



División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en Medicina UAM-X

Diagnóstico de salud de la comunidad La Garrucha

Periodo 1 de agosto del 2024 al 31 de julio del 2025

MPSS Mario Alberto Acosta Treviño

Matrícula: 2183025856


Asesor Interno: Dr. Joel Heredia Cuevas

Primera sección

En esta primera sección del Reporte Final de Servicio Social se presenta el proceso de adaptación que viví durante mi año de servicio social, y se organiza en tres ejes principales: personal, comunitario e institucional.

Personal

Desde que me enteré de la plaza durante las presentaciones el 15 de julio de 2024, sentí que había escuchado un llamado. La decisión no fue difícil: La Garrucha fue mi primera opción desde el inicio, pues sabía que en un lugar como ese podría adquirir la mayor experiencia clínica posible. Para cuando llegó la toma de plazas el 29 de julio ya estaba completamente convencido y ansioso por empezar, con la certeza de que esa elección marcaría una etapa fundamental en mi formación.

El viaje hacia la comunidad fue en sí mismo una primera aventura. El 31 de julio tomé un vuelo desde la Ciudad de México a Villahermosa, Tabasco, un trayecto de apenas dos horas, pero que me pareció mucho más largo por la mezcla de nervios y expectativa. En el aeropuerto esperé varias horas para poder tomar un autobús hacia Palenque; ese tiempo me sirvió para reflexionar, repasar mentalmente todo lo que había dejado atrás y al mismo tiempo calmar el ligero pánico que me producía llevar conmigo tanto equipaje rumbo a un sitio que apenas conocía de nombre. La llegada a Palenque me sorprendió por su belleza, aunque lo primero que sentí fue el calor húmedo de la selva. Esa primera impresión me tranquilizó un poco, aun con las advertencias de conocidos que me hablaban de la inseguridad en la zona.

En Palenque permanecí entre tres y cinco días junto a mi compañera de estomatología y el pasante anterior, que se quedó ese mes para orientarnos y enseñarnos cómo funcionaba la clínica. En la sede de Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC) recibimos varias pláticas que buscaban darnos un contexto de lo que íbamos a enfrentar: la situación política y social de la zona, la organización zapatista, la lengua tzeltal, el manejo de urgencias obstétricas y el enfoque del programa en salud materna. Esa introducción me ayudó a aterrizar lo que hasta ese momento era solo una idea abstracta sobre el servicio social en comunidades indígenas.

En esos días también pude hacer amistades con otros pasantes. Aunque no todos compartirían destino conmigo hasta La Garrucha, se volverían compañeros clave en los periodos de descanso al final de cada mes. Esa red de apoyo se convirtió en un espacio de desahogo y compañía que más adelante aprecié mucho.

La llegada a la comunidad desde Palenque fue una aventura por sí misma. Primero tomamos un taxi hacia la cabecera municipal de Ocosingo, un viaje de dos horas. Allí se podía aprovechar para desayunar y buscar transporte hacia las comunidades. El método más común consistía en subir a las llamadas “redilas”: camionetas adaptadas con góndolas metálicas y bancas de madera, que primero recorren media hora de carretera y luego una hora y media de terracería. Sin colchón en las bancas y con el traqueteo constante, el viaje se volvía doloroso con el tiempo. Así, tras horas de camino y cansancio acumulado, llegamos finalmente a La Garrucha, el lugar donde pasaría gran parte del año.

Instalarme fue otro proceso de adaptación. La dinámica en la clínica era clara: no había horarios de entrada ni de salida, ni tampoco citas programadas. Era necesario estar disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Aunque la mayoría de los pacientes acudía entre las 7 de la mañana y las 4 de la tarde, lo que dejaba un buen colchón para descansos frecuentes, así como actividades de esparcimiento ocasionales. Durante 17 a 24 días permanecía en la comunidad, atendiendo consulta junto con el apoyo de las parteras y promotores de salud en turno, seguido de 3 días en Palenque para entrega de reportes y sesiones clínicas, y luego 6 días de descanso. En la clínica contaba con dormitorio, baño, comida y la posibilidad de comprar fichas para conectarse a internet. Era lo mínimo indispensable, suficiente para vivir, aunque lo que más llegué a extrañar fue el agua caliente para bañarme. En Palenque no era un problema por el calor, pero en La Garrucha, situada en zona más fría de montaña, bañarse con agua fría fue algo a lo que no me llegué a acostumbrar.

Durante este primer mes caí en la realidad de que, hasta entonces, siempre había contado con la guía de un adscrito o residente durante mi práctica clínica. A partir de este momento, comprendí que la dinámica había cambiado: las decisiones y la responsabilidad del acto médico recaían directamente en mí. Esta transición marcó un antes y un después en mi formación, pues me obligó a reconocer que el servicio social no solo es un espacio de aplicación de conocimientos, sino también un proceso en el que se desarrolla autonomía profesional.

La ausencia de una supervisión inmediata me llevó a valorar la importancia de la preparación adquirida durante la carrera, así como la necesidad de aplicar protocolos, mantener la calma y organizar el trabajo en situaciones que demandan rapidez y claridad. En este escenario, entendí que el aprendizaje no consiste únicamente en acumular información, sino en transformarla en herramientas prácticas para la toma de decisiones.

Asumir ese papel me permitió crecer en confianza y seguridad, al mismo tiempo que reforzó mi capacidad de liderazgo y coordinación en el ámbito clínico. Este tipo de experiencias tempranas en el servicio social resultan fundamentales, porque colocan al

pasante en el punto exacto donde la teoría se convierte en práctica, y la formación académica se vuelve acción directa en beneficio de los pacientes y la comunidad.

Los primeros días en la comunidad también trajeron un sentimiento de soledad. Estar lejos de casa, sin la cercanía física de la familia y los amigos, hacía más pesado el ambiente. Sin embargo, pronto encontré formas de sobrellevarlo y transformarlo. Adopté actividades que se convirtieron en compañía constante: la pintura, el tallado en madera, los videojuegos, escribir diarios e incluso aprender idiomas. Esas ocupaciones me permitieron mantenerse activo y distraído en las horas de calma, equilibrando lo que vivía en la clínica con un espacio personal para crecer en lo creativo y lo emocional.

Al final de ese primer periodo, la mezcla de cansancio, incertidumbre y responsabilidad se combinó con una certeza profunda: estaba viviendo una experiencia que difícilmente se repetiría, un salto hacia la madurez profesional y personal. La soledad, las urgencias, el agua fría, los caminos de terracería, todo formaba parte del mismo aprendizaje: ser médico en una comunidad implica estar dispuesto a resolver con lo que hay, a tomar decisiones sin la opinión directa de un médico con más experiencia, y al mismo tiempo a abrirse a nuevas formas de vida.

Comunitario

Al llegar a la comunidad me encontré con una forma de entender la salud muy distinta a la que había aprendido en la universidad. Para la mayoría de las personas, “estar sano” significa poder levantarse, trabajar en el campo, cuidar a la familia y seguir con las actividades diarias sin limitaciones. El trabajo es el punto de referencia: si alguien logra cumplir su jornada, entonces no está enfermo, aunque tenga síntomas leves.

La enfermedad, en cambio, se reconoce casi siempre cuando ya impide realizar esas actividades. En los adultos, el criterio más común es la incapacidad para trabajar; en los niños, especialmente en los lactantes, la señal de alarma más clara es la fiebre o una tos persistente que no se resuelve. El dolor también ocupa un lugar central como indicador de que “algo anda mal”, ya sea dolor abdominal, cefalea, dolor urinario u otras molestias.

En cuanto a la atención, la primera opción suele ser la más cercana: las parteras, los promotores de salud o algún familiar con experiencia. Ellos cumplen un papel fundamental, porque no solo conocen remedios herbolarios y técnicas tradicionales, sino que también han recibido capacitación básica para identificar problemas más graves. En la clínica, cuando hay un médico pasante, la atención se vuelve un trabajo coordinado: los promotores participan activamente en la consulta, observan, preguntan y apoyan tanto en el manejo de pacientes como en las urgencias.

Respecto a los tratamientos, observé una combinación de lo popular y lo alópata. Muchas familias aún confían en la herbolaria: infusiones para el insomnio, cataplasmas para aliviar dolores, o plantas como la valeriana. Sin embargo, los medicamentos de farmacia también se usan con frecuencia, aunque en ocasiones de forma indiscriminada: antibióticos sin indicación clara, jarabes para “quitar la tos” o inyecciones de vitaminas “para el cansancio” o como si fueran una cura general. Esta mezcla refleja la transición en la que vive la comunidad: entre la tradición y la influencia de la medicina moderna.

Algo que noté es que la salud mental no suele reconocerse como un problema por sí mismo. La tristeza, la ansiedad o el cansancio emocional rara vez se consideran enfermedad; el foco se mantiene en lo físico y visible. Aun así, se percibe una noción de equilibrio: muchas veces se habla de que la salud es “estar en armonía”, tanto en lo personal como en lo familiar y lo comunitario. Esa idea se acerca mucho al concepto de “salud popular”, en el que lo físico, lo social y lo espiritual se entrelazan en la vida cotidiana.

En resumen, la comunidad entiende la salud como la capacidad de seguir adelante con las responsabilidades diarias, y la enfermedad como aquello que las interrumpe. Esa visión práctica, aunque distinta de la biomédica, le da sentido a su manera de vivir, y nos recuerda que la medicina no es solo ciencia, sino también cultura.

Institucional

La clínica Jesús de la Buena Esperanza, donde realicé mi servicio social, forma parte de las estructuras de autonomía zapatista. Se encuentra dentro de un Caracol, que es la instancia regional de gobierno civil creada por el EZLN. No se trata de una clínica estatal ni municipal, sino de un espacio comunitario organizado y administrado directamente por los Consejos Autónomos de Gobierno, donde se toman decisiones colectivas sobre la salud, la educación y otros aspectos de la vida social. En este sentido, el funcionamiento de la clínica no responde a jerarquías verticales, sino a un modelo horizontal en el que la comunidad define sus prioridades y responsabilidades. Como señalan Baronnet, Mora y Stahler-Sholk (2011), las estructuras autónomas zapatistas construyen sistemas alternativos de salud que generan nuevas relaciones sociales y una legitimidad política distinta, basada en la participación colectiva y en una concepción integral de la salud que va más allá de la ausencia de enfermedad.

La unidad de salud cuenta con un consultorio general, una pequeña farmacia con medicamentos esenciales, un área de hospitalización básica que se utiliza principalmente para partos o la observación de pacientes, y equipo mínimo para urgencias, incluyendo oxígeno y material de curación. Los recursos suelen ser limitados

y en ocasiones insuficientes para cubrir todas las necesidades, lo que obliga a improvisar tratamientos o a recurrir a la medicina tradicional local. A pesar de estas limitaciones, el sistema funciona gracias al compromiso de los promotores de salud, las parteras y las familias de la comunidad, que asumen la responsabilidad de mantener viva la clínica y garantizar la atención.

El papel del médico pasante es complementario dentro de esta estructura. Mi labor consistió en atender la consulta general, manejar urgencias, colaborar en la atención de partos y acompañar traslados de pacientes cuando era necesario. Al mismo tiempo, tuve una función formativa al compartir conocimientos con los promotores, reforzar el reconocimiento de signos de alarma y explicar el uso racional de los medicamentos. Esa interacción constante permitió que la clínica no dependiera totalmente del pasante, sino que fortaleciera la capacidad instalada de la comunidad.

Los programas de salud que se desarrollaban en la clínica eran diversos y respondían a las necesidades más frecuentes de la población. Entre ellos se encontraban la atención prenatal (AP) enfocada en la salud materna, el seguimiento de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial sistémica (HAS), así como el control de sobrepeso y obesidad (SYO). También se trabajaba en la detección oportuna de cáncer cervicouterino (DOC), en el programa de crecimiento y desarrollo infantil (CyD), en la identificación y acompañamiento de víctimas de violencia (VV), y en la vigilancia de enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis (TB). Además, de manera transversal, se realizaban campañas de vacunación, talleres de promoción de la salud y actividades preventivas orientadas a fortalecer el bienestar de la comunidad. La implementación de estos programas dependía en gran medida del esfuerzo coordinado entre promotores, parteras y pasantes, lo que aseguraba que no fueran solo lineamientos externos, sino acciones integradas a la vida cotidiana de la comunidad.

La fortaleza principal de esta institución radica en su carácter comunitario. La salud no se entiende como un servicio impuesto desde fuera, sino como un esfuerzo colectivo donde la población tiene voz y responsabilidad directa. La cercanía con la gente, la confianza en los promotores y la horizontalidad de las decisiones hacen que la clínica cumpla un papel fundamental en la vida del Caracol. La mayor limitación, sin embargo, es la escasez de insumos especializados y la dificultad para referir pacientes graves a unidades con mayor capacidad resolutive, lo que en ocasiones pone a prueba tanto a los promotores como al pasante.

Trabajar en este contexto me permitió comprender que una institución de salud no se define únicamente por su infraestructura o por el número de médicos que tiene, sino por la manera en que se organiza y se sostiene en su comunidad. En La Garrucha, la clínica es un reflejo de la autonomía zapatista: con recursos modestos, pero con un fuerte

sentido de pertenencia y compromiso colectivo, capaz de responder a las necesidades de su gente desde su propia lógica y sus propias prioridades.

Segunda sección:

Introducción

Este diagnóstico de salud comunitaria tiene como propósito identificar las condiciones de vida y los principales problemas de salud que enfrenta la población en la localidad donde se llevó a cabo el servicio social. Este análisis no se limita a enumerar enfermedades, sino que busca comprender cómo los determinantes sociales como la educación, la vivienda, el acceso a servicios básicos, la economía familiar y la organización comunitaria influyen directamente en el bienestar de las personas.

En este contexto, el derecho a la salud se plantea como eje central, entendido no solo desde el marco jurídico nacional e internacional, sino también desde la realidad que se vive en la comunidad, donde el acceso a la atención médica, la disponibilidad de insumos y la participación social marcan la diferencia entre tener o no tener salud. Así, el presente apartado busca integrar la reflexión teórica con la observación práctica, contrastando lo que establecen las políticas de salud oficiales con la forma en que la población zapatista organiza y gestiona sus propios servicios en un espacio autónomo.

El análisis se estructura en tres niveles: estatal, municipal y local. Primero se ofrece un panorama de Chiapas, entidad caracterizada por su diversidad cultural y sus altos índices de marginación. Posteriormente se revisa la situación en el municipio de Ocosingo, uno de los más extensos y poblados del estado, con marcadas desigualdades sociales y limitaciones en infraestructura sanitaria. Finalmente, se centra la atención en la comunidad dentro del caracol donde se ubica la clínica autónoma, espacio que representa un ejemplo particular de resistencia y autogestión, en el cual la salud se entiende como un esfuerzo colectivo y solidario.

El objetivo general es contar con un panorama integral que permita dimensionar la magnitud de los retos en materia de salud, identificar los problemas prioritarios y, al mismo tiempo, reconocer las fortalezas organizativas y culturales que ofrece la comunidad en la búsqueda de alternativas para garantizar el derecho a la salud.

Marco teórico

El derecho a la salud constituye uno de los pilares fundamentales para el bienestar humano. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define desde 1946 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Aunque esta concepción ha sido criticada por su carácter idealista, sentó las bases para entender la salud como un fenómeno multidimensional y dinámico: la capacidad de las personas y comunidades para adaptarse y responder a los retos físicos, emocionales y sociales que enfrentan (Huber et al., 2011).

En las comunidades zapatistas y pueblos originarios de Chiapas, esta noción adquiere un carácter integral y colectivo. La salud se entiende como equilibrio entre el individuo, la comunidad y la naturaleza. Estar sano significa poder participar activamente en la vida colectiva, tener fuerza para trabajar y organizarse, y mantener la armonía con el entorno. En este contexto, la medicina tradicional, los promotores de salud y la autogestión de servicios, como ocurre en la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, representan expresiones concretas de esta visión, donde la salud se vincula directamente con la justicia social y la autonomía política (Mora, 2017; Baronnet, Mora & Stahler-Sholk, 2011).

Las condiciones necesarias para hacer efectivo este derecho van más allá de la atención médica. Incluyen el acceso a agua potable, alimentación nutritiva, vivienda digna, educación, trabajo seguro y un medio ambiente sano. Estos elementos conforman los determinantes sociales de la salud: las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, moldeadas por la distribución de poder, recursos y oportunidades en la sociedad (OMS, 2008; Solar & Irwin, 2010).

La Observación General N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC, 2000) precisa que el derecho a la salud es inclusivo y obliga a crear las condiciones estructurales de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, bienes y entornos necesarios. No se trata de garantizar que todas las personas estén sanas, sino de remover los obstáculos que impiden alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Este derecho implica responsabilidades diferenciadas:

- A nivel individual, corresponde el autocuidado y la prevención.
- A nivel comunitario, la cooperación para generar entornos saludables y la gestión colectiva de recursos.
- Al Estado, la obligación de garantizar servicios universales de calidad y reducir las desigualdades en los determinantes sociales.

En México, el artículo 4º de la Constitución Política reconoce el derecho a la protección de la salud. La Ley General de Salud regula su organización y prestación, definiendo competencias concurrentes entre Federación y entidades. Las reformas más recientes (2003 con el Seguro Popular, 2020 con la creación del INSABI y 2023 con su desaparición) culminaron en la transferencia de funciones al IMSS-Bienestar como eje del Sistema de Salud para el Bienestar, con el objetivo de avanzar hacia una cobertura universal y gratuita para la población sin seguridad social (DOF, 29 de mayo de 2023).

A nivel internacional, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en su artículo 12, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel

posible de salud física y mental. La Observación General 14 del CDESC refuerza que este derecho debe cumplirse bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

En el contexto de mi servicio social en La Garrucha, este marco teórico cobra especial relevancia: la clínica autónoma zapatista ejerce el derecho a la salud de forma colectiva y culturalmente pertinente, a pesar de las limitaciones estructurales, demostrando que las comunidades pueden construir alternativas solidarias que complementan, y en ocasiones superan, las políticas estatales en pertinencia cultural.

Diagnostico Comunitario

Chiapas

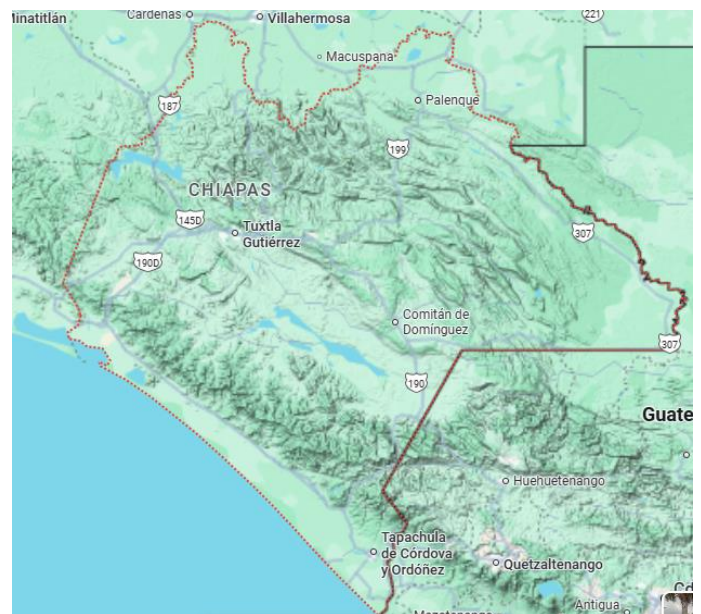
Generalidades de Chiapas

Chiapas está situado en el sureste de México y ocupa una superficie aproximada de 73 289 km², lo que corresponde al 3.7 % del territorio nacional, posicionándolo como la décima entidad más grande del país (INEGI, 2023).

La capital del estado es Tuxtla Gutiérrez, el municipio más poblado y nodo político-administrativo principal. Además, el estado está dividido en 125 municipios pertenecientes a distintas regiones geográficas como la Sierra Madre de Chiapas, la Llanura Costera del Pacífico y otras zonas fisiográficas relevantes (Congreso del Estado de Chiapas, 2019)

Debido a su geografía Chiapas presenta una gran variedad de climas. Las zonas bajas y costeras tienen clima cálido-húmedo, mientras que en las montañas predomina el clima templado-húmedo. Las lluvias se concentran entre mayo y octubre, variando desde menos de 100 mm en zonas más áridas hasta más de 3 000 mm en áreas selváticas (INECC, 2019).

Finalmente, la combinación de clima y relieve ha conformado una región de alta biodiversidad, con ecosistemas que incluyen la Selva Lacandona, bosques tropicales y montañas. Esta riqueza natural alberga especies endémicas como el jaguar, varias especies de aves y reptiles, y también una amplia variedad de flora como caoba, cedro rojo, pino, mangle, entre otros (Lifeder, 2022)



Con respecto a la población, según datos de la Secretaría de Economía y del Trabajo del gobierno estatal, en Chiapas viven 5,917,164 personas, con una distribución cercana al 54 % de mujeres y 46 % hombres. Para 2025, se estima que 2.3 millones de personas forman parte de la población económicamente activa (INEGI, 2025a).

La economía de Chiapas se caracteriza por un fuerte componente primario y altos niveles de precariedad laboral, lo que incide directamente en el ejercicio del derecho a la salud al limitar el acceso a alimentación nutritiva, vivienda digna y servicios básicos.

La Población Económicamente Activa (PEA) en el estado alcanzó aproximadamente 2.27 millones de personas en el segundo trimestre de 2025 (tasa de participación alrededor del 54 %), con un ligero aumento anual, pero con variaciones trimestrales. De esta PEA, la gran mayoría se encuentra ocupada (alrededor de 2.17-2.25 millones según trimestres), mientras que la tasa de desocupación se mantiene baja (cerca del 2.3-2.5 %), aunque esta cifra oculta una elevada subocupación y precariedad.

En cuanto a la ocupación de la PEA, el sector primario (agricultura, ganadería, silvicultura y pesca) sigue siendo el principal generador de empleo, concentrando cerca del 30-32 % de la población ocupada. Las actividades más frecuentes incluyen el cultivo de maíz y frijol (principalmente de autoconsumo), café, ganadería extensiva y apoyo en labores agrícolas. Le siguen el sector terciario (comercio, servicios de alojamiento y transporte) con alrededor del 51-52 %, y el secundario (construcción e industria manufacturera) con el 17-18 %. Un rasgo distintivo es la alta proporción de trabajadores por cuenta propia (alrededor del 33-34 %) y en micronegocios informales, lo que refleja un ecosistema productivo con baja productividad y escasa generación de empleos formales.

La Población Económicamente No Activa (PNEA) representa cerca del 45-46 % de la población de 15 años y más. Esta población se dedica principalmente a labores del hogar (especialmente mujeres con doble jornada), estudios, jubilación o discapacidad. En el caso de las mujeres, la doble jornada es común: muchas combinan el trabajo no remunerado en el hogar con actividades agrícolas o de comercio informal, lo que limita su participación plena en la PEA y agrava las desigualdades de género.

Respecto a los ingresos, la situación es particularmente crítica. Más del 60 % de la población ocupada recibe hasta un salario mínimo, y alrededor del 11-12 % no percibe ingresos monetarios (trabajo familiar no remunerado o autoconsumo). El salario promedio mensual de la población ocupada ronda los 5,200 pesos (con diferencias marcadas: más alto en el sector formal y mucho menor en el informal y agrícola). Chiapas registra consistentemente la mayor tasa de pobreza laboral del país: en el tercer trimestre de 2025 se ubicó en 61.1 %, lo que significa que más de seis de cada diez personas no logran cubrir el costo de la canasta alimentaria con su ingreso laboral per cápita. Esta cifra es casi el doble del promedio nacional (alrededor del 34 %).

El salario mínimo general vigente en 2025 fue de 278.80 pesos diarios (aproximadamente 8,480 pesos mensuales), con un incremento anunciado para 2026 a 315.04 pesos diarios. Sin embargo, el alto porcentaje de trabajadores que perciben hasta un salario mínimo o menos, sumado a la informalidad (alrededor del 70-75 % de la ocupación), hace que estos incrementos tengan un impacto limitado en el bienestar real de la población.

Vías y medios de comunicación

Chiapas cuenta con una red vial limitada y en condiciones precarias, lo que constituye un determinante social clave que afecta directamente el acceso oportuno a los servicios de salud. La entidad forma parte de la Red Nacional de Caminos (RNC) 2025, que registra un total nacional de 178,608 km de carreteras, de los cuales una porción significativa corresponde a vías estatales y municipales en mal estado (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2025a). La mayoría de las comunidades rurales, especialmente en la Selva Lacandona y regiones como Ocosingo, dependen de brechas de terracería sin pavimentar que se vuelven intransitables durante la temporada de lluvias.

El transporte público es escaso y se basa principalmente en camionetas de redilas, taxis colectivos y mototaxis. En zonas como La Garrucha, el traslado a la cabecera municipal de Ocosingo puede tomar entre 1.5 y 3 horas por caminos de terracería. Esta situación genera barreras geográficas importantes: retrasa la atención de urgencias obstétricas, traslados de pacientes graves y el suministro de medicamentos a las clínicas autónomas. Como resultado, muchas familias optan primero por parteras y promotores locales, lo que resalta la relevancia de los modelos de atención comunitaria zapatista para mitigar estas limitaciones de acceso (INEGI, 2025a).

Demografía

Chiapas es uno de los estados más jóvenes y con mayor dinamismo demográfico del país. Según el Censo de Población y Vivienda 2020, la población total era de 5,543,828 habitantes, con una distribución casi equilibrada entre áreas urbanas (49.2 %) y rurales (50.8 %), proporción superior al promedio nacional y que genera desafíos específicos en la prestación de servicios de salud (INEGI, 2020).

La tasa bruta de natalidad se mantiene elevada (alrededor de 17-21 nacimientos por cada 1,000 habitantes en proyecciones recientes), y la tasa global de fecundidad, aunque ha disminuido, sigue por encima del promedio nacional (alrededor de 2.1-2.4 hijos por mujer). La fecundidad adolescente también es alta, lo que aumenta los riesgos en salud materna e infantil. La tasa bruta de mortalidad general es moderada (cerca de 5.3-7.1 defunciones por 1,000 habitantes). Esta estructura demográfica joven implica una mayor demanda de servicios de salud reproductiva, atención prenatal y programas de crecimiento y desarrollo infantil, especialmente en comunidades rurales e indígenas.

donde el acceso geográfico es limitado (INEGI, 2025b; Centro de Información Estadística y Geográfica del Estado de Chiapas [CEIEG], 2025).

Daños a la salud Chiapas presenta altos indicadores de morbilidad y mortalidad vinculados a determinantes sociales como pobreza, marginación y dificultades de acceso. Las principales causas de morbilidad incluyen enfermedades infecciosas (diarrea e infecciones respiratorias), complicaciones obstétricas, enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión) y problemas nutricionales, particularmente en población infantil y rural.

En cuanto a la mortalidad materna, el estado históricamente registra tasas superiores al promedio nacional. Aunque ha habido mejoras, Chiapas continúa entre las entidades con mayor número de muertes maternas, con causas principales como hemorragias obstétricas, hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia/eclampsia) y complicaciones del parto y puerperio (Secretaría de Salud, 2025; INEGI, 2025c). Estos indicadores reflejan barreras persistentes: distancia a unidades con capacidad resolutive, limitaciones en transporte de emergencia y rezagos en atención prenatal oportuna. En el contexto de mi servicio social en La Garrucha, observé que muchas complicaciones se manejan inicialmente en la clínica autónoma con apoyo de parteras y promotores, pero los casos graves requieren traslados complejos que aumentan el riesgo. Esto subraya cómo la mortalidad materna no es solo un problema clínico, sino un reflejo de desigualdades estructurales que limitan el ejercicio pleno del derecho a la salud.

Educación

El nivel educativo en Chiapas presenta importantes rezagos comparados con el resto del país. El grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de aproximadamente 8.0-8.2 años (alrededor de secundaria incompleta), uno de los más bajos a nivel nacional. La tasa de analfabetismo se ubica alrededor del 11.5-13.7 % (más del doble del promedio nacional), afectando especialmente a mujeres y población indígena en zonas rurales (INEGI, 2020; CEIEG, 2025).

La cobertura en educación básica alcanza cerca del 89-91 %, pero disminuye notablemente en niveles medio superior y superior, particularmente en localidades rurales. Estos rezagos educativos influyen directamente en la salud: menor escolaridad se asocia con mayor fecundidad adolescente, menor uso de métodos anticonceptivos, menor búsqueda oportuna de atención médica y mayor vulnerabilidad a enfermedades prevenibles. En comunidades como las del Caracol de La Garrucha, la educación intercultural y los esfuerzos autónomos complementan el sistema estatal, pero las brechas persisten y limitan la capacidad de las familias para adoptar prácticas preventivas y autocuidado.

Cultura

Chiapas es uno de los estados con mayor diversidad cultural de México, hogar de 12 pueblos originarios que representan aproximadamente el 28 % de la población total (INEGI, 2020). Los grupos más numerosos son los tzeltales y tzotziles, seguidos de choles, tojolabales, mames y zoques. En la región Selva Lacandona y municipios como Ocosingo, la población tzeltal es predominante y conserva una fuerte identidad lingüística y cultural.

La lengua tzeltal es hablada por más de 500,000 personas en el estado y constituye el medio principal de comunicación en comunidades rurales como La Garrucha. Esta diversidad lingüística influye directamente en la atención en salud: muchas familias prefieren expresarse en su lengua materna, lo que hace indispensable la mediación de promotores y parteras locales para una comunicación efectiva y culturalmente pertinente.

Las costumbres y tradiciones están profundamente ligadas a la cosmovisión maya, donde la salud se entiende como equilibrio entre el cuerpo, el espíritu, la comunidad y la naturaleza. Las ceremonias, rezos y rituales con plantas medicinales forman parte del cuidado cotidiano. Las parteras tradicionales (me' x'il) y los promotores de salud desempeñan un rol central, combinando conocimiento ancestral con elementos de la medicina moderna. En la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, esta integración se hace evidente: las parteras atienden la mayoría de los partos normales y los promotores participan activamente en la consulta, facilitando la confianza de la comunidad.

Las fiestas y recreación también tienen un fuerte componente comunitario. Las celebraciones patronales, las danzas tradicionales y las asambleas ejidales fortalecen los lazos sociales y la organización colectiva, elementos clave en el modelo autónomo zapatista. Sin embargo, la marginación económica y la migración temporal limitan las oportunidades de recreación y contribuyen a problemas de salud mental que suelen pasar desapercibidos en el ámbito biomédico.

Esta riqueza cultural representa una fortaleza para el derecho a la salud, ya que permite modelos de atención pertinentes y respetuosos. No obstante, también genera desafíos cuando el sistema de salud estatal no reconoce plenamente estas prácticas, obligando a las comunidades a construir sus propios sistemas autónomos. En mi experiencia en La Garrucha, la integración respetuosa entre conocimiento tradicional y atención médica moderna demostró ser más efectiva para generar confianza y mejorar los resultados en salud materna e infantil que un enfoque exclusivamente biomédico.

Vivienda

La calidad y los espacios de la vivienda constituyen un determinante social fundamental del derecho a la salud, ya que influyen directamente en la prevención de enfermedades, la higiene, la nutrición y el bienestar general de la población. En Chiapas, según el Censo de Población y Vivienda 2020, se registraron 1,351,023 viviendas particulares habitadas, con un promedio de 4.1 ocupantes por vivienda (INEGI, 2020).

Respecto a la calidad de los materiales, persisten rezagos importantes, especialmente en zonas rurales. En 2020, el 11.1 % de las viviendas tenía piso de tierra (frente a 37.9 % en 2000), proporción que aumenta notablemente en localidades menores a 2,500 habitantes. Los materiales precarios en muros (embarro, bajareque, lámina o desecho) y techos (lámina o cartón) siguen presentes en una proporción significativa, lo que genera problemas de humedad, filtraciones y mayor riesgo de infecciones respiratorias y gastrointestinales (INEGI, 2020; Centro de Información Estadística y Geográfica del Estado de Chiapas [CEIEG], 2025).

En cuanto a los servicios básicos, la cobertura ha mejorado, pero continúa siendo insuficiente en el ámbito rural:

- Energía eléctrica: 97.7 % de las viviendas.
- Agua entubada: 89.6 %.
- Drenaje: 91.0 %.

A pesar de la buena cobertura de energía eléctrica en la comunidad, el servicio no siempre es estable. Durante las temporadas de lluvias intensas, los postes y líneas eléctricas pueden sufrir daños que provocan interrupciones del suministro. La reparación de estas fallas suele tardar varios días, especialmente cuando ocurren cerca del fin de semana, ya que en muchos casos la atención y reparación del servicio no se realiza hasta el lunes siguiente.

Sin embargo, en muchas comunidades indígenas y de la Selva Lacandona el agua se obtiene por acarreo o de fuentes no seguras, y el drenaje frecuentemente desemboca en ríos o barrancas. Además, un alto porcentaje de hogares (alrededor del 49.3 % a nivel estatal, y hasta 80 % en localidades rurales) utiliza leña o carbón para cocinar sin chimenea adecuada, lo que aumenta la exposición al humo y enfermedades respiratorias (INEGI, 2020).

Otro problema relevante es el hacinamiento: en 2024, Chiapas registró uno de los porcentajes más altos de carencia por calidad y espacios de la vivienda a nivel nacional (19.0 % de la población), superando ampliamente el promedio nacional (INEGI, 2025;

CONEVAL a través de ENIGH 2024). Esto se agrava en zonas rurales, donde el espacio limitado favorece la transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

Estos indicadores de vivienda reflejan desigualdades estructurales que limitan el ejercicio del derecho a la salud. En el contexto de mi servicio social en La Garrucha, observé cómo las condiciones habitacionales, pisos de tierra, falta de agua entubada confiable y uso de leña, contribuyen a la morbilidad por infecciones respiratorias, diarreas y complicaciones en salud materna e infantil. Las familias dependen fuertemente de la clínica autónoma y de prácticas tradicionales para compensar estas carencias, lo que evidencia la importancia de los modelos comunitarios zapatistas para mitigar brechas que el sistema estatal aún no cubre de manera equitativa.

Pobreza Estructural en Chiapas: Un Panorama Crítico

Chiapas enfrenta uno de los escenarios más críticos en México en términos de pobreza estructural. Según la medición de pobreza multidimensional de 2024 del INEGI, el 66% de su población vive en pobreza, colocándolo en el primer lugar nacional en esta condición. Además, exhibe la tasa más alta de pobreza extrema: 27.1% de los chiapanecos no disponen de recursos suficientes para cubrir sus necesidades básicas mínimas, combinando carencias en derechos sociales y bajos ingresos (INEGI, 2024). En números absolutos, esto representa casi 4 millones de personas en pobreza multidimensional. La pobreza laboral también evidencia la desigualdad: en el segundo trimestre de 2025, el 62.5% de la población activa estaba en pobreza laboral, lo que significa que los ingresos percibidos no son suficientes para comprar la canasta básica (INEGI, 2025).

Grupos vulnerables

En este panorama, los hablantes de lenguas indígenas y los niños menores de cinco años resultan los grupos más vulnerables. A nivel nacional, el 29% de los hablantes de idiomas originarios viven en pobreza extrema, una cifra aún más alta en Chiapas (El País, 2025). Los niños menores de cinco años presentan tasas de pobreza moderada del 33% y extrema del 8.8% (El País, 2025). Esta marginación se refleja también en el terreno de la salud materna, donde el movimiento Nich Ixim, compuesto por más de 600 parteras tradicionales, desempeña un papel esencial en la práctica comunitaria, atendiendo partos y promoviendo la salud en comunidades indígenas (El Kotni, 2021).

Servicios de salud

Los servicios de salud en Chiapas reflejan las profundas desigualdades estructurales del estado y constituyen un indicador clave para evaluar el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Según datos del Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), en 2024-2025 el estado contaba con aproximadamente 2,273 unidades

médicas, de las cuales 2,065 corresponden al primer nivel de atención (centros de salud y unidades básicas), 204 al segundo nivel (hospitales generales y básicos) y solo 4 al tercer nivel (alta especialidad). La gran mayoría de estas unidades se concentra en zonas urbanas o semiurbanas, dejando a numerosas localidades rurales con acceso limitado o dependiente de unidades móviles y brigadas (Programa Sectorial de Salud Chiapas 2025-2030; Secretaría de Salud de Chiapas, 2025).

En cuanto a recursos humanos, la disponibilidad de personal médico es insuficiente y mal distribuida. La tasa de médicos en contacto directo con el paciente en unidades públicas se ubicó en alrededor de 0.92 por cada 1,000 habitantes sin derechohabencia en 2024, con una meta de alcanzar 1.0 para 2030. Predominan los médicos generales, mientras que los especialistas (pediatría, ginecología-obstetricia, anestesiología, entre otros) son escasos y se concentran en los pocos hospitales de segundo y tercer nivel. Esta situación genera sobrecarga en el primer nivel y largas esperas o traslados para atención especializada (Programa Sectorial de Salud Chiapas 2025-2030).

Respecto a recursos materiales, el abasto de medicamentos y material de curación alcanzó un promedio del 87 % en 2025, priorizando las unidades más alejadas. Sin embargo, en comunidades de alta dispersión geográfica persisten desabastos intermitentes de insumos básicos para urgencias obstétricas, atención neonatal y enfermedades crónicas. La infraestructura hospitalaria también muestra limitaciones: el número de camas censables es bajo en relación con la población, y muchas unidades de primer nivel carecen de equipo básico para resolver complicaciones comunes.

Desigualdades Estructurales y su Impacto en la Salud

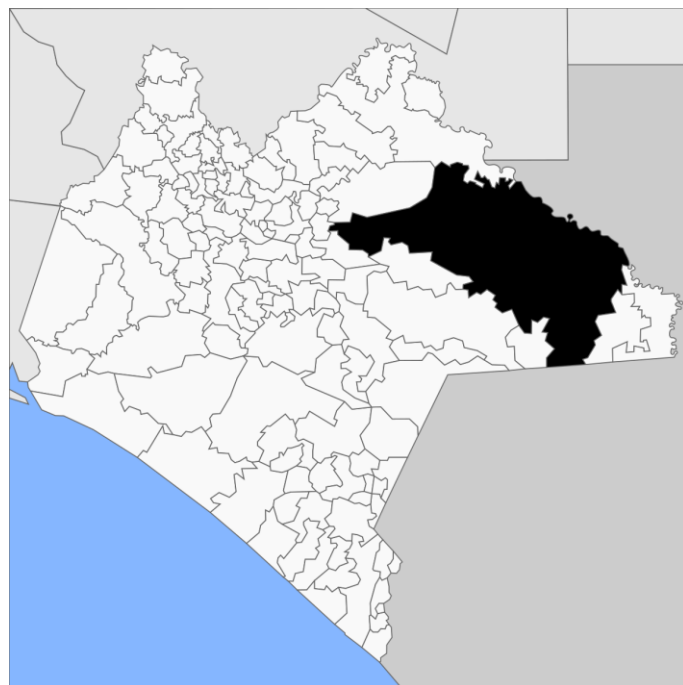
Chiapas se caracteriza por su enorme riqueza cultural y natural, pero también por enfrentar profundas desigualdades estructurales que impactan de manera directa en las condiciones de vida y de salud de su población. En 2022, el 31.1 % de la población tenía rezago educativo, es decir, no cursaba la escolaridad básica esperada según su edad, y el rezago educativo alcanzó a 1.77 millones de personas (CONEVAL vía CEIEG, 2024). La combinación de pobreza multidimensional, rezago educativo, dispersión geográfica y alta proporción de población indígena condiciona tanto el acceso como la calidad de los servicios sanitarios. Estos factores limitan la capacidad de las comunidades para garantizar el derecho a la salud, especialmente en áreas rurales donde la infraestructura sanitaria es escasa y los traslados a hospitales son complicados.

Ocosingo

Características generales

Ocosingo, ubicado en la región de la Selva Lacandona, es el municipio más extenso de Chiapas, con una superficie de 9,520.117 km², lo que representa aproximadamente el 13 % del territorio estatal (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020). Su ubicación geográfica (coordenadas extremas entre 16°05' y 17°15' de latitud norte, y 90°39' y 92°22' de longitud oeste, con una altitud que varía entre 0 y 2,000 metros sobre el nivel del mar, y una media aproximada de 800-900 m s. n. m. en la cabecera municipal) lo sitúa en un entorno de selva tropical y zonas montañosas, caracterizado por una gran biodiversidad, pero también por importantes retos de accesibilidad (INEGI, 2023).

El municipio limita al norte con Palenque y Chilón, al este con Guatemala y los municipios de Benemérito de las Américas y Marqués de Comillas, al sur con Las Margaritas, Maravilla Tenejapa y Altamirano, y al oeste con Altamirano y Oxchuc. Esta posición estratégica lo convierte en un territorio de gran relevancia ecológica y cultural, pero también en una zona de difícil acceso debido a su topografía accidentada y a la prevalencia de caminos de terracería que se vuelven intransitables en temporada de lluvias (INEGI, 2020)



Población:

Según el Censo de Población y Vivienda 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), el municipio de Ocosingo cuenta con 234,661 habitantes, distribuidos de manera casi equitativa entre hombres (49.3 %, 115,769) y mujeres (50.7 %, 118,892). Esta cifra representa un crecimiento del 18 % en comparación con el censo de 2010, impulsado principalmente por una tasa de natalidad elevada característica de la región Selva Lacandona. La población es predominantemente joven, con un porcentaje significativo de personas menores de 15 años, lo que genera una alta demanda de servicios de salud reproductiva, atención infantil, educación y alimentación (INEGI, 2020; Centro de Información Estadística y Geográfica del Estado de Chiapas [CEIEG], 2025).

Esta estructura demográfica joven representa tanto una oportunidad como una carga importante para los sistemas de salud locales. En comunidades rurales e indígenas como las que conforman el área de influencia de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza (Patihuitz, Prado, San Miguel, Tierra Blanca, entre otras), la proporción de niños y mujeres en edad reproductiva es aún mayor, lo que incrementa la necesidad de programas de atención prenatal, control de crecimiento y desarrollo, y prevención de complicaciones maternas.

Morbimortalidad

En cuanto a morbi-mortalidad, Ocosingo presenta patrones característicos de regiones con alta marginación y dificultades de acceso geográfico. Las principales causas de morbilidad incluyen enfermedades infecciosas y parasitarias (diarreas, infecciones respiratorias agudas), complicaciones obstétricas, desnutrición y enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes e hipertensión, especialmente en adultos. La mortalidad infantil y perinatal sigue siendo un reto importante en la Selva Lacandona, asociada a factores como el acceso limitado a atención oportuna, condiciones de vivienda precarias y barreras culturales o de transporte.

Particularmente preocupante es la mortalidad materna. Chiapas, y dentro de él municipios como Ocosingo, históricamente registra tasas superiores al promedio nacional, con causas principales como hemorragias obstétricas, hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia/eclampsia) y complicaciones del parto y puerperio. Aunque se han observado mejoras recientes, la mortalidad materna persiste como un indicador de desigualdad estructural: la distancia a unidades de segundo y tercer nivel, la precariedad del transporte por brechas de terracería y los rezagos en atención prenatal oportuna aumentan el riesgo en zonas rurales (Secretaría de Salud, 2025; INEGI, 2025c).

Cultura

Ocosingo es un municipio con una rica diversidad cultural, donde los pueblos originarios, principalmente Tzeltal, Tzotzil, Ch'ol y Tojolabal, constituyen una parte sustancial de la población. Según datos del INEGI (2020), aproximadamente el 70% de la población de Ocosingo habla una lengua indígena, siendo el tzeltal la más predominante en comunidades como La Garrucha. Esta diversidad se refleja en las prácticas culturales, la medicina tradicional y las formas de organización comunitaria, incluyendo las estructuras autónomas zapatistas.

Condiciones Socioeconómicas

Ocosingo enfrenta desafíos significativos en términos de pobreza y marginación, que son reflejo de las condiciones estructurales de Chiapas. Según la medición de pobreza multidimensional del INEGI (2024), el 66% de la población del municipio vive en

condiciones de pobreza, y un 27.1% en pobreza extrema, lo que implica que no cuentan con ingresos suficientes para cubrir la canasta básica ni acceder a servicios esenciales como salud, educación o vivienda digna. La economía del municipio de Ocosingo se sustenta principalmente en actividades agrícolas de subsistencia, como el cultivo de maíz, frijol y café, que predominan en la región Selva Lacandona. Sin embargo, estos ingresos son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas de la mayoría de las familias, lo que genera altos niveles de pobreza y limita el acceso a determinantes sociales clave como la alimentación nutritiva, la vivienda digna y la atención oportuna en salud (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020; Secretaría de Economía, 2025).

El rezago educativo es otro factor crítico en Ocosingo. Según el Censo 2020, un porcentaje elevado de la población de 15 años y más presenta educación básica incompleta (alrededor del 60-70 % en muchas localidades rurales del municipio), y la tasa de analfabetismo alcanza el 21.6 %. Esta situación restringe las oportunidades de movilidad social, el acceso a información preventiva en salud y la adopción de prácticas de autocuidado, perpetuando ciclos de desigualdad, especialmente en comunidades indígenas donde el idioma tzeltal es predominante y el grado promedio de escolaridad es bajo (INEGI, 2020; Data México, 2025).

En términos de vivienda, las condiciones habitacionales reflejan las brechas estructurales del municipio. Un porcentaje importante de hogares carece de agua entubada dentro de la vivienda o en el terreno (alrededor del 9-12 % según localidades), por lo que muchas comunidades dependen de manantiales, ríos o acarreo. Esto aumenta significativamente el riesgo de enfermedades diarreicas, infecciones parasitarias y complicaciones en salud materna e infantil, al dificultar la higiene básica y la preparación adecuada de alimentos. Además, el uso extendido de pisos de tierra, muros precarios y leña para cocinar sin ventilación adecuada agrava problemas respiratorios y contribuye al hacinamiento en muchas familias (INEGI, 2020).

Infraestructura Sanitaria y Acceso a la Salud

El sistema de salud en Ocosingo enfrenta limitaciones estructurales que agravan las desigualdades en el acceso al derecho a la salud. La infraestructura sanitaria estatal es insuficiente: el Hospital Básico Comunitario (HBC) de Ocosingo, de segundo nivel, se encuentra a aproximadamente 50 km de comunidades como La Garrucha, pero el traslado por caminos de terracería puede tomar entre 2 y 4 horas (o más en temporada de lluvias, de mayo a octubre), dependiendo de las condiciones del camino (INEGI, 2023; observación directa durante servicio social). Esta distancia y las dificultades logísticas impactan directamente la atención de urgencias, como partos complicados, hemorragias obstétricas o enfermedades graves, donde el tiempo es un factor crítico que aumenta el riesgo de complicaciones y mortalidad materna.

Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales de la salud en Ocosingo reflejan las desigualdades estructurales del municipio. Entre los principales factores que afectan el bienestar de la población se encuentran:

1. Acceso al agua y saneamiento: La falta de agua entubada en un porcentaje significativo de hogares y la dependencia de fuentes naturales no siempre seguras incrementan el riesgo de enfermedades diarreicas, especialmente en niños menores de cinco años
2. Alimentación: La dieta en Ocosingo se basa principalmente en productos de la milpa (maíz, frijol, calabaza), pero la inseguridad alimentaria afecta a muchas familias debido a la pobreza extrema existe una inhabilidad de producir o adquirir estos alimentos básicos en suficientes cantidades. La malnutrición, tanto por desnutrición como por obesidad, es un problema creciente, especialmente en niños y mujeres embarazadas.
3. Educación en salud: El rezago educativo limita la comprensión de prácticas preventivas, como la importancia de la vacunación o el manejo adecuado de medicamentos.
4. Acceso a servicios de salud: La lejanía de los centros de salud y la falta de transporte dificultan la atención oportuna. la ausencia de equipos especializados y la dificultad para traslados de emergencia limitan la capacidad resolutive.
5. Condiciones económicas: La pobreza extrema y la dependencia de la agricultura de subsistencia restringen la capacidad de las familias para invertir en salud, desde la compra de medicamentos hasta el traslado a hospitales. Las comunidades zapatistas contrarrestan esto mediante la gestión colectiva de recursos, pero las limitaciones persisten.

La Garrucha

La Garrucha, conocida formalmente como el Caracol III: Resistencia y Rebeldía por la Humanidad, representa un espacio de autonomía zapatista dentro del municipio de Ocosingo. Este análisis se basa en observaciones directas durante el servicio social, así como en datos de fuentes independientes que documentan las condiciones en territorios autónomos. Dado el carácter autónomo de la comunidad, los indicadores oficiales del INEGI o del gobierno estatal no siempre capturan la realidad local con precisión, ya que las comunidades zapatistas operan fuera de las estructuras institucionales formales. Por ello, se integran reportes de organizaciones civiles y estudios académicos para ofrecer un panorama equilibrado, enfocado en cómo la organización colectiva influye en la salud y el bienestar.

Datos fisiográficos generales

La Garrucha se ubica en la región de la Selva Lacandona, al sureste de Ocosingo, en coordenadas aproximadas de 16°54'N y 90°56'O, a una altitud de alrededor de 800 metros sobre el nivel del mar (SIPAZ, 2005). Forma parte de un territorio montañoso y selvático, con clima cálido-húmedo que registra precipitaciones anuales superiores a 2,500 mm, concentradas entre mayo y octubre, lo que favorece la biodiversidad, pero también genera riesgos como inundaciones y enfermedades vectoriales (INECC, 2019). El acceso es limitado y depende de vías terciarias. Desde Ocosingo, el trayecto hacia La Garrucha es un recorrido de 51 kilómetros que toma aproximadamente de 2 a 4 horas, una cuarta parte del camino por carretera pavimentada, seguida de terracería hasta llegar a la localidad. Esto se hace por medio de camionetas modificadas o "redilas" (camionetas adaptadas con bancas de madera para transporte colectivo). No existe transporte público formal en la zona; el traslado se realiza mediante estas camionetas que operan de manera comunitaria y parten una vez que se llenan. Estas presentan condiciones incómodas debido al polvo en temporada seca y al lodo en época de lluvias.

El servicio colectivo hacia Ocosingo se concentra en una ventana limitada durante la mañana, generalmente entre las 5:00 y 6:00 horas, por lo que las salidas se realizan únicamente dentro de ese periodo de aproximadamente 2 a 3 horas. En contraste, el regreso hacia La Garrucha suele efectuarse desde la mañana hasta alrededor de las 12:00 horas.

El costo del traslado en modalidad colectiva oscila entre 50 y 70 pesos, mientras que un viaje especial (fuera de los horarios establecidos) tiene un costo aproximado de 1,500 pesos.

La comunicación es precaria: no hay cobertura telefónica estable en la zona central, aunque en puntos elevados se capta señal limitada. El internet es intermitente y depende de fichas prepagadas en el caracol como "DIGO, TERCIOS o CARACOL GARRUCHA", donde se paga por el servicio de internet por tiempos. Este aislamiento geográfico complica el traslado de pacientes graves a hospitales en Ocosingo, que puede tomar hasta 4 horas en emergencias.

Indicadores sociales

La demografía de La Garrucha refleja la composición indígena de la región Selva de Chiapas. Aunque no existen censos oficiales recientes específicos para el Caracol, pueden realizarse estimaciones a partir de fuentes secundarias y proyecciones demográficas. Se calcula una población aproximada de 1,500 a 2,000 habitantes en el núcleo central, con un crecimiento moderado similar al observado a nivel municipal (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020; Schools for Chiapas, 2024). La estructura poblacional presenta una base amplia, con predominio de población joven:

alrededor del 45% corresponde a menores de 15 años, con una distribución por sexo relativamente equilibrada. La tasa de natalidad se mantiene elevada en comparación con el promedio estatal, lo cual es consistente con los patrones observados en comunidades indígenas rurales (INEGI, 2023). Por su parte, la mortalidad general se encuentra influida por la persistencia de enfermedades infecciosas y por limitaciones en el acceso oportuno a servicios de salud, particularmente en regiones de alta marginación (Centro de Información Estadística y Geográfica del Estado de Chiapas [CEIEG], 2024).

En el periodo reciente, la morbilidad se ha caracterizado por el predominio de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas, con incrementos estacionales durante la época de lluvias, lo cual guarda relación con condiciones de vivienda, hacinamiento y acceso limitado a agua potable. En cuanto a la mortalidad materna, si bien se han documentado avances asociados al acompañamiento comunitario y al papel de las parteras tradicionales, esta continúa representando un problema relevante en contextos indígenas. En Chiapas, la razón de mortalidad materna se ha mantenido por encima del promedio nacional, reflejando desigualdades estructurales en el acceso a servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2024; Freyermuth, 2009). Estas cifras deben interpretarse con cautela, ya que existe evidencia de subregistro en zonas rurales e indígenas, lo cual limita la precisión de las estimaciones disponibles (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2022).

Migración

La migración en la comunidad de La Garrucha es predominantemente de tipo estacional y responde principalmente a necesidades económicas. Un sector importante de la población joven se desplaza temporalmente hacia centros urbanos y turísticos como Palenque y Cancún, donde se insertan en actividades laborales de baja remuneración, principalmente en el sector servicios, construcción y comercio informal.

A pesar de estos desplazamientos, la migración no suele ser definitiva, ya que la mayoría de los individuos mantiene vínculos estrechos con la comunidad, retornando de manera periódica. Esta dinámica refleja una estrategia de subsistencia más que un proceso de urbanización permanente. Se ha estimado una tasa neta de migración cercana a -2% anual (Mora, 2017), lo que sugiere una ligera pérdida poblacional, aunque compensada por retornos frecuentes.

Educación

La educación en La Garrucha se organiza principalmente a través de sistemas autónomos, en particular mediante escuelas zapatistas que ofrecen formación desde nivel preescolar hasta secundaria. Este modelo educativo incorpora contenidos

culturales propios y se imparte en muchos casos en lengua indígena, lo que favorece la pertinencia cultural del proceso enseñanza-aprendizaje.

Sin embargo, la continuidad educativa presenta limitaciones importantes, especialmente en el acceso a niveles medio superior y superior, lo que obliga a los estudiantes a migrar o desplazarse a otras localidades. Esto contribuye a la deserción escolar en adolescentes.

El rezago educativo es significativo, particularmente en la población adulta. De acuerdo con el censo de población y vivienda 2020 del INEGI, el municipio de Ocosingo reporta arriba de 32mil 109 habitantes analfabetas, ocupando el tercer lugar a nivel nacional con más personas analfabetas. No obstante, este rezago se ha intentado mitigar mediante programas comunitarios de alfabetización y educación continua, los cuales dependen en gran medida de la organización local.

Vivienda y servicios básicos

Las viviendas en la comunidad son mayoritariamente de tipo rural tradicional, construidas con materiales locales como madera, lámina y en algunos casos piso de tierra. Estas características reflejan condiciones socioeconómicas limitadas y se asocian a riesgos para la salud, como enfermedades respiratorias y gastrointestinales.

El acceso a servicios básicos es desigual. Se estima que alrededor del 70% de las viviendas carece de drenaje formal, por lo que las familias recurren a sistemas alternativos como letrinas o fosas sépticas. El abastecimiento de agua se realiza principalmente a partir de manantiales comunitarios, aunque solo aproximadamente el 60% de los hogares cuenta con agua entubada. Esta situación incrementa el riesgo de enfermedades de transmisión hídrica (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020; Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas, 2025).

En cuanto a la electricidad, el acceso es limitado e intermitente. Aproximadamente el 50% de los hogares cuenta con suministro eléctrico, de los hogares que cuentan con energía también se atienen a la calidad de energía que llega a la son a con frecuentes fallas debidas al clima y a la calidad de la infraestructura con periodos de varios días donde no hay acceso a electricidad al no haber mantenimiento oportuno de las líneas, los que no dependen de la red eléctrica hacen uso de paneles solares o sistemas comunitarios, esto condiciona el uso restringido de aparatos eléctricos y limita ciertas actividades productivas y educativas.

Saneamiento ambiental

El manejo de residuos sólidos y excretas se realiza principalmente a través de esquemas comunitarios. Las prácticas más comunes incluyen el uso de fosas sépticas, letrinas y compostaje de residuos orgánicos. Si bien estas estrategias representan una adaptación a la falta de infraestructura formal, su implementación no siempre es adecuada, lo que puede generar focos de contaminación ambiental.

La disposición inadecuada de residuos y la falta de sistemas de drenaje incrementan el riesgo de enfermedades infecciosas, particularmente gastrointestinales y parasitarias, lo cual se refleja en el perfil de morbilidad de la comunidad.

Alimentación y nutrición

La alimentación se basa principalmente en productos de autoconsumo, como maíz, frijol, calabaza y algunas verduras cultivadas localmente. Este patrón dietético responde a la economía campesina de la región y garantiza cierto nivel de seguridad alimentaria en términos calóricos.

Sin embargo, la dieta suele ser limitada en diversidad y en el aporte de micronutrientes, lo que contribuye a problemas de malnutrición. Se estima que alrededor del 25% de los niños menores de 5 años presenta desnutrición crónica (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Esta situación se ve agravada por factores como la pobreza, el acceso limitado a alimentos variados y los conocimientos nutricionales restringidos, lo que tiene implicaciones directas en el crecimiento y desarrollo infantil.

Religión y cosmovisión

La vida comunitaria en La Garrucha está influida por una cosmovisión que integra elementos del catolicismo con creencias indígenas. Esta combinación cultural influye en la manera en que la población interpreta los procesos de salud y enfermedad, así como en la toma de decisiones respecto a la atención médica.

Las prácticas tradicionales, incluyendo el uso de medicina herbolaria y la consulta con figuras locales como curanderos o parteras, coexisten con la medicina alópata, generando un modelo de atención plural.

Servicios de salud

La comunidad de La Garrucha presenta un acceso limitado a servicios de salud institucionales, condicionado por su ubicación geográfica, el aislamiento y las dificultades de comunicación con centros urbanos. Los servicios de salud en la comunidad se estructuran principalmente en torno a la clínica autónoma “Jesús de la Buena Esperanza”, donde la atención es brindada por promotores de salud, parteras tradicionales y, en algunos periodos, personal médico cursando su servicio social., quienes constituyen el primer contacto con la población.

La resolución de problemas de salud en la comunidad es limitada, por lo que los casos que requieren atención especializada deben ser referidos a unidades de mayor capacidad resolutive, ubicadas en cabeceras municipales como Ocosingo o incluso a hospitales en Palenque. Sin embargo, el traslado representa una barrera importante debido a la disponibilidad restringida de transporte, los costos económicos y los tiempos prolongados de desplazamiento.

En este contexto, la atención a la salud se articula con sistemas locales de cuidado, en los que participan activamente parteras tradicionales, promotores de salud y el uso de medicina tradicional, especialmente en comunidades indígenas. Las parteras desempeñan un papel fundamental en la atención del embarazo, parto y puerperio, contribuyendo a la cobertura de servicios en zonas donde el acceso institucional es limitado.

Las principales limitaciones del sistema de salud en la comunidad incluyen el desabasto intermitente de medicamentos, la falta de recursos diagnósticos, la atención continua dependiente de un solo prestador de servicios y la ausencia de atención permanente de segundo nivel. Estas condiciones influyen en la oportunidad diagnóstica y terapéutica, así como en la referencia oportuna de pacientes.

Tabla 1. *Indicadores sociales estimados en La Garrucha, Chiapas 2025*

Indicador Social	Valor Estimado	Fuente
Población total	1,500-2,000	Schools for Chiapas (2024)
Tasa de natalidad (por 1,000 hab.)	35	INEGI (2023a), adaptado
Tasa de mortalidad (por 1,000 hab.)	8	CEIEG (2024)
Rezago educativo (%)	40	Baronnet et al. (2011)
Acceso a agua entubada (%)	60	CEIEG (2025)
Desnutrición infantil (%)	25	OPS (2010)

Fuente. Elaboración propia con datos de INEGI, CEIEG, Baronnet, et al. y OPS 2010-2025 por MPSS Mario Alberto Acosta Treviño

Indicadores económicos

La economía en la comunidad de La Garrucha se caracteriza por ser predominantemente de subsistencia, con una fuerte orientación hacia la organización colectiva y el autoconsumo. La mayoría de la población se dedica a actividades agrícolas familiares, principalmente en sistemas de milpa, donde se cultivan productos como maíz, frijol, café y diversas hortalizas. Estos cultivos están destinados en primer lugar al consumo doméstico, mientras que los excedentes se comercializan en mercados locales o mediante redes comunitarias y cooperativas (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2022).

En ausencia de datos desagregados específicos para la comunidad, se puede inferir, a partir de estadísticas rurales del municipio de Ocosingo, que la mayor parte de la población económicamente activa (PEA) se encuentra ocupada en el sector primario. A nivel municipal, más del 60% de la población ocupada se dedica a actividades agropecuarias, lo que permite estimar que en comunidades como La Garrucha esta proporción podría ser incluso mayor (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020).

Además de la agricultura, una proporción menor de la población participa en actividades complementarias como la elaboración de artesanías, comercio local o servicios

comunitarios. En este contexto, es frecuente que las mujeres desempeñen una doble jornada, combinando labores domésticas con actividades productivas no remuneradas o de baja remuneración.

Los ingresos económicos son limitados e inestables, ya que dependen de ciclos agrícolas, ventas ocasionales o intercambios locales (trueque). De acuerdo con estimaciones de pobreza rural en Chiapas, una proporción significativa de la población vive por debajo de la línea de bienestar, con ingresos que frecuentemente no alcanzan el salario mínimo diario (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2022).

No existe presencia de industria formal en la comunidad, y las oportunidades de empleo asalariado son escasas, lo que favorece la persistencia de economías locales basadas en la autosuficiencia. En este contexto, la organización comunitaria promueve formas de economía solidaria, a través de colectivos de producción y distribución que buscan reducir la dependencia de mercados externos y programas gubernamentales.

Indicadores políticos

La organización es horizontal y autónoma, regida por la Junta de Buen Gobierno (JBG) del Caracol, que resuelve conflictos mediante asambleas comunitarias. No hay influencia directa de partidos políticos tradicionales; el EZLN promueve la no participación en elecciones formales, enfocándose en la resistencia civil (E-IR, 2022). Existen organizaciones sociales como colectivos de mujeres y jóvenes, que abordan temas de género y educación. En los últimos años, tensiones con grupos paramilitares han afectado la estabilidad, pero la cohesión comunitaria mitiga conflictos (NACLA, 2024).

Indicadores culturales

Predomina la etnia Tzeltal, con el 90% de la población hablando tzeltal como lengua principal, aunque muchos son bilingües (español-tzeltal). Las costumbres incluyen el trabajo colectivo (tequio), el uso de herbolaria y rituales mayas para curación. Las fiestas principales son el Día de Muertos, la Navidad con influencias indígenas y aniversarios zapatistas como el 1 de enero. La recreación se centra en danzas tradicionales, juegos comunitarios y talleres culturales (The Funambulist, 2023).

En resumen, La Garrucha ejemplifica cómo la autonomía zapatista transforma desafíos estructurales en fortalezas colectivas, aunque persisten limitaciones en acceso y recursos que impactan la salud. Comparado con Ocosingo (población 234,661, rezago educativo 35%) y Chiapas (pobreza 66%), La Garrucha muestra mayor cohesión social pero mayor aislamiento, lo que resalta la necesidad de fortalecer la autogestión para garantizar el derecho a la salud (CNDH, 2019).

Conclusiones del Diagnóstico

El diagnóstico de salud comunitaria en La Garrucha, dentro del municipio de Ocosingo en Chiapas, revela una intersección crítica entre altos niveles de marginación y pobreza con el ejercicio del derecho a la salud, tal como se define en el marco teórico. Este derecho, consagrado en la Constitución mexicana (artículo 4º) y en instrumentos internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, artículo 12), no se limita a la atención médica, sino que abarca los determinantes sociales de la salud: condiciones de vida dignas, acceso equitativo a servicios y responsabilidades compartidas entre individuos, comunidades y el Estado. En este contexto, los indicadores analizados destacan cómo la desigualdad estructural obstaculiza su realización plena, aunque la autonomía zapatista ofrece un modelo alternativo de resiliencia colectiva.

En primer lugar, los indicadores de pobreza y marginación en Chiapas posicionan al estado como el más afectado en México, con un 66% de la población en pobreza multidimensional en 2024, lo que implica carencias en ingresos, educación, vivienda y salud. Esta situación se agrava en zonas rurales como Ocosingo, donde el 46.3% de la población vive en pobreza extrema y el 46.2% en pobreza moderada, con rezagos en acceso a agua entubada (solo 60% en comunidades similares) y electricidad intermitente. En La Garrucha, como territorio autónomo, estos datos se manifiestan en una economía de subsistencia basada en la agricultura familiar, con ingresos bajos (equivalentes a menos de 200 pesos diarios) y una desnutrición crónica estimada en el 25% de niños menores de 5 años. Estos factores, alineados con los determinantes sociales de la salud propuestos por la OMS (2008), generan vulnerabilidades que limitan la disponibilidad y accesibilidad de recursos básicos, como agua limpia y alimentación adecuada, esenciales para prevenir enfermedades infecciosas como IRAS y EDAS, que dominan la morbilidad local.

En relación con los servicios de salud, el acceso en áreas rurales de Chiapas es precario, pese a la cobertura universal nominal. Clínicas remotas carecen de suministros y personal capacitado, con traslados a hospitales que pueden tomar hasta 4 horas, lo que aumenta riesgos en emergencias como partos o infecciones. En Ocosingo, la fragmentación del sistema (IMSS-Bienestar, estatal) deja brechas, aunque iniciativas como los 2 millones de consultas a indígenas en el primer semestre de 2025 indican esfuerzos por ampliar la cobertura. En La Garrucha, la clínica autónoma "Jesús de la Buena Esperanza" representa una respuesta comunitaria: gestionada por promotores y parteras, atiende el 80% de necesidades básicas integrando herbolaria y biomedicina. Sin embargo, la escasez de insumos especializados viola los principios de calidad y aceptabilidad del derecho a la salud (Observación General 14 del CDESC),

dependiente del Estado para infraestructura, pero resistida por la autonomía zapatista que prioriza la soberanía cultural.

Esta tensión entre marginación y derecho a la salud resalta responsabilidades diferenciales. Individualmente, el autocuidado se ve limitado por la pobreza laboral (35.1% en Chiapas en el segundo trimestre de 2025), que reduce la capacidad para prácticas preventivas. Comunitariamente, La Garrucha ejemplifica un cumplimiento parcial mediante tequios y asambleas, fortaleciendo la solidaridad y reduciendo la mortalidad materna a niveles estimados de 50 por 100,000 nacidos vivos, inferiores al promedio estatal. No obstante, el Estado falla en su obligación de equidad, como evidencia el rezago sureño en reducción de pobreza (solo 7.2% en Chiapas de 2018-2024), perpetuando desigualdades que contrastan con el norte del país.

En síntesis, mientras la pobreza y marginación en Chiapas y Ocosingo erosionan el derecho a la salud al restringir determinantes como educación (rezago del 40%) y vivienda, la experiencia de La Garrucha demuestra que la organización colectiva puede mitigar impactos, alineándose con una visión descolonizadora de la salud. Para avanzar, se requiere una articulación entre autonomía indígena y políticas estatales inclusivas, priorizando inversión en infraestructura rural y respeto cultural, como sugiere la colaboración PAHO-Chiapas en 2025. Solo así se materializará un derecho a la salud integral, transformando vulnerabilidades en equidad.

Seguimiento de Programas de Salud

Durante el periodo comprendido entre agosto de 2024 y agosto de 2025, la clínica Jesús de la Buena Esperanza, adscrita al Caracol III “La Garrucha” y parte del sistema de salud autónomo zapatista, mantuvo la aplicación de los programas prioritarios de atención primaria en coordinación con Salud y Desarrollo Comunitario A.C. (SADEC). Estos programas constituyen el eje operativo del modelo de salud comunitaria implementado en la región y buscan garantizar el derecho a la salud desde una lógica participativa y preventiva.

Los principales programas activos fueron:

Atención Prenatal (AP), Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), Sobrepeso y Obesidad (SYO), Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino (DOC), Crecimiento y Desarrollo Infantil (CyD), Víctimas de Violencia (VV) y Tuberculosis (TB). La periodicidad de las actividades, así como su cobertura, dependieron del flujo de población y de los recursos disponibles. A continuación, se resumen los avances principales

Programa de Atención Prenatal (AP):

El programa de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio tiene como objetivo disminuir la morbilidad materna mediante el seguimiento prenatal oportuno, la identificación temprana de factores de riesgo y el acompañamiento continuo de las mujeres gestantes en las comunidades. Dentro de la Clínica Autónoma de La Garrucha, este seguimiento se desarrolla a través del trabajo coordinado entre el personal médico pasante, las parteras tradicionales y los promotores de salud, integrando tanto conocimientos comunitarios como herramientas clínicas para favorecer una atención más cercana y culturalmente aceptada.

Las acciones realizadas incluyen controles prenatales periódicos, vigilancia del crecimiento fetal, monitoreo de signos de alarma, orientación nutricional, promoción de medidas preventivas y referencia oportuna de pacientes con factores de riesgo o complicaciones obstétricas. Asimismo, el acompañamiento comunitario permite mejorar la detección de embarazos, fortalecer la continuidad del control prenatal y facilitar la toma de decisiones respecto al lugar y tipo de atención del parto.

Resultados

Se mantuvo el registro de gestantes con un control promedio de 26 consultas al mes. Las parteras tradicionales continuaron participando en la detección temprana de signos de alarma y en la referencia oportuna a la clínica. Se promovió la suplementación con ácido fólico y hierro, así como la vacunación y el tamizaje con tiras para detectar VIH y VDRL.

Tabla 2. Registro de consulta de atención de embarazo, parto y puerperio en La Garrucha, Chiapas, Julio 2024 – Julio 2025.

ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO													
Mes	De primera vez				Ingreso y Puerp subsecuente				Consulta en Programa				Consulta total
	1º trim	2o trim	3º trim	Puer p	1º trim	2o trim	3º trim	Puerp	1º trim	2o trim	3º trim	Puerp	
	La Garrucha												
Julio	10	6	7	8	0	2	0	0	0	5	5	5	48
Agosto	11	2	10	1	1	0	0	0	1	0	8	0	34
Septiembre	7	5	7	0	2	0	0	0	2	0	4	0	27
Octubre	4	2	3	5	2	1	1	0	2	1	2	0	23
Noviembre	6	3	9	3	2	2	2	0	2	2	3	0	34
Diciembre	6	4	4	3	2	2	2	0	3	6	3	0	35
2º Sem	44	22	40	20	9	7	5	0	10	14	25	5	201
Enero	3	4	3	0	0	2	0	0	0	4	4	0	20
Febrero	7	3	6	2	2	0	1	0	2	3	7	0	33
Marzo	4	4	2	0	2	0	1	0	3	1	9	0	26
Abril	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	9
Mayo	5	1	2	0	0	1	0	0	0	1	3	0	13
Junio	3	4	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	11
1r Sem	25	18	18	3	4	3	2	0	5	10	24	0	112
TOTAL	69	40	58	23	13	10	7	0	15	24	49	5	313

Fuente: Elaboración propia de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

Como se puede observar en la Tabla 2, en el rubro de consultas de primera vez, el segundo semestre de 2024 concentra el mayor volumen de captación inicial, con 44 embarazadas en primer trimestre, 22 en segundo, 40 en tercero y 20 puérperas. En contraste, durante el primer semestre de 2025 estas cifras disminuyeron a 25, 18, 18 y 3, respectivamente. Esto evidencia una reducción en la afluencia de primeras atenciones durante la primera mitad del año siguiente.

El apartado de ingresos y puerperio subsecuente muestra un número menor de atenciones respecto a la captación inicial, con mayor actividad durante el segundo semestre, especialmente en primer y segundo trimestre. Esta diferencia sugiere una continuidad irregular en el seguimiento de las pacientes previamente atendidas.

En cuanto a la consulta dentro del programa, se registran mayores cifras en los controles del tercer trimestre, con un total anual de 49 consultas, seguido de 24 en segundo trimestre, 15 en primer trimestre y 5 en puérperas. Esta distribución es consistente con el patrón común en el que la demanda de controles aumenta conforme avanza la gestación. Destacan noviembre y diciembre como los meses con mayor número de consultas programadas.

En términos globales, el total anual asciende a 313 consultas, de las cuales 201 corresponden al segundo semestre de 2024 y 112 al primer semestre de 2025. Esto confirma una mayor carga de trabajo en la segunda mitad del año, así como variaciones estacionales en la captación y el seguimiento de pacientes embarazadas y puérperas.

En la comunidad de La Garrucha, correspondiente al periodo de julio de 2024 a junio de 2025. Las atenciones se clasifican según el tipo de proveedor: partera, promotor(a) de salud, MPSS, partos coordinados (atención conjunta, Partera -MPSS, o con apoyo externo) y partos referidos o atendidos en hospital. Al final se incluyen los totales semestrales y el total anual.

Tabla 3. Registro de atención de parto en La Garrucha, Chiapas, Julio 2024 – Julio 2025.

ATENCIÓN DE PARTO						
Mes	Partera	Promotor	MPSS	Coordinado	Hospital	Total
La Garrucha						
Julio	4	0	0	3	1	8
Agosto	1	0	0	1	1	3
Septiembre	0	0	0	0	2	2
Octubre	3	0	0	1	2	6
Noviembre	1	0	0	0	4	5
Diciembre	2	0	0	2	1	5
2º Sem	11	0	0	7	11	29
Enero	0	0	0	1	1	2
Febrero	0	0	0	0	1	1
Marzo	0	0	0	4	0	4
Abril	0	0	0	1	0	1
Mayo	1	0	0	0	1	2
Junio	0	0	0	0	2	2
1r Sem	1	0	0	5	5	11
Anual	12	0	0	12	16	40

Fuente: Elaboración propia de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

Durante el segundo semestre de 2024 se registraron 29 partos, distribuidos principalmente entre la partera (11 casos) y las atenciones hospitalarias (11 casos), seguidos por 7 partos coordinados. Este periodo concentra el mayor número de partos del año, particularmente en julio (8 partos) y octubre (6 partos).

En el primer semestre de 2025 se contabilizaron 11 partos, una disminución notable respecto al semestre previo. La atención hospitalaria continúa siendo relevante con 5 partos, mientras que los partos coordinados suman 5 y las parteras participan en 1 caso. Marzo destaca con 4 partos, siendo el mes más alto de este semestre. Al igual que en el periodo anterior, no se registran partos atendidos únicamente por promotores o MPSS.

El total anual asciende a 40 partos, de los cuales 12 fueron atendidos por parteras, 12 de manera coordinada entre parteras y personal médico (MPSS), y 16 en hospital. La ausencia de partos atendidos exclusivamente por personal promotor o únicamente por el MPSS sugiere que la atención directa del parto se concentra principalmente en la partería tradicional, el trabajo colaborativo entre las parteras y el personal médico, así como en el aprovechamiento de los servicios hospitalarios en aquellos casos donde el tipo de atención requerida o la elección personal de la paciente así lo ameritan.

Tabla 4. Situación de atención de parto referido a hospital, La Garrucha, Chiapas, Julio 2024 – Julio 2025.

SITUACIÓN DE ATENCIÓN DE PARTO A HOSPITAL					
Mes	Electivo	Urgencia	Inestable	Se desconoce	Total
La Garrucha					
Julio	0	1	0	0	1
Agosto	0	1	0	0	1
Septiembre	0	2	0	0	2
Octubre	1	0	1	0	2
Noviembre	2	2	0	0	4
Diciembre	1	0	0	0	1
2º Sem	4	6	1	0	11
Enero	0	1	0	0	1
Febrero	1	0	0	0	1
Marzo	0	0	0	0	0
Abril	0	0	0	0	0
Mayo	0	1	0	0	1
Junio	1	1	0	0	2
1r Sem	2	3	0	0	5
Anual	6	9	1	0	16

Fuente: Elaboración propia de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

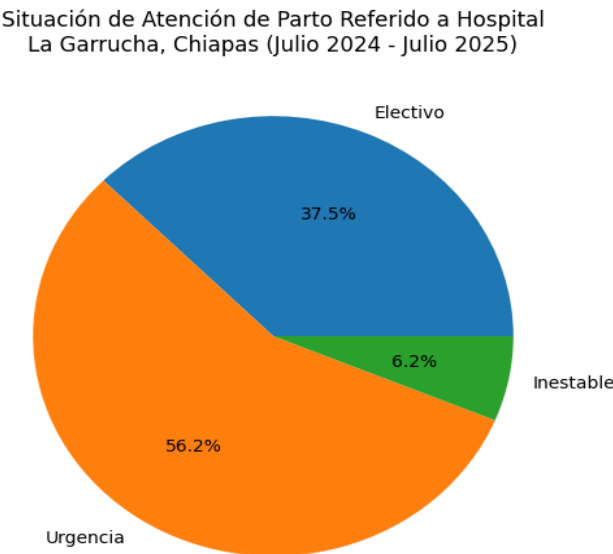
Durante el segundo semestre de 2024 se registraron **11 referencias hospitalarias**, concentradas principalmente en los traslados por **urgencia obstétrica (6 casos)** y en los **partos lectivos (4 casos)**. Solo se reportó **1 caso clasificado como inestable** y ninguno con motivo desconocido. Los meses con mayor número de referencias fueron

septiembre (2), octubre (2) y noviembre (4). Este patrón coincide con el incremento observado en la atención de partos en hospital durante el mismo periodo.

En el primer semestre de 2025 se contabilizaron **5 referencias**, todas derivadas de **parto electivo (2)** o **urgencia (3)**. No se registraron casos inestables ni motivos no especificados. Las referencias se concentran en enero, mayo y junio, reflejando una demanda más baja pero estable en comparación con el semestre previo.

El total anual asciende a **16 referencias hospitalarias**, de las cuales **6** fueron por parto electivo, **9** por urgencia, **1** por estado clínico inestable y **0** por motivos no determinados. En términos proporcionales, las **urgencias obstétricas representan el 56% de todas las referencias**, indicando que la mayor parte de los traslados hacia el nivel hospitalario se realiza ante situaciones que requieren intervención inmediata. Destaca particularmente el modelo de atención conjunta entre parteras y personal médico, donde la suma de saberes comunitarios y capacidades clínicas permitió atender en comunidad el 60% de los partos registrados, además de favorecer la canalización oportuna de pacientes para atención hospitalaria en un 14% de partos electivos y un 23% de casos asociados a urgencias obstétricas. Esto refleja una dinámica de colaboración que fortalece tanto la seguridad materna como el respeto a las prácticas comunitarias de atención.

Tabla 4.5. Situación de atención de parto referido a hospital, La Garrucha, Chiapas, Julio 2024 – Julio 2025.



Fuente: Elaboración propia de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

En conjunto, los datos muestran que las referencias obstétricas desde La Garrucha responden principalmente a situaciones de urgencia y procedimientos previstos (electivos), con baja ocurrencia de casos inestables. Esta distribución es consistente con los patrones observados en la tabla 2, donde la atención comunitaria (parteras) y la hospitalaria coexisten, con el hospital actuando como recurso para complicaciones o necesidades específicas durante el trabajo de parto.

Coherencia Interna del Programa.-

Las acciones realizadas, como control prenatal, vigilancia de signos de alarma, toma de presión arterial, suplementación con hierro y ácido fólico, orientación sobre datos de alarma obstétrica y referencias hospitalarias, respondieron directamente a los principales problemas identificados en el diagnóstico comunitario, especialmente las complicaciones maternas relacionadas con barreras geográficas y dificultades de acceso a servicios hospitalarios.

También existió congruencia entre las metas del programa y las capacidades reales de la clínica. Debido a las limitaciones en infraestructura y estudios complementarios, el programa se enfocó principalmente en prevención, vigilancia clínica y referencia oportuna de embarazos de alto riesgo, manteniendo funcionalidad dentro de un contexto rural con recursos limitados.

La pertinencia cultural fue otro aspecto importante. Muchas pacientes depositaban mayor confianza en las parteras tradicionales, por lo que el trabajo conjunto facilitó la aceptación de la atención médica y de las referencias hospitalarias cuando existían complicaciones.

Finalmente, la coherencia interna del programa se reflejó en que la mayoría de las embarazadas recibió algún tipo de seguimiento prenatal y los casos de riesgo pudieron identificarse y canalizarse oportunamente. Esto muestra una relación congruente entre las necesidades detectadas, las actividades realizadas y los resultados obtenidos.

Control de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial (HAS):

El programa de atención a personas con enfermedades crónico-degenerativas tiene como objetivo reducir la morbilidad asociada a padecimientos como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, sobrepeso y obesidad, mediante la detección oportuna, el seguimiento continuo y la promoción de medidas preventivas dentro de la comunidad. En La Garrucha, este programa adquiere especial importancia debido al aumento progresivo de estas enfermedades y a las dificultades de acceso a servicios especializados de salud, lo que incrementa el riesgo de complicaciones y limita la continuidad del tratamiento.

El seguimiento de pacientes se realiza a través de consultas periódicas, vigilancia clínica, control de signos vitales y orientación sobre medidas no farmacológicas, principalmente relacionadas con alimentación, actividad física y adherencia terapéutica. Asimismo, se desarrollan actividades de sensibilización comunitaria y búsqueda intencionada de personas con factores de riesgo, permitiendo ampliar la detección y el ingreso de pacientes al programa.

Las enfermedades crónico-degenerativas observadas en la región se relacionan estrechamente con determinantes sociales como cambios en los patrones de alimentación, consumo creciente de productos ultra procesados, dificultades económicas y barreras geográficas para el acceso constante a atención médica y medicamentos. Por ello, el programa busca no solo el control clínico de las personas diagnosticadas, sino también fortalecer acciones preventivas y de educación para la salud dentro de las comunidades.

Resultados

Tabla 5. Atención a personas con diagnóstico de Diabetes en La Garrucha, Chiapas, Julio 2024 – Julio 2025.

PERSONAS CON DIABETES						
Distribución de consulta						
Mes	1a vez	Ingreso	De Prog	Consulta total	Personas Prog	Egresos
La Garrucha						
Julio	11	0	0	11	4	1
Agosto	9	0	1	10	4	0
Septiembre	4	1	1	5	5	0
Octubre	0	0	0	0	5	0
Noviembre	2	0	1	3	5	0
Diciembre	1	0	0	1	5	0
2º Sem	27	1	3	30		1
Enero	2	0	0	2	5	0
Febrero	1	1	2	3	6	0
Marzo	0	1	1	1	7	0
Abril	0	0	1	1	7	0
Mayo	4	0	0	4	7	0
Junio	0	0	0	0	7	0
1r Sem	7	2	4	11		0
Anual	34	3	7	41		1

Fuente: Elaboración propia de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

La tabla 5 muestra la distribución mensual de consultas otorgadas a personas con diabetes en la comunidad de **La Garrucha**, abarcando el periodo comprendido entre **julio de 2024 y junio de 2025**. La información está organizada en tres componentes principales:

1. **Pacientes de primera vez**
2. **Ingresos y consultas de programa,**
3. **Consulta total, personas activas en programa y egresos.**

En el rubro de **pacientes de primera vez**, se observa que el segundo semestre de 2024 concentró la mayor captación, con **27** nuevos casos; julio y agosto destacan con **11** y **9** primeras consultas, respectivamente. Durante el primer semestre de 2025 la captación disminuyó notablemente a **7** pacientes nuevos, siendo mayo el mes con mayor actividad (4 casos). El total anual asciende a **34** primeras consultas.

En cuanto a **ingresos y consultas de programa**, la participación es limitada: se registran **3 ingresos** durante todo el año y **7 consultas programadas**, distribuidas de manera irregular. La mayor parte de estas consultas de seguimiento ocurrieron entre agosto y febrero. Este patrón evidencia una adherencia baja o una estructura de continuidad menos consolidada en comparación con la captación inicial.

El indicador de **consulta total** refleja la actividad mensual acumulada. El segundo semestre concentra **30 consultas**, mientras que el primero registra **11**, para un total anual de **41 consultas**. El periodo de mayor demanda se ubicó en julio y agosto, coincidiendo con los valores más altos de primeras atenciones.

Respecto a las **personas activas en el programa**, la cifra se mantiene relativamente estable, variando de **4 a 7** pacientes mensuales, lo que indica que, aunque la captación de nuevos diagnósticos es frecuente, la población que permanece en control sostenido es reducida pero constante. Finalmente, solo se reporta **un egreso** durante el periodo evaluado.

En conjunto, los datos muestran que la atención a personas con diabetes en La Garrucha se caracteriza por una **alta captación inicial concentrada en los meses de inicio del servicio**, seguida de una **baja continuidad en el seguimiento programado**, con estabilidad en el número de pacientes del programa, pero escasa progresión hacia consultas subsecuentes.

Tabla 6. Atención a personas con diagnóstico de Hipertensión en *La Garrucha, Chiapas, Julio 2024 – Julio 2025*.

PERSONAS CON HIPERTENSIÓN						
Distribución de consulta						
Mes	1a vez	Ingreso	De Prog	Consulta total	Personas Prog	Egresos
La Garrucha						
Julio	8	0	0	8	5	0
Agosto	9	0	1	10	5	0
Septiembre	6	0	0	6	5	0
Octubre	2	0	0	2	5	0
Noviembre	15	0	0	15	5	0
Diciembre	10	0	0	10	5	0
2º Sem	50	0	1	51		0
Enero	4	0	0	4	5	0
Febrero	7	1	2	3	6	0
Marzo	6	1	1	7	6	0
Abril	1	0	1	2	6	0
Mayo	5	0	0	5	6	0
Junio	8	0	0	8	6	0
1r Sem	31	2	4	29		0
Anual	81	2	5	80	0	0

Fuente: Elaboración propia de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

La tabla 6 presenta la distribución mensual de consultas de personas con hipertensión atendidas en la comunidad de La Garrucha, cubriendo el periodo de julio de 2024 a junio de 2025. Los datos se organizan en tres categorías principales:

- 1. Pacientes de primera vez
- 2. Ingresos y continuidad de programa
- 3. Egresos y total de consultas mensuales

así como un registro del número de personas en el programa durante cada mes.

En el apartado de pacientes de primera vez, el mayor volumen se observa durante el segundo semestre de 2024, acumulando 50 pacientes nuevos. Destaca noviembre, con 15 primeras consultas, seguido de diciembre con 10. En contraste, durante el primer semestre de 2025 se registraron 31 primeras consultas, siendo febrero, marzo y junio

los meses con mayor captación (7, 6 y 8 pacientes, respectivamente). El total anual asciende a 81 pacientes nuevos.

Respecto a ingresos y consultas “de programa”, la actividad es considerablemente baja. Solo se reportan 2 ingresos en todo el año, ambos durante el primer semestre de 2025. Las consultas de seguimiento dentro del programa suman 5 en el año, con mayor concentración en febrero, marzo y abril. Esta baja proporción de consultas programadas sugiere una adherencia limitada o una estructura de seguimiento menos consolidada.

El rubro de consulta total refleja el volumen general de atención mensual. Durante el segundo semestre de 2024 se registraron 51 consultas, mientras que en el primer semestre de 2025 se contabilizaron 29. El total anual es de 80 consultas, evidenciando una mayor carga de trabajo en la segunda mitad del año previo. Los meses con más consultas fueron noviembre (15) y diciembre (10), coincidiendo con los picos de primeras atenciones.

En cuanto a las personas en programa, se mantienen valores relativamente constantes de 5 a 6 pacientes mensuales, lo cual sugiere que, aunque la captación de nuevos diagnósticos es significativa, la incorporación sostenida al seguimiento regular permanece estable y limitada. No se registran egresos durante el periodo.

En conjunto, la información presentada evidencia que la atención a personas con hipertensión en La Garrucha muestra alta captación inicial pero baja continuidad en el seguimiento programado, con variaciones estacionales que señalan mayor demanda en los meses finales del año.

Coherencia interna del programa

El programa de control de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) mantuvo una coherencia interna adecuada con las necesidades observadas en la comunidad y con las capacidades reales de la clínica. Sus objetivos principales, identificar pacientes crónicos, vigilar su evolución y prevenir complicaciones, se relacionaron directamente con las actividades realizadas durante el periodo de servicio social.

El programa se desarrolló principalmente mediante consulta de seguimiento, toma periódica de presión arterial y glucosa capilar, control de peso, orientación nutricional y educación sobre apego al tratamiento. Estas acciones respondían a un contexto donde las enfermedades crónicas coexistían con cambios en los hábitos alimenticios, consumo frecuente de productos ultra procesados y dificultades para mantener seguimiento médico continuo debido a barreras económicas y geográficas.

Existió congruencia entre las metas del programa y los recursos disponibles. Debido a las limitaciones en estudios de laboratorio y medicamentos especializados, el manejo se centró en vigilancia clínica, identificación de signos de descontrol y medidas preventivas accesibles para la población. En muchos casos, la educación en salud y las modificaciones dietéticas representaron las herramientas terapéuticas más importantes.

La participación de promotores de salud también fortaleció la continuidad del programa, ya que facilitaban el seguimiento de pacientes y ayudaban a identificar casos con mal apego al tratamiento o con datos de alarma. Esto permitió mantener cierto control incluso en pacientes que acudían de manera irregular a consulta.

Crecimiento y Desarrollo (CyD):

El programa de evaluación y vigilancia del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño tiene como propósito disminuir la morbimortalidad infantil mediante la detección oportuna de alteraciones nutricionales, enfermedades y problemas del desarrollo en menores de 15 años. En la Clínica Autónoma de La Garrucha, este programa se enfoca en el seguimiento integral de niñas y niños a través de campañas comunitarias, consultas de control y actividades preventivas orientadas a fortalecer su crecimiento y bienestar.

Las acciones realizadas incluyen vigilancia periódica de peso y talla, valoración nutricional, detección de desnutrición, sobrepeso y obesidad, así como orientación alimentaria y referencia de pacientes que requieren atención de segundo nivel. De igual forma, el programa promueve actividades preventivas como desparasitación, educación en higiene y seguimiento de padecimientos identificados durante las campañas de salud.

Dentro del contexto comunitario de la región Selva Tzeltal, las condiciones de alimentación, pobreza, acceso limitado a servicios básicos y la presencia frecuente de enfermedades infecciosas influyen directamente en el crecimiento y desarrollo infantil. Por ello, el seguimiento continuo permite identificar de manera temprana factores de riesgo y fortalecer las acciones de prevención y atención integral en la población pediátrica, favoreciendo un mejor desarrollo físico y nutricional de las y los menores.

Resultados

Durante el periodo comprendido entre julio de 2024 y junio de 2025, el programa de Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo se mantuvo activo en la comunidad de La Garrucha, enfocado en la atención de niñas y niños menores de quince años. Este programa tuvo como objetivo principal la vigilancia periódica del crecimiento, el seguimiento del desarrollo y la atención de los principales motivos de consulta en la población pediátrica.

Tabla 7. Registro de consulta de programa de Crecimiento y Desarrollo para menores de 5 años en *La Garrucha, Chiapas, Julio 2024 – Julio 2025*.

VIGILANCIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO							
Consulta de <5 años							
Mes	1a vez	Ingreso	En Prog	Consulta total	Niños Prog	Pasan a >5	Egresos
La Garrucha							
Julio	35	1	3	38	8	0	0
Agosto	40	0	0	0	8	0	0
Septiembre	23	0	0	23	8	0	0
Octubre	20	0	0	20	8	0	0
Noviembre	15	0	0	15	8	0	0
Diciembre	18	0	0	18	8	0	0
2º Sem	151	1	3	114		0	0
Enero	30	0	0	30	8	0	0
Febrero	39	0	0	39	8	0	0
Marzo	19	0	0	19	8	0	0
Abril	17	0	0	17	8	0	0
Mayo	14	0	0	14	8	0	0
Junio	19	0	0	19	8	0	0
1r Sem	138	0	0	138		0	0
Anual	289	1	3	252		0	0

Fuente: Elaboración propia de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

De acuerdo con los registros anuales, se otorgaron 289 consultas de primera vez a menores de cinco años. De estas, 252 correspondieron a consultas efectivas registradas, lo que refleja una participación constante de madres y cuidadores a lo largo del año. El mayor número de atenciones se concentró en el segundo semestre (julio a diciembre), con 151 consultas de primera vez, mientras que en el primer semestre (enero a junio) se registraron 138 consultas.

Durante el periodo analizado se documentó únicamente un ingreso y tres consultas en seguimiento dentro del programa, sin registrarse egresos ni transiciones al grupo etario mayor de cinco años. Esto indica que la mayoría de las atenciones correspondieron a valoraciones puntuales y controles periódicos, más que a casos que requirieran seguimiento prolongado.

En cuanto a las **niñas y niños mayores de cinco y menores de quince años** en la comunidad de La Garrucha, también se realizó seguimiento con el objetivo de vigilar el crecimiento, identificar alteraciones tempranas y atender los principales motivos de consulta en edad escolar y adolescente temprana.

Tabla 8. Registro de consulta de programa de Crecimiento y Desarrollo para mayores de 5 años en *La Garrucha, Chiapas, Julio 2024 – Julio 2025*.

VIGILANCIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO						
Consulta de >5 años a <15 años						
Mes	1a vez	Ingreso	En Prog	Consulta total	Niños Prog	Egresos
La Garrucha						
Julio	22	0	2	24	1	0
Agosto	29	0	1	30	1	0
Septiembre	25	0	0	25	1	0
Octubre	12	0	0	12	1	0
Noviembre	12	0	0	12	1	0
Diciembre	9	0	0	9	1	0
2º Sem	109	0	3	112		0
Enero	9	0	0	9	1	0
Febrero	7	0	0	7	1	0
Marzo	8	0	0	8	1	0
Abril	5	0	0	5	1	0
Mayo	19	0	0	19	1	0
Junio	10	0	0	10	1	0
1r Sem	58	0	0	58		0
Anual	167	0	3	170		0

Fuente: Elaboración propia de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

De acuerdo con los registros anuales, se otorgaron **167 consultas de primera vez**, con un total de **170 consultas** considerando los **tres casos que permanecieron en seguimiento dentro del programa**. No se registraron nuevos ingresos al programa ni egresos durante el periodo, lo que indica que la totalidad de las atenciones se resolvieron de forma ambulatoria, ni se registraron casos que requirieron seguimiento prolongado.

El mayor volumen de consultas se concentró en el segundo semestre del año (julio a diciembre), con **109 consultas de primera vez** y **112 consultas totales**, mientras que en el primer semestre (enero a junio) se registraron **58 consultas**, lo que refleja una

disminución progresiva en la demanda, probablemente asociada a variaciones estacionales y a la dinámica escolar de la comunidad.

El programa permitió reforzar acciones preventivas, educación en salud y detección temprana de signos de alarma en población escolar, consolidándose como un componente fundamental de la atención primaria en la comunidad. En conjunto, los datos reflejan un programa funcional, con buena cobertura y sin hallazgos de patología nutricional relevante durante el periodo de servicio social.

Coherencia interna del programa

El programa de Crecimiento y Desarrollo se enfocó principalmente en la vigilancia de la población infantil, tomando en cuenta que la comunidad presenta una proporción importante de niñas y niños menores de cinco años. Las actividades realizadas buscaron responder a problemas frecuentes observados durante la consulta diaria, especialmente alteraciones nutricionales, infecciones recurrentes y esquemas de vacunación incompletos.

El seguimiento se realizaba mediante control periódico de peso y talla, valoración general del estado nutricional y orientación a madres y cuidadores sobre alimentación, higiene y signos de alarma. Aunque la clínica contaba con recursos limitados, las acciones implementadas permitían mantener vigilancia básica del crecimiento infantil y detectar oportunamente casos que requerían mayor seguimiento o referencia.

Un aspecto importante del programa fue la participación comunitaria. Los promotores de salud y las familias ayudaban a dar continuidad al seguimiento de los menores, especialmente en comunidades alejadas donde el acceso a consulta podía ser irregular. Además, muchas de las recomendaciones alimentarias debían ajustarse a la disponibilidad real de alimentos y a las condiciones económicas de cada familia.

La estructura del programa también mostró relación directa con las capacidades de la unidad médica. Ante la falta de estudios especializados o valoración pediátrica continua, se priorizaron medidas preventivas y actividades sencillas de vigilancia clínica que pudieran mantenerse de forma constante dentro del contexto rural de la comunidad.

En términos generales, el programa conservó coherencia entre los principales problemas detectados en la población infantil, las actividades desarrolladas y los recursos disponibles, permitiendo mantener seguimiento básico y acciones preventivas dirigidas a la salud de los menores.

Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino (DOC):

El programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino tiene como objetivo disminuir la morbilidad asociada a esta patología mediante acciones de prevención, detección temprana y seguimiento de mujeres con factores de riesgo o alteraciones citológicas. En la Clínica Autónoma de La Garrucha, el programa se desarrolla principalmente a través de actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva, toma de citologías cervicales y referencia de pacientes que requieren valoración especializada.

Las acciones realizadas incluyen la identificación de mujeres en edad reproductiva con vida sexual activa, promoción de la toma de Papanicolaou, entrega y seguimiento de resultados, así como orientación sobre factores de riesgo y signos de alarma relacionados con el cáncer cérvico uterino. Asimismo, se busca ampliar la cobertura mediante campañas comunitarias y el trabajo coordinado entre personal médico, promotoras de salud y parteras, favoreciendo la participación de las mujeres en las actividades preventivas.

Dentro del contexto comunitario de la región, factores como el acceso limitado a servicios ginecológicos especializados, barreras geográficas, condiciones socioeconómicas y aspectos culturales pueden influir en la realización periódica de estudios de detección. Por ello, el seguimiento del programa permite fortalecer las acciones preventivas y facilitar la identificación temprana de lesiones precursoras, favoreciendo la referencia oportuna y reduciendo el riesgo de complicaciones asociadas al cáncer cérvico uterino.

Resultados

Durante el periodo julio de 2024 a junio de 2025, el programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en la comunidad de La Garrucha presentó **baja actividad**, en comparación con ciclos previos, reflejando una disminución importante en la toma de citologías.

Tabla 9. Registro de consulta del programa de Detección oportuna de cáncer cervicouterino en La Garrucha, Chiapas, Julio 2024 – Julio 2025.

DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO					
Distribución de Consulta					
Mes	Ingreso	Entrega resultado	Pap subsecuente	Referencias	Consulta Total
La Garrucha					
Julio	1	0	1	0	2
Agosto	7	1	0	0	8
Septiembre	0	0	0	0	0
Octubre	0	0	0	0	0
Noviembre	0	0	0	0	0
Diciembre	0	0	0	0	0
2º Sem	8	1	1	0	10
Julio	0	0	0	0	0
Agosto	0	0	0	0	0
Septiembre	0	0	0	0	0
Octubre	0	0	0	0	0
Noviembre	0	0	0	0	0
Diciembre	0	0	0	0	0
2º Sem	0	0	0	0	0
Anual	8	1	1	0	10

Fuente: Elaboración propia de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

De acuerdo con los registros, se documentaron **10 consultas relacionadas con el programa DOC durante todo el año**. De estas, **8 correspondieron a ingresos al programa, 1 a entrega de resultados y 1 a consulta subsecuente**, sin registrarse referencias a segundo nivel. La actividad se concentró exclusivamente en el segundo semestre del año, principalmente en los meses de julio y agosto, mientras que en el resto del periodo no se registraron atenciones relacionadas con este programa.

Tabla 10. Detalle de actividades del programa de Detección oportuna de cáncer cervicouterino en *La Garrucha, Chiapas, Julio 2024 – Julio 2025*.

DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO				
Detalles de programa				
Mes	Promoción en consulta	PAPS realizados	Mujeres en Prog	Egreso
La Garrucha				
Julio	1	6	296	0
Agosto	2	2	303	0
Septiembre	0	0	303	0
Octubre	0	0	303	0
Noviembre	0	0	303	0
Diciembre	0	0	303	0
2º Sem	3	8		0
Enero	0	0	302	0
Febrero	0	0	302	0
Marzo	0	0	302	0
Abril	0	0	302	0
Mayo	0	0	302	0
Junio	0	0	302	0
1r Sem	0	0		0
Anual	3	8		0

Fuente: Elaboración propia de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

A diferencia de ciclos anteriores, **no se realizaron campañas activas de toma de citologías**. Aunque el servicio estuvo disponible en la clínica, el procedimiento dependía exclusivamente del médico en servicio durante el periodo, lo cual pudo influir de manera significativa en la **baja aceptación por parte de las pacientes**. Este factor, sumado a la **percepción comunitaria** y a la preferencia por acudir a **campañas externas**, limitó de forma considerable la demanda del servicio.

En este contexto, la actividad del programa se centró en:

- **Entrega de resultados de citologías tomadas en periodos previos.**
- **Consejería individual** durante la consulta general sobre la importancia del tamizaje oportuno.
- **Orientación y referencia** para acudir a campañas futuras o a unidades externas donde el procedimiento pudiera ser realizado por personal femenino.

Como consecuencia, **el número de nuevas citologías tomadas durante el periodo fue mínimo**, lo que se tradujo en un **impacto limitado del programa DOC** en términos de cobertura de detección. No obstante, las acciones de consejería permitieron mantener el tema presente en la atención integral de las mujeres, sentando bases para una mayor participación en campañas futuras.

Coherencia interna del programa

El programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino (DOC) se desarrolló de acuerdo con las características socioculturales de la comunidad y con las posibilidades reales de la clínica. Aunque durante el periodo de servicio social no existieron campañas activas de toma masiva de citologías, sí se mantuvo orientación y seguimiento de mujeres con estudios previos o con factores de riesgo identificados durante la consulta.

Las actividades realizadas se enfocaron principalmente en educación para la salud, orientación sobre la importancia del tamizaje y entrega o revisión de resultados cuando las pacientes acudían posteriormente a consulta. Esto permitió mantener cierta continuidad dentro del programa, aun cuando muchas pacientes preferían realizarse el estudio en campañas externas o en unidades donde existiera personal femenino.

La participación de promotores y parteras resultó importante para facilitar la comunicación con las pacientes y disminuir parte de la desconfianza relacionada con la exploración ginecológica. Además, las actividades preventivas se adaptaron al contexto cultural de la comunidad, donde los temas relacionados con salud sexual y reproductiva suelen abordarse con mayor reserva.

También existió relación entre las metas del programa y las limitaciones estructurales presentes en la unidad médica. La falta de campañas permanentes, recursos limitados y dificultades para el procesamiento de muestras condicionaron que el programa se enfocara más en prevención, orientación y referencia que en tamizaje continuo dentro de la clínica.

En términos generales, el programa mantuvo coherencia entre las necesidades identificadas, las actividades preventivas realizadas y los recursos disponibles, permitiendo conservar acciones básicas de promoción y vigilancia relacionadas con la salud cervicouterina.

Sobrepeso y Obesidad (SYO):

El programa de atención a personas con sobrepeso y obesidad tiene como objetivo identificar, dar seguimiento y reducir los riesgos asociados a estas condiciones mediante acciones preventivas, orientación alimentaria y vigilancia continua del estado nutricional de la población. En la Clínica Autónoma de La Garrucha, este programa se desarrolla principalmente a través de consultas de control, valoración del índice de masa corporal y actividades de educación para la salud enfocadas en hábitos alimenticios y estilos de vida saludables.

Las acciones realizadas incluyen el registro y seguimiento periódico de peso y talla, identificación de factores de riesgo asociados, promoción de actividad física y orientación nutricional adaptada a las posibilidades y recursos de las familias de la región. Asimismo, se busca detectar de manera temprana complicaciones relacionadas con el sobrepeso y la obesidad, debido a su estrecha relación con enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Dentro del contexto comunitario de la región, el incremento en el consumo de alimentos ultra procesados, bebidas azucaradas y productos con bajo valor nutricional, así como cambios en los patrones de alimentación y actividad física, han favorecido un aumento gradual de estos padecimientos. Por ello, el seguimiento del programa permite no solo vigilar el estado nutricional de las personas atendidas, sino también fortalecer acciones preventivas y de educación comunitaria orientadas a disminuir el riesgo de complicaciones a largo plazo

Resultados

Durante el periodo julio de 2024 a junio de 2025, el programa de Sobrepeso y Obesidad se desarrolló de manera **integrada al control de enfermedades crónicas**, principalmente diabetes mellitus e hipertensión arterial, mediante **educación alimentaria**, registro de **índice de masa corporal (IMC)** y orientación sobre hábitos de alimentación.

Tabla 11. Registro de consulta del programa Sobrepeso y Obesidad en *La Garrucha, Chiapas, Julio 2024 – Julio 2025*.

PERSONAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD						
Distribución de consulta						
Mes	1a vez	Ingreso	De Prog	Consulta total	Personas Prog	Egresos
La Garrucha						
Julio	13	0	0	13	0	0
Agosto	0	0	0	0	0	0
Septiembre	4	0	0	4	0	0
Octubre	0	0	0	0	0	0
Noviembre	13	0	0	13	0	0
Diciembre	8	0	0	8	0	0
2º Sem	38	0	0	38		0
Enero	6	0	0	6	0	0
Febrero	13	0	0	13	0	0
Marzo	10	1	1	11	1	0
Abril	1	0	1	2	1	0
Mayo	3	0	0	3	1	0
Junio	6	0	0	6	1	0
1r Sem	39	1	2	41		0
Anual	77	1	2	79		0

Fuente: Elaboración propia de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

De acuerdo con los registros, se documentaron **77 consultas de primera vez** relacionadas con sobrepeso y obesidad, con un total de **79 consultas durante el año**, considerando **un ingreso al programa** y **dos consultas subsecuentes**. No se registraron egresos durante el periodo analizado.

La mayor carga de atención se concentró en los meses de **julio, noviembre y febrero**, el segundo semestre de 2024 reporta **38 consultas de primera vez**, mientras que en el primer semestre de 2025 se registraron **39 consultas**, lo que muestra una distribución relativamente homogénea a lo largo del año.

El perfil de los pacientes atendidos correspondió principalmente a **población adulta**, en quienes se identificó una **tendencia al sobrepeso**, asociada al **mal control de porciones** y al **consumo frecuente de alimentos procesados**, en contraste con la

dieta tradicional. En menor proporción se observaron casos de obesidad, generalmente vinculados a la coexistencia de enfermedades crónicas.

Las intervenciones realizadas se centraron en:

- Educación alimentaria individualizada.
- Orientación sobre control de porciones y selección de alimentos.
- Registro periódico de peso, talla e IMC.
- Reforzamiento de la actividad física dentro de las posibilidades de la comunidad.

El seguimiento formal dentro del programa fue limitado, reflejado en el bajo número de pacientes en programa activo, lo cual sugiere que el abordaje del sobrepeso y la obesidad se realizó principalmente como parte de la atención integral del paciente crónico y no como un programa independiente.

Coherencia interna del programa

En conjunto, el programa de SYO permitió identificar una problemática emergente en la población adulta, con impacto potencial a mediano plazo en la carga de enfermedades crónicas, resaltando la importancia de fortalecer las estrategias de prevención y educación alimentaria en la comunidad.

Se mantuvo relación directa con las capacidades de la clínica, ya que se enfocó en medidas preventivas y educación en salud más que en intervenciones especializadas. Debido a las limitaciones económicas de muchas familias y a la disponibilidad variable de alimentos, las recomendaciones nutricionales se ajustaban a los recursos accesibles dentro de la comunidad.

Otro aspecto importante fue la relación del programa con otros padecimientos crónicos como diabetes mellitus e hipertensión arterial, ya que varios pacientes presentaban factores de riesgo compartidos. Por ello, parte de las actividades del programa también se integraban durante la consulta de enfermedades crónico-degenerativas.

En general, el programa mostró coherencia entre los problemas nutricionales identificados, las actividades preventivas implementadas y los recursos disponibles dentro de la unidad médica, priorizando la educación alimentaria y la vigilancia básica del estado nutricional.

Víctimas de Violencia (VV):

El programa de atención ante casos de violencia hacia las mujeres tiene como objetivo identificar, atender y dar seguimiento a situaciones de violencia física, psicológica, sexual y económica presentes dentro de las comunidades. En la Clínica Autónoma de La Garrucha, este programa busca brindar una atención integral que contemple no solo las afectaciones físicas, sino también el impacto emocional y social que estas situaciones generan en las personas afectadas.

Las acciones realizadas incluyen la detección de casos durante la consulta médica, el acompañamiento y seguimiento continuo de las pacientes, así como la orientación y escucha activa dentro de un espacio de atención confidencial y respetuoso. Asimismo, el programa promueve la identificación temprana de factores de riesgo y busca fortalecer el acceso de las mujeres a atención médica y apoyo comunitario, favoreciendo la visibilización de situaciones que frecuentemente permanecen ocultas.

En el contexto comunitario de la región Selva Tzeltal, las dinámicas de desigualdad de género, las limitaciones en el acceso a redes institucionales de apoyo y diversas barreras culturales y geográficas pueden dificultar la detección y atención oportuna de la violencia. Por ello, el seguimiento del programa representa una herramienta importante para fortalecer la atención primaria, promover el respeto a los derechos de las mujeres y favorecer procesos de acompañamiento y prevención dentro de las comunidades.

Resultados

Durante el periodo julio de 2024 a junio de 2025, el programa de Detección Oportuna de Víctimas de Violencia en la comunidad de La Garrucha presentó **bajo registro clínico**, con **un solo caso documentado durante todo el año**, correspondiente al mes de junio.

Tabla 12. Registro de consulta del programa de Detección de víctimas de violencia en *La Garrucha, Chiapas, Julio 2024 – Julio 2025*.

DETECCIÓN OPORTUNA DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA						
Distribución de consulta						
Mes	1a vez	Ingreso	De Prog	Consulta total	Personas Prog	Egresos
La Garrucha						
Julio	0	0	0	0	0	0
Agosto	0	0	0	0	0	0
Septiembre	0	0	0	0	0	0
Octubre	0	0	0	0	0	0
Noviembre	0	0	0	0	0	0
Diciembre	0	0	0	0	0	0
2º Sem	0	0	0	0		0
Enero	0	0	0	0	0	0
Febrero	0	0	0	0	0	0
Marzo	0	0	0	0	0	0
Abril	0	0	0	0	0	0
Mayo	0	0	0	0	0	0
Junio	1	0	0	1	0	0
1r Sem	1	0	0	1		0
Anual	1	0	0	1		0

Fuente: Elaboración propia de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

De acuerdo con la distribución de consultas, se registró **una consulta de primera vez**, sin ingresos formales al programa, sin seguimiento subsecuente y sin egresos. No se documentaron otros casos durante el resto del periodo, lo que refleja una **baja expresión del problema en el ámbito clínico**, más que su ausencia real en la comunidad.

Coherencia Interna del Programa.-

A pesar del bajo número de casos registrados, el abordaje del programa no se limitó únicamente a la atención médica. **Se brindó acompañamiento confidencial y canalización a la coordinación del Caracol y a organizaciones solidarias**, priorizando la seguridad y el respeto a la autonomía de la persona atendida. Asimismo, se enfatizó de manera constante la **educación sobre derechos y la prevención de la**

violencia de género, especialmente durante las pláticas comunitarias y en el espacio de consulta cuando el contexto lo permitía.

La escasa demanda directa del servicio puede explicarse por factores socioculturales propios de la comunidad, como la normalización de ciertas formas de violencia, el manejo interno de los conflictos y la reserva para expresar este tipo de situaciones en un espacio médico formal. En este sentido, el programa cumplió una función principalmente **preventiva y de sensibilización**, más que asistencial.

En conjunto, el programa de VV se mantuvo activo a nivel operativo y comunitario, aunque con **impacto cuantitativo limitado**, destacando la importancia de las estrategias de educación, confianza y trabajo interinstitucional para favorecer la detección temprana en ciclos posteriores.

Tuberculosis (TB):

El programa de detección y seguimiento de pacientes con tuberculosis tiene como objetivo identificar de manera oportuna a personas con sospecha o diagnóstico confirmado de tuberculosis, brindar seguimiento continuo y favorecer la adherencia al tratamiento para disminuir las complicaciones, la transmisión y la mortalidad asociada a esta enfermedad. En la Clínica Autónoma de La Garrucha, este programa se desarrolla mediante la vigilancia clínica de pacientes con tos crónica, la solicitud de estudios diagnósticos y el acompañamiento constante durante el tratamiento.

Las acciones realizadas incluyen la búsqueda intencionada de personas con síntomas respiratorios sugestivos, realización y seguimiento de estudios BAAR, vigilancia clínica periódica y referencia de pacientes que requieren atención de segundo nivel.

Asimismo, se promueve el control continuo de los casos confirmados y la supervisión del tratamiento, con el objetivo de disminuir el riesgo de abandono terapéutico, recaídas y resistencia farmacológica.

Resultados

Durante el periodo julio de 2024 a junio de 2025 se mantuvo activa la **vigilancia epidemiológica de tuberculosis** en la comunidad de La Garrucha, con énfasis en la identificación de pacientes con **tos crónica** y otros signos de alarma respiratoria.

De acuerdo con los registros, **no se detectaron nuevos casos sospechosos ni confirmados de tuberculosis** durante el periodo de servicio social. El padrón del programa se integró únicamente por **dos pacientes previamente registrados**, los cuales se mantuvieron en seguimiento durante el segundo semestre del año 2024.

Tabla 12. Registro de consulta del programa de Tuberculosis en *La Garrucha, Chiapas, Julio 2024 – Julio 2025*.

PERSONAS CON TUBERCULOSIS						
Distribución de consulta						
Mes	1a vez	Ingreso	De Prog	Consulta total	Personas Prog	Egresos
La Garrucha						
Julio	0	0	0	0	2	0
Agosto	0	0	0	0	2	0
Septiembre	0	0	0	0	2	0
Octubre	0	0	0	0	2	0
Noviembre	0	0	0	0	2	0
Diciembre	0	0	0	0	2	0
2º Sem	0	0	0	0	1	0
Enero	0	0	0	0		1
Febrero	0	0	0	0	1	0
Marzo	0	0	0	0	1	0
Abril	0	0	0	0	1	0
Mayo	0	0	0	0	1	0
Junio	0	0	0	0	1	0
1r Sem	0	0	0	0		1
Anual	0	0	0	0		1

Fuente: Elaboración propia de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

Durante el primer semestre del 2025 (enero a junio), se documentó el **fallecimiento de uno de los pacientes adscritos al programa**, lo que se reflejó en el registro como **un egreso**, quedando **un solo paciente activo** en vigilancia durante el resto del periodo. No se registraron ingresos nuevos, consultas de primera vez ni consultas subsecuentes asociadas al inicio de tratamiento.

A lo largo del año, la atención relacionada con tuberculosis se centró en:

- **Vigilancia clínica** de pacientes con antecedente de TB.

- **Búsqueda intencionada de síntomas respiratorios crónicos** durante la consulta general.
- **Educación al paciente y familiares** sobre signos de alarma y la importancia del seguimiento.

La ausencia de nuevos casos puede explicarse tanto por la baja incidencia en la comunidad durante el periodo analizado como por las limitaciones diagnósticas existentes, particularmente la disponibilidad de estudios confirmatorios. No obstante, la vigilancia activa permitió dar continuidad al control de los casos conocidos y documentar oportunamente el egreso por defunción.

Coherencia interna del programa

El programa de TB mantuvo una **actividad cuantitativamente baja**, pero cumplió su función de **seguimiento, vigilancia y registro**, acorde a la situación epidemiológica real de la comunidad durante el periodo de servicio social.

El programa también dependía de la colaboración entre promotores de salud, pacientes y familiares, ya que el seguimiento continuo podía verse afectado por las distancias entre comunidades y las dificultades de traslado. La participación comunitaria ayudaba a identificar pacientes con abandono de tratamiento o persistencia de síntomas respiratorios.

Debido a las limitaciones de infraestructura y acceso a estudios diagnósticos, gran parte del manejo se centró en vigilancia clínica y coordinación para referencia cuando era necesario. Esto condicionó que el programa priorizara medidas preventivas, seguimiento básico y educación en salud sobre transmisión y adherencia terapéutica.

En términos generales, el programa mantuvo relación congruente entre los problemas identificados en la población, las actividades implementadas y los recursos disponibles dentro de la clínica, permitiendo dar seguimiento a pacientes con tuberculosis y mantener acciones preventivas orientadas al control de la enfermedad.

Fuente: Elaboración propia de registros de localidad en consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño

Las localidades que, de manera conjunta, alcanzan y superan el 80 % del total de atenciones son las siguientes: Patihuitz, La Garrucha, Prado, San Miguel, Tierra Blanca, San Juan, San Alejandro, Tierra Negra y Recuerdo.

En consecuencia, la presente investigación se centró en estas nueve localidades rurales del municipio de Ocosingo, Chiapas: Patihuitz; La Garrucha; Prado (identificado también como El Prado o El Prado Pacayal); San Miguel; Tierra Blanca; San Juan; San Alejandro; Tierra Negra; y Recuerdo. Estas comunidades fueron seleccionadas por su relevancia epidemiológica dentro del área de estudio, al representar aproximadamente el 80 % de la muestra total recolectada, equivalente a cerca de 1,060 individuos de un total de 1,325 participantes.

Esta concentración de la muestra permite analizar la morbilidad en contextos rurales e indígenas de la Selva Lacandona, caracterizados por condiciones socioeconómicas relativamente homogéneas, acceso limitado a servicios de salud y una alta prevalencia de factores de riesgo compartidos.

Las estimaciones poblacionales utilizadas como denominador para el análisis se basan principalmente en los resultados del Censo de Población y Vivienda 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), que constituye la fuente oficial más reciente y detallada disponible a nivel de localidad. Para las comunidades de menor tamaño, San Juan, San Alejandro, Tierra Negra y Recuerdo, que no aparecen en listados censales resumidos debido a su reducida población (generalmente ejidos o rancherías con menos de 500 habitantes), se realizó una estimación conservadora basada en patrones observados en localidades rurales comparables del municipio, con un promedio aproximado de 250 habitantes por comunidad.

Las poblaciones confirmadas o estimadas consideradas en el estudio son las siguientes:

Patihuitz: 1,283 habitantes (INEGI, 2020). La Garrucha: 456 habitantes (INEGI, 2020). Prado (El Prado Pacayal): 785 habitantes (INEGI, 2020). San Miguel: 663 habitantes (INEGI, 2020, correspondiente a la localidad más referenciada con este nombre en el municipio). Tierra Blanca: 685 habitantes (INEGI, 2020). San Juan, San Alejandro, Tierra Negra y Recuerdo: estimación conservadora de aproximadamente 250 habitantes cada una, para un total aproximado de 1,000 habitantes.

Con base en lo anterior, la población total aproximada de las nueve localidades asciende a 4,872 habitantes, resultante de la suma de 3,872 habitantes correspondientes a las cinco localidades con datos confirmados y 1,000 habitantes

estimados para las cuatro restantes. Considerando un margen de variación razonable, la población total probable se ubica en un rango de 4,500 a 5,500 habitantes.

La muestra analizada, integrada por 1,060 individuos procedentes de estas localidades, representa aproximadamente el 21.8 % de la población total estimada (1,060 / 4,872). Esta proporción constituye una cobertura significativa para un estudio de morbilidad en zonas rurales de difícil acceso, donde las tasas de participación suelen verse limitadas por factores logísticos, geográficos y culturales.

No se utilizaron proyecciones poblacionales posteriores al año 2020, como las elaboradas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), debido a que dichas estimaciones no desagregan información a nivel de localidades pequeñas. Además, el crecimiento demográfico en zonas rurales indígenas del municipio de Ocosingo ha sido moderado, con una tasa aproximada de 1.7 % anual entre 2010 y 2020. Por lo anterior, los datos del Censo de Población y Vivienda 2020 se consideran el denominador más preciso y conservador para el cálculo de las tasas de morbilidad utilizadas en este estudio.

Morbilidad general

La morbilidad general en la población de 4,872 habitantes muestra un predominio claro de enfermedades infecciosas, particularmente las infecciones de vías aéreas superiores (256 casos, tasa 52.5 por mil habitantes), seguidas por los trastornos gastrointestinales no infecciosos (146 casos) y la enfermedad diarreica aguda (132 casos).

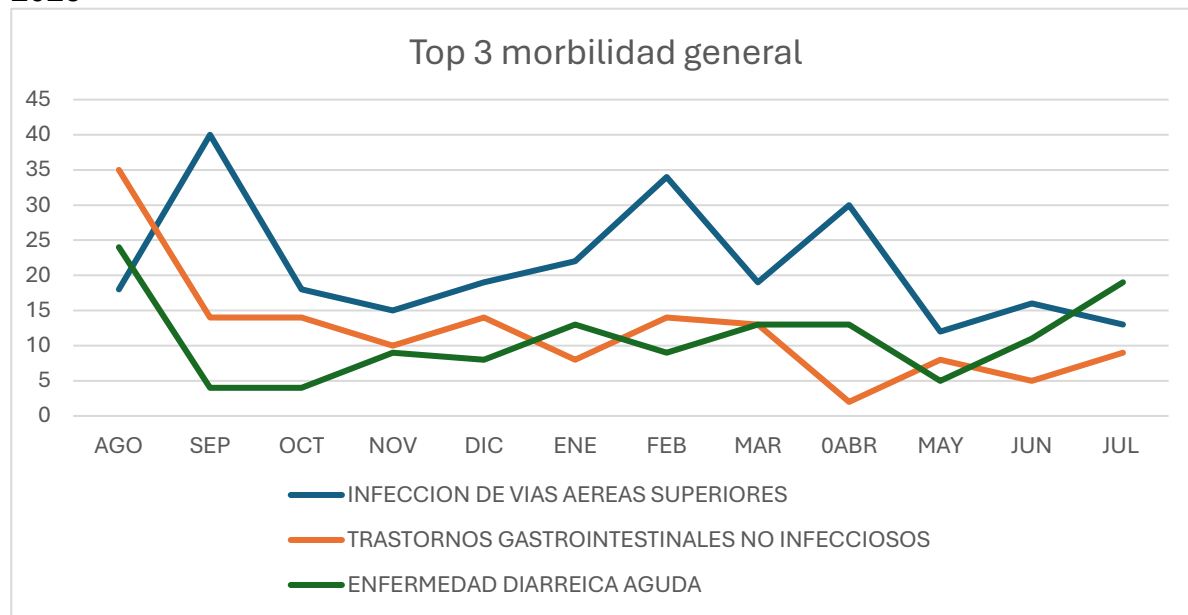
Tabla 13. Registro de morbilidad general. La Garrucha, Chiapas, agosto 2024 – julio

MORBILIDAD GENERAL														
PATOLOGIA	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	0ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL	TASA*
INFECCION DE VIAS AEREAS SUPERIORES	18	40	18	15	19	22	34	19	30	12	16	13	256	52.5
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES NO INFECCIOSOS	35	14	14	10	14	8	14	13	2	8	5	9	146	30.0
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	24	4	4	9	8	13	9	13	13	5	11	19	132	27.1
TRASTORNOS HEMATOLOGICOS y NUTRICIONALES	15	9	1	19	9	5	14	9	4	2	7	16	110	22.6
INFECCION DE VIAS URINARIAS	20	8	3	3	5	7	6	9	3	7	11	7	89	18.3
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	8	7	3	15	9	3	5	5	5	1	8	9	78	16.0
DERMATOSIS NO INFECCIOSA Y ALERGIA	4	3	2	4	3	2	10	12	2	3	6	5	56	11.5
TRAUMATISMOS Y LESIONES	14	7	4	5	4	3	4	2	2	1	2	5	53	10.9
INFECCIONES EN EL EMBARAZO	5	9	9	2	6	5	5	6	1		3	1	52	10.7
TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS	8	10	2	7	2	3	3	1	1	4	4	2	47	9.6
Pob. 4872 habitantes														*por mil habitantes

Fuente: Elaboración propia de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, agosto 2024 - julio 2025, La Garrucha, Chiapas. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.*Tasa x 1,000 hab.

Se observa una distribución heterogénea a lo largo del año, con incrementos importantes en ciertos meses que sugieren un comportamiento estacional, especialmente en las patologías infecciosas.

Figura 2. Principales causas de morbilidad. La Garrucha, Chiapas, agosto 2024 – julio 2025



Fuente: Elaboración propia a partir de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

Las infecciones de vías aéreas superiores (IRAS) constituyen la principal causa de morbilidad, con un comportamiento estacional caracterizado por picos en septiembre, febrero y abril, lo que sugiere asociación con cambios climáticos y mayor circulación viral. Su alta frecuencia se relaciona con condiciones de vivienda como hacinamiento, mala ventilación y exposición al humo.

La enfermedad diarreica aguda (EDAS) muestra incrementos en meses cálidos, principalmente en agosto y julio, evidenciando un patrón estacional asociado a deficiencias en la calidad del agua, saneamiento básico e higiene, lo que refleja la influencia de factores ambientales.

Por otro lado, los trastornos gastrointestinales no infecciosos presentan una mayor frecuencia al inicio del periodo, con tendencia a disminuir posteriormente, lo que sugiere relación con hábitos alimenticios, dieta inadecuada y factores socioeconómicos.

En conjunto, estas patologías evidencian la influencia de los determinantes sociales y ambientales de la salud, así como un patrón mixto entre enfermedades infecciosas y no infecciosas.

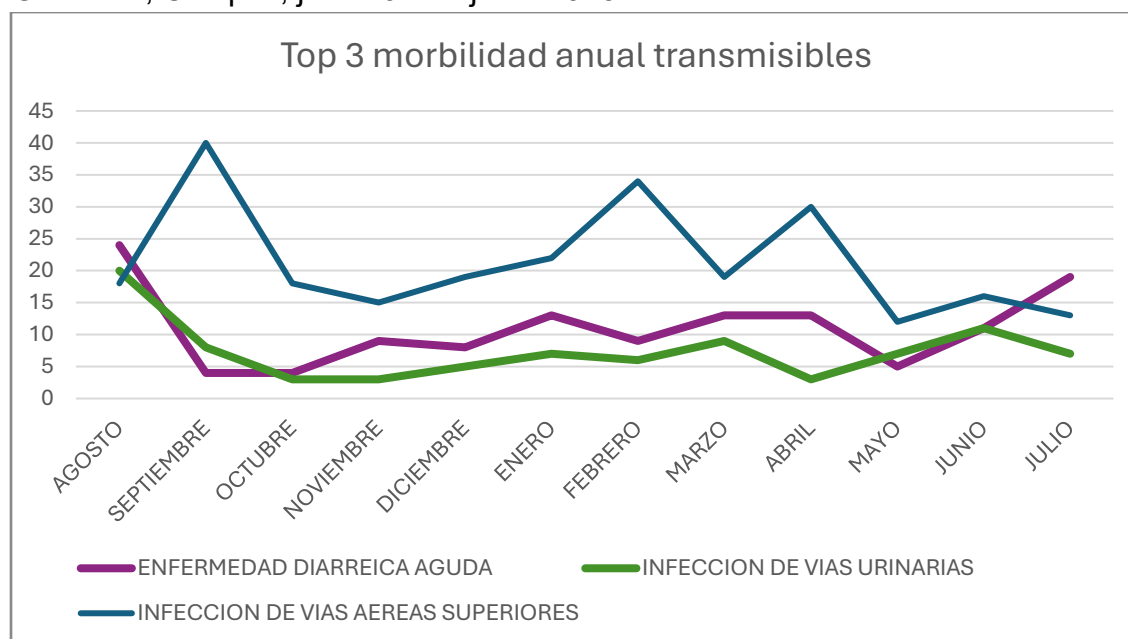
Principales enfermedades transmisibles

Las infecciones de vías aéreas superiores (IRAS) representan la principal causa de morbilidad transmisible, con un comportamiento claramente estacional. Se observan picos importantes en septiembre, febrero y abril, lo cual se asocia a cambios climáticos y mayor circulación de agentes virales. Su elevada frecuencia sugiere una fuerte relación con condiciones de vivienda como hacinamiento, ventilación inadecuada y exposición al humo.

La enfermedad diarreica aguda (EDAS) muestra incrementos en los meses más cálidos, particularmente hacia agosto y julio, lo que indica un patrón estacional relacionado con factores ambientales. Esto se vincula con deficiencias en la calidad del agua, almacenamiento inadecuado y limitaciones en saneamiento básico e higiene.

Por su parte, las infecciones de vías urinarias (IVU) presentan un comportamiento más irregular a lo largo del año, sin un patrón estacional claro. Su aparición se asocia principalmente a factores individuales como hábitos de higiene, estado de hidratación y acceso oportuno a atención médica.

Figura 3. Principales causas de morbilidad por enfermedades transmisibles. La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025

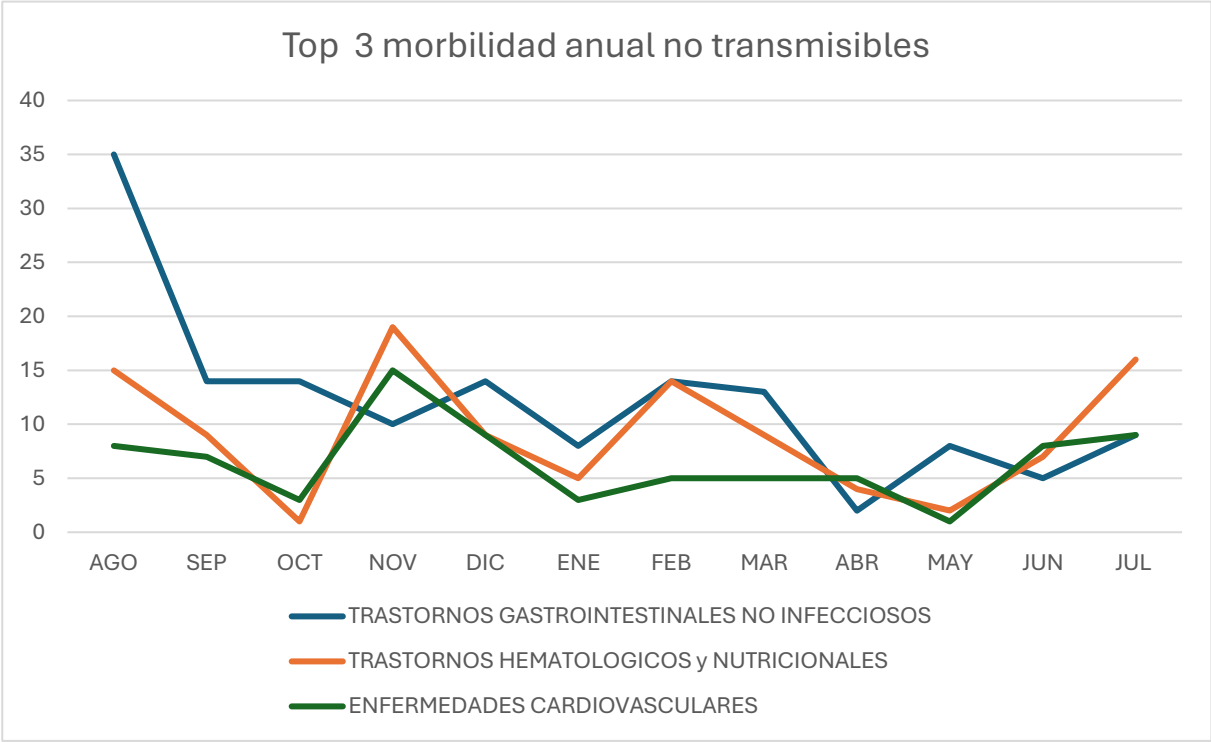


Fuente: Elaboración propia a partir de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

Estas patologías reflejan la influencia directa de los determinantes sociales y ambientales de la salud, especialmente en lo relacionado con vivienda y servicios básicos.

Principales enfermedades no transmisibles

Figura 4. Principales causas de morbilidad por enfermedades no transmisibles. La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025



Fuente: Elaboración propia a partir de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

Los trastornos gastrointestinales no infecciosos constituyen la principal causa dentro de este grupo, con un pico importante al inicio del periodo (agosto) y una tendencia a disminuir en los meses posteriores. Este comportamiento sugiere relación con hábitos alimenticios, consumo de alimentos irritantes o ultra procesados y factores funcionales.

Los trastornos hematológicos y nutricionales presentan variaciones a lo largo del año, lo que puede estar asociado a deficiencias nutricionales, anemia y condiciones socioeconómicas que afectan la calidad de la dieta, particularmente en poblaciones vulnerables.

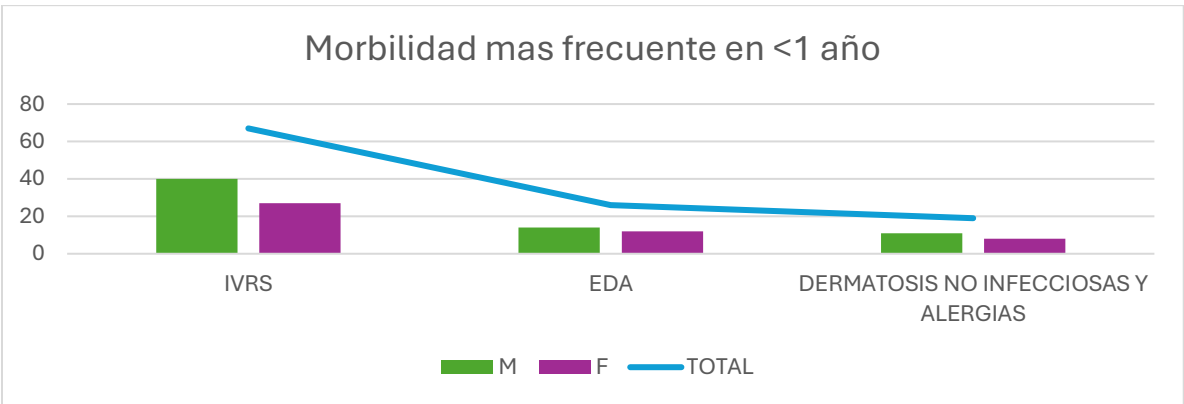
Las enfermedades cardiovasculares muestran un comportamiento relativamente estable, sin cambios bruscos, lo cual es característico de padecimientos crónicos. Su

presencia se relaciona con factores de riesgo como dieta inadecuada, sedentarismo, obesidad y envejecimiento poblacional.

Daño diferencial

El siguiente análisis de daño diferencial nos permite identificar cómo se distribuyen las principales causas de morbilidad según grupo etario y sexo. Esta lectura es importante porque muestra que la enfermedad no afecta de manera homogénea a toda la población, sino que varía de acuerdo con la edad, el sexo, las condiciones de vida, las responsabilidades sociales y los riesgos biológicos propios de cada etapa.

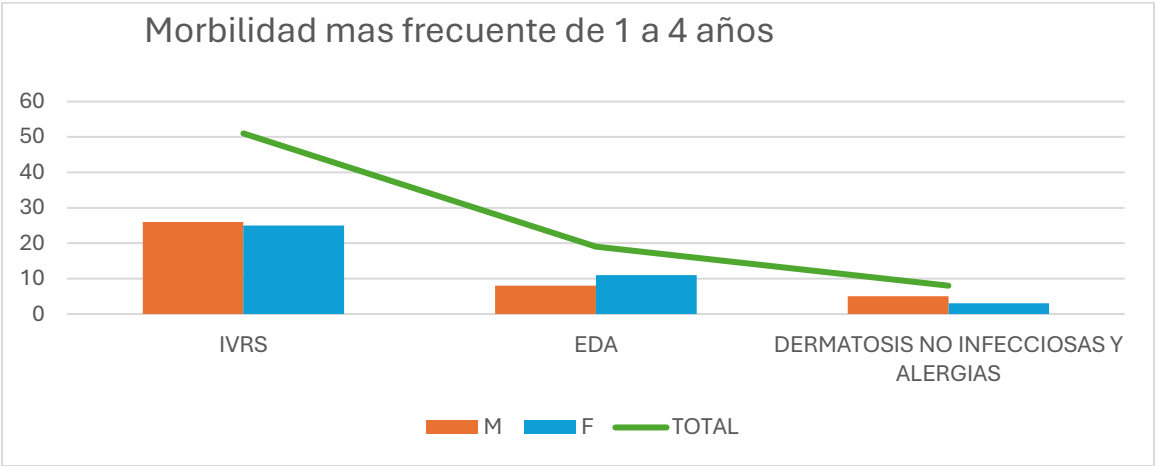
Figura 5. Principales causas de morbilidad en población menor de un año , La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025.



Fuente: Elaboración propia a partir de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

En los menores de un año (Figura 5), las principales causas de atención fueron las infecciones de vías respiratorias superiores, la enfermedad diarreica aguda y las dermatosis no infecciosas y alergias. En este grupo, las IVRS concentraron el mayor número de casos tanto en hombres como en mujeres, con predominio masculino. Este patrón se relaciona con la vulnerabilidad inmunológica propia del lactante, las condiciones de vivienda, la exposición al humo de leña, el hacinamiento y las limitaciones en ventilación. La presencia de EDAS también refleja la importancia del acceso a agua segura, higiene y saneamiento básico.

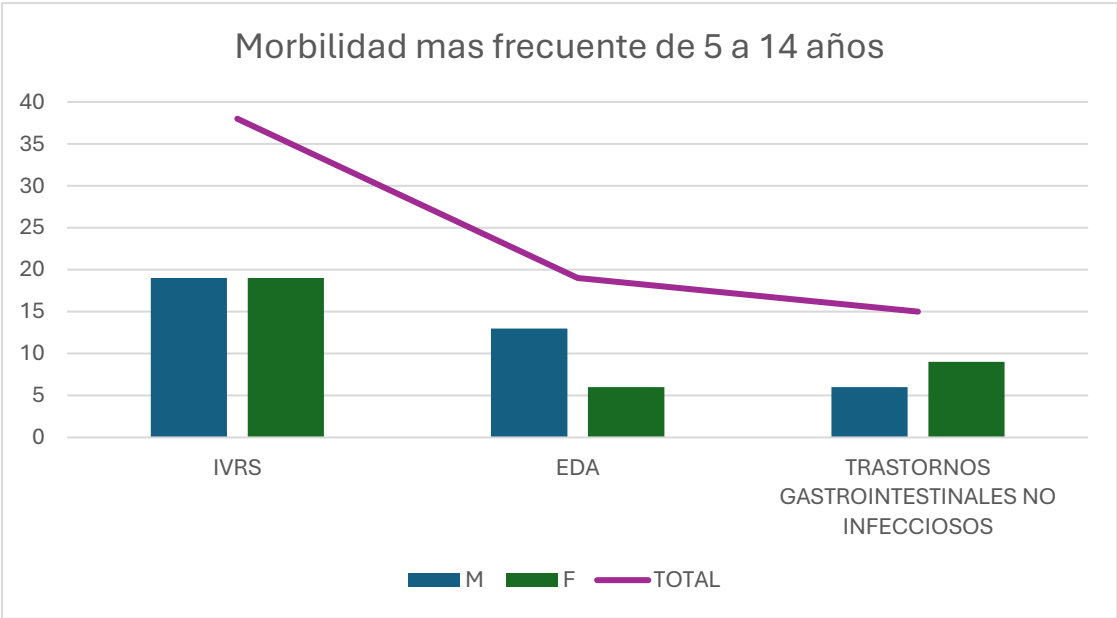
Figura 6. Principales causas de morbilidad en población de 1 a 4 años , La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025.



Fuente: Elaboración propia a partir de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

En el grupo de 1 a 4 años (Figura 6) se mantiene el predominio de las infecciones de vías respiratorias superiores, seguidas por enfermedad diarreica aguda y dermatosis. Esto confirma que la primera infancia concentra una parte importante de la carga de enfermedad transmisible. La persistencia de EDAS en este grupo puede asociarse con la exploración oral propia de la edad, la dependencia del cuidado familiar, el consumo de agua no siempre segura y las condiciones de saneamiento ambiental.

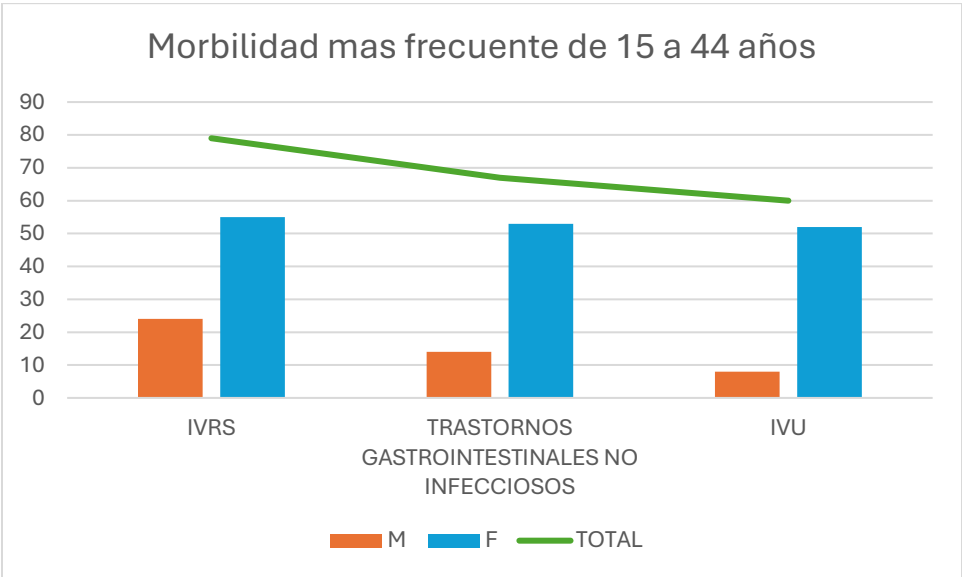
Figura 7. Principales causas de morbilidad en población de 5 a 14 años, La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025.



Fuente: Elaboración propia a partir de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

En la población de 5 a 14 años (Figura 7), las IVRS continúan como la principal causa de morbilidad, seguidas por EDAS y trastornos gastrointestinales no infecciosos. Aunque disminuye la vulnerabilidad biológica observada en lactantes y preescolares, la convivencia escolar, los cambios climáticos y las condiciones habitacionales mantienen la circulación de infecciones respiratorias. La presencia de trastornos gastrointestinales no infecciosos sugiere también la influencia de hábitos alimentarios, consumo de irritantes o alimentos procesados y cambios en la dieta tradicional.

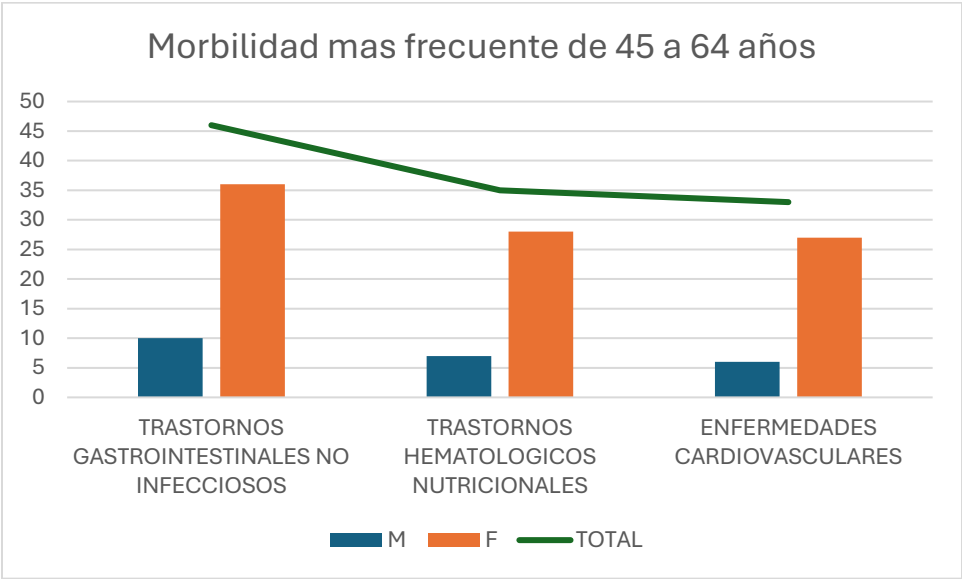
Figura 8. Principales causas de morbilidad en población de 15 a 44 años, La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025.



Fuente: Elaboración propia a partir de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

En el grupo de 15 a 44 años (Figura 8) se observa un cambio relevante en el perfil de morbilidad. Aunque las IVRS siguen ocupando el primer lugar, aparecen con fuerza los trastornos gastrointestinales no infecciosos y las infecciones de vías urinarias. Este grupo concentra una mayor carga de morbilidad en mujeres, especialmente en IVU, lo cual puede relacionarse con factores anatómicos, salud sexual y reproductiva, embarazo, puerperio, acceso a higiene íntima y búsqueda más frecuente de atención médica. La diferencia por sexo en este grupo muestra que las mujeres en edad reproductiva constituyen una población prioritaria para acciones preventivas.

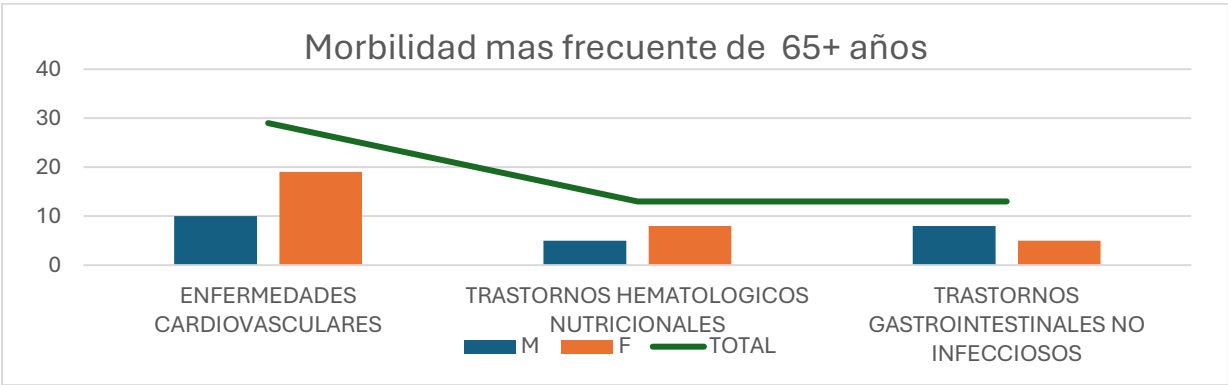
Figura 9. Principales causas de morbilidad en población de 45 a 64 años, La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025



Fuente: Elaboración propia a partir de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

En el grupo de 45 a 64 años (Figura 9) predominan los trastornos gastrointestinales no infecciosos, los trastornos hematológicos y nutricionales, y las enfermedades cardiovasculares. Este patrón muestra una transición hacia padecimientos crónicos o asociados a condiciones metabólicas y nutricionales. La mayor carga registrada en mujeres puede relacionarse tanto con mayor demanda de atención como con factores acumulativos de desigualdad, alimentación limitada en diversidad, sobrecarga de trabajo doméstico y menor acceso a atención preventiva continua.

Figura 10. Principales causas de morbilidad en población mayor a 65 años, La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025



Fuente: Elaboración propia a partir de registros de consulta diaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, La Garrucha, Chiapas, julio 2024 – junio 2025. MPSS Mario Alberto Acosta Treviño.

Finalmente, en la población de 65 años y más (Figura 10), las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar, seguidas por trastornos hematológicos y nutricionales, y trastornos gastrointestinales no infecciosos. Este comportamiento es esperado por el envejecimiento poblacional y la acumulación de factores de riesgo como hipertensión, diabetes, sobrepeso, dieta inadecuada y acceso irregular a seguimiento médico. En este grupo, las enfermedades no transmisibles adquieren mayor importancia y requieren vigilancia continua, educación en salud y control periódico.

El daño diferencial muestra un patrón claro: en la infancia predominan las enfermedades infecciosas, principalmente respiratorias y gastrointestinales; en la edad reproductiva aumenta la carga de padecimientos urinarios y gastrointestinales, especialmente en mujeres; y en adultos mayores predominan las enfermedades crónicas, cardiovasculares y nutricionales. Este comportamiento refleja la relación entre morbilidad y determinantes sociales como vivienda, agua, saneamiento, alimentación, género, edad y acceso oportuno a los servicios de salud.

Conclusión

El análisis de la morbilidad en la población usuaria de la Clínica Jesús de la Buena Esperanza en La Garrucha evidencia un perfil epidemiológico mixto, en el que coexisten enfermedades transmisibles y no transmisibles, fuertemente influenciado por los determinantes sociales de la salud presentes en la región. Las infecciones de vías respiratorias superiores y la enfermedad diarreica aguda se mantienen como las principales causas de consulta, particularmente en los grupos de menor edad, lo que refleja condiciones estructurales como hacinamiento, ventilación inadecuada, uso de leña como combustible, acceso limitado a agua segura y deficiencias en saneamiento básico.

El análisis por grupos etarios muestra un patrón claramente diferenciado. En la infancia, predominan las enfermedades infecciosas, lo que evidencia la vulnerabilidad biológica y las condiciones ambientales adversas. En la población en edad productiva, se observa una transición hacia padecimientos como infecciones de vías urinarias y trastornos gastrointestinales no infecciosos, con una mayor carga en mujeres, lo que sugiere la influencia de factores de género, salud reproductiva y acceso diferencial a los servicios de salud. En los grupos de mayor edad, destacan las enfermedades cardiovasculares y los trastornos nutricionales, reflejando un proceso de transición epidemiológica y acumulación de factores de riesgo a lo largo de la vida.

Este comportamiento confirma que la morbilidad en la comunidad no es homogénea, sino que responde a condiciones sociales, económicas y culturales específicas. La alimentación limitada en diversidad, la pobreza estructural, el acceso restringido a servicios de salud de mayor nivel y las dificultades de transporte influyen directamente en la aparición y persistencia de estos padecimientos.

En este contexto, la clínica autónoma desempeña un papel fundamental como primer nivel de atención, resolviendo la mayoría de los problemas de salud y funcionando como un punto clave para la detección oportuna, la educación en salud y la prevención. Sin embargo, las limitaciones en recursos diagnósticos, insumos y capacidad de referencia condicionan la resolución de casos más complejos.

Gracias a todo esto se pueden identificar áreas prioritarias de intervención, destacando la necesidad de fortalecer las acciones preventivas en infecciones respiratorias y gastrointestinales en población infantil, mejorar la educación en salud y hábitos alimentarios en adultos, y reforzar el control de enfermedades crónicas en grupos de mayor edad. Asimismo, se hace evidente la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud como eje central para mejorar las condiciones de vida y reducir la carga de enfermedad en la comunidad.

Conclusiones Finales

El desarrollo del servicio social en la Clínica Autónoma “Jesús de la Buena Esperanza”, en el Caracol III La Garrucha, permitió integrar de manera directa la formación médica con la práctica en un contexto donde la salud no puede entenderse de forma aislada, sino como el resultado de múltiples determinantes sociales, culturales y estructurales. En este escenario, el ejercicio del derecho a la salud adquiere una dimensión distinta, en la que la atención médica representa solo una parte de un entramado mucho más complejo.

El análisis de la morbilidad evidenció un perfil epidemiológico mixto, caracterizado por la coexistencia de enfermedades transmisibles, principalmente infecciones respiratorias y gastrointestinales y enfermedades no transmisibles asociadas a factores metabólicos y nutricionales. Este comportamiento refleja de manera clara la influencia de condiciones como la vivienda, el acceso a agua segura, la alimentación y las barreras geográficas para la atención, confirmando que la enfermedad no ocurre al azar, sino que sigue patrones profundamente ligados a las condiciones de vida.

A nivel operativo, los programas de salud mostraron una cobertura funcional en áreas prioritarias como la atención prenatal, el control de enfermedades crónicas y la vigilancia epidemiológica. Sin embargo, también se identificaron limitaciones en la

continuidad del seguimiento y en la consolidación de estrategias preventivas, lo que evidencia áreas de oportunidad dentro de un modelo que depende en gran medida de la organización comunitaria y de recursos limitados.

En este contexto, la participación de promotores de salud y la articulación con prácticas de medicina tradicional resultan fundamentales. Lejos de representar una limitación, esta integración configura un modelo de atención intercultural que permite sostener los servicios de salud en condiciones donde la presencia institucional es limitada o inexistente. La salud, en La Garrucha, no se garantiza únicamente desde la infraestructura o la tecnología, sino desde la organización colectiva, el conocimiento compartido y la responsabilidad comunitaria.

Desde una perspectiva más amplia, esta experiencia pone en evidencia que el derecho a la salud, tal como se define en el marco normativo nacional e internacional, difícilmente puede alcanzarse sin transformar las condiciones estructurales que lo limitan. La autonomía comunitaria demuestra una capacidad notable para generar respuestas locales, pero también visibiliza las desigualdades persistentes que condicionan el acceso a una atención integral.

Al final, ejercer la medicina en este contexto implica aceptar que no siempre se cuenta con todos los recursos, que las decisiones clínicas se toman muchas veces en condiciones de incertidumbre y que los determinantes sociales pesan tanto como cualquier diagnóstico. Y, sin embargo, es precisamente en esa complejidad donde la práctica médica adquiere mayor sentido.

Esta experiencia no solo fortaleció habilidades clínicas, sino que transformó la manera de entender la salud, la enfermedad y el papel del médico dentro de una comunidad. Entre consultas, caminos de terracería, decisiones difíciles y aprendizajes constantes, queda claro que la medicina, en su forma más esencial, sigue siendo un acto profundamente humano, sostenido tanto por el conocimiento como por la capacidad de adaptarse, escuchar y acompañar.

Bibliografía

- Baronnet, B., Mora, M., & Stahler-Sholk, R. (Coords.). (2011). *Luchas “muy otras”: Zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas*. Universidad Autónoma Metropolitana / CIESAS.
- Centro de Información Estadística y Geográfica del Estado de Chiapas. (2024). Indicadores estadísticos del estado de Chiapas. <https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación General N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del PIDESC)*. Naciones Unidas. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Congreso del Estado de Chiapas. (2019). *Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas*. <https://www.haciendachiapas.gob.mx/marco-juridico/Estatul/informacion/Leyes/constitucion.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2022). *Medición de la pobreza multidimensional en Chiapas 2022*. <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Chiapas/Paginas/principal.aspx>
- El Kotni, M. (2021). Midwifery in cross-cultural perspectives. En S. Han & C. Tomori (Eds.), *The Routledge handbook of anthropology and reproduction* (pp. 454–467). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003216452-36>
- El País. (2025). *La población más vulnerable ante la pobreza en México*. <https://elpais.com/mexico/>
- Freyermuth, G. (2009). *Mortalidad materna en Chiapas: Un análisis desde la antropología médica*. CIESAS.
- Huber, M., Kottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Instituto Nacional de Ecología y Cambio Climático. (2019). *Escenarios de cambio climático en México: Temperatura y precipitación*. <https://www.gob.mx/inecc>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). Indicadores sociodemográficos de Chiapas. <https://www.inegi.org.mx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Información geográfica y sociodemográfica de Chiapas*. <https://www.inegi.org.mx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). *Indicadores sociodemográficos y de pobreza*. <https://www.inegi.org.mx>
- Mora, M. (2017). *Política Kuxlejal: Autonomía indígena, territorio y educación en Chiapas*. University of Texas Press.
- North American Congress on Latin America. (2024). *Dando luz al futuro: las parteras en Chiapas*. <https://nacla.org>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La salud en las Américas*. <https://www.paho.org>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). Cero muertes maternas evitables, <https://www.paho.org>
<https://www.sanitas.es>
- Schools for Chiapas. (2024). *The Zapatista future*. <https://schoolsforchiapas.org>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>