

Título:

# **Reporte de servicio social: Enfermería y salud comunitaria; propuesta basada en el análisis de intervenciones.**

**División de Ciencias Biológicas y de la Salud.**

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Periodo: 1 Agosto 2023 - 31 Julio 2024

**EnPSS: Citlalli Leonor González Gutiérrez**

Matrícula: 2192052227

Programa: “Desarrollo humano en Chiapas.”

Asesor interno: Joel Heredia Cuevas

Comisión de servicio social de enfermería:  
Irma Gloria Taxis Taxis.

# Contenido

<b>Sección 1: Proceso de adaptación al servicio social en comunidades indígenas de Chiapas.</b> .....	3
<b>Experiencia Personal: La esencia de un mosaico cultural.</b> .....	4
<b>Experiencia comunitaria: Vivencias, encuentros, intercambio, aprendizaje y deconstrucción.</b> .....	7
<b>Experiencia Institucional: Salud y desarrollo comunitario (Familia SADEC).</b> .....	10
<b>Sección 2: Diagnostico comunitario.</b> .....	12
<b>Marco teórico sobre el derecho a la salud.</b> .....	13
<b>Marco legal del derecho a la salud en México.</b> .....	15
<b>Diagnostico Comunitario:</b> .....	17
Perfil Nacional y Estatal.....	17
Indicadores del estado de Chiapas.....	22
Perfil Municipal.....	29
Localidad: Arroyo Granizo. ....	35
Localidad: San Jerónimo Tulijá.....	39
Localidad Las Tazas. ....	43
Localidad La Garrucha.....	47
<b>Conclusiones del diagnóstico comunitario:</b> .....	57
<b>Sección 3: Propuesta de trabajo de enfermería en comunidad.</b> .....	59
<b>Cronología histórica del origen de las Políticas de salud y la contribución de la enfermería.</b> .....	60
<b>Historia de las Políticas de Salud en México y la evolución del rol de enfermería.</b> .....	64
<b>Desarrollo de los programas sociales en México.</b> .....	66
<b>Propuesta de Intervenciones de Enfermería: Adaptabilidad y Enfoque en Programas Clave de Salud Comunitaria</b> .....	70
Programa de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. ....	71
<i>Enfermería en acción: Intervenciones e impacto.</i> .....	72
<i>Propuestas de actividades de enfermería para fortalecer el programa de salud materna:</i> .....	74
Programa de atención de pacientes con enfermedades crónicas – degenerativas .....	76
<i>Enfermería en acción: Intervenciones e impacto.</i> .....	77
<i>Propuestas de actividades de enfermería para fortalecer el programa de salud: Pacientes crónicos degenerativos.</i> .....	78

<b>Programa de evaluación y vigilancia del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.</b> .....	80
<i>Enfermería en acción: Intervenciones e impacto.</i> .....	81
<i>Propuestas de actividades de enfermería para fortalecer el programa de crecimiento y desarrollo:</i> .....	83
<b>Conclusión:</b> .....	84
<b>Bibliografía:</b> .....	86
<b>Anexos.</b> .....	91
<b>Anexo 1. Algoritmo Visual de hemorragia obstétrica.</b> .....	91
<b>Anexo 2. Algoritmo Visual de reanimación neonatal.</b> .....	92
<b>Anexo 3. Algoritmo visual de hipertensión durante el embarazo</b> .....	93
<b>Anexo 4. Guía: De la idea a la acción: construyendo un taller efectivo.</b> .....	94
<b>Anexo 5. Cronograma de ejecución del taller.</b> .....	97
<b>Anexo 6. Formato General de visitas domiciliarias de atención prenatal.</b> .....	98
<b>Anexo 8. Formato de cartilla de control Hipertensión y diabetes</b> .....	103
<b>Anexo 8.1. Cartilla (Hoja por dentro)</b> .....	104
<b>Anexo 9. Formato de registro de visita domiciliaria control HTA. y DM.</b> .....	105
<b>Anexo 10. Formato de consejos prácticos para organizar una campaña de salud.</b> .....	110

# 1º SECCIÓN

## PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL EN COMUNIDADES INDÍGENAS DE CHIAPAS.



## **Experiencia Personal: La esencia de un mosaico cultural.**

Me gustaría empezar mencionando que dentro de mis planes no era una opción que inicialmente hubiera considerado, realizar mi servicio social en Chiapas, pero sí el poder ejercer mi profesión en zonas rurales a futuro, doy gracias a Dios por la oportunidad y confianza que me brindó Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC), en abrir una plaza especial de enfermería para poder trabajar y desempeñar el cuidado integral de las personas en distintas clínicas autónomas zapatistas.

Ésta emocionante aventura comenzó con mi llegada a Palenque, Chiapas. En dónde recuerdo que las primeras palabras que dije una vez que bajé del autobús fueron: “Hace mucho calor”, cabe resaltar que como estudiante foránea en la ciudad de México uno está acostumbrado a viajes largos y estar lejos de la familia, por lo que no fue difícil el adaptarme a estar aparentemente sola, sin embargo, el simple hecho de viajar al Sur de México por primera vez en la vida y comenzar de “cero”, sin amigos, familia o gente conocida, da un poco de ansiedad y temor pero al mismo tiempo se echa a volar la imaginación para crear buenas expectativas y seguridad de que todo saldrá bien con los nuevos compañeros y compañeras de trabajo, las personas a las que se les brindará el servicio de salud y por supuesto la cultura de cada comunidad en donde esté. Para esto quiero mencionar de forma general mi experiencia intercultural desde la subjetividad como individuo y por su puesto como enfermera, durante mi rotación en los siguientes dos municipios: Ocosingo y Chilón. Particularmente en las comunidades de; Las Tazas, Arroyo Granizo, Garrucha y San Jerónimo Tulijá.

A principios de agosto en nuestro curso de inducción al servicio social, conocí al equipo multidisciplinario de salud con el que trabajaría el resto del año. Siendo sincera a nosotros como enfermeras durante toda la carrera nos enseñan que el trabajo en equipo es un aspecto fundamental de nuestra vocación, por lo que se nos prepara para nuestro desempeño laboral en ambientes hospitalarios, pero; es importante recalcar que la mayor parte del trabajo enfermero en dichos ambientes es de “seguir indicaciones médicas y alinear todos los procedimientos a los protocolos”, por esta razón la primera vez que trabajé con médico-estomatóloga-promotor de salud-Partera-voluntario, me di cuenta que la relación es más estrecha y realmente se lleva a cabo un trabajo en equipo, debido a que vivimos y convivimos todos en un solo lugar (clínica autónoma) durante casi un mes. De tal forma que la atención hacia las personas de la comunidad y comunidades aledañas se vuelve de calidad y continua mejora, siendo la consulta más enriquecedora con un promotor de salud que traduce al idioma de la población, es decir, de un “lenguaje complicado a uno más sencillo”, un médico que atiende el proceso de enfermedad desde una perspectiva integral, considerando algunos de los determinantes sociales que influyen en el paciente y que son identificados durante la anamnesis. Respecto al rol de enfermería, este amerita la provisión de los cuidados básicos, la adecuada adherencia al tratamiento, la promoción y prevención de distintas patologías y el seguimiento necesarios para

optimizar la mejoría. Por lo que me hace sentir satisfecha, emocionada y orgullosa con el trabajo en conjunto, al mismo tiempo; me siento desafiada a mejorar mis habilidades en todo ámbito social, físico, emocional y espiritual, y al mismo tiempo establecer las bases de las actividades que mi área debe hacer para lograr un desempeño satisfactorio durante mi año de servicio.

A continuación; me gustaría resaltar que una vez que un individuo cambia el entorno sociocultural en el que ha estado familiarizado por un largo tiempo a otro completamente diferente ocurrirán ajustes a lo cual llamaremos “Choque cultural” (López & De la Peña 2013).

Mi experiencia hasta ahora en cuanto al choque cultural en comunidad ha sido, en primer lugar, trabajar con otro tipo de gobierno, en este caso, el zapatismo. Debido a la información amarillista que circula hoy en día en distintos medios de comunicación la primera vez que me dijeron que las clínicas autónomas en las que iba a trabajar eran zapatistas me entró un poco de temor al imaginar a personas cubiertas de la cara con armas y “violentas”, la intriga se desvaneció cuando llegué al primer consultorio autónomo, comencé a ver que eran personas como nosotros, pero que se rigen con reglas establecidas por ellos, en las que se ve por el bienestar común para todos, y en donde cualquier movimiento que se quiera hacer en la clínica debe ser primero hablado entre las autoridades (Personas pertenecientes a sus comunidades) que están a cargo en este caso el comité de salud autónomo en una reunión para ver si es aprobado por el pueblo, esto me generaba un poco de estrés ya que soy una persona que le gusta la rapidez y nadie me había dicho que para reunirse pueden tardar varias semanas, sin embargo he aprendido a trabajar al ritmo de comunidad, hasta el momento me he sentido a gusto.

En segundo lugar, el idioma; el cual es el tseltal que se habla en gran parte de la región, ya que tener que brindar información sobre lo que ocurre en el cuerpo, la forma en la que se puede mejorar y que la otra persona no lo entienda porque no es su idioma materno es muy frustrante, esto ha impedido que tanto médico, estomatólogo y enfermera en ocasiones no nos podamos comunicar de manera efectiva, de igual manera existe una dependencia a los promotores de salud cómo interlocutores, esto me da seguridad en que la información logra llegar de manera eficaz, pero al mismo tiempo me genera incertidumbre ya que tampoco sé con exactitud si el mensaje que quiero dar es lo mismo que comunica el promotor al paciente, por lo que he optado por aprender palabras y frases básicas que me sirven para dar indicaciones, generando sonrisas, confianza y apertura en las personas ya que mi pronunciación no es del todo adecuada.

En tercer lugar, está el hecho de la alimentación, en las comunidades la base primordial del desayuno y comida; es el frijol negro y tortilla de maíz, y quienes se encargan de cocinar son los promotores, comer esto diario por más de 20 días a veces me genera conflicto en el apetito en donde siento que no estoy saciada ya que extraño la proteína y verduras, a veces hay arroz o sopa hechos con puré de tomate en lata lo

cual me causa irritación, por lo que nos ponemos de acuerdo mis compañeros y yo para comprar frutas, verduras y alimentos del supermercado para compartir y salir de la rutina, otro aspecto importante es el horario para el insumo de alimentos, en las comunidades indígenas el despertarse temprano es rutinario, a las cinco de la mañana comienza su día, y la costumbre es tomar café acompañado con galletas o pan en un horario de 6 a 7 am, en lo personal no estoy acostumbrada a tomar café, pero he aprendido a rebajarlo con leche en polvo y tomarlo durante todo el día, después del desayuno que es entre las 8 y 9 am, lo que consideraríamos merienda entre las 12 y 1 pm, es la toma de pozol, la cual es una bebida a base de maíz molido disuelto en agua, para mi es admirable que cada familia de la comunidad desde el más pequeño hasta el más longevo tome pozol, la primera vez que lo bebí tuve la sensación de estar tomando tortillas remojadas agrias, me dio un poco de asco y hasta el momento no he vuelto a tomarlo.

Por otro lado, debo recalcar que Chiapas es el estado número uno de todo México en consumir refresco coca cola, debido a esto el refresco es símbolo de “merecimiento” cada que la gente se siente agradecida o después de una jornada ardua de trabajo nos invita un refresco de tres litros de forma grupal o de 600 ml de forma individual, es increíble ver que la coca cola la consumen como si fuera agua. Esto dificulta el trabajo de mejorar hábitos higiénico-dietéticos para recomendar y promocionar el disminuir su consumo.

Por último, está la vestimenta, siempre el vestuario que resalta más en las etnias, son los de las mujeres, el traje típico consiste en naguas plisadas (T´sekel), fajas largas (Vetchila´l) y blusas con cuellos bordados (Sku´ulel), con huaraches de hule o goma, mientras que los hombres utilizan camisas o playeras con pantalones de mezclilla, y botas de hule. Cuando llegué por primera vez a comunidad era temporada de lluvia, yo usaba botas de hule, y cuando salía a caminar las mujeres veían mis pies ya que los hombres solo las utilizan para ir a la milpa (cosechar sus tierras), me desconcertó que, aunque llueva, truene o relampagueé y hubiera metro y medio de lodo por las lluvias, las mujeres siguen usando faldas y chanclas.

A nueve meses de mi estancia en las cuatro comunidades, mi capacidad de análisis y experiencia ha aumentado la visión de trabajo como enfermera, detectando las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de cada clínica autónoma dando un panorama de cómo trabajar eficientemente en conjunto la salud comunitaria como equipo interdisciplinario.

*“Cada cultura percibe el mundo que la rodea de forma diferente y pone en marcha mecanismos y estrategias diferentes para interpretarlo” (López & De la Peña 2013)*

## **Experiencia comunitaria: Vivencias, encuentros, intercambio, aprendizaje y deconstrucción.**

Durante los primeros meses de estancia en las distintas comunidades donde he rotado, tuve la oportunidad de familiarizarme con el sistema de salud zapatista; el poder platicar con ellos, ver obras de teatro que hablan sobre el movimiento y su forma de organización para un gobierno autónomo me ha permitido hacer un análisis del concepto de salud que tiene la población, se traduce en dos palabras: “Vivir mejor”, esta simple expresión va mucho más allá de un deterioro físico, se traduce en un derecho que tiene todo individuo, siendo un proceso activo de índole social, espiritual y político. Esto abarca una amplia lista de necesidades; un techo digno, alimentación que pueda ser sostenible y saludable; accesibilidad a la salud mediante personal calificado e infraestructura, educación, independencia, libertad, democracia, justicia, paz, bienestar emocional, devoción y adoración a un ser supremo mediante prácticas o actividades religiosas. (Daguerre et al., 2013)

En este contexto, resulta significativo el rol que desempeñan hombres, mujeres y niños, en el proceso de salud-enfermedad en la comunidad. En todas las comunidades observé un patrón constante; las mujeres son las que se encargan de criar, educar, cocinar, alimentar, mantener el hogar limpio y ordenado, cosechar, administrar el presupuesto de su hogar, enseñar costumbres y creencias, etc.

Mientras que el hombre se encarga de ser el proveedor de vivienda y alimentos, brindar protección, administrar, dar mantenimiento en general, seguridad en la crianza de los hijos, instruir principios y valores a través del ejemplo (Modelo a seguir). Por otro lado, los niños se encargan de acompañar al papá a la milpa, llevar el ganado y caballos a los potreros, ir a la escuela, los mayores cuidan a los menores, hacer mandados, jugar, ir al río a bañarse. Al igual que las niñas, con la única diferencia de que las niñas ayudan más en el cuidado del hogar junto con la mamá.

Por lo tanto, si una persona no puede realizar alguna de sus actividades cotidianas, se considera que hay una ausencia de salud, ya que esta limitación le impide desarrollarse plenamente.

En las comunidades, cuando una persona se enferma, la primera opción es la práctica ancestral de la medicina tradicional, que incluye remedios herbolarios en distintas presentaciones transmitidos de generación en generación, por ejemplo, para detener el sangrado causado por heridas con objetos punzo cortantes, se emplea una hierba conocida en tzeltal como: sitit, la cual muelen con los dedos y untan directamente sobre la lesión, asimismo, cuando se presentan ronchas, comezón o erupciones cutáneas es común bañarse con la cocción que sale de hervir la corteza del árbol de palo de mulato y agua. Para el control de afecciones crónicas como la diabetes, mejor conocido en comunidad como “la azúcar alta”, es una práctica común, según la creencia popular, el uso de infusiones amargas, por ejemplo; se cree que el chaparro amargoso y el té de nim sirven para disminuir los niveles de azúcar en sangre. Además de estos remedios, es muy común que la gente de la comunidad acuda con terapeutas

tradicionales, mejor conocidos como “el huesero”, por ejemplo, cuando hay una caída que involucra el golpe, desacomodamiento, quebradura, contractura o fisura de un hueso, tendón o músculo, las personas acuden a que los “tallen”, técnica que consiste en sobar, masajear, acomodar, suavizar, manipular y hacer rezos, en la zona afectada para brindar un alivio a su dolor. (Freyermuth & Meneses, 2020)

Cabe mencionar que cuando una mujer está embarazada, la familia enseguida busca una partera de la comunidad o de otra más cercana, a esta persona se le define según la OMS como una mujer capacitada por su madre, abuela u otra partera, cuya labor esencial abarca la asistencia del parto, el seguimiento de los cuidados para la madre y el hijo durante el embarazo, el puerperio y la lactancia, así como la provisión de información sobre estos cuidados continuos a los familiares de ambos. (Salvador et al, 2021)

Cuando, pese a recurrir a la medicina tradicional, las personas de las comunidades siguen sin recuperar su bienestar, optan por acudir a las clínicas autónomas. Allí los promotores de salud, hombres y mujeres pertenecientes a la misma comunidad ejercen un rol fundamental en donde aplican los conocimientos adquiridos mediante capacitaciones y actualizaciones para atender las principales afecciones. En este contexto, como equipo multidisciplinario desempeñamos nuestro trabajo desde una perspectiva de pertinencia cultural ajustando las consultas, tratamientos y cuidados a cada individuo y familia.

Debo decir que la consulta en las clínicas autónomas zapatistas se aleja por completo de la rutina a la que los profesionales de la salud estamos acostumbrados en especial en el área de la enfermería. A continuación, compartiré mi experiencia diaria durante las consultas y el acompañamiento en los consultorios médicos.

Cuando una familia de una comunidad lejana compuesta de 5 o más miembros, llega a la clínica, es común que todos ingresen al consultorio, aunque solo 1 o 2 personas requieran atención médica. Para mí como enfermera esta situación es muy importante, ya que en la enfermería comunitaria el eje central de nuestro trabajo para la promoción y educación en salud se basa precisamente en la intervención directa con las familias.

Por otro lado, si la familia es de la misma comunidad en donde está la clínica, tenemos que comprender que culturalmente, cuando un hombre y una mujer se unen en matrimonio para formar una familia, es común que la mujer se traslade a vivir a la casa de los suegros, quienes asumen la responsabilidad de cuidarla como si fuera una hija. Por esta razón, cuando una mujer acude a consulta para tratarse a ella o a sus hijos, suele estar acompañada por su esposo, suegra o cuñada, dependiendo de la hora del día. Esto se debe a que el marido generalmente se dedica al cultivo y cosecha de sus tierras, trabajando en horarios que van de las 5:00 a.m. hasta las 5:00 p.m.

Así mismo durante la anamnesis, es común que la persona acompañante intervenga para responder a todas las preguntas dirigidas directamente a la paciente teniendo un

rol de traductor ya que en aproximadamente el 70 % de los casos, las mujeres no hablan español, lo que añade desafíos a la comunicación efectiva en la consulta. A todo esto, cabe resaltar que el proceso salud enfermedad siempre es y será enfrentado desde la familia.

Esta práctica encuentra respaldo en la teoría de enfermería de sistemas familiares de Wright y Leahey, que sostiene que la familia no solo es el núcleo de la sociedad, sino también un elemento clave en el proceso de cuidado de la salud, en la adopción de conductas saludables, el manejo de enfermedades y el soporte emocional. (Leahey & Wrigth, 2009)

*"El objetivo del cuidado de enfermería es empoderar a las personas para que vuelvan a cuidar de sí mismas." Dorothea Orem.*

### **Experiencia Institucional: Salud y desarrollo comunitario (Familia SADEC).**

Me gustaría empezar esta sección describiendo un poco sobre la historia de esta organización, comenzando por su fundación, para esto es necesario saber que en el año 1985 se inició el programa de salud comunitaria “Marqués de comillas” con el Instituto nacional indigenista, en donde su principal función era la de formar promotores de salud y parteras en las comunidades para atender enfermedades y problemas locales. Dicho trabajo tuvo resultados positivos. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, Chiapas seguía siendo uno de los estados más pobres con altos índices de morbilidad materna infantil. Tras el levantamiento zapatista en 1994, se suspendieron los fondos para el proyecto, lo que llevó a los coordinadores a buscar alternativas, y en 1995, se retomó el trabajo con la figura de (Salud y Desarrollo Comunitario [SADEC], 2025) en conjunto con médicos del mundo España.

Actualmente SADEC está vinculado con la Universidad Autónoma Metropolitana a través del proyecto “Desarrollo humano en Chiapas” cuyo objetivo es fortalecer procesos de organización comunitaria, y en el caso de salud, el sistema de salud de las clínicas autónomas zapatistas. Para ello, gestiona la incorporación de personal de salud, como médicos, estomatólogos y enfermeros, a través del servicio social y voluntariado internacional.

La coordinación de SADEC se encarga de brindar material y medicamento para tener botiquines de urgencias cardio-respiratorias y obstétricas. Además de dar acompañamiento a todos los pasantes del servicio social, ya sea de forma presencial, visitando cada clínica autónoma, y virtualmente. Además, al final de cada mes, tenemos reuniones en la sede de Palenque Chiapas, son tres días en donde compartimos nuestras experiencias, vivencias, emociones, etc., de tal forma que el espacio que nos brindan nos ayuda a conectarnos los unos con los otros de una manera más profunda, viéndonos como una gran familia.

El primer día se presenta un informe sobre las consultas, traslados, referencias a segundo nivel, campañas de salud y seguimiento de programas los cuales describiré más adelante. El segundo y tercer día nos imparten talleres con un enfoque humanista abordando tres ejes fundamentales: derecho a la salud, interculturalidad y género. Estos talleres permiten reforzar, actualizar y mejorar actividades dentro de las clínicas.

Actualmente SADEC trabaja con programas enfocados en la atención médica diseñados para identificar, tratar y dar seguimiento a distintos grupos de personas, ya sea por patologías o condiciones que comprometan su salud. Estos programas incluyen:

- Crecimiento y desarrollo del niño y adolescente.
- Atención prenatal.
- Detección oportuna de víctimas de violencia.
- Sobrepeso y obesidad.
- Enfermedades crónico-degenerativas (Diabetes Mellitus e Hipertensión).
- Detección oportuna de cáncer cervicouterino.

➤ Detección oportuna de cáncer de mama.

Estos programas tienen la capacidad y el potencial de brindar una atención de calidad, integral y efectiva a la comunidad, promoviendo la prevención y el manejo oportuno de diversas condiciones de salud. Sin embargo, desde mi experiencia como enfermera, valoro el trabajo fundamental que SADEC realiza para fortalecer el sistema de salud en comunidades autónomas. No obstante, he identificado áreas de oportunidad para optimizar su impacto, principalmente en el seguimiento continuo de los pacientes. La ausencia de estrategias claras para la continuidad de los casos detectados podría limitar la efectividad de estas iniciativas y su potencial para generar mejoras sostenibles en la salud de la población. En este sentido, considero crucial evaluar y fortalecer el monitoreo y la coordinación (trabajo en equipo) entre los diversos actores del sistema de salud (médicos, promotores, estomatólogos, parteras, voluntarios y enfermeros) en la implementación de los programas para el control de enfermedades, así como desarrollar instrumentos y herramientas que incrementen la eficacia y afinen la calidad de la atención.

Actualmente, la estancia en comunidad y los programas de salud están mayormente enfocados para llevarse a cabo por médicos y estomatólogos. La ausencia de actividades establecidas para el personal de enfermería en la comunidad restringe su participación en el fortalecimiento del sistema de salud. En este contexto, mi servicio social en la comunidad sienta las bases para la implementación de un programa de enfermería comunitaria. Estas observaciones tienen como objetivo impulsar la mejora y el desarrollo de esta importante organización, fomentando una atención equitativa y efectiva para la comunidad.

Como enfermera, creo firmemente en la importancia del mejoramiento continuo en la atención a los pacientes. En este sentido, el proverbio chino resuena profundamente: *“El aleteo de las alas de una mariposa se puede sentir al otro lado del mundo”*. Cada esfuerzo por mejorar la calidad del cuidado de la salud, por pequeño que parezca, es valioso y necesario para lograr un impacto real en la comunidad.

# 2º SECCIÓN

## DIAGNÓSTICO COMUNITARIO.



## **Marco teórico sobre el derecho a la salud.**

El concepto de salud ha evolucionado con el paso del tiempo, y es fundamental comprender que no se limita a la simple "ausencia de enfermedad". La salud trasciende este enfoque biológico simplista, abarcando múltiples dimensiones o factores interrelacionados que deben mantenerse en equilibrio para alcanzar un estado de plenitud.

En la antigüedad las civilizaciones de India y China consideraban la salud como un equilibrio de mente, cuerpo y espíritu. Mientras que, en Grecia, filósofos como Hipócrates y Galeno reconocían la importancia del entorno y el estilo de vida en el bienestar humano, posteriormente, en el siglo XVII Florence Nightingale considerada la pionera de la enfermería moderna, sentó las bases del cuidado de una persona sin salud, considerando factores sociales, ambientales y emocionales.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la salud (OMS) en el año de 1946 definió la salud como: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”*. Dicho de este modo, el estado de bienestar es la fusión de lo corporal, relacional, experiencia personal y la realidad de la comunidad, lo que compete al individuo y sociedad. Este último punto trasciende la esfera personal para abarcar dimensiones culturales, sociales, económicas y políticas, las cuales influyen de manera significativa en el estado de salud de las personas y las comunidades. En este sentido, se reconoce que la salud es una forma de vida intrínsecamente vinculada con la cultura humana y en estrecha conexión con la naturaleza, la sociedad y las estructuras del Estado, tal como lo señala Granda. (Tirado 2021)

Tras la segunda guerra mundial, en 1948, la Asamblea General de la Naciones Unidas en conjunto con la OMS promueve la declaración universal de los derechos humanos, en donde se promueve el derecho a tener un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar, lo que sienta las bases para reconocer la salud como un derecho. (Naciones Unidas, 2008) Por consiguiente, en el año 1966 adoptan el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en el que el objetivo general 14 se centra específicamente al derecho a la salud en el artículo 12, de la constitución de la Organización mundial de la salud donde se establecen las obligaciones que tiene el Estado y que a continuación se detallan;

1. Los países que formen parte de este pacto reconocen que es un derecho fundamental de cada persona gozar del más alto nivel de salud física y mental.
2. Los métodos que llevarán a cabo los países en el siguiente pacto deberán asegurar la efectividad de este derecho, teniendo en cuenta lo siguiente:
  - a. La reducción de la mortalidad y mortalidad de los infantes y el sano desarrollo del niño.
  - b. La mejora continua en todos los ámbitos de la higiene en el trabajo y en el medio ambiente.

- c. La prevención, tratamiento y lucha contra enfermedades endémicas, epidémicas y de otra índole.
- d. El generar condiciones que aseguren a todos los seres humanos asistencia y servicios médicos ante alguna enfermedad. (Naciones Unidas, 1966).

Dada esta visión es importante resaltar que, en el año de 1974 el Informe Lalonde, titulado "*Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses*", introdujo por primera vez un modelo clave para comprender los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad, tanto a nivel individual como poblacional. Agrupó los determinantes de la salud en cuatro categorías principales: (Otero & Zunzunegui, 2011)

1. Biología Humana: Este determinante abarca una serie de factores genéticos y fisiológicos que influyen en la salud. La herencia y las variaciones genéticas pueden aumentar la susceptibilidad a ciertas enfermedades o incluso afecta la respuesta al tratamiento. Además, aspectos como la edad, sexo, estado nutricional y sistema inmune desempeñan un papel fundamental en el bienestar del individuo.
2. Estilo de Vida: Los Hábitos y comportamientos personales tienen un impacto en la salud, sin embargo, estos también están influenciados por factores sociales, económicos y ambientales, por ejemplo; La alimentación está condicionada por la calidad y cantidad de los alimentos, en cambio, a nivel comunitario y colectivo promover el acceso a una alimentación adecuada e informar acerca del adecuado consumo de alimentos es clave para fomentar estilos de vida saludables.
3. Medio Ambiente: Son todas aquellas Condiciones externas al individuo (Clima, suelo, aire, vivienda, seguridad, desigualdad, etc.), tanto físicas como sociales, que inciden en el bienestar.
4. Sistema Sanitario: Acceso, atención de calidad, cobertura y organización de los servicios de salud, que son ofrecidos y financiados por una organización de gobierno en cada sociedad en donde se requiere la colaboración de profesionales de salud, comunidades e instituciones para garantizar un sistema sanitario eficaz.

En 2005, la OMS, bajo la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud liderada por Michael Marmot, introdujo el concepto de: Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Estos se definen como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Y se entienden como las causas de las causas que generan las mayores desigualdades en salud, influenciadas por la distribución del poder, los recursos y las políticas a nivel global, nacional y local, que determinan las oportunidades de salud y bienestar. (Urbina & González, 2012)

## **Marco legal del derecho a la salud en México.**

En México, la historia del derecho a la salud ha sido un proceso en constante transformación. Para comprender este tema de manera clara y profunda, es fundamental analizar sus orígenes y la forma en que ha ido desarrollándose a lo largo del tiempo.

En el siglo XVII existieron instituciones encargadas de la salud pública y de asistencia social que atendían los padecimientos de la población, estas eran: El Real Tribunal del Protomedicato de 1628, instituido y dependiente por el Consejo de Indias y de Castilla, la Facultad Médica del Distrito Federal establecida en 1831 y el Consejo Superior de Salubridad de 1841, los cuales eran apoyados por la Dirección de la Beneficencia Pública en 1861, a partir del trabajo e informes que expedían estas instituciones en el año de 1894 se expide el primer código sanitario durante el gobierno de Porfirio Díaz que buscaba establecer un marco legal para la regulación y mejora de actividades sanitarias. (Lugo 2015)

En 1917 la constitución política de los estados unidos mexicanos establece los principios de la protección sanitaria para futuras leyes de salud, mientras que nace El Departamento de Salubridad Pública como un órgano encargado de la salubridad e higiene pública a nivel nacional, en cambio la Dirección de la Beneficencia Pública de 1861 se sustituye en la Secretaría de Asistencia Pública que se encargaba de la asistencia social y a partir del año 1943 por decreto presidencial se fusionan estas dos instituciones creando la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) lo que en años más tarde cambiaría a lo que hoy conocemos como La Secretaría de Salud, al mismo tiempo, en este mismo año se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (Lugo 2015)

A partir de los años 40`s los esfuerzos se dedicaron a crear comités e infraestructuras con el objetivo de atender problemas de salud específicos y poner en marcha programas y campañas destinadas a mejorar el bienestar de la población. Sin embargo, el desarrollo del derecho a la salud en México tomó auge en el año de 1983 cuando se incorpora el derecho a la protección de la salud en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cuando el Diario Oficial de la Federación (DOF) publica la reforma y el texto queda así:

*“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.” (Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, 1983)*

Este cambio es de suma importancia ya que reconoce la salud como un derecho a nivel constitucional y establece las bases y modalidades en el actuar de los distintos órganos de la federación.

A lo largo de los años la ley general de salud ha sido modificada para adaptarla según las necesidades y desafíos en salud pública en nuestro país, uno de estos cambios

significativos ocurrió en 2011, cuando la cámara de Diputados reformó una serie de artículos para fortalecer el estatus jurídico de los derechos humanos en México, con esta reforma se garantiza el cumplimiento sobre el derecho a la salud. (López & López, 2015)

Desde esta perspectiva, es fundamental reconocer que la salud, al ser un derecho, conlleva una responsabilidad colectiva. A nivel individual, familiar, comunitario, profesional y legislativo (Estado y Nación), cada uno de estos ámbitos influye y contribuye a la salud en sus dimensiones social, emocional, física y espiritual. Por ello, es esencial analizar cómo se organizan estos niveles dentro de la sociedad y evaluar si realmente están cumpliendo su función y aportando de manera efectiva a la salud de las personas. En este sentido, resulta fundamental examinar el diagnóstico comunitario de Chiapas, comparando los indicadores sociales, económicos, culturales y políticos a nivel Nacional, estatal y municipal que veremos en el siguiente capítulo, ya que permite identificar las necesidades de salud de la población, las condiciones sociales que influyen en el bienestar y las estrategias implementadas para garantizar este derecho en las distintas comunidades (Arroyo Granizo, San Jerónimo Tulijá, La Garrucha y las Tazas) durante mi estadía del servicio social.

## Diagnostico Comunitario:

Perfil Nacional y Estatal.

### Ubicación geográfica.

Chiapas se encuentra al sureste de la República Mexicana, tiene una extensión territorial de 73 670 km<sup>2</sup> que equivale aproximadamente 3.8 % de la superficie total del país, ocupando el 8° lugar del estado más grande del país. (CONABIO 2023)

### Extensión territorial.

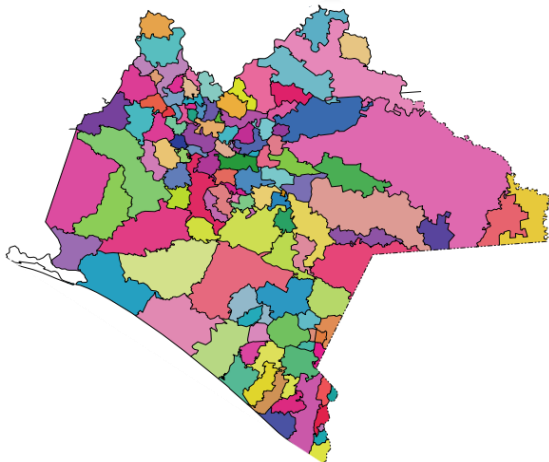
Sus coordenadas geográficas extremas son; al norte 17° 59' 07", al sur 14° 31' 56" de latitud norte; al este 90° 22' 13", al oeste 94° 08' 21" de longitud oeste.

Ubicación de Chiapas.



Mapa 1. Portal del gobierno de Chiapas (2025). Ubicación. [Mapa en línea]. Recuperado el [20 de marzo 2025], <https://www.chiapas.gob.mx/ubicacion/#:::text=A1%20norte%2017%C2%B059,%20C%20Oaxaca%20y%20Veracruz%20Llave>.

División municipal de Chiapas.



Mapa 2. INEGI (2018). INEGI. Marco Geoestadístico, [Mapa en línea]. Recuperado el [20 de marzo 2025], [https://cuentame.inegi.org.mx/mapas/pdf/entidades/div\\_municipal/chismpioseolor\\_sn.pdf](https://cuentame.inegi.org.mx/mapas/pdf/entidades/div_municipal/chismpioseolor_sn.pdf)

Sus límites: son; al norte con el estado de Tabasco; al este y sureste con la república de Guatemala abarcando 658.5 kilómetros, que representan el 57.3% del territorio; al sur y suroeste con el Océano Pacífico y al oeste con los estados de Veracruz y Oaxaca. Su capital es la ciudad de Tuxtla Gutiérrez y las ciudades más importantes son: San Cristóbal de las Casas, Comitán, Palenque, Chiapa de corzo y Tapachula, su división política consta de 124 municipios. (INEGI 2022)

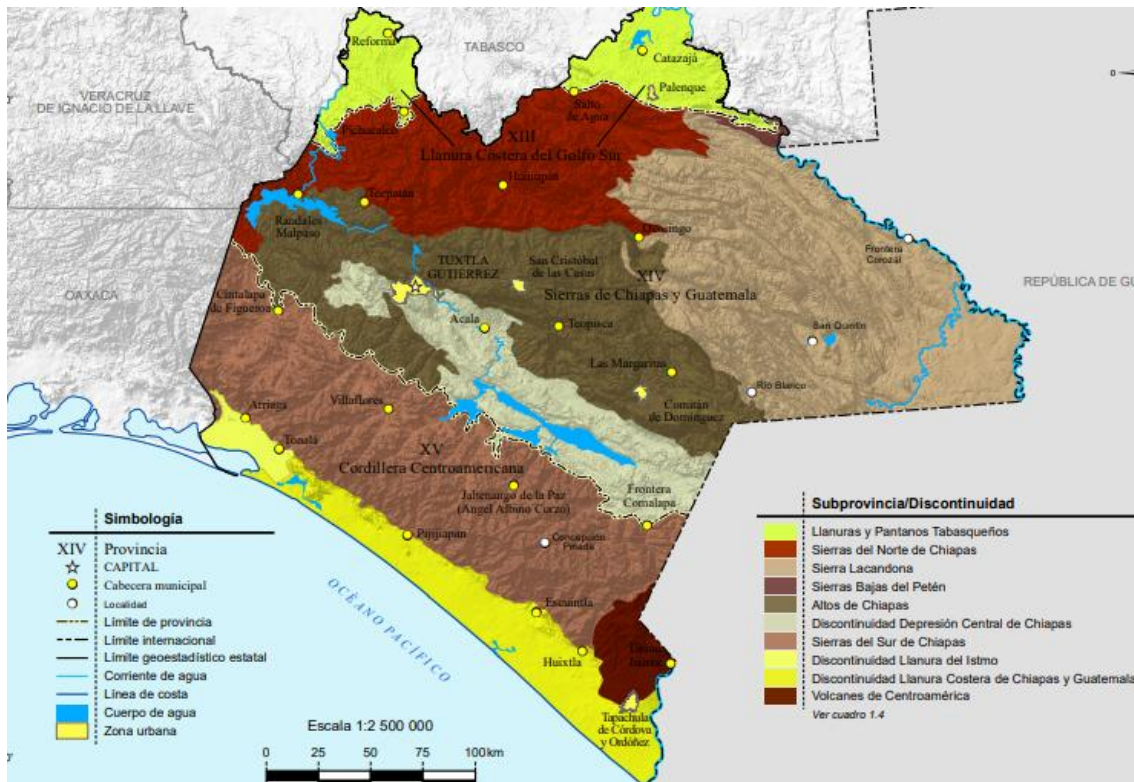
### Fisiografía.

De acuerdo con la fisiografía de su superficie el estado se divide en tres provincias y 10 subprovincias fisiográficas: (Véase mapa 3)

1. La llanura Costera del Golfo Sur: con la subprovincia:
  - Llanura y Pantanos Tabasqueños que cubre la parte norte del estado.
2. Sierras de Chiapas y Guatemala: con las subprovincias:
  - Sierras del Norte de Chiapas en el centro-norte.
  - Sierra Lacandona que abarca el 22.82% del territorio.

- Sierras Bajas del Petén en la parte nororiental.
  - Altos de Chiapas en la parte central.
  - Depresión Central de Chiapas al sur-centro.
3. Cordillera Centroamericana, que se extiende por toda la línea de costa en las discontinuidades de la Llanura Costera de Chiapas y Guatemala, y, la Llanura del Istmo: esta consta de las subprovincias:
- Sierras del Sur de Chiapas que abarcan el 20.86% del territorio.
  - Volcanes de Centroamérica: Tacaná con 3,284 m.s.n.m.

### Fisiografía.



Mapa 3. INEGI. (2022) Continuo Nacional del Conjunto de Datos Geográficos de la Carta de Fisiografía Escala 1:1 000 000, serie I. [Mapa en línea]. Recuperado el [20 de marzo 2025],  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/889463914181.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463914181.pdf)

### Clima.

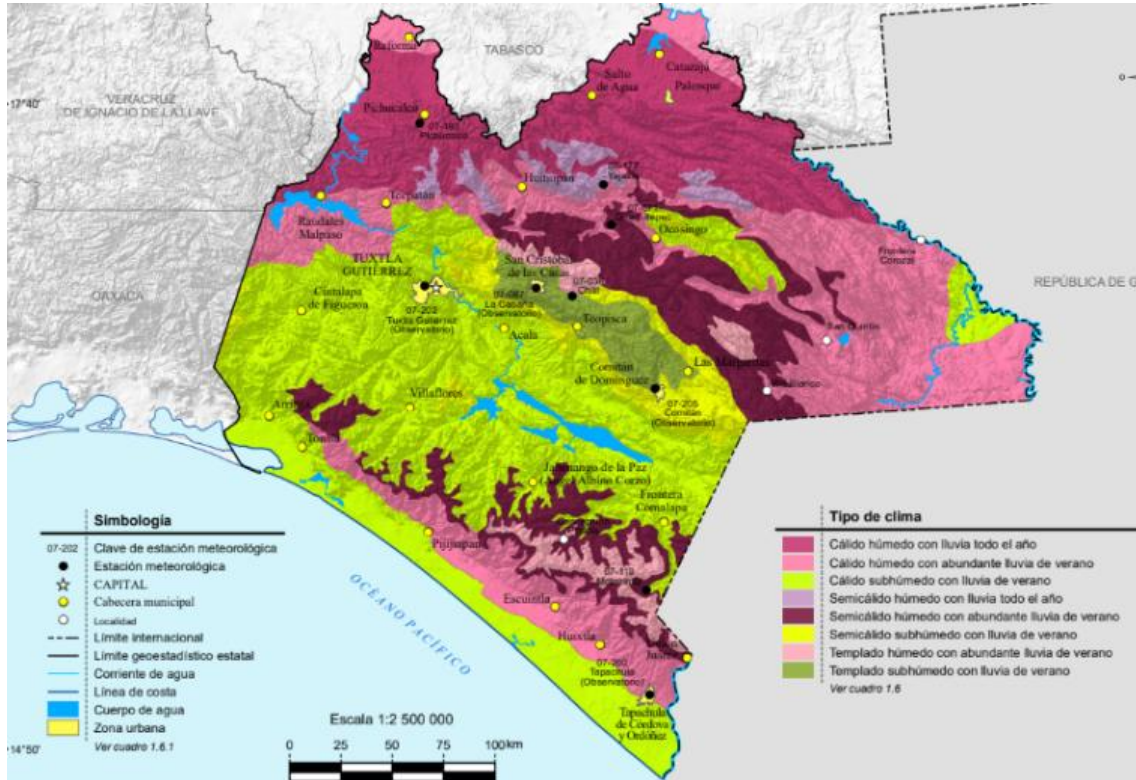
En Chiapas se presentan climas cálido húmedo, cálidos subhúmedos y templados húmedos.

Las zonas de clima cálido húmedo (véase mapa 4) se encuentran en altitudes que van desde el nivel del mar hasta los 1,000 metros, cubriendo alrededor del 74 % del territorio estatal. En estas regiones, la temperatura media anual supera los 23 °C.

El clima; cálido subhúmedo predomina en aproximadamente el 20 % de la superficie de Chiapas, extendiéndose en altitudes entre 1,000 y 2,000 metros. Las temperaturas en estas áreas oscilan entre los 18 °C y 22 °C de promedio anual.

Por su parte, el clima templado húmedo se presenta en zonas ubicadas a más de 2,000 metros de altitud, representando cerca del 6 % del estado. En estas regiones, la temperatura media anual varía entre 12 °C y 18 °C." (CONABIO 2023)

### Distribución del clima.



**Mapa 4.** INEGI. (2022) *Continuo Nacional del Conjunto de Datos Geográficos de la Carta de clima Escala 1:1 000 000, serie I.* [Mapa en línea]. Recuperado el [20 de marzo 2025], [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/889463914181.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463914181.pdf)

### Precipitación pluvial.

La región norte presenta lluvias durante todo el año mientras que en las demás durante el verano. La precipitación total anual varía dependiendo de la región de 800 a 4000 mm.

Debido al clima se favorece el cultivo de café. Por lo que es el estado productor número 1 a nivel nacional, al igual que se cultiva el: maíz, sandía, mango, plátano, aguacate, cacao, algodón, caña de azúcar, frijol, etc.

### Recursos Naturales.

El territorio del estado de Chiapas se caracteriza por tener de las mayores riquezas naturales de México.

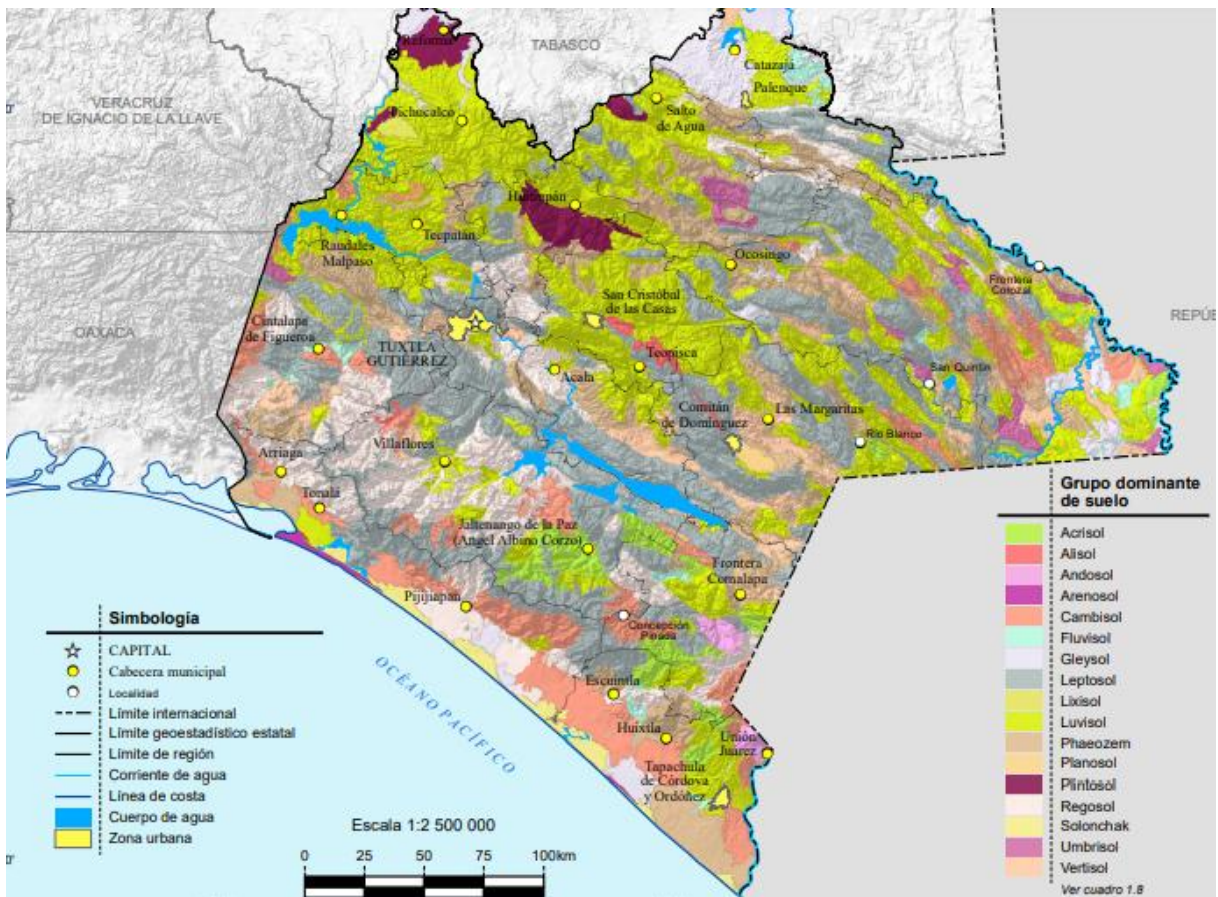
## Hidrografía.

Cuenta con una de las cuencas más grandes del país Grijalva-Usumacinta con 30 % de los recursos hidrológicos superficiales y 56 % del potencial hidroeléctrico identificado para México.

## Edafología.

El suelo en la región es ideal para las actividades como la agricultura y ganadería (véase mapa 5), de los que predominan seis unidades que cubren 83.72 % de su superficie: Leptosoles, Rendzinas, Acrisoles, Luvisoles, Regosoles y Cambisoles. En el resto de la superficie (16.28 %), hay suelos tipo Phaeozem, Gleysoles, Vertisoles, Fluvisoles, Solonchack, Andosoles, Arenosoles, Planosoles, Nitisoles, cuerpos de agua y zonas urbanas.

### Suelos dominantes.



Mapa 5. INEGI. (2022). Continuo Nacional del Conjunto de Datos Vectorial Edafológico Escala 1:250 000, serie II. [Mapa en línea]. Recuperado el [20 de marzo 2025],

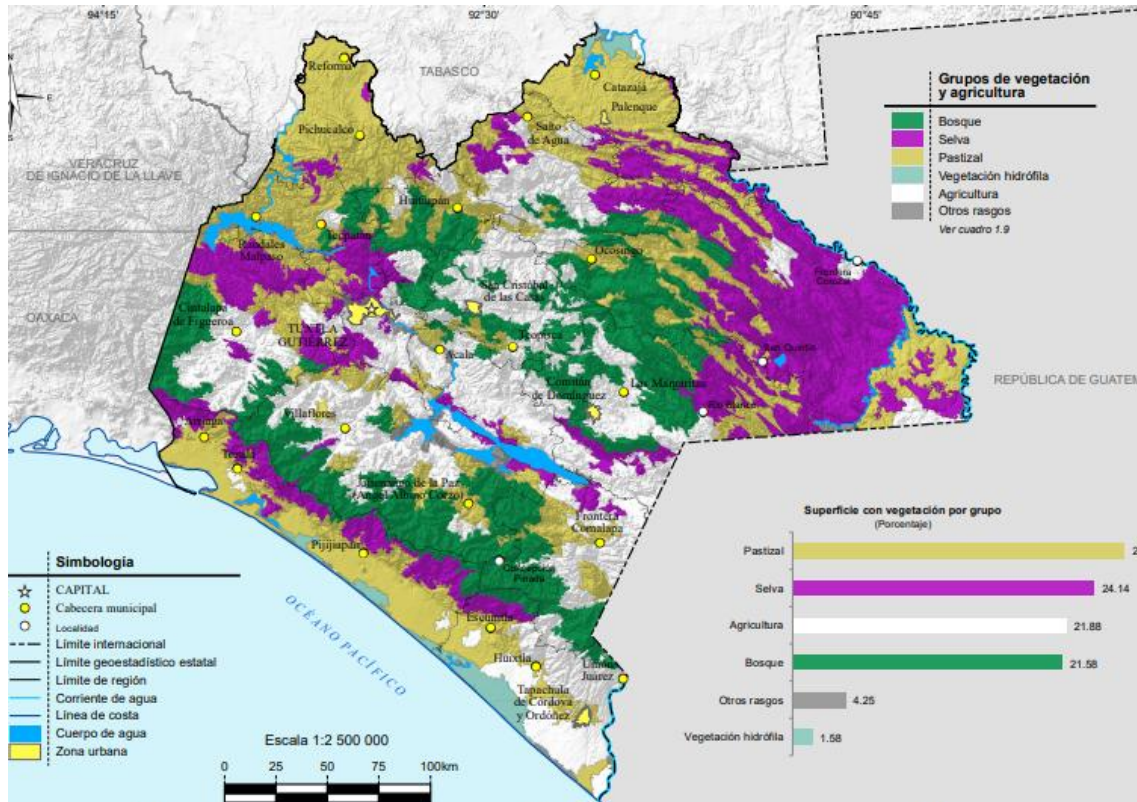
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/889463914181.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463914181.pdf)

## Flora y Fauna.

Chiapas posee una diversidad notable de vegetación, que varía desde selvas húmedas, predominantes en el norte y con su máxima expresión en la Selva

Lacandona, hasta bosques de coníferas y encinos, bosques húmedos de montaña y pastizales cultivados. La agricultura ocupa una porción significativa del territorio, representando el 39% del mismo. Además, la entidad cuenta con una extensa red de áreas protegidas, sumando un total de 123, distribuidas entre niveles federal, estatal y municipal.

### Vegetación y agricultura.



Mapa 6. INEGI. (2022) Conjunto de Datos Vectoriales de Uso del Suelo y Vegetación Escala 1:250 000, serie VI.

[Mapa en línea]. Recuperado el [20 de marzo 2025],

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/889463914181.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463914181.pdf)

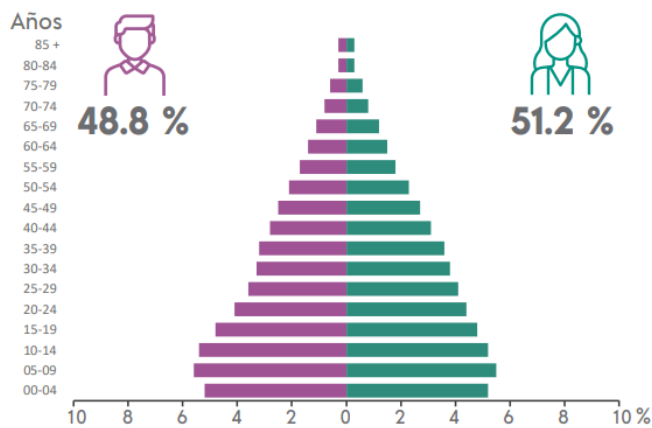
En cuanto a la fauna; en las selvas húmedas, se encuentran especies como la nutria de río, el murciélago pescador y el jaguarundí, junto con diversas aves, anfibios y reptiles. Los bosques de coníferas y encinos son hogar de la ardilla voladora, murciélagos y musarañas. Los manglares albergan caimanes, mientras que los ambientes acuáticos son el hábitat de la mojarra del Petén, el cacomixtle y la ballena jorobada. Desafortunadamente, varias especies se encuentran en peligro de extinción, incluyendo el tlacuache acuático, el armadillo, el oso hormiguero, el pavón, el águila arpía, varios primates, felinos, el quetzal, la mojarra panza colorada, la tortuga golfina, el manatí y el tapir. (INEGI 2022)

## Indicadores del estado de Chiapas.

### Indicadores sociales.

**Población:** Según datos del instituto nacional de estadística y geografía, en el año 2020 Chiapas tenía una población total de 5,543,828 habitantes, lo que representa el 4.4% de la población nacional. En dónde 2,837,881 son mujeres y 2,705,947 son hombres tal y como se muestra en la pirámide poblacional (Gráfica 1), esto quiere decir que, por cada 100 mujeres, existen 95 hombres, la edad media es de 24 años.

**Gráfica 1. Pirámide poblacional.**



**Fuente.** INEGI (2020). *Pirámide poblacional Chiapas*, (Gráfica de barras). Recuperado el 24 de marzo 2025.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825197780.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197780.pdf)

De acuerdo con la Gráfica 1, la base ancha de la pirámide poblacional indica una población predominantemente joven, con altas tasas de natalidad. A medida que se avanza en la estructura etaria, se observa un estrechamiento progresivo hacia la cima, lo que refleja una menor esperanza de vida en edades avanzadas. La población de niños menores de 12 años asciende a 1,428,060 habitantes, mientras que la densidad poblacional

es de 76 habitantes por kilómetro cuadrado. Además, la tasa de crecimiento poblacional en el periodo 2010-2020 fue del 15.6%, lo que evidencia un aumento significativo en el número de habitantes en la región. La población de Chiapas es del 49% en localidades urbanas y 51% en localidades rurales.

**Etnicidad:** A nivel nacional, 12 de cada 100 hablantes de una lengua indígena no hablan español. En Chiapas, 1,459,648 personas mayores de 3 años hablan alguna lengua indígena, lo que representa el 28.2% de la población. Este porcentaje sitúa al estado como el segundo con mayor población de habla indígena a nivel nacional, después de Oaxaca. Los datos de la tabla 1 muestra las lenguas indígenas más habladas en la entidad de lado derecho y el número de hablantes del lado izquierdo, siendo el Tseltal la lengua más hablada.

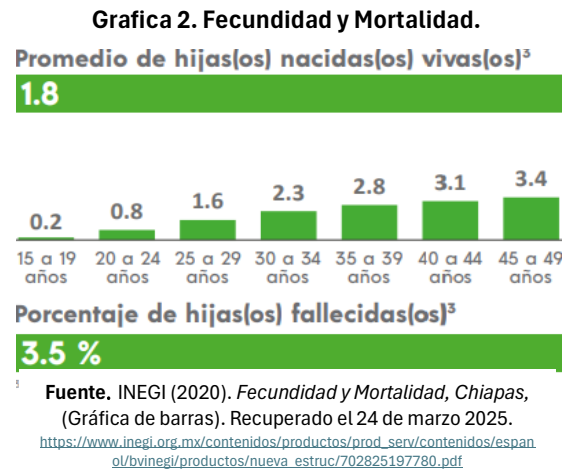
**Tabla 1. Lenguas indígenas más habladas en Chiapas.**

Lengua indígena	Número de hablantes 2020
Tseltal	562,120
Tsotsil	531,662
Ch'ol	210,771
Tojolabal	66,092

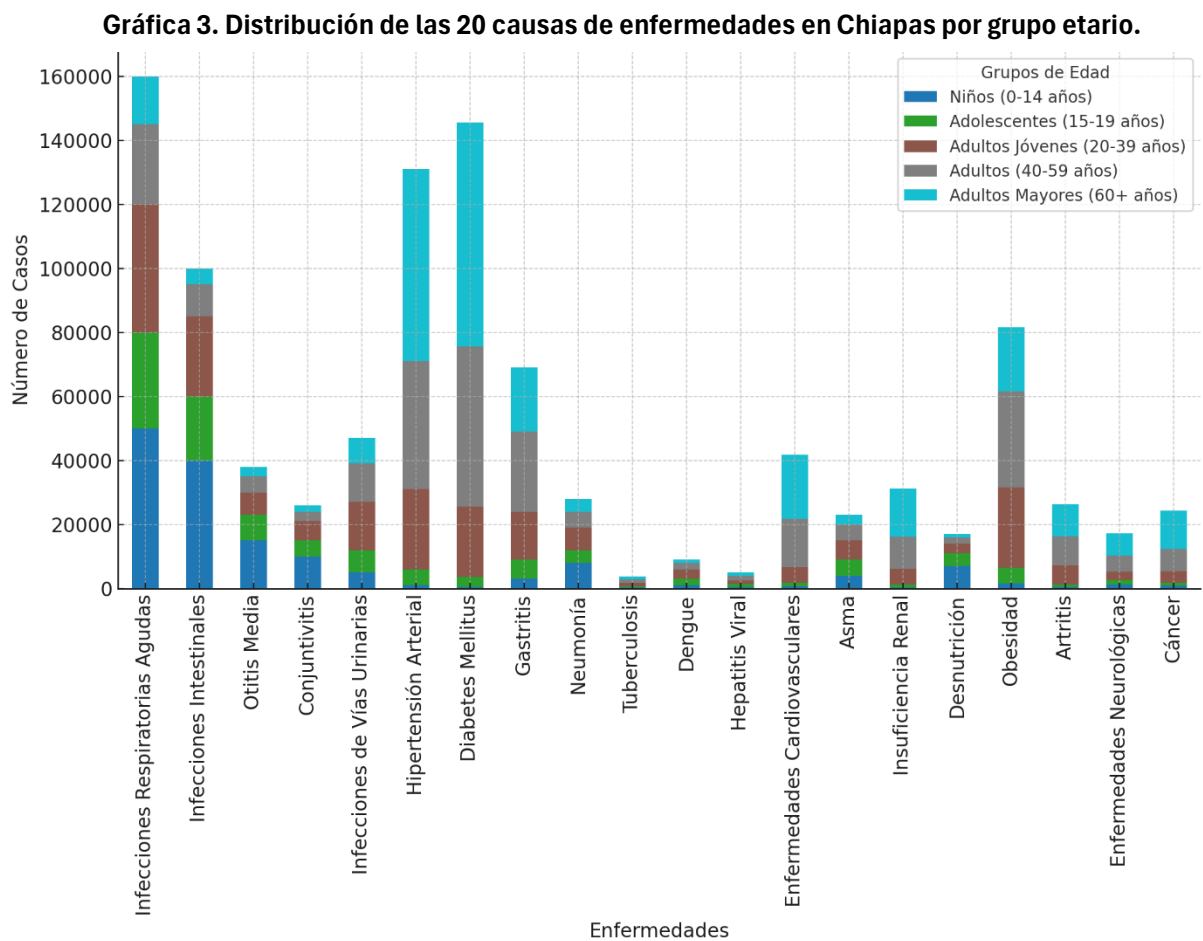
**Fuente:** INEGI (2020). *Lenguas indígenas más habladas en Chiapas*. (Tabla). Recuperado el 24 de marzo 2025.

<https://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/poblacion/diversidad.aspx?tema=me&e=07>

**Natalidad y Mortalidad:** En Chiapas la fecundidad y mortalidad en mujeres de 15 a 49 años se muestra en el gráfico 2, en donde el promedio de hijos nacidos vivos es de 1.8 teniendo un incremento de nacimientos conforme avanza la edad de la mujer, registrándose hasta 3.4 hijos en la edad de 45 a 49 años. En cuanto al porcentaje de la tasa de mortalidad infantil es de 3.5% lo que sugiere la importancia de atender la salud materno-infantil para reducir la mortalidad infantil.



**Morbilidad:** Para abarcar la morbilidad de Chiapas se realizó una gráfica por grupo de edad según la Secretaría de Salud (2023), los datos muestran las veinte principales causas de enfermedades en Chiapas. (Véase gráfica 3).



Como se muestra en el grafico 3, las principales enfermedades que afectan a la población predominan las Infecciones respiratorias agudas e infecciones intestinales o diarreas, en los grupos de edad de 0 a 39 años, mientras que en los adultos

jóvenes y adultos mayores se incrementan las enfermedades crónico-degenerativas, cardiovasculares y metabólicas. Esto puede estar ligado a falta de acceso a servicios de salud, hábitos higiénico-dietéticos y de saneamiento por lo que la clave son acciones preventivas y de educación en salud.

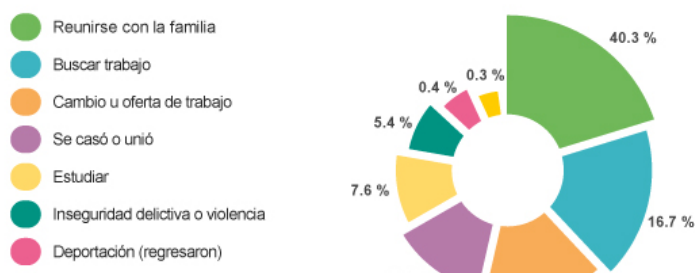
**Mortalidad:** En el año 2023 se registraron 799,869 muertes en total a nivel nacional (INEGI, 2023). Mientras que en Chiapas se registraron 24,345 muertes según El Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica (2022). Las veinte principales causas de muerte en Chiapas (Gráfica 4) son: las enfermedades del sistema circulatorio, siendo la principal causa tanto a nivel nacional como estatal, con 8,861 defunciones. En segundo lugar, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas causaron 5,249 muertes. Otras causas significativas fueron los tumores (neoplasias, 2,539 muertes), las enfermedades del sistema digestivo (1,676 muertes) y las causas externas de morbilidad y mortalidad (1,571 muertes). Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar estrategias de salud pública efectivas para prevenir y tratar estas condiciones, así como en abordar las causas subyacentes de las enfermedades del sistema digestivo y las muertes por causas externas con el fin de reducir la mortalidad en el estado.

**Gráfica 4. Principales causas de mortalidad en Chiapas. (2022)**



**Gráfica 5. Causas de la migración.**

**Migración:** INEGI (2020), a través de su Censo de Población y Vivienda, indica que la migración en Chiapas entre 2015 y 2020 involucró la salida de 160,125 personas a otras entidades federativas y la llegada de 56,588. En cuanto a la migración internacional, 17,014

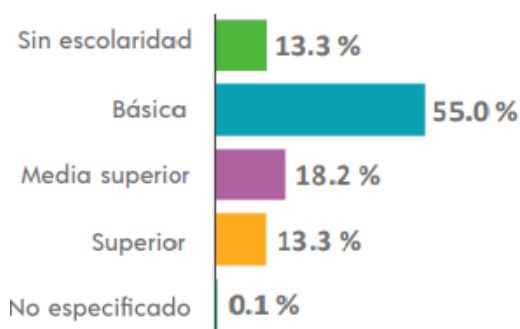


Fuente. INEGI (2020). *Causas de la migración, Chiapas.* (Gráfica de pastel). Recuperado el 28 de marzo 2025.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_es/truc/702825197780.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_es/truc/702825197780.pdf)

personas emigraron en 2020, con una marcada preferencia por Estados Unidos (83 de cada 100 emigrantes). La Gráfica 5 detalla las diversas causas que motivan la migración en el estado, entre las que destacan la reunificación familiar, la búsqueda o cambio de empleo, el matrimonio, los estudios, la inseguridad o violencia, la deportación y los desastres naturales.

Grafica 6. Población según el nivel de escolaridad



<sup>5</sup> De 15 años y más.

Fuente. INEGI (2020). Nivel de escolaridad. (Gráfica de barras). Recuperado el 28 de marzo 2025. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825197780.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197780.pdf)

las niñas y niños de 6 a 14 años es del 89%, siendo un 94% el promedio a nivel nacional. Por otro lado, el analfabetismo en el estado indica que 14 de cada 100 personas de 15 años y más no saben leer ni escribir, lo que equivale una tasa del 13.6%, con un porcentaje de 62% en mujeres y un 37.1% en hombres, este dato revela un rezago significativo en comparación con el promedio nacional de 5 de cada 100 personas, ocupando la posición número uno a nivel nacional de analfabetismo, INEGI (2020).

Vivienda y hogar: A nivel nacional esta entidad ocupa el puesto ocho por su número de viviendas particulares habitadas con un total de 1,351,023 viviendas de las cuales el 41.8% cuentan con un dormitorio. Los materiales que se utilizan para la construcción de la mayor parte de las viviendas son: pisos de cemento o firme ocupando un 73.8%, paredes de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera o cemento con 78.3% y los techos de lámina metálica 58.5%. Un hogar es un conjunto de personas que puedes ser familia o no y que viven bajo el mismo techo, al igual que una persona que vive sola también constituye un hogar. En Chiapas 65 de cada 100 hogares son familiares, sin embargo, a nivel nacional la entidad ocupa el lugar 32 en considerar a la mujer como jefa de familia. (INEGI.2020)

Servicios públicos y bienes inmuebles: Mientras que la cobertura de servicios sanitarios (96.8%) y energía eléctrica (97.7%) es alta en las viviendas particulares habitadas de Chiapas, el acceso a agua entubada (52.4%) y drenaje (91%) presenta un menor alcance (INEGI 2020). Según datos de la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2023 (INEGI 2023). Respecto a las tecnologías de la información y comunicación, el

teléfono celular es el servicio más utilizado y de mayor alcance en el estado (90%) siendo en el ámbito urbano (96.6%) mientras que en zonas rurales (82.9%), seguido por la televisión (76.7%), en zonas urbanas (87.4%) y en zonas rurales (65.6%), la conexión a Internet a nivel estatal (44.3%), en zonas urbanas (58.1%) y rurales de (29.7%), computadora (22.3%) siendo (35.7%) en zonas urbanas y rurales (8.2%). en último lugar, línea telefónica fija a nivel estatal (11.8%).

Religión: A nivel nacional la religión católica ocupa el primer lugar con (78%) de la población, en Chiapas (53.9%) de la población es católica, (32.4%) es cristiana evangélica/ protestante, (0.3) pertenece a otras religiones y (12.5%) no tiene religión de acuerdo con INEGI (2020).

Servicios de Salud: En 2020 la población derechohabiente a servicios de salud era de 3,698,663. Este indicador señala que un poco más de la mitad de la población total en Chiapas tienen este beneficio, sin embargo, no está cubierta toda la población. De los cuales (68.6%) está afiliado al seguro popular, de igual forma (18.2%) al IMSS, (7.0%) al ISSTE, (4.6%) al IMSS Bienestar, (1%) Pemex, Defensa o marina y (0.9%) alguna otra institución privada INEGI (2020).

### **Indicadores económicos.**

Ocupación laboral: En el tercer trimestre de 2024, la Secretaría de Economía (2024) identifica a los trabajadores del cultivo de maíz y/o frijol como la principal ocupación en Chiapas, con una fuerza laboral de 368,000 personas, lo que representa el 17% del total. Le siguen, en importancia, los trabajadores de apoyo en actividades agrícolas (11.3%) y los empleados de ventas, despachadores y dependientes en comercios (5.18%).

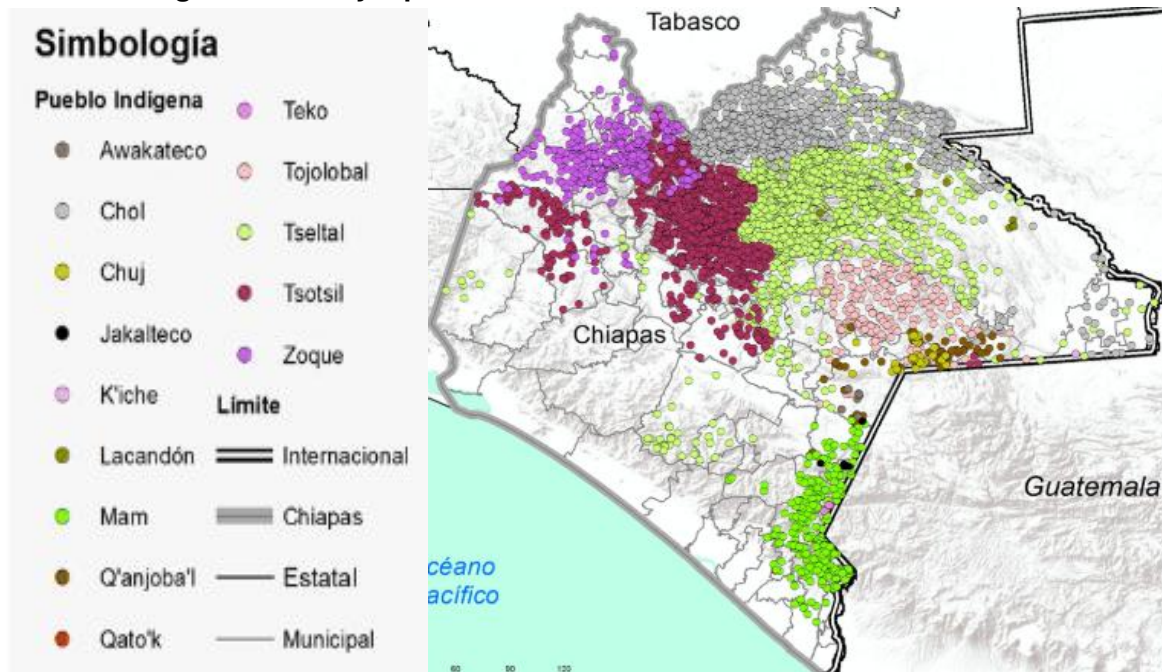
Actividades productivas: La agricultura ocupa el primer puesto como una de las actividades económicas del estado, siendo los principales cultivos: el maíz con una superficie sembrada de (50.8%) aportando el 30.2% del valor de producción, el café cereza ocupa el segundo lugar con un total de (17.9%) de superficie sembrada, cabe resaltar que Chiapas es el estado número uno a nivel nacional de producción de café. Otros de los principales cultivos de esta entidad son plátano, mango, palma de aceite, frijol, papaya, tomate, aguacate, caña de azúcar y cacao. (CEIEG 2022)

Población económicamente activa: En el tercer trimestre de 2024, la población económicamente activa de Chiapas fue de 2.23 millones de personas. La fuerza laboral ocupada alcanzó las 2.19 millones de personas (30% mujeres y 70% hombres), con un salario promedio mensual de 5.35 mil pesos mexicanos. A nivel nacional, la población económicamente activa de México se situó en 61.4 millones de personas, con una fuerza laboral ocupada de 59.5 millones (40.8% mujeres y 59.2% hombres) y un salario promedio mensual de 6.26 mil pesos mexicanos. La tasa de informalidad laboral en el estado es de 76.1% siendo la más alta a nivel nacional. (Secretaría de Economía 2024)

## Indicadores culturales.

Chiapas se distingue por su rica diversidad cultural, evidenciada en que el 28% de su población mayor de tres años habla alguna de las doce lenguas indígenas que están presentes en el estado. Las tradiciones ancestrales de estos pueblos son fundamentales para la cultura e identidad chiapaneca, tal como se ilustra en el mapa 7, que ofrece un panorama de la distribución de la población indígena. Cabe destacar la presencia predominante de los grupos tseltales, tsotsiles, choles y zoques. ("Atlas de los Pueblos Indígenas," 2020)

### Pueblos indígenas con mayor presencia en la entidad.



## Indicadores Políticos.

México es una república democrática federal, que está integrada de 31 estados libres y soberanos y la ciudad de México, el poder se divide en tres ramas:

1. **Ejecutivo:** encabezado por el o la presidente durante un periodo de 6 años quien es elegido por el voto de los ciudadanos. A nivel estatal lo encabeza un gobernador elegido de igual manera,
2. **Legislativo:** Compuesto por la cámara de diputados y la de legisladores responsables de crear y reformar leyes federales, políticas públicas de cualquier tema, aprobar el presupuesto y validar tratados internacionales. Mientras que a nivel estado se conforma de una sola cámara llamada congreso del estado compuesta por diputados quienes también crean, reforman o aprueban las leyes estatales.
3. **Judicial:** la Suprema Corte de Justicia de la Nación, es responsable de la interpretación y aplicación de las leyes federales y la Constitución. Siendo el

tribunal de justicia el encargado de interpretar y aplicar las leyes estatales.  
(secretaría de educación pública 2025)

Estado democrático de derecho: Con una composición pluricultural. Chiapas reconoce los sistemas normativos internos de sus pueblos y comunidades indígenas, en apego a lo establecido en la Constitución del estado libre y soberano de Chiapas y en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Su compromiso se extiende a la protección de su biodiversidad. (Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas [CPEChis], 2025), Una ciudadanía informada sobre la constitución de su estado está mejor equipada para conocer sus derechos y exigir el cumplimiento de las obligaciones de sus gobernantes.

Los partidos políticos son organizaciones ciudadanas encargadas de hacer que la población participe de forma democrática y así elegir a sus gobernantes pertenecientes a estas organizaciones, en Chiapas están:

- Partido de Acción Nacional. (PAN)
- Partido Revolucionario Institucional. (PRI)
- Partido de la Revolución Democrática. (PRD)
- Partido del Trabajo. (PT)
- Partido Verde Ecologista de México.
- Partido Alianza Social.
- Movimiento de Regeneración Nacional. (Morena)
- Partido Encuentro Solidario.
- Partido Chiapas Unido.
- Podemos Mover a Chiapas.
- Redes Sociales Progresistas.
- Movimiento Ciudadano
- Nueva Alianza.
- Fuerza por México.
- Partido Popular Chiapaneco

Resulta indispensable examinar el movimiento sociopolítico zapatista, considerando su significativo impacto en la entidad y su arraigo en la conciencia colectiva. Por ello, se presenta un resumen de los orígenes del movimiento hasta la edad actual.

### **Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN).**

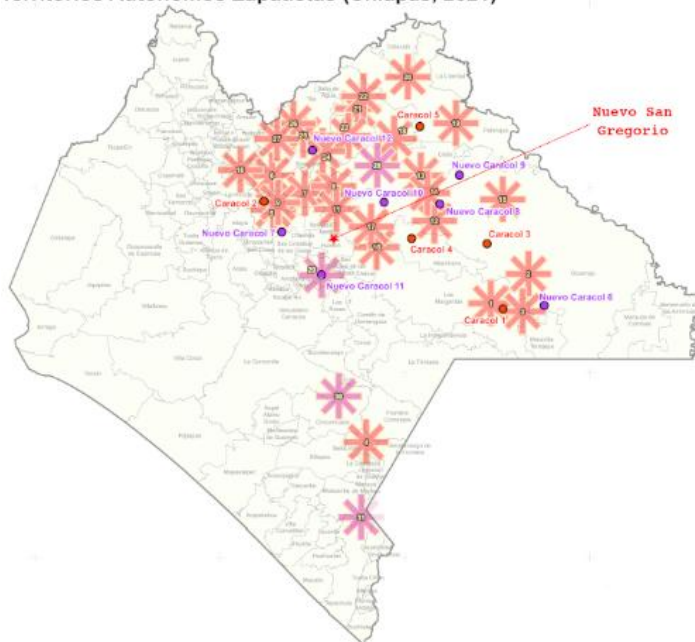
Ahora bien, en Chiapas surgió un movimiento revolucionario indígena con una importante lucha histórica por, libertad y justicia, después de haber sufrido siglos de explotación, discriminación, despojo de tierras y falta de acceso a servicios básicos como educación, y salud. En este contexto de injusticia y rezago social, se gestó en la clandestinidad el EZLN. Los integrantes principales fueron indígenas y algunos intelectuales de izquierda, quienes trabajaron de manera silenciosa organizando a comunidades, creando conciencia sobre sus derechos y construyendo una estructura armada. La figura de Emiliano Zapata, líder revolucionario mexicano que defendió la tierra y los derechos de los campesinos, sirvió de inspiración tanto para el nombre como para la ideología del movimiento.

Coincidiendo con la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), el EZLN irrumpió públicamente con una declaración de guerra al gobierno mexicano, el 1 de enero de 1994.

Miles de indígenas armados tomaron varios municipios de Chiapas, exigiendo "democracia, libertad, justicia y paz" para todos los pueblos, lo cual conmocionó a México y al mundo resonando ampliamente en los medios de comunicación.

Tras enfrentamientos con el ejército mexicano (1994-1996), se estableció un cese al fuego y se iniciaron mesas de diálogo entre el EZLN y el gobierno federal. En donde se establecen los acuerdos de San Andrés Larráinzar, donde el gobierno se comprometió a reformar la Constitución para reconocer los derechos y la autonomía de los pueblos indígenas en diversos ámbitos (tierra, cultura, autogobierno). Sin embargo, el gobierno federal no cumplió plenamente con los acuerdos, lo que generó frustración y desconfianza, por lo que, las comunidades zapatistas comenzaron a construir su propia autonomía, creando sus propios sistemas de educación, salud, justicia y gobierno en sus territorios. A partir del año 2003, el EZLN reorganizó su estructura política y administrativa, creando los "Caracoles", que son centros de coordinación regional, y las "Juntas de Buen Gobierno", órganos de autogobierno indígena rotativos y colectivos. A través de estas estructuras se han consolidado distintos proyectos en conjunto con organizaciones no gubernamentales a nivel nacional e internacional, de las cuales son las clínicas autónomas zapatistas. (Hernández 2007)

Territorios Autónomos Zapatistas (Chiapas, 2021)



**Mapa 8.** Radio Zapatista. (2024, abril 23). Mapa de Territorios autónomos zapatistas [Mapa en línea]. <https://radiozapatista.org/?p=43177>

El mapa nos permite observar cómo se distribuyen los Caracoles y Nuevos Caracoles a lo largo del estado de Chiapas, principalmente se concentran en la región centro-oriental del estado.

Los símbolos grandes con forma de estrella de color rojo representan los municipios autónomos zapatistas. Además, hay clínicas autónomas distribuidas en las comunidades autónomas.

Los puntos rojos representan los primeros "Caracoles" zapatistas, creados en 2003 siendo 5 en total.

Los puntos morados representan los nuevos caracoles agregados

en 2019, dando un total de 12 caracoles.

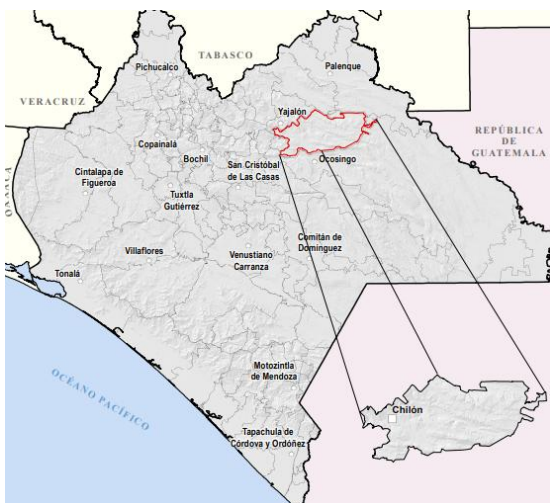
## Perfil Municipal.

Mi servicio social de un año incluyó rotaciones en cuatro comunidades chiapanecas, con clínicas autónomas zapatistas en los municipios de Chilón y Ocosingo. Por ello, es necesario analizar el contexto municipal y local, abarcando datos fisiográficos, sociales, políticos, culturales y económicos, cabe destacar que toda la información es recopilada de datos del Censo de población y vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía del año 2020.

### Municipio de Chilón.

Se ubica en la región norte, con límites entre Yajalón, Tumbalá, Ocosingo y Sitalá. A una altura de 873 metros sobre el nivel del mar. Su superficie territorial es de 1678.69 km<sup>2</sup> ocupando 2.25% del territorio estatal. Tiene un total de 687 localidades.

### Ubicación Chilón.



Mapa 9. INEGI. (2020) Chilón. [Mapa en línea]. Recuperado el [31 de marzo 2025],

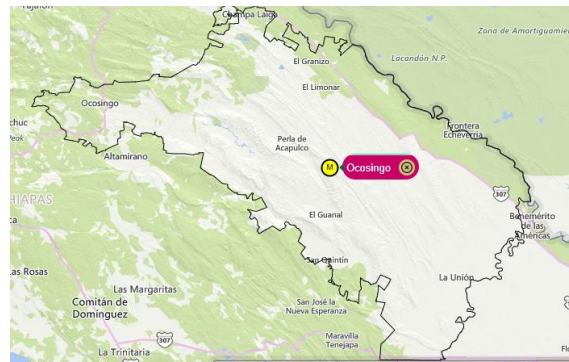
El clima predominante de la región es el cálido húmedo con lluvias en todo el año (30.35%), las temperaturas máximas promedio son de 30°C y las mínimas son de 9°C. La precipitación media en temporada alta es de 2000 a 2300 mm.

Al hacer una comparación de la temperatura a nivel estatal, en el municipio se registran más altas que el promedio.

### Municipio de Ocosingo.

Es uno de los municipios más grandes del estado, limitando con los municipios de Chilón, Palenque, Guatemala, Las Margaritas y Oxchuc. Teniendo una altura de 888 metros sobre el nivel del mar, con una superficie de 9580.33 km<sup>2</sup> ocupando el 12.83% del territorio estatal

### Ubicación Ocosingo.



Mapa 10. Gobierno del estado de Chiapas. (2020) Ubicación Ocosingo. [Mapa interactivo]. Recuperado el [31 de marzo 2025], <https://geoweb.chiapas.gob.mx/geoweb/>

La mayor parte del clima es cálido húmedo (62.26%) con lluvias abundantes en verano, la precipitación media es de 2000 a 2300 mm, la temperatura máxima varía entre 30-33°C mientras que la mínima es de 9-12° C.

En el municipio se registra el mismo clima promedio estatal, al igual que el municipio de Chilón por lo que las temperaturas en ambas entidades no tienen mucha variación.

En cuanto a la vegetación predomina la agricultura de temporal (27.27%), selva alta perennifolia (secundaria) (20.32%) seguido de pastizal cultivado (15.82%).

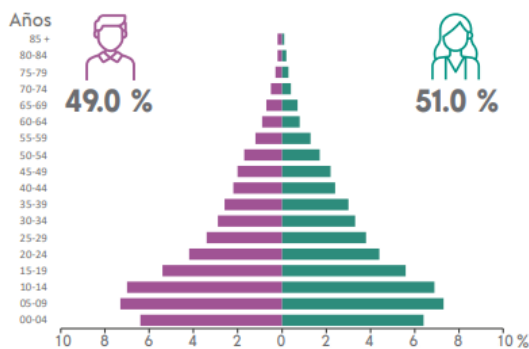
El suelo presente es el leptosol (37.89%), phaeozem (32.2%), umbrisol (13.09%), por otro lado, la piedra caliza tiene una presencia de (72%).

Los cuerpos de agua que tiene el municipio son en su mayor parte ríos y lagos.

Indicadores sociales.

Chilón tiene una población total de 137,262 personas, que representan el 2.5% a nivel estatal, como vemos en la gráfica siete, el 49% son hombres y 51% son mujeres, esto quiere decir que por cada 100 mujeres hay 96 hombres, la base ancha de la gráfica indica que la edad de mayor población es de 5 a 9 años, la mitad de la población es de 18 años hacia abajo.

**Gráfica 7. pirámide poblacional Chilón.**



**Fuente.** INEGI (2020). *Pirámide poblacional Chilón*, (Gráfica de barras). Recuperado el 1 de abril 2025.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvineg/i/productos/nueva\\_estruc/702825197780.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvineg/i/productos/nueva_estruc/702825197780.pdf)

La densidad poblacional en el territorio es de 82 personas por cada km<sup>2</sup>,

La concentración de gente que habla alguna lengua indígena mayor de 3 años es de 121 mil habitantes (88.4%).

La vegetación abundante es la selva alta perennifolia (44.57%), pastizal cultivado (17.45%), selva alta perennifolia (secundaria) (13.73%).

El tipo de suelo que hay más es el luvisol (29.12%), leptosol (26.09%), phaeozem (19.59%)

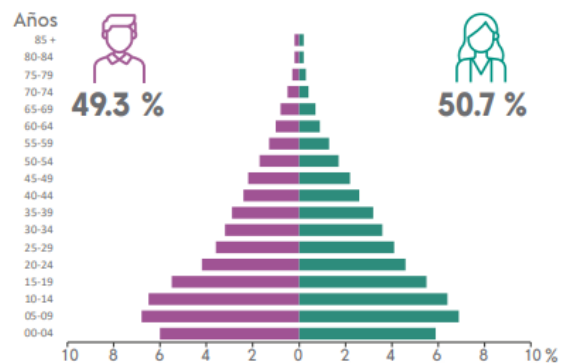
Es importante resaltar que hay corrientes, cuencas y subcuencas de agua, entre los más importantes y grandes es el Río Usumacinta.

El municipio cuenta con áreas naturales protegidas. Lo que representa (41%) del territorio.

Indicadores sociales.

El municipio de Ocosingo tiene un total de población de 234,661, lo que representa el 4.2% del estado, la relación hombre/mujer es de 97/100 siendo las mujeres el 50.7% de la población, los hombres representan el 49.3% tal y como se muestra en la gráfica poblacional ocho.

**Gráfica 8. pirámide poblacional Ocosingo.**



**Fuente.** INEGI (2020). *Pirámide poblacional Ocosingo*, (Gráfica de barras). Recuperado el 1 de abril 2025.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvineg/i/productos/nueva\\_estruc/702825197780.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvineg/i/productos/nueva_estruc/702825197780.pdf)

Al igual que el municipio de Chilón, en Ocosingo la población que abunda más es de menores de 14 a 9 años, lo que indica una alta tasa de natalidad.

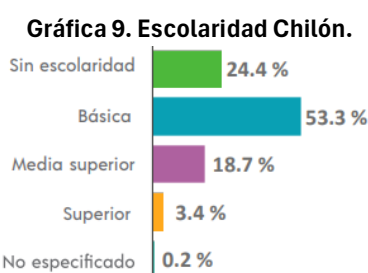
La principal lengua indígena hablada en el municipio es el tselal con 121,172 personas. Siendo más del 95% de la población indígena que habla el tselal.

El promedio de hijos nacidos vivos es de 2.4 en mujeres de 15 a 49 años, en comparación a la cifra estatal, Chilón tiene una tasa más alta tanto en la natalidad como en mortinatalidad con un 3.9%.

Según los datos de mortalidad 2022 de la población de Chilón coincide con las cifras a nivel nacional y estatal, siendo la primera causa de muerte en hombres y mujeres las enfermedades del sistema circulatorio, seguido de las enfermedades endócrinas, metabólicas y nutricionales.

Las principales causas de migración son por cuestiones familiares (65.6%), trabajo (18%) y estudios (6.5%). Al igual que el panorama estatal, en ambas comunidades la primera causa de migración es por reunirse con sus familiares.

De acuerdo con la gráfica nueve, el nivel de escolaridad básico (53%) es el más cursado por la población comparado con los datos a nivel estatal se ve significativamente el rezago escolar a partir del medio superior con un (18%) al superior con cifras de (3%).



**Fuente.** INEGI (2020). *Escolaridad Chilón*, (Gráfica de barras). Recuperado el 2 de abril 2025.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825197780.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197780.pdf)

La densidad de la población es de 24 habitantes por cada km<sup>2</sup>. Teniendo un total de 1,285 localidades, siendo Nueva Palestina y Frontera Corozal las más habitadas.

La población hablante de alguna lengua indígena mayor de 3 años es de 181 mil habitantes (79.6%), las lenguas indígenas más habladas son el tselal (90%), Ch'ol y Tsotsil.

Los hijos nacidos vivos en la entidad son de 2.3, siendo más alta que el promedio estatal, pero una décima más baja que Chilón, sin embargo, la mortinatalidad tiene una tasa de 4.0% siendo la más alta.

La mortalidad del municipio 2022 coincide con las principales causas de muerte a nivel nacional y estatal, en primer lugar, son las enfermedades del sistema circulatorio (209) muertes, seguido de las enfermedades endócrinas, metabólicas y nutricionales con (140) decesos.

El porcentaje de migración, de acuerdo con la primera posición, las personas migran por razones familiares (43.8%), seguido de motivos de trabajo (34%). En comparación con Chilón, la migración por motivos familiares es ligeramente menor, mientras que la migración laboral es mayor, aunque mantiene la tendencia al promedio estatal.

La escolaridad en la región de acuerdo con la gráfica diez, indica que al menos más de la mitad de la población ha alcanzado la educación básica (55%), sin embargo, la cifra de (20%) Sin escolaridad es un numero alto que indica claramente el desafío del acceso

Entre la población analfabeta de 15 años y más en el 2020 hubo un total de 21,416 personas en el municipio, (14,748) fueron mujeres y (6.668) hombres. El rezago educativo en la ciudad fue de (38.63%) siendo un índice alto en comparación al municipio de Ocosingo.

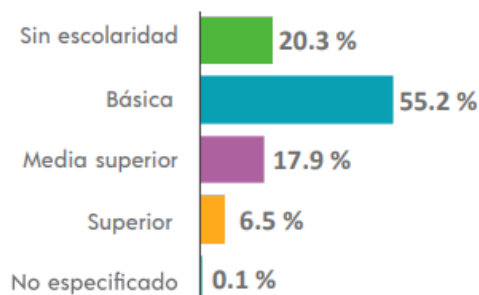
La prevalencia de la pobreza en la región es sumamente preocupante, afectando al 96.89% de la población, con un 53.19% viviendo en pobreza extrema. Estos datos revelan la realidad donde casi totalidad de los habitantes enfrenta carencias, y más de la mitad lucha por sobrevivir en condiciones extremas, esto explica la dificultad de solventar el acceso a servicios públicos esenciales como educación, vivienda, salud y transporte.

El total de viviendas particulares habitadas es de 26,645 lo que representa el 2% del total estatal, el promedio de ocupantes por vivienda es de 5 personas, las viviendas con piso de tierra equivalen a 24%, el total de población en carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda es de 94.4%, sólo el (27.7%) tienen agua entubada, (81.8%) cuenta con drenaje, (88.8%) tienen sanitarios y (93.7%) de los hogares tienen energía eléctrica.

Los servicios de conectividad en las viviendas son el acceso a internet (2.9%), disponer de computadora (2.4%) y disponer de un celular (34.6%). El porcentaje de hogares que disponen de un automóvil es de (5.2%), de una motocicleta (2.4%) y de una bicicleta es de (1.4%) por lo que el (89%) de la población acostumbra a ir a trabajar en colectivo o taxi.

la educación en el municipio de Ocosingo.

Gráfica 10. Escolaridad Ocosingo.



Fuente. INEGI (2020). *Escolaridad Ocosingo*, (Gráfica de barras). Recuperado el 2 de abril 2025.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825197780.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197780.pdf)

La población analfabeta de 15 años y más es de 31,259, al igual que el municipio de Chilón las mujeres tienen tendencia alta, registrando (19,882). Estos datos son significativos ya que el porcentaje del total de personas con rezago educativo es de (32.8%) lo que marca un número alto.

Al igual que Chilón, los altos índices de pobreza, con 92.50% y 46.33% en pobreza extrema, evidencian la situación que impide a los habitantes cubrir sus necesidades básicas. En Ocosingo el total de viviendas particulares habitadas es de 46,858 lo que representa el 3.5% del total estatal, el total de ocupantes por vivienda es de 5 habitantes, 88.2% es la población en carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda, por lo que el (41.4%) cuenta con agua entubada, (78.9%) con drenaje, (94%) con sanitario y (92.5%) con energía eléctrica. A pesar de que el porcentaje de la población en pobreza y pobreza extrema es un poco más bajo en Ocosingo que en Chilón, los servicios de drenaje y energía eléctrica son ligeramente más bajos en comparación

Al igual que el (94.5%) se traslada a un lugar de estudios en colectivo, combi, taxi o camión.

El 4.9% de la población experimenta carencias para acceder a una alimentación adecuada. Siendo la base de su alimentación productos del maíz, frijol, café y frutas como el plátano, mango y hortalizas.

La religión de los habitantes de Chilón se distribuye de la siguiente manera; (47%) son católicos, y (53%) son evangélicos, protestantes.

La afiliación a los servicios de salud en la entidad es del 75.5%, el servicio con más personas afiliadas (87.6%) es el INSABI, la distribución de unidades de salud en la entidad es la siguiente 104 unidades de consulta externa, de las cuales 100 están en zonas rurales y 4 en zona urbana, los consultorios médicos en la región son en total de 75, en Chilón las opciones de atención a la salud más utilizadas son hospital del seguro popular.

#### Indicadores económicos.

La población económicamente activa (PEA) de 12 años a más es de 77.6%, lo que indica una alta participación laboral, los hombres (55%) y mujeres (44%), la población económicamente activa ocupada (PEAO) es 99.8%, esto quiere decir que la mayor parte de la población económicamente activa tiene un empleo. De acuerdo con datos de INEGI 2020, la mayor parte de PEAO por sector de actividad económica, es mayor en actividades primarias (Agricultura y ganadería) con un 78% de participación.

con el otro municipio.

La accesibilidad de conexión a internet en los hogares es de (6.9%), el disponer de una computadora (7.3%) y (43.9%) tiene un celular., estas cifras en comparación al municipio de Chilón son un poco más altas, sin embargo, destacan el rezago que existe en la comunicación. De acuerdo con la disponibilidad de un medio de transporte en la entidad, las viviendas cuentan con automóviles (10%), motocicleta (8.7%) y bicicleta (8%), por lo que el (68.5%) de las personas optan por trasladarse a sus trabajos por medio de taxi, colectivo o combi al igual que el (96.7%) a su centro de estudios.

La población del municipio en carencia por acceso a la alimentación asciende al 23%, esto implica que las personas, no tienen acceso físico y económico a los principales alimentos que se producen en la entidad, para una vida activa y saludable.

En Ocosingo el total de la población afiliada a los servicios de salud es de 69.5%, al igual que Chilón el servicio con más personas afiliadas (61%) es el INSABI, las unidades de salud distribuidas por estratos rural y urbano da un total de 123, de las cuales 116 son de consulta externa, 2 de apoyo y 5 de hospitalización, las unidades de hospitalización en el municipio una pertenece al régimen del IMSS-Bienestar, dos unidades pertenecen a la secretaria de salud, y dos a servicios de salud privados. La opción más utilizada por la población para la atención a la salud a diferencia del municipio de Chilón es el seguro popular IMSS.

Los trabajadores de cultivo de maíz y frijol encabezan la lista de las actividades primarias que se realizan en el territorio con un salario promedio aproximado de \$ 1,100.00 a \$2,990.00 MX.

#### Indicadores políticos y culturales.

El municipio cuenta con un presidente municipal para el periodo 2024-2027.

Entre las festividades más importantes es la feria de Chilón, que se festeja del 14 al 16 de mayo, semana santa,

#### Indicadores Económicos.

De acuerdo con las características económicas de municipio, la población económicamente activa (PEA) de 12 años o más, es 64.1%, la diferencia por género es de (62%) hombres y (37%) mujeres, la población económicamente activa ocupada (PEAO) es de 99.3% indicando que la mayor parte de la población cuenta con un empleo formal, según la actividad económica mayor realizada son las actividades primarias con una participación de (68.4%), al igual que el municipio de Chilón el cultivo de maíz y frijol es la principal actividad económica y en segundo lugar apoyo a actividades agrícolas, con un salario promedio que no pasa de los \$3,000.00 pesos.

#### Indicadores políticos y culturales.

El territorio de Ocosingo es la cuna de los pueblos indígenas por lo que el movimiento EZLN ejercen su autonomía con la creación de “caracoles”, por ende, algunos de estos se encuentran en el municipio.

Al comparar los indicadores nacionales, estatales y municipales, resulta evidente el marcado rezago social y la marginación que ha afectado al estado de Chiapas. En particular, los municipios con mayor concentración de comunidades rurales y población indígena enfrentan serias limitaciones en el acceso a servicios públicos esenciales como la salud, la educación y la vivienda, o bien, reciben servicios de mala calidad. Esta situación, se arraiga en el continuo despojo de territorios indígenas, la discriminación sistémica que enfrentan estos pueblos y la corrupción gubernamental que desvía recursos necesarios para su desarrollo, lo que dificulta significativamente el desarrollo humano y económico de estas poblaciones. La falta de acceso a servicios de salud adecuados se traduce en preocupantes indicadores de mortalidad materno-infantil, mientras que la falta de educación perpetúa el ciclo de la pobreza y limita oportunidades a futuro

Tras la comparación sistemática de indicadores a nivel nacional, estatal y municipal, el siguiente paso para profundizar en este diagnóstico comunitario consiste en comprender la realidad de las comunidades que albergan las clínicas autónomas donde llevé a cabo mi servicio social. Esto implica identificar y evaluar las características propias de cada lugar.

### **Localidad: Arroyo Granizo.**

#### **1. Imagen satelital de la microrregión Arroyo Granizo.**



**Mapa 11. Secretaría de Obras Públicas del Estado de Chiapas. (2020)**

La extensión territorial y la distribución de la infraestructura de la comunidad de Arroyo Granizo se visualizan en el mapa 11, capturado por satélite. En este mapa, las calles internas están representadas por líneas grises, y las carreteras que enlazan a Arroyo Granizo con otras comunidades se distinguen por líneas naranjas. El centro de educación preescolar "Benito Juárez García" se señala con un punto naranja, y la escuela primaria "Miguel Hidalgo" con un punto azul. La ubicación de la escuela autónoma zapatista se indica mediante su logo azul y blanco. La clínica autónoma zapatista "Lorenzo Espinoza" está marcada con el logo de una estrella Roja, tiene un perímetro aproximado de 98 metros y una superficie de 586 metros cuadrados. Su horario de atención es de lunes a domingo de 8:00 a 12:00 y de 16:00 a 20:00, con un receso de cuatro horas, no obstante, la atención para casos de urgencia está disponible las 24 horas del día.

La clínica dispone de consultorio médico y dental, área de observación (una cama) y farmacia. El personal general de la clínica está compuesto por un médico y un estomatólogo pasantes del servicio social y promotores de salud que pertenecen al EZLN; provenientes de la comunidad o áreas circundantes, y, en ocasiones, personal de enfermería y voluntarios médicos o enfermeras internacionales que apoyan a los

pasantes. Los promotores de salud se encargan, además de participar en la consulta médica, del mantenimiento, gestión de recursos, organización, limpieza, farmacia y supervisión de la clínica para asegurar la cobertura de las necesidades de la población. Así como del bienestar físico del médico, enfermera y estomatólogo que estén prestando sus servicios.

La duración de la estancia de los pasantes de medicina, enfermería y odontología, así como de los voluntarios en la clínica, varía entre 17 y 24 días. Este periodo está determinado por el calendario mensual de actividades proporcionado por la coordinación de SADEC. Al finalizar su tiempo en la comunidad, disfrutan de un descanso de 9 días, de los cuales 3 se dedican a capacitaciones en Palenque y 6 son de actividades libres. Durante este lapso, los promotores de salud son los responsables de atender las consultas en la clínica.

La clínica autónoma cuenta con los servicios de consulta médica general, consulta dental, atención a urgencias, sistema de referencias a un segundo nivel de atención, atención de enfermería, atención materno-infantil (control prenatal) y medicina preventiva.

Adyacente a la clínica "Lorenzo Espinoza", el mapa también muestra un punto verde correspondiente a la unidad de salud del IMSS BIENESTAR, la cual ofrece atención de lunes a viernes de 8:00 a 15:00. Esta unidad cuenta con un consultorio médico y sala de espera, proporcionando servicios de atención ambulatoria, consulta general, medicina preventiva, procesos enfermeros, planificación familiar, inmunizaciones y atención materno infantil, siendo atendida por una doctora y una enfermera.

En la comunidad, las parteras brindan atención a mujeres embarazadas y durante el parto. La mayoría de los nacimientos en Arroyo Granizo ocurren en los hogares de las futuras madres. El trabajo de los pasantes con las parteras se fundamenta en el desarrollo de vínculos de amistad y confianza, lo que permite ser invitados al parto y ofrecer asistencia conjunta. Asimismo, se realiza un seguimiento de las fechas estimadas de parto y se mantiene una vigilancia constante sobre posibles riesgos o complicaciones que puedan surgir.

#### *Principales causas de morbilidad por grupos poblacionales de Arroyo Granizo.*

En la comunidad de Arroyo Granizo, los datos de consulta diaria, recopilados por el MPSS Carreto entre agosto de 2023 y julio de 2024, nos ofrece una visión clara de los principales desafíos de salud que enfrenta la población. Se identifican las enfermedades más prevalentes, y también detalla cómo estas afectan a los distintos grupos de edad y a poblaciones específicas como las mujeres embarazadas, lo que permite una comprensión más profunda de las necesidades de salud locales.

Las principales causas de morbilidad por grupo etario son:

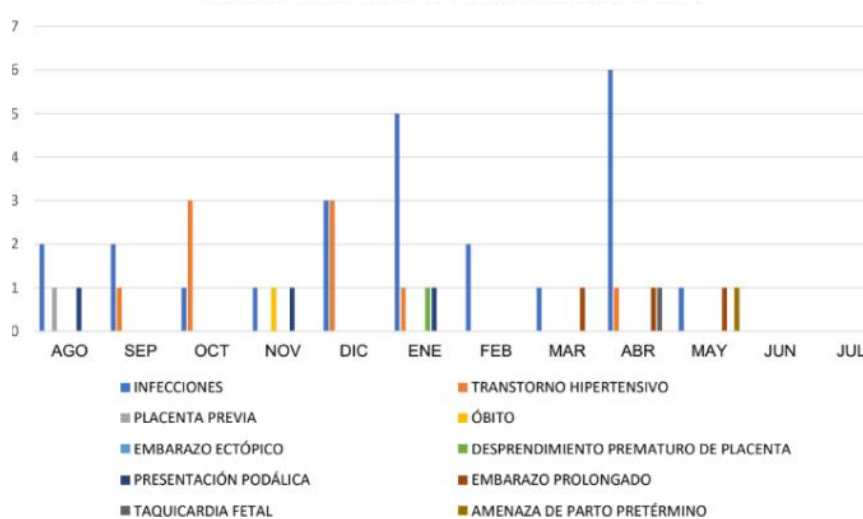
- Pacientes de 1 a 4 años: En este grupo, las Infecciones de Vías Aéreas Superiores (IVAS) son, la principal causa de morbilidad, registrando 116 casos

(64 masculinos, 52 femeninos). Le siguen la Gastroenteritis Probablemente Infecciosa (GEPI) con 72 casos (33 masculinos, 39 femeninos) y, la Desnutrición con 7 casos (4 masculinos, 3 femeninos).

- Pacientes de 5 a 14 años: Las IVAS continúan siendo la principal causa de morbilidad en esta franja de edad, con 92 casos (52 masculinos, 40 femeninos). La GEPI sigue en segundo lugar con 17 casos (11 masculinos, 6 femeninos), y la Otitis es la tercera causa más frecuente con 15 casos (6 masculinos, 9 femeninos).
- Pacientes de 15 a 44 años: Las Infecciones de Vías Urinarias (IVU) se convierten en la principal causa con 76 casos (10 masculinos, 66 femeninos), evidenciando una marcada predominancia en mujeres. Las IVAS ocupan el segundo lugar con 57 casos (14 masculinos, 43 femeninos), y la GEPI con 10 casos (2 masculinos, 8 femeninos) cierra las tres causas principales.
- Pacientes de 45 a 65 años: Las IVAS lideran con 27 casos (9 masculinos, 18 femeninos). Seguido de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) con 26 casos (8 masculinos, 18 femeninos). Las Infecciones de Vías Urinarias (IVU) con 24 casos (4 masculinos, 20 femeninos).
- Pacientes mayores de 65 años: En la población adulta mayor, la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) se consolida como la principal causa de morbilidad con 26 casos (7 masculinos, 19 femeninos). Las IVAS permanecen significativas con 14 casos (9 masculinos, 5 femeninos), y las IVU con 10 casos (3 masculinos, 7 femeninos).

*Complicaciones durante la atención prenatal en mujeres embarazadas de Arroyo Granizo.*

**Gráfica 11. Motivo de complicaciones durante la atención prenatal en consulta de Arroyo Granizo (agosto 2023- julio 2024).**



De acuerdo con la gráfica (11) Las complicaciones más observadas durante la atención prenatal en la comunidad de Arroyo Granizo fueron: las Infecciones, y en segundo lugar, las afecciones de Hipertensivas. Otras condiciones como el embarazo prolongado y placenta previa fueron reportadas de forma más esporádica.

**Fuente:** Carreto R. Informe de servicio social en la comunidad de Arroyo Granizo: agosto 2023 – julio 2024.

Considerando el total de casos para el periodo analizado, las tres enfermedades con mayor número de reportes en Arroyo Granizo son:

Enfermedades Transmisibles:

1. Faringitis: Con un total de 349 casos, esta afección se posiciona como la principal causa de consulta diaria, destacando su alta incidencia en la comunidad.
2. Gastroenteritis probablemente infecciosa (GEPI): En segundo lugar, se reportaron 158 casos, lo que indica una prevalencia significativa de problemas gastrointestinales.
3. Infecciones del Tracto Urinario (ITU): Estas infecciones ocupan el tercer puesto, con 154 casos registrados.

Enfermedades No Transmisibles:

1. Hipertensión Arterial Sistémica (HAS): Con 73 casos, es la principal enfermedad no transmisible identificada.
2. Diabetes Mellitus Tipo II (DM tipo II): Se registraron 33 casos, lo que subraya la importancia de su manejo en la comunidad.
3. Gastritis: También con 33 casos, se encuentra entre las enfermedades no transmisibles más frecuentes.

Estos datos nos brindan una visión clara de los desafíos de salud más comunes en Arroyo Granizo durante el período analizado. Son fundamentales para identificar áreas clave donde intervenir y mejorar los programas de salud existentes. Más específicamente, nos permiten determinar cómo la enfermería comunitaria puede contribuir de manera efectiva a través de actividades de promoción y prevención de la salud, abordando las necesidades específicas de cada grupo de edad en la población.

## 2. Imágenes de la comunidad de Arroyo Granizo.



Fuente: Fotografías de la autora.

## Localidad: San Jerónimo Tulijá.

### 3. Imagen satelital de la microrregión San Jerónimo Tulijá.



Mapa 12. Secretaría de Obras Públicas del Estado de Chiapas. (2020)

El mapa 12, una captura satelital de San Jerónimo Tulijá, proporciona una representación visual de su extensión territorial, las corrientes de agua y la disposición de su infraestructura. Las líneas grises delimitan las calles y caminos dentro de la comunidad, y las líneas naranjas destacan las carreteras de terracería que facilitan la conexión con otras localidades. Los ríos se representan con líneas azules, siendo el cuerpo de agua más grande e importante de la localidad el río Tulijá.

Dentro de esta micro región, en el mapa 12, el jardín de niños se localiza mediante un punto naranja. Los dos puntos azules identifican las escuelas primarias de la zona: la escuela primaria "Cuauhtémoc", situada más próxima al jardín de niños, y la escuela primaria "Bilingüe". La Telesecundaria "Jun Sabines Gutiérrez" se representa con un triángulo amarillo. Asimismo, en esta comunidad se encuentra el Colegio de Bachilleres de Chiapas plantel 142, cuyo símbolo en el mapa es un triángulo rosa. Al hacer un análisis comparativo de las cuatro comunidades que comprende este trabajo revela que San Jerónimo Tulijá es la que posee una mayor cantidad de planteles educativos de nivel básico.

La clínica autónoma zapatista Murcia Elisa Irina Sáenz Garza mejor conocida como: "La Murcia" está representada con una estrella roja, el recuadro rojo con transparencia marca la superficie que abarca la clínica junto con la cocina, baños y dormitorios. Los horarios de atención son de lunes a domingo de 8:00 a 13:00 y de 16:00 a 20:00, con

un intervalo de tres horas de descanso, en caso de urgencias el servicio es a cualquier hora del día o noche.

En lo referente a su infraestructura, la clínica está equipada con un consultorio médico y uno dental, dos habitaciones de observación (una destinada a urgencias y la otra para el periodo de puerperio), una sala de partos, un espacio para rastreo ultrasonográfico, una farmacia, una zona de espera, sanitarios y un área para capacitaciones. Al comparar su tamaño con otras clínicas, "La Murcia" ocupa el segundo lugar.

Los promotores de salud conforman el equipo principal de atención en la clínica, desempeñando funciones similares a las de Arroyo Granizo: cuidado, monitoreo y mantenimiento general, que incluyen desde la limpieza hasta la traducción y el apoyo en las consultas médicas y dentales. La dinámica de la clínica implica una rotación de promotores de salud cada 10 días, asimismo, la clínica cuenta con una partera que realiza el seguimiento del embarazo, efectúa ultrasonidos, corrige la posición fetal no cefálica longitudinal y asiste en los partos. De manera colaborativa, la clínica también recibe a pasantes del servicio social (médico, estomatólogo y enfermera) y a voluntarios internacionales.

Los servicios con los que cuenta la clínica son: consulta general, consulta dental, atención del embarazo, parto y puerperio, medicina preventiva, promoción y prevención de la salud por medio de campañas, seguimiento de enfermedades crónico-degenerativas, prevención y seguimiento de cáncer cérvico uterino y de mama.

Por último, el punto verde visible en el mapa 12 señala la ubicación de la "Unidad Médica Rural San Jerónimo Tulijá", un centro de primer nivel de atención adscrito al IMSS-Bienestar. Su horario de atención al público es de lunes a viernes, en dos turnos: de 8:00 a 14:00 y de 16:00 a 18:00. El personal de esta unidad se compone de una enfermera y un médico de base. Los servicios que esta clínica debe proporcionar, de acuerdo con el programa gubernamental, incluyen consulta de medicina general, procedimientos de enfermería, atención materno infantil, control prenatal, inmunizaciones, atención primaria para urgencias y lesiones, prevención y control de distintas enfermedades, suministro gratuito de medicamentos vinculados a intervenciones de salud, y programas de capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud. (IMSS Bienestar, 2024).

#### *Perfil de morbilidad por grupo etario de San Jerónimo Tulijá.*

Los datos de consulta diaria, recopilados entre febrero de 2022 y enero de 2023 por el MPSS Tovar V. (2023) en la comunidad de San Jerónimo Tulijá, permiten identificar los principales problemas de salud que afectan a la población. Este estudio facilita una mejor comprensión de las necesidades sanitarias locales. Muestra como las enfermedades impactan a diferentes rangos de edad incluyendo grupos específicos como mujeres embarazadas.

### *Enfermedades más frecuentes por grupo de edad:*

- Niños de 1 a 4 años: Las infecciones respiratorias como la faringitis aguda, rinofaringitis y otitis media aguda encabezan la lista con 79 casos (36 niños y 43 niñas), lo que evidencia una alta frecuencia de enfermedades del sistema respiratorio y del oído. En segundo lugar, se encuentra la diarrea y gastroenteritis de posible causa infecciosa con 32 casos (13 niños y 19 niñas), seguida de la parasitosis con 7 casos (6 niños y 1 niña).
- Niños y adolescentes de 5 a 14 años: Las infecciones de las vías respiratorias (como faringitis, rinofaringitis y bronquitis) también son la principal causa con 30 casos (16 hombres y 14 mujeres). Le siguen los casos de gastroenteritis y parasitosis con 10 registros (2 hombres y 8 mujeres), y las heridas con 9 (5 hombres, 4 mujeres).
- Jóvenes y adultos de 15 a 44 años: las heridas fueron la principal causa de atención médica con 54 casos (37 hombres, 17 mujeres), lo que sugiere una alta incidencia de accidentes o lesiones. Le siguen las infecciones respiratorias con 46 casos (14 hombres, 32 mujeres) y el síndrome de colon irritable con 37 en total (12 hombres, 25 mujeres), reflejando una mezcla de problemas agudos y padecimientos digestivos crónicos.
- Adultos de 45 a 64 años: En este grupo, las infecciones respiratorias ocupan el primer lugar con 16 casos (9 hombres, 7 mujeres). La diabetes mellitus y el síndrome de colon irritable comparten el segundo puesto con 13 casos cada uno.
- Adultos mayores de 65 años: La hipertensión arterial es el padecimiento más común con 7 casos, seguida por la gastroenteritis y las infecciones respiratorias, ambas con 6 registros.

### *Complicaciones durante el embarazo, consulta prenatal anual San Jerónimo Tulijá.*

Durante el periodo de febrero de 2022 a enero de 2023, las complicaciones más frecuentemente observadas en mujeres embarazadas en la clínica “La Murcia” incluyen:

- Infecciones: Siendo la complicación más recurrente, presentándose a lo largo de varios meses y alcanzando 12 casos.
- Trastorno Hipertensivo y aborto: Estas condiciones también se registran, aunque con menor frecuencia que las infecciones, siendo un total de 8 casos en total.
- Amenaza de Aborto y Diabetes Gestacional: son otras complicaciones constantes, observándose en ambos casos un total de 5 casos para la amenaza de aborto y 2 casos para la diabetes gestacional.

Las principales causas globales de morbilidad en la comunidad son:

Infeciosas:

1. Faringitis aguda viral: 143 casos, la principal causa de consulta médica.
2. Diarrea y gastroenteritis de origen posiblemente infeccioso: 96 casos.
3. Cistitis aguda: 52 casos, destacando la presencia de infecciones urinarias.

No infecciosas:

1. Síndrome de colon irritable sin diarrea: 54 casos, siendo la enfermedad crónica más frecuente.
2. Gastritis no especificada: 19 casos.
3. Dolor de cabeza por tensión: 18 casos.

Al analizar estos datos como enfermera me permiten desarrollar estrategias más efectivas que puedan implementarse como parte de los programas de salud que maneja la organización de SADEC, como se verá más adelante.

#### 4. Imágenes de San Jerónimo Tulijá.



Fuente: Fotografías de la autora.

## Localidad Las Tazas.

### 5. Imagen satelital de la microrregión Las tazas.



**Mapa 13. Secretaría de Obras Públicas del Estado de Chiapas. (2020)**

A través del mapa 13, se puede apreciar la extensión territorial y la organización de la infraestructura de la comunidad de Las Tazas. El entramado de calles internas se identifica mediante líneas de color gris, mientras que las vías de comunicación que conectan con otras localidades se señalan en color café (Puente). Los cuerpos de agua, identificados en azul, incluyen el río Jataté, que alimenta pequeños afluentes que atraviesan la comunidad (líneas azules discontinuas).

Asimismo, en el mapa se identifica con un punto naranja el jardín de niños “Héroes de Chapultepec”, con un punto azul la escuela primaria “5 de mayo”, y el “Colegio de Bachilleres de Chiapas plantel 278” se representa mediante un triángulo rosa.

Identificada con una estrella roja, la clínica autónoma zapatista “Clínica de los pobres” abarca aproximadamente 500 metros cuadrados. Su horario de atención es continuo de lunes a domingo, de 8:00 a 14:00 y de 16:00 a 20:00, complementado con un servicio de urgencias las 24 horas. La clínica incluye consultorios médico y dental, área de descanso y espera, y farmacia. El personal de atención se compone del médico pasante, el odontólogo, la enfermera y, a diferencia de otras clínicas, solo dos promotoras (una de salud y otra dental). Estas últimas tienen la responsabilidad de la farmacia y de asistir en las consultas mediante la traducción. La limpieza y el orden son mantenidos por el esfuerzo conjunto de todo el personal.

Los servicios que ofrece la clínica son: Consulta general, control prenatal, promoción y prevención de la salud, seguimiento de enfermedades crónico-degenerativas, rastreo ultrasonográfico y sistema de referencias al segundo nivel de atención.

Similar a la dinámica en otras comunidades, las parteras son las encargadas de la atención integral de la madre y el bebé durante el parto en los hogares. La colaboración se establece mediante la presentación del personal sanitario y se fortalece con la comunicación continua sobre las pacientes que asisten a sus controles prenatales en la clínica y presentan posibles factores de riesgo. Este seguimiento permite que, en caso de surgir alguna complicación durante el parto, se nos solicite apoyo o podamos brindar asistencia conjunta.

Finalmente, el mapa muestra con un punto verde la "Unidad Médica Rural Las Tazas", un centro de primer nivel de atención del programa IMSS Bienestar. Su infraestructura se compone de un consultorio médico, una bodega de almacenamiento, una farmacia, un área de observación, un consultorio para procesos de enfermería, una sala de espera y una recepción. El horario de atención al público es de lunes a viernes, de 8:00 a 14:00 y de 16:00 a 18:00. El personal que labora en esta unidad incluye un médico general, un enfermero y un guardia de seguridad. Los servicios que proporciona, de acuerdo con el programa de IMSS Bienestar (2024), son: atención ambulatoria, consulta de medicina general, procesos de enfermería, atención materno-infantil, planificación familiar y consejería, control prenatal, vigilancia y control de distintas patologías, medicina preventiva, inmunizaciones, promoción y educación para la salud, atención primaria de urgencias y lesiones, atención integral a los diferentes grupos de edad y la entrega gratuita de medicamentos vinculados a intervenciones de salud.

#### *Perfil de morbilidad.*

El reporte de servicio social elaborado por el MPSS Carlos Cortés durante el periodo 2016-2017 proporciona una visión general de las patologías más prevalentes en los diversos grupos etarios de la comunidad de Las Tazas, así como un análisis de las complicaciones gestacionales.

De acuerdo con la edad las comorbilidades más comunes son:

- Edad Menores 0-1 año: Las infecciones respiratorias agudas encabezaron la lista de morbilidades con 30 casos (12 hombres, 18 mujeres). Les siguieron las enfermedades nutricionales (caracterizadas por bajo peso, baja talla y bajo peso para la edad) con 7 casos y, en tercer lugar, las gastroenteritis, probablemente infecciosas con un total de 9 casos.
- Edad Menores 1-4 años: Entre los preescolares, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) fueron la morbilidad más común, con 20 casos (12 en mujeres y 8 en hombres). En segundo lugar, se presentaron dos morbilidades con 17 casos cada una: parasitosis y desnutrición. Las dermatosis ocuparon el tercer lugar.

- Edad 5-14 años: En este grupo etario, la parasitosis y la desnutrición fueron las causas principales de enfermedad, registrando un empate con 14 casos cada una. En segundo lugar, se presentaron la dermatosis y la otitis, ambas con seis casos. Finalmente, las infecciones de las vías urinarias ocuparon el tercer lugar, con 4 casos en total.
- Edad 15-44 años: Durante la edad reproductiva, el patrón de enfermedades varió notablemente entre géneros. Los hombres fueron atendidos principalmente por infecciones de vías urinarias (IVUs), enfermedad ácido-péptica e infecciones respiratorias agudas. En contraste, las mujeres presentaron predominantemente IVUs, infecciones vaginales y enfermedad ácido-péptica.
- Edad 45-64 años: La morbilidad en este grupo varió significativamente según el género. Para las mujeres, las principales causas fueron las IVUs, la enfermedad ácido-péptica y el síndrome de intestino irritable. En los hombres, sin embargo, el síndrome de intestino irritable fue la causa más común, seguido por las cefaleas y las IVUs
- Edad 65 a más: Las mujeres presentaron como principal causa el síndrome de fragilidad del anciano, seguido por la gonartrosis y las infecciones de vías urinarias. En los hombres, las principales morbilidades fueron el síndrome de fragilidad del anciano, las cefaleas y la gonartrosis.

*Perfil de Complicaciones Obstétricas en la comunidad de Las Tazas.*

Para una comprensión completa de la salud materna, se presenta un análisis de las tres complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Si bien los datos disponibles incluyen registros de la comunidad de Emiliano Zapata, esta información es crucial para establecer el contexto de las necesidades de salud de las mujeres gestantes y pué podemos identificar las tres principales complicaciones:

- Infecciosas: Con un 72.40%, las complicaciones infecciosas son, por mucho, la principal causa de morbilidad durante el embarazo, parto y puerperio en el conjunto de ambas localidades (Emiliano Zapata y Las Tazas).
- Hipertensivas: En segundo lugar, y con una diferencia considerable respecto a las infecciosas, se encuentran las complicaciones hipertensivas, que representan el 7.46% del total. Esto incluye condiciones como la preeclampsia y la eclampsia, que son de alto riesgo durante el embarazo.
- Amenaza de Aborto e Hiperémesis Gravídica / Aborto: El tercer lugar presenta un empate. Tanto la amenaza de aborto como la hiperémesis gravídica (ambas con 4.48%) se sitúan como la tercera complicación más frecuente. También, si consideramos el "Aborto" como una complicación relevante (4.48%), compartiría este tercer puesto.

Morbilidad general.

Las tres principales causas de morbilidad por enfermedades transmisibles fueron:

1. **Urinarias:** Con un 25.86%, las enfermedades urinarias representan la principal causa de morbilidad transmisible.
2. **Respiratorias:** Ocupan el segundo lugar, abarcando un 20.14% del total.
3. **Parasitarias:** En tercer lugar, se encuentran las enfermedades parasitarias, con un 10.98%.

El análisis de las tres principales causas de enfermedad no transmisibles es el siguiente:

1. **Gastrointestinales:** Son la principal causa, representando un significativo 21.62% del total de enfermedades no transmisibles en la comunidad de Las Tazas durante el periodo analizado.
2. **Nutricionales:** Ocupan el segundo lugar, con un 14.55% de la distribución.
3. **Otras:** En tercer lugar, se encuentra la categoría "Otras", que engloba un 13.93% de las enfermedades no transmisibles.

#### 6. Imágenes de clínica autónoma de Las Tazas.



Fuente: Fotografías de la autora.

## Localidad La Garrucha.

### 7. Imagen satelital de la microrregión La Garrucha.



Mapa 14. Secretaría de Obras Públicas del Estado de Chiapas. (2020)

El mapa 14 revela la extensión territorial y la disposición de la infraestructura en la comunidad de La Garrucha. Las calles internas se identifican con líneas grises, mientras que las vías de comunicación que la enlazan con otras localidades se resaltan en color naranja. Aunque es la más pequeña de las cuatro comunidades, La Garrucha adquiere una relevancia particular por albergar un "Caracol" que abarca una extensión territorial aproximada de 2 km<sup>2</sup>.

Estas estructuras, como se indicó previamente, son las unidades de organización de mayor nivel dentro del EZLN. Funcionan con una junta de representantes de distintas comunidades autónomas, quienes toman decisiones y coordinan la ayuda para sus regiones. Cada caracol tiene influencia sobre varias comunidades circundantes.

Dentro del "Caracol III, La Garrucha", representado en el mapa por un polígono rojo sombreado, se localizan dos puntos de interés significativos, siendo la clínica de mayor tamaño entre las cuatro comunidades: la clínica autónoma zapatista de la mujer "Comandanta Ramona", señalada con una estrella roja, y los consultorios médicos "Jesús de la buena esperanza", identificados con una estrella azul. La clínica de la mujer está equipada con una sala de partos, un área de observación postparto, un cuarto de esterilización, un salón de ultrasonografía, un consultorio médico que actualmente no está en servicio y baños. Los consultorios "Jesús de la buena

esperanza”, por otro lado, comprenden un consultorio médico, un consultorio dental, una farmacia, una sala de hospitalización y baños.

La ubicación estratégica de la clínica dentro del caracol implica que el 90% de los pacientes atendidos en la clínica provengan de comunidades remotas pertenecientes a esta forma de organización. Esta particularidad conlleva que los horarios de atención se ajusten en gran medida a la demanda de consultas, respetándose solo los horarios de desayuno y comida.

La administración, el cuidado y el mantenimiento de esta clínica de gran tamaño están a cargo de dos parteras. Asimismo, se dispone de manera constante de promotores de salud y personal para ultrasonido y atención dental, quienes facilitan la comunicación mediante la traducción y realizan los procedimientos necesarios en las consultas aligerando la carga de trabajo. Al igual que en las otras clínicas, el personal que atiende y da consultas, además de las y los promotores de salud, son pasantes de servicio social (médico, estomatólogo y enfermero), por lo que su periodo de trabajo es de 17 a 24 días al mes, seguido de un descanso de 9 días. Durante el transcurso del año, la clínica también recibe la colaboración de médicos voluntarios internacionales, quienes brindan apoyo en las consultas.

Los servicios que la clínica proporciona son: consulta general, control prenatal, detección y control de enfermedades crónico-degenerativas, promoción y prevención de la salud, crecimiento y desarrollo del niño y adolescente, campañas de salud, rastreo ultrasonográfico, consulta dental, sistema de referencias y acompañamiento (traslado) al segundo nivel de atención.

La comunidad de La Garrucha carece de centros de salud o unidades médicas rurales pertenecientes al gobierno. El centro de salud rural del IMSS Bienestar más cercano se localiza en la comunidad de Patihuitz, a 20 minutos en automóvil o 40 minutos a pie. Este centro cuenta con un consultorio médico y un área de espera, y es atendido por un médico y una enfermera de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 3:00 p.m.

El mapa también incluye el icono de una escuela primaria zapatista que retomó sus actividades en 2024, tras el cierre provocado por la pandemia de COVID-19. Actualmente, la escuela organiza a sus alumnos en tres grupos multigrado: el primero abarca primero y segundo grado, el segundo agrupa a tercero y cuarto, y el último integra a quinto y sexto. Esta reapertura es de suma importancia, ya que posibilita la implementación de estrategias de control y vigilancia de la salud de los niños de la comunidad.

#### *Panorama epidemiológico de La Garrucha.*

En el periodo de agosto de 2022 a julio de 2023, el MPSS Chávez D. determinó a detalle las principales causas de morbilidad por grupo de edad y las complicaciones gestacionales más comunes observadas en las consultas médicas del caracol de 'La Garrucha'. Los hallazgos son los siguientes:

- Población menor de 0 a 1 año: Las principales causas de morbilidad detectadas fueron, en primer lugar, la amigdalitis aguda, de origen bacteriano, que registró un total de 47 consultas. En segundo lugar, se identificaron casos de diarrea y gastroenteritis, sumando 17 consultas. Finalmente, el resfriado común ocupó el tercer puesto con 15 consultas.
- Población de 1 a 5 años: la amigdalitis aguda de origen bacteriano fue la afección más prevalente, con 78 consultas. Le siguió la diarrea y gastroenteritis, con un total de 29 atenciones. En tercer lugar, el resfriado común fue motivo de consulta en 28 ocasiones.
- Población de 5 a 11 años: En primer lugar, la amigdalitis aguda, de origen bacteriano, con un total de 48 consultas. En segundo lugar, se detectaron casos de resfriado común, que sumaron 14 consultas. Finalmente, la diarrea y gastroenteritis ocupó el tercer puesto con 13 consultas.
- Población de 12 a 49 años: Encabezando la lista de morbilidades se encontró la amigdalitis aguda, atribuida a bacterias, con 98 consultas registradas. Detrás de esta, el síndrome de colon irritable sin diarrea representó la segunda causa más común, con 73 consultas. La vaginosis aguda cerró en tercer lugar, con 56 atenciones.
- Población de 50 años a más: las consultas revelaron que la amigdalitis aguda de origen bacteriano fue la afección más prevalente, con 38 consultas. Le siguió la cistitis aguda, con un total de 17 atenciones. En tercer lugar, la hipertensión arterial sistémica fue motivo de consulta en 16 ocasiones.

Haciendo un análisis de la información anterior podemos describir que las principales enfermedades de manera general que afectan tanto a hombres y mujeres:

Enfermedades de origen infeccioso:

1. Amigdalitis aguda: con un total de 313 consultas durante el año.
2. Diarrea y Gastroenteritis: siendo un total de 83 consultas.
3. Resfriado común: se registraron 82 casos con una consulta de diferencia de la segunda posición.

Enfermedades no transmisibles:

1. Síndrome de colon irritable sin diarrea: Con 61 consultas en total.
2. Síndrome de colon irritable con diarrea y contractura muscular: Ambas empatando con 31 consultas.
3. Dermatitis por contacto: con un total de 23 consultas.

#### *Complicaciones gestacionales más frecuentes en La Garrucha.*

En el transcurso del año, se documentaron 257 consultas prenatales. Es importante señalar que 193 de estas no tuvieron seguimiento, a diferencia de 64 que sí estaban incorporadas a un programa. Las causas más frecuentes por las que las mujeres gestantes acudieron al médico fueron:

- Vaginosis bacteriana.
- Presentación podálica.
- Trastornos hipertensivos.

La clínica de “La Ramona”, conocida por su servicio de partos y por contar con dos parteras, registró 39 nacimientos atendidos en sus instalaciones durante el periodo. De estos, la mayoría (26 partos) fueron resultado de una coordinación entre médico y partera, mientras que 13 fueron atendidos exclusivamente por parteras.

### 8. Imágenes de la comunidad La Garrucha.



Fuente: Fotografías de la autora.

En la tabla 2, se muestran los datos fisiográficos de las localidades, tres pertenecientes al municipio de Ocosingo y una al municipio de Chilón, sin embargo, al explorar las coordenadas de las cuatro comunidades, sus latitudes y longitudes indican cercanía entre San Jerónimo Tulijá y Arroyo Granizo, y La Garrucha con las Tazas, por ello, comparten algunos rasgos ambientales.

**Tabla 2. Comparación de datos fisiográficos por localidades.**

<b>Datos fisiográficos.</b>	<b>Arroyo granizo</b>	<b>San Jerónimo Tulijá</b>	<b>La Garrucha</b>	<b>Las Tazas</b>
Municipio.	Ocosingo	Chilón	Ocosingo	Ocosingo
Coordenadas.	17°02'13"N, 91°25'27"O	17°13'19"N, 91°47'21"O	16°45'45" N, 91°46'18" O	16°45'26"N 91°36'54"O
Altura.	455 m s. n. m.	343 m s. n. m.	879 m s. n. m.	519 m s. n. m.
Relieve	Lomerío	Lomerío	Sierra	Sierra
Comunicación.	Carretera Chancalá-Santo Domingo.	Carretera 307, camino estatal y camino de terracería.	Camino de Terracería. 218	Camino de terracería y puente.
Clima.	Cálido húmedo	Cálido húmedo	Semicálido húmedo	Cálido subhúmedo y semicálido subhúmedo
Temperatura Promedio.	27° C	25° C	24° C	25° C
Edafología	Luvisol y regosol.	Regosol, phaeozem y leptosol.	Leptosol y phaeozem.	Fluvisol, phaeozem y luvisol.
Precipitación anual.	2400 mm	2400 mm	2000 mm	2200 mm
Vegetación	Selva y pastizal.	Selva y pastizal.	Bosque y Pastizal.	Selva y pastizal.
Hidrografía.	Rio Santo Domingo.	Rio Tulijá	Riachuelos.	Río Jataté.

**Fuente. Datos recabados de: Pueblos América (2024)**

La altitud es un factor que determina el clima, la temperatura y la vegetación. La Garrucha, al ser la más alta, presenta temperaturas ligeramente más frescas y diferencias en los tipos de vegetación (Bosque y pastizal) en comparación a San Jerónimo Tulijá con clima cálido húmedo.

El relieve influye en la accesibilidad, la erosión y la distribución de la vegetación. Arroyo-granizo y San Jerónimo-Tulijá: Presentan un relieve de "Lomerío" (colinas bajas) lo que influye en su infraestructura de comunicación facilitando el desarrollo socioeconómico y acceso a servicios mientras que La Garrucha y Las Tazas: Se caracterizan por un relieve de "Sierra" (conjunto de montañas).

Los diferentes tipos de suelo tienen distintas características en cuanto a fertilidad y retención de agua, lo que influye directamente en el tipo de vegetación que pueden soportar y su potencial agrícola.

Las precipitaciones anuales son elevadas en todas las localidades, lo que sustenta la presencia de vegetación de selva. La Garrucha presenta precipitaciones más bajas en comparación con las demás comunidades por lo que explica su vegetación de bosque y pastizal. Cada localidad está asociada a diferentes cuerpos de agua. La presencia de ríos y riachuelos es fundamental para el suministro de agua, la biodiversidad y las actividades humanas en cada localidad.

Al hacer una comparación de los indicadores sociales de las cuatro comunidades (Tabla 3) podemos observar lo siguiente.

**Tabla 3. Comparación de indicadores sociales por localidades.**

<b>Indicadores Sociales.</b>	<b>Arroyo granizo</b>	<b>San Jerónimo Tulijá</b>	<b>La Garrucha</b>	<b>Las Tazas</b>
<b>Total, de Población.</b>	1032	1763	456	1338
Total, de Hombres.	519	903	253	651
Total, de Mujeres.	513	860	203	687
<b>% Población indígena.</b>	100%	99%	99.3%	97.6%
índice de fecundidad.	3.4	3	3.1	2.3%
<b>Grado de escolaridad.</b>	5.1	7.41	4.31	5.34
<b>Población analfabeta.</b>	20.06%	13.78%	21.27%	22.20%
% que habla una lengua indígena	85.27%	81.85%	81.58%	86.85%
% que no habla español.	34.79%	6.69%	18.20%	40.43%
<b>Viviendas particulares habitadas</b>	170	365	87	236
<b>Bienes inmuebles con los que cuentan las viviendas y servicios públicos.</b>				
<b>Electricidad</b>	96.47%	99.18%	87.36%	96.19%
<b>Agua entubada</b>	100.00%	100.00%	98.85%	95.76%
<b>Sanitario</b>	72.94%	89.86%	41.38%	7.20%
Radio	23.53%	27.12%	18.39%	65.68%
Televisión	22.35%	54.79%	42.53%	63.56%
Refrigerador.	20%	43.56%	18.39%	36.86%
lavadora	3.53%	14.79%	1.15%	2.12%
Automóvil	2.35%	8.49%	2.30%	2.54%
Celular	17.65%	19.18%	26.44%	56.36%
Internet	0	2.19%	0%	2.97%
Partería tradicional	si	si	si	si
Clínica Autónoma Zapatista	Lorenzo Espinoza.	La Murcia.	Comandanta Ramona y Jesús de la buena esperanza.	Clínica de los pobres.

Unidad Médica Rural (IMSS-Bienestar)	Arroyo Granizo	San Jerónimo Tulijá	No	Las Tazas
--------------------------------------	----------------	---------------------	----	-----------

**Fuente. Datos recabados de: Pueblos América (2024)**

La Garrucha tiene la población total más pequeña (456 habitantes), mientras que San Jerónimo Tulijá tiene la mayor (1763 habitantes). En todas las localidades, la distribución entre hombres y mujeres es relativamente equitativa, aunque con ligeras variaciones. El porcentaje de población indígena es muy alto en las cuatro localidades, superando el 97% en todos los casos. Arroyo Granizo reporta el 100% de su población como indígena.

El índice de fecundidad, que representa el número promedio de hijos por mujer, es relativamente alto en las cuatro localidades. Arroyo Granizo tiene el índice más alto (3.4), seguido por San Jerónimo Tulijá (3.0). Las Tazas presenta el índice más bajo (2.3), aunque aún se considera por encima del nivel estatal (1.8).

El grado de escolaridad promedio es bajo en general, situándose entre 4.31 y 7.41 años. San Jerónimo Tulijá presenta el grado promedio más alto (7.41 años), mientras que La Garrucha tiene el más bajo (4.31 años). Los porcentajes de población analfabeta son significativos en las cuatro localidades, oscilando entre el 13.78% (San Jerónimo Tulijá) y el 22.20% (Las Tazas). Esto está relacionado con el grado de escolaridad y señala un desafío en términos de alfabetización.

Un alto porcentaje de la población en las cuatro localidades habla una lengua indígena, lo que indica ser una parte importante de la vida cotidiana. También se observa un porcentaje considerable de personas que no hablan español, Las Tazas presenta el porcentaje más alto (40.43%), mientras que San Jerónimo Tulijá tiene el más bajo (6.69%).

El número de viviendas particulares habitadas varía considerablemente entre las localidades. San Jerónimo Tulijá tiene el mayor número (365), seguido por Las Tazas (236), Arroyo Granizo (170) y, finalmente, La Garrucha con el menor número (87).

En cuanto a servicios públicos e infraestructura en las viviendas, el acceso a la electricidad es considerablemente alto en todas las localidades, superando el 87%. Sin embargo, en estas comunidades donde las lluvias son frecuentes durante todo el año, el suministro eléctrico se ve afectado. Las precipitaciones suelen derribar árboles y postes, ocasionando interrupciones que pueden durar días o incluso semanas hasta que se restablece la conexión.

El acceso al agua entubada es generalmente elevado, alcanzando el 100% en Arroyo Granizo y San Jerónimo Tulijá. Aunque ligeramente menores, La Garrucha y Las Tazas también presentan porcentajes altos (98.85% y 95.76% respectivamente), situación favorecida por la presencia de ríos y diversos cuerpos de agua en todas las comunidades.

El acceso a sanitario o excusado muestra una variación significativa. San Jerónimo Tulijá tiene el porcentaje más alto (89.86%) y Las Tazas tiene el acceso más bajo (solo 7.20%). Esta es una diferencia notable y un área potencial de disparidad en la calidad de vida.

La posesión de radio, lavadora, refrigerador y automóvil es relativamente baja en las cuatro localidades, lo que indica niveles socioeconómicos bajos.

La posesión de televisión es más común que la de radio, aunque también con variaciones. San Jerónimo Tulijá y Las Tazas tienen los porcentajes más altos (54.79% y 63.56% respectivamente), mientras que Arroyo Granizo y La Garrucha tienen porcentajes más bajos (22.35% y 42.53%).

La posesión de celular es significativamente más alta, Las Tazas lidera con un 56.36%. El acceso a internet es extremadamente bajo en general, con Arroyo Granizo y La Garrucha reportando un 0%. San Jerónimo Tulijá tiene un ligero acceso (2.19%), y Las Tazas un poco más alto (2.97%), pero en general, la conectividad a internet es muy limitada.

La tabla 3 evidencia la presencia de partería tradicional en las cuatro comunidades analizadas, lo que subraya el reconocimiento y la relevancia de esta práctica ancestral. Esto otorga un rol significativo a las parteras en la atención continua de la salud de las mujeres embarazadas en la comunidad. Por ello, fortalecer los lazos de confianza entre la medicina tradicional y la formal puede potenciar una atención de calidad.

Aunque la estructura autónoma zapatista incluye clínicas en las cuatro comunidades, la región se caracteriza por la coexistencia de diferentes modelos de atención sanitaria. Arroyo Granizo, San Jerónimo Tulijá y Las Tazas, las cuales, se benefician del acceso al sistema de salud gubernamental mediante las Unidades Médicas Rurales pertenecientes a IMSS Bienestar, incrementando así la cobertura del primer nivel de atención. No obstante, la falta de insumos básicos y de personal sanitario de base representa un obstáculo para el progreso en este ámbito.

Un análisis general de la población económicamente activa (Tabla 4) en las comunidades demuestra que San Jerónimo Tulijá presenta el porcentaje más alto de población económicamente activa (63.58%), lo que sugiere una mayor participación de sus habitantes en actividades productivas. Le siguen Las Tazas (58.15%), La Garrucha (48.25%) y, finalmente, Arroyo Granizo con el porcentaje más bajo (45.74%). Al observar específicamente a los hombres, la tendencia general se mantiene. En todas las localidades, el porcentaje de hombres es ligeramente superior al porcentaje total. En cuanto a la participación económica de las mujeres, también se observa que San Jerónimo Tulijá tiene el porcentaje más alto (60.70%). Es interesante notar que, en San Jerónimo Tulijá y Las Tazas, la participación femenina en la PEA es relativamente alta y cercana a la masculina. Sin embargo, en Arroyo Granizo y

especialmente en La Garrucha, la brecha entre la participación masculina y femenina es un poco más pronunciada.

**Tabla 4. Comparación de indicadores económicos por localidades.**

<b>Indicadores Económicos</b>	<b>Arroyo granizo</b>	<b>San Jerónimo Tulijá</b>	<b>La Garrucha</b>	<b>Las Tazas</b>
Población económicamente activa. (12 años a más.)	45.74%	63.58%	48.25%	58.15%
Población económicamente activa. (12 años a más.) <i>Hombres</i>	45.09%	66.33%	50.99%	58.53%
Población económicamente activa. (12 años a más.) <i>Mujeres</i>	.46.39%	60.70%	.44.83%	57.79%

**Fuente. Datos recabados de (Pueblos América, 2024)**

En todas las comunidades, la agricultura es la principal actividad productiva y la fuente primordial de alimentos. Los cultivos fundamentales, presentes de forma generalizada, son el frijol, el maíz y el café. Además, se realiza una siembra estacional de gran variedad de productos como calabaza, chile, chaya, hierba mora, mostaza, ashinté, chayote, elote y limón, así como diversas clases de plátano y mango. El maíz y el frijol tienen un rol central en la dieta local, destinándose principalmente al autoconsumo y constituyendo la base de las dos comidas diarias: el maíz para elaborar tortillas, tostadas y pozol, y los frijoles consumidos en caldo, ya sea solos o como acompañamiento.

En las comunidades existen dos corrientes políticas, las personas que participan en la elección de las autoridades por medio del voto y no pertenecen a la organización autónoma zapatista se les conoce como "Partidistas", a diferencia de los que sí pertenecen al EZLN se conocen entre ellos como "compañeros" abreviándolo a "Compas". La forma en que el EZLN selecciona a sus representantes y toma decisiones se basa en el principio de "mandar obedeciendo": que consiste en liderar obedeciendo la voluntad del pueblo esto se hace por medio de asambleas comunitarias.

Entre las fiestas y costumbres de mayor trascendencia comunitaria destaca la celebración del 12 de diciembre, dedicada a la Virgen de Guadalupe. Las comunidades se involucran en preparativos que inician semanas antes, organizando maratones en los que se transportan antorchas encendidas, imágenes y esculturas Guadalupanas, acto que representa una encomienda, un gesto de agradecimiento o una profunda devoción. Como parte de esta significativa ocasión, se ofrece a todos los habitantes de la comunidad comidas a base de carne de res, cerdo y pollo.

El 1° de enero es una fecha de gran relevancia para el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), ya que se conmemora el aniversario del levantamiento armado de 1994. Este día se lleva a cabo una celebración masiva en uno de los Caracoles zapatistas, elegido previamente como sede del evento.

A la conmemoración acuden representantes de las distintas regiones autónomas, así como simpatizantes nacionales e internacionales, lo que refuerza el carácter colectivo e intercultural del movimiento. Durante el evento, se realizan representaciones simbólicas y teatrales de los acontecimientos históricos del EZLN, además de actividades culturales como música en vivo, bailes tradicionales y otras expresiones artísticas organizadas por la comunidad.

La celebración no se limita a un solo día; en muchas ocasiones se extiende durante varios días, consolidándose como un espacio de encuentro, resistencia y reafirmación de la identidad y autonomía zapatista.

### **Conclusiones del diagnóstico comunitario:**

A pesar de los importantes esfuerzos internacionales por mejorar y fortalecer el acceso y la atención a la salud a nivel global, el panorama nacional evidencia profundas desigualdades, especialmente en entidades como Chiapas. Este estado, reconocido por su riqueza natural y cultural, presenta cifras preocupantes en relación con los determinantes sociales de la salud.

Con una población indígena que representa aproximadamente el 30 % del total estatal, y albergando a más de una decena de pueblos originarios, Chiapas (particularmente en la región de la Selva Lacandona, donde se ubican los municipios de Ocosingo y Chilón) enfrenta múltiples desafíos estructurales.

El análisis revela condiciones alarmantes, especialmente si se comparan con regiones urbanas donde la presencia indígena es menor o nula. Entre los indicadores más destacados se encuentran:

- Tasas de fecundidad elevadas y muerte materna: vulnerabilidad específica en salud materna.
- Alta carga de enfermedades infecciosas (IRAS, GESPIS e ITUS) relacionadas con la inadecuada higiene, saneamiento y coexistiendo con enfermedades crónicas.
- Creciente presencia de enfermedades crónicas o funcionales en la población adulta.
- Desafíos en el acceso y continuidad de atención sanitaria.
- Niveles bajos de escolaridad promedio.
- Elevados porcentajes de analfabetismo.
- Prevalencia significativa de condiciones de pobreza.
- Amplio uso de lenguas indígenas, con casos donde una parte de la población no habla español lo que representa una barrera y subraya la necesidad de fortalecer los esfuerzos de pertinencia cultural en las consultas y la elaboración de recursos para la población.

Estos datos no son solo cifras aisladas, sino el reflejo de un sistema que siempre ha sido históricamente excluyente ha reproducido desigualdades estructurales y ha perpetuado formas de discriminación hacia los pueblos indígenas. La falta de acceso a servicios básicos como salud, educación, agua potable y saneamiento en muchas de estas comunidades no es producto del azar, sino resultado de procesos prolongados de marginación e invisibilización institucional.

La inequidad en salud se evidencia de manera crítica en la limitada infraestructura sanitaria, la escasa presencia de personal médico capacitado y la falta de pertinencia cultural en la atención. Esta deficiencia, manifestada en la ausencia de centros de

salud o unidades médicas rurales, se convierte en un obstáculo significativo, dificultando la búsqueda temprana de atención, el seguimiento de enfermedades crónicas y la atención oportuna de emergencias. A esto se añade una discriminación persistente, tanto a nivel institucional como social, que obstaculiza el reconocimiento y ejercicio pleno de los derechos de las comunidades indígenas.

Estas características reflejan no solo la complejidad sociocultural de las comunidades, sino también los retos persistentes en materia de equidad, justicia social y reconocimiento de la diversidad cultural. A pesar de ello, las comunidades muestran una gran capacidad organizativa, con estructuras propias de gobierno y estrategias de resistencia y adaptación, como los sistemas tradicionales que persisten, entre ellos la práctica de la partería y la estructura organizativa zapatista en el área de salud.

Es fundamental que los programas gubernamentales reconozcan estas dinámicas locales y trabajen desde un enfoque intercultural, con participación intencional y con perspectiva de derechos humanos.

# 3º SECCIÓN

## PROPUESTA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN COMUNIDAD.



## **Cronología histórica del origen de las Políticas de salud y la contribución de la enfermería.**

En el capítulo anterior, exploramos la etimología de la salud y cómo su percepción ha evolucionado a lo largo de los siglos, culminando en el concepto que conocemos hoy. En esta sección, se complementará dicho análisis con una exploración de las políticas que configuran el sistema de salud a nivel mundial y nacional. Exploraremos, además, cómo la práctica enfermera ha desempeñado un papel decisivo en la configuración, modificación y optimización de estas políticas de salud, aportando una perspectiva única desde la primera línea de la atención. Lo que se plantea es entender cómo el Estado, con sus leyes y programas, busca asegurar y mejorar el bienestar de la población. Por consiguiente, se plantearán las interrogantes; ¿cómo, por qué, cuándo y dónde se originaron estas políticas? Esto permitirá establecer una cronología que abarque el génesis de las políticas de salud en el mundo y en México, así como el desarrollo de programas sociales a nivel nacional con enfoque sanitario, desde sus antecedentes históricos hasta su implementación actual.

Al hablar de políticas de salud, nos debemos enfocar en el término de salud pública, para ello debemos entender el concepto como: *“Una estrategia integral que organiza y ejecuta iniciativas para salvaguardar a la sociedad de factores de riesgo, fomentar una mejor convivencia social y potenciar la calidad de vida”*. (Malagón & Galán, 2002)

Cuando hablamos de salud pública se debe destacar el rol activo de cada individuo como un factor productivo y de buena convivencia, mejorando así el entorno personal y de la comunidad. Esto no solamente significa que las personas tienen este compromiso de protegerse activamente unos a otros, sino que es esencial que los gobiernos contribuyan con planes, programas, iniciativas y los medios para asegurar que la sociedad sea participe en la mejora de la salud. (Malagón & Galán, 2002)

Dicho lo anterior, el instinto de preservación de la salud, lo que hoy conocemos como salud pública, se ha manifestado en los pueblos desde el comienzo de la humanidad. En la era prehistórica, las actividades terapéuticas, como la herbolaria, constituían la forma primordial de atención a la salud, fundamentada en la experiencia y el empirismo. En este contexto, el cuidado de los enfermos y heridos era una función innata, principalmente a cargo de las mujeres en el hogar o en comunidades. Figuras como las nodrizas y parteras ejercían funciones de atención y cuidado esenciales para la subsistencia y el bienestar de los grupos. (Equipo Ed de Redacción, 2019)

La cultura Mesopotámica en el 3500 a.C. practicaba exorcismos, rituales y magia en su población con el fin de recuperar o restablecer la salud. Los egipcios practicaban hábitos de higiene personal, y se conoce que construían sistemas sanitarios como canales de desagüe para alejar las aguas residuales de las comunidades. De igual forma la población en China, practicaba la higiene de los alimentos, aislaban a población enferma y fumigaban sus ciudades. (Sánchez et al, 2025)

Los hebreos, hacia el 1500 a.C., no solo practicaban la higiene, sino que la codificaron. Los libros de Levítico y Deuteronomio en el Pentateuco contienen lo que se considera

el primer código sanitario escrito conocido. Este compendio detallado abarcaba desde la higiene personal, de manos y la maternidad, hasta el manejo seguro de alimentos, la eliminación de excretas, el tratamiento de cadáveres y la gestión de enfermedades cutáneas. Uno de los pasajes de esta visión preventiva está en Deuteronomio 23:12-13: *"Deberás designar una zona fuera del campamento donde puedas ir a hacer tus necesidades. Cada persona tendrá una pala entre sus herramientas. Cuando vayas a hacer tus necesidades, cava un hoyo con la pala y luego cubre el excremento"*. (NTV 1996)

Por otro lado, el imperio romano según el Equipo Ed de Redacción (2019) un grupo de hombres conocidos como "capsarios" recibían su nombre de la "capsa", una caja donde guardaban ungüentos y vendas. Su función principal era asistir a los soldados en el campo de batalla. Su rol era el de cuidar, no el de curar, una labor que hoy identificamos con la enfermería. La relevancia de los capsarios se vincula directamente con los avances romanos en saneamiento y, crucialmente, con la creación de los "Valetudinaria", los primeros hospitales militares. Estos cuidadores a pie de campo fueron esenciales para la atención organizada de los heridos, sentando las bases para el desarrollo de una asistencia de salud más estructurada.

La Edad Media, marcada por el dominio de la Iglesia Católica, priorizó la fe sobre la razón, lo que lamentablemente condujo a la supresión de la ciencia y el pensamiento crítico, e incluso al exterminio de figuras científicas y grandes pensadores. Este periodo supuso un retroceso significativo en el avance del conocimiento, coincidiendo con los índices de mortalidad más altos de la historia, causados por devastadoras epidemias como la peste bubónica, lepra, malaria, cólera y sarampión. A pesar de ello, a mediados de época fue que surgieron los primeros hospitales y órdenes religiosas (como monasterios y conventos) que asumieron el cuidado de los enfermos como un acto de caridad. En estos recintos, los cuidados eran brindados principalmente por monjas, sentando las bases para una atención organizada, aunque rudimentaria, a la salud. (Sánchez et al, 2025)

Sin embargo, a finales de la época, el asentamiento de ciudades, el resurgimiento del comercio y el auge de la burguesía sentaron las bases para un cambio. En este contexto, la República de Venecia, una potencia marítima y un centro comercial vital, emergió como un actor crucial en salud pública. A pesar de su prosperidad, su posición la hacía extremadamente vulnerable a los brotes epidémicos. Por ello, en 1485, Venecia tomó un paso significativo: el Senado veneciano, su principal órgano legislativo, estableció un tribunal permanente de tres supervisores de salud (conocidos como Proveditori della Sanità). Estos funcionarios estaban encargados de la vigilancia constante del puerto, la higiene urbana, control de alimentos, farmacias y calidad del agua, la regulación del comercio y la estricta implementación y supervisión de cuarentenas. Esta iniciativa se convirtió en un pilar fundamental y pionero para la formalización de políticas sanitarias destinadas a la protección social y económica. (Dursteler 2013)

Tales iniciativas marcaron un nuevo paradigma que revolucionó la historia de lo que hoy conocemos como salud pública, estableciendo la responsabilidad estatal en el bienestar de la población e institucionalizando la salud pública. Con esto, se hizo evidente una relación crucial: proteger la salud de los ciudadanos no solo es un deber, sino también un motor económico. La salud de la población empezó a ser percibida con tintes de conveniencia y estrategia para el propio país, ya que un pueblo sano impulsa una economía sólida.

Este enfoque sirvió de modelo para que países europeos como Inglaterra y Alemania se motivaran a adoptar medidas gubernamentales esenciales para la protección de la salud. Dichas iniciativas se financiaron con una combinación de impuestos locales, donaciones caritativas y, ocasionalmente, impuestos reales. (López 2005)

Un punto de inflexión significativo para la historia de la enfermería fue la Guerra de Crimea (1853-1856). El trabajo de Florence Nightingale durante este período fue transformador: su énfasis en la higiene, el saneamiento, la organización y la formación formal profesionalizó el cuidado al paciente. Su trabajo consolidó la inclusión de la higiene y el saneamiento como componentes vitales de la salud pública, demostrando ser instrumental en la reducción de la mortalidad y la morbilidad y, por lo tanto, estableciendo la base de la enfermería profesional moderna. (Portela 2018)

En el siglo XIX, a raíz de las guerras mundiales, y ante los profundos estragos económicos y sociales, surgió la necesidad de un esfuerzo internacional para combatir las consecuencias y escenarios generados. Esta situación llevó a la fundación de Organismos Internacionales cuyo propósito principal era promover la paz y la seguridad a nivel global. Un ejemplo clave de esta iniciativa fue la creación de las Naciones Unidas. En esta misma línea de cooperación internacional, la conferencia de Bretton Woods, celebrada en New Hampshire, Estados Unidos, en 1944, reunió a 43 naciones con un objetivo fundamental: establecer el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), además de otras tres instituciones clave. La unión de estas cinco entidades es lo que hoy conocemos como el Grupo Banco Mundial. La misión primordial de estas entidades es promover el desarrollo en países que lo necesiten, ya sea por su condición de desarrollo o por haber sido afectados por guerras, mediante el otorgamiento de créditos con tasas de interés bajas y periodos de reembolso de hasta tres décadas. Este banco se financia a través de las inversiones de 180 países, mayoritariamente naciones desarrolladas, cuyas aportaciones se ajustan a su capacidad económica. (Matte 2012)

El Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) ofrece tres tipos principales de préstamos, diseñados para abordar diversas áreas y condiciones de inversión:

- **Empréstito Flexible:** Permite que el prestatario modifique las condiciones financieras de pago según los riesgos que enfrenta, adaptándose a sus necesidades específicas.

- Préstamo Enfocado en Políticas de Desarrollo: Destinado a apoyar la creación de grandes reformas sociales y económicas, especialmente en momentos previos a una crisis o durante su desarrollo.
- Préstamo de Contingencia: Diseñado para brindar apoyo financiero rápido ante catástrofes naturales o en contextos de crisis inesperadas. (Matte 2012)

De igual forma es crucial recordar, el urgente llamado a la acción global que surgió de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, en 1978. Convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Declaración de Alma-Ata estableció objetivos fundamentales. Entre ellos, destacó la reafirmación de la salud como un derecho humano y la apremiante necesidad de abordar la grave desigualdad en el ámbito sanitario. Sin embargo, un pilar central fue el establecimiento de la responsabilidad gubernamental como una obligación directa de cada Estado, encargada de asegurar la meta de "Salud para Todos en el año 2000". Todos estos principios convergieron en la atención primaria de salud como el eje estratégico principal para que los gobiernos asumieran plenamente su rol. (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

En este marco, la enfermería, con un enfoque comunitario y de atención integral, se convierte en un pilar fundamental de la Atención Primaria de Salud (APS), impulsando políticas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, educación para la salud y atención accesible directamente en las comunidades.

Si bien la creación de estas entidades internacionales ha dejado claro el objetivo global de fortalecer la salud pública, reducir la inequidad sanitaria y construir sistemas de salud sostenibles, existe una contradicción inherente. Matte (2012) explica que el sistema de gobernanza del Banco Mundial, donde el mayor aportador (históricamente EE. UU.) designa al presidente, ha facilitado la interferencia de intereses geopolíticos y una notable falta de rendición de cuentas. Más aún, las condiciones de sus préstamos a menudo incentivan la privatización de recursos naturales, lo que, lejos de ayudar, exacerba la desigualdad y la pobreza, perjudicando directamente a las comunidades más vulnerables.

Es precisamente en este contexto donde la enfermería adquiere un rol crucial. Las enfermeras y enfermeros, al estar en la primera línea de atención, son testigos directos de cómo estas políticas impactan la salud y el bienestar de las poblaciones. Su práctica diaria no solo implica el cuidado individual, sino también la abogacía por la justicia social y la equidad en salud.

## **Historia de las Políticas de Salud en México y la evolución del rol de enfermería.**

A lo largo de la historia, las políticas de salud pública han demostrado ser fundamentales para el bienestar colectivo de las poblaciones. Por ello, en las siguientes secciones, analizaremos su desarrollo e implementación en México, junto con los programas diseñados que buscan fortalecerlas y el rol que ha tenido la profesión de enfermería en este proceso.

Es importante resaltar que, *“El ambiente político general es el determinante de las formas que tome el sistema de salud.”* (López 2005). La forma en que un gobierno se organiza, sus ideales, prioridades, y las dinámicas de poder entre los diferentes actores políticos, son los factores que moldean cómo se concibe, se financia y se gestiona la salud de la población. Por tanto, es indispensable examinar el contexto histórico que dio origen a la formulación estratégica para el fortalecimiento de la salud pública en nuestro país.

**Tabla 5. Cronología histórica de la salud pública en México.**

<b>Año / Período.</b>	<b>Evento.</b>	<b>Institución / Actor.</b>	<b>Impacto o Relevancia.</b>
2500 a.C.	Ticitl o Tlamaqueticitl.	Mujeres encargadas de atención al parto herbolaria, sangrías, vendajes.	Antecedentes del cuidado y la enfermería tradicional. (Proto enfermería)
1501-1700	Fundación de ordenes religiosas dedicadas al cuidado.	Iglesia católica. (Hermanas de la caridad.)	Establecimiento del cuidado como acto de caridad y devoción.
1524	Fundación del primer hospital: La Purísima Concepción y Jesús Nazareno	Hernán Cortés.	Inicio de la asistencia pública en la Nueva España. Inicio del cuidado organizado en hospitales. (Monjas)
1628	Fundación de la Junta del Protomedicato.	Consejo de Indias. (Imperio Español)	Regulación de la práctica médica e higiene pública.
1810-1821	Independencia de México.	Pueblo de México. (indígenas y mestizos)	Soberanía Nacional.
1831	Supresión del Protomedicato y creación de la Facultad Médica del D.F.	Presidente: Bustamante.	Transición hacia estructuras modernas.
1859-1861	Secularización de hospitales y bienes de beneficencia.	Presidente: Benito Juárez.	El Estado asume la beneficencia pública. Cambio: Cuidado de manos religiosas a administración civil.
1891	Publicación del Código Sanitario.	Consejo Superior de Salubridad.	Primer compendio federal de higiene y salubridad.
1898-1907	Creación de la primera Escuela de Enfermería en México y ENEO.	Asociación de la Escuela de Medicina de México.	Formalización de la profesión de enfermería en el país, plan de estudios de tres años.
1910-1917	Revolución Mexicana.	Campesinos, obreros y antirreeleccionistas.	Promulgación de la Constitución Mexicana.

			Reconocimiento de enfermeras en la atención masiva de heridos de guerra.
1917	Creación del Departamento de Salubridad Pública.	Constitución de 1917.	Institucionalización del derecho a la salud.
			Integración de la enfermería en programas de salud pública.
1937	Creación de la Secretaría de Asistencia Pública.	Gobierno federal.	Centralización de la asistencia social.
			Enfermería: Mayor rol en asistencia social y materno-infantil.
1943	Fusión de las dos instituciones anteriores. → Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)	Gobierno federal.	Unificación sanitaria y asistencial.
			Enfermería centralizada y consolidada en el sistema de salud.
1943	Creación del IMSS.	Congreso / Ejecutivo.	Inicio de la seguridad social en salud.
			Desarrollo de enfermería hospitalaria y de atención primaria.
1960	Creación del ISSSTE	Congreso de la Unión	Protección médica a trabajadores del Estado.
1973	Código Sanitario y Plan Nacional de Salud.	SSA.	Modernización legal y política nacional de salud.
			Enfermería como eje en la Atención Primaria de Salud.
1983	Reforma constitucional: salud como derecho.	Congreso / Ejecutivo.	Consolidación jurídica del derecho a la salud.
2003	Creación del Seguro Popular.	Gobierno federal.	Cobertura médica a población sin seguridad social.
2020	Transformación del Seguro Popular en INSABI.	Gobierno federal.	Universalización de los servicios de salud.
			Ajustes a nuevo modelo de atención enfermero.
2022	Creación de IMSS- Bienestar como modelo operativo.	Gobierno federal.	Ampliación de cobertura gratuita en salud.
			Consolidación de la enfermería comunitaria.

**Fuente: Datos recabados de: Secretaría de Salud (2012), Yáñez (2000), Moreno (2017).**

A grandes rasgos, de acuerdo con la tabla (5), la salud pública en México comenzó desde el México Prehispánico, en donde los Mexicanos al igual que otras culturas organizaban sistemas de riego, trato de aguas residuales e higiene de alimentos. (Sánchez et al, 2025) La figura del "Ticitl o Tlamaqueticitl" (mujeres dedicadas a la atención al parto, la herbolaria, sangrías y vendajes) sentó las bases de lo que hoy conocemos como enfermería tradicional, una proto-enfermería arraigada en las prácticas ancestrales de cuidado. (Secretaría de Salud 2012)

Con la llegada de la conquista y la posterior colonia, la esfera del cuidado experimentó una transformación significativa. Entre 1501 y 1700, la Iglesia Católica, a través de órdenes religiosas como las Hermanas de la Caridad, cimentó el cuidado como un acto de caridad y devoción. Un hito crucial fue la fundación del primer hospital en 1524 por Hernán Cortés, "La Purísima Concepción y Jesús Nazareno", marcando el inicio de la asistencia pública y el cuidado organizado por monjas en hospitales. La regulación de la práctica médica e higiene pública llegó en 1628 con la creación de la Junta del Protomedicato por el Consejo de Indias. El periodo de la Independencia de México (1810-1821) forjó la Soberanía Nacional. Tras la guerra, en 1831, la supresión del Protomedicato y la creación de la Facultad Médica del D.F. señalaron una transición hacia estructuras más modernas en la salud. (Yáñez 2000)

Entre 1859 y 1861, las reformas de Benito Juárez fueron muy importantes. De acuerdo con Yáñez (2000) lo que hizo fue quitarle a la iglesia católica el control de los hospitales y de todo lo que usaban para ayudar a la gente (como donaciones o propiedades). Así, el gobierno se hizo cargo de la ayuda social, cambiando la forma en que se cuidaba a los enfermos: ya no era la iglesia, sino el Estado quien lo hacía.

La enfermería mexicana se formalizó entre 1898 y 1907, demostrando su importancia en la atención revolucionaria (1910-1917). Su integración a la salud pública se institucionalizó a partir de 1917. El siglo XX marcó su centralización bajo la Secretaría de Salubridad y Asistencia (1943) y su expansión en la seguridad social (IMSS de 1943 e ISSSTE de 1960). Con el derecho a la salud constitucionalizado en 1983, la profesión ha reafirmado su rol, especialmente en la enfermería comunitaria y la ampliación de la cobertura (ej. IMSS-Bienestar 2022). (Moreno 2017)

La interdependencia entre la salud pública y la enfermería ha marcado su evolución, con procesos de reestructuración y profesionalización. Ambas son ahora esenciales en la salud comunitaria, garantizando la cobertura y el bienestar de la nación.

### **Desarrollo de los programas sociales en México.**

La industrialización en México, durante la década de 1940, se caracterizó por un elevado crecimiento económico dentro de un modelo capitalista. No obstante, este desarrollo estuvo acompañado de una distribución inequitativa del ingreso, tanto entre el sector rural y el urbano, como entre las diversas regiones generando estratos sociales. Dicha disparidad generó exclusiones que se hicieron cada vez más marcadas a medida que pasaba el tiempo. (Cardozo 2006)

A raíz de la formalización de la salud pública en nuestro país y el establecimiento del modelo capitalista, el concepto de pobreza comenzó a resonar y ser estudiado a profundidad. Según la Real Academia Española, la pobreza se define como "la carencia de lo necesario para el sustento de la vida". En este mismo escenario el Grupo Banco Mundial define la pobreza de un país como "Resultado de deficiencias productivas". Por lo tanto, se clasificó como pobres a las personas o familias cuyos ingresos eran y son insuficientes para adquirir la canasta básica de alimentos. Pero el concepto también se extendió a quienes, además, carecían de los medios económicos

para costear necesidades como vivienda, salud, educación, transporte, recreación y vestimenta. (Mendoza 2011)\_Ante este panorama, de acuerdo con Mendoza (2011), el desarrollo de la política social en México emergió como una estrategia clave del Estado, especialmente durante el periodo de la postguerra. Su propósito principal fue proporcionar estabilidad política, así como controlar y estabilizar la economía y el orden social.

**Tabla 6. Evolución de los programas sociales en México.**

<b>Sexenio de Gobierno.</b>	<b>Programas.</b>	<b>Objetivos / Líneas de acción.</b>
1970–1976 Luis Echeverría Álvarez.	PIDER (Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural)	-Reducir la pobreza extrema y la marginación en las zonas rurales. -Elevar el nivel de vida y la capacidad productiva de la población campesina en zonas rurales. -Promover la participación de las comunidades en su propio desarrollo.
	IMSS-SOLIDARIDAD (Programa Nacional de Solidaridad Social)	-Salud: Accesibilidad a los grupos más pobres y marginados al servicio de salud, específicamente en las zonas urbanas.
1976–1982 José López Portillo. 1982–1988 Miguel de la Madrid.	COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados)	-Reducir la pobreza extrema y la marginación en zonas rurales. -Salud: llevar servicios de salud de primer y segundo nivel a las comunidades más apartadas sin acceso a seguridad social (IMSS-COPLAMAR). -Alimentación y abasto: Creación de tiendas comunitarias (COPLAMAR-CONASUPO). -Educación: Ampliación y mejora de la infraestructura educativa rural. (SEP-COPLAMAR) -Vivienda: Provisión de servicios de agua potable, drenaje y electrificación y mejora de la vivienda rural.
1988–1994 Carlos Salinas de Gortari.	PRONASOL (Programa Nacional de Solidaridad)	-Mejorar las condiciones de vida de los grupos campesinos, indígenas y colonos populares. -Mejorar la productividad de la población y promover el desarrollo regional cubriendo cuatro ámbitos: alimentación, desarrollo, infraestructura, salud y educación. -Promover y fortalecer la participación y la gestión de las organizaciones Sociales.
1994-2000 Ernesto Zedillo Ponce de León.	PROGRESA (Programa de Educación, Salud y Alimentación)	Operaba a través de un esquema de transferencias monetarias directas a las familias beneficiarias, las cuales estaban condicionadas. (Apoyo económico) -Ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza. -Mejorar el nivel de salud y nutrición. -Aumentar la asistencia y permanencia escolar. (Educación) -Fortalecer el capital humano.
2000-2006 Vicente Fox Quesada. 2006-2012 Felipe Calderón Hinojosa.	OPORTUNIDADES	Mantuvo la estructura y la filosofía central de su predecesor: -Mejorar las condiciones de vida de las familias en situación de pobreza y marginación. -Promover la atención a la salud y una nutrición adecuada, especialmente en los grupos más vulnerables (niños pequeños, mujeres embarazadas y lactantes). -Incentivar la matriculación y la permanencia de los niños y jóvenes en todos los niveles educativos. -Fortalecer el capital humano.
2012-2018 Enrique Peña Nieto.	PROSPERA (Programa de Inclusión Social)	-Reducir la pobreza y la pobreza extrema. -Continuar la inversión en salud, educación y nutrición de los miembros de los hogares.

		-Buscaba que jóvenes y adultos, tuvieran mayores oportunidades de generar ingresos de manera autónoma y sostenible, ya sea a través del empleo formal o de proyectos productivos. -Facilitar el acceso a servicios financieros básicos (ahorro, crédito, seguros) para las familias beneficiarias
<p>2018-2024 Andrés Manuel López Obrador.</p> <p>2024-2030 Claudia Sheinbaum Pardo</p>	<p>PROGRAMAS PARA EL BIENESTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PENSIÓN PARA EL BIENESTAR.</li> <li>• BECAS PARA EL BIENESTAR.</li> <li>• IMSS PARA EL BIENESTAR. (MAS BIENESTAR)</li> <li>• SEMBRANDO VIDA</li> </ul>	<p>El gobierno actual se caracteriza por la diversidad de programas sociales específicos, cada uno con su propio nombre y dirigido a distintos grupos poblacionales o necesidades.</p> <p>-Apoyo económico universal para todos los adultos mayores de 65 años y personas discapacitadas.</p> <p>-Apoyos económicos para estudiantes de educación básica, media superior y superior.</p> <p>-Provisión de servicios de salud gratuitos para la población sin seguridad social.</p> <p>-Impulsar la autosuficiencia de alimentos. (Soberanía alimentaria).</p> <p>- Restauración ambiental.</p>

**Fuente: Datos recabados de: Cardozo (2006), Mendoza (2011), Instituto Mexicano del Seguro Social (2025).**

Los programas sociales en México, desde los años 70 hasta la actualidad, han tenido como objetivo central combatir la pobreza y reducir la desigualdad, especialmente en zonas rurales e indígenas Según menciona Mendoza (2011) muchos se enfocaron en mejorar el acceso a servicios básicos como salud, educación y alimentación, y promover la inclusión económica mediante apoyos directos, empleos temporales o vinculación productiva. Sin embargo, al hacer un análisis de su estructura e implementación encuentro que:

- Con frecuencia, no consideraron las particularidades culturales de las comunidades indígenas, ni las respetaron, por lo que no fueron efectivos o bien recibidos por ellas.
- Su estrategia era solo dar asistencia (ayuda directa), sin realmente mejorar las cosas desde la raíz, como crear empleos formales o construir una mejor infraestructura (servicios básicos y de calidad de vida).
- La falta de continuidad de los programas sociales entre sexenios fue una constante. A menudo, esto sucedía porque el orgullo de cada partido político y sus propios intereses los impulsaban a “mejorar” los programas, lo que se traducía en reestructuraciones y cambios que respondían más a agendas políticas que a una evaluación de su efectividad real.
- Se presentaron prácticas como la corrupción, el clientelismo (dar beneficios a cambio de lealtad) y el uso para ganar votos o influencia política.
- Aunque el gobierno actual ha implementado numerosos programas y apoyos económicos que benefician a la población, el desafío principal radica en la falta de mecanismos o bases sólidas de evaluación y seguimiento que al parecer se está dejando de lado, lo que nos impide determinar si estas acciones están generando un cambio estructural en la erradicación de la pobreza u otras problemáticas sociales.

A lo largo de las últimas décadas, el rol de la enfermería en México ha experimentado una transformación significativa. Originalmente, su labor se limitaba a la asistencia

directa. Sin embargo, con la llegada del primer programa social, PIDER, la enfermería comenzó a adoptar un rol más proactivo. Esto se logró al sacar a las enfermeras de los hospitales para llevar jornadas de salud a las zonas rurales, enfocándose en la prevención y, posteriormente, extendiéndose a la salud materno infantil.

Esta práctica se fortaleció con la implementación de programas como IMSS SOLIDARIDAD, COPLAMAR y PRONASOL. Al institucionalizar la colaboración de la enfermería con la comunidad, se consolidó su papel como vínculo clave para la educación en salud y la organización comunitaria.

Más adelante, programas como PROGRESA, OPORTUNIDADES y PROSPERA cimentaron aún más esta evolución. En estos esquemas, la enfermería se convirtió en la pieza de verificación fundamental, asegurándose de que las familias cumplieran con sus responsabilidades en el cuidado de su salud.

Finalmente, el Modelo de Atención Primaria a la Salud (APS) posicionó a la enfermería en el centro de la atención en el primer nivel. Este modelo enfatizó la promoción, prevención y atención integral en la comunidad, aprovechando la cercanía de las enfermeras con la población y su capacidad de adaptación a diversos entornos. Actualmente, esta visión se refuerza con la implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR), bajo el organismo IMSS-Bienestar, que busca garantizar servicios de salud gratuitos y de calidad para la población sin seguridad social, consolidando a la enfermería como un pilar sólido en la salud pública y comunitaria de México.

*"La enfermería comunitaria no solo cuida enfermedades, sino que cultiva la salud donde las personas viven, aprenden y trabajan." OMS*

## **Propuesta de Intervenciones de Enfermería: Adaptabilidad y Enfoque en Programas Clave de Salud Comunitaria**

Durante mi año de servicio social en las clínicas, observé de cerca la dinámica y la organización del equipo de salud, incluyendo promotores, parteras, voluntarios, médicos y estomatólogos. Me percaté de que cada clínica posee características y métodos de trabajo únicos. Por ello, la propuesta que presento busca ser versátil y adaptable a los cambios estructurales que puedan surgir de las futuras experiencias de enfermeras. Además, en estrecha colaboración con otros médicos, diseñé e implementé herramientas prácticas que optimizaron nuestra labor diaria, las cuales se detallan en los anexos de este documento.

Aprovechando la extensa trayectoria de SADEC en el desarrollo y mejora de programas de salud, concentré mis esfuerzos en idear intervenciones y planes de trabajo para tres programas que considero fundamentales. Mi selección se basó no solo en el diagnóstico comunitario, sino también en la observación directa y las demandas expresadas por la propia población.

- El Programa de Atención Prenatal: Mi atención se centró en este programa debido a las altas tasas de fecundidad y muerte materna. En este ámbito, junto con otro médico, diseñamos estrategias para mejorar la atención y el seguimiento de las embarazadas, incluyendo la impartición de talleres de educación para la salud dirigidos a los promotores involucrados en la atención de la mujer gestante.
- El Programa de Enfermedades Crónicas Degenerativas, específicamente hipertensión y diabetes mellitus: Dada su alta incidencia en la edad adulta, la complicación del estado de salud y la falta de control que agrava la situación, enfoqué mi labor en proponer intervenciones que fomenten el autocuidado y la adherencia al tratamiento, con un énfasis particular en el seguimiento continuo de estos pacientes a través de visitas domiciliarias.
- El Programa de Crecimiento y Desarrollo del Niño: Abordé este programa debido a la elevada morbilidad infecciosa, directamente relacionada con la falta de higiene y saneamiento. Aquí, mi trabajo consistió en desarrollar planes para fortalecer las prácticas preventivas, incluyendo la organización y ejecución de campañas de salud enfocadas en estas áreas.

Mi experiencia en estos programas me dio una perspectiva profunda sobre cómo la enfermería fortalece la salud comunitaria de manera significativa. Los tiempos de estancia y rotación en cada comunidad se distribuyeron de la siguiente manera: Las Tazas (4 meses), Arroyo Granizo (3 meses), La Garrucha (3 meses) y San Jerónimo Tulijá (8 meses). En total, realicé 5 campañas de salud, 5 talleres de capacitación a promotores y un total de 58 visitas a domicilio en todas las comunidades.

A continuación, detallaré las actividades que realicé durante mi estadía, junto con propuestas de trabajo a futuro para la organización y para futuras enfermeras (os) que se integren.

## **Programa de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.**

### ➤ Marco de Trabajo: Programa de Atención Prenatal de SADEC.

El programa enfocado en la atención de mujeres durante el embarazo, parto y posparto tiene como propósito disminuir los riesgos de enfermedad y muerte materna en zonas rurales donde operan clínicas de primer nivel. Para lograrlo, es fundamental la colaboración entre médicos en servicio social y el personal comunitario que atiende a las mujeres embarazadas, como parteras tradicionales y promotores de salud.

En el modelo SADEC se promueve un proceso de intercambio y aprendizaje mutuo entre los médicos pasantes y el personal de salud local, quienes tienen una relación de confianza establecida con la comunidad, lo que permite un acompañamiento más efectivo a las mujeres gestantes.

### ➤ Lineamientos del Programa de Atención a la Mujer de SADEC.

Objetivos generales:

1. Definir el conjunto de servicios esenciales para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
2. Establecer estrategias para la identificación y manejo de los riesgos preconcepcionales, obstétricos y perinatales e incrementar la calidad de la atención a la salud materna en las unidades de primero y segundo nivel.
3. Establecer estrategias y acciones tanto de prevención como de intervención para reducir la morbilidad y la mortalidad materna.
4. Realizar un trabajo coordinado con parteras y promotoras de salud para la atención de la mujer.

Objetivos específicos:

1. Identificar a las mujeres embarazadas que no estén bajo control.
2. Realizar actividades de promoción a la salud como pláticas, trípticos, carteles, etc.; sobre salud reproductiva, haciendo énfasis en el control prenatal.
3. Lograr el seguimiento y control de las mujeres embarazadas ya identificadas en el censo y ampliar la cobertura.

Estrategias y acciones:

- ❖ Visitas prenatales regulares (cada 4, 2 o 1 semana según trimestre).
- ❖ Trabajo horizontal con parteras y promotoras.
- ❖ Controles que incluyan:
  - Intercambio de información, hábitos saludables y señales de alarma.
  - Evaluación nutricional y emocional.
  - Control de peso, signos vitales y posición fetal.
  - Preparación para el parto y fecha probable.

- Registro puntual en expedientes individuales.
- Reporte mensual a SADEC sobre los casos atendidos.

Para contribuir a la reducción de la morbilidad materna, mi labor se centró en la implementación de estrategias de promoción, prevención y educación para la salud, así como en el seguimiento riguroso de las pacientes, todo en concordancia con los objetivos de SADEC.

*Enfermería en acción: Intervenciones e impacto.*

Actividades realizadas:

- Talleres de educación para promotores de salud y parteras.

En el ámbito de la salud, la actualización constante de esquemas y métodos de atención es crucial. Por ello, durante mi estancia en diversas comunidades, implementé sesiones interactivas. Estas se centraron en la importancia del control prenatal, específicamente en cómo recopilar correctamente los datos de la mujer y asegurar el llenado adecuado de la cartilla de control. El objetivo era garantizar que cada mujer embarazada que acudiera a consulta recibiera su cartilla y comprendiera la relevancia de un seguimiento continuo.

En colaboración con el MPSS de la clínica, llevamos a cabo capacitaciones sobre el actuar en emergencias obstétricas. Para facilitar el seguimiento de protocolos, incluso en ausencia del médico pasante, creamos algoritmos visuales (con abundancia de imágenes) basados en las guías de práctica clínica. Estos algoritmos están diseñados para una interpretación rápida, eficaz y son cruciales para el manejo de situaciones como hemorragias obstétricas, crisis hipertensivas o reanimación neonatal. (Véase anexo 1, 2 y 3).

**9. Imagen. Talleres de urgencias obstétricas para promotores de salud y parteras.**



- Promoción y prevención de la salud.

Para optimizar la identificación de signos de alarma en el embarazo, implementamos una iniciativa visual. Perfeccioné imágenes existentes (originalmente elaboradas por médicos pasantes) mediante programas de edición (Canva), lo que permitió a las mujeres en consulta reconocer fácilmente estos signos con pertinencia cultural, ya que cada uno fue traducido al idioma tseltal.

**10. imagen. Adaptación y mejora de material visual existente de SADEC.**



En la promoción de la salud, una actividad clave fue la sesión educativa sobre la importancia de la leche materna. Ante la creciente tendencia de mujeres jóvenes a suspender la lactancia y optar por sucedáneos, estas pláticas resultaron fundamentales. Permitió a las participantes aclarar dudas y desmentir mitos comunes, reforzando el valor de la lactancia natural.

**11. Imagen. Platica de la importancia de la lactancia materna.**



- Coordinación interdisciplinaria para un seguimiento integral:

El seguimiento continuo del embarazo en la clínica, a cargo de la partera y el médico, se veía comprometido por la saturación de consultas. Ante esta limitación, como enfermera, tomé la iniciativa de coordinar con ellos la implementación de visitas domiciliarias conjuntas de enfermería y partería. Nuestro objetivo fue dar seguimiento a mujeres con riesgos obstétricos que faltaban a sus controles.

Para asegurar un seguimiento integral, era crucial que la mujer gestante fuera conocida por todo el equipo interdisciplinario. Por eso, en la clínica, cada embarazada conocía a la partera, el médico, la promotora, el dentista y la enfermera.

*Propuestas de actividades de enfermería para fortalecer el programa de salud materna:*

- Capacitación continua y educación comunitaria para la salud.

Es fundamental que Enfermería se encargue de desarrollar módulos de capacitación continua de alta calidad para los promotores de salud y parteras. Estos módulos deben integrar material actualizado y centrado en las guías de práctica clínica de control prenatal, asegurando una formación pertinente.

Además, Enfermería también deberá crear talleres de promoción de la salud dirigidos directamente a la comunidad. Entre los temas a considerar en ambas iniciativas se encuentran:

- Diagnóstico y control de Diabetes Mellitus Gestacional.
- Abordaje de embarazos múltiples.
- Importancia y manejo de la hipertensión crónica en el embarazo.
- Infecciones vaginales y su manejo.
- Infecciones del tracto urinario (ITU) y su impacto.
- Reconocimiento y manejo de signos de alarma.
- Promoción y apoyo a la lactancia materna.
- Manejo y llenado de la cartilla de control.
- Anemia en el embarazo.
- Nutrición saludable durante el embarazo.

Es crucial que Enfermería y Medicina colaboren para desarrollar los siguientes temas:

- Hemorragia obstétrica: Protocolos de manejo inicial y referencia.
- Crisis hipertensiva y eclampsia: Manejo de primera línea.
- Ruptura Prematura de Membranas (RPM): Detección y conducta.
- Inicio de Trabajo de Parto Prematuro: Identificación y acciones.
- Reanimación neonatal básica.

En colaboración con el área dental se debe desarrollar los siguientes temas:

- Promoción de la salud bucal durante el embarazo. (Atención Dental durante el Embarazo).
- Impacto del embarazo en la salud bucal.
- Cuidados de higiene bucal específicos.
- Salud bucal del bebé y prevención temprana: limpieza de las encías del recién nacido y aparición de los primeros dientes.

En los anexos, el Anexo 4 presenta una guía propuesta para desarrollar una plática de salud, estructurada en cuatro fases. Esta se complementa con el Anexo 5, que ofrece un cronograma para el desarrollo del taller de salud. Ambos recursos incluyen consejos y tips prácticos basados en la experiencia directa en comunidades, y han sido diseñados tomando como referencia el artículo científico "Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios" de (Hernández et al., 2014).

- Modificaciones a la cartilla de control de atención prenatal.

Para asegurar una atención integral a la gestante, es esencial añadir secciones dedicadas al área dental y de enfermería (ej. educación y promoción en salud) en un apartado de la cartilla.

- Documentación de visitas domiciliarias.

Aunque el equipo médico gestiona el archivo y los ingresos/egresos del programa de salud prenatal, es crucial que enfermería asuma la responsabilidad de las visitas domiciliarias. Para ello, propongo la implementación de un formato general o reporte mensual que detalla las visitas domiciliarias realizadas a mujeres embarazadas (véase Anexo 6), con el objetivo de facilitar la rendición de cuentas a finales de mes en SADEC. Adicionalmente, un formato individualizado y específico para cada visita domiciliaria (Anexo 7) en donde se registrará el motivo y los hallazgos de esa interacción, y será gestionado por enfermería para su integración al expediente impreso de cada mujer visitada.

Es importante mencionar que los formatos se encuentran en formato digital, lo que facilita su constante adaptación y mejora según las necesidades.

## **Programa de atención de pacientes con enfermedades crónicas – degenerativas**

### ➤ Marco de Trabajo de SADEC:

Las comunidades de Chiapas enfrentan una creciente preocupación de salud pública: el aumento de enfermedades crónicas-degenerativas. Padecimientos como la Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus, Sobrepeso, Obesidad, Cáncer, tuberculosis etc., están afectando cada vez más a sus habitantes. Esta tendencia no es aleatoria; es un reflejo directo de diversas causas sociales que han modificado los usos y costumbres de estas poblaciones. Dichas influencias se manifiestan de manera crítica en los patrones de alimentación y, consecuentemente, en el estado general de su salud.

Ante este panorama, resulta imperativo establecer un control riguroso de todas las personas que presenten sospecha o un diagnóstico confirmado de alguna de estas enfermedades crónico-degenerativas. Este control debe implementarse de forma sistemática en cada región donde se brinde atención médica de primer nivel, asegurando un monitoreo y seguimiento efectivos para mitigar el impacto de estas afecciones en la población chiapaneca.

### ➤ Lineamientos del Programa de SADEC.

Objetivo general:

- Valorar la importancia del control de las personas con enfermedad crónica - degenerativa y establecer estrategias y acciones tanto de prevención como de intervención para reducir la morbimortalidad.

Objetivos específicos:

1. Captar y registrar a personas con enfermedades crónicas en consulta general.
2. Ingresar al programa correspondiente a cada persona detectada con algún padecimiento.
3. Dar seguimiento a las personas con sospecha o diagnosticadas con alguna patología crónica.
4. Referir a las personas que requieran atención de 2º o 3er nivel y dar seguimiento.
5. Lograr el seguimiento de las personas identificadas en los censos y ampliar la cobertura.

Frente a la alta prevalencia de hipertensión y diabetes mellitus en las comunidades, me preocupaba el descontrol de estas afecciones en los pacientes que acudían a consulta, lo que deterioraba su salud. Por ello, en mi rol de enfermera, busqué activamente maneras de intervenir, dando origen a las primeras visitas domiciliarias durante mi servicio social. Estas visitas se centraron en fomentar la adherencia al tratamiento, ofrecer orientación nutricional y brindar educación en salud a las familias de los pacientes.

## *Enfermería en acción: Intervenciones e impacto.*

Actividades realizadas:

- Capacitación y concientización del descontrol de la hipertensión y diabetes a promotores de salud.

Durante mi estancia en las comunidades, una de mis principales actividades fue actualizar a los promotores de salud en la correcta toma de presión arterial. Muchos eran nuevos o llevaban años con una técnica incorrecta, por lo que esta capacitación se basó en los protocolos de la OPS y las guías de práctica clínica.

Al mismo tiempo, fomentamos la concientización sobre las graves consecuencias del descontrol de la hipertensión y la diabetes. El impacto de estos talleres fue inmediato: los promotores comenzaron a tomar la presión arterial correctamente en la consulta clínica, lo que redujo significativamente los falsos positivos y negativos. Una vez dominada la técnica, nos enfocamos en la importancia del seguimiento continuo de las personas con diagnósticos de hipertensión y diabetes.

### **12. Imagen. Talleres de la toma correcta de presión arterial a promotores de salud.**



- Visitas domiciliarias de seguimiento y control de enfermedades crónicas degenerativas.

Mi primera urgencia en Las Tazas, la primera comunidad de Chiapas donde hice mi servicio social, fue el traslado de un paciente con choque séptico por un pie diabético. Este caso me impactó profundamente, sobre todo al saber que pudo haberse prevenido con un seguimiento domiciliario adecuado.

Esta experiencia me llevó a enfocarme en mejorar el sistema de promoción, prevención y educación de la salud, no solo para pacientes con comorbilidades, sino también para sus familias. Así, con mi llegada a las clínicas autónomas, comenzamos a implementar visitas domiciliarias de control y seguimiento. El impacto en las comunidades fue muy positivo; las familias, al tener tantas dudas y

creencias erróneas (mitos), empezaron a solicitar activamente más información lo que dio pie a reforzar la educación para la salud en sus propios hogares. Esta iniciativa marcó una diferencia significativa frente a programas de otras instituciones ya establecidas en la comunidad que, debido al exceso de trabajo, no lograban concretar un seguimiento tan cercano.

**13. Imagen. Primera visita domiciliaria (Izquierda). La imagen de la derecha es una visita domiciliaria coordinada. (Medica/Promotora/Enfermera).**



- Implementación de herramienta para tamizaje de hipertensión.

En colaboración con el MPSS de La Garrucha, durante las consultas médicas, surgió la necesidad de una herramienta de tamizaje de hipertensión arterial. Así creamos el MAPA (Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial), un registro de siete tomas de presión arterial en ambos brazos, con fecha y hora. Al implementarlo, los pacientes comenzaron a acudir cada mañana para su registro, lo que aumentó en un 80% su compromiso y la formalidad con la que asumían el cuidado de su salud.

*Propuestas de actividades de enfermería para fortalecer el programa de salud:  
Pacientes crónicos degenerativos.*

- Talleres de educación en salud de hipertensión y diabetes para pacientes y familiares.

El desarrollo de módulos de capacitación continua para la educación en salud de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y sus familias, es crucial que enfermería los desarrolle. Estos módulos deben incorporar contenido actualizado y centrado en las guías de práctica clínica, asegurando una formación pertinente.

Los temas que se sugieren a continuación surgen directamente de las dudas expresadas por las familias durante las visitas domiciliarias. Es fundamental que

Enfermería se mantenga atenta a la demanda de la población para abordar los temas que más les preocupan.

- Información básica sobre la diabetes y la hipertensión: ¿Qué son?, tipos, factores de riesgo, Complicaciones.
- Importancia del autocuidado.
- Alimentación saludable.
- Actividad física, beneficios, tipos, recomendaciones.
- Prevención y detección de lesiones (Pie diabético).
- Manejo del estrés y afrontamiento.
- Prevención de complicaciones.
- Apoyo familiar.
- Importancia del estilo de vida saludable.
- Importancia del seguimiento y control.
- Manejo de emociones.
- Adecuada adherencia al tratamiento.
- Mitos y realidades.
- Recursos y apoyo comunitario.

En coordinación con el área dental se deben abordar estos temas:

- Relación entre la salud bucal y las enfermedades crónicas.
- Higiene bucal óptima.
- Importancia de las visitas odontológicas regulares.
- Cuidados específicos.
- Dieta y salud bucal.

El propósito principal de estas pláticas de capacitación en salud es desmentir creencias erróneas comunes en la comunidad, como que la diabetes se puede curar o que los medicamentos para la presión arterial alta solo deben tomarse cuando uno se siente mal. Así, se busca disminuir los casos de agravamiento por el descontrol de estas enfermedades en la consulta médica.

Para el desarrollo de estos talleres de educación en salud, puedes consultar el Anexo 4 (Guía: De la idea a la acción: construyendo un taller efectivo.) y Anexo 5 (Cronograma de ejecución del taller.)

- Creación de una cartilla de control.

Una observación clave en el programa de salud para pacientes con enfermedades crónicas degenerativas es que, aunque el expediente impreso registra las consultas, esta información permanece en el archivo. Esto significa que los pacientes no tienen un reporte escrito de su propio estado de salud ni de su evolución.

Por ello, propongo la creación de una cartilla de control específica para pacientes con hipertensión y diabetes. El objetivo principal es que tanto los pacientes como

sus familias estén al tanto de la evolución de su enfermedad, permitiéndoles visualizar si están logrando un control adecuado o si necesitan ajustar estrategias (medicamentos, hábitos, nutrición, etc.). Al igual que con la herramienta MAPA, considero que esta cartilla aumentará significativamente el compromiso y la formalidad de cada paciente para acudir a sus consultas y dar seguimiento a su salud.

Para garantizar una atención integral, esta cartilla establece que en cada consulta de control (con una frecuencia mensual o bimensual), los pacientes serán atendidos por las áreas médica y de enfermería. Además, el área de estomatología realizará una valoración cada seis meses, asegurando así un monitoreo completo y continuo de su bienestar (véanse Anexos 8 y 8.1).

- Seguimiento de control y vigilancia con visitas domiciliarias.

En cuanto al seguimiento de las visitas domiciliarias, Enfermería debe coordinarlas y agendarlas en colaboración con el área médica, promotores de salud y, si es necesario, el área dental. Además, propongo la adopción de un formato de registro de visitas domiciliarias (Anexo 9), cuyo diseño se fundamenta en los prototipos elaborados durante mi experiencia en el servicio social, siguiendo la línea del programa de control enfermedades crónicas.

### **Programa de evaluación y vigilancia del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.**

#### ➤ Marco de Trabajo: Programa crecimiento y desarrollo de SADEC.

El programa se enfoca en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los problemas nutricionales y de desarrollo en niñas y niños menores de 15 años, especialmente en contextos comunitarios rurales y marginados. Se basa en un enfoque de salud integral y desarrollo infantil, considerando factores biológicos, ambientales y sociales.

#### ➤ Lineamientos del Programa Crecimiento y desarrollo de SADEC.

Objetivo general:

- ❖ Disminuir la morbi-mortalidad en menores de 15 años mediante estrategias comunitarias de evaluación y atención integral del crecimiento y desarrollo.

Objetivos específicos:

- ❖ Realizar campañas de salud dos veces al año.
- ❖ Detectar problemas de salud y canalizar a consulta médica o segundo nivel.
- ❖ Llevar seguimiento a través de censos, consultas y expedientes individuales.
- ❖ Referir oportunamente a niveles superiores cuando se requiera.

Estrategias y acciones principales:

- ❖ Campañas de salud en coordinación con pasantes, promotores/as y autoridades comunitarias.
- ❖ Evaluación del crecimiento en cada puesto médico.
- ❖ Ingreso al programa de menores que requieran seguimiento.
- ❖ Registro en formatos proporcionados por SADEC.

Procedimiento clínico para seguimiento:

- ❖ Historia clínica y revisión física del menor.
- ❖ Medición de peso y talla con técnicas estandarizadas.
- ❖ Tratamiento y receta en caso necesario.
- ❖ Orientación alimentaria y promoción del control periódico.
- ❖ Referencia al segundo nivel de atención si aplica.

Uno de los programas en los que más disfruté colaborar fue el de crecimiento y desarrollo del niño. En este programa de salud, los lineamientos de acción se centran en la realización de campañas de salud con el objetivo de disminuir la morbilidad por parasitosis, caries y enfermedades gastrointestinales relacionadas con la falta de higiene, factores que comprometen o impiden un adecuado crecimiento y desarrollo.

*Enfermería en acción: Intervenciones e impacto.*

- Campañas de salud del infante.

La pandemia había suspendido las campañas de salud durante dos años. Seis meses después de mi llegada, y tras observar la dinámica de cada comunidad, participé en la organización de tres campañas. La coordinación entre el equipo médico, dental y los promotores de salud fue fundamental.

Mi rol en estas campañas fue organizar la impartición de los temas y los materiales que utilizaríamos, además de gestionar los espacios y recursos. Por su parte, el área médica y dental se encargó de la gestión de medicamentos antiparasitarios, flúor, pastillas reveladoras, cepillos de dientes y material de aplicación. El trabajo conjunto de las tres áreas fue clave en la creación de material didáctico para fomentar la participación de los niños en las pláticas de salud. Mientras tanto, los promotores de salud tuvieron como labor principal la traducción al idioma tseltal y la organización de los niños.

Los enfermeros tenemos la ventaja de recibir formación específica en el desarrollo, coordinación y ejecución de campañas y ferias de salud, lo que nos permite adquirir experiencia sobre el tipo de material más efectivo para lograr un buen aprendizaje en nuestra población objetivo. El impacto de estas campañas depende en gran medida de cómo se imparten las pláticas de salud para fomentar el aprendizaje, así como del material utilizado, que debe ser apropiado para la edad de la audiencia. Por ese motivo, utilicé un títere (moppet) para captar la atención de los niños y asegurar una mejor participación.

14. imágenes. Fotografías de campañas de desparasitación y salud bucal.



*Propuestas de actividades de enfermería para fortalecer el programa de crecimiento y desarrollo:*

- Seguimiento de campañas de salud.

Dada la capacitación y experiencia de la enfermería, es fundamental que esta área lidere la continuidad, organización y cumplimiento de las campañas de salud. Sugiero específicamente que la enfermera en servicio social se encargue de esta labor, aprovechando sus conocimientos y habilidades prácticas. En caso de que no haya ninguna enfermera realizando el servicio social, la campaña podrá organizarse utilizando el "Formato de consejos prácticos para realizar una campaña de salud" disponible en el Anexo 10 de este documento.

- Vinculación directa de enfermería con la escuela autónoma zapatista de La Garrucha.

La reapertura de la escuela primaria zapatista, después de su cierre durante la pandemia, reveló una oportunidad significativa durante mi servicio social. El entorno limitado de solo dos aulas la hace ideal para implementar un control y seguimiento de salud integral para sus estudiantes. Colaborar con los equipos de medicina, odontología y promoción de la salud en esta iniciativa tiene un potencial inmenso. Mi propuesta es buscar enlaces oficiales con las autoridades para establecer protocolos de seguimiento estructurados y diseñar tarjetas de salud individuales para cada niño. Aunque las limitaciones de tiempo me impidieron iniciar este trabajo desde base, es una visión estratégica que merece ser perseguida a futuro.

**15. Imagen. Actividades recreativas con alumnos de la escuela zapatista.**



## **Conclusión:**

La experiencia en las comunidades de Chiapas, durante mi servicio social, fue un profundo aprendizaje que comenzó con un significativo choque cultural. Adaptarme a una realidad tan distinta, comprender las costumbres, los tiempos y las cosmovisiones de las comunidades indígenas, fue mi primer gran desafío. Esta inmersión me enseñó una lección invaluable: la necesidad imperante de una atención con pertinencia cultural. No se trata solo de hablar el mismo idioma, sino de entender cómo la cultura influye en la percepción de la salud y el tratamiento. Solo al integrar este enfoque, podemos construir confianza y lograr que las intervenciones de salud sean efectivas y respetuosas.

La situación de Chiapas es, sin duda, alarmante en cuanto a sus determinantes sociales. La pobreza, la falta de acceso a servicios básicos, las barreras geográficas y lingüísticas, y la persistencia de mitos, impactan directamente la salud de su población. Estas condiciones socioeconómicas adversas exacerbando enfermedades y dificultan la prevención. Sin embargo, es precisamente en este contexto donde la labor de instituciones como SADEC se vuelve crucial y esperanzadora. Su intervención, a través de los diversos programas de salud que implementan, se convierte en un pilar fundamental para mejorar las condiciones de vida y salud de las comunidades más vulnerables. Trabajar de cerca con SADEC me permitió ser testigo de cómo la organización y la dedicación pueden generar un impacto positivo, aun en las circunstancias más desafiantes.

Mi respeto por el movimiento zapatista se profundizó al ver cómo, a pesar de la opresión, el desprecio y la discriminación por parte de las estructuras del Estado, sus propias formas de organización y gobierno siguen firmes. Esto demuestra que la estructura comunitaria es fundamental y clave para lograr grandes cosas. Para mí, fue un privilegio colaborar en el fortalecimiento de sus estructuras de salud y conocer su historia desde adentro.

Por otro lado, este servicio social me confrontó con un desafío profesional significativo: el trabajo en equipo multidisciplinario. Aunque en enfermería se nos inculca la importancia del trabajo colaborativo, la realidad en la carrera a menudo nos limita a interactuar solo entre colegas de enfermería. En contraste, observé que las áreas de medicina y estomatología no siempre tienen esa misma formación o práctica en la colaboración interprofesional. Aquí, el servicio social se reveló como una experiencia innovadora y crucial, demostrando que el trabajo en equipo es indispensable para lograr una atención integral y, por ende, de calidad. Este esfuerzo conjunto no solo fortaleció mis habilidades profesionales, sino que forjó lazos inquebrantables. Más allá de hacer amigos, me llevo hermanos, compañeros con los que compartí desafíos, logros y un profundo compromiso con la salud de estas comunidades. La fuerza de este vínculo fue la clave para superar obstáculos y ofrecer una atención holística y efectiva.

Es innegable que las políticas públicas continúan moldeando nuestro sistema de salud, lo que implica que los programas sociales deben orientarse hacia los problemas más significativos y urgentes. En este escenario, la enfermería comunitaria no solo se está consolidando, sino que es, sin duda, un pilar fundamental con un futuro prometedor. La capacidad de la enfermería para acercarse a la gente, comprender sus realidades, educar y empoderar en sus propios entornos la convierte en una pieza irremplazable para lograr un impacto real y sostenible en la salud de las poblaciones más vulnerables. Su rol es y será esencial en la construcción de un sistema de salud más equitativo y eficaz.

A pesar de que encontré un escenario donde la enfermería nunca había tenido un rol específico más allá de la asistencia, mi experiencia y visión permitieron sentar las bases para que futuros enfermeros tengan un trabajo definido y de impacto. Disfruté tanto esta experiencia que me quedé seis meses más después de terminar mi año de servicio social, con el firme propósito de seguir fortaleciendo el sistema de salud que SADEC lleva a cabo en conjunto con el EZLN. Si me dieran a elegir otra vez dónde realizar mi servicio social, sin dudarlo elegiría Chiapas. Aún hay mucho trabajo por hacer y desarrollar, sin embargo, esto se queda como "la historia sin fin", pues mi mayor esperanza es que los futuros enfermeros que lleguen a Chiapas sigan investigando, experimentando, innovando y proponiendo intervenciones de enfermería clave que consoliden el progreso en la salud comunitaria.

Y termino con el versículo de la Biblia que me confirmó e impulsó a tomar la decisión de ir a Chiapas.

*"Pues yo sé los planes que tengo para ustedes —dice el Señor—. Son planes para lo bueno y no para lo malo, para darles un futuro y una esperanza." (Jeremías 29:11 NTV)*

## Bibliografía:

1. López, R., De la Peña, A. (2013). *Culture shock: estrategias para la adaptación*. neal (13), Pag 8.  
[https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca\\_ele/asele/pdf/22/22\\_0010.pdf](https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/22/22_0010.pdf)
2. Daguerre, F., Martínez, C., Rojas, E. (2013) “*La salud detrás de una capucha rebelde que resiste*”. *Descripción del Sistema de Salud Autónomo Zapatista y su relación con los conceptos de Medicina Social*. UNLP Facultad de trabajo social.  
[https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/la\\_salud\\_detras\\_de\\_una\\_capucha\\_rebelde\\_que\\_resiste\\_daguerre\\_feliza\\_martinez\\_carlos\\_y\\_rojas\\_eliana\\_%202013-%20Sist%20de%20salud%20Zapatista.pdf](https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/la_salud_detras_de_una_capucha_rebelde_que_resiste_daguerre_feliza_martinez_carlos_y_rojas_eliana_%202013-%20Sist%20de%20salud%20Zapatista.pdf)
3. Freyermuth, M., Meneses, S. (2020) *Contribuciones desde la antropología médica y la salud pública para personal de salud en regiones indígenas y rurales*. INSP & Divulgación CIESAS.  
[https://insp.mx/resources/images/stories/2023/docs/Contribuciones desde la antropologia\\_medica\\_y\\_la\\_salud.pdf](https://insp.mx/resources/images/stories/2023/docs/Contribuciones_desde_la_antropologia_medica_y_la_salud.pdf)
4. Salvador, I., Pérez, J., Parra., Mendoza, N., Salomé, G. & Almonte, M. (2021). *Procedimientos realizados por parteras para la atención de embarazos de riesgo en una comunidad indígena de Amixtlán* (México). *Índex de Enfermeria*, 30(3), 193-197.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962021000200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200009&lng=es&tlng=es).
5. Leahey M. & Wriqth L. (2009) *Nurses and families. A guide to family assessment and intervention*. F. A. Davis Company. 5º ed.  
<https://www.minams.edu.pk/cPanel/ebooks/miscellaneous/11.Nurses%20and%20Families%20A%20Guide%20to%20Family%20Assessment%20and%20Intervention.pdf>
6. Salud y desarrollo comunitario. (27 de febrero de 2025) *HISTORIA (1a. parte 1985-1993) e HISTORIA (2a. parte: 1994 a la fecha)*.  
<http://www.sadec.org.mx/historia%202%20parte.htm>
7. Tirado, A. (2021). *El concepto de salud y su aproximación desde diferentes disciplinas*. *Revista Ciencias Biomédicas*, 10(1), 55-60.  
<https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/3236/2749>
8. Naciones Unidas. (2008, junio). *El derecho a la salud*. [Folleto 31] Organización de las Naciones unidas.  
<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
9. Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Naciones Unidas.  
<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

10. Otero A. & Zunzunegui M. (2011). *Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria*. Elsevier. <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Determinantes-Sociales-de-la-Salud.pdf>
11. Urbina M. & González M. (2012). *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*. INSP. [https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/131209\\_determinantesSociales.pdf](https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf)
12. Lugo, M. (2015) *El derecho a la salud en México problemas de su fundamentación*. CNDH [http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib\\_dersaludmexico.pdf](http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_dersaludmexico.pdf)
13. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2023). *Artículo 4º*. Diario Oficial de la Federación 1983. <https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/cpeum/documento/2017-03/CPEUM-004.pdf>
14. López S. & López O. (2015) *Derecho a la Salud en México*. Universidad Autónoma Metropolitana. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39646.pdf>
15. Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad (CONABIO). (2023). *La biodiversidad en Chiapas: Estudio de Estado*. Recuperado de: [https://www.biodiversidad.gob.mx/region/eeb/estudios/ee\\_chiapas](https://www.biodiversidad.gob.mx/region/eeb/estudios/ee_chiapas)
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI) (2022). *Aspectos geográficos de Chiapas*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/889463914181.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463914181.pdf)
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI) (2020). *Panorama sociodemográfico de Chiapas: Censo de Población y Vivienda 2020*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825197780.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197780.pdf)
18. Secretaría de Salud. (2023). *Anuario de morbilidad 2023: Información estatal por grupo de edad. Chiapas*. Dirección General de Epidemiología. [https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2023/principales/estatal\\_grupo/chis.pdf](https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2023/principales/estatal_grupo/chis.pdf)
19. Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica. (CEIEG) (2022). *Mortalidad, estadísticas del sector salud* (Hoja de cálculo de Excel). Recuperado el 28 de marzo de 2025; <https://ceieg.chiapas.gob.mx/info-estadistica/mortalidad-estadisticas-del-sector-salud>
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH)*. Recuperado el 30 de marzo de 2025; <https://www.inegi.org.mx/programas/endutih/2023/>
21. Secretaría de Economía. (2024). *Chiapas: Economía, industrias, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública*. Data México. <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/chiapas->

[cs?peaSelector=unemployedOption&timeNetTradeSelector=Year&totalGenderSelector=totalOption&workforceSelector=workforceOption](#)

22. Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. (2020). *Atlas de los Pueblos Indígenas de México*. INPI. <https://atlas.inpi.gob.mx/chiapas-2/>
23. Secretaría de Educación Pública. (2025). *Sistema político mexicano: Elementos y principios*. Nueva Escuela Mexicana. <https://nuevaescuelamexicana.sep.gob.mx/contenido/coleccion/sistema-politico-mexicano-elementos-y-principios-3/>
24. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas. (2025). *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Chiapas* (No. 025, tomo III), URL: <https://www.haciendachiapas.gob.mx/marco-legal/Estatal/información/Leyes/constitucion.pdf>
25. Hernández Millán, A., (2007). Orígenes y antecedentes del EZLN. *Espacios Públicos*, 10(19), 264-283. <https://www.redalyc.org/pdf/676/67601915.pdf>
26. Radio Zapatista. (2024, abril 23). *Salud comunitaria en Chiapas: Las clínicas zapatistas frente a la crisis de salud*. <https://radiozapatista.org/?p=43177>
27. Gobierno del Estado de Chiapas. (2020). *[Ubicación Ocosingo]* [Mapa interactivo]. Secretaría de Hacienda del Estado de Chiapas. <https://geoweb.chiapas.gob.mx/geoweb/>
28. Secretaría de Obras Públicas del Estado de Chiapas. (2020). *Mapas de las localidades de Arroyo Granizo, San Jerónimo Tulijá, Las Tazas y La Garrucha, Chiapas* [Mapa]. GeoWeb Chiapas. <https://geoweb.chiapas.gob.mx/geoweb/>
29. IMSS Bienestar. (2024). *Atención a la salud*. Sitio Oficial de IMSS Bienestar. <https://www.imss.gob.mx/imss-bienestar/atencion-salud>
30. Carreto Vázquez, R. Z. (2024). Informe de servicio social en la comunidad de Arroyo Granizo: agosto 2023 – julio 2024. [Informe técnico]. Clínica Autónoma Lorenzo Espinoza / SADEC.
31. Tovar Rodríguez, V. (2023). Reporte final de servicio social en la comunidad de San Jerónimo Tulijá: febrero 2022 – enero 2023. [Informe técnico]. Clínica Autónoma Murcia Elisa Irina Sáenz Garza / SADEC.
32. Cortés Cervantes, C. J. (2017). Diagnóstico de Salud Comunitaria del Poblado Emiliano Zapata y Ejido Las Tazas, Chiapas, México. Reporte de Servicio Social de febrero 2016 a enero 2017. [Informe técnico] SADEC.
33. Chávez Rendón D. T. (2023) Reporte del servicio social caracol “La Garrucha”, Chiapas, México. [Informe técnico]. SADEC.
34. Pueblos América. (2024). *Arroyo Granizo (Chiapas)*. Recuperado el 4 de abril de 2025, de <https://mexico.pueblosamerica.com/i/arroyo-granizo/>
35. Pueblos América. (2024). *San Jerónimo Tulijá (Chiapas)*. Recuperado el 7 de abril de 2025, de <https://mexico.pueblosamerica.com/i/san-jeronimo-tulija/>
36. Pueblos América. (2024). *La Garrucha (Chiapas)*. Recuperado el 6 de abril de 2025, de <https://mexico.pueblosamerica.com/i/la-garrucha/>

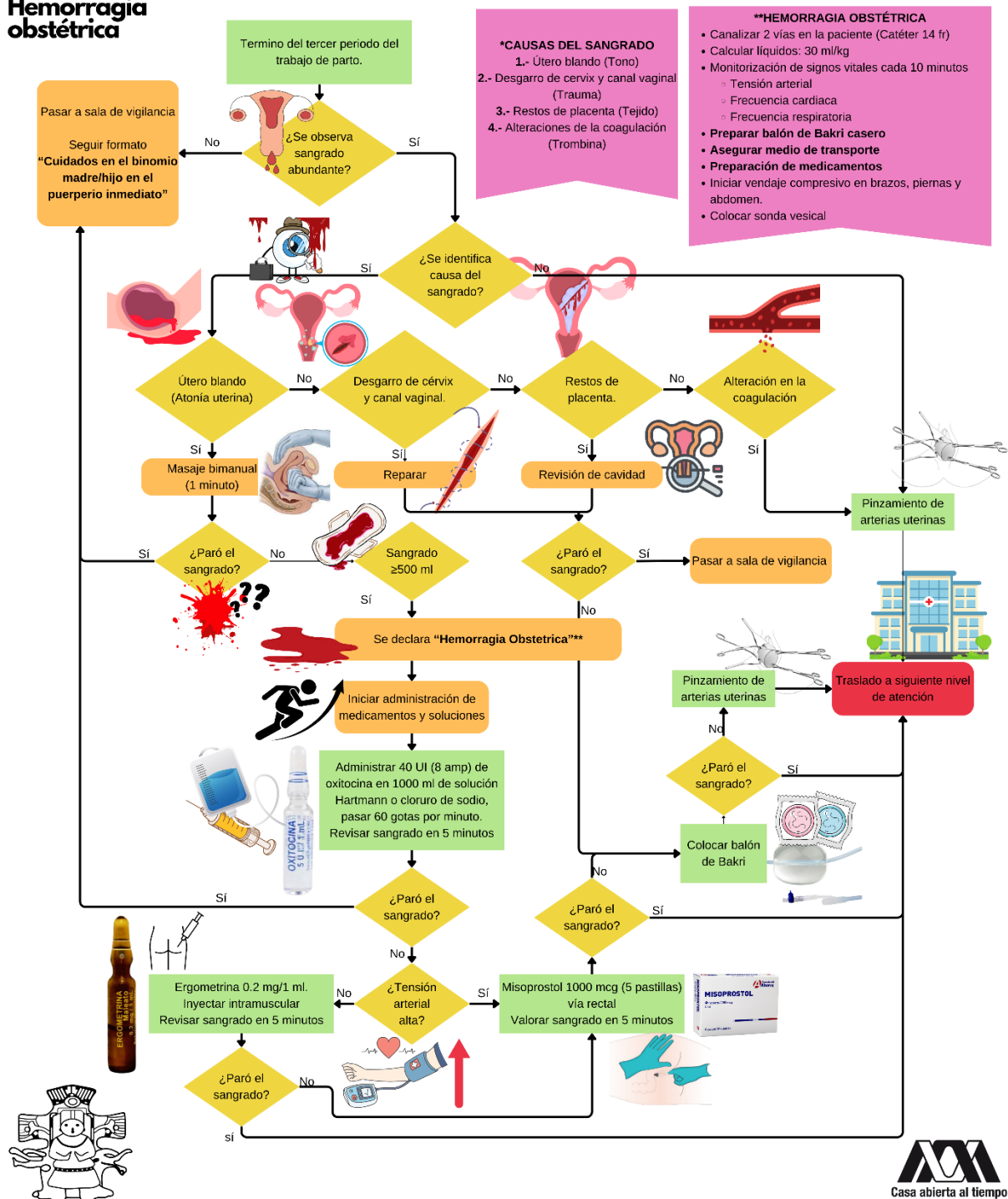
37. Pueblos América. (2024). *Las Tazas (Chiapas)*. Recuperado el 7 de abril de 2025, de <https://mexico.pueblosamerica.com/i/las-tazas/>
38. Malagón G. & Galán R. (2002). La salud pública: situación actual, propuestas y recomendaciones: Responsabilidad y cobertura de la salud pública. Editorial: Médica Panamericana. URL: [https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/nucleo/docs/dip\\_lsp/salud\\_publica.pdf](https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/nucleo/docs/dip_lsp/salud_publica.pdf)
39. Equipo Ed de Redacción. (2019, marzo 03) Enfermería en las fuentes de la Historia Antigua. *Revista Enfermería en Desarrollo*. Número 20. <https://enfermeriaendesarrollo.es/en-sociedad/enfermeria-en-las-fuentes-de-la-historia-antigua/>
40. Nueva traducción viviente. (1996) Biblegateway Online. <https://www.biblegateway.com/passage/?search=Deuteronomio%2023%3A12-13&version=NTV> (Obra original publicada 1996)
41. Sánchez D., Castillo A., & Septiem B. (2025). *Línea del tiempo: La evolución de la salud pública*. TEPEXI Boletín Científico De La Escuela Superior Tepeji Del Río, 12(23), 92-100. <https://doi.org/10.29057/estr.v12i23.9756>
42. Dursteler E. (2013) *Companion to Venetian History, 1400–1797*. Koninklijke Brill NV. [https://www.academia.edu/4543469/A\\_Companion\\_to\\_Venetian\\_History\\_1400\\_1797](https://www.academia.edu/4543469/A_Companion_to_Venetian_History_1400_1797)
43. López S. (2005). *SISTEMAS DE SALUD COMPARADOS: Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90*. FTS-UNLP. [https://trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez\\_sistemas\\_comparados\\_de\\_salud.pdf](https://trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez_sistemas_comparados_de_salud.pdf)
44. Portela I. (2018). Florence Nightingale y el nacimiento de la enfermería moderna. *Revista: Despertar Ferro*. <https://www.despertaferro-ediciones.com/2018/florence-nightingale-enfermeria-moderna/#:~:text=Es%20aqu%C3%AD%20donde%20la%20figura,formaci%C3%B3n%20y%20conocimientos%20sanitarios%20avanzados>.
45. Matte J. (2012) *GRUPO DEL BANCO MUNDIAL: Seis Décadas de Historia, un Desafío Pendiente*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Chile] [https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/112864/de-matte\\_j.pdf](https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/112864/de-matte_j.pdf)
46. Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Alma-Ata: 25 años después*. <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>
47. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. (2012, 08 de julio). *Boletín Epidemiológico Semanal: Evolución histórica de la mortalidad materna en México*. (Vol. 29, No. 28). [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/13920/2012\\_sem28.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/13920/2012_sem28.pdf)
48. Yáñez V. (2000). *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México: Origen y evolución de la salud pública en México* <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/3/1421/4.pdf>

49. Moreno Y., Fajardo M., Ibarra A., & Restrepo S. (2017). Cronología de la profesionalización de la Enfermería. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 9(2), 65-74. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=517753268005>
50. Cardozo M. (2006). Políticas de lucha contra la pobreza en México. Principales resultados y limitaciones. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 16(45), 15-56. <https://www.redalyc.org/pdf/705/70504503.pdf>
51. Mendoza H. (2011). El concepto de pobreza y su evolución en la política social del gobierno mexicano. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 19(37), 221-251. Recuperado en 28 de mayo de 2025, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-45572011000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572011000100009&lng=es&tlng=es).
52. Instituto Mexicano del Seguro Social (2025). *Historia del IMSS-Bienestar*. <https://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>
53. Hernández J., Paredes J. & Marín R. (2014). Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. Elsevier, Vol. 46(Núm. 1.), páginas 40-47. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.07.006

# Anexos.

## Anexo 1. Algoritmo Visual de hemorragia obstétrica.

### Hemorragia obstétrica



Elaborado por: MPSS Alexander Abisabel Martínez Martínez y EnPSS Citlalli Leonor González Gutiérrez.

Revisado y aprobado por: Salud y Desarrollo Comunitario.

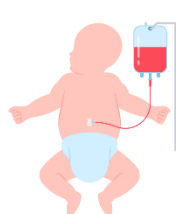
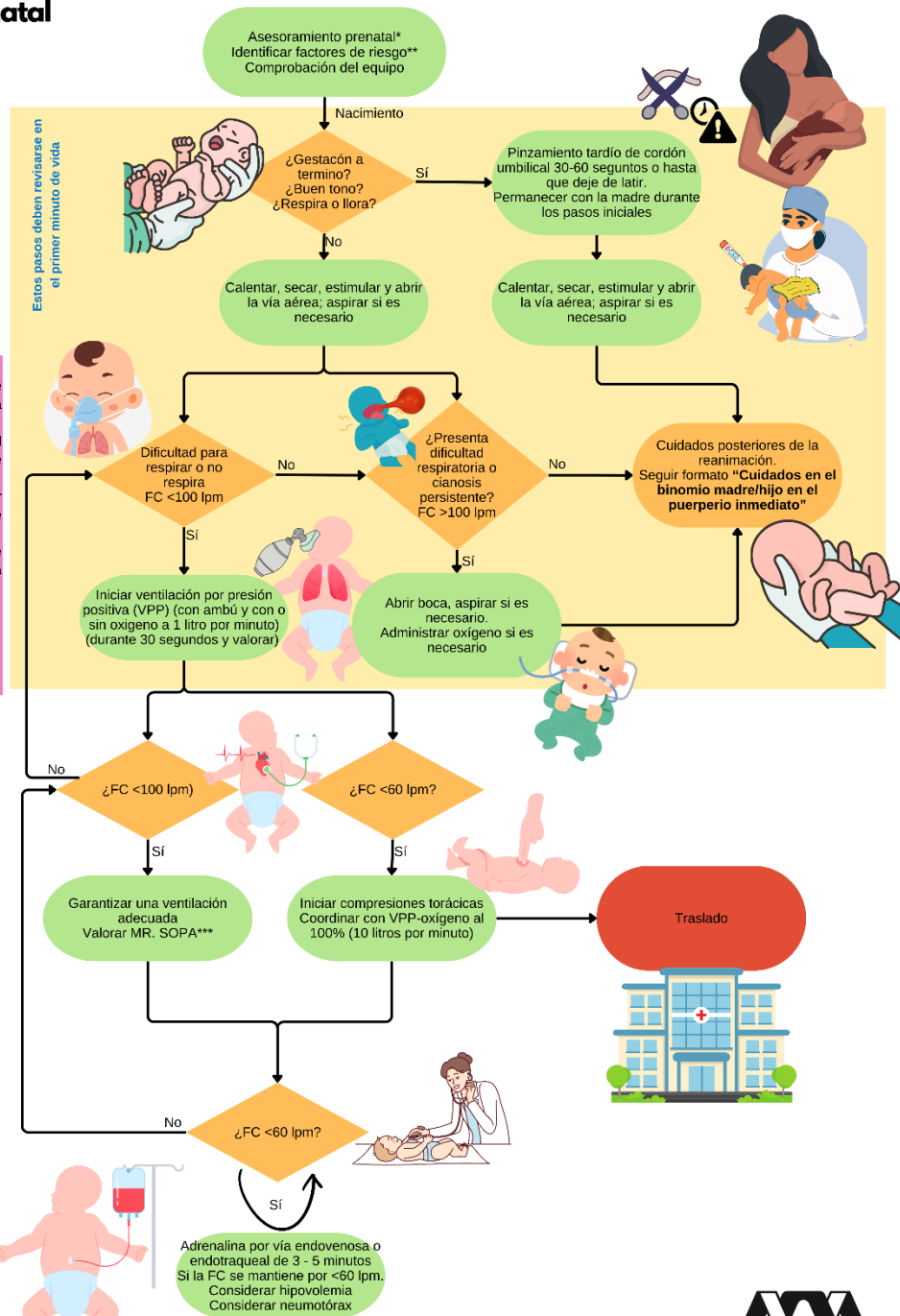
## Anexo 2. Algoritmo Visual de reanimación neonatal.

### Reanimación Neonatal

**\*Asesoramiento prenatal**  
 ¿Paciente conocida por la clínica?  
 ¿Seguimiento con partera?

**\*\*Factores de riesgo**  
 ¿Ultrasonido aparentemente normal?  
 ¿Partograma normal o FCF normal?  
 ¿Embarazo postérmino?

**\*\*\*MR SOPA**  
**M:** Mascarilla (asegurarse que se encuentre bien posicionada sobre la boca y nariz del bebé)  
**R:** Reponer (Asegurarse que el bebé se encuentra en posición de olfateo)  
**S:** Succión (asegurarse de succionar todas las secreciones de la boca y de la nariz)  
**O:** Abrir boca (asegurarse que el aire entre a sus pulmones abriendo la boca)  
**P:** Presión  
**A:** Alternativa

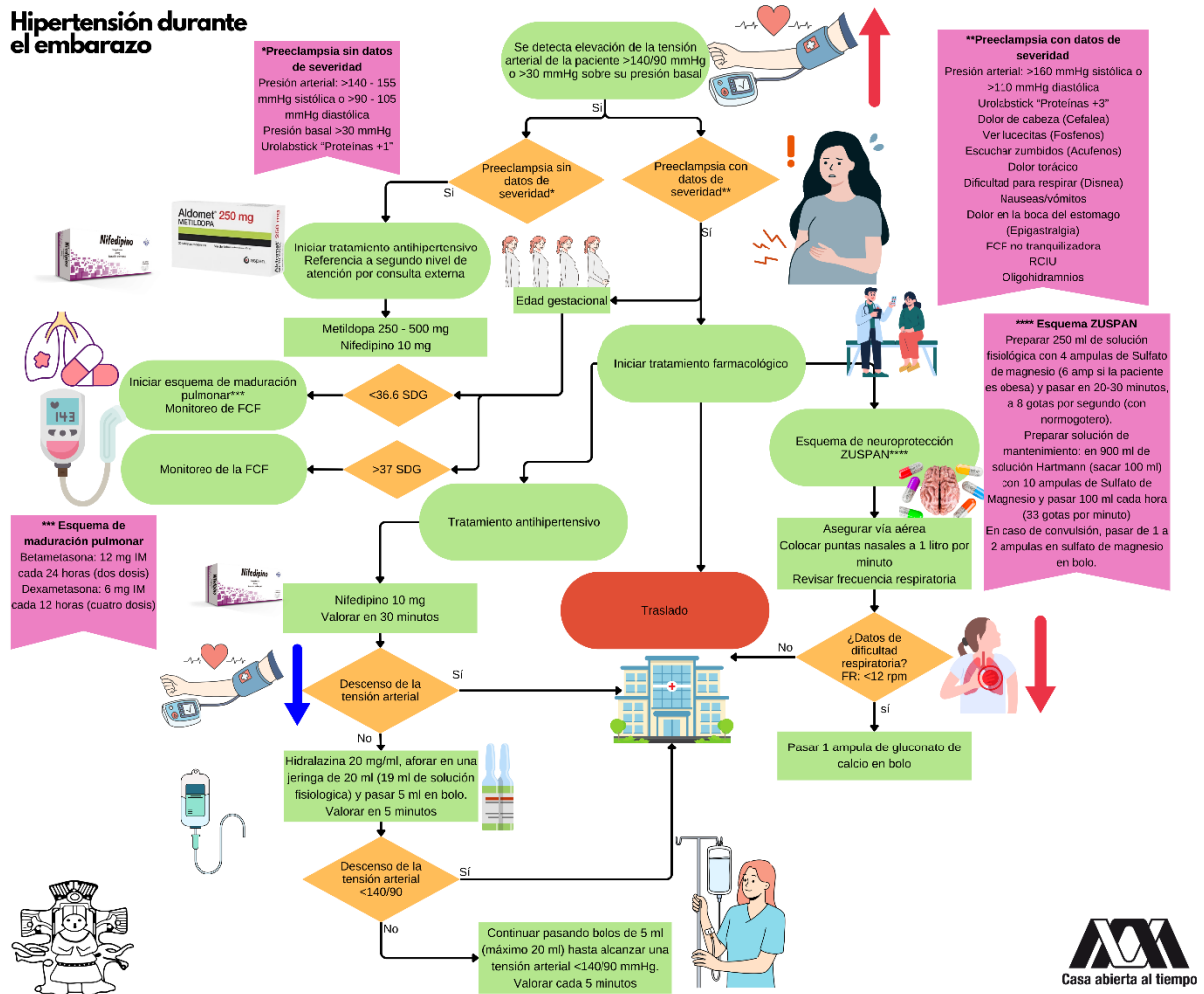


Elaborado por: MPSS Alexander Abisabel Martínez Martínez y EnPSS Citlalli Leonor González Gutiérrez.

Revisado y aprobado por: Salud y Desarrollo Comunitario.

## Anexo 3. Algoritmo visual de hipertensión durante el embarazo.

### Hipertensión durante el embarazo



Elaborado por: MPSS Alexander Abisabel Martínez Martínez y EnPSS Citlalli Leonor González Gutiérrez.

Revisado y aprobado por: Salud y Desarrollo Comunitario.

## **Anexo 4. Guía: De la idea a la acción: construyendo un taller efectivo.**

### **Fase 1: Planificación y Diseño.**

#### 1. Definir el Objetivo del Taller:

- ¿Qué quieres que los participantes logren o aprendan al final? (Ej. "Que las embarazadas identifiquen tres signos de alarma").
- ¿Cuál es el problema o necesidad que el taller busca resolver?

#### 2. Identificar a la Audiencia Objetivo:

- ¿A quién va dirigido el taller? (Ej. "Mujeres embarazadas de zonas rurales", "Promotores de salud").
- ¿Cuáles son sus conocimientos previos, necesidades y expectativas?
- ¿Qué idioma hablan preferentemente?

#### 3. Investigar y Recopilar Contenido:

- Reunir información relevante y actualizada sobre el tema.
- Asegurarse de que el contenido se base en guías de práctica clínica o fuentes confiables.
- Considerar la pertinencia cultural del contenido.

#### 4. Diseñar la Estructura y Temario: (Sugerencia de guía para el desarrollo de una plática: Anexo 5.)

- Dividir el contenido en módulos o secciones lógicas.
- Establecer la duración de cada parte y del taller completo.
- Definir la metodología: ¿Será solo expositivo, o incluirá dinámicas, casos prácticos, discusiones, etc.?

**Nota:** *Para maximizar el aprendizaje y la retención se recomienda encarecidamente, que el taller sea dinámico y fomente la máxima participación.*

#### 5. Desarrollar Materiales Didácticos:

- Crear presentaciones, carteles, papelógrafos, folletos, guías, actividades interactivas.
- Si es necesario, adaptar o mejorar imágenes/recursos visuales existentes, asegurando la pertinencia cultural y la traducción si aplica (como los signos de alarma en tseltal).
- Preparar listas de verificación, rúbricas de evaluación o formularios de retroalimentación.

**Nota:** *Debido a los cortes de luz comunes en las comunidades, la elaboración de material en físico es altamente recomendada. Recuerda que, cuanto más visual y atractivo sea el material, mejor será la comprensión y el impacto.*

### **Fase 2: Logística y Preparación**

#### 6. Seleccionar Lugar y Fecha:

- Elegir un espacio adecuado y accesible para la audiencia.
- Definir fechas y horarios que maximicen la asistencia.

#### 7. Preparar Recursos Humanos:

- Identificar y confirmar a los facilitadores/ponentes.
- Coordinar roles y responsabilidades de cada miembro del equipo (incluyendo colaboración interdisciplinaria con medicina, dental, promotores, parteras, etc.).

#### 8. Conseguir Materiales y Equipo:

- Listar y adquirir/solicitar todo lo necesario a SADEC: proyector, bocina, pizarrón, marcadores, material impreso, kits de demostración, etc.
- Hay que asegurar que el equipo técnico funcione correctamente.

#### 9. Promoción y Convocatoria:

- Diseñar invitaciones o materiales de difusión atractivos. (Carteles, folletos, volantes, etc.).
- Distribuir la información a la audiencia objetivo a través de los canales adecuados (redes comunitarias, tiendas, puntos de reunión clave, centros de salud, etc.).
- Gestionar inscripciones o confirmaciones de asistencia.

**Tip de difusión:** Para una comunicación efectiva, localiza los megáfonos comunitarios. Con un spot breve y claro, y con la ayuda de los promotores para anunciarlo en tselta, podrás asegurar que tu mensaje sobre las actividades llegue a todos.

### **Fase 3: Ejecución del Taller (Día del Taller)**

#### 10. Preparación Pre-Taller:

- Llegar con antelación al lugar.
- Organizar el espacio, acomodar sillas, probar equipo.
- Disponer los materiales didácticos y de apoyo.

#### 11. Bienvenida y Presentación:

- Recibir a los participantes de manera cálida.
- Presentar a los facilitadores y el objetivo del taller.
- Rompehielos (opcional) para fomentar la integración, actividades de presentación.

#### 12. Desarrollo del Contenido (Según el diseño):

- Presentar los temas de manera clara y dinámica.
- Facilitar las actividades interactivas, discusiones y demostraciones.
- Gestionar el tiempo de forma efectiva.
- Resolver dudas y fomentar la participación.

#### 13. Cierre y Reflexión:

- Resumir los puntos clave aprendidos.
- Abrir espacio para preguntas finales y comentarios.
- Agradecer la participación.

### **Fase 4: Evaluación y Seguimiento (Post-Taller)**

#### 14. Recopilar Retroalimentación (Inmediatamente después del taller):

- Administrar encuestas de satisfacción o formularios de retroalimentación a los participantes.

#### 15. Analizar Resultados y Ajustar:

- Revisar la retroalimentación de los participantes y las observaciones de los facilitadores.
- Identificar fortalezas y áreas de mejora para futuros talleres.
- Evaluar si se lograron los objetivos del taller.

#### 16. Elaborar Informe:

- Documentar el proceso, los resultados y las lecciones aprendidas.
- Incluir recomendaciones para futuras intervenciones o capacitaciones.
- Seguimiento (Continuo, según el tema):

Si aplica, planificar actividades de seguimiento para reforzar el aprendizaje o evaluar el impacto a largo plazo (ej. Reforzar en la consulta si es un taller de control prenatal para promotores o parteras).

#### **Consejos adicionales:**

Conoce a tu Audiencia: Es vital que comprendas a tus participantes antes de empezar. Familiarízate con sus costumbres y prácticas culturales, y después adapta el lenguaje, los ejemplos y la profundidad del contenido a sus conocimientos y experiencias de vida.

Claridad y Simplicidad: Siempre opta por la forma más sencilla de explicar las cosas. Evita la jerga técnica.

Historias y Ejemplos: Las historias personales o ejemplos concretos ayudan mucho a que la gente conecte y recuerde la información.

Material: cuanto más visual y llamativo sea tu material, mejor. Usa imágenes grandes y claras, gráficos sencillos y **evita el exceso de texto.**

Tiempo: Respeta el tiempo asignado para cada sección y para la plática completa.

Preguntas y Respuestas: Prepara algunas respuestas a preguntas comunes y piensa cómo manejar preguntas difíciles o fuera de tema.

## Anexo 5. Cronograma de ejecución del taller.

Secciones de la plática.	Tiempo	Objetivo de la sección.	Contenido clave a incluir.	Consejos para el desarrollo.
Introducción.	10 min.	Captar la atención, presentar el tema y el objetivo de la plática.	Bienvenida cálida. Presentación breve del tema y su relevancia para la audiencia Objetivo principal de la plática (¿Qué aprenderán hoy?). Rompehielos o pregunta inicial (opcional) para generar interés.	Sé conciso y enérgico. Usa una anécdota o estadística impactante. ¡Sonríe! Crea un ambiente acogedor
Desarrollo del contenido.	30 min	Explicar los conceptos clave de forma clara, lógica y atractiva.	Definiciones básicas: Explicar términos complejos de forma sencilla. Información esencial: Datos, causas, síntomas, consecuencias (según el tema). Soluciones / Acciones a tomar: ¿Qué pueden hacer los participantes? Ejemplos prácticos / Casos reales: Ilustrar los conceptos. Datos relevantes: Cifras, estadísticas (fácilmente digeribles). Mitos y realidades: Desmentir información errónea. Recursos locales disponibles: ¿Dónde pueden encontrar más ayuda o servicios?	Organiza la información en puntos clave. <b>Usa lenguaje sencillo y cercano a la comunidad. Evita la jerga técnica.</b> Emplea apoyos visuales (imágenes, gráficos simples). Haz pausas para preguntas y comentarios. Fomenta la participación con preguntas abiertas. <b>Relaciona el contenido con la vida diaria de la audiencia.</b>
Actividad o dinámica	15 min	Reforzar el aprendizaje de forma participativa y memorable.	Ejercicio práctico (ej. cómo llenar una cartilla). Pequeño debate o discusión guiada. Preguntas y respuestas rápidas. Demostración de una técnica (ej. cepillado dental). Juego o trivia relacionado con el tema.	Debe ser relevante para el contenido. Adapta la actividad al tiempo disponible y al número de participantes. Asegúrate de que todos puedan participar. Mantén la energía alta.
Conclusiones y Mensajes Clave	10 min.	Resumir lo más importante y dejar un mensaje claro para la acción.	Recapitulación de los puntos clave de la plática. Mensaje principal para llevar a casa. Reforzar el objetivo inicial del taller. Abrir espacio para preguntas finales.	Sé conciso y directo. Repite los mensajes más importantes. Anima a los participantes a aplicar lo aprendido.
Cierre y Agradecimiento	2-5 min.	Finalizar la plática de manera positiva y agradecer la asistencia.	Agradecimiento a los participantes. Información de contacto o dónde buscar más ayuda. Despedida.	Termina con una nota positiva. Deja claro que estás disponible para futuras dudas.

**Anexo 6. Formato General de visitas domiciliarias de atención prenatal.**

<b>Fecha de la visita</b>	<b>Nombre de la paciente/SDG.</b>	<b>Motivo de la visita.</b>	<b>Observaciones</b>

<b>Visitas con signos de alarma:</b>	
<b>Visitas con control normal:</b>	
<b>Total, de visitas realizadas:</b>	

## **Anexo 7. Formato de registro de visitas domiciliarias de enfermería en salud materna.**

### **DATOS GENERALES DE LA PACIENTE.**

Nombre Completo de la Gestante:

---

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

Domicilio: (características de la casa o cómo llegar al hogar):

---

Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_

Nombre del Promotor(a) de Salud o partera que acompañó (si aplica):

---

### **INFORMACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA.**

Fecha de la Visita: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hora de Inicio:

Hora de Finalización:

Motivo de la Visita (Marca con una X):

Seguimiento de control prenatal no asistido

Identificación de riesgo obstétrico

Educación para la salud

Detección de signos de alarma

Puerperio (postparto)

Otros: \_\_\_\_\_

Persona(s) Presente(s) durante la Visita (Marcar y especificar relación):

Paciente

Pareja

Madre / Padre

Otro Familiar: \_\_\_\_\_

Nadie (Especificar por qué no se pudo contactar):

---

## EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA (HALLAZGOS).

Estado General de la Paciente:

Estable

Refiere malestar: \_\_\_\_\_

Aparente compromiso de salud: \_\_\_\_\_

Signos Vitales:

T.A.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

F.C.: \_\_\_\_\_ lpm

F.R.: \_\_\_\_\_ rpm

Temperatura: \_\_\_\_\_ °C

SpO2 (si se midió): \_\_\_\_\_ %

Estado Obstétrico (Si aplica):

Altura Uterina: \_\_\_\_\_ cm

Frecuencia Cardiaca Fetal (FCF): \_\_\_\_\_ lpm (Ausente / Presente / No se pudo escuchar)

Movimientos Fetales:  Percibe /  No percibe /  Disminuidos (si aplica)

Presencia de Contracciones:  Sí (frecuencia/intensidad) /  No

Pérdida de Líquido/Sangre:  Sí (describir) /  No

Signos de Alarma (Marcar y describir):

Cefalea intensa o persistente: \_\_\_\_\_

Visión borrosa o luces: \_\_\_\_\_

Zumbido de oídos: \_\_\_\_\_

Dolor en la boca del estómago o debajo de costilla derecha:

\_\_\_\_\_

Hinchazón súbita de cara, manos o pies:

\_\_\_\_\_

Fiebre: \_\_\_\_\_

Sangrado vaginal: \_\_\_\_\_

Salida de líquido por vagina: \_\_\_\_\_

Disminución o ausencia de movimientos del bebé:

---

Contracción uterina persistente o dolor abdominal:

---

Otros:

---

Aspectos del Entorno Social/Familiar (Observaciones):

Apoyo familiar:  Adecuado /  Limitado

Condiciones de vivienda:  Adecuadas /  Necesita mejora  
(describir): \_\_\_\_\_

Otros factores relevantes:

---

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA REALIZADAS**

Educación para la Salud (Temas abordados):

Importancia del control prenatal.

Identificación y manejo de signos de alarma.

Nutrición durante el embarazo.

Importancia de la lactancia materna exclusiva.

Higiene bucal en el embarazo y el bebé.

Plan de parto / Plan de seguridad.

Cuidados del recién nacido.

Cuidados posparto.

Otros:

---

Consejería y Orientación:

Sobre apego al tratamiento (si aplica).

Sobre referencia a otros servicios (nutrición, psicología, trabajo social, etc.)

Sobre importancia de citas subsecuentes.

Otros:

---

Procedimientos de Enfermería (Marcar y describir brevemente):

[ ] Curación: \_\_\_\_\_

[ ] Toma de Glucemia capilar: \_\_\_\_\_ mg/dL

[ ] Otros:

---

## **PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO**

Riesgos Identificados durante la Visita (Resumen):

Acuerdos con la Paciente/Familia:

Recomendaciones / Acciones Pendientes para el Equipo Médico:

Próxima Acción (Si aplica):

[ ] Cita en Clínica: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora:

[ ] Próxima Visita Domiciliaria: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **DATOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

Nombre Completo de la Enfermera(o) y firma:

---

Material requerido para las visitas en domicilio:

- Bau manómetro y estetoscopio.
- Estetoscopio de Pinard o Doppler fetal.
- Termómetro.
- Cinta métrica (obstétrica).
- Guantes desechables.
- Alcohol en gel o toallitas desinfectantes.
- Oxímetro de pulso (opcional).
- Glucómetro y tiras reactivas (si aplica).
- Formatos de Registro.
- Pluma.
- Tabla de apoyo.
- Plumas.
- Material educativo. (si aplica)
- Mochila o bolsa resistente.
- Calzado cómodo.
- Termo con agua.
- Gorra, sombrero, impermeable o paraguas.

**Anexo 8.**  
**Formato de**  
**cartilla de**  
**control**  
**Hipertensión y**  
**diabetes.**  
**(Hoja por**  
**afuera).**

**METAS DE CONTROL.**

**Presión arterial**

Características de la persona	Metas de control
Personas con hipertensión.	Menor 140 / 90 mmHg
Persona con hipertensión y diabetes.	Menor 130 / 85 mmHg
Persona con HTA y enfermedad del corazón.	Menor 130 / 80 mmHg

**Azúcar en sangre**

Medida de glucosa.	Metas de control
En ayuno	Menor de 130 mg/dL
Casual	Menor 180 mg/dL

**RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO.**

- Tome sus medicamentos todos los días, a la misma hora, según la indicación médica.
- Lleve siempre esta cartilla a todas sus consultas.
- Aliméntese de forma saludable y haga ejercicio regularmente.
- Mantenga una buena higiene bucal.
- Pregunte todas sus dudas a su equipo de salud.

**⚠️ ¿Qué hacer si me siento mal? ⚠️**

- Si presenta dolor de cabeza intenso, visión borrosa, zumbido de oídos, dolor en el pecho (HTA).
- Si presenta mucha sed, muchas ganas de orinar, hambre excesiva, mareos o desmayos, una herida que no cierra. (DM).

**ACUDA DE INMEDIATO A CONSULTA MEDICA.**

**SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA ENFERMERIA.**

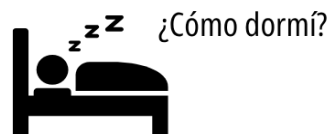
Consumo de agua este mes. 6- 8 vasos diarios



Actividad física de este mes.



Otras actividades: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos días?: \_\_\_\_\_



¿Cómo dormí?

Me acuesto a las: \_\_\_\_\_  
 Me levanto a las: \_\_\_\_\_  
 ¿Descancé? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces me levanto para ir al baño?  
 \_\_\_\_\_

¿Cómo me sentí?



¿Cómo es mi alimentación?



Alimentos frecuentes: \_\_\_\_\_

Bebidas frecuentes: \_\_\_\_\_

Alimentos que hay que evitar. \_\_\_\_\_



**Cartilla de Salud**  
**zapatista**

**Control de Diabetes mellitus e hipertensión arterial**



**Información del paciente:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Comunidad:** \_\_\_\_\_

**Dx:** \_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Contacto:** \_\_\_\_\_

**Medico tratante:** \_\_\_\_\_

**Dentista:** \_\_\_\_\_

**Enfermera (o):** \_\_\_\_\_

**Anexo 8.1. Cartilla  
(Hoja por dentro)**

Elaborado por:

EnPSS: Citlalli Leonor  
González Gutiérrez.

EPSS: Ana Karen  
Espinoza Paz.

**SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA MÉDICO**

Fecha	Glucemia en ayuno	Glucemia postpandrial	T/A		Peso	Talla	IMC	FC	FR	T°	HbA1c (%)
			BD	BI							

**Medicamentos actuales (Nombre y dosis):**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Modificaciones:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA DENTAL**

Fecha	Procedimiento realizado/Observaciones.	Educación par la salud.

**Recomendaciones:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Próxima cita:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Código**

**IPC**


18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

C	P	O	D

## Anexo 9. Formato de registro de visita domiciliaria control HTA. y DM.

### DATOS GENERALES DEL PACIENTE

- Nombre Completo del Paciente:  
\_\_\_\_\_
- Número de Expediente: \_\_\_\_\_
- Diagnóstico(s) Principal(es): [ ] Hipertensión Arterial [ ] Diabetes Mellitus [ ] Ambos
- Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_ años
- Domicilio: (características de la casa o cómo llegar al hogar)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA

- Fecha de la Visita: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Hora de Inicio: \_\_\_\_\_ Hora de Finalización: \_\_\_\_\_
- Motivo de la Visita (Marque con una X y/o especifique):
  - [ ] Seguimiento de control no asistido
  - [ ] Detección de complicaciones/signos de alarma
  - [ ] Educación para la salud específica
  - [ ] Reforzamiento de adherencia a tratamiento
  - [ ] Evaluación del entorno
  - [ ] Otros: \_\_\_\_\_
- Persona(s) Presente(s) durante la Visita (Marque con una X y especifique relación):
  - [ ] Paciente
  - [ ] Familiar (Relación: \_\_\_\_\_)
  - [ ] Cuidador (Relación: \_\_\_\_\_)
  - [ ] Promotor(a) de Salud (Nombre: \_\_\_\_\_)
  - [ ] Nadie (Especificar por qué no se pudo contactar):  
\_\_\_\_\_

### EVALUACIÓN CLÍNICA Y HALLAZGOS DE ENFERMERÍA

- Estado General del Paciente:

Aparentemente estable

Refiere malestar (Describa):

---

Aparente compromiso de salud (Describa):

---

- Signos Vitales:

Presión Arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg (Brazo:  Derecho  Izquierdo)

Frecuencia Cardíaca (FC): \_\_\_\_\_ lpm

Frecuencia Respiratoria (FR): \_\_\_\_\_ rpm

Temperatura: \_\_\_\_\_ °C

SpO2 (si se midió): \_\_\_\_\_ %

- Control de Glucemia (Solo si aplica):

Glucemia Capilar: \_\_\_\_\_ mg/dL (Hora de la toma: \_\_\_\_\_)

Última ingesta: \_\_\_\_\_ (horas/minutos antes de la toma)

Síntomas de hipo/hiperglucemia:  Sí (Describa) /  No

- Evaluación de la Adherencia a Tratamiento:

Medicamentos (Describa si los está tomando correctamente):

---

---

---

Dieta:  Sigue recomendaciones  Dificultades (Describa)

---

Actividad Física:  Realiza  No realiza  Con dificultades (Describa)

---

---

- Revisión de Pies (en pacientes con Diabetes - Marque con una X y Describa):

Integridad de la piel

Presencia de lesiones (ampollas, úlceras, grietas):

---

Inflamación/Enrojecimiento

Temperatura (Frío/Caliente)

Sensibilidad (Presente/Disminuida/Ausente)

Aspecto de uñas

Observaciones:

---

- 
- 
- Signos de Alarma (Marque con una X y describa si están presentes):

Hipertensión:

- Cefalea intensa/persistente:

\_\_\_\_\_

- Visión borrosa/luces:

\_\_\_\_\_

- Zumbido de oídos:

\_\_\_\_\_

- Dolor en el pecho:

\_\_\_\_\_

- Hinchazón súbita:

\_\_\_\_\_

Diabetes:

- Sed excesiva (Polidipsia):

\_\_\_\_\_

- Aumento de orina (Poliuria):

\_\_\_\_\_

- Hambre excesiva (Polifagia):

\_\_\_\_\_

- Fatiga extrema:

\_\_\_\_\_

- Pérdida/Ganancia de peso inexplicable:

\_\_\_\_\_

- Cicatrización lenta de heridas:

\_\_\_\_\_

- Hormigueo/Entumecimiento:

\_\_\_\_\_

Generales:  Fiebre  Náuseas/Vómito  Otros:

\_\_\_\_\_

- Aspectos del Entorno Social/Familiar (Observaciones):

Apoyo familiar:  Adecuado /  Limitado (Describa)

\_\_\_\_\_

Condiciones de vivienda que afectan la salud:  Sí (Describa) /  No

\_\_\_\_\_

—

Acceso a alimentos saludables:  Sí /  No

Otros factores relevantes:

---

---

---

### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA REALIZADAS

- Educación para la Salud (Temas abordados, sea específico):

- ---
- ---
- ---

Material educativo entregado:  Sí (Especifique) /  No

---

---

Comprensión demostrada por paciente/familia:  Buena  Regular  
 Necesita refuerzo

- Consejería y Orientación (Describa):

---

---

- Procedimientos de Enfermería (Describa brevemente):

- Administración de medicamento (Especifique):

---

---

- Curación (Describa):

---

---

- Otros:

---

---

### PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO

- Riesgos Identificados que requieren atención:

---

- Acuerdos con el Paciente/Familia:

---

- Recomendaciones / Acciones Pendientes para el Equipo Médico (Referencia/Consulta):

---

- Próxima Acción (Marque con una X y especifique):

- Cita en Clínica: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: :

○ [ ] Próxima Visita Domiciliaria: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

○ [ ] Referencia a especialista (Especifique):  
\_\_\_\_\_

○ [ ] Otros: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

• Nombre Completo de la Enfermera(o):  
\_\_\_\_\_

• Firma: \_\_\_\_\_

## **Anexo 10. Formato de consejos prácticos para organizar una campaña de salud.**

El primer paso es informar a las autoridades correspondientes de la clínica y a SADEC sobre la realización de la campaña para determinar los días adecuados para su organización.

### 1. Información General de la Campaña

Nombre de la Campaña: (Ej: "Sonrisas Sanas y Panza Feliz: Campaña de Desparasitación y Cepillado")

Fechas de Ejecución: (Ej: Del 10 al 12 de septiembre de 2025)

Ubicación/Comunidad(es) Objetivo: (Ej: La Garrucha)

Población Objetivo: (Ej: Niños y niñas de 6 a 12 años, padres de familia y cuidadores)

Responsable General de la Campaña: (Nombre y cargo del líder principal, ej: Enfermera Encargada de Salud Escolar)

### 2. Objetivos de la Campaña

Objetivo General: (¿Qué se busca lograr a gran escala? Ej: Disminuir la prevalencia de parasitosis y caries dental, y promover hábitos de higiene en la población infantil.)

Objetivos Específicos (Mínimo 3): (Deben ser medibles, alcanzables, relevantes y con tiempo definido)

Ejemplo 1: Administrar desparasitante a un 90% de los niños en edad escolar durante la campaña.

Ejemplo 2: Enseñar y demostrar la técnica correcta de cepillado dental al 75% de los niños participantes.

Ejemplo 3: Concientizar al 60% de los padres/cuidadores sobre la importancia de la higiene y prevención de parasitosis y caries antes de finalizar la campaña.

### 3. Diagnóstico Situacional (Contexto).

Problema(s) de Salud a Abordar: (Descripción del problema y por qué es importante en la comunidad infantil. Ej: Alta incidencia de infecciones parasitarias y caries dental, asociada a deficientes hábitos de higiene personal y ambiental.)

Datos/Evidencia que Justifica la Campaña: (Estadísticas locales, observaciones de consulta. Ej: Alto porcentaje de niños con abdomen globoso y/o caries evidentes; problemas gastrointestinales.)

Barreras/Desafíos Anticipados: (Ej: Desconocimiento de padres, mitos sobre desparasitación, falta de acceso a agua potable, resistencia de los niños al cepillado, barrera idioma (Tselal).)

Fortalezas/Recursos Existentes: (Ej: Apoyo de SADEC, promotores de salud, disponibilidad de espacio, material lúdico preexistente.)

#### 4. Componentes y Actividades Clave.

Temas a Abordar (Enfocados en niños y padres):

Para niños: "Los bichos que nos enferman" (parasitosis), "Monstruos de la boca" (caries), "Manitas limpias, cuerpecito sano" (lavado de manos), "Dientes fuertes y brillantes" (cepillado dental).

Para padres/cuidadores: Importancia de la desparasitación periódica, técnicas de higiene bucal para niños, alimentación que favorece la salud dental, signos de alarma de parasitosis y caries, saneamiento básico en el hogar.

Metodología/Estrategias de Intervención (Lúdicas e Interactivas): (¿Cómo se impartirán los temas para captar la atención infantil?)

Pláticas cortas y dinámicas con lenguaje sencillo.

Uso de títeres (moppets): Para explicar conceptos y realizar demostraciones (ej: cómo el títere se cepilla los dientes o los "bichos" en la panza).

Canciones, cuentos y juegos educativos.

Demostraciones prácticas de cepillado dental (con modelos dentales grandes o en vivo).

Demostración de lavado de manos.

Estaciones interactivas (ej: "zona de cepillado", "zona de lavado de manos").

Aplicación de desparasitante oral bajo supervisión.

Entrega de kits de higiene bucal (cepillo, pasta, pastillas reveladoras si aplica).

Servicios Ofrecidos: (Ej: Administración de desparasitante, aplicación de flúor (si el área dental lo gestiona), revisión dental básica (dientes, encías), educación personalizada.)

#### **Consejos de material didáctico para utilizar:**

- A. Títeres (Moppets) y Marionetas: Son excelentes para introducir temas, hacer preguntas, demostrar acciones (como el cepillado dental) y hasta representar situaciones cotidianas. Puedes crear diálogos donde el títere "no sabe" algo y los niños lo corrigen, lo que fomenta su participación.
- B. Canciones y Rimas: Adaptar canciones conocidas o crear nuevas con letras relacionadas con la higiene, el lavado de manos o el cepillado. La música es un potente memorizador.
- C. Juegos de Roles o Dramatizaciones: Permitir que los niños "sean" enfermeras, doctores o dientes, y que practiquen hábitos de higiene en un escenario lúdico. Esto les ayuda a entender mejor los conceptos.

- D. Maquetas o Modelos Gigantes: Un modelo grande de boca con dientes para practicar el cepillado, o una figura de un "bicho" que represente un parásito, puede ser muy visual y tangible.
- E. Materiales Sensoriales: Usar plastilina para moldear dientes, arena para simular suciedad o agua con jabón para demostrar la espuma del lavado de manos.
- F. Dibujos y Colores: Ofrecer hojas para colorear con mensajes de salud, o pedirles que dibujen lo que aprendieron. Esto refuerza el mensaje de forma creativa.
- G. Tableros con Imanes o Velcro: Crear tableros donde los niños puedan colocar imágenes de alimentos saludables o de pasos para lavarse las manos, fomentando la secuencia y el reconocimiento.
- H. Historias Interactivas: Contar cuentos donde los niños deciden el desenlace o responden preguntas clave sobre la salud de los personajes.
  - Gestión de Recursos (Área Médica/Dental/Enfermería): (Qué aporta cada área.)

Médica: Gestión y provisión de medicamentos antiparasitarios, supervisión médica.

Dental: Flúor, pastillas reveladoras, cepillos de dientes (para kits y demostración), modelos dentales, material de aplicación.

Enfermería: Coordinación general, elaboración/adaptación de material lúdico, organización de estaciones, registro de actividades, aplicación de desparasitante, demostraciones.

Promotores de Salud: Convocatoria, traducción a lengua local (Tselal), apoyo logístico, organización de grupos de niños, co-facilitación de actividades.

5. Plan de Acción y Cronograma (**Véase anexo 5**) **Nota:** *Es importante que la platica o explicación de temas no sea más de 20 minutos.*
6. Roles y Responsabilidades del Equipo:

Enfermería: (Ej: Coordinación general de la campaña, diseño de actividades lúdicas, capacitación del equipo, aplicación de desparasitante, demostraciones de higiene, registro y evaluación.)

Área Médica: (Ej: Provisión y aplicación de desparasitantes, respaldo médico en casos de reacción adversa, participación en pláticas sobre enfermedades gastrointestinales.)

Área Dental: (Ej: Provisión de flúor/pastillas reveladoras/cepillos, aplicación de flúor, demostraciones de cepillado, revisión dental básica, pláticas sobre caries.)

Promotores de Salud: (Ej: Convocatoria de niños y padres, traducción al Tselal, apoyo en la organización de grupos, co-facilitación de juegos y actividades, enlace con la comunidad.)

Otros Colaboradores (Maestros, voluntarios): (Ej: Facilitar espacios, mantener el orden de los grupos, apoyar en la entrega de materiales.)

## 7. Evaluación de la Campaña

Indicadores de Proceso: (¿Qué actividades se realizaron? Ej: Número de pláticas impartidas, número de niños desparasitados, número de demostraciones de cepillado realizadas.)

Indicadores de Resultado: (¿Qué se logró? Ej: % de niños desparasitados, % de niños que demuestran cepillado correcto, % de padres que reportan cambios en hábitos de higiene, reducción de casos de parasitosis/caries en el seguimiento.)

Métodos de Evaluación: (¿Cómo se medirá? Ej: Listas de cotejo para técnica de cepillado, encuestas rápidas a padres, registro de desparasitación.)

Lecciones Aprendidas y Recomendaciones para Futuras Campañas: (¿Qué funcionó bien? ¿Qué se puede mejorar? ¿Hay temas nuevos que surgieron?).

### **Claves para el éxito:**

**Lenguaje Sencillo y Claro:** Evita el vocabulario técnico. Usa palabras que los niños entiendan.

**Participación activa:** Diseña actividades donde los niños hagan, no solo escuchen. Pregúntales, pídeles que demuestren.

**Refuerzo Positivo:** Felicita y celebra cada esfuerzo o respuesta correcta para motivarlos.