tasa Bruta de Mortalidad fue de 6.69 defunciones por cada 1000 habitantes. En el 2022, la Tasa Bruta de Mortalidad fue de 5.57 defunciones por cada 1000 habitantes en el estado de Chiapas. En el 2023, la Tasa Bruta de Mortalidad fue de 6.20 defunciones por cada 1000 habitantes en la entidad y finalmente en el año 2024 hubo una Tasa Bruta de Mortalidad de 6.09 defunciones por cada 1000 habitantes.

PALENQUE, CHIAPAS			
AÑO	DEFUNCIONES REGISTRADAS	POBLACION TOTAL A LA MITAD DEL AÑO	TASA BRUTA DE MORTALIDAD
2020	805	136642	5.89
2021	929	138942	6.69
2022	788	141418	5.57
2023	893	144065	6.20
2024	893	146672	6.09

Tasa Bruta de Mortalidad = (Número total de defunciones en un año/ Poblacion total a la mitad del año) x 1000

Tabla 6. Fuente INEGI, Proyecciones poblacionales CONAPO (2020-2070). En esta tabla observamos la tasa bruta de mortalidad del municipio de Palenque en los últimos 5 años desde 2020 a 2024.

Las enfermedades del corazón, que incluyen padecimientos circulatorios graves como el infarto agudo de miocardio, se consolidaron como la principal causa de mortalidad en el último año, en el país y en el estado de Chiapas. Les siguieron de cerca la diabetes

NACIONAL 2024			
Orden de	Causas	Clave Lista Mexicana	Defunciones
	Total	[01-E59]	819672
1	Enfermedades del corazón c/	[26-29]	192518
2	Diabetes mellitus	[20D]	112,577
3	Tumores malignos	[08-15]	95,108
4	Enfermedades del hígado	[35L-35M]	40,645
5	Accidentes	[E49-E53, E57-E58]	39,919
6	Influenza y neumonía	[33B-33C]	37,283
7	Enfermedades cerebrovasculares	[30]	34,784
8	Agresiones	[E55]	33,550
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	[33G]	19,136
10	Insuficiencia renal	[38C]	17,352
11	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal d/	[46]	9,341
12	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	[E54]	9,051
13	Septicemia	[03I]	8,603
14	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	[47]	6,980
15	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	[21]	5,837
16	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	[06H]	5,149
17	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	[36A]	3,945
18	Anemias	[19A-19B]	3,570
19	Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	[35I]	3,451
20	Enfermedades infecciosas intestinales	[01]	3,394
	Las demás causas	[-]	137,479

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas; Estadísticas Vitales.

Tabla 7. Fuente INEGI 2024. En esta tabla observamos las 20 causas de muerte en México en el año 2024.

mellitus tipo 2, debido a sus severas complicaciones crónicas, y los diversos tumores malignos (cáncer). Otras causas significativas incluyen las enfermedades crónicas del hígado (como la cirrosis), los accidentes y lesiones no intencionales, y las neumonías.

En Chiapas se muestra que la mortalidad es predominante por enfermedades crónicas y metabólicas. Las enfermedades del corazón (incluyendo padecimientos circulatorios y cardiopatías isquémicas) se mantienen como la principal causa de muerte, seguidas muy de cerca por la diabetes mellitus tipo 2, una afección que genera graves complicaciones sistémicas. También destacan los diversos tumores malignos y las enfermedades del hígado.

CHIAPAS AÑO: 2024			
Orden de Importancia	Causas	Clave Lista Mexicana	Defunciones
	Total	[01-E59]	31622
1	Enfermedades del corazón c/	[26-29]	7,107
2	Diabetes mellitus	[20D]	4,769
3	Tumores malignos	[08-15]	3,671
4	Enfermedades del hígado	[35L-35M]	2,400
5	Influenza y neumonía	[33B-33C]	1,237
6	Enfermedades cerebrovasculares	[30]	1,108
7	Accidentes	[E49-E53, E57-E58]	991
8	Insuficiencia renal	[38C]	899
9	Agresiones	[E55]	784
10	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal d/	[46]	558
11	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	[33G]	545
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	[47]	463
13	Anemias	[19A-19B]	374
14	Enfermedades infecciosas intestinales	[01]	338
15	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	[21]	312
16	Septicemia	[03I]	271
17	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	[06H]	253
18	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	[E54]	203
19	Epilepsia	[23G]	161
20	Tuberculosis pulmonar	[02A]	135
	Las demás causas	[-]	5043

El total no corresponde a la suma de ambos sexos, ya que incluye sexo no especificado.
Fuente: INEGI. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas; Estadísticas Vitales.

Tabla 8. Fuente INEGI 2024. En esta tabla observamos las 20 causas de muerte en el estado de Chiapas en el año 2024 y el número de defunciones.

Comparando las tablas de mortalidad nacional y estatal del año 2024 se puede observar que las causas de muerte son similares, en primer lugar, enfermedades del corazón mayormente debido a enfermedades como hipertensión, luego la diabetes, enfermedades del hígado y tumores malignos, las principales causas de muertes son por padecimientos crónicos.

Muerte Materna

En esta tabla 9 nos muestra los números absolutos de muertes maternas por año y la razón de mortalidad materna desde el año 2013 hasta los datos preliminares del año 2025, se muestra en la tabla que en el último año 2025 hubo en números absolutos 506 defunciones y una razón de muerte materna de 25.1 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, mostrando una reducción del año pasado 2024 que tuvo una razón de 27.6 y 564. En el año 2021 hubo el mayor número de casos de muerte materna y la razón de mortalidad con 1070 muertes y razón de 56.6. Por lo que se puede observar la reducción de esta razón de mortalidad y de muertes en el 2024 y 2025.

Año	Cierre definitivo DGIS		A la semana DGIS		A la semana DGE	
	Defunciones	RMM	Defunciones	RMM	Defunciones	RMM
2013	861	38.0	861	38.0	894	39.3
2014	872	38.9	872	38.9	960	42.6
2015	778	34.2	778	34.2	769	34.6
2016	812	37.7	812	37.7	774	35.5
2017	758	35.5	758	35.5	749	34.5
2018	710	35.2	710	35.2	697	33.9
2019	695	35.5	695	35.5	685	33.7
2020	1014	55.2	1014	55.2	959	50.3
2021	1109	59.2	1109	59.2	1070	56.6
2022	678	38.2	678	38.2	674	38.0
2023	584	34.6	584	34.6	578	34.2
2024	568	34.7	568	34.7	564	27.6
2025	***	***	***	***	506	25.1

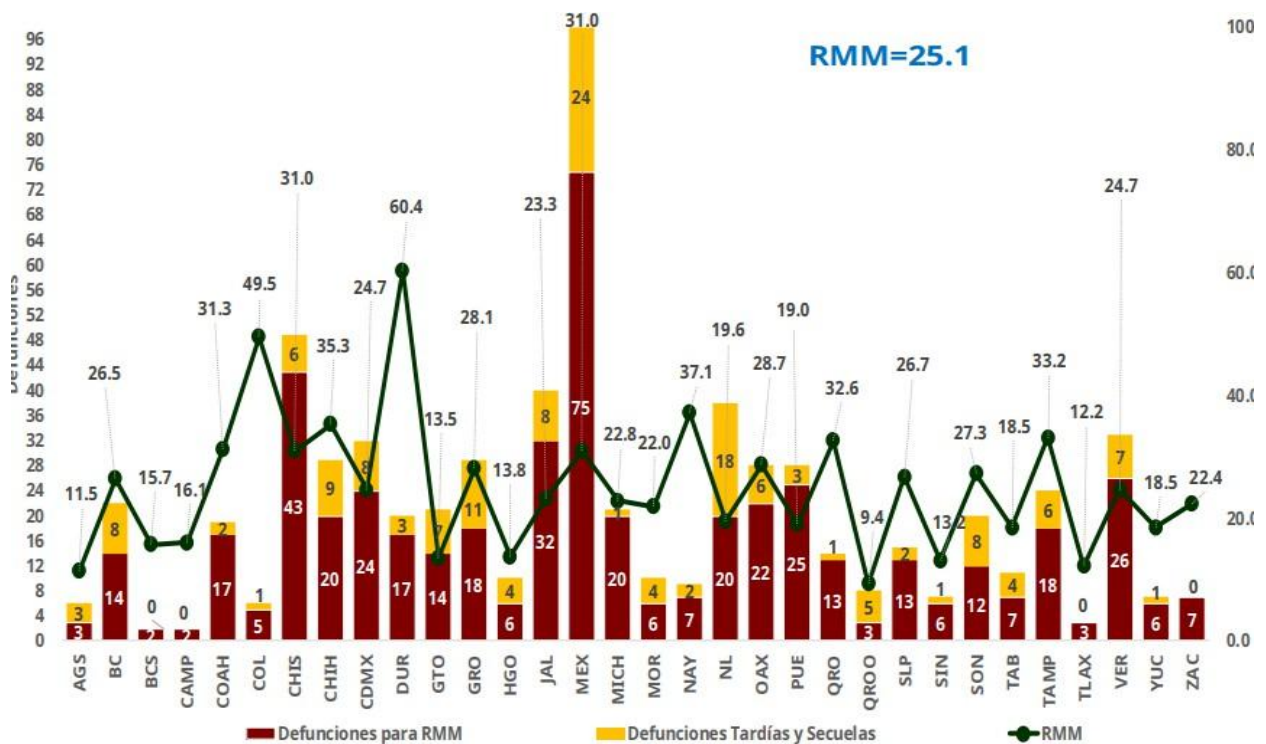
Tabla 9. Secretaría de Salud 2026. Vigilancia epidemiológica semanal muerte materna. En esta tabla podemos observar el número de defunciones y la razón de muerte materna desde el año 2013 hasta el 2025 con su preliminar.

La tabla 10 con los datos de las defunciones maternas por causas nos menciona que la principal causa de defunción fueron las enfermedades hipertensivas, con 86 defunciones, seguidas de hemorragia obstétricas, enfermedades del sistema circulatorio, complicaciones del embarazo, parto y puerperio con 79, 51 y 37 respectivamente.

La gráfica 7 muestra la mortalidad materna por entidad del año 2025, como se ve la razón de mortalidad materna nacional es de 25.1, hablando específicamente del estado de Chiapas los datos nos dan que existieron un total de 43 defunciones y la razón de mortalidad materna es de 31 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, entonces la razón en el estado de Chiapas supera la razón a nivel nacional y en números absolutos se coloca en segundo lugar solo por detrás del Estado de Mexico.

CAUSAS*	DEF. MATERNAS	RMM	%
Enf. Hipertensivas	86	4.3	17.0
Hemorragia Obstétrica	79	3.9	15.6
Enf. del sistema Circulatorio	51	2.5	10.1
Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	37	1.8	7.3
Otras enfermedades especificadas y afecciones	33	1.6	6.5
Embarazo Ectópico	32	1.6	6.3
Enf. del sistema Digestivo	24	1.2	4.7
Aborto	23	1.1	4.6
Embolia Obstétrica	23	1.1	4.6
Enf. del sistema Respiratorio	19	0.9	3.8
Sufrimiento fetal	17	0.8	3.4
Sepsis y otras infecciones puerperales	13	0.6	2.6
Trastornos mentales y del sistema nervioso	12	0.6	2.4
Enf. por VIH	10	0.5	2.0
Diabetes Preexistente	8	0.4	1.6
Otras causas	7	0.3	1.4
Otras Infecciones virales	6	0.3	1.2
Tuberculosis	5	0.2	1.0
Anemia	4	0.2	0.8
Infecciones Vías Urinarias	3	0.1	0.6
Otras enfermedades de la Sangre	3	0.1	0.6
Diabetes Gestacional	2	0.1	0.4
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	1	0.0	0.2
Enf. endocrinas y de la nutrición	1	0.0	0.2
Enf. de la piel y tejido subcutáneo	1	0.0	0.2
Mola hidatiforme	1	0.0	0.2
Sin clasificar	5	0.2	1.0
Total	506	25.1	100

Tabla 10. Defunciones por causa. Mortalidad Materna 2025. SSA 2026. En esta tabla observamos las causas más frecuentes de muertes materna en el último año 2025.



Gráfica 7. Mortalidad Materna por entidad 2025. SSA 2026. En esta grafica vemos la comparativa por entidad de la republica y sus razones de muertes materna y el número absoluto de defunciones del año 2025.

Morbilidad

Los datos de la Tabla 11 se tomaron de las estadísticas de la Secretaría de Salud en la cual nos proporciona los datos de morbilidad nacional del año 2024 en el cual nos muestra que la mayor parte de las enfermedades fueron infecciosas en el primer lugar fueron infecciones respiratorias agudas, en el segundo infecciones intestinales, en el tercero infecciones urinarias y sucesivamente. En el 4to lugar enfermedad periodontal. En el 5to lugar gastritis y duodenitis. En el 6to, 7mo y 8vo lugar de nuevo enfermedades infecciosas, conjuntivitis, vulvovaginitis y otitis media aguda, sucesivamente. En el 9no, 10mo y 11vo lugar vienen las enfermedades crónicas, obesidad, hipertensión arterial y diabetes tipo 2, sucesivamente.

Número	Padecimiento	Código de la lista detallada CIE10a. Revisión	Grupos de edad												Total
			< 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 44	45 - 49	50 - 59	60 - 64	65 +	Ign.	
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	38 718	96 095	79 084	49 748	35 888	37 271	99 431	29 605	37 644	17 283	26 356	160	547 283
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	A04, A08-A09 excepto A08.0	11 177	33 774	22 224	15 412	13 176	15 968	41 958	12 211	15 878	7 285	11 870	134	201 067
3	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	485	3 633	5 606	5 712	13 403	18 250	46 288	14 181	18 349	9 073	15 936	147	151 063
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	103	276	746	1 977	3 568	4 973	15 606	6 168	7 406	3 610	5 610	51	50 094
5	Vulvovaginitis	N76	1	77	207	526	2 733	4 806	12 633	2 858	2 065	600	396	12	26 914
6	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	538	1 943	3 306	2 612	2 223	2 303	6 464	2 285	2 235	976	1 386	22	26 293
7	Gingivitis y enfermedad periodontal	K05	151	631	1 497	1 282	2 025	2 335	6 879	1 813	2 304	1 011	1 225	3	21 156
8	Amebiasis intestinal	A06.0-A06.3, A06.9	537	4 031	3 755	2 220	1 393	1 272	2 947	921	1 209	454	731	7	19 477
9	Conjuntivitis	H10	1 216	1 888	1 813	1 259	1 212	1 518	4 335	1 317	1 881	901	1 613	6	18 959
10	Diabetes mellitus tipo 2	E11-E14	N.A.	N.A.	N.A.	15	39	248	2 822	2 488	4 518	2 243	3 615	12	16 000
11	Hipertensión arterial	I10-I15	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	39	162	2 130	2 139	3 868	2 289	4 745	35	15 407
12	Obesidad	E66	96	159	309	416	470	772	4 219	1 695	2 460	1 160	1 311	1	13 068

Tabla 11. Fuente Dirección General de Epidemiología (Anuarios de morbilidad 2024). En esta tabla observamos las causas más frecuentes de morbilidad en México.

Los datos de la Tabla 12, obtenidos de las estadísticas de morbilidad estatal del año 2024 de la Secretaría de Salud, revelan que la mayor parte de las afecciones registradas fueron enfermedades infecciosas, con el siguiente orden de prevalencia: en primer lugar, las infecciones respiratorias agudas; seguidas por infecciones intestinales, infecciones urinarias, gastritis y duodenitis, vulvovaginitis, otitis media aguda, enfermedad periodontal, amebiasis intestinal y conjuntivitis, respectivamente, cerrando la lista la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y la obesidad

Número	Padecimiento	Código de la lista detallada CIE10a. Revisión	Grupos de edad												Total
			< 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 44	45 - 49	50 - 59	60 - 64	65 +	Ign.	
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	877 087	2 223 521	2 165 126	1 521 979	1 059 991	1 209 085	3 510 232	1 019 198	1 547 538	719 183	1 113 109	7 448	16 973 497
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	A04, A08-A09 excepto A08.0	131 285	486 039	412 000	311 167	273 525	380 144	1 026 516	292 926	409 229	183 567	292 394	4 468	4 203 260
3	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	10 020	71 068	117 316	106 456	221 499	336 478	1 024 017	325 855	547 635	265 889	549 154	2 457	3 577 844
4	Gingivitis y enfermedad periodontal	K05	777	10 742	42 974	59 427	84 418	119 838	360 086	100 221	179 165	89 336	141 383	635	1 189 002
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	1 297	5 062	18 922	47 319	69 997	94 113	273 150	104 801	142 054	72 731	113 381	1 911	944 738
6	Conjuntivitis	H10	39 161	85 457	87 563	53 294	42 538	60 963	203 501	62 463	99 560	45 377	84 154	575	864 606
7	Vulvovaginitis	N76	308	1 100	2 433	7 080	49 595	100 365	299 314	71 061	74 469	22 485	17 699	288	646 197
8	Obesidad	E66	2 031	5 070	16 774	27 064	27 866	49 725	229 653	75 085	112 796	44 108	52 330	785	643 287
9	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	9 754	58 192	89 060	63 224	52 429	57 772	138 132	51 694	60 011	27 670	33 944	489	642 371
10	Hipertensión arterial	I10-I15	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	1 913	9 603	117 445	78 946	145 504	83 161	154 403	953	591 928
11	Diabetes mellitus tipo 2	E11-E14	N.A.	N.A.	N.A.	515	1 481	5 845	94 860	72 253	141 348	76 476	114 619	1 018	508 415
12	Dengue no grave	A97.0, A97.9	1 153	5 558	20 448	34 782	29 938	29 901	92 783	16 199	23 686	6 853	10 287	0	271 588

Tabla 12. Fuente Dirección General de Epidemiología (Anuarios de morbilidad 2024). En esta tabla observamos las causas más frecuentes de morbilidad en el estado de Chiapas.

Se realizó la gestión en la dirección de enseñanza, dirección del hospital y dirección de epidemiología, para obtener información epidemiológica de morbilidad en los últimos años en el Hospital General de Palenque (Anexo 1).

En esta Tabla 13 podemos ver el perfil de egresos de Hospital General de Palenque, IMSS Bienestar, por mes del año y sexo. Se puede observar que el mes del año con más egresos fue el mes de julio (750) y el mes con menos egresos del año 2021 fue enero (513). El total de pacientes egresados fue de 7,788, del cual 6,165 de los pacientes eran mujeres, es decir, el 79% de los pacientes, mientras que hombres fue un total de 1,623 personas, es decir, el 21% de los pacientes, esto debido a la carga de trabajo en el área de ginecología y obstetricia.

PERFIL DE EGRESOS HOSPITAL GENERAL DE PALENQUE POR SEXO 2021													
Unidad Médica													
CSSSA004595													
	Mes estadístico												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general
Sexo	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos
Hombre	91	113	120	137	131	155	182	145	121	146	116	166	1,623
Mujer	422	420	433	465	520	496	568	544	605	567	561	564	6,165
Total general	513	533	553	602	651	651	750	689	726	713	677	730	7,788

Tabla 13. Fuente Dirección de Epidemiología Hospital General de Palenque. En esta tabla se muestra el perfil de egresos en el año 2021 en el Hospital General de Palenque divididos por sexo.

En esta Tabla 14, se puede observar el perfil de egresos en el área de obstetricia, en la que divide mes por mes cuántas personas fueron egresadas. Lo más importante de analizar en esta tabla es que el total general de partos o cesáreas fueron 3,878 de los cuales, 2,324 partos fueron vía vaginal, es decir, el 60%. Las cesáreas fueron 1,554 (40%). Esto indica que estamos muy lejos de la meta que pone la OMS de tener entre el 10 al 15% de los partos por cesárea, es decir, que entre el 85% al 90% sean partos.

PERFIL DE EGRESOS AREA DE OBSTETRICIA HOSPITAL GENERAL DE PALENQUE 2021													
Unidad Médica													
CSSSA004595													
Tipo de parto	Mes estadístico												Total general
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Eutocico	183	131	162	171	200	202	219	195	246	229	207	178	2,323
Distocico Vaginal									1				1
Cesarea	75	111	98	122	117	149	130	128	163	166	137	188	1,554
Total general	258	242	260	293	317	321	349	323	410	395	344	366	3,878

En el hospital, las causas más comunes de egreso son del área de ginecología y obstetricia como se muestra en la Tabla 15 en el año 2021, el motivo más frecuente de egreso en el hospital fue el parto único espontaneo, seguido de atención materna por otras causas, coleditiasis, aborto no especificado, diabetes tipo 2, apendicitis, otros trastornos del líquido amniótico, preeclampsia y traumatismos craneoencefálicos. Podemos observar que también hay trastornos metabólicos como la diabetes o padecimientos que los aborda cirugía general como apendicitis y coleditiasis. También se observa el traumatismo craneoencefálico debido al uso de motocicletas o automóviles a gran velocidad, o sin precaución.

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DEL AÑO 2021 HOSPITAL GENERAL DE PALENQUE													
Unidad Médica													
CSSSA004595													
Causa CIE3	Mes estadístico												Total general
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
O80 PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	180	126	162	164	193	196	208	191	239	221	197	171	2,248
O36 ATENCIÓN MATERNA POR OTRO	14	30	20	40	35	35	49	50	53	70	42	67	505
K80 COLELITIASIS	20	27	31	26	25	23	45	15	26	16	25	45	324
O06 ABORTO NO ESPECIFICADO	30	24	19	16	25	20	23	23	32	26	28	16	282
E11 DIABETES MELLITUS TIPO 2	14	24	25	17	18	29	27	24	19	18	27	26	268
K37X APENDICITIS, NO ESPECIFICAD	12	18	19	8	20	17	15	20	17	19	22	18	205
O41 OTROS TRASTORNOS DEL LÍQUI	12	10	9	16	10	11	22	13	27	17	6	22	175
O42 RUPTURA PREMATURA DE LAS	5	8	18	12	13	11	11	5	18	9	15	21	146
O14 PREECLAMPSIA	13	13	7	16	8	8	10	10	11	12	8	12	128
S06 TRAUMATISMO INTRACRANEAL	9	6	11	12	13	16	7	10	9	12	6	12	123
OTRO PADECIMIENTOS	204	247	232	275	291	285	333	328	275	294	301	321	3386

Tabla 15. Fuente Dirección de Epidemiología Hospital General de Palenque. En esta tabla observamos las 10 principales causas de egreso de pacientes en el Hospital General de Palenque año 2021.

En la Tabla 16 nos dice los principales grupos etarios que se egresaron en el año 2021, como se observa la mayor población egresada es de los 20 a 29 años, debido a la gran población que se atiende por cuestiones ginecológicas y obstétricas, como la resolución del embarazo, mientras siguen las poblaciones entre 30 a 39 años y 10 a 19 años por las mismas razones. El menor número de pacientes por grupo etario fueron los que tenían 70 años o más, esto puede ser debido a la gravedad de la enfermedad o porque poca población se atiende en estas edades.

PRINCIPALES GRUPOS ETARIOS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL DE PALENQUE 2021														
Unidad Médica														
CSSSA004595	Mes estadíst													
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general	
0-9 AÑOS	28	33	39	52	46	57	67	57	62	51	54	63	609	
10-19 AÑOS	72	88	90	99	124	104	112	103	122	129	103	103	1249	
20-29 AÑOS	188	176	176	223	228	224	267	245	277	258	260	255	2777	
30-39 AÑOS	126	92	109	99	135	117	147	150	136	143	130	143	1527	
40-49 AÑOS	34	68	56	50	45	55	66	50	53	56	49	65	647	
50-59 AÑOS	21	32	18	32	23	36	38	30	29	32	27	43	365	
60-69 AÑOS	25	22	29	25	29	26	30	23	31	15	25	29	309	
70 AÑOS Y MÁS	19	22	32	22	21	32	23	31	16	30	29	30	307	
Total general	513	533	553	602	651	651	750	689	726	714	677	731	7790	

Tabla 16. Fuente Dirección de Epidemiología Hospital General de Palenque. En esta tabla se muestra el perfil de egresos en el Hospital General de Palenque divididos por grupo etario en 2021.

En esta Tabla 17, se puede observar el perfil de egresos en el área de obstetricia del año 2022, en la que divide por mes cuántas personas fueron egresadas. En esta tabla podemos observar que el total general de partos o cesáreas fueron 4,063 de los cuales, 2,259 partos fueron vía vaginal, es decir, el 55 % y las cesáreas fueron 1,799 (44%), aumentando en este año la tasa de cesáreas con respecto al 2021, aún muy lejos de la meta que pone la OMS de tener entre el 10 al 15% de los partos por cesárea. Se menciona que en el año 2022 hubo un total de 5 partos distócicos vaginales.

Perfil egreso Obstetricia Hospital General Palenque 2022													
Unidad Médica													
CSSSA004595	Mes												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general
Tipo de parto	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos
Eutocico	172	132	171	157	187	181	192	222	210	211	224	200	2,259
Distocico Vaginal				1		1	1	1		1			5
Cesarea	139	150	152	146	152	174	150	138	165	149	149	135	1,799
Total general	311	282	323	304	339	356	343	361	375	361	373	335	4,063

Tabla 17. Fuente Dirección de Epidemiología Hospital General de Palenque. En esta tabla se muestra el perfil de egresos en el Hospital General de Palenque divididos en área de obstetricia año 2022.

En general las causas más comunes de egreso siguen siendo del área de ginecología y obstetricia como se muestra en la Tabla 18 en el año 2022, el motivo más frecuente de egreso en el hospital siguió siendo el parto único espontaneo, seguido de atención materna por otras causas, colelitiasis, aborto no especificado, otros trastornos del líquido amniótico, diabetes tipo 2, apendicitis, ruptura prematura de membranas, preeclampsia y traumatismos craneoencefálicos. En este año fue más común la ruptura prematura de membranas como padecimiento.

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DEL AÑO 2022 HOSPITAL GENERAL DE PALENQUE													
Unidad Médica													
CSSSA004595	Mes												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general
O80 PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	164	125	165	155	177	174	185	218	205	211	220	197	2,196
O36 ATENCIÓN MATERNA POR OTR	50	48	65	38	55	51	57	36	52	42	37	37	568
K80 COLELITIASIS	24	40	24	31	20	53	32	39	26	31	14	17	351
O06 ABORTO NO ESPECIFICADO	21	27	33	34	29	37	33	25	24	25	19	32	339
O41 OTROS TRASTORNOS DEL LÍQ	17	23	13	20	28	37	26	24	23	25	26	16	278
E11 DIABETES MELLITUS TIPO 2	28	23	26	20	25	25	17	22	23	14	21	17	261
K37X APENDICITIS, NO ESPECIFICA	19	21	27	15	23	24	29	12	14	24	22	14	244
O42 RUPTURA PREMATURA DE LAS	13	17	15	16	12	16	10	18	21	9	8	19	174
O14 PREECLAMPSIA	13	6	16	5	13	15	11	15	15	15	20	12	156
S06 TRAUMATISMO INTRACRANEAL	14	7	14	14	21	11	11	12	6	15	7	12	144
OTROS PADECIMIENTOS	286	288	328	364	347	358	339	306	306	334	268	276	3800
TOTAL GENERAL	649	625	726	712	750	801	750	727	715	745	662	649	8511

Tabla 18. Fuente Dirección de Epidemiología Hospital General de Palenque. En esta tabla se muestra el perfil de egresos en el Hospital General de Palenque divididos en área de obstetricia año 2022.

En la Tabla 19 nos dice los principales grupos etarios que se egresaron en el año 2022, como se observa la mayor población egresada es de los 20 a 29 años, debido a la gran población que se atiende por cuestiones ginecológicas y obstétricas, como la resolución del embarazo, después siguen las poblaciones entre 30 a 39 años y 10 a 19 años por las mismas razones.

PRINCIPALES GRUPOS ETARIOS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL DE PALENQUE 2022													
Unidad Médica													
CSSSA004595	Mes e												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general
0-9 AÑOS	41	43	64	55	71	58	61	51	43	64	57	60	668
10-19 AÑOS	119	104	112	111	115	138	117	110	111	115	109	111	1372
20-29 AÑOS	206	210	223	239	245	281	261	249	282	255	256	213	2920
30-39 AÑOS	135	123	159	148	150	143	143	156	136	155	122	152	1722
40-49 AÑOS	54	60	59	61	54	71	68	62	50	65	40	43	687
50-59 AÑOS	30	35	42	39	44	36	40	36	35	31	26	22	416
60-69 AÑOS	29	25	39	35	31	37	31	24	34	32	28	20	365
70 AÑOS Y MÁS	35	25	28	24	40	37	29	39	24	28	24	28	361
Total general	649	625	726	712	750	801	750	727	715	745	662	649	8511

Tabla 19. Fuente Dirección de Epidemiología Hospital General de Palenque. En esta tabla se muestra el perfil de egresos en el Hospital General de Palenque divididos por grupo etario en 2022.

En esta Tabla 20, se puede observar el perfil de egresos en el área de obstetricia, en la que divide por mes cuántas personas fueron egresadas en el año 2023. Es de analizar en esta tabla que en el total general de partos o cesáreas fueron 3,435 un número menor con respecto al año pasado que sobrepasaba los 4 mil, de los cuales 1,974 partos fueron vía vaginal, es decir, el 57 %. Las cesáreas fueron 1,454 (42%). Seguimos lejos de la meta que propone la OMS de tener entre el 10 al 15% de los partos por cesárea. En el año 2023 hubo 7 partos distócicos.

PERFIL DE EGRESOS AREA DE OBSTETRICIA HOSPITAL GENERAL DE PALENQUE 2023													
Unidad Médica													
CSSSA004595													
	Mes												Total general
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Tipo de parto	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos
Eutocico	194	143	180	185	174	164	162	144	180	184	151	113	1,974
Distocico Vaginal		1						1	1	1	2	1	7
Cesarea	126	120	137	116	109	129	117	103	125	159	119	94	1,454
Total general	320	264	317	301	283	293	279	248	306	344	272	208	3,435

Tabla 20. Fuente Dirección de Epidemiología Hospital General de Palenque. En esta tabla se muestra el perfil de egresos en el Hospital General de Palenque divididos en área de obstetricia año 2023.

En cuanto a las causas más comunes de egreso siguen siendo las del área de ginecología y obstetricia, el motivo más frecuente de egreso en el hospital fue el parto único espontaneo; segundo, atención materna por otras causas; tercero, aborto no especificado; cuarto, diabetes tipo 2; quinto, otros trastornos del líquido amniótico; sexto, coleditiasis; séptimo, apendicitis; octavo, traumatismo craneoencefálico; noveno, preeclampsia; decimo, hipertensión preexistente esencial. Es importante mencionar que se anexa una de las enfermedades crónicas que es común de morbilidad

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DEL AÑO 2023 HOSPITAL GENERAL DE PALENQUE													
Unidad Médica													
CSSSA004595													
	Mes												Total general
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Causa CIE3	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos
O80 PARTO UNICO ESPONTANEO	193	137	177	182	170	158	160	140	180	176	149	108	1,930
O36 ATENCION MATERNA POR OT	29	37	49	32	35	32	36	30	30	37	37	24	408
O06 ABORTO NO ESPECIFICADO	30	36	34	38	38	26	27	28	40	23	31	21	372
E11 DIABETES MELLITUS TIPO 2	25	35	26	25	27	34	35	28	35	33	21	30	354
O41 OTROS TRASTORNOS DEL LIC	24	18	23	19	21	27	28	26	27	26	29	20	288
K80 COLELTIASIS	22	18	22	30	22	22	15	19	19	32	15	17	253
K37X APENDICITIS, NO ESPECIFIC	17	22	15	18	21	20	29	19	22	17	18	25	243
S06 TRAUMATISMO INTRACRANEA	12	6	13	11	15	16	15	11	15	24	15	10	163
O14 PREECLAMPSIA	17	12	12	7	14	21	10	9	15	20	13	11	161
O10 HIPERTENSION PREEXISTENT	13	12	5	14	7	17	12	16	15	18	18	12	159
OTROS PADECIMIENTOS	308	311	351	331	355	382	340	405	372	414	329	343	4241
Total general	690	644	727	707	725	755	707	731	770	820	675	621	8,572

Tabla 21. Fuente Dirección de Epidemiología Hospital General de Palenque. En esta tabla se muestra el perfil de egresos en el Hospital General de Palenque divididos en área de obstetricia año 2023

en el estado de Chiapas y en el país, que es la hipertensión arterial sistémica, aumenta el número de egresos por diabetes tipo 2, pero aún siguen predominando los padecimientos obstétricos.

El principal grupo etario que se egresaron en el hospital en el año 2023 fue de los 20-29 años; segundo de 30-39 años; tercero de 10-19 años.

PRINCIPALES GRUPOS ETARIOS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL DE PALENQUE 2023													
Unidad Médica													
CSSSA004595	Mes este												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general
0-9 AÑOS	45	47	58	55	78	81	58	63	83	90	76	57	791
10-19 AÑOS	118	113	118	121	116	133	118	112	143	131	115	95	1433
20-29 AÑOS	242	187	238	219	224	224	234	210	224	240	212	184	2638
30-39 AÑOS	120	146	150	149	133	141	133	152	148	181	130	113	1696
40-49 AÑOS	41	48	61	47	55	49	65	57	54	58	49	51	635
50-59 AÑOS	43	35	26	33	37	54	42	45	42	44	31	40	472
60-69 AÑOS	41	40	36	39	38	39	28	46	32	46	31	34	450
70 AÑOS Y MÁS	40	28	40	44	44	34	29	46	44	30	31	47	457
Total general	690	644	727	707	725	755	707	731	770	820	675	621	8572

Tabla 22. Fuente Dirección de Epidemiología Hospital General de Palenque. En esta tabla se muestra el perfil de egresos en el Hospital General de Palenque divididos por grupo etario en 2023.

En el perfil de egresos en el área de obstetricia en el año 2024 el total de partos o cesáreas fueron 2,253 un número mucho menor con respecto al año pasado, de los cuales 883 partos fueron vía vaginal, es decir, el 39 %. Las cesáreas fueron 1,367 (61%), aún más lejos de la meta que propone la OMS de tener entre el 10 al 15% de los partos por cesárea. Esta estadística es preocupante porque en el año 2024 hubo más cesáreas que partos vaginales, es decir, que aumentó la tasa de cesáreas que se realizan en el hospital. Esto puede ser debido a algunos factores como cesáreas previas, edad, periodo intergenésico corto. Si bien la cesárea es un procedimiento en caso de alguna emergencia obstétrica o riesgos, también puede existir un uso excesivo del procedimiento sin indicación alguna.

PERFIL DE EGRESOS AREA DE OBSTETRICIA HOSPITAL GENERAL DE PALENQUE 2024													
Unidad Médica													
CSIMB001732	Mes												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general
Tipo de parto	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos
Eutocico	39	61	68	69	95	60	76	86	98	94	67	70	883
Distocico Vaginal		1	1		1								3
Cesarea	103	118	116	118	109	91	94	128	133	122	119	116	1,367
Total general	142	180	185	187	205	151	170	214	231	216	186	186	2,253

Tabla 23. Fuente Dirección de Epidemiología Hospital General de Palenque. En esta tabla se muestra el perfil de egresos en el Hospital General de Palenque divididos en área de obstetricia año 2024.

En cuanto a las causas más comunes de egreso en 2024; son del área de ginecología y obstetricia, el motivo más frecuente de egreso en el hospital fue el parto único espontaneo; segundo, atención materna por otras causas; tercero, diabetes tipo 2; cuarto, otros trastornos del líquido amniótico; quinto, aborto no especificado; sexto, coleditiasis; séptimo, apendicitis; octavo, traumatismo craneoencefálico; noveno, preeclampsia; decimo, hipertensión preexistente esencial. En la tabla de egresos se muestra disminución de las pacientes con egreso de parto único espontáneo con respecto a años anteriores, la diabetes tipo 2 sube al tercer puesto de causa de egreso en el hospital, continúan enfermedades obstétricas como la preeclampsia y trastornos del líquido amniótico, igualmente causas quirúrgicas como la apendicitis y la coleditiasis, y debajo de la lista encontramos el traumatismo craneoencefálico y la hipertensión.

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DEL AÑO 2024 HOSPITAL GENERAL DE PALENQUE													
Unidad Médica													
CSIMB001732													
Causa CIE3	Mes												Total general
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos	Egresos
O80 PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	36	59	63	66	87	56	72	82	93	90	64	65	833
O36 ATENCIÓN MATERNA POR OT	29	32	47	30	33	27	26	49	41	30	33	30	407
E11 DIABETES MELLITUS TIPO 2	29	36	35	38	46	31	27	23	15	18	28	28	354
O41 OTROS TRASTORNOS DEL LÍQ	20	23	30	22	26	29	23	38	30	33	36	28	338
O06 ABORTO NO ESPECIFICADO	27	36	24	21	25	23	29	29	18	25	19	20	296
K80 COLELITIASIS	32	24	31	17	18	32	15	17	25	16	12	9	248
K37X APENDICITIS, NO ESPECIFIC	23	13	15	9	23	15	18	27	12	23	21	14	213
S06 TRAUMATISMO INTRACRANEA	21	14	9	22	16	15	21	18	12	19	16	12	195
O14 PREECLAMPSIA	19	14	12	15	8	6	4	12	15	8	10	10	133
O10 HIPERTENSIÓN PREEEXISTENT	4	15	11	7	12	7	8	8	11	16	14	14	127
OTROS PADECIMIENTOS	327	322	337	342	332	312	306	370	350	329	266	271	3864
TOTAL GENERAL	567	588	614	589	626	553	549	673	622	607	519	501	7,008

Tabla 24. Fuente Dirección de Epidemiología Hospital General de Palenque. En esta tabla se muestra el perfil de egresos en el Hospital General de Palenque divididos en área de obstetricia año 2024

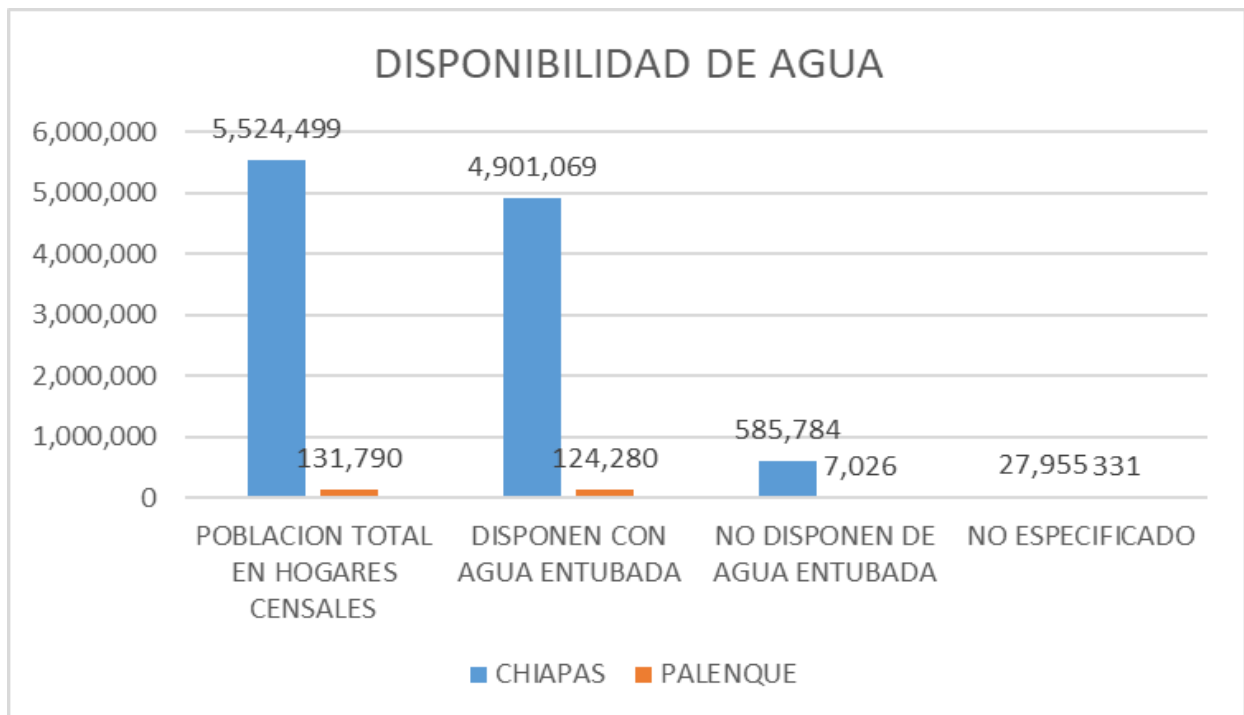
En la Tabla 25 nos dice los principales grupos etarios que se egresaron en el año 2024, como se observa la mayor población egresada es de los 20 a 29 años, debido a la gran población que se atiende por cuestiones ginecológicas y obstétricas, como la resolución del embarazo, después siguen las poblaciones entre 30 a 39 años y 10 a 19 años por las mismas razones. El menor número de pacientes egresados por grupo etario fueron los que tenían 70 años o más

PRINCIPALES GRUPOS ETARIOS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL DE PALENQUE 2024													
Unidad Médica													
CSSSA004595	Mes												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general
0-9 AÑOS	60	45	50	56	70	47	52	57	69	57	62	52	677
10-19 AÑOS	89	75	106	86	71	92	84	101	99	116	90	80	1089
20-29 AÑOS	148	171	152	176	167	136	163	202	184	171	136	139	1945
30-39 AÑOS	101	115	134	110	126	102	96	130	134	115	98	90	1351
40-49 AÑOS	61	53	45	57	61	50	54	45	31	37	47	49	590
50-59 AÑOS	37	36	45	36	54	47	40	59	44	39	29	24	490
60-69 AÑOS	28	47	48	32	45	28	30	41	32	37	33	40	441
70 AÑOS Y MÁS	43	46	34	36	32	51	30	38	29	35	24	27	425
Total general	567	588	614	589	626	553	549	673	622	607	519	501	7008

Tabla 25. Fuente Dirección de Epidemiología Hospital General de Palenque. En esta tabla se muestra el perfil de egresos en el Hospital General de Palenque divididos por grupo etario en 2024.

Disponibilidad de agua

Los datos de la gráfica 8 fueron tomados de las estadísticas de la última encuesta del INEGI 2020 en la población total en hogares censales, la disponibilidad de agua en el estado de Chiapas, las personas que disponen de agua son 4,901,069, es decir, el 88% de las personas en el estado disponen con agua entubada. 585,784 personas no disponen de agua entubada, es decir, el 10% y finalmente las personas que no



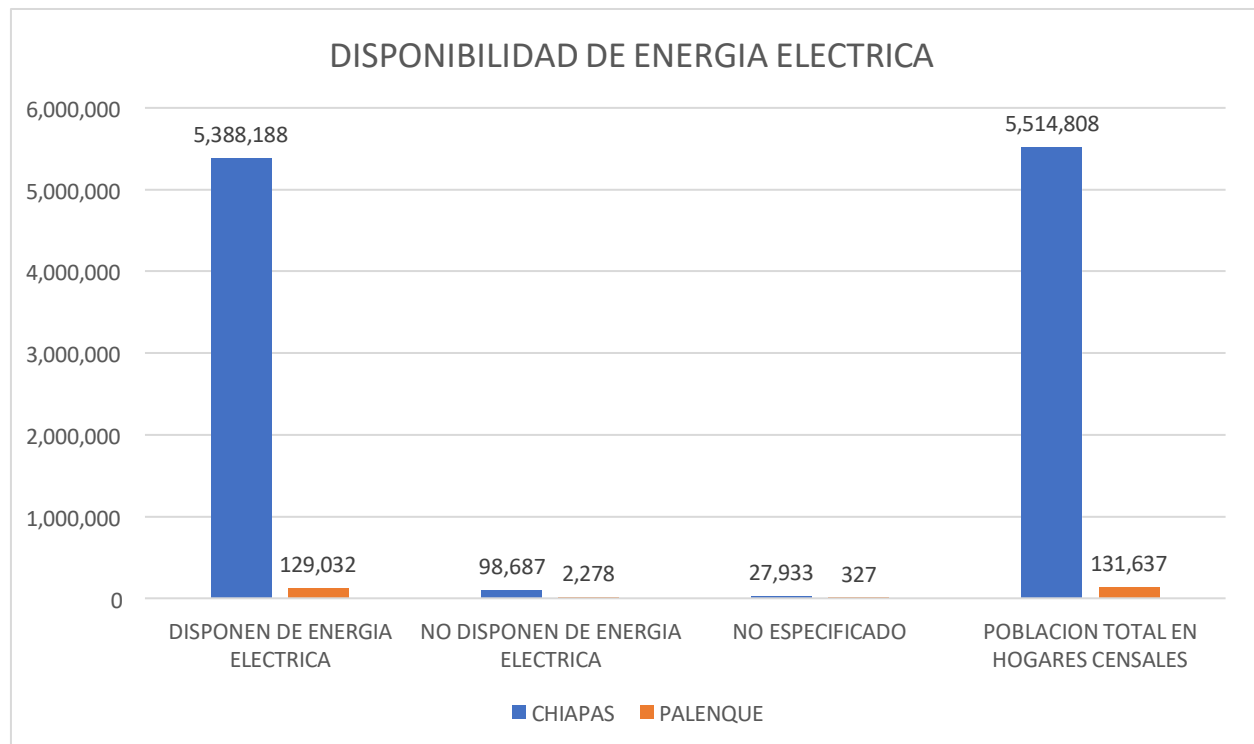
Gráfica 8. Fuente INEGI 2020. En esta gráfica observamos la disponibilidad de agua entubada en el estado de Chiapas y el municipio de Palenque.

especificaron fueron de 27,955. En el municipio de Palenque, el total de la población en hogares censales fue de 131,790 de la cual 124,280 disponen de agua, es decir, el 94.3% de la población del municipio. 7,026 no disponen de agua, es decir, el 5% y finalmente no especificado son 331 personas.

Disponibilidad de energía eléctrica

Los datos de la gráfica 9 fueron tomados de las estadísticas de la última encuesta del INEGI 2020 de la población total en hogares censales sobre la disponibilidad de energía eléctrica en el estado de Chiapas, las personas en el estado que disponen de energía eléctrica son 5,388,188, es decir, el 97% mientras que 98,687 personas no disponen de energía eléctrica, es decir, el 1.7%, y finalmente las personas que no especificaron fueron de 27,933. En el municipio de Palenque, el total de la población en hogares censales fue de 131,637 de la cual 129,032 disponen de energía eléctrica, es decir, el 98% de la población del municipio. 2,278 no disponen de energía eléctrica, es decir, el 1.7%% y finalmente no especificado son 327 personas.

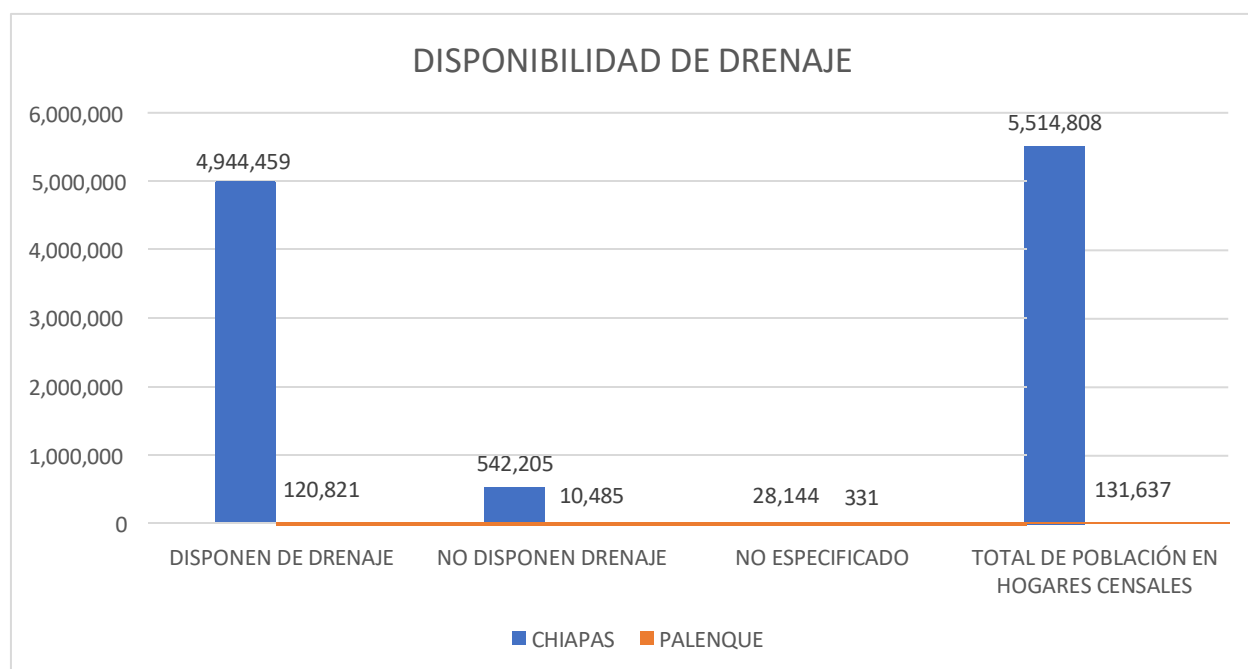
Gráfica 9. Fuente INEGI 2020. En esta gráfica observamos la disponibilidad de energía eléctrica entubada en el estado de



Chiapas y el municipio de Palenque.

Disponibilidad de drenaje

Los datos de la gráfica 10 fueron tomados de las estadísticas de la última encuesta del INEGI 2020 en la población total en hogares censales, la disponibilidad de drenaje en el estado de Chiapas, las personas en el estado que disponen de drenaje son 4,944,459, es decir, el 89.6% de las personas en el estado disponen de drenaje mientras que 542,205 personas no disponen de drenaje, es decir, el 9.8% y finalmente las personas que no especificaron fueron de 28,144. En el municipio de Palenque, el total de la población en hogares censales fue de 131,637 de la cual 120,821 disponen de drenaje, es decir, el 91.7% de la población del municipio. 10,485 no disponen de drenaje, es decir, el 7.9% y finalmente no especificado son 331 personas.



Gráfica 10. Fuente INEGI 2020. En esta gráfica observamos la disponibilidad de agua drenaje en el estado de Chiapas y el municipio de Palenque.

Educación

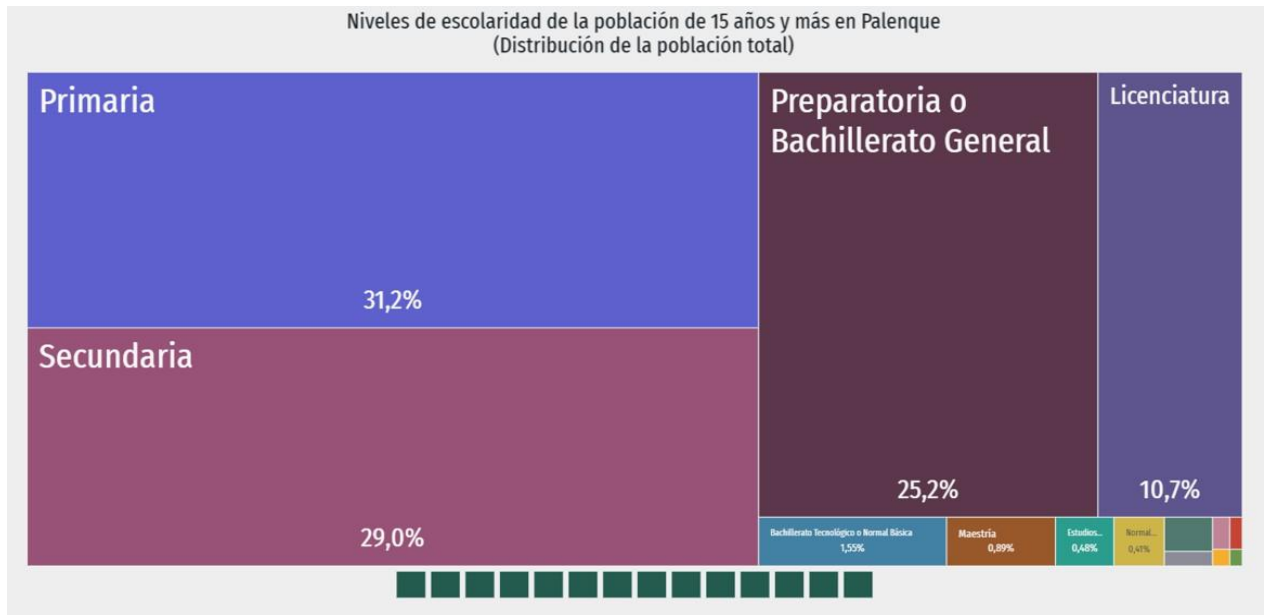
Los datos de la Tabla 26 fueron tomados de las estadísticas de la última encuesta del INEGI 2020. Se tomo en cuenta la población de 3 años o más en hogares censales. En el estado de Chiapas hay 697,073 personas sin escolaridad, es decir, el 13.5% de las personas mayor de 3 años. El 63.5% (3,279,621) de las personas de la encuesta mencionaron que tienen educación básica. 680,337 personas mayor de 3 años tienen

educación media superior (13.1%). 497,815 personas mayores de 3 años tienen educación, es decir, 9.6%. En las estadísticas del municipio de Palenque, Chiapas en la población de 3 años o más en hogares censales, hay 16,338 personas sin escolaridad, es decir, 13.2%. Con educación básica son 76,965 personas, es decir, 62.4%. Con educación media superior 19,553 (15.8%) personas. Con educación superior 10,157 personas, es decir, 8.2%. Con datos del INEGI 2020 de los censos poblacionales el promedio de años de escolaridad en México es de 9.7 años, en el estado de Chiapas de 7.8 años y en el municipio de Palenque de 7.9 años de escolaridad.

CHIAPAS, 2020	
NIVEL DE ESCOLARIDAD	POBLACION DE 3 AÑOS Y MAS EN HOGARES CENSALES
SIN ESCOLARIDAD	697,073
EDUCACIÓN BÁSICA	3,279,621
EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR	680,337
EDUCACIÓN SUPERIOR	497,815
NO ESPECIFICADA	7,914
PALENQUE, CHIAPAS 2020	
NIVEL DE ESCOLARIDAD PALENQUE CHIAPAS 2020	POBLACION DE 3 AÑOS Y MAS EN HOGARES CENSALES
SIN ESCOLARIDAD	16,338
EDUCACIÓN BÁSICA	76,965
EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR	19,553
EDUCACIÓN SUPERIOR	10,157
NO ESPECIFICADA	217
Tasa de analfabetismo promedio	
La tasa de analfabetismo de Palenque en 2020 fue 14.1%. Del total de población analfabeta, 36.8% correspondió a hombres y 63.2% a mujeres.	

Tabla 26. Fuente INEGI 2020. En esta tabla observamos el grado de escolaridad de la población del estado de Chiapas y el municipio de Palenque.

Se tomó información de la Secretaría de Educación Estatal de Chiapas 2020, en el municipio de Palenque, la población de 15 años y más, 31.25 % de las personas de Palenque tienen nivel de escolaridad primaria, el 29% de las personas de Palenque con educación secundaria. El 25.2% de las personas de 15 años y más tienen educación media superior. El 10.7% de las personas de Palenque con nivel licenciatura.



Gráfica 11. Fuente Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica. (Chiapas) 2020. En esta gráfica se observa el nivel de escolaridad en la población mayor a 15 años en el municipio de Palenque.

Religión

En la entidad de Chiapas el 53.8% (2,985,644) de las personas que viven en el estado son católicas. El 32.4% (1,795,861) de las personas son de la religión protestante. El 12.9% (713,462) de las personas no tienen religión. En el municipio de Palenque el 43.2% (57,148) de las personas son de la religión católica mientras que el 41.3% (54,688) de las personas son de religión protestante y el 14.9% (19,764) de las personas no tienen religión.

RELIGION CHIAPAS	
CATOLICA	2,985,644
ORTODOXA	533
PROTESTANTE	1,795,861
JUDIA	477
ISLAMICA	365
ORIGEN ORIENTAL	248
RAICES ETNICAS	11427
SIN RELIGION	713,462
NO ESPECIFICADO	33432
RELIGION PALENQUE CHIAPAS	
CATOLICA	57,148
ORTODOXA	50
PROTESTANTE	54,688
JUDIA	12
ISLAMICA	4
ORIGEN ORIENTAL	6
RAICES ETNICAS	143
SIN RELIGION	19764
NO ESPECIFICADO	411

Tabla 27. Fuente INEGI 2020. En esta gráfica observamos el grupo religioso al que pertenecen la población del estado de Chiapas y el municipio de Palenque.

INDICADORES ECONÓMICOS

La principal actividad económica del estado de Chiapas se concentra en el sector terciario o de servicios. Este sector es el motor de la economía local.

El sector terciario engloba diversas actividades clave, tales como: comercio al por menor (que es la actividad más importante), servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles e intangibles, servicios educativos y servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y bebidas. La información de la Tabla 28 fue obtenida del INEGI, tomando como referencia los resultados más recientes de los Censos Económicos del año 2023.

Área geográfica	Actividad económica	Total de unidades económicas (Número)	Personal ocupado total (Número de personas)	Personal ocupado - Mujeres (Número de)	Personal ocupado - Hombres (Número de)	Personal dependiente de la razón social (Número de)	Personal remunerado (Número de personas)	Personal no dependiente de la razón social (Número de personas)	Remuneraciones (Millones de pesos)
Chiapas	Agricultura, cría y explotación de animales.	570	14,014	2,503	11,511	13,991	1,162	23	83.857
	Industrias manufactureras	24,277	71,147	28,246	42,901	70,328	40,290	819	6,159.250
	Comercio al por mayor	4,586	31,531	8,216	23,315	30,296	26,695	1,235	3,385.127
	Comercio al por menor	103,645	228,823	125,294	103,529	227,364	101,901	1,459	11,477.567
	Servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles e intangibles	2,130	5,510	2,012	3,498	5,244	2,784	266	227.477
	Servicios profesionales, científicos y técnicos	2,964	9,299	3,591	5,708	8,923	5,355	376	417.799
	Servicios de apoyo a los negocios y manejo de residuos	2,235	10,985	4,250	6,735	10,888	8,751	97	1,043.748
	Servicios educativos	1,415	14,488	8,259	6,229	13,455	12,790	1,033	1,670.585
	Servicios de salud y de asistencia social	7,354	22,109	11,011	11,098	21,621	10,784	488	1,010.633
	Servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y bebidas	29,226	84,890	53,248	31,642	84,376	46,286	514	3,456.475
	Otros servicios excepto actividades gubernamentales	25,534	48,536	14,347	34,189	47,270	18,068	1,266	1,102.897

Tabla 28. Fuente INEGI 2023 (Censos económicos 2023). En esta tabla observamos las actividades económicas más importantes del estado de Chiapas.

El municipio de Palenque concentra su actividad económica en el sector terciario o de servicios, siendo este el motor de su economía. Este sector se compone, principalmente, de actividades ligadas al turismo, como los servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y bebidas, junto con el comercio al por menor, los servicios de salud, los servicios educativos y los servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes. Además de los servicios, el municipio también registra una actividad importante en el sector de la industria manufacturera. La actividad de la agricultura se desarrolla en menor escala y en comunidades del municipio. Los datos de la tabla 29 son tomados con los últimos censos económicos del año 2023.

Área geográfica	Actividad económica	Total de unidades económicas (Número)		Personal ocupado total (Número de personas)		Personal ocupado - Mujeres (Número de personas)		Personal ocupado - Hombres (Número de personas)		Personal dependiente de la razón social (Número de personas)		Personal remunerado (Número de personas)		Personal no dependiente de la razón social (Número de personas)		Remuneraciones (Millones de pesos)
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Palenque Chiapas	Agricultura, cría y explotación de animales.	10		49		17		32		48		12		1		0.640
	Industrias manufactureras	436		2,246		508		1,738		2,219		1,700		27		316.057
	Comercio al por mayor	120		813		229		584		808		722		5		78.489
	Comercio al por menor	2,263		6,533		3,105		3,428		6,480		3,844		53		432.971
	Servicios profesionales, científicos y técnicos	96		218		87		131		207		132		11		9.560
	Servicios de apoyo a los negocios y manejo de residuos, y servicios de remediación	60		177		60		117		174		115		3		8.414
	Servicios educativos	39		450		261		189		426		413		24		38.574
	Servicios de salud y de asistencia social	180		554		271		283		541		279		13		22.545
	Servicios de esparcimiento culturales y deportivos, y otros servicios recreativos	26		65		22		43		65		37		0		1.957
	Otros servicios excepto actividades gubernamentales	652		1,401		456		945		1,347		579		54		35.206

Tabla 29. Fuente INEGI 2023 (Censos económicos). En esta tabla observamos las actividades económicas más importantes del municipio de Palenque.

La población económicamente activa en el municipio de Palenque es de 64,443 personas de la cual el 58.56% (37738 personas) de esa población económicamente activa son hombres y el 41.44% (26705 personas) son mujeres. La población económicamente activa ocupada representa en la estadística 63,970 personas, es decir, 99.27% de las personas y la población económicamente activa no ocupada representó el 0.73% (473 personas). Estos datos tomados de los censos de empleo y ocupación del INEGI en el año 2024 tabla 30.

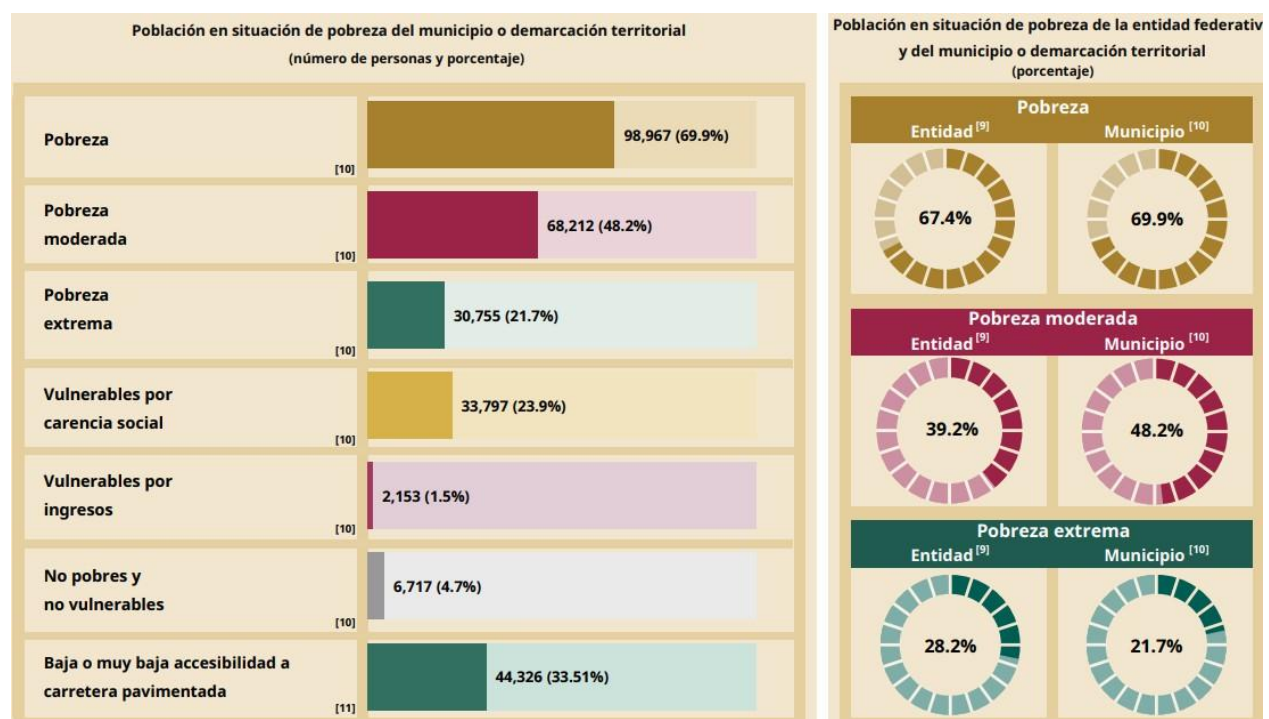
GRUPO DE EDAD	POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA						POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA OCUPADA						POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA NO OCUPADA					
	HOMBRE		MUJER		TOTAL		HOMBRE		MUJER		TOTAL		HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19 años	3969	6.16	2772	4.30	6741	10.46	3935	6.11	2750	4.27	6685	10.37	34	0.05	22	0.03	56	0.09
20-24 años	4612	7.16	3433	5.33	8045	12.48	4549	7.06	3397	5.27	7946	12.33	63	0.10	36	0.06	99	0.15
25-29 años	4545	7.05	3404	5.28	7949	12.33	4485	6.96	3372	5.23	7857	12.19	60	0.09	32	0.05	92	0.14
30-34 años	4419	6.86	3399	5.27	7818	12.13	4376	6.79	3380	5.24	7756	12.04	43	0.07	19	0.03	62	0.10
35-39 años	4012	6.23	3156	4.90	7168	11.12	3989	6.19	3144	4.88	7133	11.07	23	0.04	12	0.02	35	0.05
40-44 años	3724	5.78	2819	4.37	6543	10.15	3697	5.74	2810	4.36	6507	10.10	27	0.04	9	0.01	36	0.06
45-49 años	3354	5.20	2353	3.65	5707	8.86	3338	5.18	2352	3.65	5690	8.83	16	0.02	1	0.00	17	0.03
50-54 años	2859	4.44	1771	2.75	4630	7.18	2827	4.39	1769	2.75	4596	7.13	32	0.05	2	0.00	34	0.05
55-59 años	2058	3.19	1327	2.06	3385	5.25	2050	3.18	1325	2.06	3375	5.24	8	0.01	2	0.00	10	0.02
60-64 años	1518	2.36	888	1.38	2406	3.73	1500	2.33	887	1.38	2387	3.70	18	0.03	1	0.00	19	0.03
65-69 años	1121	1.74	645	1.00	1766	2.74	1116	1.73	644	1.00	1760	2.73	5	0.01	1	0.00	6	0.01
70-74 años	726	1.13	369	0.57	1095	1.70	722	1.12	369	0.57	1091	1.69	4	0.01	0	0.00	4	0.01
75-79 años	503	0.78	218	0.34	721	1.12	500	0.78	218	0.34	718	1.11	3	0.00	0	0.00	3	0.00
80-84 años	200	0.31	82	0.13	282	0.44	200	0.31	82	0.13	282	0.44	0	0.00	0	0.00	0	0.00
85 años y más	118	0.18	69	0.11	187	0.29	118	0.18	69	0.11	187	0.29	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	37738	58.56	26705	41.44	64443	100	37402	58.04	26568	41.23	63970	99.27	336	0.52	137	0.21	473	0.73

Tabla 30. Fuente INEGI 2024 (Empleo y ocupación). En esta tabla observamos la población económicamente activa ocupada y no ocupada del municipio de Palenque.

Pobreza.

Los datos de la gráfica 12 fueron tomados por la Secretaría de Bienestar en su último informe anual sobre pobreza y rezago social del año 2024 y publicados en el año 2025, en los datos que nos mencionan hay un total de 98,967 personas en Palenque, Chiapas en situación de pobreza, es decir, el 69.9% de las personas del municipio. Pobreza moderada son 68,212 personas, es decir, 48.2% de las personas en Palenque viven en pobreza moderada. En situación de Pobreza extrema viven 30,755 personas, es decir, el 21.7% de las personas viven en esa situación. La población no pobre o no vulnerable solo son 6,717, es decir, el 4.7% de las personas.

Hay un total de 33,797 personas vulnerables por carencia social y 2,153 personas vulnerables por ingresos. En comparación sobre la situación de pobreza en el estado de Chiapas y el municipio. Pobreza en la entidad es 67.4 % y en el municipio 69.9%; pobreza moderada en la entidad es de 39.2% y en el municipio 48.2%; pobreza extrema en la entidad es de 28.2 % y en Palenque es de 21.7%.



Gráfica 12. Fuente secretaria de Bienestar 2025 (Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social). En esta gráfica observamos el grado de pobreza que tiene la población del municipio de Palenque, su grado de vulnerabilidad y su accesibilidad.

SERVICIOS DE SALUD

En el estado de Chiapas hay distintos establecimientos de salud públicos o privados, las instituciones públicas en el estado son Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en su régimen ordinario, Instituto Mexicano de Seguridad Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH) con menor presencia consultorios de PEMEX y de la Cruz Roja Mexicana, igualmente contando los hospitales y consultorios privados que hay en el estado.

En Palenque específicamente por parte del IMSS Bienestar contamos con el Hospital General de Palenque, donde se concentra la mayor parte de la morbilidad de pacientes que ameritan hospitalizaciones, se atienden partos y cesáreas complicadas, patologías metabólicas, urgencias, en este hospital que es el de referencia de segundo nivel por mucho se siente rebasado en la capacidad de atención, por falta de especialistas en diferentes horarios, se tienen que referir pacientes ya sea a hospitales del IMSS Bienestar de Villahermosa, Tabasco o de la capital Tuxtla Gutiérrez. Este hospital cuenta con especialidades troncales como ginecología y obstetricia, medicina interna, medicina familiar y cirugía general, y otras especialidades como epidemiología, medicina de urgencias y traumatología y ortopedia. Los pacientes atendidos son personas sin seguro social. El hospital cuenta con área de consulta externa. Por parte de la Secretaría de Salud está la clínica para la atención del Parto Humanizado, diseñada para atender mujeres que no cuentan con seguridad social y en pacientes de bajo riesgo de complicación que permite el acompañamiento de un familiar, libre posición y respetar las prácticas culturales. La clínica de la mujer que se encarga de la detección oportuna de cáncer de mama, detección de cáncer cervicouterino, etc.

Unidad de Medicina Familiar número 45 del IMSS que se encuentra en Palenque también es unidad de consulta externa donde se encuentran atendiendo médicos generales y médicos con especialidad en Medicina Familiar, es una unidad donde se atiende consulta de primer nivel de atención, y si requiere otras especialidades o urgencias se refiere al Hospital de Tenosique del IMSS o al Hospital General de Zona 46 de Villahermosa. Los derechohabientes son trabajadores particulares con seguro.

Nueva Clínica Hospital ISSSTE es un hospital que cuenta con la capacidad para tener especialidades y subespecialidades con infraestructura moderna, es un hospital nuevo con tomógrafos, mastógrafos, unidades potentes de rayos x, sala de hemodinamia, quirófanos con fluoroscopios para cirugías de ortopedia, en general bien equipado, actualmente es un hospital que está en busca de especialistas, no cuenta con todo el personal para atender, actualmente no tiene toda su capacidad, contando con especialistas contados como ortopedia, medicina interna, cirugía general, otorrinolaringología, entre otros. Podríamos decir que es un hospital con capacidad de tercer nivel de atención que apenas empieza. Los pacientes que reciben son trabajadores del estado como doctores, dentistas o maestros con plazas federales.

Clínica Hospital ISSTECH este es un centro donde si hay áreas de hospitalización general cuenta con especialidades básicas como medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina familiar. Cuenta con área de consulta externa para derechohabientes de los trabajadores del estado de Chiapas por ejemplo maestros con plazas estatales. En el municipio también se encuentra la Cruz Roja Mexicana dando servicios asistenciales de consulta y en ocasiones brigadas oftalmológicas.

En el municipio hay distintas clínicas privadas como ejemplo son la Clínica Santo Domingo, Clínica San Carlos, Clínica Emmanuel, Torre Medica, Centro de diagnóstico integral, distintos consultorios de especialidad como médicos internistas, médicos pediatras, médicos ginecólogos, Centro Médico Maya, Clínica el Buen Pastor, consultorios anexos a farmacias como las de farmacias similares, Yireh y farmacias del ahorro. El municipio cuenta con suficientes servicios de salud de primer nivel de atención lo que podemos llegar a ver es que faltan servicios de salud de especialidades y subespecialidades en Palenque, pero también es importante mencionar que la mayor parte de los médicos generales y familiares se encuentran en la cabecera municipal, mientras que en lugares de difícil acceso aún quedan sin médicos o con pocos médicos que puedan cubrir la demanda. En la totalidad del municipio según los últimos datos de diciembre 2025 en el Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), hay 60 unidades médicas en todo el municipio contando establecimientos privados y públicos.

La Clínica Familiar Lak Ña Clara es el lugar donde me encuentro haciendo el servicio social. La clínica se ubica en la calle prolongación Velasco Suarez S/N, Colonia Nuevo Belén, Palenque, Chiapas. Como referencias se localiza a lado del convento de las Hermanas Franciscanas de la Iglesia Católica. En esta clínica estoy realizando mi Servicio Social en el periodo 01 de febrero de 2025 a 31 de enero de 2026. La clínica se encuentra bien ubicada del centro de Palenque, se puede ir en transporte colectivo que pasa desde las 6 horas hasta las 19 horas o en taxi especial o particular, en general tiene buenas vías de acceso desde el centro de Palenque.



Imagen 3. Fuente propia. Es una imagen de la clínica donde realizo mi servicio social ubicada en Palenque, Chiapas.

INDICADORES POLITICOS

El Instituto Nacional Electoral (INE) es la máxima autoridad electoral del Estado Mexicano, constituido como un organismo público autónomo. Su función primordial es la organización de los procesos de elección federal, lo que incluye la elección de la Presidencia de la República, así como de las Diputaciones y Senadurías que integran el Congreso de la Unión. Adicionalmente, el INE organiza, en coordinación con los organismos electorales locales, las elecciones en las entidades federativas. Entre sus funciones esenciales se encuentran la emisión de la credencial para votar y la realización de diversas actividades institucionales y para la ciudadanía. El Consejo General del INE

es el órgano superior de dirección, encargado de vigilar el cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales en materia electoral. Es responsable de velar porque los principios de certeza, legalidad, independencia, imparcialidad, máxima publicidad y objetividad guíen cada una de las actividades del Instituto. (Instituto Nacional Electoral, 2025)

En el sistema democrático, los Partidos Políticos son instituciones de participación que tienen como fin promover la intervención del pueblo en la vida democrática, fomentar el principio de paridad de género, contribuir a la integración de los órganos de representación política y, como organizaciones ciudadanas, posibilitar el acceso al ejercicio del poder público. Los partidos políticos nacionales son aquellos que poseen registro ante el INE y tienen derecho a participar tanto en elecciones federales (Presidencia, Diputaciones Federales y Senadurías) como locales (Gubernaturas, Diputaciones locales y Ayuntamientos). Por otro lado, los partidos políticos locales son organizaciones ciudadanas que obtuvieron su registro ante el organismo electoral de su entidad y su participación se limita a las elecciones locales de dicho territorio. (Instituto de Elecciones y Participación Ciudadana, 2022)

En la siguiente Tabla 31 se mencionará los partidos políticos nacionales que actualmente tienen su registro ante el INE:

Partidos Políticos Nacionales
Partido Acción Nacional
Partido Revolucionario Institucional
Partido Verde Ecologista De México
Partido Del Trabajo
Movimiento Ciudadano
Movimiento Regeneración Nacional

Tabla 31. Fuente Instituto de Elecciones y Participación Ciudadana. En esta tabla se observa los partidos políticos con registro actual ante el INE.

En la siguiente Tabla 32 se mostrará el histórico de partidos políticos locales que tuvieron su registro ante el estado y su fecha de pérdida del registro:

Partido Político Local	Fecha de obtención de registro	Fecha de pérdida de registro
Partido del Frente Cívico Popular Chiapaneco	1995	2000
Partido Democrático Chiapaneco	1995	1998
Partido Avance Ciudadano	2001	2001
Partido Social demócrata	2009	2011 - Cambio de denominación a "Partido Orgullo Chiapaneco"
Partido Orgullo Chiapas	2011	2014 - Cambio de denominación a "Partido Chiapas Unido"
Partido Chiapas Unido	2014	2024
Partido Mover a Chiapas	2014	2017 - Cambio de denominación a "Partido Podemos Mover a Chiapas"
Partido Podemos Mover a Chiapas	2017	2024
Partido Nueva Alianza Chiapas	2018	2023
Partido Popular Chiapaneco	2020	2024
Partido Encuentro Solidario Chiapas	2021	2024
Redes Sociales Progresistas Chiapas	2021	REGISTRO VIGENTE
Partido Fuerza por México Chiapas	2024	2024

Tabla 32. Fuente Instituto de Elecciones y Participación Ciudadana. En esta tabla está el registro histórico de partidos locales y estatales en el estado de Chiapas.

Las elecciones por la gobernatura del estado de Chiapas fueron el 2 de junio de 2024, junto con las elecciones federales. En estas elecciones estatales la coalición conformada por Movimiento Regeneración Nacional (Morena), Partido del Trabajo y Partido Verde Ecologista de México, ganó las elecciones por voto popular y la mayoría en las diputaciones locales y las presidencias municipales. Actualmente el gobernador de Chiapas es Eduardo Ramírez Aguilar.

En el municipio de Palenque, Chiapas la elección municipal se llevó a cabo el 2 de junio de 2024, el ganador de la elección para la Presidencia Municipal fue Jorge Cabrera Aguilar, del Partido Verde Ecologista de México.

En Palenque, Chiapas hay asociaciones de diversas áreas, por ejemplo, de migración, desarrollo comunitario, derechos humanos, salud, entre otras. La Agencia de la ONU para los refugiados (ACNUR) también conocido como la Oficina del Alto Comisionado para los refugiados es un ejemplo de asociación civil con apoyo a las personas migrantes, esta asociación fue constituida desde el año 1950 provocada por la recién terminada Segunda Guerra Mundial, por la pérdida de bienes inmuebles de las personas. Actualmente la asociación opera en 136 países y una de sus sedes queda en Palenque,

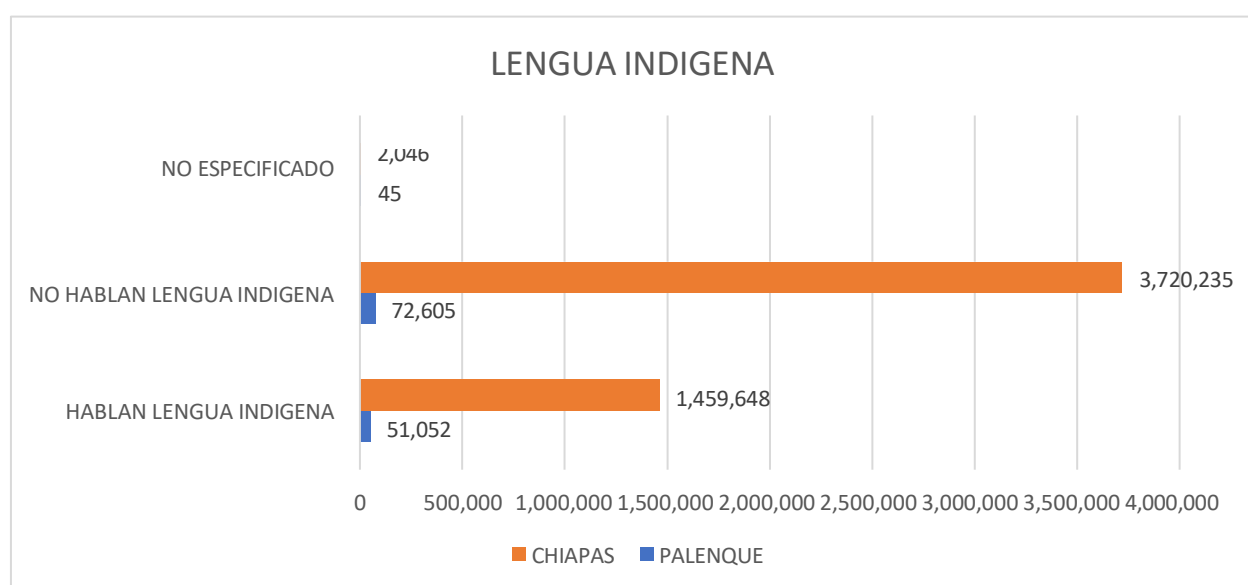
Chiapas. Sus funciones van desde incluir albergue, alimentos, agua y atención médica para las personas que fueron desplazadas de su hogar. (ACNUR, 2025)

Otra asociación similar en Palenque sería la Casa del Caminante jTatic Samuel Ruiz García, está ubicada en Pakalná, Palenque, sus funciones son “brindar asistencia a hombres, mujeres, niños y adolescentes migrantes centroamericanos que pasan por Palenque, para que recuperen sus fuerzas y sigan su camino” (Compañía de las Hijas de la Caridad, Provincia México, 2024). El enfoque es más enfocado en personas que provienen de Centroamérica y que van hacia los Estados Unidos de América.

Existen asociaciones en Palenque enfocadas en desarrollo comunitario, por ejemplo, la asociación “Salud y Desarrollo Comunitario, A.C.” (SADEC) está se dirige a la “formación de recursos humanos en salud, atención médica y dental, al impulso de estrategias sanitarias, así como la organización de estructuras de salud, en coordinación con las comunidades de las distintas regiones”. (Salud y Desarrollo Comunitario, A.C. ,2025). El trabajo que realiza SADEC se lleva a cabo en regiones de la selva, región norte y cañadas de Chiapas. Hablando del contexto histórico, los orígenes de la asociación se explican desde que da inicio el Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas, similar a lo que hace SADEC actualmente, formaban promotores de salud en las comunidades. Formalmente la asociación civil, fue creada a partir de febrero de 1995, en coordinación con Médicos del Mundo España. Las funciones que lleva a cabo son reducir los índices de morbimortalidad, especialmente muerte materno fetal, formar personal local en salud, promover proyectos productivos y de desarrollo social, impulsar la práctica herbolaria, impulsar la metodología educativa, promover mayor participación de la mujer establecer alianzas entre los diferentes actores sociales, apoyar al servicio social comunitario en campo, promover la investigación, entre otras. Las bases conceptuales de SADEC, se componen de tres rubros bien definidos como son el derecho a la salud, interculturalidad y género. Los lugares de influencia que se mencionan son “Arroyo Granizo, La Culebra, San Jerónimo Tulijá, Las Tazas, Emiliano Zapata, La Garrucha, Hospital San Carlos, Nuevo Poza Rica y Casa de la Mujer”. El centro de reunión o capacitación tiene sede en Palenque, Chiapas, donde nos sirve de apoyo a los Médicos Pasantes de Servicio Social. (SADEC, 2025)

INDICADORES CULTURALES

Los datos tomados de la encuesta del INEGI 2020 arrojaron, que en el estado de Chiapas hay 1,459,648 personas hablantes de alguna lengua indígena, es decir, el 28.2% de la población; mientras que 3,720,235 (71.8%) personas no son hablantes de alguna lengua indígena y 2046 personas no especificaron en la encuesta. En el municipio de Palenque hay 51,052 personas que hablan alguna lengua indígena, es decir, el 41.2% de las personas hablan alguna lengua, mientras que 72,605 (58.7%) personas no son hablantes de alguna lengua indígena y 45 personas no especificaron en la encuesta.



Gráfica 13. Fuente INEGI 2020. En esta gráfica se observa la población del estado de Chiapas y el municipio de Palenque que hablan con una lengua indígena.

En el municipio de Palenque es zona Ch'ol, aquí en Chiapas habitan en la región noroeste del estado, que colinda al norte con Tabasco y con Catazajá; al sur, con Simojovel, Yajalón y Chilón. La región consta de tres zonas, la primera montañosa, la segunda comprende el lado este de la serranía central y la tercera zona comprende desde el municipio de Palenque hasta las llanuras en el municipio de Ocosingo. La lengua Ch'ol es una lengua perteneciente a la familia maya o una variante del maya. Por sí mismo la lengua tiene dos variantes. En sí, el tronco lingüístico nos habla de que son hombre y mujeres originados del maíz y explican su existencia con una cercanía al maíz, considerado su alimento sagrado. (Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, 2020).

Para hablar un poco de contexto histórico la conquista de la selva chiapaneca fue a partir del año 1530, con la llegada de los españoles, a fin de evangelizar a la población indígena, se trasladaron desde la selva hasta las orillas, por lo cual comenzaron a poblar las personas en el municipio de Palenque. Se menciona que existieron compañías extranjeras que llegaron a la selva con el fin de explotar los árboles, las maderas, entre otros recursos, pero se dieron cuenta de lo costoso que era transportar este tipo de materiales por lo cual introdujeron el café, por lo que la región en esa época y en la actualidad siguen siendo una zona productora de café. (Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, 2020).

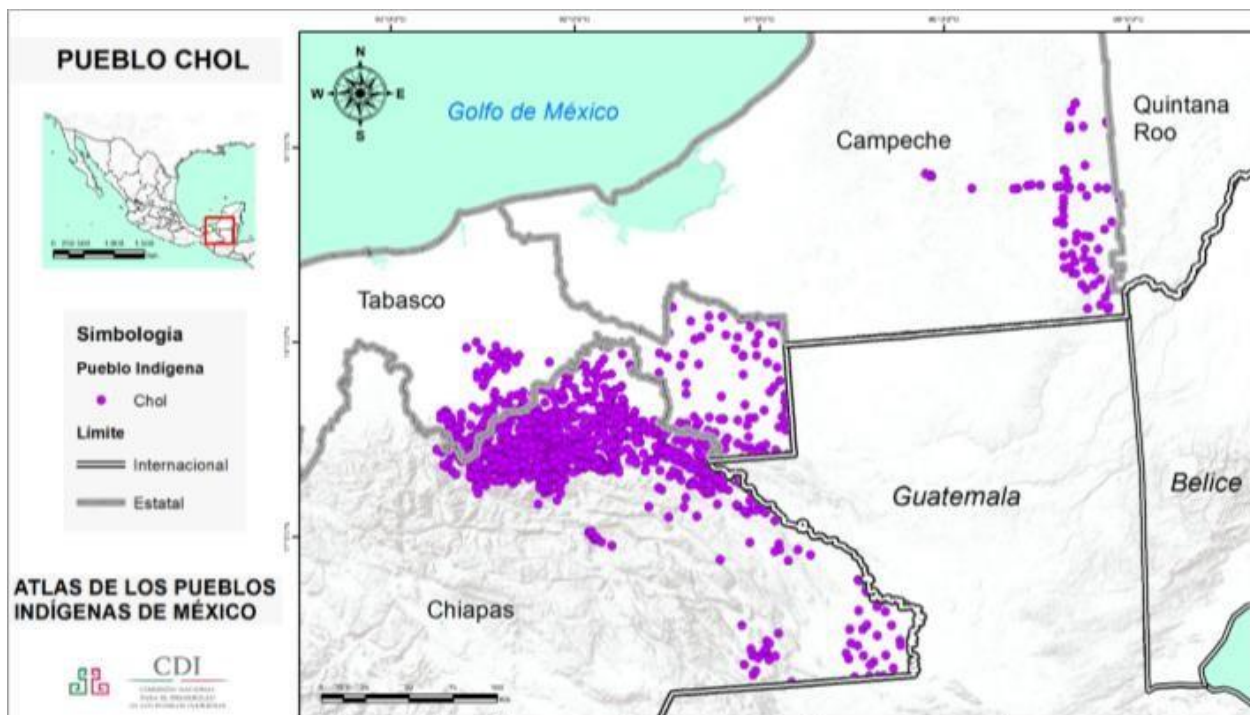


Imagen 4. Fuente Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas 2020. En esta imagen se observa la zona donde habitan las personas con origen Ch'ol en Chiapas y que hablan la lengua

Hablando de la organización social de los ch'oles se basa en juntas comunitarias, las reuniones se realizan para discutir asuntos colectivos, buscar solución a problemas de tierras o alguna necesidad de infraestructura, esas reuniones se llevan a cabo en el centro del poblado o cerca de la cancha recreativa. Las autoridades contaban con un representante de cada comunidad, en comunicación con el gobierno municipal y estatal. “Los reconocían como los principales, ellos tenían una gran experiencia y sabiduría. También existieron líderes religiosos de importancia, curanderos, otras autoridades

importantes, como lo era el delegado ejidal”. (Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, 2020).

La cosmovisión de este pueblo indígena es inclusiva, ya que mencionaba que el ser humano es parte de la naturaleza y su entorno, construyendo así su fuerte identidad, en el lugar donde viven y la selva, por esa razón la afirmación de ser los “legítimos o los originarios”. Pensando en sí mismos como hijos de la Tierra, vinculado a esa visión en tener espacios de culto, como las cuevas. Las fiestas son de carácter comunitario, las celebraciones inician cuando se acerca la fiesta principal, las misas oficiadas por los sacerdotes en los templos son precedidos por ritos tradicionales. El maíz es uno de los elementos centrales de su cultura, algunas fiestas tienen como objetivo rendir tributo al maíz. (Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, 2020).

CONCLUSIONES.

El marco legal de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los derechos universales de la salud que menciona la OMS, garantizan la salud como un derecho fundamental, en Palenque existe una barrera significativa, ya que el 37% de la población del municipio no tienen alguna afiliación a instituciones de salud, y es bien cierto que hoy en día existe el IMSS- Bienestar, que trata de subsanar las necesidades básicas de las personas que no cuentan con seguro social, pero también es de reconocer que en ocasiones no cumplen con todo lo establecido. En general, esta falta de cobertura da a que la población considere depender de servicios privados de consulta a bajo costo o clínicas particulares, lo cual es contradictorio al artículo 4to Constitucional y los derechos humanos universales.

Un indicador que es de atender es el económico, con un 69.9% de la población de Palenque en situación de pobreza y un 21.7% de la población en situación de pobreza extrema, lo cual compromete a las personas del municipio a no tener un estado de bienestar, ya que para salir de sus comunidades no tienen para el transporte para llegar a la cabecera municipal de Palenque. Esta situación económica actúa como determinante social, limitando el acceso a salud, nutrición adecuada o vivienda digna, esenciales para la salud. Actualmente, existen apoyos sociales para personas adultas

mayores, jóvenes para aprender un oficio, estudiantes de educación básica y media superior y otros programas como sembrando vida, esto ayuda a subsanar o ayudar a la población más vulnerable de Palenque. En los últimos años, el municipio ha recibido una fuerte inversión, en sector terciario o de servicios, igualmente en sector salud, como la construcción de un hospital del ISSSTE. El municipio hablando específicamente de la cabecera municipal cuentan con servicios de salud con médicos generales y familiares para atender a la población, faltan médicos especialistas y subespecialistas, diría que otro hospital de segundo nivel para ayudar al hospital general, y con respecto a las comunidades del municipio faltan médicos generales que lleguen a atender a esa población recordamos que el 50% de la población viven en comunidades, pero la mayor parte de los médicos se quedan en la ciudad donde ya hay suficientes.

Un indicador importante es la situación demográfica que vive el municipio de Palenque, actualmente hay una población joven y una pirámide población progresiva bien marcada, lo que ofrece una ventana de oportunidad a las personas, no solo para cuidar de su salud, sino para el trabajo, inversiones, vivienda, entre otras. En este momento, Palenque no tiene que pensar prioritariamente en problemas de otras pirámides poblaciones que son las pensiones o los servicios de adultos mayores, pero si subsanar acceso a servicios de salud, educación, seguridad, recreación, etc. Las tasas brutas de natalidad y las tasas brutas de fecundidad en el municipio se mantienen altas, mientras que las tasas brutas de mortalidad son bajas. Por lo que, se espera que la pirámide poblacional se mantenga de forma progresiva en el municipio.

Desde la situación de la determinación social, Palenque tiene un panorama complejo, aproximadamente la mitad de la población viven en comunidades rurales y la otra mitad en áreas urbanizadas, en el municipio el 41.2% hablan alguna lengua indígena principalmente el Ch'ol, por lo que se dificulta la aceptabilidad en los servicios de salud. Se está avanzando en estos conceptos en el municipio, pero aún hay mucho que trabajar en todos los rubros.

El 90% de la población originaria aún reside en Palenque. No obstante, es crucial considerar la perspectiva de la migración de personas provenientes de Centroamérica. Existen organizaciones civiles dedicadas a proteger los derechos humanos de estos

migrantes, pero es importante analizar las causas que motivan su desplazamiento desde sus lugares de origen.

En Palenque, la disponibilidad del agua entubada es del 94.3% de la población, la disponibilidad de energía eléctrica es del 98% y el drenaje es de 91.7%, es decir, con estos datos, podemos decir que el acceso a estos servicios está bien cubierto, pero la meta es llegar a todos los hogares.

La morbilidad, responde directamente a las condiciones de vida locales, es decir, hay una carga importante de morbilidad de las enfermedades infecciosas respiratorias, intestinales y urinarias, pero también un aumento significativo de enfermedades crónicas influenciadas por cambios en la dieta o en el estilo de vida, como hipertensión arterial sistémica, diabetes tipo 2 u obesidad. Específicamente en el Hospital General de Palenque hubo un aumento en el porcentaje de cesáreas que se realizan, en vez de disminuir el número de cesáreas, estas fueron en aumento. La morbilidad del Hospital mayormente se atiende a los padecimientos del embarazo y su resolución. Las enfermedades crónicas fueron en menor medida, pero van en aumento, hay que tener mucha observación en esos padecimientos.

La mortalidad como indicador se nos muestra como en el país y en el estado de Chiapas son mayormente las mismas causas como enfermedades crónicas, enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes, enfermedades del hígado, y después infecciones respiratorias graves como neumonía o influenza, pero aquí se apega a que las personas fallecen por complicaciones de esas enfermedades como hipertensión, diabetes, cirrosis o cáncer. Con respecto a la muerte materna es un punto para tratar ya que se ve que el estado en el último año 2025 fue el segundo lugar en muertes maternas en el número absoluto con 43 lo cual nos dice que aun ocurren muchas muertes maternas solo detrás del Estado de México, la cual tiene mayor población. En la razón de muerte materna tiene una de 31 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, está por arriba con respecto a la media nacional de 25.1.

El municipio de Palenque presenta una realidad compleja y llena de matices. Tiene una población joven y una riqueza cultural muy diversa, su posición estratégica y la conectividad impulsada por megaproyectos federales lo coloca en una situación

interesante en la región sureste del país. Sin embargo, este potencial presenta barreras importantes, como la situación en pobreza, la cobertura de salud insuficiente y los accesos a servicios universales. Debido a esto, la intervención gubernamental a través de programas sociales y la labor de las organizaciones civiles resultan importantes para ampliar la protección a los grupos más vulnerables.

SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD

INTRODUCCION

Esta parte del reporte final de servicio social tiene como propósito plantear algunos referentes de las políticas de salud en México, observando su evolución en la historia y su impacto en los resultados obtenidos. Este punto es importante para fundamentar las políticas que dictan el actual sistema de salud en nuestro país.

Con este marco se verán también los resultados del trabajo realizado durante el servicio social, como el seguimiento de programas y las actividades realizadas durante el servicio social como también las actividades complementarias, donde se evalúa el funcionamiento y cumplimiento de estos que también están regidos en nuestra Ley General de Salud como son, los del control del niño sano, control prenatal y enfermedades crónicas.

Finalmente, se presenta el perfil de morbilidad general, donde se ve de manera estadística las patologías atendidas en la consulta de la Clínica Lak Ña Clara en Palenque, Chiapas durante el periodo comprendido de febrero 2025 a enero 2026.

MARCO TEÓRICO DE POLITICAS DE SALUD

La salud en México ha atravesado diversas etapas de transformación, la primera etapa de transformación de la salud fue la inauguración del Hospital General de México en 1905, suceso que marcó un cambio de paradigma en la práctica médica del país, donde se comenzó a utilizar como modelo el método científico y se dejó a la medicina tradicional, que hoy en día se trata de recuperar. El hospital se posicionó como un referente no solo en México, sino que en todo el continente Americano que competía en avances y tecnología con hospitales de potencias europeas. (Gómez-Dantés & Frenk, 2019)

Posteriormente, con la promulgación de la Constitución Política de 1917, la cual rige actualmente al Estado Mexicano, se sentaron las bases institucionales de la sanidad moderna. En este periodo se crearon dos organismos clave para la gestión de la salud pública: el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública. El Consejo de Salubridad se estableció como una instancia dependiente del Poder Ejecutivo, con la autoridad necesaria para emitir disposiciones sanitarias de carácter obligatorio en todo el territorio nacional. (Gómez-Dantés & Frenk, 2019)

A la par de estos avances, México se consolidó como pionero en formación académica con la creación de la primera escuela de salud pública en Latinoamérica en 1922: la "Escuela de Salubridad". Esta institución, que hoy en día es el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), fue pieza fundamental para la educación del personal sanitario y el diseño de los primeros programas preventivos que darían forma al sistema de salud contemporáneo. (Gómez-Dantés & Frenk, 2019)

En el año 1928, se crearon las Unidades Sanitarias Cooperativas con ayuda financiera de la Fundación Rockefeller, logrando una cobertura en todo el territorio nacional paulatinamente. En este tiempo como financiadores principales fueron la familia Rockefeller y los mayores magnates de la época que tenían empresas petroleras como "Standard Oil" (actualmente diversificada en distintas ramas), los cuales ponían el presupuesto para crear nuevos medicamentos para enfermedades pero también era un negocio para ellos por las patentes, como ejemplo la insulina que era inaccesible en esos

tiempos pero también es inaccesible actualmente 2026 para personas que requieren insulina, no les alcanza para comprarlos mientras que el proceso de fabricación hoy en día es más eficiente. Los Rockefeller financiaron unos de los informes más controvertidos que fue el Informe Flexner donde se adoptó el modelo científico con orígenes europeos, pero dejando de lado la financiación de la medicina tradicional y homeopática que en su mayoría atendían poblaciones rurales e indígenas, con este informe el paciente dejó de verse en su contexto social y emocional, para ser un caso clínico o un número de expediente. A partir de ese momento, se perdieron las raíces de la medicina tradicional que se tratan de recuperar. (Duffy, 2011)

Estas cooperativas desempeñaron una tarea en salud pública, encargándose de la recolección de estadística, control de enfermedades infecciosas, capacitación de parteras y desarrollo de planes para el saneamiento ambiental. Es importante mencionar que en estos años se llevó a cabo importantes avances en el saneamiento de la Ciudad de México, como el drenaje del Valle de México que ayudaron a disminuir la aparición de enfermedades infecciosas. Posteriormente, se daría origen al Servicio de Higiene Rural en el año 1931 con mayor participación del gobierno mexicano. (Gómez-Dantés & Frenk, 2019)

En el Primer Congreso de Higiene Rural en Michoacán, en el año 1935, propusieron una idea que transformaría la formación académica de los estudiantes de la salud: la instauración de un servicio social obligatorio. Esta idea planteaba que, previo a que ejercieran, los estudiantes del área de la salud como médicos, enfermeros, odontólogos y químicos debían dedicar un periodo de su formación para contribuir a la sociedad y laborar en comunidades rurales, actualmente funciona como requisito para realizar el trámite de título. (Gómez-Dantés & Frenk, 2019)

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Michoacana fueron las primeras en adoptar esta iniciativa del servicio social obligatorio en áreas de la salud, la cual se extendió en toda la República Mexicana para el año 1940. Inicialmente, el periodo de práctica era de seis meses; la relevancia fue tal que en 1946 se incorporó a las escuelas de enfermería y en 1962 el programa se ampliara de forma definitiva a un año de duración, que es el tiempo que hoy en día 2026 sigue. Fue una

estrategia para solventar la carencia de atención médica en las zonas de más difícil acceso; actualmente, es un motor importante de la cobertura sanitaria en México, es de gran ayuda, ya que los médicos recién egresados del internado médico van a comunidades a atender a la población que lo necesita y no tienen esa accesibilidad a salud para ir a la ciudad. (Gómez-Dantés & Frenk, 2019)

El 15 de octubre de 1943, el presidente en ese entonces Manuel Avila Camacho creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) por decreto presidencial, institución pública que centralizaría las políticas de salud en México y fusionaría el Departamento de Salubridad Pública y Secretaría de Asistencia Pública. El primer titular de la Secretaría fue el Dr. Gustavo Baz Prada. La gestión de la SSA pasó el enfoque asistencial, se materializó en un ambicioso proyecto de infraestructura, destacando la edificación de hospitales civiles en diversas ciudades del país como Guadalajara y el Distrito Federal en ese entonces, hoy en día siguen funcionando con normalidad los hospitales. Se comenzaron a hacer campañas sobre enfermedades transmisibles y se dio enfoque en la vacunación, aunado que se hizo una fuerte inversión en creación de hospitales como el hospital rural. (De Romo & Pérez, 1998)

En el mismo año se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), hoy en día uno de los institutos más importantes del país y la que se ha consolidado como el pilar más importante de la seguridad social en México. A diferencia de otros organismos, el IMSS se diseñó bajo un esquema tripartida (aportaciones del Estado, de los patrones y de los trabajadores), con el objetivo de brindar una protección integral que trasciende la atención médica básica. Esta establece la cobertura de diversos ramos de aseguramiento esenciales para el bienestar del trabajador y su familia, los cuales son: seguro de riesgos de trabajo, seguro de enfermedades y maternidad, y seguros de invalidez y vida. Uno de los aspectos más importantes en la estructura del IMSS es su función como administrador de las pensiones. Este sistema garantiza la estabilidad económica de los derechohabientes tras concluir su vida laboral, asegurando un ingreso digno en la etapa de retiro. (Gómez-Dantés & Frenk, 2019)

El IMSS es una de las cunas formadoras de especialistas más importantes del país, actualmente hay una deficiencia de especialistas en México, en los últimos años se ha

aumentado al doble el número de plazas disponibles para hacer residencias médicas y formar especialistas que en el futuro se vuelvan adscritos a las instituciones públicas, el IMSS forma alrededor de la mitad de los residentes al año, en el 2022 hubieron 18,147 plazas en total para residencias de las cuales el IMSS dio 9,056 plazas, para mencionar que actualmente el sistema de salud tiene una dependencias importante en sus Médicos Residentes, Médicos Internos de Pregrado y Médicos Pasantes de Servicio Social, para satisfacer las necesidades sanitarias de la población en México. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2023)

El 30 de diciembre de 1959, el presidente Adolfo López Mateos promulgó la ley que dio origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual inicio el 01 de enero de 1960. Tuvo funciones parecidas al IMSS: servicios preventivos y de salud, prestaciones sociales (seguros de invalidez, muerte, retiro, préstamos personales y créditos hipotecarios) y apoyo al consumo (estancias infantiles y tiendas de autoservicio). Con la instauración del ISSSTE, el Sistema Nacional de Salud quedó estructurado de forma fragmentada, estableciendo una clara distinción entre los trabajadores de la iniciativa privada (atendidos por el IMSS), los trabajadores del Estado (atendidos por el ISSSTE) y la población sin seguridad social (atendida por la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia). El ISSSTE es otro de los grandes formadores de especialistas en México, en comparación con el IMSS no ofrece saliendo de la residencia trabajo a los egresados de esta institución, lo cual en ocasiones deja de incentivar el trabajo en hospitales públicos, por lo cual los médicos emigran a la práctica privada, también otra de las razones es que los sueldos institucionales son menores que en el sector privado, se ha visto en renuncias masivas de especialistas en los últimos años. (Gómez-Dantés & Frenk, 2019)

En 1983, se realizaron reformas estructurales a la Constitución Política de 1917, El cambio más importante fue la modificación del Artículo 4to, el cual estableció formalmente el derecho a la protección de la salud para todos los ciudadanos, desde entonces se estableció para convertirse en un derecho humano universal. El Estado asumió la responsabilidad de garantizar el bienestar físico y mental de toda persona por ser mexicano, sin importar su estatus laboral o socioeconómico. Este cambio dio origen

a la Ley General de Salud y permitió el cambio de programas de cobertura para la población abierta sin seguro social. La SSA paso a nombrarse Secretaría de Salud (SSA), junto a estas reformas también hubo una descentralización de los servicios de salud, que dio origen a los Servicios Estatales de Salud. (Secretaría de Salud, 2022)

En 1977, se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar). Este organismo representó el esfuerzo más significativo de la época para llevar servicios sanitarios a la población campesina e indígena. En 1983, tras una reestructuración, la gestión de este componente de salud fue transferida al IMSS, bajo la premisa de que esta institución poseía una capacidad operativa y administrativa superior a la de la SSA de aquel entonces. Este cambio dio origen al programa IMSS-Coplamar, marcando el inicio de un modelo de atención que ha perdurado hasta la actualidad bajo distintos nombres. IMSS Solidaridad en 1989, IMSS Oportunidades en 2002 e IMSS Prospera en 2014. En 2003, mediante una reforma a la Ley General de Salud, se creó el Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, permitiendo que las familias sin IMSS o ISSSTE tuvieran acceso a servicios y medicamentos. (Secretaría de Salud, 2022)

En 2019, con la desaparición del Seguro Popular y tras un breve periodo de transición con el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), el Gobierno de México estableció el modelo IMSS-Bienestar como el eje rector de la atención para la población sin seguridad social. Esta transición, que se consolidó entre 2022 y 2024, busca federalizar los servicios de salud bajo un mando único, con el fin de estandarizar la calidad de la atención, asegurar el abasto de insumos y garantizar que el derecho constitucional a la salud no dependa de un esquema de afiliación previo. La política de salud actual ha cambiado de objetivo o ha dado un nuevo giro, ya que antes se basaba en la descentralización de la salud, en 2023 se firmó un acuerdo donde el IMSS- Bienestar pasó a asumir la responsabilidad sobre el sistema nacional de salud en su carácter de coordinador, implementador y ejecutor de programas, en las nuevas políticas del llamado movimiento “Cuarta Transformación”, se está federalizando y centralizando los servicios, con el objetivo de eliminar la fragmentación y llevar a cabo un sistema único. (Secretaría de Salud, 2022)

Al evaluar el impacto de las políticas públicas implementadas en periodos anteriores, se hace evidente una marcada ineficiencia en el cumplimiento del objetivo primordial de la cobertura universal. Según datos estadísticos del año 2022, el 39.09% de la población nacional presentaba carencias significativas en el acceso a servicios de salud, una cifra que se agudiza al analizar los entornos rurales, donde el porcentaje asciende al 54.82%. (INEGI, 2020)

El hecho de que la población sin seguridad social no utilice los servicios públicos se debe a un conjunto de barreras estructurales, operativas y económica. Entre los factores destacan las barreras geográficas y económicas, pues la ubicación de las unidades médicas en zonas remotas obliga a los pacientes a recorrer grandes distancias. Esto genera gastos de traslado que muchas familias no pueden costear, anulando en la práctica la gratuidad teórica del sistema de salud. A esto se suman importantes limitantes operativas, tales como la incompatibilidad entre los horarios de atención. el sistema enfrenta deficiencias profundas en el suministro y el equipamiento. Las fallas persistentes en el abasto de medicamentos básicos, el deterioro físico de las instalaciones y la carencia de equipo médico comprometen la calidad del servicio. Finalmente, la saturación de las instituciones se manifiesta en prolongadas listas de espera, tanto en los servicios de urgencias como en la consulta externa, extendiéndose incluso a la programación de estudios de laboratorio y de gabinete. Esto obliga a la población a recurrir al sector privado o a consultorios anexos a farmacias. (Coneval, 2023)

En el Programa Sectorial en Salud 2025-2030, es el documento más importante en políticas de salud en nuestro país, pone metas que se debe de cumplir durante el sexenio de la actual presidente de México:

- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud.
- Incrementar la capacidad resolutive y calidad de la atención del Sistema Nacional de Salud para la población usuaria.
- Garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud de toda la población.
- Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población.

- Fortalecer la integración y modernización del Sistema Nacional de Salud para mejorar la atención a la población.
- Disminuir las brechas de salud y atención para poblaciones prioritarias y vulnerables

El país se ha propuesto según el Programa Sectorial (2025) que para el año 2030, en avanzar de manera sustancia en la reducción de las brechas de desigualdad sanitaria que históricamente han vulnerado a los sectores más desprotegidos del país. Este esfuerzo se focaliza en grupos de atención prioritaria, tales como las comunidades indígenas y afroamericanas, personas con discapacidad, grupos migrantes, mujeres, adultos mayores, así como niñas, niños y adolescentes. El objetivo es eliminar las barreras de exclusión que han limitado el acceso efectivo a la salud para estos colectivos durante décadas. Esto implica un rediseño profundo del modelo de prestación de servicios, transitando de un sistema meramente curativo hacia uno de carácter preventivo, equitativo y con fuerte arraigo comunitario. Al colocar a la comunidad como el eje central de la atención, se busca que el sistema de salud no solo responda ante la enfermedad, sino que actúe sobre los determinantes sociales que la originan.

Durante el Programa Sectorial (2025) se ajustan nuevos programas que representan nuevas ideas para mejorar la salud de las personas, el programa “Salud Casa por Casa”, la estrategia se fundamenta en reconocer determinantes en la población adulta mayor, entendiendo que el bienestar de la población no depende únicamente de la atención clínica en el consultorio, sino de las condiciones de vida en el hogar. Al movilizar brigadas compuestas por profesionales de medicina y enfermería hacia los domicilios de adultos mayores y personas con discapacidad, el Estado busca romper las barreras demográficas y físicas. Otro programa, es el programa las “Farmacias del Bienestar”. El programa aprovecha la infraestructura de los Bancos del Bienestar y la capacidad de almacenamiento de la Mega farmacia del Bienestar para asegurar que el tratamiento prescrito llegue de manera gratuita y oportuna al paciente, eliminando las ineficiencias que existían anteriormente.

ACTIVIDADES REALIZADAS CLINICA LAK ÑA CLARA

Nombre del programa:

CONTROL DEL NIÑO SANO

Fundamento:

NOM-008-SSA3-2017

Objetivos del programa:

- Supervisar el crecimiento y desarrollo de los infantes desde el nacimiento hasta los 1000 días de vida, con el fin de detectar de manera oportuna alteraciones en salud, nutrición y neurodesarrollo.
- Monitorear los procesos de maduración psicológica y social durante la adolescencia, enfocándose en la detección de riesgos de la etapa del desarrollo.
- Cumplir con el esquema nacional de vacunación
- Informar a los padres en la identificación de signos de alarma de enfermedades prevalentes
- Vigilar estado nutricional mediante indicadores de somatometría.

Metas

- Consultas de control en neonatos con 2 consultas (7 y 28 días de vida), lactante menor (1 a 12 meses) 6 a 12 consultas al año, Lactante mayor (12 a 24 meses) 4 consultas, preescolar (2 a 5 años) 2 consultas por año, escolar (6 a 12 años) 1 consulta al año y adolescente (12 a 18 años) 1 consulta. Esto como referencia la NOM-008-SSA3-2017.
- Vacunación pertinente según la edad: BCG y Hepatitis al nacer; Hexavalente-Rotavirus-Neumococo a los 2 meses; Hexavalente- Rotavirus-Neumococo a los 4 meses; Hexavalente e Influenza a los 6 meses; Influenza a los 7 meses (refuerzo); SRP y Neumococo a los 12 meses; Hexavalente y SRP a los 18 meses; Influenza anual y DPT a los 4 años, tomando como referencia la guía de práctica clínica 2024 sobre la vacunación del niño y la niña menor de 12 años.

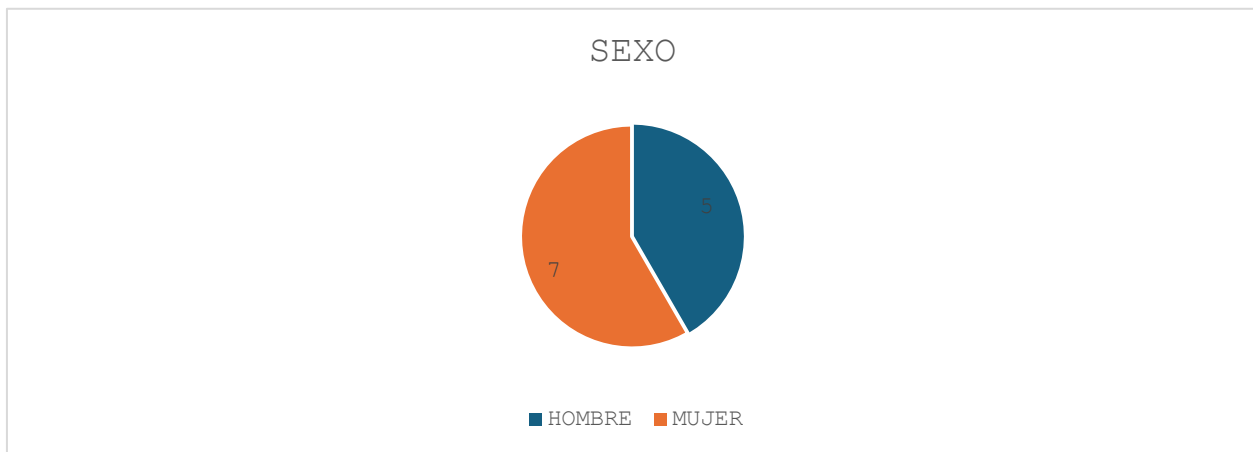
Actividades

Se llevó a cabo una evaluación de somatometría y nutricional en cada consulta, la cual consistió en la medición de peso, talla y perímetro cefálico; estos datos fueron interpretados utilizando los percentiles establecidos en las tablas de la Organización Mundial de la Salud. Se realizó el tamizaje de neurodesarrollo mediante la aplicación de herramientas estandarizadas como la prueba de Denver, lo que permitió identificar retrasos en las áreas de lenguaje, social, motor grueso y motor fino, facilitando así la referencia inmediata a servicios de estimulación temprana. Como parte del protocolo preventivo, se solicitó la cartilla de vacunación a los padres o tutores con el objetivo de verificar y dar seguimiento al esquema de inmunizaciones, asegurando que los biológicos se aplicaran en tiempo y forma de acuerdo con la edad cronológica. Se entregó suplementación vitamínica y tratamiento antiparasitario. Se realizó una exploración física de revisión cabeza a pies, enfocada en la detección de malformaciones congénitas, así como en la identificación de alteraciones en la agudeza visual o auditiva.

Resultados

Durante el periodo comprendido entre febrero de 2025 y enero de 2026, se registraron un total de 47 consultas de control del niño sano. De estas consultas 12 pacientes fueron integrados al programa y se pudieron ver en consultas subsecuentes. En cuanto a la distribución por sexo en los niños agregados al programa, se atendieron a 7 niñas y 5 niños. En cada sesión se realizó un tamizaje de neurodesarrollo y se evaluaron los indicadores antropométricos de peso para la talla, peso para la edad y talla para la edad, utilizando los percentiles de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para detectar deficiencias nutricionales. Se identificaron de los doce niños del programa a 4 casos de bajo peso para la edad y 2 casos de baja talla para la edad, los otros 6 niños del programa según los percentiles y la curva de la OMS estaban en parámetros adecuados para la edad, talla y peso. De los niños con anomalías nutricionales se brindaron recomendaciones sobre alimentación a los padres, se proporcionaron datos de alarma, se les proporcionó vitaminas e indicó tratamiento desparasitante, logrando aumentar de peso y mejora del estado nutricional. Se pidió la cartilla de vacunación para asegurar que contaran con las vacunas correspondientes con la edad, de los cuales en las consultas

de seguimiento de los 12 pacientes 7 tenían todas sus vacunas conforme a la edad, mientras que 5 les faltaba una vacuna, en 3 les faltaba la SRP y en 2 la DPT, se les orientó a los padres de familia ir al centro de salud más cercano para que le colocaron las vacunas correspondientes. El principal reto es el seguimiento de los pacientes, los padres mencionan que no tienen tiempo para regresar a las consultas de seguimiento por el trabajo y que no traen a revisión a sus niños cuando están bien, solo cuando tienen alguna patología aguda.



Gráfica 14. Fuente propia. En esta grafica observamos el numero de hombres y mujeres que pertenecen al programa Control del Niño Sano.

Coherencia interna

El programa de Control del Niño Sano mostro resultados deficientes, por lo cual no se puede contrastar con la situación en Palenque por una muestra pequeña. El número de las consultas del niño no se cumplieron de acuerdo con las metas establecidas por la edad. Se lograron detectar a un total de 6 niños con desnutrición en el cual se lograron intervenciones oportunas para la mejoría de su estado nutricional. A su vez, se detectaron a 5 niños con vacunas faltantes los cuales fueron orientados para que se vacunen, es decir, esta meta del programa se cumplió en un 58% ya que 7 de los 12 niños estaban con su esquema de vacunación completo. Es de reconocer que con una muestra muy pequeña con respecto a la población del municipio no se puede hacer un análisis adecuado por existencia de un sesgo. En la clínica se cuenta con las herramientas básicas para que se siga realizando el programa de control de niño sano, como básculas, vitaminas y desparasitantes. La limitada disponibilidad de la consulta de

seguimiento puede ser por distintas causas, por lo cual es importante reforzar la educación a los padres de familia para traer a consulta a sus niños, aunque no presenten alguna patología aguda. Las metas establecidas de consulta no se cumplieron.

Propuestas para mejorar

Para mejorarlo, se puede implementar recordatorios como mensaje previo a las citas de control, un expediente digital con datos del niño y padres para tener en cuenta cuando un niño en el programa falte a su consulta de control y comunicarse cuando falte a su consulta y permitir ver la evolución de este y por último sería la educación en salud a los padres para que vean la importancia de acudir a sus citas de control, aunque los niños estén sanos.

Nombre del programa

CONTROL PRENATAL

Fundamento:

NOM-007-SSA2-2016

Objetivos

- Identificación de mujeres embarazadas
- Vigilancia gestacional
- Reconocer de factores de riesgo obstétrico
- Realizar tamizajes diabetes gestacional y bacteriuria asintomática
- Monitorear ganancia de peso, presión arterial, fondo uterino y frecuencia cardiaca fetal.
- Brindar suplementación con hierro, ácido fólico y omegas.

Metas

- Asegurar que las pacientes embarazadas cumplan con un mínimo de 5 consultas, de acuerdo con la NOM-007-SSA2-2016

- Garantizar que las pacientes cumplan con un mínimo de 3 ultrasonidos obstétricos de acuerdo con la NOM-007-SSA2-2016

Actividades

Se monitoreó la ganancia de peso, medición de la presión arterial en cada visita, se registró el fondo uterino y frecuencia cardiaca fetal. Se pidió estudios de laboratorio necesarios para llevar un tamizaje correcto, como la biometría hemática, química sanguínea, VDRL, VIH, examen general de orina, urocultivo, tipo de sangre, etc. Se dieron recomendaciones de la suplementación como el ácido fólico, hierro, calcio, etc. Se dieron datos de alarma a la madre como dolor de cabeza, zumbido de oídos, si ve luces, edema, pérdida de líquido o sangre. Se realizaron tamizajes de diabetes gestacional oportunamente.

Resultados

Durante el periodo de febrero de 2025 a enero de 2026, se brindó atención a un total de 22 pacientes de control prenatal. De estas consultas, fueron incluidas al programa a 5 pacientes en la clínica, no llevaron sus cinco consultas de control prenatal como tal en la clínica, pero venían de consultas prenatales en instituciones públicas de salud, mayormente de IMSS Bienestar. De las 5 pacientes que vimos de seguimiento, 3 ya habían cumplido la meta, mientras que 2 aún les faltaba algunas consultas. Las edades de los pacientes abarcaban de los 15 años hasta los 49 años. Durante las consultas de se detectaron a 2 pacientes con bacteriuria asintomática y una paciente con infección de vías urinarias bajas. De las cinco pacientes del programa una paciente ya tenía sus tres ultrasonidos obstétricos a la edad gestacional que correspondían.

Coherencia interna

Los objetivos del programa si están acorde con la realidad se relaciona con la reducción de la morbilidad y mortalidad materna-perinatal porque los tamizajes y la monitorización reduce complicaciones o se puede dar un diagnóstico oportuno para un manejo adecuado y la suplementación nos sirve para prevenir la anemia severa y reducir malformación del tubo neural del niño. La clínica cuenta con instrumentos básicos como baumanómetros, cintas obstétricas, bascular, Doppler fetal, ultrasonido obstétrico y

laboratorios básicos para la continuación del programa. Es aceptado hasta cierto punto para el diagnóstico de entrada y para revisar el bienestar fetal, existe deserción del programa y falta de seguimiento en la clínica para mejorar este problema debemos brindar asesoramiento y educación a los pacientes para que vengan a sus citas programadas, aunque no presentan síntomas, igualmente mencionarles que es necesario realizarse por lo menos 3 ultrasonidos obstétricos para revisar bienestar fetal u otra anomalía. Las metas de este programa no se cumplieron en su totalidad, 3 pacientes ya tenían sus 5 consultas prenatales mínimas por lo cual esta meta se cumplió en un 60%, mientras que en los ultrasonidos obstétricos solo una cumplía con el requisito entonces esta meta se cumplió en un 20%. En este caso es una muestra muy pequeña, para la población total de Palenque no se puede hacer un análisis adecuado por existencias de sesgos por el tamaño de la muestra.

Propuestas para mejorar

Para mejorar se puede implementar un expediente digital para saber que pacientes no están llegando a la consulta, investigar si las pacientes están yendo a otros hospitales o consultorios a seguir su control prenatal.

Nombre del programa

CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICOS DEGENERATIVAS.

Fundamento:

NOM-030-SSA2-2009

NOM-015-SSA2-2010

Objetivos

- Prevenir y controlar enfermedades crónico-degenerativas para mejorar la calidad y esperanza de vida de la población, retrasando o evitando la aparición de complicaciones agudas y crónicas.

- Diagnosticar oportunamente casos de diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, obesidad y síndrome metabólico en la población.
- Lograr el control metabólico, circulatorios y cifras tensionales en los pacientes bajo tratamiento médico.

Metas

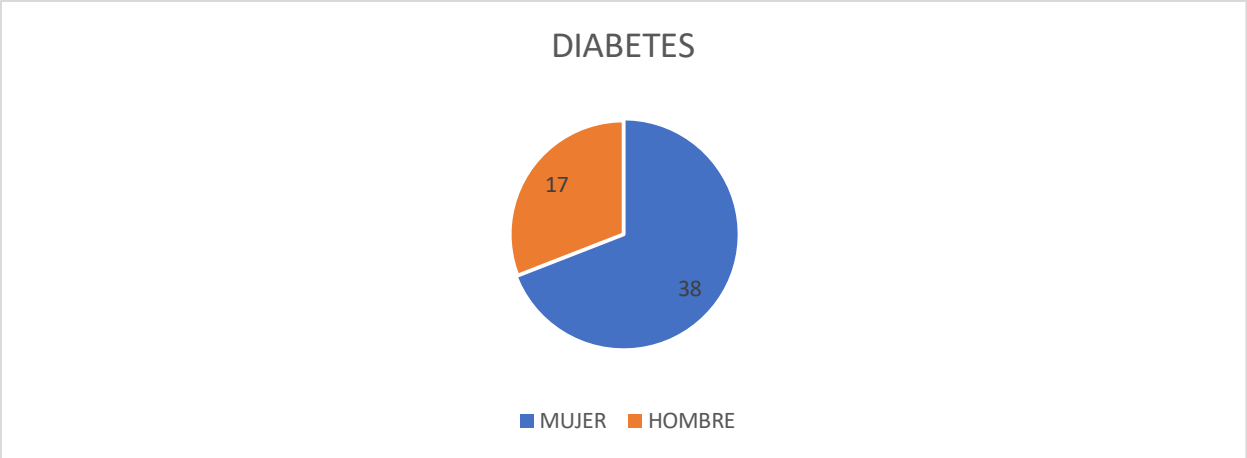
- Reducir a cero la pérdida de seguimiento de pacientes crónicos, con el fin de retener al 100% de los pacientes vistos en consultas por primera vez y que se integren al programa.
- Garantizar a los pacientes incluidos en el programa de crónicos una consulta mensual de seguimiento.
- Mantener a todos los pacientes del programa en parámetros de control en su glucosa y en su presión arterial.

Actividades

Se realizaron tamizajes en los pacientes con factor de riesgo alto de desarrollar diabetes e hipertensión. Se midió el perímetro abdominal y el peso para detectar pacientes con síndrome metabólico. A los pacientes que se confirmaba el diagnóstico se les dio recomendaciones, se le explicó riesgos y las complicaciones de la enfermedad. Se programaron consultas de seguimiento mensual para ajuste de tratamiento según respuesta terapéutica. Se les realizó una exploración física completa los pacientes buscando alguna complicación crónica, se les explica a los pacientes la importancia de identificar factores de riesgo, exploración de extremidades inferiores. Se les solicitó laboratorios para ver el control de enfermedades o complicaciones.

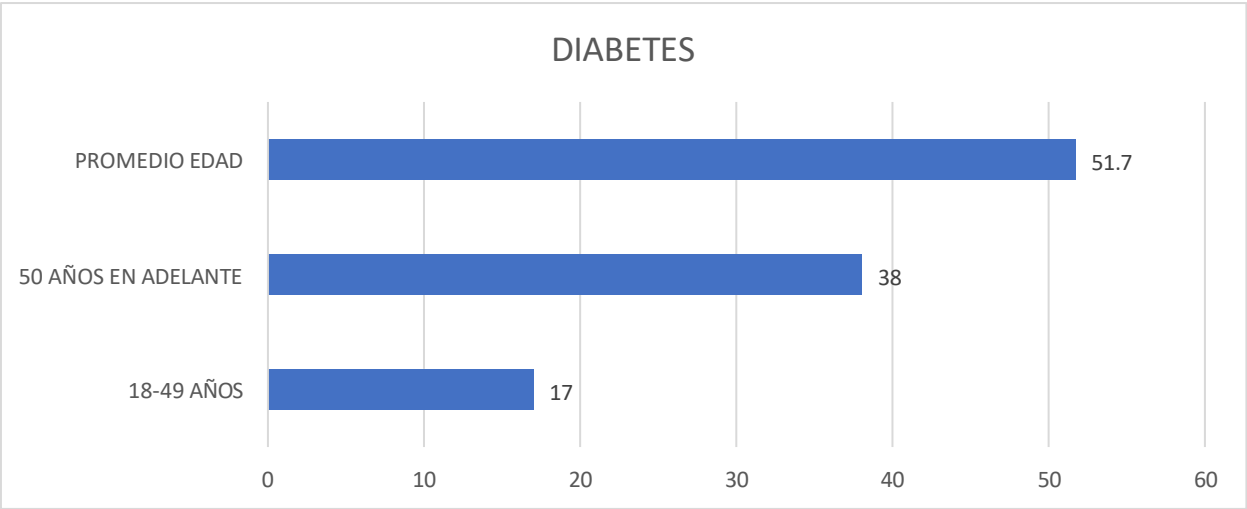
Resultados

Durante febrero de 2025 a enero de 2026 se vieron pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, de las cuales se incluyen la hipertensión arterial sistémica y la diabetes. En el periodo se vieron un total de 181 consultas de pacientes con diabetes, de estas consultas se incluyeron a 55 pacientes al programa de enfermedades crónico-degenerativas, de estos pacientes 31 están controlados.



Gráfica 16. Elaboración propia. En esta grafica observamos por sexo los pacientes con diagnóstico de diabetes en el programa de crónicos.

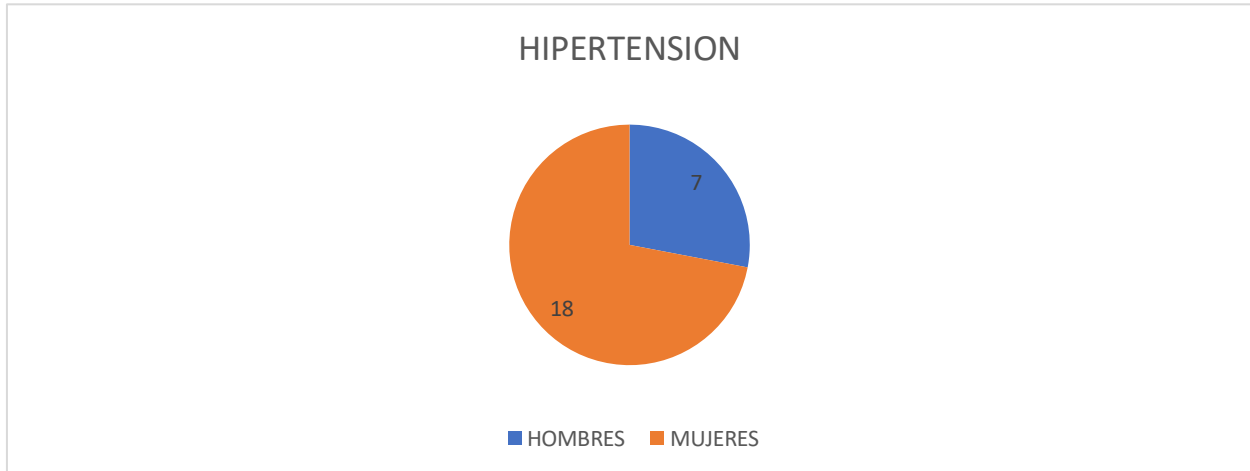
De los pacientes en el programa de crónicos con diagnóstico de diabetes se vieron a un total de 17 hombres y 38 mujeres.



Gráfica 15. Elaboración propia. En esta grafica observamos el promedio de edad y si son mayores o menores de 50 años en pacientes con diabetes en el programa de crónicos

En el programa el promedio de edad de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 fue de 51.7 años, mientras que se vieron a 38 pacientes con 50 años en adelante y se vieron a 17 pacientes de entre 18 y 49 años. No hubo ningún paciente menor de 18 años en el programa.

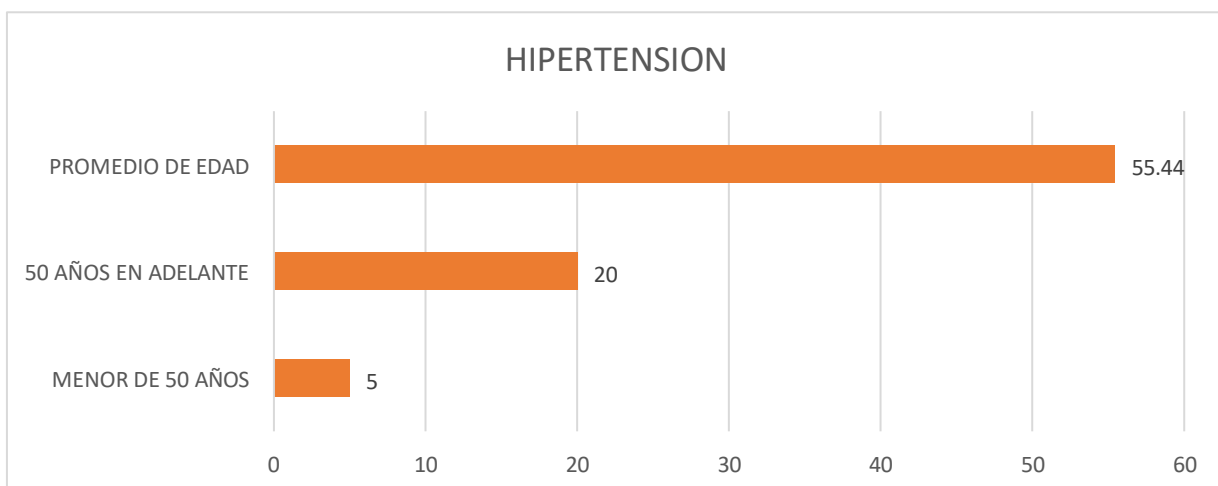
Se vieron un total de 71 consultas de pacientes con hipertensión de los cuales 25 pacientes se incluyeron dentro del programa de enfermedades crónicas-degenerativas con diagnóstico de hipertensión.



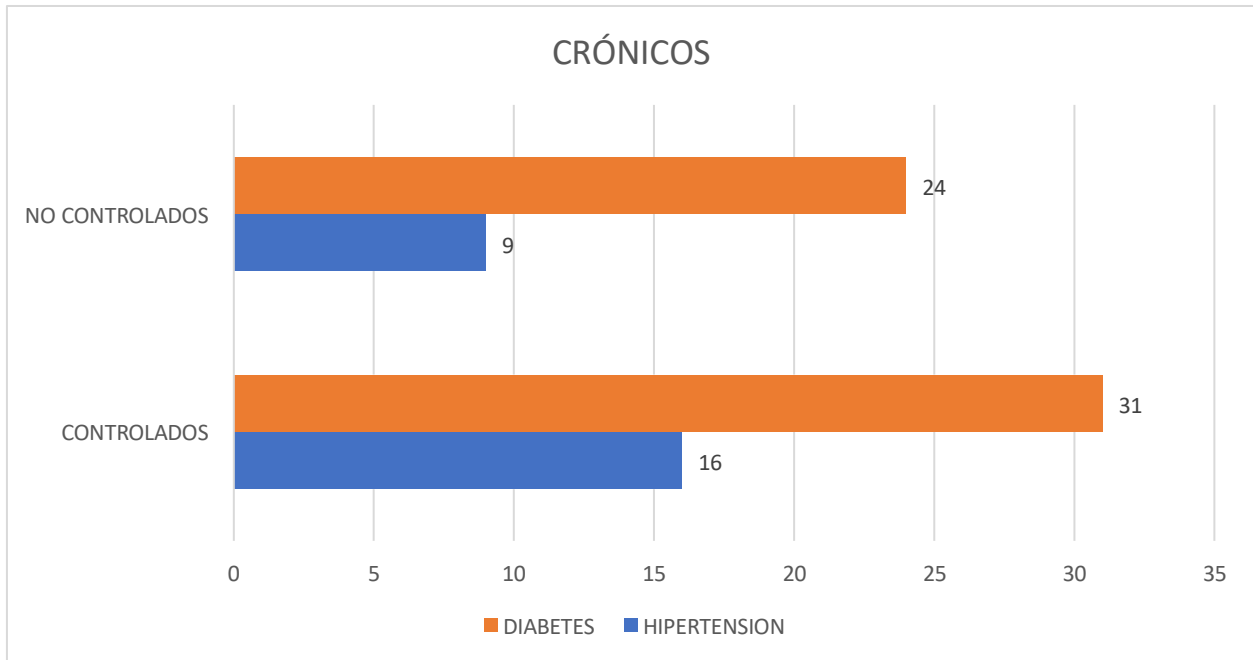
Gráfica 17. Elaboración propia. En esta grafica observamos por sexo los pacientes con diagnóstico de hipertensión en el programa de crónicos.

En el programa se vieron a un total de 18 pacientes mujeres con hipertensión y 7 hombres.

De los pacientes dentro del programa con diagnóstico de hipertensión se calculó el promedio de edad en 55.44 años, un total de 20 pacientes con 50 años en adelante y 5 pacientes menores de 50 años.



Gráfica 18. Elaboración propia. En esta grafica observamos el promedio de edad y si son mayores o menores de 50 años en pacientes con hipertensión en el programa de crónicos



Gráfica 19. Elaboración propia. En esta gráfica observamos a los pacientes que lograron su control metabólico y de la presión dentro del programa de crónicos.

En el programa de crónicos hay 55 pacientes con diabetes tipo 2 de los cuales a 31 pacientes se logró un control metabólico adecuado con el perfil de estudios de laboratorios de hemoglobina glucosilada menor a 7% y con un manejo oportuno del padecimiento, hubo 24 pacientes con diabetes tipo 2 que no se cumplió la meta de control de la hemoglobina glucosilada, pero con manejo de la enfermedad y ajuste a tratamiento dependiendo los estudios de laboratorios y la sintomatología del paciente. Los pacientes que venían a su control mensual programado de seguimiento eran 9, los demás pacientes venían cada 2 o 3 meses o incluso más tiempo a su seguimiento.

En el programa hay 25 pacientes con hipertensión arterial sistémica de los cuales 16 se logró un adecuado control de la presión arterial en consultorio y con bitácoras en casa de la presión arterial, con manejo oportuno. Hubo 11 pacientes que venían con bitácoras con valores por encima de lo normal de los cuales se ajustó el tratamiento para la mejora de la presión arterial. 5 pacientes cumplían con su consulta mensual de seguimiento, los demás pacientes venían cada 3 meses o más tiempo.

Coherencia interna

Las metas del programa de enfermedades crónicas están acordes con la realidad y se han cumplido parcialmente. Las metas de la captación fueron de 55 pacientes captados al programa con diabetes tipo 2 y 25 pacientes con hipertensión dando un total de 80 pacientes en el programa de crónicos, de los cuales se vieron un total de 252 incluyendo a los pacientes que solo fueron una vez a consulta y no se incluyeron en el programa por falta de seguimiento, nos da 32% de funcionamiento de esta meta. Con respecto a las citas mensuales en los pacientes con Diabetes tipo II solo se logró que 11 pacientes cumplieran con visitas mensuales mientras que con hipertensión se logró que 5 pacientes acudieran a consultas mensuales, nos da un funcionamiento de esta meta del programa de un 20% de consultas mensuales de seguimiento. Otra de las metas propuestas fue el control metabólico en todos los pacientes de los cuales los pacientes con Diabetes que llegaron a control fueron de 31 y con Hipertensión fue de 16 pacientes, nos da un funcionamiento de esta meta del programa de un 59%. Dentro de la clínica se cuenta con el equipo y laboratorios básicos para realizar el tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. El reto es que se pueda captar la mayor cantidad de pacientes y que los pacientes cumplan con sus citas mensuales de control, las enfermedades crónicas suelen ser asintomáticas en etapas iniciales lo que provoca que los pacientes dejen de asistir a sus citas.

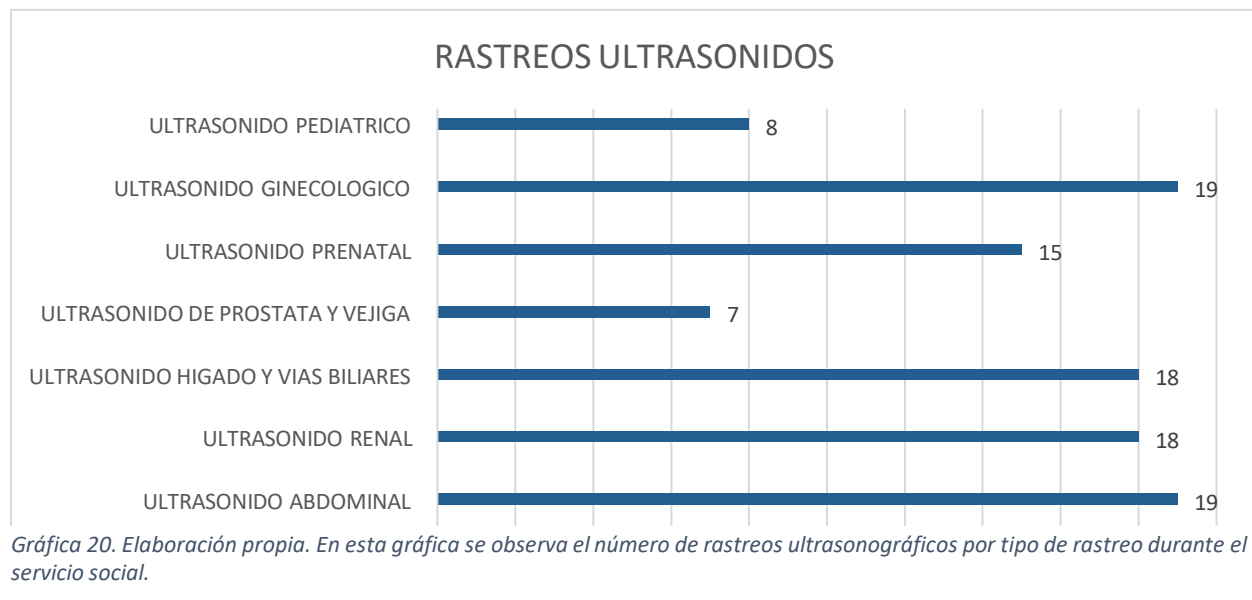
Propuestas para mejorar

Para mejorar el programa se puede fomentar una mayor comunicación con los pacientes, integración de un expediente digital para saber que pacientes están llegando a consultas de manera más eficiente y poder saber si está en control metabólico o no dependiendo sus consultas previas y ver sus antecedentes. También propongo un sistema de recordatorios para cuando un paciente falte a su cita de control mediante un mensaje de texto o Whatsapp se puede saber sus motivos, como sigue el paciente y que acuda a consulta cuando le sea posible.

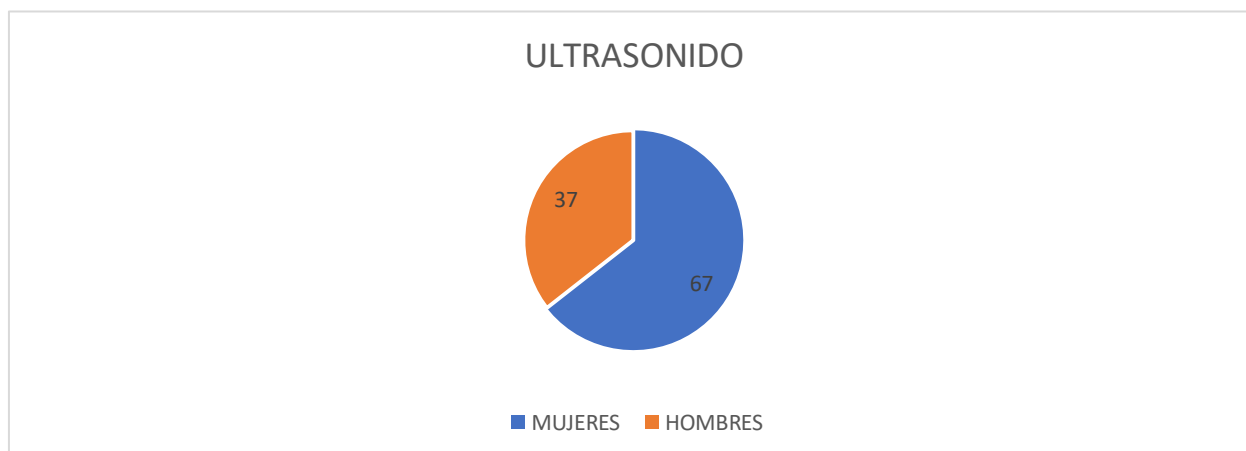
ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Se utilizó el rastreo ultrasonográfico como una herramienta de extensión a la exploración física. Se realizaron rastreos obstétricos básicos, lo cual permitió llevar un seguimiento de las semanas de gestación más preciso y detectar datos de alarma oportunamente. Se llevaron a cabo rastreos abdominales, dirigido para la evaluación de la vía biliar, para las enfermedades hepatobiliares, como colecistitis, colelitiasis, lodo biliar, también la realización de ultrasonido renal para descartar nefrolitiasis en cuadros de dolor lumbar.

Durante el año se realizaron 104 rastreos ultrasonográficos de los cuales: se realizó 8 ultrasonidos pediátricos, 19 ultrasonidos ginecológicos, 15 ultrasonidos prenatales, 7 ultrasonidos de próstata y vejiga, 18 ultrasonidos de hígado y vías biliares, 18 ultrasonidos renales y 19 ultrasonidos abdominales generales. Lo que se pudo observar en este programa distintas patologías como 9 pacientes con colelitiasis, 7 pacientes con datos sugestivos a nefrolitiasis, 4 pacientes con hiperplasia prostática benigna, distintas patologías ginecológicas como 2 pacientes con miomas de medianos elementos y 4 pacientes con síndrome de ovarios poliquístico, se pudo observar el bienestar fetal en las pacientes con ultrasonidos prenatales. Se detectó en 13 pacientes con datos sugestivos a esteatosis hepática por causa metabólica o alcohólica.



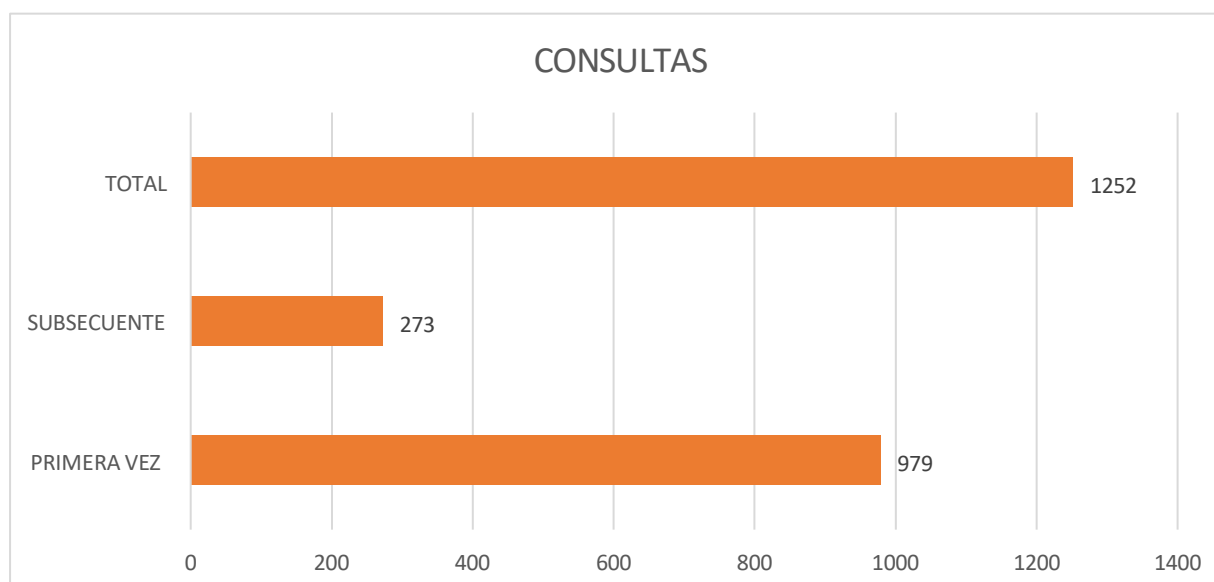
En los pacientes que se realizaron ultrasonidos en el periodo comprendido de febrero de 2025 a enero 2026, fueron a 67 mujeres y a 37 hombres.



Gráfica 21. Elaboración propia. En esta grafica se observa divididos por sexo que se realizaron rastreos ultrasonográficos durante el servicio social.

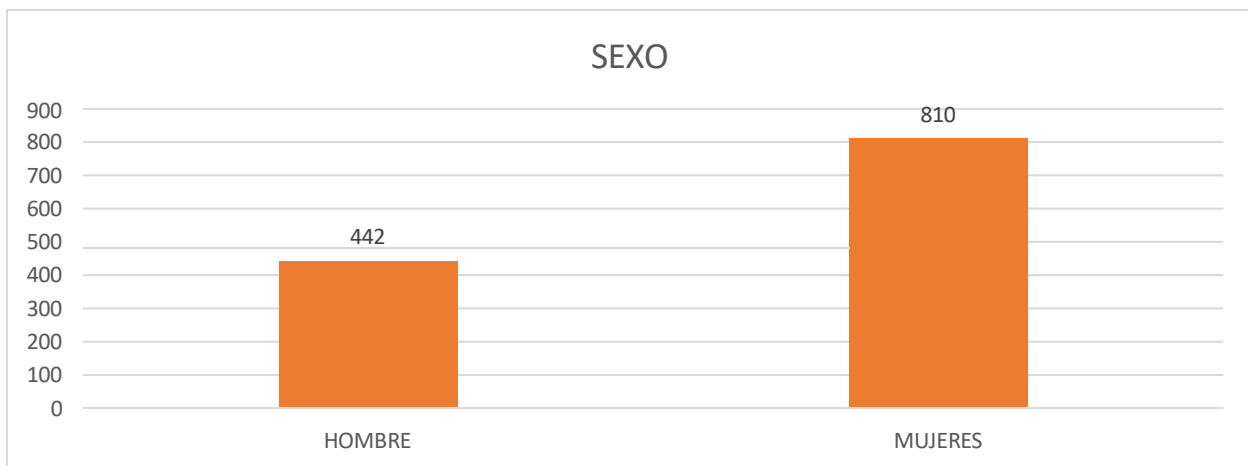
PERFIL DE MORBILIDAD

Durante el periodo comprendido desde el 1 de febrero de 2025 al 31 de enero de 2026 se atendió la consulta de la Clínica Familiar Lak Ña Clara ubicada en la colonia Nuevo Belén en la ciudad de Palenque, Chiapas. Se atendieron un total de 1252 consultas de las cuales 979 consultas fueron de primera vez y 273 consultas fueron subsecuentes.



Gráfica 22. Elaboración propia. En esta gráfica se observa el numero total de consultas durante el servicio social, los pacientes que se atendieron por primera vez y las consultas subsecuentes.

De los pacientes atendidos fueron un total de 810 mujeres y 442 hombres en la consulta durante todo el año. Esto tiene varios contrastes dado que hay una diferencia significativa entre la consulta de hombres y mujeres, esto se puede deber a que los hombres tienen trabajos con jornadas laborales donde si pierden un día de trabajo no generan dinero para comer o satisfacer las necesidades de su hogar, otra razón puede ser el acceso geográfico, ya que como en la clínica mayormente los servicios son de turno matutino, eso son los horarios donde tienen mayor productividad laboral y por último, un estigma cultural donde el hombre ante la sociedad se debe mostrar fuerte, acudir al médico es un muestra de debilidad.



Gráfica 23. Elaboración propia. En esta grafica se observa divididos por sexo el total de consultas realizadas durante el servicio social.

Durante el servicio social se atendieron una variedad de enfermedades, en la morbilidad general se puede observar que la patología mayor vista en la consulta fueron las infecciones respiratorias virales en 151 veces, la segunda causa fue la diabetes en 126 consultas de primera vez, la tercera causa fueron las infecciones intestinales en 47 ocasiones, la cuarta causa fue la hipertensión en 46 veces, la siguiente causa fueron las dislipidemias en 44 ocasiones, sexta causa fueron las infecciones de vías urinarias en 42 veces, séptima causa fueron las infecciones vaginales en 41 ocasiones, posteriormente fue la lumbalgia, dermatitis y faringoamigdalitis en 38, 36 y 29 ocasiones respectivamente. Se ve interesante que en la morbilidad se ve una carga de enfermedad doble donde se ven predominancia de la enfermedad aguda pero igualmente le sigue por poco la creciente de las enfermedades crónicas, igual es importante destacar que hay

una alta carga de enfermedades que afectan la salud cardiovascular como diabetes, hipertensión y dislipidemias, de las cuales se tiene que hacer un seguimiento arduo.

MORBILIDAD GENERAL														TOTAL	TASA
	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO			
INFECCION RESPIRATORIA VIRAL	8	21	14	12	11	15	5	10	20	28	3	4	151	11.42	
DIABETES	4	14	10	17	10	9	10	7	10	25	4	6	126	9.53	
INFECCION INTESTINAL	8	3	6	4	6	3	1	5	4	2	1	4	47	3.55	
HIPERTENSION	2	8	4	3	2	2	1	1	3	15	1	4	46	3.48	
DISLIPIDEMIA	3	4	8	4	2	10	0	0	5	4	1	4	44	3.33	
INFECCION URINARIA	1	2	5	2	8	7	1	1	6	5	4	6	42	3.18	
INFECCIONES VAGINALES	1	4	3	2	4	3	2	3	2	12	4	4	41	3.10	
LUMBALGIA	4	3	3	2	2	2	4	5	3	6	1	4	38	2.87	
DERMATITIS	1	7	3	1	5	3	2	2	4	3	2	2	36	2.72	
FARINGOAMIGDALITIS	1	4	4	5	1	0	2	2	2	5	2	1	29	2.19	
Población 132,265 habitantes	Tasa calculada por 10 mil habitantes												Total	600	

Tabla 33. Elaboración propia. En esta tabla se observa las 10 principales causas de morbilidad en la consulta durante el servicio social. El número total de pacientes con la enfermedad y la tasa.

En cuanto a la morbilidad por enfermedades transmisibles, se observa que las infecciones respiratorias virales ocupan el primer lugar con una incidencia significativamente alta. A estas les siguen, en orden de frecuencia, las infecciones intestinales y urinarias; en cuarto lugar, se sitúan las infecciones vaginales, seguidas de la faringoamigdalitis, la otitis externa y la otitis media aguda. Finalmente, las tiñas, parasitosis y en menos casos la sinusitis. En comparación con la morbilidad estatal es similar, ya que la principal causa de morbilidad en el estado de Chiapas en el 2024 fueron las infecciones respiratorias agudas, seguido de infecciones intestinales, infecciones urinarias, en cuarto lugar, infecciones odontogénicas, conjuntivitis, infecciones vaginales y otitis.

MORBILIDAD TRANSMISIBLE														TOTAL	TASA
	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO			
INFECCION RESPIRATORIA VIRAL	8	21	14	12	11	15	5	10	20	28	3	4	151	11.42	
INFECCION INTESTINAL	8	3	6	4	6	3	1	5	4	2	1	4	47	3.55	
INFECCION URINARIA	1	2	5	2	8	7	1	1	6	5	4	0	42	3.18	
INFECCIONES VAGINALES	1	4	3	2	4	3	2	3	2	12	4	1	41	3.10	
FARINGOAMIGDALITIS	1	4	4	5	1	0	2	2	2	5	2	1	29	2.19	
OTITIS EXTERNA	0	1	2	5	1	5	0	3	6	2	0	0	25	1.89	
OTITIS MEDIA AGUDA	0	1	2	3	2	7	1	0	3	3	3	1	0	23	1.74
TIÑA	0	2	2	5	0	2	1	0	2	5	0	1	20	1.51	
PARASITOSIS	0	1	3	0	0	1	0	2	2	6	1	0	16	1.21	
SINUSITIS	1	0	3	2	1	0	1	1	1	3	0	2	15	1.13	
Población 132,265 habitantes	Tasa calculada por 10 mil habitantes												Total	409	

Tabla 34. Elaboración propia. En esta tabla se observa las 10 principales causas de morbilidad de enfermedades transmisibles en la consulta durante el servicio social. El número total de pacientes con la enfermedad y la tasa.

En la morbilidad no transmisible, se observa en primer lugar la diabetes con 126 casos, seguido de hipertensión con 46 casos, a continuación, fueron las dislipidemias con 44 casos, después las lumbalgias en 38 ocasiones, las dermatitis en 36 ocasiones, la migraña en 28 veces. Posteriormente, colitis en 27 ocasiones, osteoartritis en 26 ocasiones, gastritis 21 veces y por último anemia en 20 ocasiones. En comparación con la morbilidad estatal, la principal causa de consulta en el estado de Chiapas en 2024 de

las enfermedades no transmisibles fueron las gastritis en quinto lugar, en decimo y onceavo lugar la hipertensión arterial y la diabetes tipo 2, respectivamente.

	MORBILIDAD NOTRANSMISIBLE												TOTAL	TASA
	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	ENERO		
DIABETES	4	14	10	17	10	9	10	7	10	25	4	6	126	9.53
HIPERTENSION	2	8	4	3	2	2	1	1	3	15	1	4	46	3.48
DISLIPIDEMIA	3	4	8	4	2	10	0	0	5	4	1	3	44	3.33
LUMBALGIA	4	3	3	2	2	2	4	5	3	6	1	3	38	2.87
DERMATITIS	1	7	3	1	5	3	2	2	4	3	2	3	36	2.72
MIGRAÑA	2	3	3	1	2	3	2	3	2	3	2	2	28	2.12
COLITIS	2	3	2	5	1	2	1	3	3	5	0	0	27	2.04
OSTEOARTRITIS	0	3	3	1	2	3	1	0	1	9	1	2	26	1.97
GASTRITIS	2	2	0	4	4	4	2	0	1	2	0	0	21	1.59
ANEMIA	0	1	2	0	4	2	2	1	1	5	1	1	20	1.51
Población 132,265 habitantes	Tasa calculada por 10 mil habitantes											Total	411	

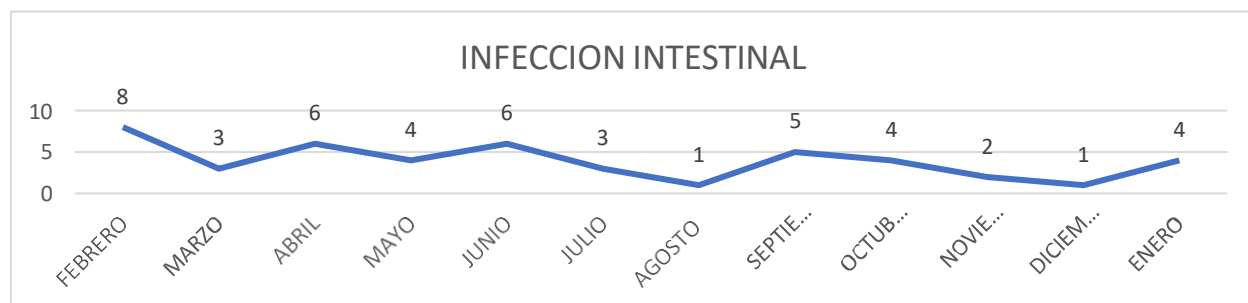
Tabla 35. Elaboración propia En esta tabla se observa las 10 principales causas de morbilidad de enfermedades no transmisibles en la consulta durante el servicio social. El número total de pacientes con la enfermedad y la tasa.

La enfermedad transmisible más diagnosticada fueron las infecciones respiratorias virales, donde los meses con mayor frecuentes fueron noviembre, marzo y octubre, con más de 20 consultas atendidas por estas causas, por lo cual en meses de invierno y otoño hubo una mayor incidencia de estas patologías respiratorias, en diciembre y enero hubo baja frecuencia por vacaciones. Con respeto al estado de Chiapas tiene relación ya que los meses con mayor incidencia de enfermedades respiratorias son cuando termina el otoño y empieza la primavera, es decir entre los meses de octubre y marzo, donde se debe tener mayor protección contra enfermedades virales como la influenza, y en la gráfica se ve un comportamiento similar de las enfermedades respiratorias. En las infecciones intestinales tiene un gran componente la temporada de calor entre los meses de abril a junio, donde también en la clínica hubo mayores casos de infecciones intestinales. Por último, las infecciones urinarias que en el estado no hubo un patrón específico de la enfermedad.



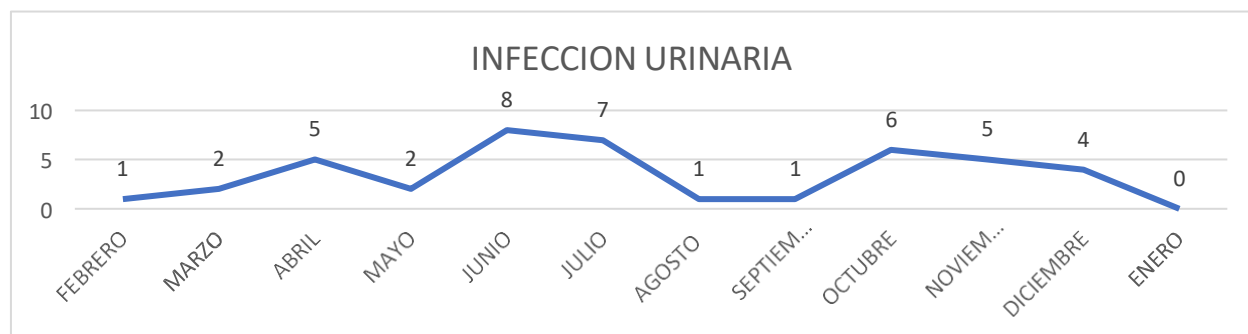
Gráfica 24. Elaboración propia. En esta gráfica observamos la tendencia por meses de las infecciones respiratorias virales durante el año de servicio social.

La segunda causa más frecuente transmisible fueron las infecciones intestinales, los meses con mayor incidencia fueron febrero, abril y junio, con 8, 6 y 6 casos vistos respectivamente.



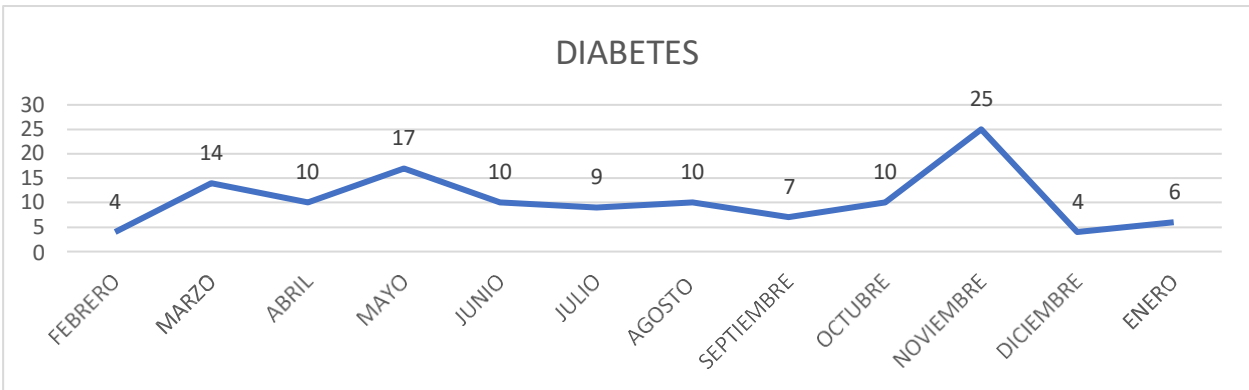
Gráfica 25. Elaboración propia. En esta gráfica observamos la tendencia por meses de las infecciones intestinales durante el año de servicio social.

La tercera causa de morbilidad transmisible fueron las infecciones urinarias de las cuales los meses más frecuentes fueron en junio julio y octubre, con 8, 7 y 6 casos respectivamente.



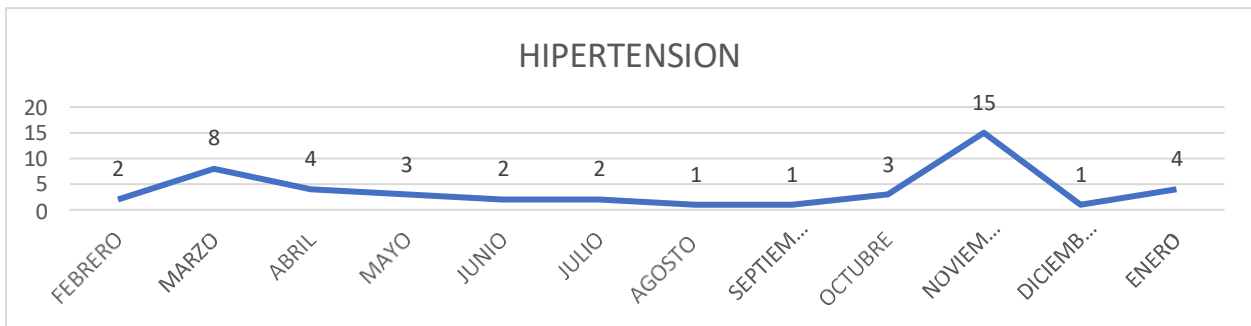
Gráfica 26. Elaboración propia. En esta gráfica observamos la tendencia por meses de las infecciones urinarias durante el año de servicio social.

La enfermedad no transmisible más diagnosticada fue la diabetes, los meses donde se vieron a más pacientes de primera vez fueron en noviembre, mayo y marzo, en noviembre porque hubo una jornada medica entonces el número de pacientes fue mayor y por eso aumentaron los casos. 25, 17 y 14 casos respectivamente durante esos meses. Se mantuvo bastante estable la consulta de diabetes durante todo el año. En el estado de Chiapas está en el décimo lugar la diabetes tipo 2, en este caso no hubo predominio de meses en la cual diagnosticaron a más personas.



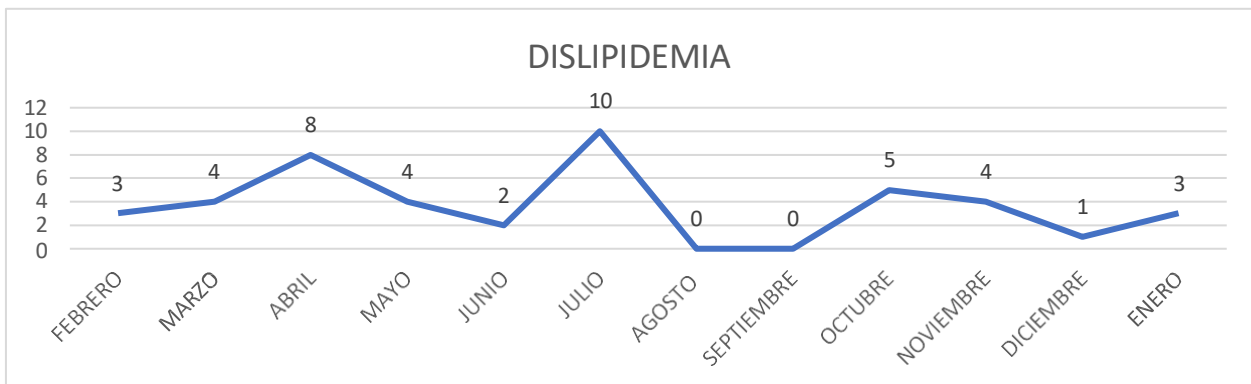
Gráfica 28. Elaboración propia. En esta gráfica observamos la tendencia por meses de la diabetes durante el año de servicio social.

La segunda enfermedad no transmisible con más casos fue la hipertensión, los meses donde hubo mayor caso de primera vez fue en noviembre con 15 casos y en marzo con 8 casos.



Gráfica 27. Elaboración propia. En esta gráfica observamos la tendencia por meses de la hipertensión durante el año de servicio social.

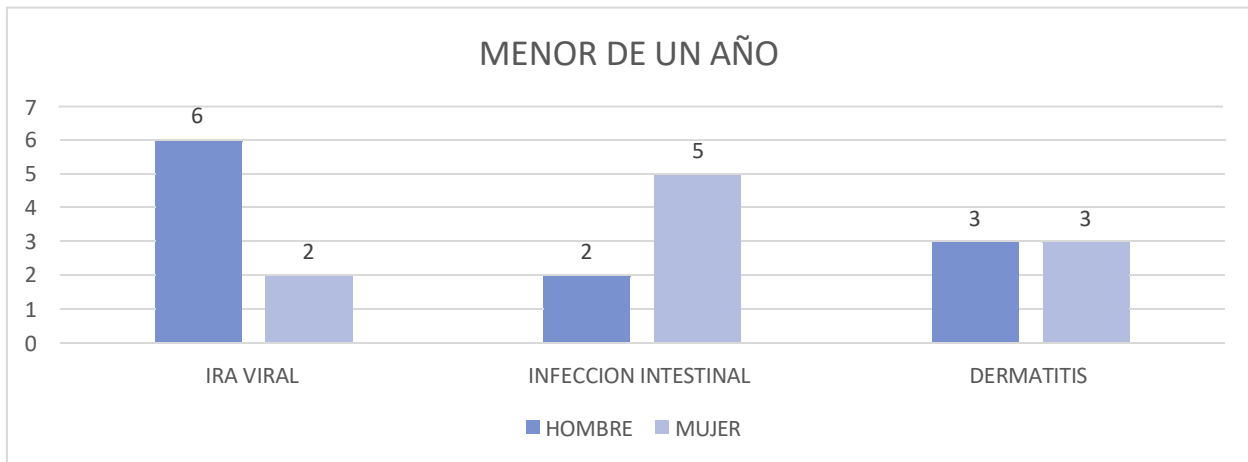
La tercera enfermedad no transmisible con más casos fue la dislipidemia, los meses con más casos fue julio con 10, abril con 8 y octubre con 5.



Gráfica 29. Elaboración propia. En esta gráfica observamos la tendencia por meses de las dislipidemias durante el año de servicio social.

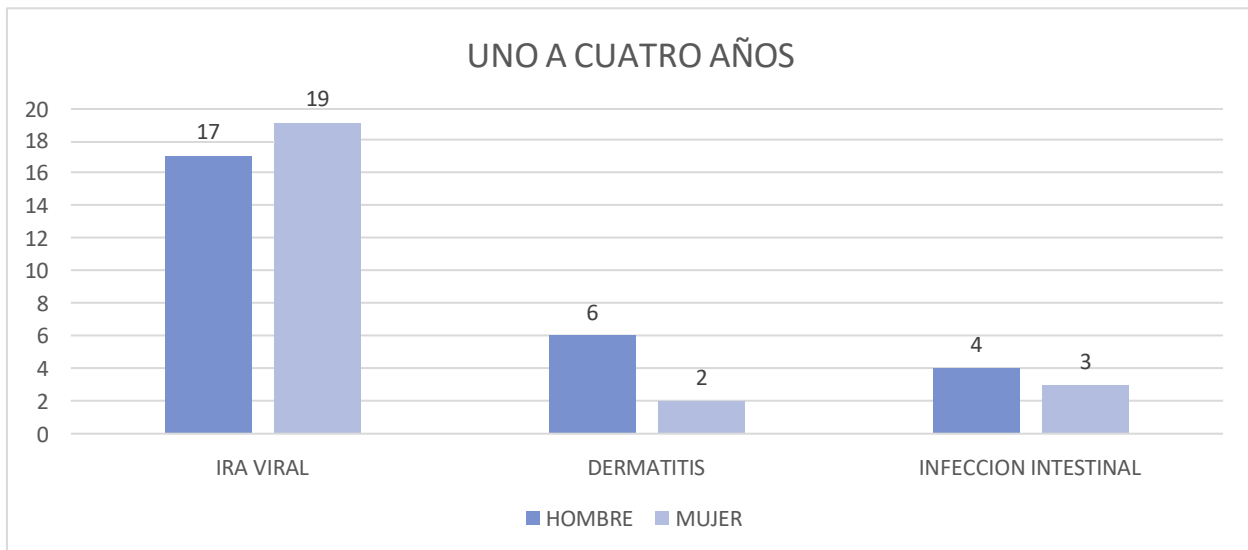
Daño diferencial.

La primera gráfica del daño diferencial es el grupo etario de menores de un año, las principales patologías en este grupo de edad fueron infecciones respiratorias virales con 6 casos en hombres y 2 casos en mujeres, infecciones intestinales con 2 casos en hombres y 5 casos en mujeres, y por último dermatitis con 3 casos en ambos sexos.



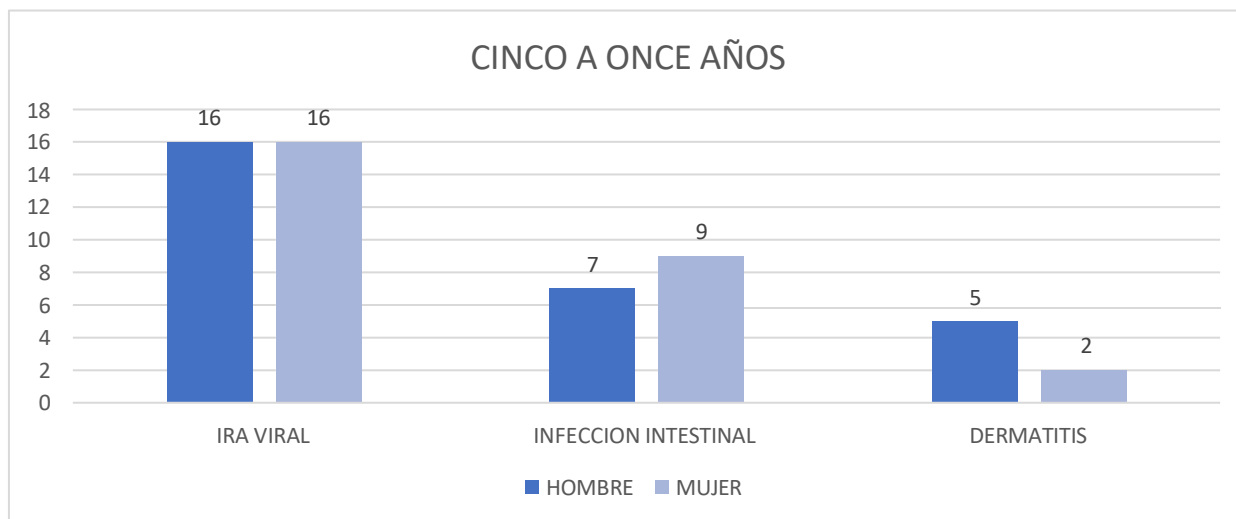
Gráfica 30. Elaboración propia. En esta grafica se ven las causas más comunes de enfermedad en el grupo de edad menores de un año.

En esta segunda gráfica el grupo etario es desde el primer año hasta los cuatros años, las principales enfermedades fueron las infecciones respiratorias viral con 17 casos de niños y con 19 casos en niñas, dermatitis 6 casos en niños y 2 casos en niñas, y por último infecciones intestinales con 4 casos en hombres y 3 casos en mujeres.



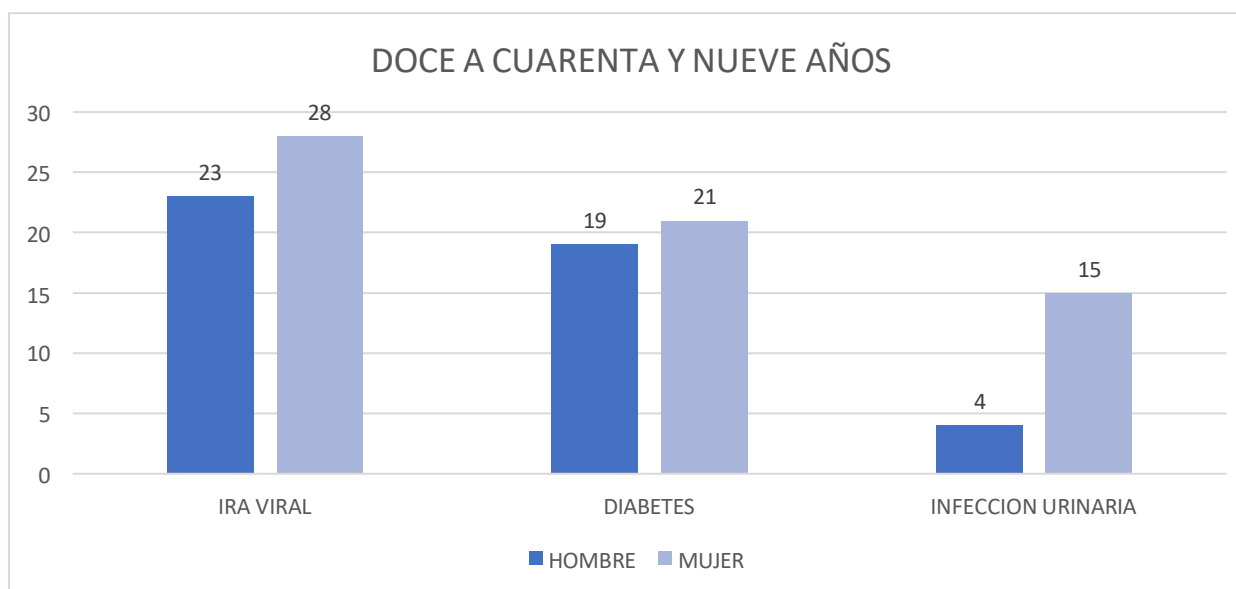
Gráfica 31. Elaboración propia. En esta grafica se ven las causas más comunes de enfermedad en el grupo de edad de uno a cuatro años.

En este gráfico vamos a observar el grupo etarios desde los cinco años hasta los once años, en este grupo también predomina las infecciones respiratorias virales que en ambos sexos fueron de 16 casos, continua la infección intestinal con 7 casos en hombres y 9 casos en mujeres y por último la dermatitis 5 casos en hombres y 2 casos en mujeres.



Gráfica 32. Elaboración propia. En esta grafica se ven las causas más comunes de enfermedad en el grupo de edad de cinco a once años.

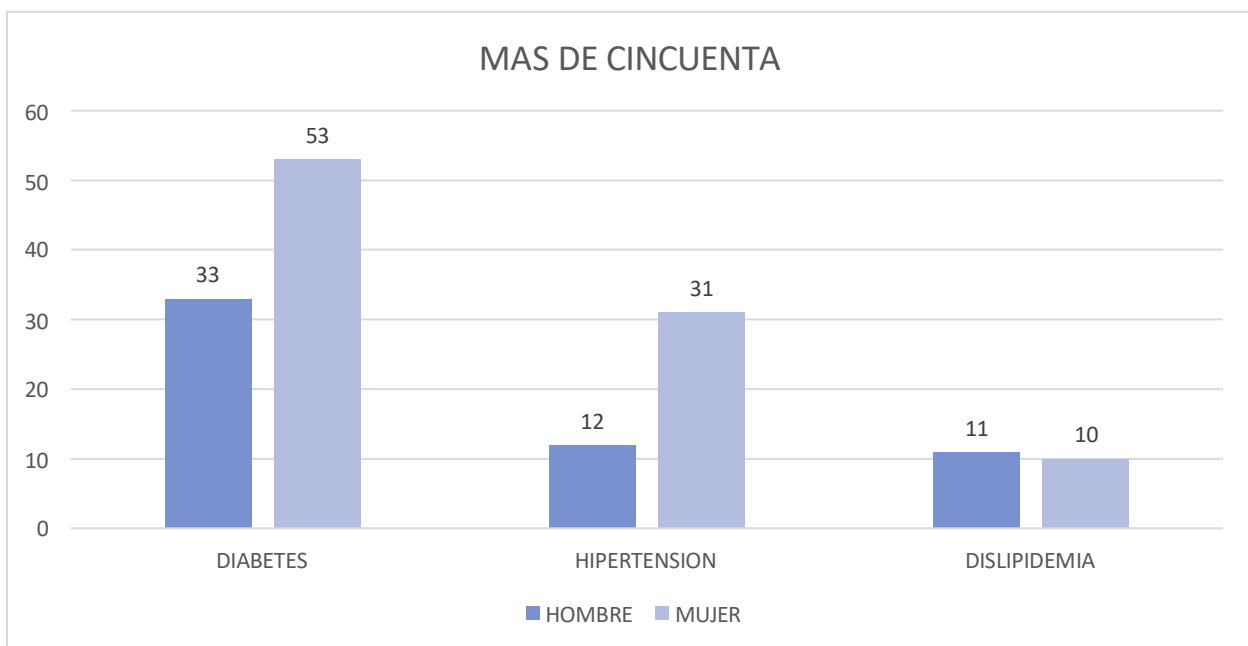
En este gráfico el grupo de edad es desde los doce años hasta cuarenta y nueve años, de los cuales la principal causa de enfermedades son las infecciones respiratorias virales con 23 casos en hombres y 28 casos en mujeres. Continua en segundo lugar la diabetes



Gráfica 33. Elaboración propia. En esta grafica se ven las causas más comunes de enfermedad en el grupo de edad de doce a cuarenta y nueve años.

con 19 casos en hombres y 21 casos en mujeres. Por ultimo las infecciones urinarias en donde hay 4 casos en hombres y 15 casos en mujeres. Existen determinantes sociales en salud que nos pueden influir a que hubiera más casos de mujeres en general para la morbilidad, por ejemplo, que los hombres tienen empleos con jornadas laborales donde si pierden un día de trabajo no generan dinero para la familia, comida y necesidades básicas.

En esta gráfica ya observamos a los pacientes con cincuenta años en adelante, de los cuales la principal patología fue la diabetes con 33 casos en hombres y 53 casos en mujeres, posteriormente la hipertensión con 12 casos en hombres y 31 casos en mujeres y en tercer lugar las dislipidemias con 11 casos en hombres y 10 en mujeres.



Gráfica 34. Elaboración propia. En esta grafica se ven las causas más comunes de enfermedad en el grupo de edad mayores de 50 años.

En los grupos etarios con menor edad se observa una tendencia clara de las enfermedades de resolución aguda como las infecciones respiratorias e intestinales y conforme va aumentado los grupos etarios se va observando una tendencia a las enfermedades crónicas degenerativas, las cuales se ven más en pacientes con 50 años en adelante.

CONCLUSIONES

Para finalizar es importante mencionar que el programa de Control del Niño Sano tuvo deficiencias en su seguimiento en las consultas mínimas requeridas por grupo etario, por lo cual las metas tuvieron resultados pobres, mientras que el programa de vacunación de los pacientes seguidos tuvo mayor impacto. El programa de control prenatal tuvo resultados contrastados se obtuvo una muestra pobre pero las consultas mínimas requeridas se cumplieron en la mayoría de las pacientes. El programa de enfermedades crónicas tuvo matices importantes el control de los pacientes con diabetes o hipertensión se cumplieron en forma suficientes, las consultas subsecuentes es algo que se debe trabajar más para lograr el completo control de estas enfermedades y la captación de pacientes al programa.

El surgimiento de clínicas privadas o asociaciones civiles nos sugiere que no se cumple parte del marco de los derechos humanos como el derecho a la salud por el cual debe estar completamente cubierto por el gobierno mexicano. Esto se sigue trabajando para tener un impacto mayor a la salud de los pacientes.

Es importante ahondar que la falta de seguimientos de los programas, de la consulta no es porque el paciente quiere o por decisiones individuales, aquí también recae los resultados de los determinantes sociales de la salud. La pobreza es un determinante de gran impacto en la Palenque y sus comunidades, aunque la consulta y los medicamentos en ciertas cosas son accesibles hay otros gastos que los pacientes hacen para venir a la consulta, como el gasto de transporte que la mayor parte de las personas hacen de venir de su comunidad a la clínica y también el costo de venir, es un día perdido de su trabajo y si no trabajan no ganan su salario y su sustento de alimentación queda comprometido.

Aquí queda a deber el gobierno federal en asegurar la salud en las personas como tal dice el 4to artículo Constitucional, por lo que, surgen otras alternativas para cubrir esa necesidad como consultorios privados. Otro punto importante que mencionar es las condiciones viales, con infraestructura deficiente, poco transporte público o caro, provoca que los pacientes no lleguen a sus consultas de seguimiento. La falta de la percepción del riesgo es otra de las cosas que pude percibir que los pacientes si no tienen síntomas

o se sienten bien ya no quiere regresar a la consulta de seguimiento al no comprender la enfermedad crónica.

La morbilidad general esta primordialmente compuesta por enfermedades infecciosas como: respiratorias, intestinales, urinarias, vaginales, entre otras. Pero es de destacar que el volumen de pacientes de primera vez con diabetes, hipertensión y dislipidemias muestra un aumento de enfermedades metabólicas-cardiovasculares en la ciudad. En este punto un reto importante en la clínica y en el Sistema de Salud en México es integrar la atención en agudo con las patologías metabólicas crónicas. Las enfermedades transmisibles más frecuentes son las respiratorias, también por grupo etario se vio tendencia en edades jóvenes, exceptuando los mayores de 50 años.

Unas propuestas para la mejora del acceso a la salud, serían más inversión en políticas públicas en salud, se están comenzando como los programas “salud casa por casa” o “farmacias del bienestar” pero se necesitan más apoyos como: subsidios al transporte para mejora del seguimiento de los pacientes, igualmente programas que incentiven la continuidad de los pacientes, implementar unidades móviles, telemedicina de primer contacto o especialidad, incentivos a especialistas con mejora de sueldos para ir a comunidades, creación de hospitales para mejor acceso, mejora a la infraestructura de carreteras y caminos. Es un reto importante para el sistema de salud mexicano la mejora de la salud de los pacientes en comunidades y no solo enfocarse en ciudades o urbes.

El servicio social es una etapa muy bonita durante la formación del médico, en mi experiencia es algo que nunca olvidare, conocí personas muy importantes en mi formación, a mis pacientes, coordinadores, compañeros de la clínica, amigos de la carrera y de otras carreras. Aprendí muchas cosas, no solo en lo académico sino en la atención de los pacientes, que la función del médico no solo es prescribir también es escuchar y dar confianza a los pacientes. A nivel comunitario pude vivir como los determinantes de la salud influyen en las personas, relacionar que lo externo si dictamina en cierta forma lo interno y la salud de las personas viéndolo de forma individual o colectiva. También vi la forma de ser de la gente, son amables, alegres y a pesar de las adversidades siempre intentan ver lo mejor. En la institución es una gran labor la que se

hace con todo el equipo para que la clínica siga funcionando y se lleve salud a las personas.

ANEXOS

Palenque, Chiapas, a 22 de octubre de 2025
Asunto: Solicitud de información para reporte de servicio social.

DR. JOSÉ ALONSO PÉREZ HERNÁNDEZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE PALENQUE
PRESENTE.

CON ATENCIÓN A: DRA. CELIA DE JESÚS GALDÁMEZ VILCHIS
JEFA DE ENSEÑANZA, HOSPITAL GENERAL PALENQUE.

Por medio del presente, me dirijo a usted de la manera más atenta y respetuosa.

Mi nombre es Rodrigo Resieg Piña Tun, Médico Pasante de Servicio Social (MPSS), actualmente adscrito a la Clínica Familiar Lak Na Clara, Palenque Chiapas, en el proyecto "Servicio Social de las Licenciaturas del área de la salud en el estado de Chiapas" de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco.

El motivo de esta comunicación es solicitar formalmente su autorización y apoyo para que se me proporcione información estadística y epidemiológica que más adelante se detalla.

Dicha información tiene como objetivo la elaboración de mi reporte final de servicio social, como parte del marco contextual de la salud en Chiapas, y en particular en la región que corresponde al municipio de Palenque, misma que será fundamental para enmarcar las actividades asistenciales y de promoción de la salud que realizo en mi sede de servicio social.

La información requerida es la siguiente:

- Total de pacientes atendidos en el Hospital General de Palenque, por sexo, edad y diagnóstico (datos anonimizados), por año, de los últimos cinco años,
- Principales localidades atendidas por el Hospital General de Palenque, por año, de los últimos cinco años,
- 10 Principales causas de morbilidad y mortalidad, por año, de últimos cinco años.
- Total de nacimientos registrados, por año, durante los últimos 5 años.

Me comprometo formalmente a que toda la información será manejada de forma responsable, ética y profesional, utilizándola para los fines académicos y estadísticos del reporte mencionado.

Agradezco la atención y el valioso apoyo que pueda brindar a esta solicitud y quedo atento a cualquier duda o aclaración.

Atentamente



Rodrigo Resieg Piña Tun,
Médico Pasante en Servicio Social.
Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco.



Anexo 1. Fuente propia. En esta imagen se observa la gestión que se realizó en el Hospital General de Palenque para la obtención de información para realizar la investigación.

BIBLIOGRAFIA

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (2025). *Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)*. <https://www.acnur.org/>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Resolución 2200 A (XXI)). https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr_SP.pdf
- Carla Martell. (2024, 28 de mayo). Clínica Familiar Lak Na, clara te necesita para atender a miles de familias en Palenque. Yo influyo. <https://www.yoinfluyo.com/mexico/analisis-social/clinica-familiar-lak-na-clara-te-necesita-para-atender-a-miles-de-familias-en-palenque/>
- CENETEC. (2024). Esquema de vacunación en la niña y el niño menor de 12 años en el primer nivel de atención. Guía de Práctica Clínica. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/guias-de-practica-clinica>
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final*. Organización Mundial de la Salud.
- Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica (CEIEG). (2025). *Carta Geográfica 2025*. Gobierno del Estado de Chiapas. https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/storage/posts/productos/CARTAGEO/CARTA_2025.pdf
- Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica. (2025). *Información geográfica*. Gobierno del Estado de Chiapas. <https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/info-geografica>
- Compañía de las Hijas de la Caridad, Provincia México. (2024). Casa del Caminante J.S.R.G. <https://hijasdelacaridadmexico.org.mx/casa-del-caminante-jsrg>

- Coneval. (2023) Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/E_Derecho_Salud_2023.pdf
- De Romo, A. C. R., & Pérez, M. E. R. (1998). Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *História Ciências Saúde-Manguinhos*, 5(2), 293-310. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/LmH7CcGPqjNjZK6MkxCBDQH/?lang=es>
- Dirección General de Epidemiología. (2025). *Anuarios de Morbilidad 1984 a 2024*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/anuarios-de-morbilidad-1984-a-2024>.
- Duffy, T. P. (2011, 1 septiembre). The Flexner Report — 100 years later. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3178858/pdf/yjbm_84_3_269.pdf
- Gómez-Dantés, O., & Frenk, J. (2019). Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud Pública de México*, 61(2, Mar-Abr), 202. <https://doi.org/10.21149/10122>. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10122/11728>
- Instituto de Elecciones y Participación Ciudadana. (2022, 20 de diciembre). Partidos Políticos. IEPC Chiapas. <https://www.iepc-chiapas.org.mx/partidos-politicos-apartado>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023). Fortalecimiento del IMSS desde la educación en salud (Tomo 14, Cap. VIII, Colección 80 años del IMSS). Dirección de Prestaciones Médicas. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/coleccion-80/dpm/tomo-14-fortalecimiento-educacion-en-salud.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). Censo de Población y Vivienda 2020. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). Censo de Población y Vivienda 2020. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024). Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2024.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). *Censos Económicos (CE) 2024*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ce/2024/>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). *Empleo y ocupación*. <https://www.inegi.org.mx/temas/empleo/#tabulados>
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. (2020). Ch'oles - Etnografía. Atlas de los Pueblos Indígenas de México. <https://atlas.inpi.gob.mx/choles-etnografia-2/>
- Instituto Nacional Electoral. (2025). Sobre el INE. <https://ine.mx/sobre-el-ine/>
- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., & Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxeológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797-808
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Documentos básicos (48.ª ed.). <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 29 de diciembre). Derechos humanos y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Salud y Desarrollo Comunitario, A.C. (2025). Salud y Desarrollo Comunitario, A.C. <http://www.sadec.org.mx/index.htm>
- Secretaría de Bienestar. (2025). Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2025. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/973001/07065_Palenque_2025.pdf
- Secretaría de Comunicaciones y Transportes. (2025). Secretaría de Comunicaciones y Transportes. Gobierno de México. Recuperado el 31 de octubre de 2025, de <https://www.gob.mx/sct>
- Secretaría de Salud [SSA]. (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Diario Oficial de la Federación.

- Secretaría de Salud. (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud. (2016, 7 de abril). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud. (2017, 11 de diciembre). Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para la asistencia de salud en la infancia y la adolescencia. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud. (2022, 7 de septiembre). Acuerdo por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar. Diario Oficial de la Federación. https://www.imssbienestar.gob.mx/assets/doc/juridico/01_normatividad/03_acuerdosylineamientos/ACUERDO_PROGRAMA%20ESTRATEG_SALUD_BIENESTAR.pdf
- Secretaría de Salud. (2024). Ley General de Salud (Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación 07-06-2024). https://salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Secretaría de Salud. (2024). Modelo de Salud Intercultural. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/941995/Modelo_de_Salud_Intercultural_ago_2024.pdf
- Secretaría de Salud. (2025, 4 de septiembre). Programa Sectorial de Salud 2025-2030. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5767240&fecha=04/09/2025
- Secretaría de Salud. (2026). *Bases de Datos de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)*. Dirección General de Información en Salud. Recuperado el 13 de febrero de 2026, de https://gobi.salud.gob.mx/Bases_Clues.html
- Secretaría de Salud. (2026). *Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna: Semana Epidemiológica 53 de 2025*. Dirección General de Epidemiología. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1056550/MM_2025_SE53.pdf