UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

CIENCIAS BIOLÓGICAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

DESARROLLO HUMANO EN CHIAPAS CLINICA LAK-ÑA CLARA, PALENQUE, CHIAPAS

DEL 1 DE FEBRERO DEL 2024 AL 31 DE ENERO DE 2025

PRESENTA

MPSS QUETZALLY RAMÍREZ GUZMÁN
2182043565

ASESOR INTERNO
MTRO. JOEL HEREDIA CUEVAS

PALENQUE, CHIAPAS

SEPTIEMBRE 2026

DEDICATORIA

Hoy concluyo una de las etapas más significativas de mi vida: mi servicio social comunitario en medicina. Este logro no es solo mío, es el resultado del amor, la paciencia y el sacrificio de quienes caminaron conmigo desde el primer día.

A mi familia y amigos, gracias por sostenerme cuando el cansancio pesaba más que la ilusión. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba, por cada palabra de aliento en las guardias interminables, por cada esfuerzo silencioso que hicieron para que pudiera llegar hasta aquí. Este sueño comenzó conmigo, pero se construyó con ustedes.

Cada desvelo, cada examen, cada momento lejos de casa valió la pena porque siempre supe que contaba con su apoyo incondicional. Ustedes fueron mi fuerza en los días difíciles y mi motivo para seguir adelante cuando el camino parecía imposible.

Hoy cierro esta etapa con el corazón lleno de gratitud. Este logro también les pertenece. Gracias por enseñarme que la vocación no solo se ejerce en el hospital o en la comunidad, sino también en el amor y el compromiso que se entrega todos los días.

Con todo mi amor y eterna gratitud a mis padres Marcelo y María Eugenia que siempre me cuidan desde el cielo, a mis hermanos; Nadia, Sandro y Marcelo, a mis tíos María Elena y José Luis, mis amigos Cristina y Eliezer y sobre todo a mis sobrinos que son mi motivación día a día: Gael, Airam, Alexandro y Aileen.



Ilustración 1: jornada médica en El Progreso, 2025.

Contenido

INTRODUCCIÓN 11

1. 1RA SECCIÓN: PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL 12

1.1 PERSONAL 12

1.2 COMUNITARIO 16

1.3 INSTITUCIONAL 20

2. 2DA SECCIÓN 26

2.1 DIAGNÓSTICO DE SALUD 26

INTRODUCCIÓN 26

2.2 MARCO TEÓRICO 27

Concepto de salud y su evolución 27

Derecho a la salud como derecho humano 27

Elementos del Derecho a la Salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad 28

Marco legal del Derecho a la Salud en México 28

Responsabilidades individuales, comunitarias y del Estado 29

Determinantes Sociales de la Salud 29

Determinación Social de la Salud 30

Importancia del Derecho a la Salud en contextos comunitarios 30

2.3 DIAGNÓSTICO COMUNITARIO 31

Estado de Chiapas 31

Municipio de Palenque 33

Ubicación geográfica 33

Comunicación y vías de acceso 35

Transporte 36

Indicadores sociales de Palenque, Chiapas 38

Demografía 38

Natalidad 40

Morbimortalidad....41
Migración....41
Inmigración....42
Educación....43
Analfabetismo....43
Lengua indígena....44
Vivienda y servicios públicos....45
Vivienda y servicios públicos en Chiapas....45
Vivienda y servicios públicos en Palenque, Chiapas....47
Manejo de basura y excretas....49
Alimentación....50
Religión....52
Servicios de Salud....53
Indicadores económicos....57
Indicadores políticos....61
Organización comunitaria en Palenque....61
Partidos políticos....63
Indicadores culturales....64
Costumbres y tradiciones....64
2.4 CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO....65
3. TERCERA SECCIÓN....68
3.1 Introducción....68
3.2 MARCO TEÓRICO....69
Políticas de salud en México y evolución de los programas de salud comunitaria....69
Introducción....69
Políticas de salud en México....69
Organizaciones no gubernamentales y salud comunitaria....71

Atención primaria de la salud como fundamento de los programas 71
Programas prioritarios del sexenio actual (2024-2030) 72
Resultados y desafíos de los programas de salud 72
3.3 Análisis 74
3.4 RESULTADOS 75
3.5 PERFIL DE MORBILIDAD 80
3.6 DAÑO DIFERENCIAL, TRES PRINCIPALES PATOLOGÍAS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO 87
3.7 ANÁLISIS 96
3.8 CONCLUSIONES DEL SERVICIO SOCIAL 99
4. Referencias 101

2.1.1 INTRODUCCIÓN

El servicio social médico representa una de las etapas más trascendentes en la formación profesional del médico en México, al constituir no solo un requisito académico, sino también un compromiso ético y social con las comunidades que más lo necesitan. Durante el periodo comprendido entre febrero de 2024 y enero de 2025 tuve la oportunidad de desempeñar mi servicio social en la clínica Lak Ña Clara, clínica que se encuentra en Palenque Chiapas, entidad caracterizada por su amplia diversidad cultural, geográfica y socioeconómica, así como por los importantes retos en materia de acceso y calidad en los servicios de salud.

La práctica médica en este contexto implicó enfrentar desafíos propios de la atención en el primer nivel, tales como la limitada disponibilidad de recursos, la dispersión poblacional, las barreras lingüísticas y las condiciones sociales que influyen directamente en el proceso salud–enfermedad. No obstante, también representó una valiosa oportunidad para fortalecer competencias clínicas, desarrollar habilidades de toma de decisiones, promover acciones de prevención y educación para la salud, y comprender de manera integral las determinantes sociales que impactan en la salud de la población.

A lo largo de este año se realizaron actividades de consulta externa, seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, control prenatal, promoción de la salud y participación en campañas comunitarias, siempre bajo los principios de ética profesional, respeto intercultural y responsabilidad social. La experiencia permitió no solo aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación académica, sino también reafirmar la vocación de servicio y el compromiso con la equidad en salud. El presente reporte tiene como finalidad describir las actividades realizadas, los logros alcanzados, las problemáticas identificadas y las áreas de oportunidad observadas durante el periodo de servicio social, así como reflexionar sobre el impacto de esta experiencia en el desarrollo profesional y humano del médico en formación.



Ilustración 2: personal de la clínica Lak Ña Clara.

1. 1RA SECCIÓN: PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL

El servicio social médico representa mucho más que el cumplimiento de un requisito académico; constituye, para la mayoría de los profesionales de la salud, el primer contacto real con la práctica autónoma, la responsabilidad institucional y la confrontación directa con las desigualdades sociales. Implica una transición súbita desde el rol de estudiante supervisado hacia el de trabajador de la salud con responsabilidades clínicas, administrativas y comunitarias, generalmente en contextos adversos, lejos de los espacios familiares y de las redes de apoyo habituales. En este sentido, el proceso de adaptación no solo se construye desde lo académico o técnico, sino principalmente desde lo personal y emocional, donde cada experiencia es única y profundamente influenciada por la historia de vida de quien la vive.

1.1 PERSONAL

En mi caso particular, la llegada al servicio social estuvo marcada por una trayectoria personal previa que, en cierta medida, facilitó la adaptación al nuevo escenario. Desde una edad temprana tuve que tomar decisiones importantes de manera independiente, enfrentando retos con determinación y asumiendo riesgos que implicaban salir de mi zona de confort. Esta característica personal influyó de manera significativa en la forma en que viví la transición hacia esta etapa profesional. Elegir estudiar medicina fue una decisión completamente propia; nadie en mi entorno sabía que planeaba hacerlo hasta que aprobé el examen de admisión. Soy originaria de Putla Villa de Guerrero, un municipio ubicado en la sierra sur del estado de Oaxaca, por lo que salir de mi comunidad para estudiar implicó desde entonces una ruptura con el entorno familiar y cultural conocido. Solicité apoyo a mis familiares cercanos para poder cumplir mi sueño y emprendí un camino largo, lleno de incertidumbre, pero también de esperanza.



Ilustración 3: dándole de comer a los saraguatos en SADEC.

Esta experiencia previa de migración académica contribuyó a que la elección de realizar mi servicio social comunitario fuera vivida con entusiasmo más que con temor. La oportunidad de integrarme al proyecto de Salud y Desarrollo Comunitario A. C. (SADEC) en Palenque, en el estado de Chiapas, representaba para mí no solo un reto profesional, sino también una experiencia personal enriquecedora. El hecho de que Chiapas compartiera

similitudes culturales y sociales con Oaxaca despertaba en mí un sentido de pertenencia anticipado, así como el deseo de conocer nuevas comunidades y contribuir a mejorar las condiciones de salud de poblaciones vulnerables. Además, buscaba un entorno tranquilo, cercano a la naturaleza, que me permitiera crecer tanto profesional como personalmente.

Sin embargo, la llegada a un nuevo espacio nunca está exenta de emociones contradictorias. Al inicio experimenté cierto grado de inhibición y reserva, una reacción natural ante lo desconocido. El proceso de adaptación implicó reconocer nuevas dinámicas laborales, comprender la organización institucional y establecer relaciones interpersonales con compañeros y superiores. A nivel emocional, uno de los aspectos más difíciles fue la distancia con mi familia. La imposibilidad de regresar con facilidad a casa, incluso para visitas breves, generó momentos de nostalgia y cuestionamientos sobre mi decisión. Esta sensación de aislamiento es frecuente en el servicio social, especialmente cuando se realiza en comunidades alejadas, y puede convertirse en un factor de estrés significativo. En algunos momentos llegué a sentir arrepentimiento; sin embargo, la reflexión posterior me permitió reconocer que, aun con las dificultades, volvería a elegir la misma experiencia.



Ilustración 4: Conociendo las cascadas de Profesor Roberto Barrios, 2025.



Ilustración 5: Personal de la Clínica Lak Ña Clara.

Un elemento fundamental en mi proceso de adaptación fue la construcción de nuevas redes de apoyo. La convivencia con otros pasantes y todo el personal de la clínica permitió generar un ambiente de compañerismo que trascendía lo laboral. Con el tiempo, nos convertimos en una especie de familia profesional, donde existía confianza para compartir dudas, experiencias y emociones. Este sentido de pertenencia fue clave para disminuir la sensación de soledad y fortalecer la seguridad en el desempeño profesional. Asimismo, la actitud de apertura y acompañamiento por parte de los médicos responsables favoreció el aprendizaje continuo y la confianza clínica, elementos esenciales durante mi año de práctica.

Realicé mis actividades en la Clínica Lak Ña Clara, donde fui recibida con respeto, calidez humana y disposición para colaborar. El ambiente laboral positivo facilitó no solo la adaptación profesional, sino también la integración social, ya que la convivencia diaria generaba espacios de apoyo mutuo más allá de las responsabilidades médicas. Esta experiencia reafirma la importancia del clima organizacional en la formación de los profesionales de la salud, especialmente durante etapas de transición como el servicio social.

Otro aspecto relevante fue la capacitación constante brindada por la organización. Los talleres impartidos por la UAM y SADEC proporcionaron herramientas prácticas para enfrentar situaciones clínicas complejas, particularmente en contextos de limitación de recursos. De manera personal, uno de los aprendizajes más significativos fue el curso de rastreo ultrasonográfico, ya que la clínica contaba con equipo de ultrasonido, lo que me permitió adquirir habilidades diagnósticas que difícilmente hubiera desarrollado en otro contexto. La participación en jornadas médicas, donde

recibí acompañamiento de especialistas en ginecología y obstetricia, fortaleció mi confianza clínica y amplió mis competencias profesionales.



Ilustración 6: Realizando un rastreo ultrasonográfico pélvico.

Más allá de lo técnico, el servicio social representó una escuela de vida. Aprendí a convivir con la soledad, a valorar la amistad y el compañerismo, y a enfrentar situaciones de urgencia médica con responsabilidad y toma de decisiones autónoma. También comprendí de manera profunda las condiciones sociales en las que viven muchos pacientes, donde factores como la pobreza, la falta de acceso a agua potable o servicios básicos influyen directamente en la salud. Observar estas realidades transformó mi perspectiva profesional, permitiéndome desarrollar mayor empatía y sensibilidad social. Entendí que no es posible exigir adherencia a tratamientos o hábitos saludables cuando las condiciones estructurales no lo permiten, y que el rol del médico también implica comprender el contexto del paciente.

La experiencia me enseñó que la medicina comunitaria requiere no solo conocimientos científicos, sino también habilidades humanas: escucha, respeto cultural, paciencia y capacidad de adaptación. Cada consulta se convirtió en una oportunidad para comprender historias de vida, dificultades económicas y barreras sociales que impactan en la salud. Este aprendizaje contribuyó a consolidar mi identidad profesional y a reafirmar mi vocación de servicio.

En retrospectiva, el servicio social en Chiapas fue un periodo de crecimiento integral. Representó desafíos emocionales, profesionales y personales, pero también oportunidades de aprendizaje que difícilmente se obtienen en otros contextos. Me permitió fortalecer la resiliencia, desarrollar autonomía clínica y comprender el verdadero significado de la atención médica en comunidades vulnerables. Sobre todo, me enseñó que la medicina no se limita al diagnóstico y tratamiento, sino que implica acompañar, comprender y humanizar la atención.

Si tuviera la oportunidad de elegir nuevamente, tomaría la misma decisión. Las experiencias vividas, las personas conocidas y los aprendizajes adquiridos forman parte de un proceso que marcó profundamente mi desarrollo como médica y como persona. El servicio social no solo fue un año de

trabajo; fue una etapa de transformación personal que consolidó mi compromiso con la salud comunitaria y con el ejercicio ético y empático de la profesión.



Ilustración 7: convivencia con la familia SADEC tras el término del servicio social.

1.2 COMUNITARIO



Ilustración 8: Albergue Casa El Caminante J´tatic Samuel García.

El proceso de adaptación al servicio social en el ámbito comunitario implica un cambio profundo en la manera en que el profesional de la salud comprende el proceso salud-enfermedad-atención. Durante la formación universitaria, el conocimiento biomédico suele presentarse como el modelo predominante para explicar las enfermedades y sus tratamientos; sin embargo, al integrarse a una

comunidad, uno como médico en formación descubre que existen otros sistemas de conocimiento igualmente significativos para la población. Como señala Campos Navarro, "la interculturalidad en salud implica reconocer la existencia de diversos sistemas médicos que coexisten en una misma sociedad" (Campos Navarro, 2004, p. 3). Este reconocimiento constituye el punto de partida para la adaptación comunitaria.

Al iniciar la interacción con la población, uno de los primeros retos fue comprender que el concepto de salud no coincide necesariamente con la definición biomédica aprendida en la universidad. Mientras que el modelo médico académico suele asociar la salud con parámetros fisiológicos y la ausencia de enfermedad, en la comunidad la salud se relaciona con la capacidad funcional para trabajar, convivir y mantener el equilibrio emocional y social. En este sentido, Campos Navarro menciona que "los conceptos de salud y enfermedad están culturalmente construidos y responden a las condiciones históricas y sociales de cada grupo humano" (Campos Navarro, 2004, p. 5). Esta comprensión permitió reconocer que la percepción de bienestar en la población está estrechamente vinculada con su contexto cotidiano.



Ilustración 9: tras realizar curación en muñeca a paciente pediátrico. Casa el Caminante.

La forma en que la población expresa sus enfermedades también refleja su cosmovisión cultural. Durante la atención médica fue posible identificar términos y diagnósticos tradicionales como susto, empacho, aire o mal de ojo, los cuales forman parte de un sistema explicativo propio. Inicialmente, estos conceptos podían interpretarse desde la biomedicina como creencias erróneas; sin embargo, la experiencia permitió entender que constituyen categorías culturalmente válidas. De acuerdo con Campos Navarro, "las enfermedades populares poseen coherencia interna dentro de la lógica cultural del grupo y cumplen funciones sociales y simbólicas" (Campos Navarro, 2004, p. 7). Reconocer esta coherencia favoreció la comunicación con los pacientes y evitó actitudes de descalificación cultural.



Ilustración 10: junto a las hermanas Franciscanas.



En relación con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, se observó que la población frecuentemente recurre primero a prácticas tradicionales antes de acudir a los servicios de salud institucionales. El uso de plantas medicinales, remedios caseros, sobadas o rituales constituye una primera estrategia terapéutica accesible económica y culturalmente. Este fenómeno se relaciona con lo que el autor denomina pluralismo médico, entendido como la coexistencia de diferentes sistemas de atención. Campos Navarro explica que "las personas no se limitan a un solo sistema médico, sino que combinan recursos terapéuticos según sus necesidades y posibilidades" (Campos Navarro, 2004, p. 9). Comprender esta dinámica permitió interpretar las decisiones de los pacientes no como resistencia al tratamiento médico, sino como estrategias racionales dentro de su contexto.

Ilustración 11: campaña pediátrica.2024.

Otro elemento fundamental del proceso de adaptación fue identificar quiénes son los promotores de la salud dentro de la comunidad. Además del personal médico institucional, existen parteras tradicionales, curanderos, hueseros y hierberos que desempeñan un papel importante en el cuidado de la salud. Estos agentes poseen legitimidad cultural y confianza social, lo cual influye en la elección de tratamientos por parte de la población. En palabras de Campos Navarro, "los terapeutas tradicionales forman parte de la estructura social de las comunidades y su práctica está vinculada a valores culturales profundamente arraigados" (Campos Navarro, 2004, p. 11). Su importancia permite desarrollar una visión más amplia del sistema de atención.



Ilustración 12: Posada en San Saturnino Ríos.

Se implicó comprender los determinantes sociales de la salud. Factores como la pobreza, la alimentación limitada, el acceso restringido a servicios básicos y las barreras geográficas influyen directamente en la aparición de enfermedades y en la posibilidad de recibir tratamiento oportuno. Desde esta perspectiva, la atención médica comunitaria requiere una visión integral que considere las condiciones de vida de la población. Como menciona el autor, "la salud no puede analizarse únicamente desde lo biológico, sino que debe entenderse en relación con las condiciones sociales, económicas y culturales" (Campos Navarro, 2004, p. 4).



Ilustración 13: Jornada médica en Profesor Roberto Barrios.

La interacción con la comunidad permitió desarrollar habilidades interculturales fundamentales para el ejercicio profesional. La escucha activa, el respeto por las creencias locales y la capacidad de negociación terapéutica se volvieron herramientas esenciales para lograr la adherencia al tratamiento. En este sentido, la educación para la salud tuvo que adaptarse al contexto cultural, utilizando un lenguaje accesible y evitando imponer conocimientos de manera vertical. Campos Navarro destaca que "la interculturalidad supone un diálogo horizontal entre saberes, donde ninguno se considera superior al otro" (Campos Navarro, 2004, p. 6). Esta perspectiva resultó clave para fortalecer la relación médico-paciente.



Ilustración 14: Almuerzo que nos brinda la comunidad de Agua Blanca serranía en jornada médica.

A nivel personal, la adaptación comunitaria fue un proceso gradual que implicó aprendizaje mutuo. La convivencia cotidiana, la participación en actividades locales y la disposición para comprender las costumbres favorecieron la construcción de confianza con la población. Con el tiempo, fue evidente que la aceptación comunitaria depende no solo de la capacidad técnica del profesional, sino también de su actitud humana, respeto cultural y compromiso social.

En retrospectiva, el servicio social en el ámbito comunitario permitió transformar la visión de la medicina aprendida durante la formación académica. Se comprendió que el conocimiento biomédico es una herramienta valiosa, pero no única, y que la atención de la salud requiere integrar dimensiones

culturales, sociales y humanas. Este aprendizaje contribuyó a consolidar una práctica médica más empática, integral y culturalmente competente.

Finalmente, el proceso de adaptación comunitaria puede entenderse como un intercambio de saberes, donde el profesional de la salud aporta conocimientos científicos, pero también recibe enseñanzas sobre la cosmovisión, resiliencia y formas de cuidado propias de la comunidad. Esta experiencia constituye uno de los aprendizajes más significativos del servicio social, ya que fortalece el compromiso con una medicina socialmente responsable y culturalmente respetuosa.





Ilustración 15 y 16: junto a las gineco-obstetras de Santa María, California y la paciente

1.3 INSTITUCIONAL

El proceso de adaptación durante el servicio social no solo implica integrarse a una comunidad y comprender su cosmovisión sobre la salud, sino también incorporarse a un espacio institucional con dinámicas organizativas, normas de funcionamiento y procedimientos propios. Este entorno define la forma de trabajo cotidiano, las responsabilidades profesionales y la manera en que se articulan las actividades clínicas, administrativas y comunitarias. En este sentido, conocer la historia, estructura y funcionamiento de la institución donde se realiza el servicio social constituye un elemento fundamental para comprender el contexto en el que se desarrolla la práctica médica.



Ilustración 17: Jornada médica en Agua Blanca Serranía.

La institución donde realicé mis actividades fue la **Clínica Familiar Lak Ña Clara**, ubicada en el municipio de Palenque, en el estado de Chiapas. Esta clínica surge como respuesta a las necesidades de atención médica de una población con limitaciones en el acceso a servicios de salud. De acuerdo con la información disponible, el proyecto nació gracias al trabajo conjunto de las Hermanas Franciscanas y la empresa Guardare Mercati, con el objetivo de ofrecer atención digna y accesible a miles de familias. La creación de la clínica se fundamentó en estudios poblacionales que identificaron necesidades prioritarias, especialmente en mujeres embarazadas y población infantil, sectores considerados vulnerables dentro del contexto local.

El origen del proyecto también se relaciona con la identificación de deficiencias en los servicios de salud existentes en la región. La iniciativa se consolidó mediante la colaboración internacional y donaciones provenientes de fundaciones extranjeras, lo que permitió la construcción y equipamiento de la clínica con tecnología médica moderna. La clínica cuenta con infraestructura que incluye "una sala de cirugía doble, la cual se encuentra en remodelación por daños ocasionados por filtración de agua, una sala materna infantil, cuatro consultorios de medicina general, un laboratorio químico, una sala de rayos X, un dispensario y un invernadero".

La clínica opera con energía fotovoltaica, sistemas de captación de agua pluvial y un invernadero de plantas medicinales. En este sentido, se menciona que el uso de plantas medicinales tiene como finalidad "respetar las costumbres de la población" (Martell, 2021, párr. 13), lo cual refleja una visión de atención culturalmente pertinente. Este aspecto favorece la aceptación comunitaria y fortalece la relación entre el personal de salud y los pacientes.



Ilustración 18: Personal Institucional durante Jornada médica.

En cuanto al funcionamiento institucional, la clínica opera como una asociación civil sin fines de lucro, lo que implica que su organización se basa en principios de servicio social, colaboración interdisciplinaria y apoyo comunitario. La institución mantiene convenios con diversas universidades nacionales e internacionales que permiten la participación de estudiantes y profesionales en formación, quienes contribuyen a la atención médica y al mismo tiempo fortalecen su aprendizaje práctico. Esta dinámica genera un ambiente académico-asistencial que facilita la supervisión y el trabajo en equipo.

La organización interna de la clínica se estructura a partir de áreas funcionales que incluyen consulta externa, atención materno-infantil, laboratorio, imagenología, farmacia y programas comunitarios. Cada área cuenta con personal responsable y protocolos de atención que orientan el trabajo cotidiano. La coordinación entre áreas resulta fundamental para garantizar la continuidad de la atención, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas o embarazos de alto riesgo.

Dentro de esta estructura institucional, la o el médico pasante de servicio social desempeña un papel clave en la prestación de servicios de primer nivel. Su función principal consiste en brindar atención médica integral a la población, bajo supervisión del personal responsable, pero con un grado importante de autonomía en la toma de decisiones clínicas. Entre las responsabilidades asignadas se encuentran la consulta médica general, control prenatal, atención de enfermedades agudas y crónicas, la identificación



Ilustración 19: Personal de la clínica Lak Ña clara.

de factores de riesgo, la referencia de pacientes a segundo nivel cuando es necesario y la participación en programas de promoción y prevención de la salud. Asimismo, forman parte de la dinámica institucional las jornadas médicas, campañas de detección oportuna y actividades educativas dirigidas a la comunidad.

Otro aspecto relevante del trabajo institucional es la participación en programas prioritarios de salud, especialmente aquellos relacionados con salud materno-infantil, planificación familiar, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades infecciosas y promoción de hábitos saludables. La implementación de estos programas requiere coordinación entre el personal médico, los promotores de salud y las organizaciones comunitarias, lo cual fortalece el enfoque integral de la atención.

Integrarse a la clínica implicó aprender no solo procedimientos médicos, sino también dinámicas organizativas, jerarquías institucionales y formas de trabajo colaborativo. La interacción con el equipo multidisciplinario permitió comprender la importancia de la comunicación profesional, la distribución de responsabilidades y el trabajo en equipo para lograr una atención de calidad. Asimismo, el ambiente institucional, caracterizado por el apoyo y la capacitación continua, facilitó la transición del rol de estudiante al de profesional en formación.

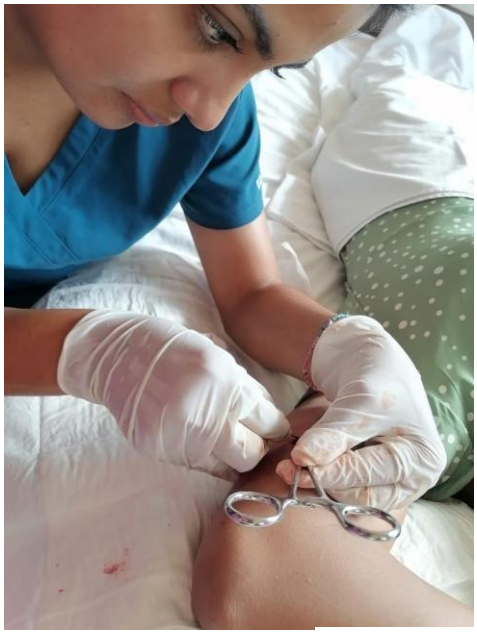




Ilustración 20 y 21: retiro de implante subdérmico.

El espacio institucional donde se desarrolló el servicio social representó un entorno de aprendizaje significativo que combinó la práctica clínica con el compromiso social. La organización, los programas de trabajo y la filosofía de atención de la clínica contribuyeron al desarrollo de competencias profesionales, éticas y humanas que forman parte esencial de la formación médica.





Ilustración 22 y 23. Mural en casa del caminante y taller de Tseltal.





Ilustración 24 y 25. Encuentro de vinculación con la universidad Intercultural de Chiapas. Yajalón Chiapas. Octubre 2024



Ilustración 26. Encuentro de vinculación con la universidad Intercultural de Chiapas. Yajalón Chiapas. Octubre 2024

Durante el mes de octubre, en conjunto con el equipo de Desarrollo Humano de Chiapas y bajo la orientación de nuestros asesores, participamos en un encuentro de vinculación académica realizado en la Universidad Intercultural de Chiapas, ubicada en el municipio de Yajalón. Este espacio permitió el intercambio de experiencias, conocimientos y reflexiones derivadas del trabajo comunitario desarrollado por los prestadores de servicio social en las distintas sedes de intervención.

A lo largo de las actividades programadas, los participantes compartimos las experiencias adquiridas durante nuestro desempeño en las comunidades, así como los retos y aprendizajes que han surgido en el ejercicio de la atención médica y el trabajo comunitario. Este intercambio enriqueció nuestra perspectiva sobre la diversidad de contextos sociales y culturales presentes en el estado de Chiapas, fortaleciendo el compromiso con una práctica profesional más sensible y orientada a las necesidades de la población.

Asimismo, se generó un espacio de diálogo con autoridades académicas, entre ellas el Rector General de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), a quien se le expusieron las actividades realizadas durante el servicio social, destacando el compromiso de los estudiantes con el desarrollo comunitario y la atención de poblaciones en situación de vulnerabilidad. Este encuentro permitió visibilizar la importancia de la vinculación entre la universidad, las organizaciones sociales y las comunidades, reafirmando el papel del servicio social como una estrategia de formación profesional comprometida con la transformación social y el fortalecimiento de la salud comunitaria.

2. 2DA SECCIÓN

2.1 DIAGNÓSTICO DE SALUD

INTRODUCCIÓN

El presente diagnóstico de salud tiene como objetivo analizar las condiciones de vida de la población en la localidad donde se realiza el servicio social, tomando como eje principal el Derecho a la Salud. La salud no puede entenderse únicamente como un fenómeno biológico individual, sino como el resultado de múltiples factores sociales, económicos, culturales y políticos que influyen en el bienestar de las personas y comunidades.

Esta sección se estructura en cuatro apartados principales: en primer lugar, un marco teórico sobre el Derecho a la Salud que incluye su definición, fundamentos legales nacionales e internacionales, así como los determinantes sociales de la salud; en segundo lugar, el diagnóstico comunitario con información del estado de Chiapas y del municipio de Palenque; posteriormente se presenta un análisis de los principales indicadores sociales, económicos, políticos y culturales; finalmente se incluyen conclusiones que integran los hallazgos en relación con el cumplimiento del Derecho a la Salud.

2.2 MARCO TEÓRICO

Concepto de salud y su evolución

El concepto de salud ha evolucionado a lo largo del tiempo, pasando de una visión limitada centrada únicamente en la ausencia de enfermedad hacia una comprensión más integral que incluye dimensiones físicas, mentales y sociales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció desde 1946 una definición que continúa siendo referencia internacional, al señalar que la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1946, p. 1). Esta definición representa un cambio paradigmático, ya que reconoce que la salud no depende exclusivamente de factores biológicos, sino también de condiciones sociales y ambientales.

Desde una perspectiva analítica, esta definición permite comprender que el bienestar humano está condicionado por múltiples factores externos al individuo, como el acceso a servicios básicos, la educación, la alimentación y el entorno social. En el contexto del servicio social médico, esta visión resulta especialmente relevante, ya que muchas comunidades presentan limitaciones estructurales que dificultan alcanzar ese estado de bienestar integral.

Derecho a la salud como derecho humano

El derecho a la salud es reconocido internacionalmente como un derecho humano fundamental. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece que los Estados deben reconocer "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (ONU, 1966, art. 12). Este principio implica que los gobiernos tienen la obligación de crear condiciones que permitan a las personas alcanzar ese nivel de salud.

La Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales amplía este concepto y señala que: "el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano, sino como un derecho a disfrutar de una variedad de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud" (Comité DESC, 2000, párr. 9).

Esto significa que el derecho a la salud incluye no solo la atención médica, sino también factores como agua potable, saneamiento, alimentación adecuada, vivienda digna y condiciones laborales seguras. En este sentido, la salud se convierte en un indicador del desarrollo social y de la equidad dentro de una sociedad.

Desde una reflexión personal, este enfoque permite comprender que muchas de las enfermedades observadas en comunidades vulnerables no son consecuencia de decisiones individuales, sino de

desigualdades estructurales. Por lo tanto, el cumplimiento del derecho a la salud requiere intervenciones que trasciendan el ámbito clínico.

Elementos del Derecho a la Salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad

La Observación General No. 14 establece cuatro elementos esenciales para el cumplimiento del derecho a la salud:

1. **Disponibilidad**: existencia suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud.
2. **Accesibilidad**: acceso físico, económico y sin discriminación.
3. **Aceptabilidad**: respeto a la cultura y ética médica.
4. **Calidad**: servicios científicamente apropiados.

El documento señala que "los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser accesibles a todos, especialmente a los grupos vulnerables o marginados" (Comité DESC, 2000, párr. 12).

En el contexto comunitario, estos elementos permiten evaluar si realmente se está garantizando el derecho a la salud. Por ejemplo, la existencia de una clínica no asegura el acceso si existen barreras económicas, geográficas o culturales.

Marco legal del Derecho a la Salud en México

En México, el derecho a la salud está reconocido en el artículo 4º de la Constitución Política, el cual establece que: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud" (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2024, art. 4).

Este reconocimiento constitucional implica la obligación del Estado de garantizar servicios de salud accesibles y de calidad para toda la población. La Ley General de Salud regula este derecho y establece la organización del Sistema Nacional de Salud, así como las competencias de las instituciones públicas.

A lo largo de los años, la legislación ha tenido reformas importantes orientadas a ampliar la cobertura sanitaria, como la creación del Seguro Popular en 2003, su posterior transformación en el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y actualmente el modelo IMSS-Bienestar. Estas reformas reflejan el intento del Estado por reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

Sin embargo, desde una perspectiva crítica, el reconocimiento legal no siempre se traduce en cumplimiento efectivo. Persisten diferencias regionales significativas, especialmente en estados con

alta marginación como Chiapas, donde el acceso a servicios de salud puede ser limitado por factores geográficos y económicos.

Responsabilidades individuales, comunitarias y del Estado

El derecho a la salud implica responsabilidades compartidas entre el individuo, la comunidad y el Estado. Las personas tienen responsabilidad en el autocuidado y la adopción de hábitos saludables; las comunidades participan en la organización social y la promoción de la salud; mientras que el Estado tiene la obligación principal de garantizar condiciones estructurales adecuadas.

La OMS señala que: "la salud es una responsabilidad compartida que requiere la acción coordinada de múltiples sectores sociales y gubernamentales" (OMS, 2008, p. 2).

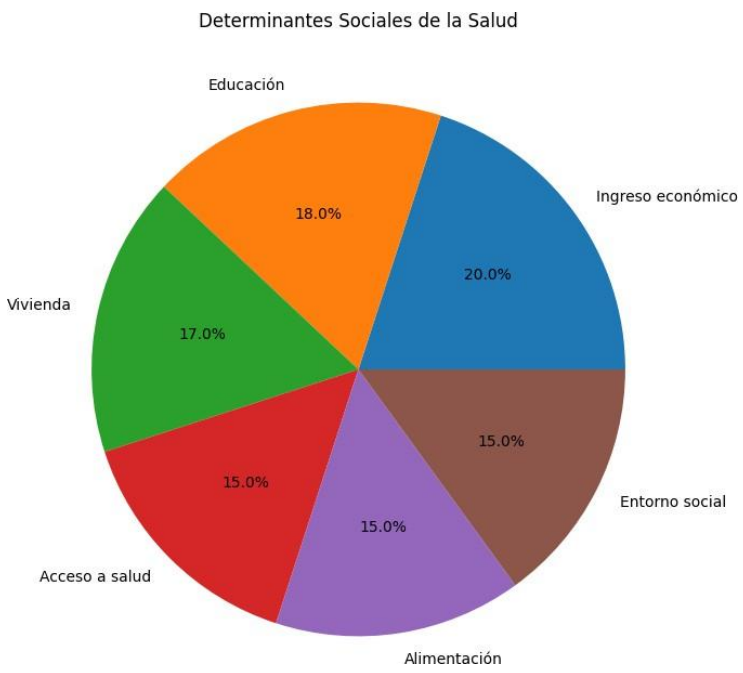
En el contexto del servicio social médico, esta perspectiva permite comprender que la atención sanitaria no puede recaer únicamente en el personal de salud, sino que requiere políticas públicas integrales que aborden determinantes sociales.

Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales de la salud son factores que influyen en el estado de salud de las personas y comunidades. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS los define como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (OMS, 2008, p. 1).

Estos factores incluyen ingreso económico, educación, vivienda, acceso a servicios básicos, empleo y entorno social. Las desigualdades en estos determinantes generan inequidades en salud entre poblaciones.

En comunidades con pobreza estructural, la falta de acceso a agua potable o alimentación adecuada puede provocar enfermedades infecciosas y desnutrición. Por lo tanto, el abordaje médico debe considerar estas condiciones para lograr intervenciones efectivas.



Gráfica I: determinantes sociales de salud OMS, 2008.

Determinación Social de la Salud

La determinación social de la salud es un enfoque más amplio que analiza cómo las estructuras económicas, políticas y sociales generan desigualdades en salud. Este enfoque considera que la distribución del poder, los recursos y las oportunidades influye directamente en el bienestar de la población (Breilh, 2013). La salud no depende únicamente de decisiones individuales, sino de sistemas sociales que pueden favorecer o limitar el acceso a condiciones de vida saludables. En el contexto latinoamericano, este enfoque es particularmente relevante debido a las desigualdades socioeconómicas históricas que afectan el desarrollo y la calidad de vida de diversos grupos poblacionales (Breilh, 2013).

Importancia del Derecho a la Salud en contextos comunitarios

En comunidades rurales y marginadas, el derecho a la salud adquiere una dimensión especial debido a las barreras existentes para el acceso a servicios médicos. Factores como la distancia geográfica, la pobreza, la falta de transporte y las diferencias culturales pueden limitar el uso de los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2024; Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2022).

El enfoque de derechos humanos permite analizar estas situaciones no solo como problemas sanitarios, sino como desigualdades sociales que requieren intervención del Estado. Desde la experiencia del servicio social, se observa que muchas enfermedades están relacionadas con

determinantes sociales, lo que confirma la necesidad de políticas públicas integrales (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008; Breilh, 2013).

El derecho a la salud constituye un principio fundamental para el bienestar humano y el desarrollo social, su cumplimiento requiere no solo servicios médicos accesibles y de calidad, sino también condiciones sociales que permitan a las personas vivir dignamente (OMS, 2024).

En el contexto del servicio social médico, el análisis del derecho a la salud permite comprender que la práctica profesional debe ir más allá del tratamiento clínico, incorporando una visión integral que considere los determinantes sociales y las desigualdades existentes. Esto fortalece el compromiso ético del profesional de la salud con la equidad y la justicia social (Breilh, 2013; Organización Panamericana de la Salud, 2023).

2.3 DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

Estado de Chiapas

Chiapas es uno de los estados con mayor diversidad cultural y biológica de México, pero también presenta altos niveles de marginación y pobreza. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la población del estado es de aproximadamente 5.5 millones de habitantes (INEGI, 2020).

La medición multidimensional de la pobreza realizada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) muestra que, para el año 2020, el municipio de Palenque presentó importantes rezagos sociales y económicos. El 69.9 % de la población se encontraba en situación de pobreza, mientras que el 21.7 % vivía en condiciones de pobreza extrema, lo que refleja que una proporción considerable de la población enfrenta limitaciones para satisfacer sus necesidades básicas y ejercer plenamente sus derechos sociales (CONEVAL, 2020).

Imagen 1. INEGI 2020

Porcentaje de población por indicador de pobreza y carencia social según municipio y población total de Chiapas, 2020

Población total	Municipio	Pobreza	Pobreza extrema	Carencias					
				Rezago educativo	Acceso a servicios de salud	Acceso a seguridad social	Acceso a calidad y espacios de la vivienda	Acceso a servicios básicos en la vivienda	Acceso a la alimentación nutritiva y de calidad
584,797	Tuxtla Gutiérrez	46.2	9.8	13.4	45.2	60.5	9.7	14.5	14.7
361,784	Tapachula	58.5	17.1	22.6	54.8	65.1	14.8	34.8	21.3
226,190	Ocosingo	92.5	46.3	32.7	22.7	91.2	27.2	88.2	23.1
208,888	San Cristóbal de las Casas	66.1	25	24.4	50.5	78	11.9	23.7	24.6
168,305	Comitán de Domínguez	68.8	18.6	28.3	42.3	81.7	6.1	27.9	22.9
141,634	Palenque	69.9	21.7	26	34.5	83.8	18.4	66.2	38.8
135,413	Chilón	96.9	53.2	38.6	30.7	95.0	27.4	94.5	4.9
127,085	Las Margaritas	94.1	41.0	36.8	17.0	93.6	25.8	78.3	7.5
114,882	Villaflores	69.5	21.0	23.8	54.7	80.5	14.9	40.6	27.5
107,948	Chiapa de Corzo	60.5	17.4	19.7	42.5	67.9	16.1	34.1	25

Nota: la escala de color significa que, entre más fuerte la tonalidad, más alto es el porcentaje del indicador de pobreza y carencia social.
Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en el MEC del MCS-ENIGH 2020 y la muestra del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

Por otra parte, el 33.7 % de la población fue clasificada como vulnerable por carencias sociales, lo que indica la presencia de rezagos en aspectos como educación, salud, seguridad social, vivienda o alimentación. En contraste, únicamente el 6.7 % de los habitantes fue considerado no pobre y no vulnerable, evidenciando las desigualdades sociales que persisten en el municipio (Secretaría de Bienestar, 2022).

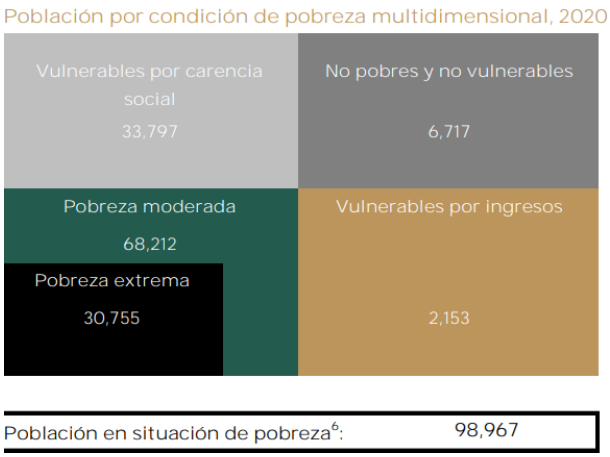


Imagen 2. Secretaria de Bienestar, 2022.

Desde la perspectiva de salud pública, estos indicadores son relevantes porque la pobreza influye directamente en las condiciones de vida, el acceso a servicios de salud, la alimentación adecuada y la capacidad de prevenir enfermedades. Las poblaciones que viven en contextos de pobreza suelen presentar mayores riesgos de padecer enfermedades infecciosas, desnutrición y complicaciones asociadas a enfermedades crónicas, lo que representa un desafío importante para los servicios de atención primaria en salud.

Municipio de Palenque

Palenque se localiza en la región norte del estado de Chiapas y cuenta con aproximadamente 42 mil habitantes (INEGI, 2020). Su economía se basa principalmente en actividades comerciales, turismo y agricultura.

Ubicación geográfica

El municipio de Palenque se localiza en la región norte del estado de Chiapas, dentro de la región Selva. Sus coordenadas geográficas aproximadas son 17°30' latitud norte y 91°59' longitud oeste (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2010). Limita al norte con el estado de Tabasco y con los municipios de Catazajá y La Libertad; al sur con Ocosingo; al este con Benemérito de las Américas y al oeste con Salto de Agua (INEGI, 2010).



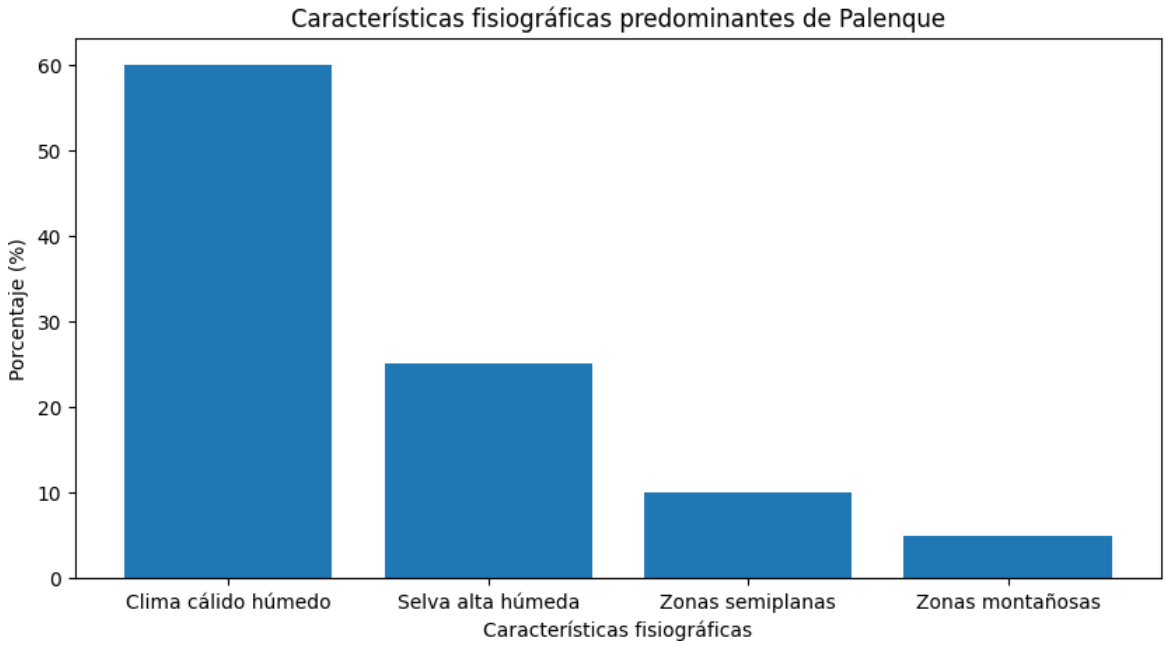
Imagen 3: ubicación de Chiapas dentro de la República Mexicana. CEIEG, 2024.



Imagen 4. Ubicación palenque en el estado de Chiapas. CEA, 2016.

Palenque posee una extensión territorial aproximada de 2,717 km² y presenta un relieve predominantemente semiplano, aunque existen zonas montañosas y áreas de selva alta húmeda (Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica [CEIEG], 2024). El clima predominante es cálido húmedo con lluvias abundantes durante gran parte del año, con temperatura media anual cercana a los 26 °C (INEGI, 2024).

Estas condiciones ambientales favorecen la biodiversidad, pero también influyen en la aparición de enfermedades tropicales y vectoriales, así como enfermedades gastrointestinales relacionadas con humedad y saneamiento deficiente.



Gráfica 2. Características fisiográficas predominantes de Palenque, Chiapas. (CEIEG. 2024).

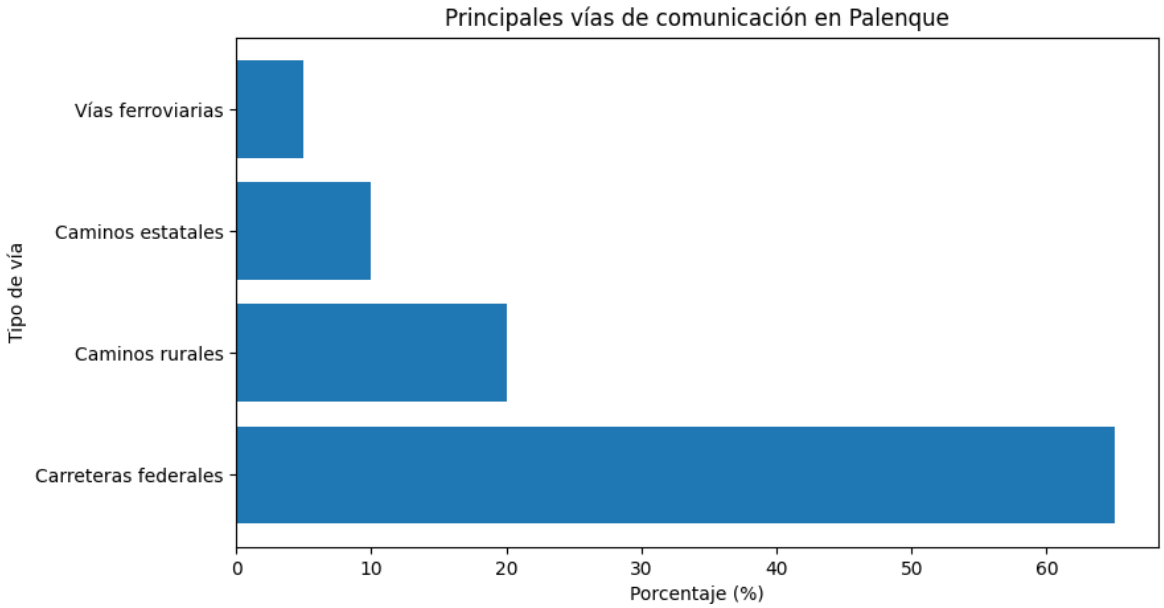
Palenque posee predominio de clima cálido húmedo y vegetación selvática, condiciones que influyen directamente en las enfermedades prevalentes de la región, principalmente infecciones gastrointestinales, enfermedades transmitidas por vectores y padecimientos respiratorios asociados a la humedad (CEIEG, 2024).

Comunicación y vías de acceso

Palenque cuenta con importantes vías de comunicación terrestre que facilitan la conexión con otras regiones del sureste mexicano. Las principales carreteras son la Carretera Federal 186, que comunica con Tabasco y Campeche, y la Carretera Federal 199, que conecta con San Cristóbal de Las Casas y otras regiones del estado de Chiapas (Instituto Mexicano del Transporte [IMT], 2010).

El municipio también forma parte de una importante ruta turística debido a la cercanía con sitios arqueológicos y atractivos naturales como Agua Azul y Misol-Ha, lo cual incrementa la movilidad regional (ResearchGate, 2020).

Además, Palenque posee caminos rurales y carreteras estatales que comunican a las localidades más alejadas; sin embargo, algunas comunidades presentan dificultades de acceso durante temporadas de lluvia debido al deterioro de caminos.



Gráfica 3. Vías de comunicación de Palenque (Instituto Mexicano del Transporte [IMT], 2010).

Las carreteras federales representan el principal medio de conexión y movilidad regional. Sin embargo, los caminos rurales aún presentan limitaciones de infraestructura que dificultan el acceso de algunas comunidades a servicios básicos y atención médica.

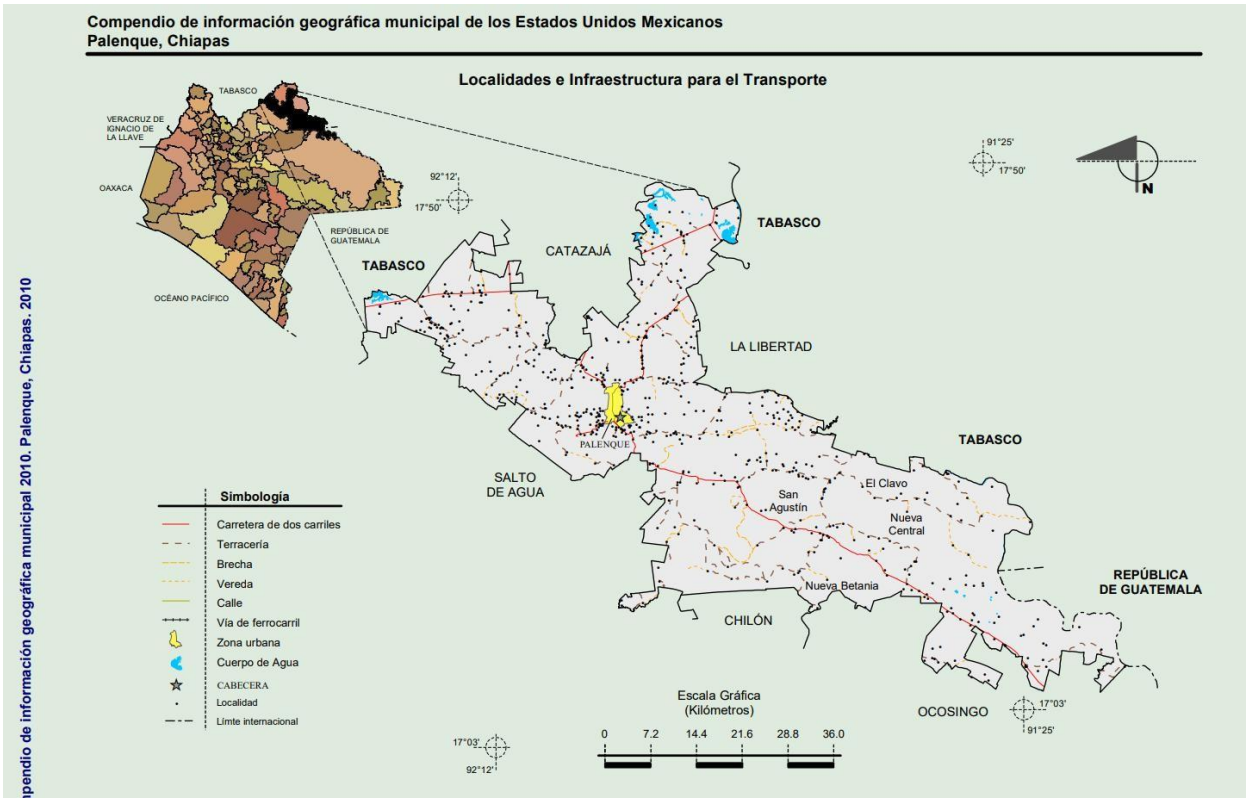
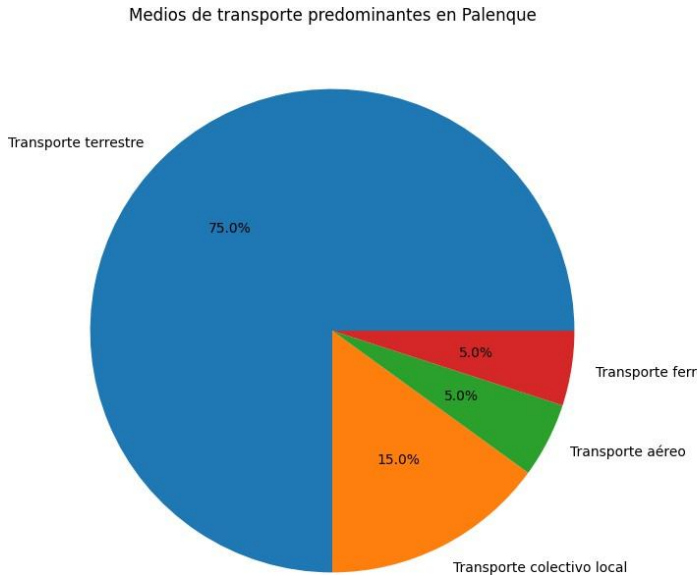


Imagen 5. Compendio de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos 2010. Palenque.

Transporte

El transporte en Palenque se realiza principalmente por vía terrestre mediante autobuses, taxis y transporte colectivo local. Existen terminales de autobuses con rutas hacia Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa, Campeche y otras ciudades del sureste (IMT, 2010).

Asimismo, Palenque cuenta con un Aeropuerto Internacional, el cual facilita la conectividad turística y comercial de la región (INEGI, 2024). Recientemente, la región también se integró al sistema ferroviario del Tren Maya, fortaleciendo la movilidad regional y el turismo (Gobierno de México, 2024).



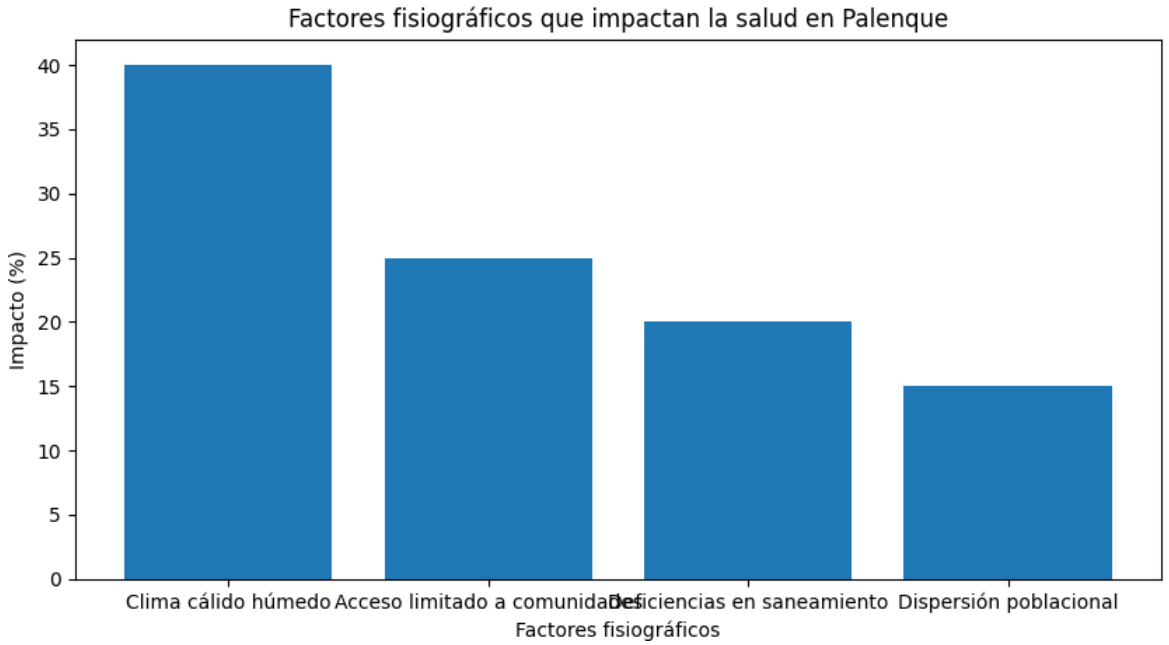
Gráfica 4. Medios de transporte en Palenque. INEGI, 2024.

La infraestructura de transporte favorece el desarrollo económico y turístico del municipio; sin embargo, algunas comunidades rurales aún enfrentan limitaciones de movilidad que afectan el acceso a servicios básicos y atención médica.

Importancia sanitaria de las condiciones fisiográficas

Las condiciones climáticas y geográficas de Palenque tienen impacto directo sobre la salud de la población. El clima cálido húmedo favorece enfermedades transmitidas por vectores y padecimientos gastrointestinales relacionados con agua contaminada y deficiencias en saneamiento (OMS, 2008).

Además, la dispersión geográfica de las comunidades dificulta la cobertura total de los servicios médicos, especialmente en localidades alejadas de la cabecera municipal.



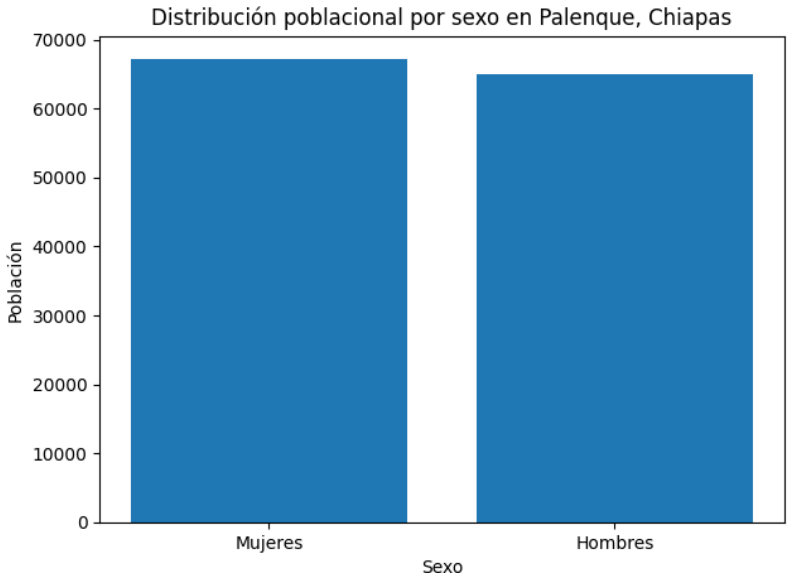
Gráfica 5. Factores fisiográficos. (OMS 2008).

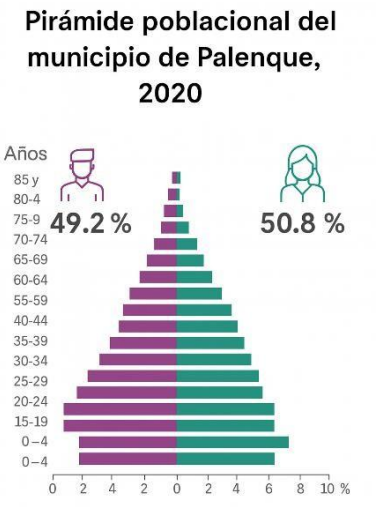
Los factores ambientales y geográficos representan importantes determinantes sociales de la salud en Palenque. El clima y las dificultades de acceso aumentan la vulnerabilidad sanitaria de la población rural.

Indicadores sociales de Palenque, Chiapas

Demografía

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, el municipio de Palenque cuenta con una población total de 132,265 habitantes, de los cuales 67,189 corresponden a mujeres (50.8 %) y 65,076

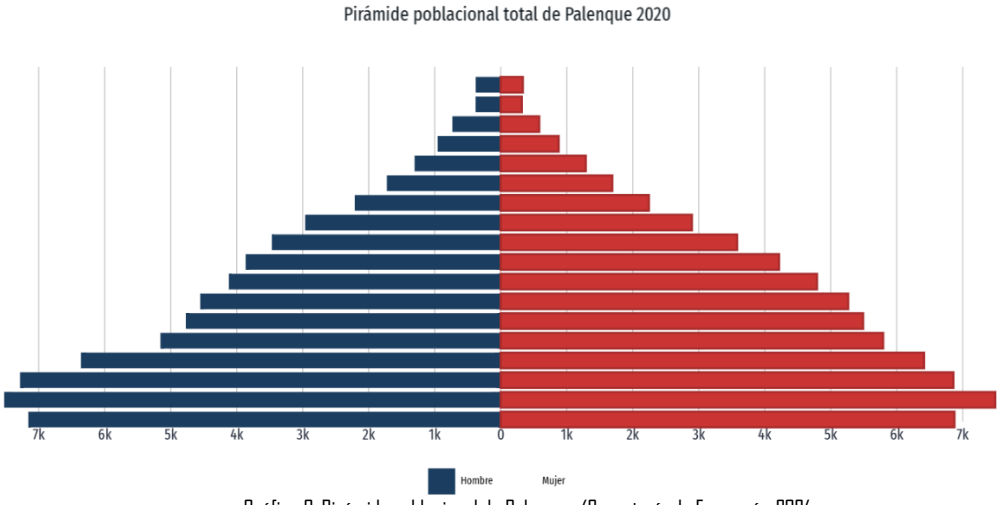




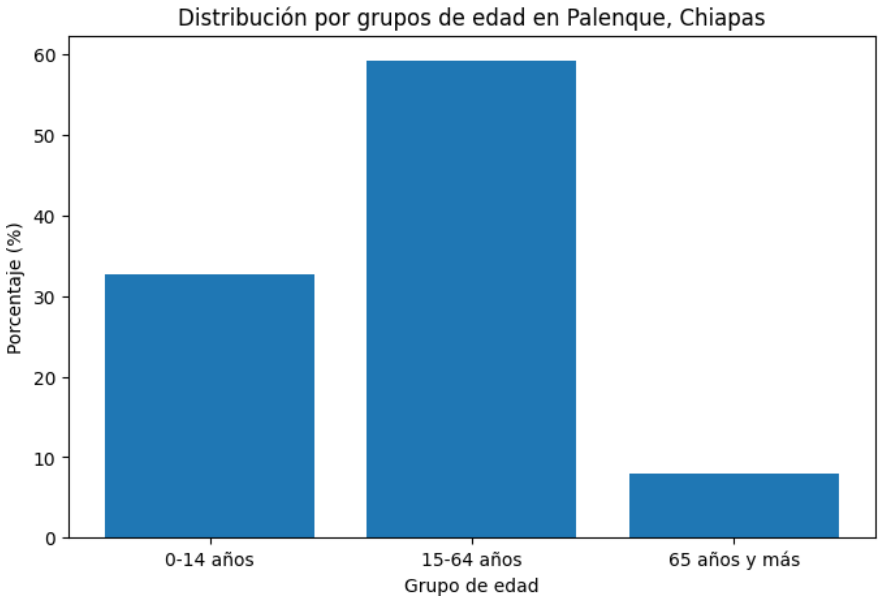
Gráfica 6 y 7. Población Palenque (INEGI 2020).

a hombres (49.2 %) (INEGI, 2020). Asimismo, los grupos de edad con mayor concentración poblacional son de 5 a 9 años, 10 a 14 años y 0 a 4 años, los cuales representan el 32.7 % de la población total (Secretaría de Economía, 2024).

La estructura poblacional de Palenque corresponde a una pirámide expansiva, característica de poblaciones jóvenes con alta natalidad. Los grupos de edad de 0 a 14 años concentran gran parte de la población municipal (Secretaría de Economía, 2024).



Gráfica 8. Pirámide poblacional de Palenque. (Secretaría de Economía. 2024.



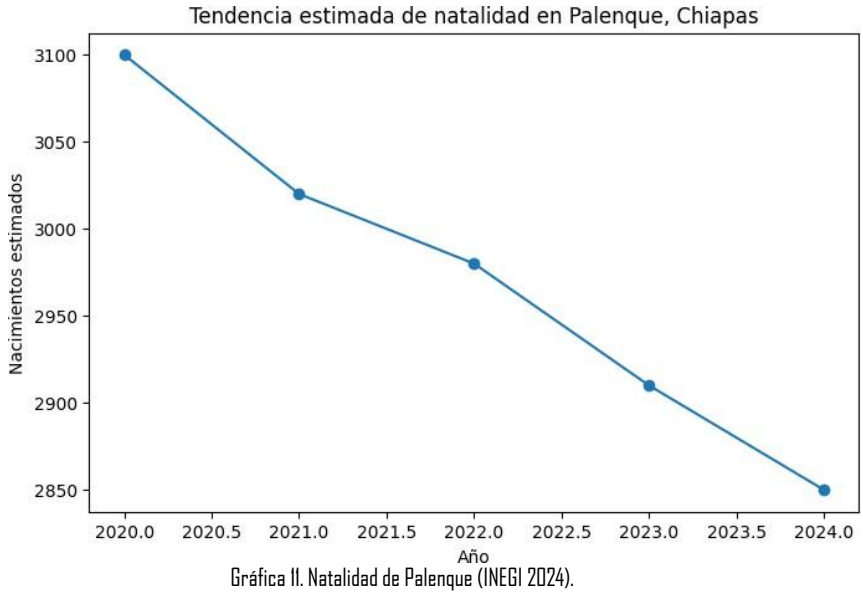
Gráfica 9. Distribución por grupo de edad en Palenque (Secretaría de Economía 2024).



Gráfica 10 Tasa de crecimiento Chiapas (INEGI 2023).

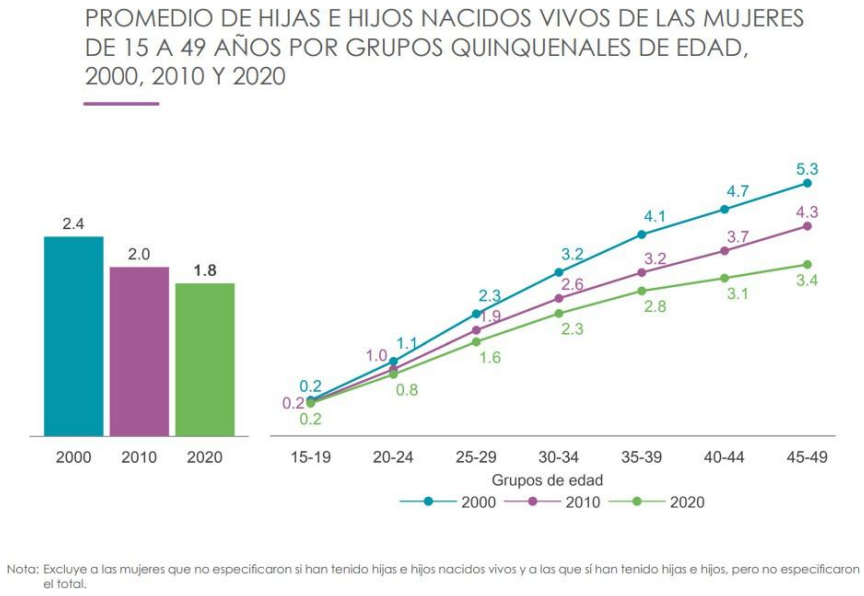
Natalidad

Chiapas continúa siendo uno de los estados con mayor tasa de natalidad en México, situación influida por la alta proporción de población joven y los embarazos en adolescentes (INEGI, 2024)



Gráfica 11. Natalidad de Palenque (INEGI 2024).

Se observa ligera disminución de nacimientos durante los últimos años; sin embargo, la natalidad continúa siendo elevada comparada con otros estados del país. Es necesario fortalecer programas de planificación familiar y educación sexual integral en adolescentes y jóvenes.



Nota: Excluye a las mujeres que no especificaron si han tenido hijas e hijos nacidos vivos y a las que sí han tenido hijas e hijos, pero no especificaron el total.

Gráfica 12. Natalidad, mujeres de 15-49 años (INEGI 2020).

INEGI. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2020. Chiapas. 2023

Morbimortalidad

La morbilidad en el municipio de Palenque presenta un perfil epidemiológico mixto, caracterizado por la coexistencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Entre las principales causas de atención médica destacan las infecciones respiratorias agudas, las infecciones de vías urinarias, las enfermedades diarreicas agudas y el dengue. Asimismo, se observa una presencia importante de padecimientos crónico-degenerativos como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y dislipidemias, los cuales representan una carga creciente para los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2024).

La mortalidad en el municipio de Palenque sigue el comportamiento observado en el estado de Chiapas y en el país. Las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos constituyen las principales causas de defunción. Estas enfermedades están estrechamente relacionadas con factores de riesgo como obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial, tabaquismo y envejecimiento poblacional. Asimismo, las neumonías y otras enfermedades respiratorias continúan representando causas importantes de mortalidad, principalmente en adultos mayores y personas con enfermedades crónicas preexistentes (INEGI, 2024).

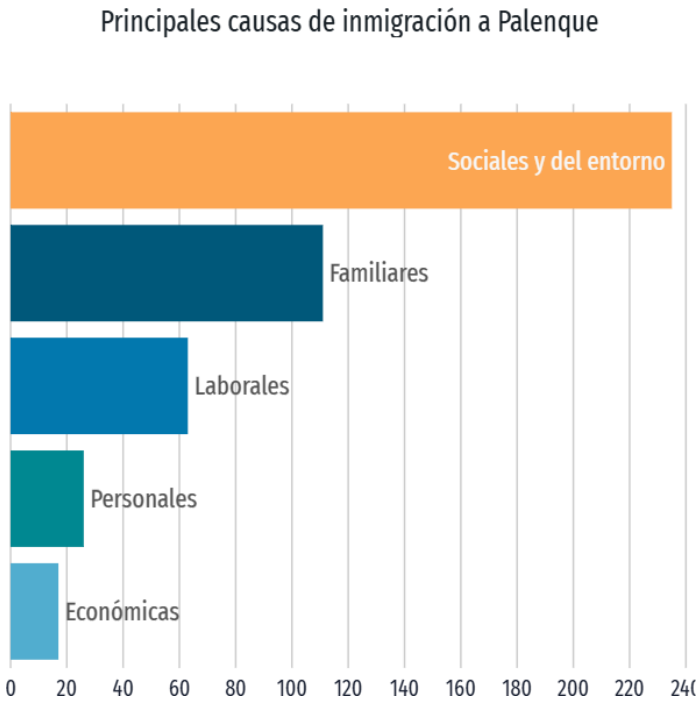
Migración

La migración en Palenque ocurre principalmente por motivos laborales y económicos, especialmente hacia zonas turísticas y ciudades del norte del país (CONEVAL, 2022).

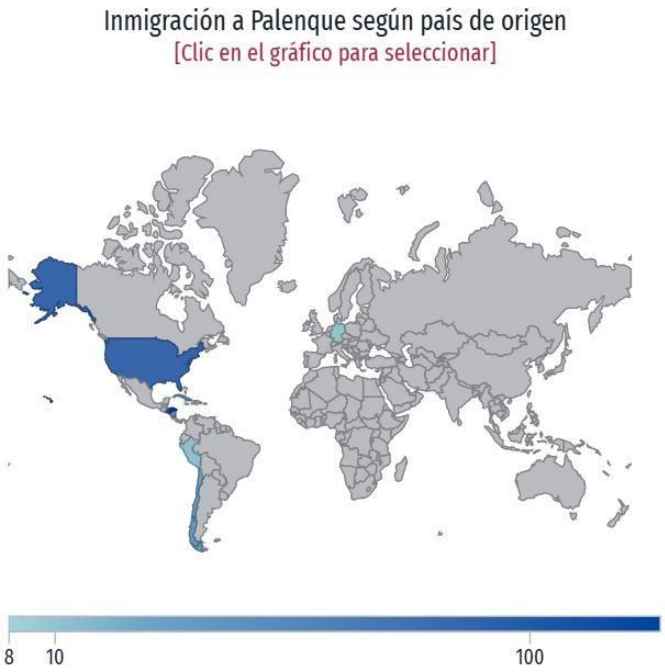
La migración laboral constituye la principal causa de movilidad poblacional y se relaciona con condiciones económicas y búsqueda de mejores oportunidades. La migración influye en la dinámica familiar y puede afectar la continuidad de tratamientos y el acceso a servicios de salud.

Inmigración

Las principales causas de migración a Palenque en los últimos años fueron sociales y del entorno (235 personas), familiares (111 personas) y laborales (63 personas). La mayor cantidad de inmigrantes que ingresó a Palenque en los últimos 5 años provino de Honduras (188 personas), Estados Unidos (84 personas) y El Salvador (83 personas) (CONEVAL2022).



Gráfica 13. Principales causas de inmigración a Palenque (CONEVAL, 2022).

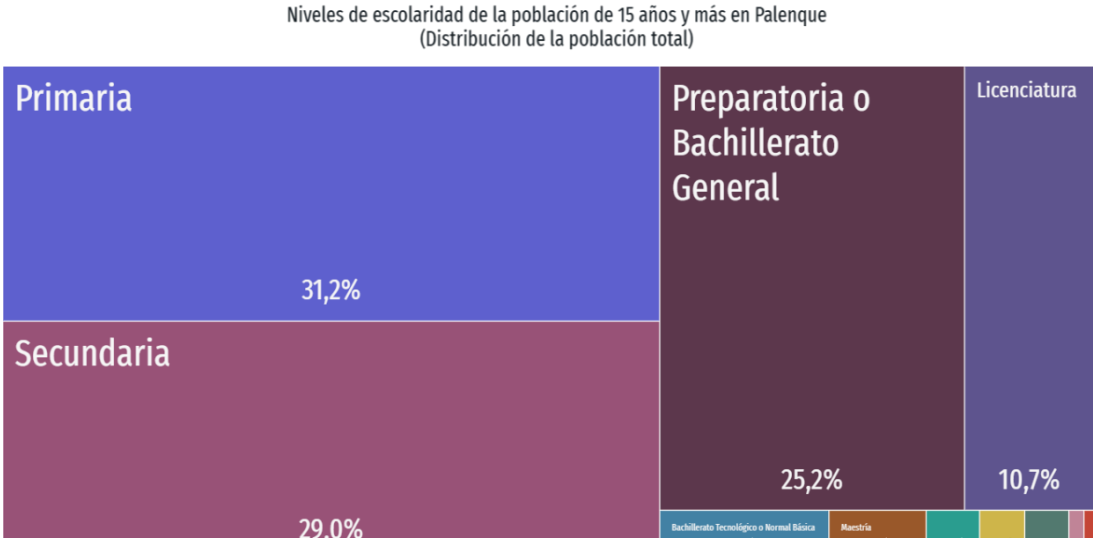


GRÁFICA 14. Países de origen de los migrantes a Palenque en los últimos años. (CONEVAL 2022).

Educación

El nivel educativo predominante corresponde a educación básica. En Chiapas persisten rezagos educativos importantes, principalmente en comunidades rurales (INEGI, 2020).

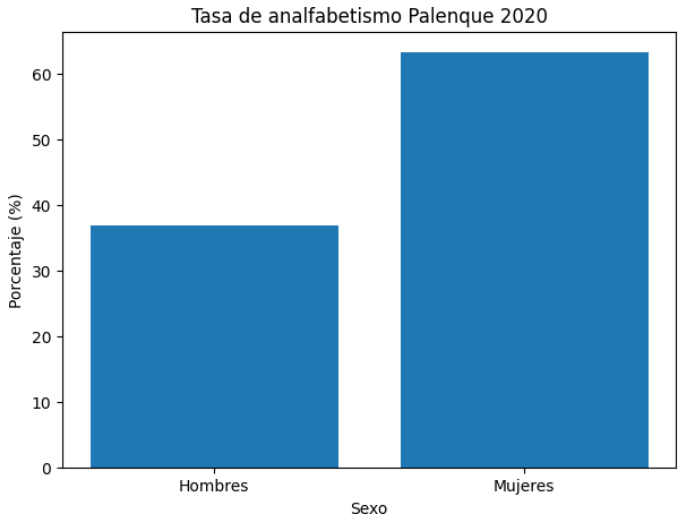
Predomina la educación básica, lo que puede influir en el acceso a empleo formal y en el conocimiento sobre prevención de enfermedades. La educación representa un determinante social fundamental para mejorar la calidad de vida y la salud comunitaria.



Gráfica 15. Niveles de escolaridad en mayores de 15 años. (INEGI 2020).

Analfabetismo:

La tasa de analfabetismo de Palenque en 2020 fue 14.1%. Del total de población analfabeta, 36.8% correspondió a hombres y 63.2% a mujeres (Secretaría de Economía, 2024).



Gráfica 16. Analfabetismo (Secretaría de Economía, 2024).

Lengua indígena

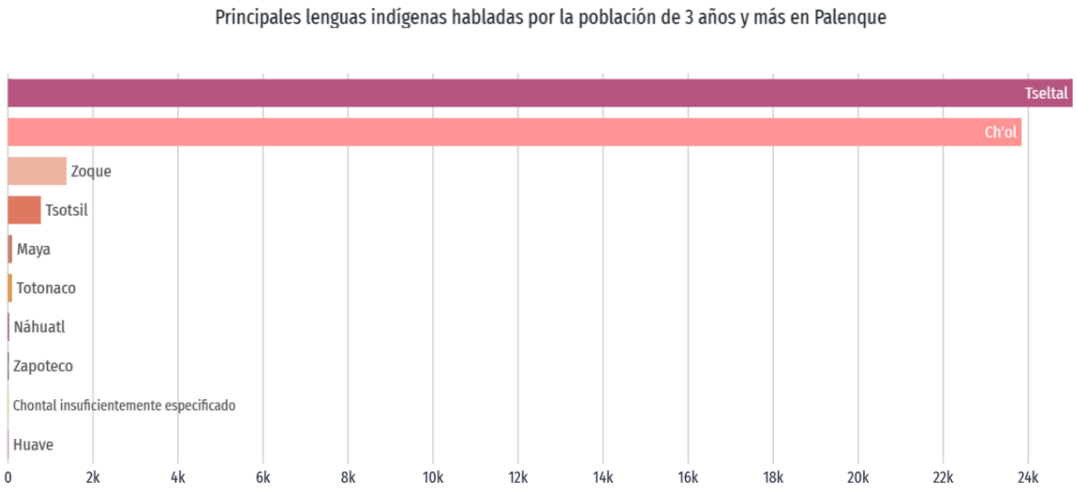
El municipio de Palenque presenta una importante diversidad cultural y lingüística. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, una proporción significativa de la población habla alguna lengua indígena, principalmente perteneciente a los pueblos mayas y cholanos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020).

Las lenguas indígenas predominantes en Palenque son: ch´ol, tseltal, tsolsil y zoque

El pueblo Ch'ol constituye uno de los principales grupos indígenas de la región norte de Chiapas. La lengua ch'ol pertenece a la familia lingüística maya y continúa utilizándose en actividades cotidianas, familiares y comunitarias (Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas [INPI], 2023).

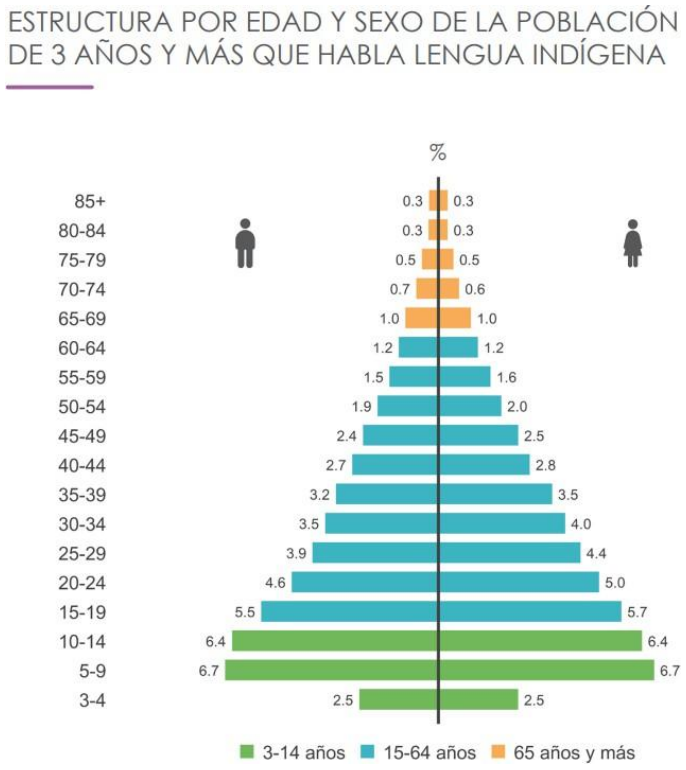
Según el INPI, "la lengua ch'ol es una de las variantes lingüísticas con mayor presencia en la región norte de Chiapas" (INPI, 2023). La preservación de esta lengua representa un elemento fundamental de identidad cultural y organización comunitaria.

En el ámbito de la salud, la diversidad lingüística puede representar barreras de comunicación entre el personal médico y los pacientes, especialmente cuando existen diferencias culturales y lingüísticas importantes. Por ello, el enfoque intercultural en salud resulta fundamental para garantizar atención médica accesible y respetuosa.



Gráfica 17. 10 principales lenguas indígenas habladas por la población de Palenque. (INPI 2023).

La población de 3 años y más que habla al menos una lengua indígena fue 51.3k personas, lo que corresponde a 38.8% del total de la población de Palenque. Las lenguas indígenas más habladas fueron Tseltal (25,043 habitantes), Ch'ol (23,842 habitantes) y Zoque (1,377 habitantes).



Gráfica 18. Pirámide poblacional por edad y sexo >3 años que habla lengua indígena (INEGI 2023).

Vivienda y servicios públicos

La vivienda y el acceso a servicios públicos representan elementos fundamentales dentro de los determinantes sociales de la salud, ya que las condiciones del hogar influyen directamente en el bienestar físico, mental y social de la población. El acceso a agua potable, drenaje, electricidad y saneamiento básico constituye un componente esencial del Derecho a la Salud reconocido por organismos nacionales e internacionales.

Vivienda y servicios públicos en Chiapas

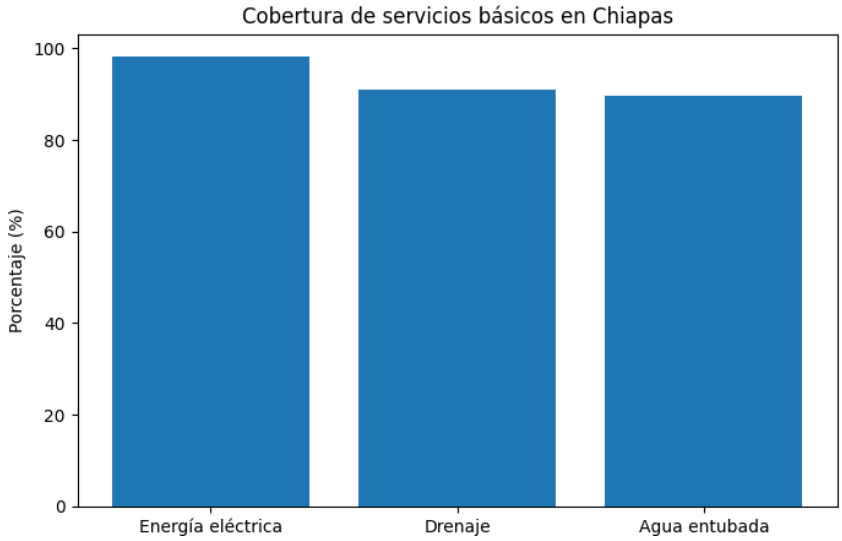
De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, en el estado de Chiapas existían 1,348,405 viviendas particulares habitadas (INEGI, 2020). El Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica reporta que "89.59 % de las viviendas disponen de agua entubada, 91.01 % cuentan con drenaje y 98.22 % tienen energía eléctrica" (CEIEG, 2024).

Viviendas particulares habitadas y sus servicos										
Concepto	2000		2005		2010		2015		2020	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Viviendas particulares habitadas	778,845	100.00	889,420	100.00	1,072,239	100.00	1,238,565	100.00	1,348,105	100.00
Viviendas particulares habitadas que disponen de piso firme	421,397	54.11	543,192	61.07	788,617	73.55	932,656	75.30	995,512	73.85
Viviendas particulares habitadas que disponen de energía eléctrica	684,605	87.90	832,257	93.57	1,027,957	95.87	1,208,102	97.54	1,324,133	98.22
Viviendas particulares habitadas que disponen de agua entubada (dentro de la vivienda o en el terreno de la vivienda)	579,706	74.43	664,725	74.74	837,900	78.14	1,097,226	88.59	1,207,826	89.59
Viviendas particulares habitadas que disponen de drenaje	485,016	62.27	687,541	77.30	893,964	83.37	1,092,657	88.22	1,226,871	91.01

Nota: Para el año 2015, para los indicadores de agua entubada y drenaje en las viviendas particulares habitadas. Los datos absolutos de los ocupantes en viviendas particulares habitadas, según disponiblidad de agua, fueron estimados en base al porcentaje que público la Encuesta Intencensal 2015. Los datos absolutos de las viviendas particulares habitadas, según disponiblidad de agua, fueron estimados en base a los absolutos de los ocupantes en las viviendas particulares habitadas entre el promedio de los ocupantes en viviendas particulares habitadas.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2000, 2010 y 2020; II Conteo de Población y Vivienda 2005; Encuesta intercensal 2015

Imagen 6. INEGI 2020

Sin embargo, aunque la cobertura de servicios básicos ha aumentado durante los últimos años, Chiapas continúa siendo una de las entidades con mayores rezagos sociales del país. Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2024, aproximadamente "48.6 % de la población presenta carencias en servicios básicos de vivienda" (La Jornada, 2025).



Gráfica 19. Cobertura de Servicios Básicos en Chiapas. (CEIEG, 2024).

Los datos muestran avances importantes en infraestructura básica; sin embargo, aún persisten desigualdades, especialmente en comunidades rurales e indígenas donde el acceso a agua potable y drenaje continúa siendo limitado.

Desde una perspectiva de salud pública, el rezago en servicios básicos refleja desigualdad social estructural. Aunque las cifras estatales muestran alta cobertura, existen localidades rurales donde las familias continúan viviendo sin acceso adecuado a agua potable y saneamiento, situación que favorece enfermedades gastrointestinales, infecciones parasitarias y problemas dermatológicos.

Esto evidencia que el Derecho a la Salud no depende únicamente de contar con unidades médicas, sino también de garantizar condiciones dignas de vivienda.

Vivienda y servicios públicos en Palenque, Chiapas

En el municipio de Palenque, el acceso a servicios básicos presenta características similares a las del resto del estado, aunque con diferencias importantes entre la cabecera municipal y las comunidades rurales.

Según datos del Censo de Población y Vivienda 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la localidad de Palenque contaba con un total de 19,765 viviendas, de las cuales 19,748 correspondían a viviendas particulares. Del total de viviendas particulares, 14,977 se encontraban habitadas y 4,771 permanecían deshabitadas.

Por otra parte, se registraron 2,432 viviendas con tres o más ocupantes por cuarto, indicador que refleja condiciones de hacinamiento en una proporción de los hogares de la localidad.

En relación con las características de la vivienda, se observó que 14,751 viviendas particulares habitadas disponían de pisos de material diferente a la tierra, lo que evidencia mejores condiciones de habitabilidad para la mayoría de la población. Respecto a los servicios básicos, 14,896 viviendas contaban con energía eléctrica, 14,901 disponían de excusado o sanitario y 14,914 tenían acceso a drenaje. Estos datos muestran una amplia cobertura de servicios esenciales en la localidad; sin embargo, aún existe un pequeño porcentaje de viviendas que carecen de estos servicios, situación que puede influir negativamente en las condiciones de salud y bienestar de la población (INEGI, 2020).

Viviendas	Total
Total de viviendas	19,765
Total de viviendas particulares	19,748
Total de viviendas particulares habitadas	14,977
Viviendas particulares no habitadas	4,771
Promedio de ocupantes en viviendas particulares habitadas	3.45
Promedio de ocupantes por cuarto en viviendas particulares habitadas	1.37
Viviendas particulares habitadas con 3 o más ocupantes por cuarto	2,432
Viviendas particulares habitadas con piso de material diferente de tierra	14,751
Viviendas particulares habitadas que disponen de energía eléctrica	14,896
Viviendas particulares habitadas que disponen de excusado o sanitario	14,901
Viviendas particulares habitadas que disponen de drenaje	14,914

Fecha de actualización: 2020
Fuente(s): Censo de Población y Vivienda 2020

Imagen 7. INEGI 2020

Asimismo, el acceso a electricidad (98 %) es mayor en comparación con agua potable (50.7 %) y drenaje (92.9 %), particularmente en localidades alejadas donde aún existen viviendas con fosas sépticas, letrinas o abastecimiento irregular de agua (INEGI 2020)

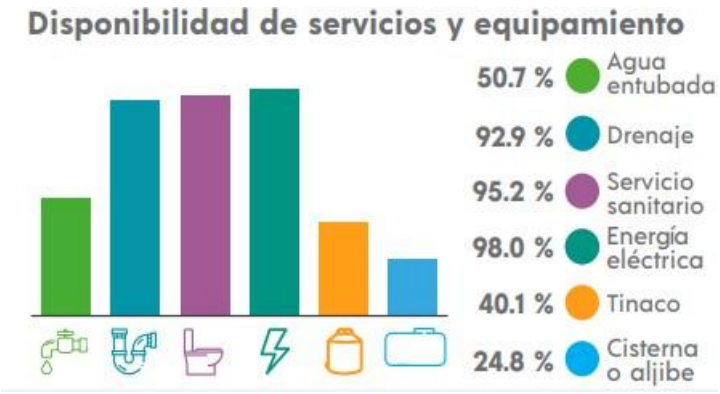


Imagen 8. Servicios Básicos en Palenque 065 (INEGI 2020).

La electricidad representa el servicio con mayor cobertura en el municipio; sin embargo, el agua potable y el drenaje continúan siendo limitados en algunas comunidades rurales, lo que incrementa riesgos sanitarios.

El municipio de Palenque presenta importantes contrastes en el acceso a los servicios básicos entre la cabecera municipal y las localidades rurales. Mientras que la zona urbana concentra la mayor parte de la infraestructura de agua potable, drenaje, recolección de residuos y equipamiento público, las comunidades rurales continúan enfrentando mayores rezagos en estos servicios. Esta situación se relaciona con la dispersión geográfica de la población, la distancia entre localidades y las limitaciones para ampliar la infraestructura básica en zonas de difícil acceso (Secretaría de Bienestar 2022).

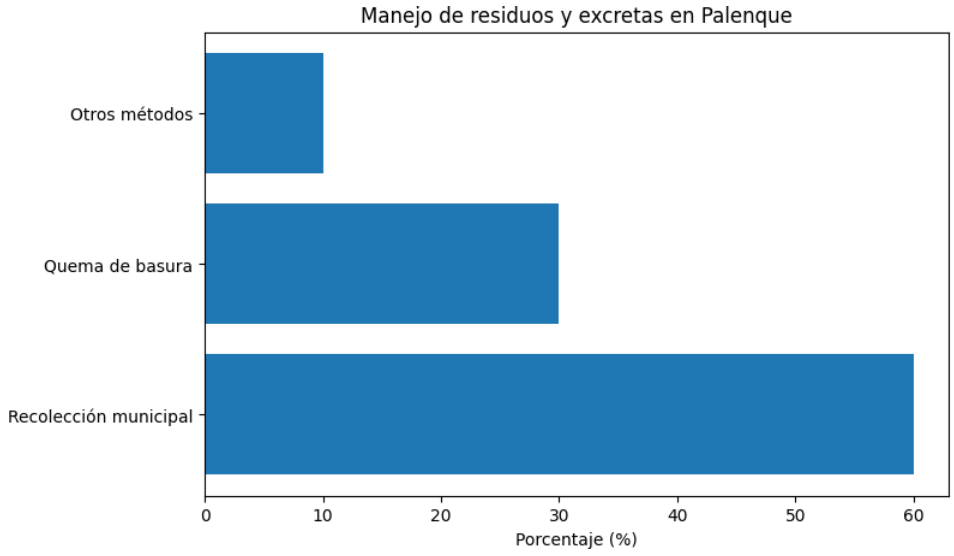
En materia de abastecimiento de agua, la cabecera municipal cuenta con una mayor cobertura de agua entubada y redes formales de distribución. Por el contrario, en diversas comunidades rurales el suministro depende de manantiales, sistemas comunitarios o captación de agua de lluvia, lo que puede generar problemas de disponibilidad y calidad del recurso, especialmente durante determinadas épocas del año (Secretaría de Bienestar 2022).

Respecto al drenaje y saneamiento, la infraestructura sanitaria se encuentra más desarrollada en la zona urbana. En muchas localidades rurales persiste el uso de fosas sépticas, letrinas o sistemas individuales para la disposición de excretas, condiciones que pueden favorecer la contaminación del suelo y de las fuentes de agua cuando no existe un manejo adecuado (Secretaría de Bienestar 2022).

La energía eléctrica es el servicio con mayor cobertura tanto en la cabecera municipal como en las comunidades rurales; sin embargo, las localidades más alejadas pueden presentar problemas relacionados con la continuidad del suministro o con el acceso a infraestructura complementaria El INEGI reporta que aún existen viviendas que "no disponen de energía eléctrica, agua entubada ni drenaje" (INEGI, 2020).

Manejo de basura y excretas

En varias localidades rurales de Chiapas y Palenque, el manejo de residuos sólidos continúa realizándose mediante quema de basura o disposición a cielo abierto debido a la limitada cobertura de recolección municipal. Además, algunas viviendas utilizan letrinas o fosas sépticas por falta de drenaje sanitario, lo que genera riesgos ambientales y sanitarios (INEGI 2020).



Gráfica 20. Manejo de residuos y excretas en Palenque. INEGI, 2020).

La quema de basura continúa siendo frecuente en algunas comunidades rurales debido a la falta de servicios municipales de recolección.

El manejo inadecuado de residuos representa un problema ambiental y sanitario importante. La exposición constante al humo por quema de basura y la disposición incorrecta de excretas favorecen enfermedades respiratorias, infecciones gastrointestinales y contaminación ambiental.

Desde una perspectiva profesional, el acceso a servicios básicos debe considerarse parte esencial del Derecho a la Salud, ya que la prevención de enfermedades depende no solo de la atención médica, sino también de condiciones dignas de vivienda, saneamiento y acceso a agua potable**.**

Alimentación

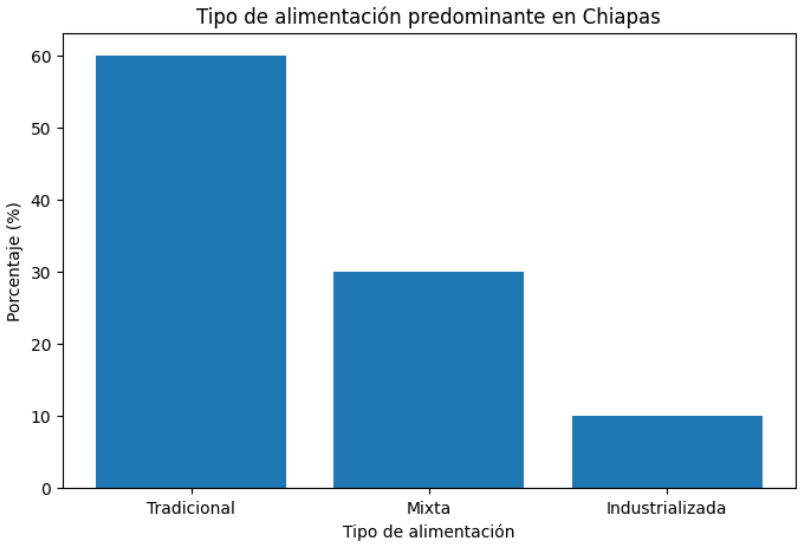
La alimentación constituye uno de los principales determinantes sociales de la salud, ya que influye directamente en el crecimiento, desarrollo, prevención de enfermedades y calidad de vida de la población. En Chiapas, las condiciones económicas, la pobreza y las desigualdades sociales impactan significativamente en el acceso a una alimentación nutritiva y suficiente.

Chiapas

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), "la población con inseguridad alimentaria representa en 2022 poco más del 30 % de la población total" (CONEVAL, 2024). Además, el organismo reporta que Chiapas se encuentra entre las entidades con mayor porcentaje de población en pobreza extrema por ingresos, alcanzando 36.6 %, el CONEVAL señala que "la carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad es más elevada entre la población de menor ingreso" y afecta especialmente a población indígena y rural (CONEVAL, 2024).

En Chiapas, la alimentación tradicional se basa principalmente en maíz, frijol, arroz, tortillas, verduras regionales y productos de autoconsumo. Sin embargo, durante los últimos años ha aumentado el consumo de alimentos industrializados y bebidas azucaradas debido a su bajo costo y fácil acceso, lo que ha favorecido problemas de obesidad, diabetes y enfermedades crónicas (Milenio, 2023).

Además, especialistas señalan que la pobreza y la inseguridad alimentaria continúan siendo problemáticas importantes en el estado. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) informó que existen municipios de Chiapas con niveles de inseguridad alimentaria cercanos al 50 % (Milenio, 2023).



Gráfica 21. Alimentación predominante en Chiapas. (Milenio 2023).

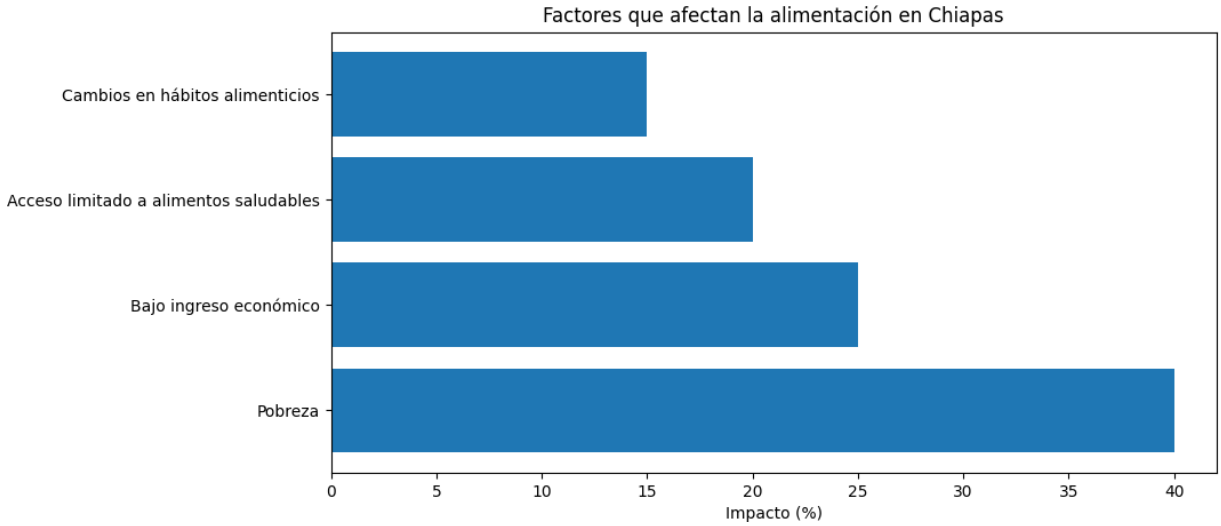
La alimentación tradicional continúa predominando en gran parte de la población chiapaneca; sin embargo, el aumento del consumo de alimentos industrializados representa un riesgo creciente para el desarrollo de enfermedades metabólicas y crónicas.

Palenque

En Palenque, la alimentación mantiene características similares a las del resto del estado. La dieta cotidiana se basa principalmente en maíz, frijol, arroz, plátano, pollo y productos regionales. En comunidades rurales, muchas familias aún dependen parcialmente de agricultura de autoconsumo, la inseguridad alimentaria afecta principalmente a población indígena y comunidades rurales. El CONEVAL reporta que la carencia por acceso a alimentación nutritiva y de calidad es mayor en zonas rurales y hogares con bajos ingresos (CONEVAL, 2024).

Durante el servicio social resulta evidente que la alimentación se encuentra estrechamente relacionada con las condiciones económicas de las familias. En muchas ocasiones, los pacientes no consumen alimentos nutritivos no por desconocimiento, sino por limitaciones económicas y dificultades de acceso. Esto demuestra que la salud alimentaria no depende únicamente de decisiones individuales, sino también de factores sociales y económicos que condicionan la calidad de vida de la población.

La Agenda 2030 del estado de Chiapas establece como objetivo "poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año" (Agenda 2030 Chiapas, 2024).



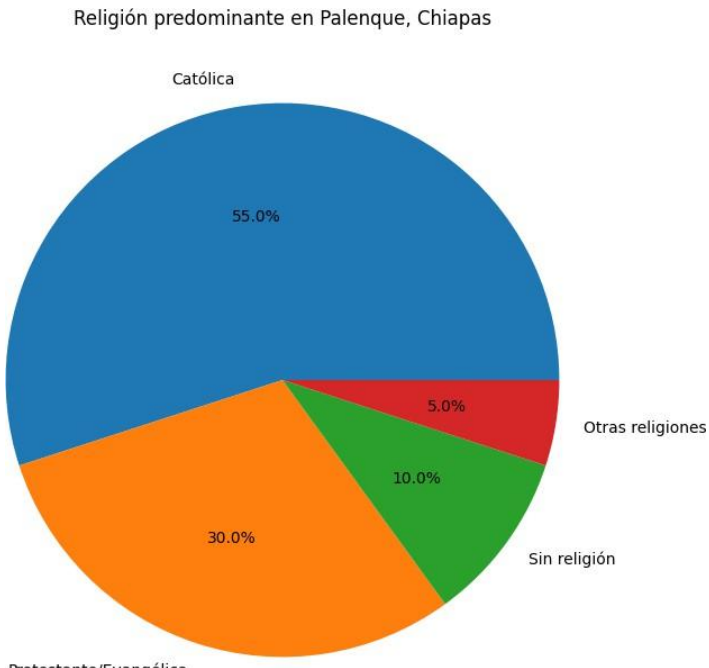
Gráfica 22. Factores que afectan la alimentación en Chiapas (CONEVAL, 2024).

La pobreza y los bajos ingresos representan los principales factores que afectan la alimentación en Chiapas, condicionando la calidad nutricional y favoreciendo inseguridad alimentaria.

Religión

La religión constituye un elemento importante dentro de la identidad cultural y social de la población de Palenque, Chiapas. Las creencias religiosas influyen en la organización comunitaria, las festividades tradicionales y la percepción del proceso salud-enfermedad, especialmente en comunidades rurales e indígenas.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en Chiapas la religión católica continúa siendo la de mayor presencia; sin embargo, durante las últimas décadas ha aumentado considerablemente el número de personas pertenecientes a grupos protestantes y evangélicos (INEGI, 2020), el Censo de Población y Vivienda 2020 reporta que en Chiapas "55.2 % de la población profesa la religión católica", mientras que "27.4 % pertenece a religiones protestantes o



Gráfica 23. Religión predominante en Palenque (INEGI, 2020).

cristianas evangélicas" y "10.6 % refiere no tener religión" (INEGI, 2020).

En Palenque, la composición religiosa mantiene características similares a las observadas a nivel estatal, predominando la religión católica seguida de grupos protestantes y evangélicos, especialmente en comunidades indígenas y rurales.

Las creencias religiosas influyen en la forma en que las personas enfrentan procesos de enfermedad, toman decisiones sobre tratamientos médicos y participan en actividades comunitarias. la religión forma parte importante de la vida cotidiana de muchas familias y comunidades. En diversas ocasiones, las creencias religiosas representan apoyo emocional y fortalecen las redes comunitarias de acompañamiento. Resulta fundamental brindar atención médica con respeto hacia la diversidad cultural y religiosa de los pacientes. Mantener una comunicación empática y sensible permite fortalecer la confianza médico-paciente y favorece la adherencia a los tratamientos y recomendaciones médicas.

Servicios de Salud

El municipio de Palenque cuenta con una red de servicios de salud integrada por instituciones públicas y privadas que brindan atención de primer y segundo nivel a la población local y a habitantes de comunidades rurales cercanas. Debido a su ubicación estratégica dentro de la región norte del estado de Chiapas, Palenque funciona como un centro de referencia para diversos municipios y localidades, concentrando unidades médicas de consulta externa, hospitales generales, clínicas hospitalarias y servicios especializados. La infraestructura disponible permite atender necesidades relacionadas con la promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica ambulatoria, urgencias, hospitalización y algunas especialidades médicas (Secretaría de Salud de Chiapas, 2024).

La cobertura de los servicios de salud en el municipio se complementa con la participación de instituciones federales como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH) y los Servicios Públicos de Salud del estado. Asimismo, existen clínicas y hospitales privados que ofrecen servicios médicos, de diagnóstico y hospitalización a la población que cuenta con recursos para acceder a este tipo de atención (Secretaría de Salud de Chiapas, 2024; ISSSTE, 2024).

Servicios Públicos

- General Hospital Palenque
- Clínica Hospital Palenque ISSSTE
- IMSS Clínica 45 Palenque
- Isstech Palenque
- Centro de Salud de Palenque
- Clínica para la Atención de Parto Humanizado Palenque
- Cruz Roja del Estado

El principal establecimiento hospitalario público del municipio es el Hospital General de Palenque, clasificado por la Secretaría de Salud de Chiapas como un hospital general con servicios de hospitalización y atención especializada. Entre los servicios reportados se encuentran consulta externa, hospitalización, urgencias, laboratorio clínico, imagenología, atención obstétrica y diversas especialidades médicas (Secretaría de Salud 2024).

La Clínica Hospital del ISSSTE en Palenque constituye otra unidad de importancia regional. De acuerdo con información institucional, cuenta con área de hospitalización, camas censables, consulta externa, servicios auxiliares de diagnóstico y atención médica para los derechohabientes del instituto (Secretaría de Salud de Chiapas, 2024; ISSSTE, 2025).

Clínicas privadas

- Clínica Palenque
- Torre Médica Palenque
- Clínica San Carlos
- Clínica Emmanuel
- Clínica Santo Domingo
- Clínica Hospital Palenque
- Clínica Lak Ña Clara

El sector privado complementa la atención médica del municipio mediante clínicas, hospitales y consultorios especializados que ofrecen servicios de medicina general, ginecología, pediatría, cardiología, laboratorio clínico, estudios de imagen y atención hospitalaria. Estas unidades contribuyen a ampliar la oferta de servicios disponibles y disminuyen la demanda sobre las instituciones públicas (Doctoralia, 2025).

En las comunidades rurales, el primer nivel de atención se proporciona principalmente a través de centros de salud y unidades médicas rurales, sin embargo, suelen enfrentar mayores dificultades para acceder a los servicios de salud, debido a factores como la dispersión geográfica de la población, los tiempos de traslado hacia las unidades médicas y la menor disponibilidad de infraestructura sanitaria en comparación con las zonas urbanas. Asimismo, la población rural presenta mayores niveles de carencia por acceso a los servicios de salud que la población urbana, situación observada en diversas entidades del país, incluido Chiapas (Montero Mendoza, 2011; CONEVAL, 2024).

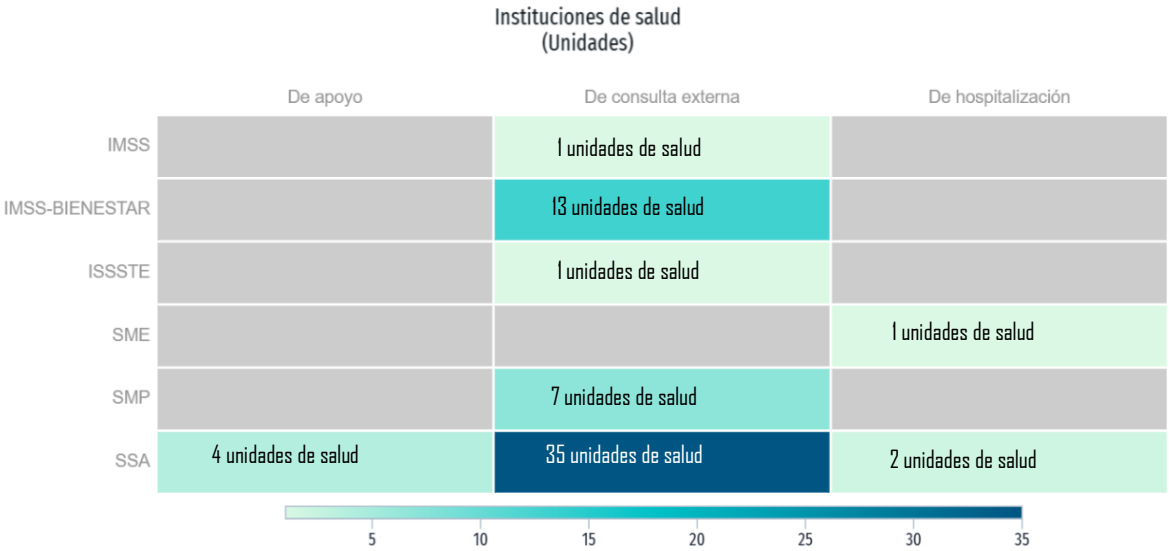


Imagen 9. Instituciones de salud (urbanas y rurales) de Palenque Chiapas (Secretaría de Economía, Palenque, 2024).

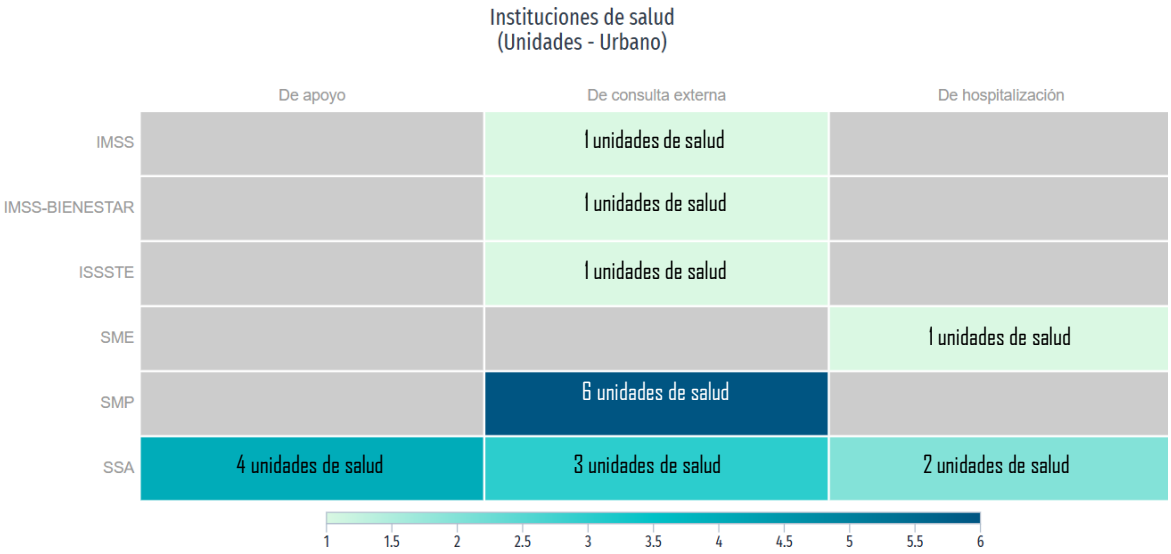


Imagen 10. Instituciones de salud urbano de Palenque Chiapas (Secretaría de Economía, Palenque, 2024).

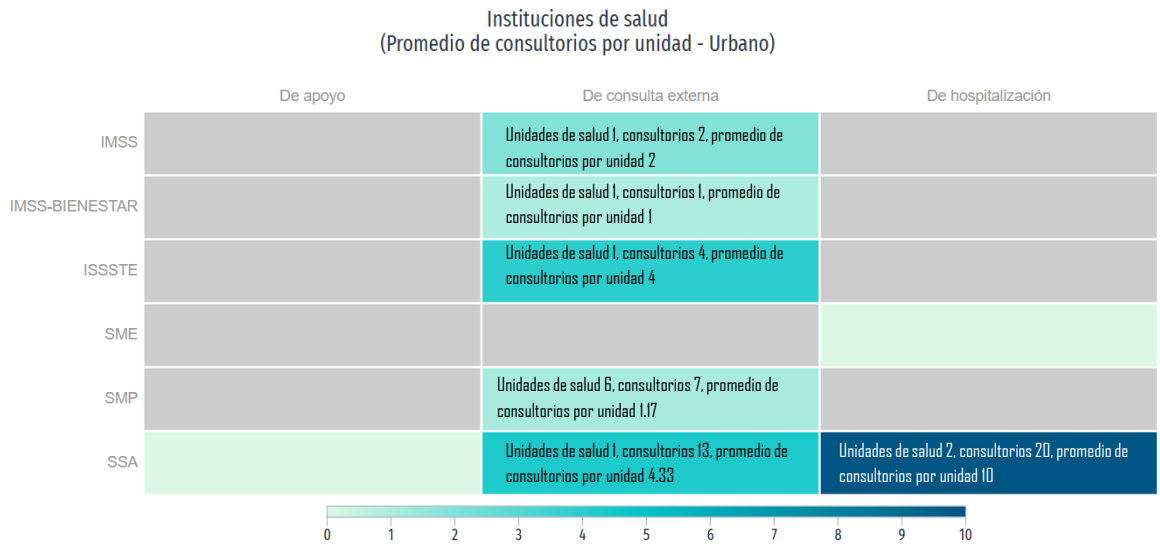


Imagen 11. Consultorios por unidad de Palenque Chiapas (Secretaría de Economía, Palenque, 2024).

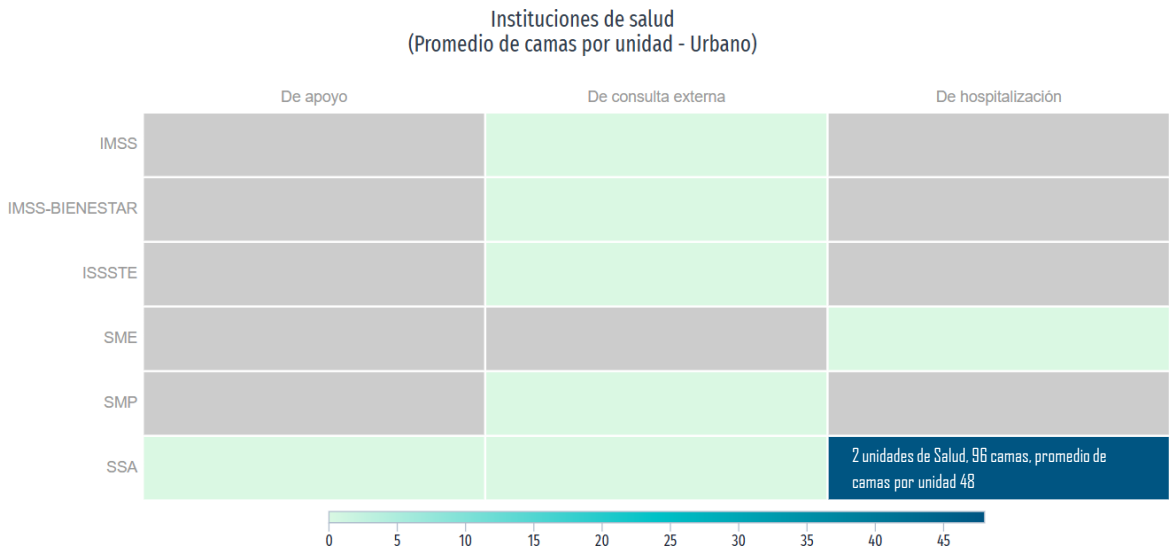
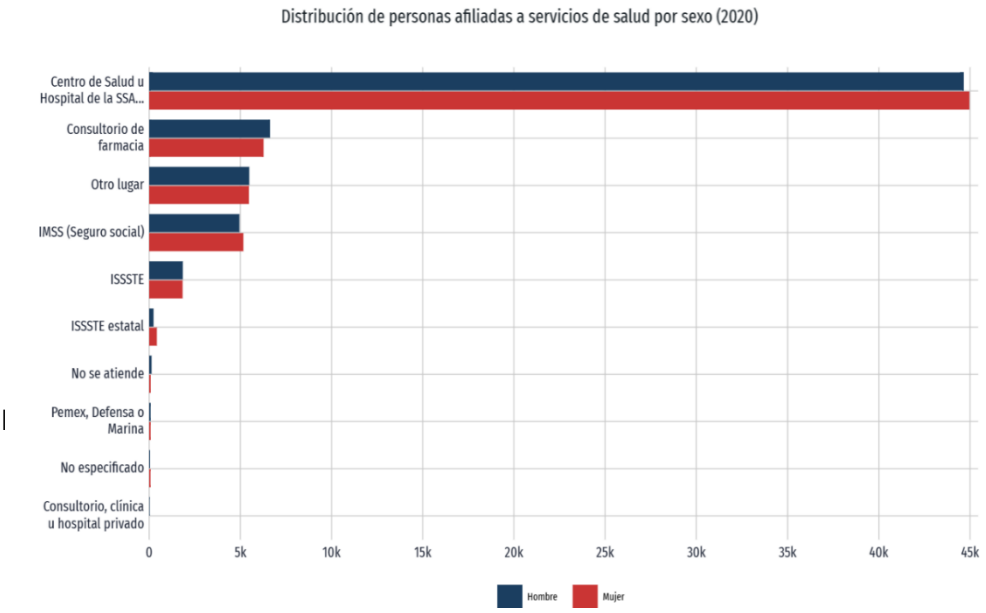


Imagen 12. Promedio de camas por unidad en zona urbana (Secretaría de Economía, Palenque, 2024).

Institution	Establishment Type ID	Establishment Type	Clinics	Beds	Establishments	Bed Average	Health Center Average
IMSS	1	De consulta externa	2	0	1	0	2
IMSS-BIENESTAR	1	De consulta externa	1	0	1	0	1
ISSSTE	1	De consulta externa	4	0	1	0	4
SME	2	De hospitalización	0	0	1	0	0
SMP	1	De consulta externa	7	0	6	0	1.1666666666666667
SSA	1	De consulta externa	13	0	3	0	4.333333333333333
SSA	2	De hospitalización	20	96	2	48	10
SSA	3	De apoyo	0	0	4	0	0

Imagen 13. Datos de las anteriores gráficas: Instituciones de Salud rurales y urbanas, unidades urbanas, promedio de consultorios por unidad urbano y promedio de camas por unidad, (Palenque 2024).

En Palenque, las opciones de atención de salud más utilizadas en 2020 fueron Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) (89.6k), Consultorio de farmacia (12.9k) y Otro lugar (11k). En el mismo año, los seguros sociales que agruparon mayor número de personas fueron Pemex, Defensa o Marina (76.2k) y No Especificado (35.8k).



- 69.8%, Población **atendida por Seguro Popular**
- 7.88%, **Población atendida por Seguro social**

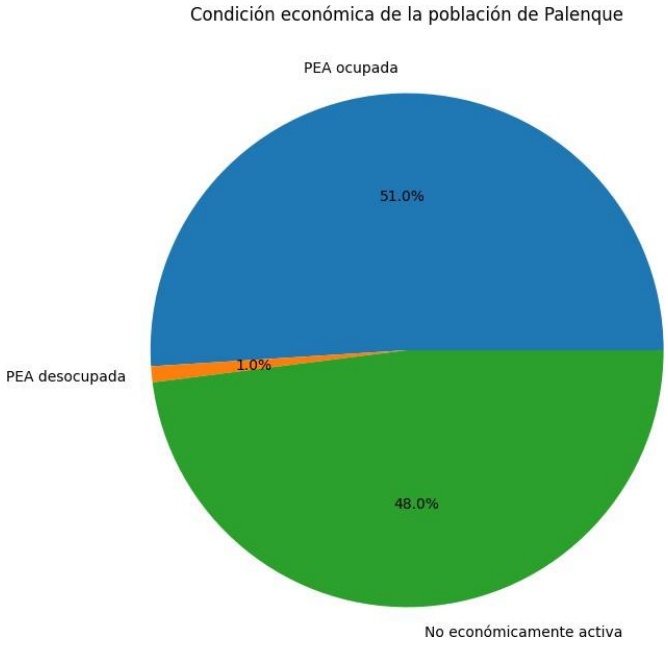
Imagen 36. Afiliación a servicios de salud por sexo (Palenque, 2024).

Indicadores económicos

Los indicadores económicos permiten comprender las condiciones laborales, productivas y sociales de la población. En Palenque, la economía se encuentra estrechamente relacionada con actividades agropecuarias, comercio, turismo y servicios, sectores que representan las principales fuentes de ingreso para gran parte de la población.

De acuerdo con Data México, durante 2024 la población económicamente activa de Palenque estuvo integrada principalmente por personas dedicadas al comercio, agricultura, servicios y actividades turísticas (Secretaría de Economía, 2024), las actividades económicas predominantes corresponden al sector terciario, especialmente comercio y servicios relacionados con turismo

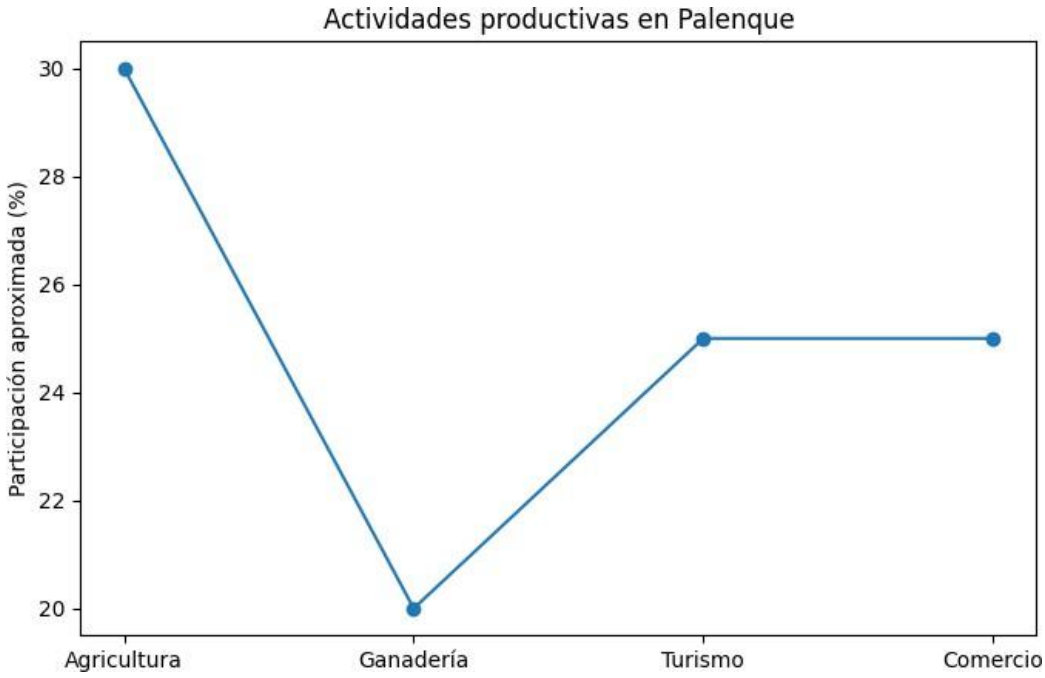
La población económicamente activa (PEA) corresponde a las personas mayores de 15 años que realizan alguna actividad económica o se encuentran buscando empleo. Según datos del INEGI y Data México, en Palenque aproximadamente 52 % de la población forma parte de la PEA (INEGI, 2020).



Gráfica 24. Condiciones económicas de Palenque (Secretaría de Economía,2024).

La mayor parte de la población económicamente activa se encuentra ocupada; sin embargo, existe importante proporción de población no económicamente activa, integrada principalmente por estudiantes, amas de casa, adultos mayores y personas con discapacidad.

Las principales actividades económicas de Palenque corresponden al comercio, turismo, agricultura, ganadería y servicios. De acuerdo con Data México, las ocupaciones más frecuentes son: Comerciantes y empleados de ventas, trabajadores agropecuarios, prestadores de servicios turísticos, trabajadores de la construcción, personal de transporte y servicios generales (Secretaría de Economía, 2024).



Gráfica 25. Actividades productivas en Palenque (Secretaría de Economía 2024).

Los productos agrícolas y ganaderos se comercializan principalmente en mercados locales, municipios cercanos y zonas turísticas. El turismo representa una de las actividades económicas más importantes debido a la cercanía con la zona arqueológica de Palenque y otros atractivos naturales.

La economía de Palenque combina actividades tradicionales del sector primario con servicios relacionados con el turismo. Sin embargo, muchas actividades continúan desarrollándose en condiciones de informalidad laboral. La dependencia de empleos informales genera vulnerabilidad económica para muchas familias, en diversas ocasiones, los pacientes deben priorizar gastos básicos sobre atención médica, lo que afecta la continuidad de tratamientos y la prevención de enfermedades.

Según INEGI, la mayor parte de la PEA se encuentra ocupada; sin embargo, existe población que realiza trabajo no remunerado, principalmente mujeres dedicadas al hogar y cuidado familiar. Aunque el

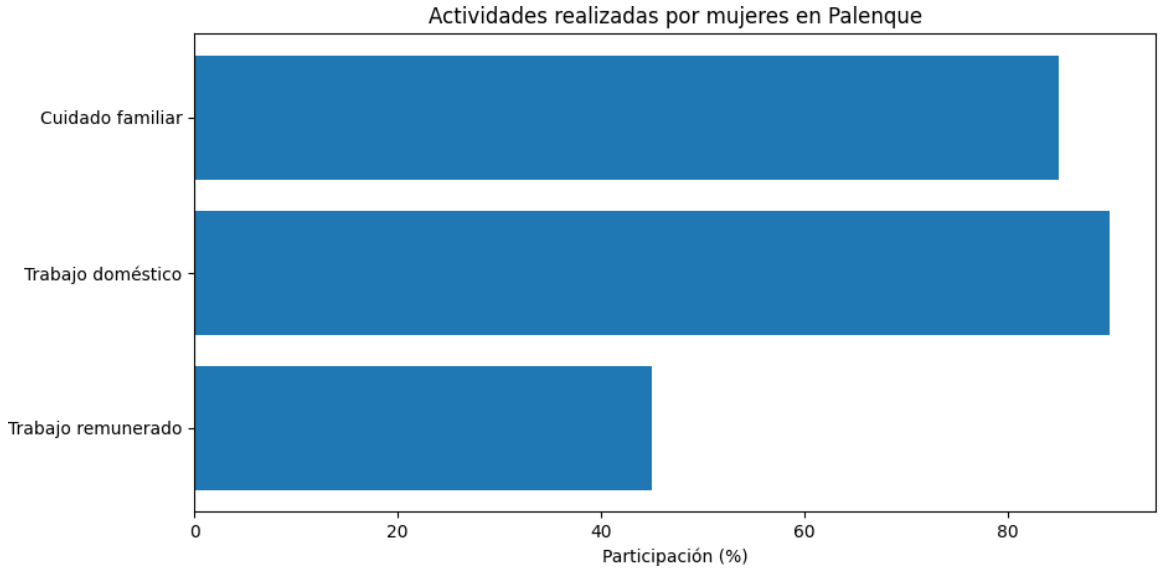
porcentaje de desempleo abierto es bajo, esto no necesariamente refleja estabilidad económica, ya que gran parte de la población trabaja en empleos informales y con ingresos limitados. En el contexto comunitario es frecuente observar que muchas familias sobreviven mediante actividades económicas temporales o informales,

En 2025, el salario mínimo general en México corresponde a $278.80 pesos diarios y en la Zona Libre de la Frontera Norte a $419.88 pesos diarios (Comisión Nacional de los Salarios Mínimos [CONASAMI], 2025).

En Palenque, gran parte de la población percibe ingresos cercanos o inferiores al salario mínimo, especialmente en trabajos agrícolas, comercio informal y empleo eventual.

En Palenque, al igual que en gran parte del país, muchas mujeres realizan doble jornada laboral. Además de participar en actividades económicas, continúan siendo responsables del trabajo doméstico y del cuidado familiar.

El INEGI reporta que las mujeres dedican significativamente más horas al trabajo no remunerado relacionado con labores del hogar y cuidado de personas (INEGI, 2023).



Gráfica 26. Actividades realizadas por mujeres en Palenque. (INEGI, 2023).

Las mujeres enfrentan sobrecarga laboral debido a la combinación de empleo remunerado y actividades domésticas no remuneradas, es frecuente observar desgaste físico y emocional en mujeres responsables tanto del sustento económico como del cuidado familiar.

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Condición de actividad económica	Población	Porcentaje
Población Económicamente Activa (PEA)	52.5 %	52.5 %
PEA ocupada (con ingreso)	99.3 % de la PEA	52.1 % del total
PEA desocupada (sin ingreso)	0.7 % de la PEA	0.4 % del total
Población No Económicamente Activa (PNEA)	45.4 %	45.4 %
Actividad no especificada	0.3 %	0.3 %

Grafica 27. ACTIVIDAD ECONÓMICA DE PALENQUE (PALENQUE 2024)

Los datos muestran que más de la mitad de la población de Palenque participa en actividades económicas, predominando ampliamente la población ocupada. Sin embargo, también existe un porcentaje importante de población no económicamente activa, integrado principalmente por estudiantes, personas dedicadas al hogar, jubilados y personas con limitaciones para trabajar.

La elevada proporción de población ocupada no necesariamente refleja estabilidad económica, ya que en Chiapas predominan empleos informales y actividades de baja remuneración, especialmente en agricultura, comercio y turismo. Esto influye directamente en las condiciones de salud, alimentación y acceso a servicios médicos.

Indicadores políticos

Los indicadores políticos permiten comprender la forma en que la organización social, las instituciones gubernamentales, la participación ciudadana y los procesos comunitarios influyen en las condiciones de vida y salud de la población. En Palenque, Chiapas, las dinámicas políticas y comunitarias se relacionan estrechamente con la participación social, la gestión de recursos y el acceso a servicios básicos y de salud.

Organización comunitaria en Palenque

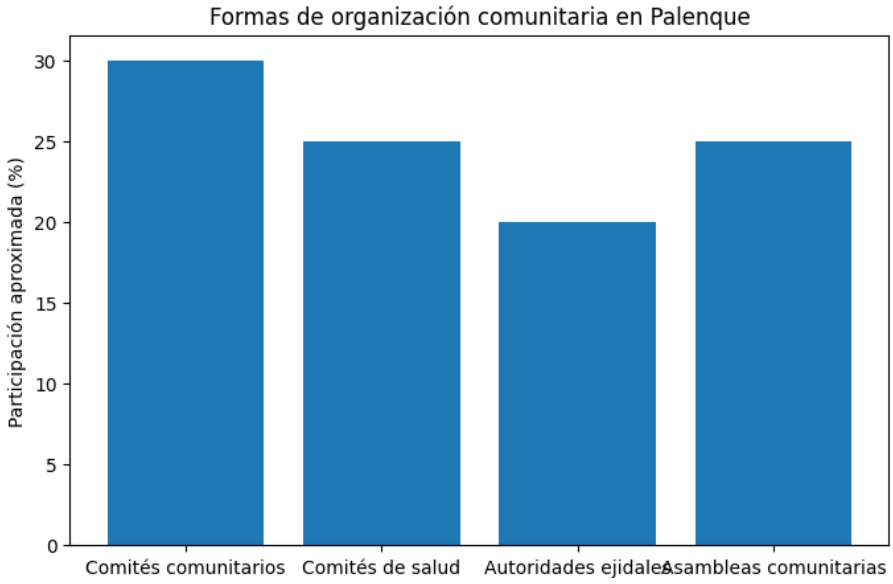
En diversas comunidades rurales e indígenas de Palenque predominan formas de organización comunitaria basadas en asambleas, autoridades locales, agentes municipales y comités comunitarios. Estas estructuras participan en la toma de decisiones relacionadas con servicios públicos, programas sociales, seguridad y salud comunitaria.

El Plan Estatal de Desarrollo de Chiapas 2025-2030 señala que "el plan fue forjado desde la escucha al pueblo, dialogando con las comunidades" (Gobierno del Estado de Chiapas, 2025). Asimismo, reconoce la importancia de pueblos indígenas, campesinos y organizaciones sociales dentro del desarrollo estatal.



Imagen 37. Participación social (Chiapas,2023).

En Palenque, la organización comunitaria resulta fundamental para coordinar campañas de vacunación, saneamiento básico, actividades preventivas y gestión de apoyos gubernamentales. Muchas comunidades cuentan con comités de salud y participación social que colaboran directamente con unidades médicas rurales.



Gráfica 28. Formas de organización comunitaria (Gobierno del estado de Chiapas, 2025).

La participación comunitaria influye positivamente en las actividades de salud. Las comunidades con mejor organización suelen tener mayor asistencia a campañas de vacunación, actividades preventivas y control de enfermedades. Esto demuestra que la salud comunitaria no depende únicamente de los servicios médicos, sino también de la participación activa de la población.

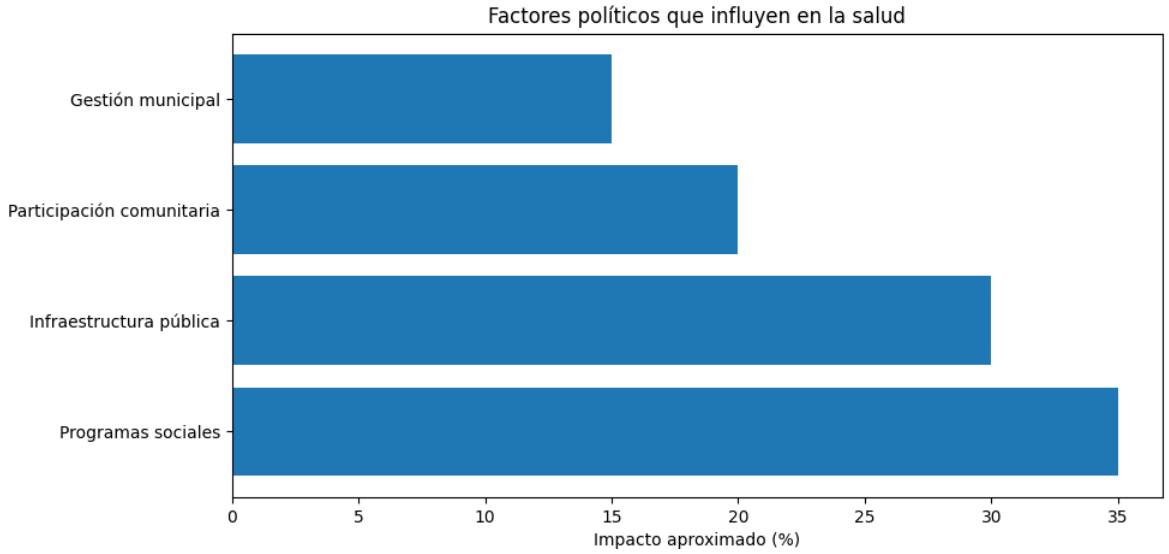
Partidos políticos

La dinámica política influye en la asignación de recursos, programas sociales e infraestructura pública.

La Agenda Legislativa del Congreso de Chiapas señala que la agenda política estatal surge del "compromiso conjunto de las fuerzas políticas representadas en el Poder Legislativo" (Congreso del Estado de Chiapas, 2024).

Además, el Instituto Nacional Electoral destaca la importancia de "fortalecer la cultura democrática y la participación ciudadana" mediante espacios de información y deliberación social.

La participación política y comunitaria influye indirectamente en la salud debido a que las decisiones gubernamentales determinan presupuesto, programas de salud, infraestructura médica y acceso a servicios básicos.



Gráfica 29. Factores políticos influyentes en la salud (Congreso del Estado de Chiapas).

La dinámica política influye en la asignación de recursos, programas sociales e infraestructura pública. La Agenda Legislativa del Congreso de Chiapas señala que la agenda política estatal surge del "compromiso conjunto de las fuerzas políticas representadas en el Poder Legislativo" (Congreso del Estado de Chiapas, 2024). El Instituto Nacional Electoral destaca la importancia de "fortalecer la cultura democrática y la participación ciudadana" mediante espacios de información y deliberación social. Por lo tanto, la participación política y comunitaria influye indirectamente en la salud debido a que las decisiones gubernamentales determinan presupuesto, programas de salud, infraestructura médica y acceso a servicios básicos.

Indicadores culturales

Los indicadores culturales permiten comprender las características sociales, lingüísticas y tradicionales de una población, así como la manera en que estas influyen en sus prácticas cotidianas y en la percepción del proceso salud-enfermedad. En Palenque, Chiapas, la diversidad cultural constituye un elemento fundamental dentro de la vida comunitaria, debido a la importante presencia de población indígena y tradiciones heredadas de los pueblos originarios.

La cultura influye directamente en las formas de alimentación, organización familiar, prácticas de autocuidado, uso de medicina tradicional y aceptación de tratamientos médicos. Por ello, el enfoque intercultural en salud resulta indispensable para brindar atención médica integral y respetuosa.

En Palenque existe importante presencia de población indígena, principalmente perteneciente al pueblo ch'ol. De acuerdo con el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI), el pueblo ch'ol forma parte de los pueblos mayas y tiene fuerte presencia en la región norte de Chiapas (INPI, 2023). (gob.mx) El INEGI reporta que una proporción importante de la población del municipio se identifica como indígena o pertenece a hogares indígenas (INEGI, 2020) , muchas comunidades conservan formas tradicionales de organización social y prácticas culturales propias.

Costumbres y tradiciones

Las costumbres y tradiciones forman parte importante de la vida comunitaria en Palenque. Muchas comunidades conservan prácticas relacionadas con festividades religiosas, medicina tradicional, alimentación regional y organización colectiva.

La Secretaría de Cultura señala que las comunidades indígenas de Chiapas mantienen tradiciones relacionadas con rituales comunitarios, celebraciones patronales y conocimientos ancestrales transmitidos de generación en generación (Secretaría de Cultura, 2023).



Imagen 38. Medicina tradicional (Cultura, 2023).

El enfoque intercultural resulta fundamental para brindar atención médica integral, respetuosa y humanizada. Reconocer la diversidad cultural permite fortalecer la relación médico-paciente y mejorar las estrategias de prevención y promoción de la salud



Imagen 39. Medicina tradicional (Cultura, 2023).

2.4 CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO

La realización del diagnóstico de salud comunitario permitió comprender que las condiciones de salud de la población de Palenque, Chiapas, no depende únicamente de la presencia de enfermedades o de la existencia de unidades médicas, sino del resultado de una compleja interacción de factores sociales, económicos, culturales, políticos y ambientales que condicionan la calidad de vida de las personas. A lo largo del servicio social fue posible observar que muchas de las problemáticas de salud tienen origen en las condiciones de pobreza, marginación y desigualdad que continúan afectando a gran parte de la población, especialmente en comunidades rurales e indígenas; la presencia o ausencia de enfermedad no puede explicarse únicamente desde una perspectiva biológica, sino que debe entenderse dentro de un contexto más amplio donde intervienen las oportunidades de desarrollo, el acceso a recursos básicos y las condiciones en as que viven las familias.

Uno de los aspectos más evidentes durante este análisis fue reconocer que las desigualdades sociales continúan representando uno de los mayores desafíos para la salud comunitaria en acceso a servicios básicos y oportunidades. A pesar de los importantes avances en infraestructura, educación, cobertura de servicios y programas de atención, aún persisten importantes diferencias entre la cabecera municipal y las localidades rurales. Las limitaciones en acceso a agua potable, drenaje, transporte, empleo formal y servicios de salud especializados generan condiciones que

favorecen la aparición y persistencia de diversos problemas de salud. Esta realidad permite comprender que muchas de las enfermedades observadas durante la práctica médica tienen su origen en factores estructurales que rebasan la capacidad de decisión individual.

Estas condiciones influyen directamente en la aparición de enfermedades gastrointestinales, infecciosas y problemas relacionados con nutrición y saneamiento básico. Muchas veces, como personal de salud, se puede caer en el error de exigir cambios en hábitos o tratamientos sin considerar las verdaderas condiciones en las que viven los pacientes. Sin embargo, al convivir de cerca con las comunidades, se entiende que la salud también está determinada por factores económicos y sociales que muchas veces están fuera del control individual.

En relación con el Derecho a la Salud, este diagnóstico permitió comprender que garantizar la salud no significa únicamente brindar atención médica cuando una persona enferma, sino asegurar condiciones dignas de vida, alimentación adecuada, vivienda segura, acceso a educación, empleo y servicios públicos. Aunque legalmente el derecho a la salud está reconocido, en la práctica todavía existen múltiples barreras que dificultan su cumplimiento pleno, especialmente para la población rural e indígena. Las distancias geográficas, la falta de recursos económicos, las barreras culturales y lingüísticas, así como las limitaciones de infraestructura, continúan generando desigualdad en el acceso efectivo a los servicios médicos.

Otro aspecto importante fue reconocer la influencia de la cultura y la organización comunitaria en la salud de la población. En Palenque, muchas personas conservan tradiciones, costumbres y prácticas de medicina tradicional que forman parte de su identidad cultural. Durante el servicio social fue posible observar que la relación médico-paciente mejora considerablemente cuando existe respeto hacia estas prácticas y cuando el personal de salud se muestra dispuesto a escuchar y comprender el contexto cultural de cada comunidad. La salud comunitaria no puede abordarse únicamente desde una visión biomédica, sino desde un enfoque intercultural y humano que considere las creencias, formas de organización y experiencias de vida de las personas.

La elevada proporción de población en situación de pobreza en Chiapas pone de manifiesto que los problemas de salud no pueden analizarse de forma aislada de las condiciones sociales y económicas. Asimismo, los indicadores económicos de pobreza y marginación reflejan que numerosos hogares enfrentan dificultades para satisfacer necesidades básicas, lo que repercute directamente en su bienestar físico y social, mostrando cómo la pobreza y el trabajo informal condicionan muchas decisiones relacionadas con la salud. Muchas familias dependen de ingresos inestables y en ocasiones deben priorizar alimentación, transporte o necesidades básicas antes que acudir a consulta médica

o adquirir medicamentos. Esto permite entender que las enfermedades crónicas, la desnutrición y muchas complicaciones médicas no solo son consecuencia de malos hábitos, sino también de desigualdades estructurales y falta de oportunidades.

En cuanto a los servicios de salud, se identificó la existencia de una red institucional pública y privada que contribuye a la atención de la población; sin embargo, la cobertura por sí sola no garantiza el acceso efectivo. Factores como la distancia geográfica, los costos indirectos de traslado, las barreras económicas y las diferencias culturales continúan influyendo en la utilización de los servicios, particularmente en las comunidades más alejadas. A pesar de ello, también fue posible observar el esfuerzo y compromiso del personal de salud y de las comunidades para mejorar las condiciones de atención. La participación comunitaria, los comités de salud y las organizaciones locales representan un apoyo importante para la prevención y promoción de la salud.

De manera personal, este diagnóstico permitió comprender que la medicina comunitaria va mucho más allá de diagnosticar y tratar enfermedades. Implica aprender a escuchar, observar y entender las condiciones reales en las que viven las personas. También permitió desarrollar mayor sensibilidad y empatía hacia pacientes que enfrentan múltiples dificultades sociales y económicas. Muchas veces, detrás de una enfermedad existe una historia de pobreza, abandono, discriminación o falta de oportunidades que influye directamente en la salud física y emocional de la población.

Finalmente, considero que el servicio social representa una experiencia profundamente formativa, no solo en el ámbito profesional, sino también humano. El convivir con las comunidades, conocer sus necesidades y entender la manera en que diversos factores determinan la salud permitió ampliar la visión sobre el verdadero significado del Derecho a la Salud. Más allá de la atención médica, la salud debe entenderse como el resultado de condiciones de vida dignas, equidad social y acceso real a oportunidades para todas las personas.

3. TERCERA SECCIÓN

3.1 INTRODUCCIÓN

En esta tercera sección del reporte se presenta el seguimiento de los programas de atención y el análisis del perfil de morbilidad correspondiente al periodo comprendido del 1 de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025, durante el cual desempeñé mis actividades como médica pasante de servicio social en la Clínica Familiar Lak Ña Clara, ubicada en Palenque, Chiapas.

Para la elaboración de este apartado se recopilaron y sistematizaron las hojas diarias de consulta generadas a lo largo de todo el año de servicio social. La información analizada incluye las consultas otorgadas en el turno de la mañana, considerando variables como el número total de pacientes atendidos, sexo, edad, lugar de procedencia, tipo de consulta (primera vez o subsecuente), diagnóstico establecido y conducta terapéutica, ya fuera tratamiento ambulatorio, observación o referencia a segundo nivel de atención.

El propósito de esta sección es identificar las principales enfermedades que se presentaron con mayor frecuencia en la población atendida, distinguiendo entre padecimientos transmisibles y no transmisibles. Asimismo, se busca reconocer los grupos de edad más afectados, las características demográficas de los pacientes y las problemáticas de salud que representaron mayor demanda de atención médica durante el periodo evaluado.

Con el fin de facilitar la interpretación de la información, los datos se presentan mediante tablas y gráficas que permiten visualizar de manera clara el comportamiento de los distintos indicadores. Cada representación gráfica incluye una breve explicación e interpretación de los resultados más relevantes.

Finalmente, se realiza un análisis integral de la información obtenida, relacionando los hallazgos con las condiciones sociales, económicas y culturales de la población atendida. Este análisis permite comprender con mayor profundidad las necesidades de salud de la comunidad y valorar la importancia de la atención primaria y de las acciones preventivas desarrolladas durante el servicio social.

3.2 MARCO TEÓRICO

Políticas de salud en México y evolución de los programas de salud comunitaria

Introducción

El estudio de las políticas de salud y de los programas de atención comunitaria permite comprender el contexto histórico, institucional y social en el que se desarrollan las acciones de prevención y atención médica durante el servicio social. En el caso de las organizaciones no gubernamentales, como Salud y Desarrollo Comunitario A.C. (SADEC), su labor surge como respuesta a las limitaciones estructurales del sistema público de salud y a la necesidad de acercar servicios médicos integrales a comunidades rurales e indígenas con altos niveles de marginación.

El análisis de este marco teórico permite identificar el origen y la evolución de los programas de salud en México, así como los objetivos prioritarios del sexenio actual. Esta revisión ofrece una base conceptual para evaluar los resultados de los programas en los que se colaboró durante el servicio social, particularmente en áreas como salud materno-infantil, nutrición, control de enfermedades crónicas, salud sexual y reproductiva, y prevención comunitaria.

Políticas de salud en México

Las políticas de salud en México han evolucionado en función de las necesidades epidemiológicas y de los cambios sociales del país. Desde la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Estado asumió la responsabilidad de proteger la salud de la población. El artículo 4º constitucional establece que "toda persona tiene derecho a la protección de la salud", lo que constituye la base jurídica del sistema nacional de salud (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2025).

La Ley General de Salud, publicada en 1984, reglamenta este derecho y define la organización del Sistema Nacional de Salud, integrado por instituciones públicas, privadas y sociales. Esta ley señala que la finalidad del sistema es "dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud" (Ley General de Salud, 2025).

Históricamente, el sistema mexicano se estructuró bajo un modelo segmentado, en el que diferentes instituciones atienden a distintos grupos poblacionales: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para trabajadores del sector formal; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para servidores públicos; y los servicios estatales de salud para personas sin seguridad social.

No obstante, esta fragmentación generó desigualdades importantes en el acceso y calidad de la atención. Las comunidades rurales e indígenas, como muchas de las existentes en Palenque, Chiapas, han enfrentado históricamente barreras geográficas, económicas y culturales para acceder a servicios médicos oportunos y resolutivos.

Los programas de salud surgieron como estrategias organizadas para atender problemas prioritarios de la población. Durante las décadas de 1970 y 1980 se fortalecieron programas nacionales de vacunación, planificación familiar y control de enfermedades infecciosas. Posteriormente, el país incorporó programas orientados a la atención de enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental y promoción de estilos de vida saludables.

Uno de los antecedentes más importantes fue el programa IMSS-COPLAMAR, creado en 1979 para ampliar la cobertura médica en zonas rurales marginadas. Este modelo evolucionó hasta convertirse en IMSS-Oportunidades, después IMSS-Prospera y, actualmente, IMSS-Bienestar.

La Secretaría de Salud señala que los programas prioritarios tienen como objetivo "reducir la mortalidad, la discapacidad y las desigualdades en salud mediante acciones preventivas y de atención integral" (Secretaría de Salud, 2024).

Entre los programas más relevantes se encuentran:

- Programa de vacunación universal.
- Salud materna y perinatal.
- Planificación familiar y salud sexual y reproductiva.
- Prevención y control de diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- Atención integrada a la infancia.
- Prevención de enfermedades transmitidas por vector.
- Salud mental y prevención de adicciones.
- Nutrición y prevención de obesidad.

Estos programas constituyen la base de la atención primaria y representan el núcleo del trabajo desarrollado por médicos pasantes y personal comunitario.

Organizaciones no gubernamentales y salud comunitaria

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) surgen como respuesta a necesidades sociales no completamente cubiertas por las instituciones gubernamentales. En el ámbito de la salud, estas organizaciones trabajan principalmente con poblaciones vulnerables, fortaleciendo la atención comunitaria, la educación para la salud y la participación social.

La Organización Mundial de la Salud reconoce que las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel importante en la promoción de la salud y en la reducción de inequidades (OMS, 2023).

En México, diversas asociaciones civiles han desarrollado modelos de atención integral basados en el respeto a la cultura local y en el fortalecimiento de capacidades comunitarias. Tal es el caso de Salud y Desarrollo Comunitario A.C. (SADEC), institución fundada con el propósito de brindar servicios de salud, nutrición, educación y desarrollo comunitario en la región norte de Chiapas.

SADEC implementa programas de atención médica, ultrasonido obstétrico, salud materna, nutrición infantil, educación sanitaria. Su modelo combina atención clínica con trabajo comunitario, capacitación continua y enfoque intercultural.

Desde una perspectiva personal, la experiencia en esta institución me permitió observar que las organizaciones no gubernamentales pueden generar un impacto profundo y sostenible, especialmente cuando trabajan de manera cercana con la población y complementan la labor del sistema público.

Atención primaria de la salud como fundamento de los programas

La mayoría de los programas de salud actuales se basan en los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS), definida en la Declaración de Alma-Ata como la estrategia para alcanzar el máximo nivel posible de salud.

La Organización Mundial de la Salud señala que la APS es "la forma más inclusiva, eficaz y eficiente de mejorar la salud física y mental de las personas" (OMS, 2024).

La APS se sustenta en:

- Promoción de la salud.
- Prevención de enfermedades.
- Participación comunitaria.

- Acceso equitativo a servicios.
- Coordinación intersectorial.

Durante el servicio social, la mayor parte de las actividades desarrolladas en la Clínica Familiar Lak Ña Clara se alinearon con este modelo, mediante consultas preventivas, control prenatal, educación sanitaria, detección oportuna y seguimiento de enfermedades crónicas.

Programas prioritarios del sexenio actual (2024-2030)

En el sexenio actual, encabezado por la presidenta Claudia Sheinbaum Pardo, las políticas de salud continúan enfocadas en consolidar un sistema universal y gratuito para personas sin seguridad social.

El Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030 establece como prioridad garantizar el acceso efectivo a servicios médicos, medicamentos gratuitos, fortalecimiento de la atención primaria y reducción de desigualdades regionales (Gobierno de México, 2025).

Entre las principales líneas de acción destacan:

- Consolidación de IMSS-Bienestar.
- Abasto oportuno de medicamentos e insumos.
- Fortalecimiento de infraestructura hospitalaria.
- Prevención de enfermedades crónicas.
- Salud materna e infantil.
- Salud mental y prevención de adicciones.
- Atención con enfoque intercultural.

Estas acciones buscan mejorar la cobertura y calidad de los servicios, especialmente en estados con alta marginación como Chiapas.

Resultados y desafíos de los programas de salud

Los programas de salud han contribuido a disminuir la mortalidad infantil, ampliar la cobertura de vacunación y mejorar el control de diversas enfermedades. Sin embargo, persisten retos importantes, como la fragmentación institucional, la insuficiencia de recursos humanos, las barreras geográficas y las desigualdades sociales.

En comunidades rurales, el éxito de los programas depende en gran medida de la participación comunitaria, la educación para la salud y la continuidad del seguimiento médico.

Durante el servicio social fue posible constatar que los programas comunitarios pueden generar resultados positivos cuando se adaptan a las necesidades reales de la población y cuando existe trabajo coordinado entre personal médico, promotores de salud y líderes comunitarios.

3.3 ANÁLISIS

La revisión de las políticas y programas de salud permitió comprender que la medicina comunitaria forma parte de un esfuerzo histórico orientado a reducir inequidades y garantizar el Derecho a la Salud. Más allá de los lineamientos institucionales, el verdadero impacto de los programas depende del compromiso del personal de salud y de la capacidad de escuchar y comprender las necesidades de cada comunidad.

En la práctica, los programas de salud no deben percibirse como simples metas administrativas, sino como herramientas que permiten prevenir enfermedades, detectar riesgos oportunamente y mejorar la calidad de vida de las personas.

La experiencia en SADEC y en la Clínica Familiar Lak Ña Clara mostró que las organizaciones no gubernamentales pueden complementar de manera efectiva al sistema público, ofreciendo atención integral, humana y culturalmente sensible. Considero que **este modelo representa una estrategia valiosa para fortalecer la atención primaria y acercar los servicios de salud a poblaciones históricamente excluidas.**

3.4 RESULTADOS

Del total de 733 consultas realizadas durante el periodo de servicio social, el 60% corresponde a consultas subsecuentes (440 consultas), mientras que el 40% fueron de primera vez (293 consultas). Este resultado indica que más de la mitad de la población atendida acudió para seguimiento y control de pacientes previamente diagnosticados, especialmente enfermedades crónico-degenerativas como hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y dislipidemias, lo que refleja la importancia del control médico continuo y adherencia al tratamiento.

Durante el periodo analizado se observó variación en la demanda de atención médica a lo largo del año. El mes con mayor número de consultas fue **junio**, con **96 consultas**, mientras que **noviembre** presentó la menor cantidad, con **26 consultas**. Estos resultados sugieren cambios estacionales en la frecuencia de atención y reflejan la dinámica de las necesidades de salud de la población atendida durante el servicio social



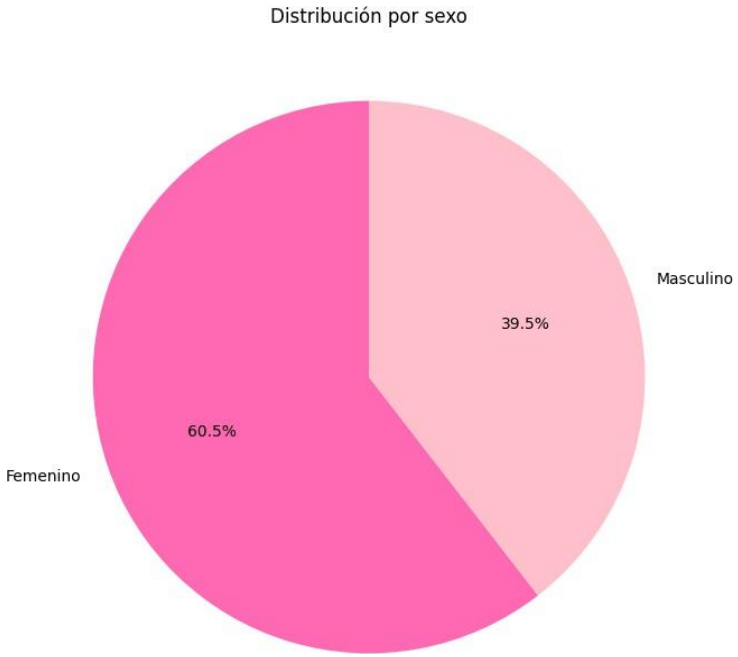
Fuente: Base de datos de consultas del servicio social (Febrero 2024 – Enero 2025)

Gráfica 30. Total de consultas por mes durante el servicio social.



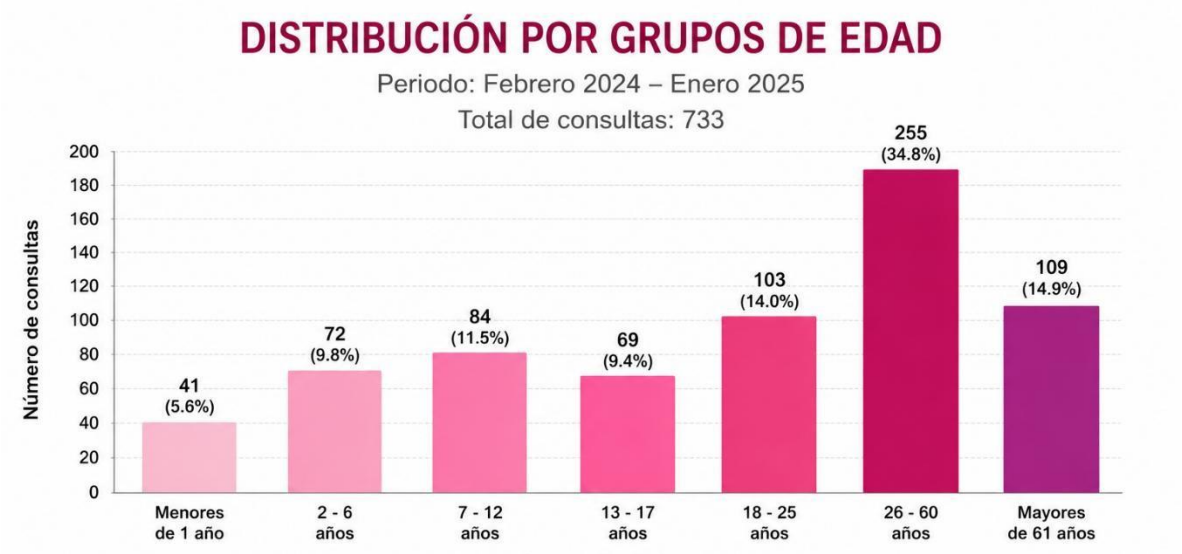
Gráfica 31. Tipo de consulta realizada: primera vez / subsecuente (base de datos de consultas del servicio social febrero 2024 – enero 2025).

Del total de consultas analizadas, predominó la atención en pacientes del sexo femenino, con **441 consultas (60.5 %)**, mientras que el sexo masculino representó **288 consultas (39.5 %)**. Este comportamiento es frecuente en atención primaria, ya que las mujeres suelen acudir con mayor regularidad a seguimiento médico, control prenatal, planificación familiar y vigilancia de enfermedades crónicas.



Gráfica 32. Distribución por sexo (base de datos de consultas del servicio social febrero 2024 – enero 2025).

El grupo de edad con mayor número de consultas fue el de 26 a 60 años, que concentró el 34.8% del total, lo que refleja la alta demanda de atención relacionada con enfermedades **crónico-degenerativas** y seguimiento médico continuo. Le siguen los grupos de 18 a 25 años y mayores de 61 años, quienes también requieren vigilancia y manejo de padecimientos. En los grupos pediátricos, se observa menor frecuencia de consultas, predominando el grupo de 7 a 12 años



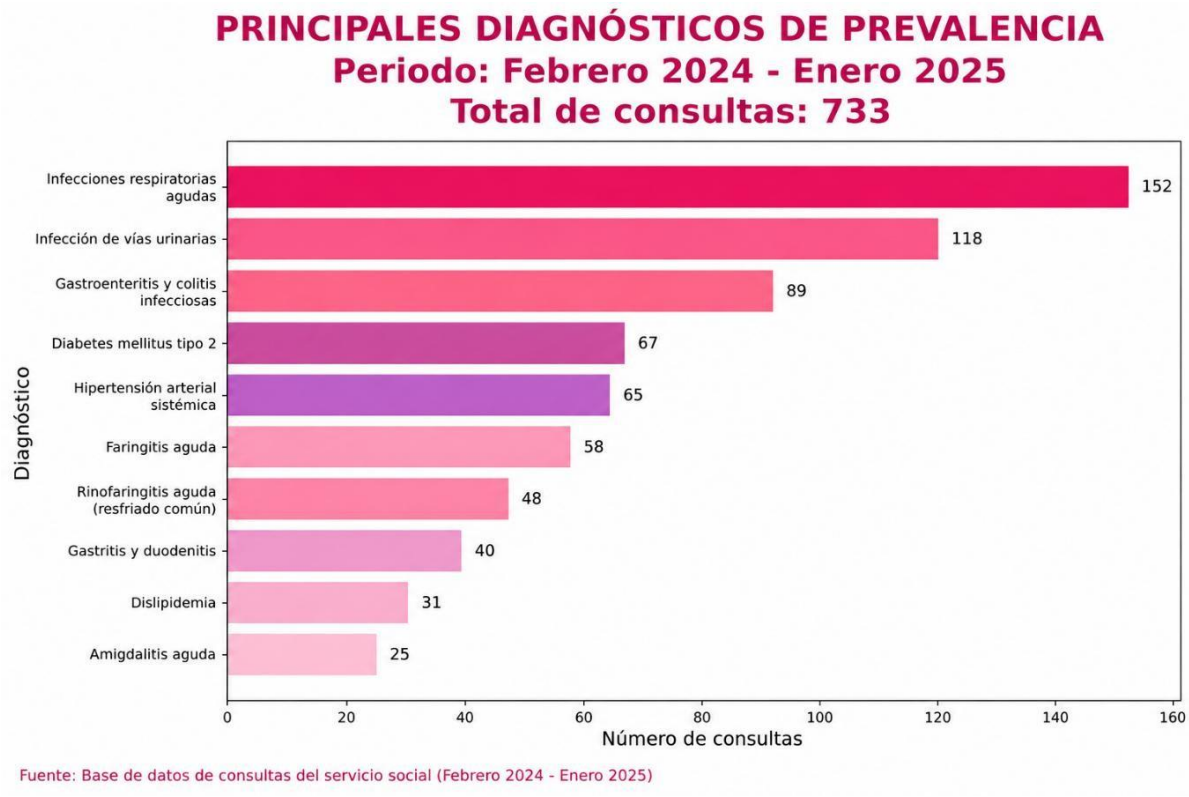
Gráfica 33. Distribución por grupos de edad (base de datos de consultas del servicio social febrero 2024 – enero 2025).

Al analizar el total de las consultas otorgadas durante el periodo de estudio (primeras consultas y subsecuentes), las infecciones respiratorias agudas representaron el principal motivo de atención médica (20.7 %), seguidas por las infecciones de vías urinarias (16.1 %) y las enfermedades gastrointestinales (12.1 %). Asimismo, las enfermedades crónicas, principalmente diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, ocuparon una proporción importante de la demanda de consulta debido al seguimiento periódico que requieren estos pacientes.

Diagnóstico	Consultas	Porcentaje
Infecciones respiratorias agudas	152	20.7%
Infección de vías urinarias	118	16.1%
Gastroenteritis y colitis infecciosas	89	12.1%
Diabetes mellitus tipo 2	67	9.1%
Hipertensión arterial sistémica	65	8.9%
Faringitis aguda	58	7.9%
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	48	6.5%
Gastritis y duodenitis	40	5.5%
Dislipidemia	31	4.2%
Amigdalitis aguda	25	3.4%
TOTAL	693*	100%

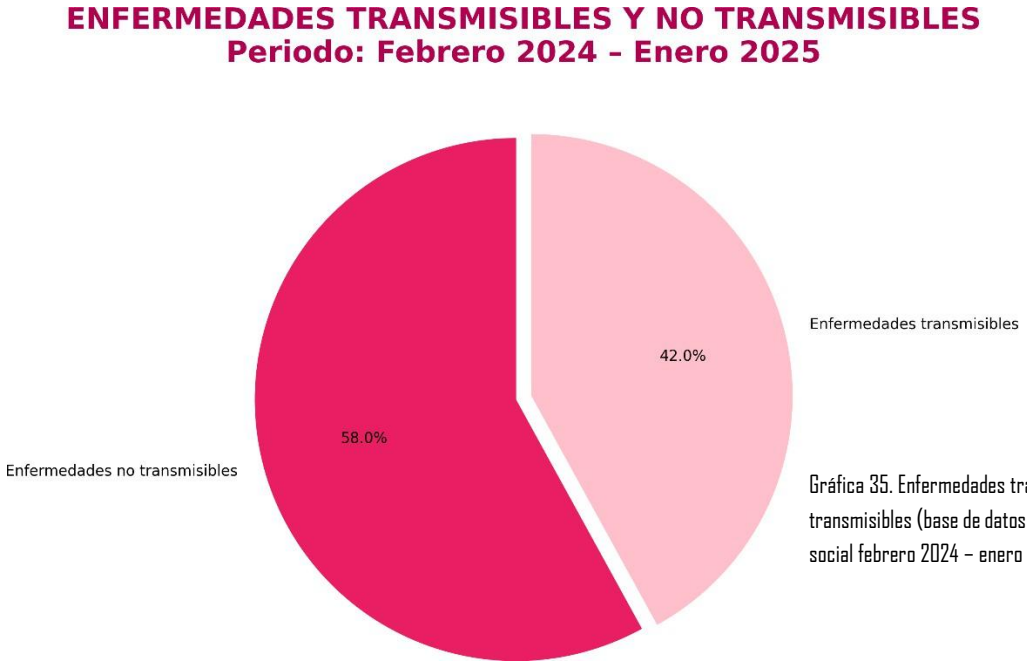
*La diferencia con el total de consultas (733) corresponde a diagnósticos con menor frecuencia (<10 consultas cada uno).

Tabla 1. Consultas y porcentaje de los diagnósticos de prevalencia durante el servicio social. (base de datos de consultas del servicio social febrero 2024 – enero 2025).



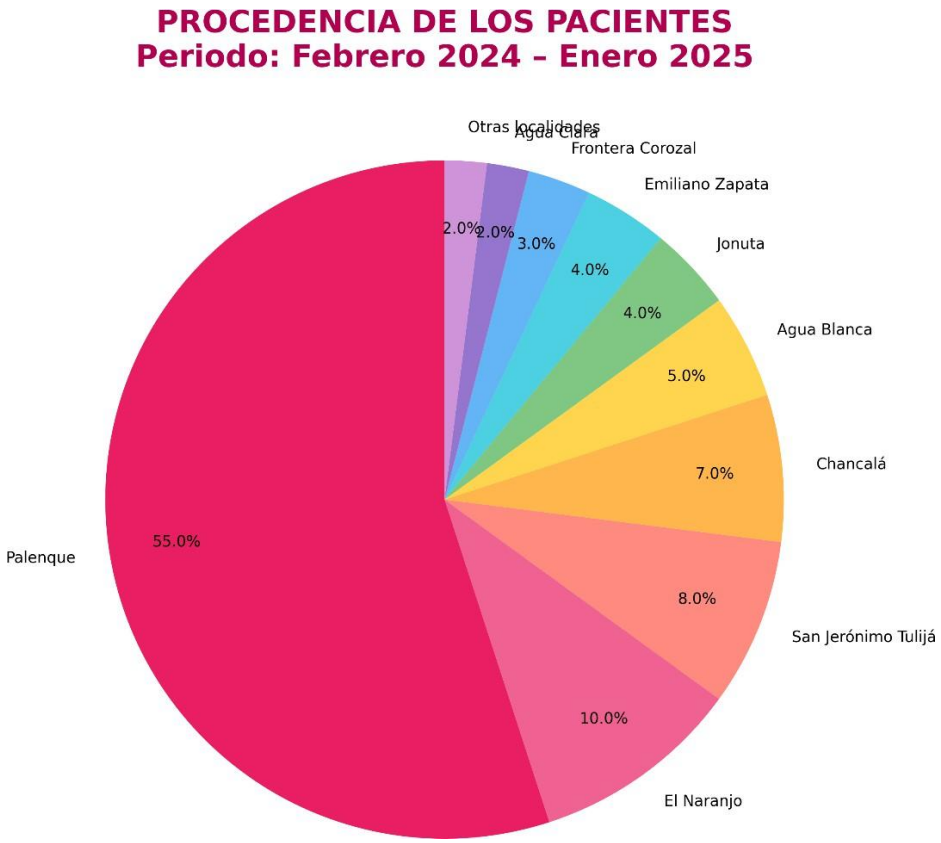
Gráfica 34. Principales diagnósticos de prevalencia durante el servicio social.

Durante el periodo analizado predominó la atención de enfermedades no transmisibles, que representaron aproximadamente el 58 % del total de consultas, mientras que las enfermedades transmisibles correspondieron al 42 %



Gráfica 35. Enfermedades transmisibles y no transmisibles (base de datos de consultas del servicio social febrero 2024 – enero 2025).

La mayoría de los pacientes atendidos procedieron del municipio de Palenque, concentrando aproximadamente el 55 % del total de las consultas. El porcentaje restante correspondió a pacientes provenientes de comunidades rurales y municipios cercanos, entre los que destacaron El Naranjo, San Jerónimo Tulijá y Chancalá. Estos resultados indican que, además de atender a la población de la cabecera municipal, la clínica brindó atención a habitantes de localidades vecinas que acudieron de manera ocasional durante el periodo analizado, reflejando la cobertura de atención registrada en las consultas realizadas durante el servicio social.



Gráfica 36. Procedencia de las localidades que más frecuentaron la clínica para la consulta durante el SS (base de datos de consultas del servicio social febrero 2024 – enero 2025).

3.5 PERFIL DE MORBILIDAD

El perfil de morbilidad constituye una herramienta epidemiológica que permite identificar las enfermedades y problemas de salud que se presentaron con mayor frecuencia en la población atendida durante el periodo de servicio social. Su análisis facilita el reconocimiento de las principales necesidades de atención médica y permite orientar las acciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con las características de la comunidad.

Durante el periodo comprendido del 1 de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025 se registraron 293 consultas de primera vez en la Clínica Familiar Lak Ña Clara, las cuales constituyen la base para el análisis del perfil de morbilidad al representar los casos incidentes atendidos durante el servicio social. A partir de esta información fue posible identificar la frecuencia de los principales diagnósticos, así como clasificar las enfermedades en transmisibles y no transmisibles, permitiendo describir el comportamiento epidemiológico de la población atendida.

Los resultados del perfil de morbilidad, elaborados a partir de las 293 consultas de primera vez, evidenciaron un predominio de enfermedades transmisibles, principalmente infecciones respiratorias agudas, infecciones de vías urinarias y enfermedades gastrointestinales. También se identificaron casos de dengue y otras enfermedades infecciosas de importancia epidemiológica. En menor proporción se registraron enfermedades no transmisibles, entre las que destacaron la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial sistémica y la dislipidemia, cuya menor frecuencia en este análisis se relaciona con que la mayoría de las consultas de seguimiento fueron excluidas al tratarse de un estudio de incidencia.

El análisis del perfil de morbilidad permite comprender las condiciones de salud de la población atendida y constituye una base fundamental para evaluar el impacto de los programas de prevención, promoción y seguimiento médico desarrollados durante el servicio social. Asimismo, aporta información valiosa para diseñar estrategias dirigidas a reducir los factores de riesgo y mejorar la calidad de vida de la comunidad.

Las infecciones respiratorias agudas presentaron un incremento progresivo durante el segundo semestre del periodo de estudio, alcanzando su mayor frecuencia entre noviembre y enero, comportamiento que coincide con la estacionalidad observada en Chiapas y en México, donde las infecciones respiratorias aumentan durante la temporada de menor temperatura y cambios climáticos. Aunque la tasa de incidencia observada en la población atendida fue menor que la reportada a nivel estatal, este padecimiento constituyó la principal causa de consulta de primera vez durante el servicio social. Su comportamiento puede relacionarse con factores identificados en el diagnóstico comunitario, como el hacinamiento en algunos hogares, las condiciones inadecuadas de ventilación, el uso de leña para cocinar en comunidades rurales y la limitada oportunidad para recibir atención médica en etapas tempranas de la enfermedad.

Diez principales diagnósticos de incidencia por mes

Consultas de primera vez (n = 293). Periodo: febrero 2024 – enero 2025.
Población base para el cálculo de las tasas: 1,467 habitantes correspondientes al área de influencia (Núcleo Básico) de la unidad médica.
Tasas expresadas por cada 100,000 habitantes.

Diagnóstico	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Total	Tasa anual por 100,000 hab.
Infecciones respiratorias agudas	5	5	6	6	7	7	8	8	8	8	9	9	86	5,862.3
Infección de vías urinarias	3	3	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5	48	3,272.0
Gastroenteritis y colitis infecciosa	2	2	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	35	2,385.8
Rinofaringitis y amigdalitis	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	29	1,976.8
Gastritis y duodenitis	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	20	1,363.3
Diabetes mellitus tipo 2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	18	1,227.0
Dengue	0	0	0	1	2	2	3	3	3	2	1	0	17	1,158.8
Hipertensión arterial sistémica	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	16	1,090.7
Dislipidemia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	818.0
Dermatitis y otros padecimientos cutáneos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	818.0
TOTAL MENSUAL	17	17	21	22	25	26	29	31	29	25	25	26	293	No aplica

Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social, correspondiente al periodo febrero de 2024–enero de 2025. Las tasas de incidencia se calcularon por cada 100,000 habitantes utilizando como población de referencia los 1,467 habitantes correspondientes al área de influencia (Núcleo Básico) de la unidad médica.

Tabla 2. 10 principales diagnósticos de incidencia durante el SS.

Principales enfermedades transmisibles de incidencia por mes

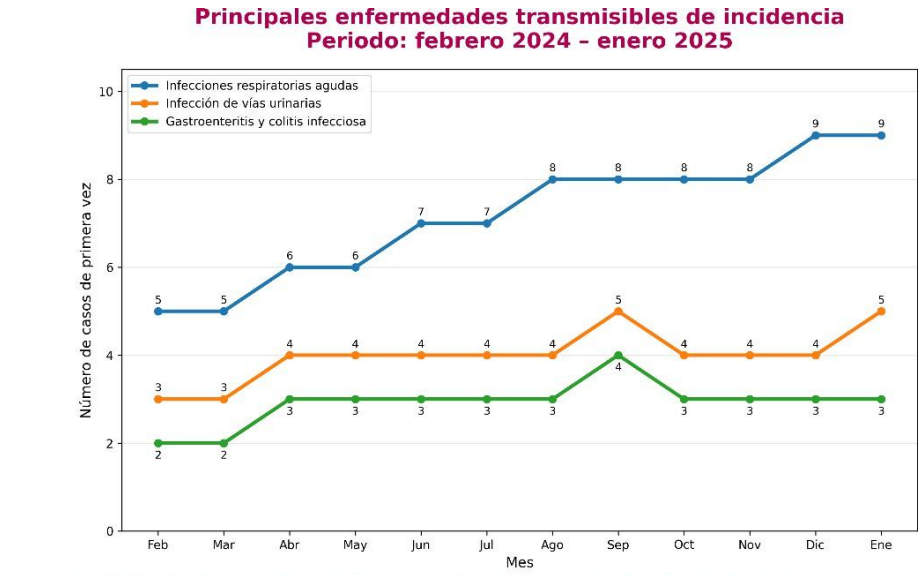
Consultas de primera vez (n = 215). Periodo: febrero 2024 – enero 2025.

Población base para el cálculo de las tasas: 1,467 habitantes correspondientes al área de influencia (Núcleo Básico) de la unidad médica.

Enfermedad transmisible	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Total	Tasa anual por 100,000 hab.
Infecciones respiratorias agudas	5	5	6	6	7	7	8	8	8	8	9	9	86	**5,862.3**
Infección de vías urinarias	3	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	48	**3,272.0**
Gastroenteritis y colitis infecciosa	2	2	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	35	**2,385.8**
Rinofaringitis y amigdalitis	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	29	**1,976.8**
Dengue	0	0	0	1	2	2	3	3	3	2	1	0	17	**1,158.8**
TOTAL MENSUAL	**12**	**12**	**15**	**16**	**18**	**18**	**21**	**23**	**21**	**19**	**20**	**20**	**215**	**No aplica**

Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social, correspondiente al periodo febrero de 2024 – enero de 2025. Las tasas de incidencia se calcularon por cada 100,000 habitantes utilizando como población de referencia los 1,467 habitantes correspondientes al área de influencia (Núcleo Básico) de la unidad médica. La tasa anual se presenta por diagnóstico; no corresponde sumar las tasas individuales.

Tabla 3. Principales enfermedades transmisibles diagnosticadas de primera vez durante el SS.



Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social. Clínica Familiar Lak Na Clara, Palenque, Chiapas.

Gráfica 37. Principales enfermedades transmisibles.

Las infecciones respiratorias agudas constituyeron la principal enfermedad transmisible de incidencia durante el periodo de estudio, con un total de 86 casos de primera vez, equivalentes a una tasa de 5862.3 casos por cada 100,000 habitantes en la población de referencia de Palenque. Su comportamiento mostró una tendencia ascendente a lo largo del año, iniciando con cinco casos en febrero y marzo, incrementándose gradualmente durante el segundo semestre y alcanzando su mayor frecuencia entre diciembre y enero (9 casos por mes). Este comportamiento coincide con el

patrón estacional descrito por la Dirección General de Epidemiología, donde las infecciones respiratorias presentan un incremento durante la temporada invernal y los cambios bruscos de temperatura. Asimismo, continúan ocupando los primeros lugares de morbilidad tanto en Chiapas como a nivel nacional.

Las infecciones de vías urinarias ocuparon el segundo lugar entre las enfermedades transmisibles, con 48 casos de primera vez y una tasa de 3272 por cada 100,000 habitantes. A diferencia de las infecciones respiratorias, su distribución fue relativamente estable durante el año, con un ligero incremento entre agosto y enero. Este comportamiento es consistente con los reportes epidemiológicos nacionales, en los que las infecciones urinarias se mantienen de manera permanente entre las principales causas de consulta en las unidades de atención primaria.

Por su parte, la gastroenteritis y colitis infecciosa registró 35 casos de primera vez, con una tasa de 2385.8 por cada 100,000 habitantes, observándose una mayor frecuencia entre agosto y septiembre. Este comportamiento puede relacionarse con las condiciones ambientales y sanitarias propias de la región, especialmente durante la temporada de lluvias, cuando aumenta el riesgo de contaminación del agua y de los alimentos. En el diagnóstico comunitario se identificó que algunas localidades rurales aún presentan limitaciones en el acceso continuo al agua potable, drenaje y manejo adecuado de excretas, factores que favorecen la persistencia de enfermedades gastrointestinales.

En conjunto, las tres patologías reflejan el predominio de enfermedades infecciosas agudas dentro de las consultas de primera vez atendidas durante el servicio social. Aunque la magnitud observada corresponde únicamente a la población atendida en la Clínica Familiar Lak Ña Clara y no representa la incidencia municipal, el comportamiento registrado mantiene concordancia con la vigilancia epidemiológica estatal y nacional, donde las infecciones respiratorias, las infecciones urinarias y las enfermedades gastrointestinales continúan figurando entre las principales causas de morbilidad. Estos hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer las acciones preventivas dirigidas a la promoción de la higiene, el acceso a agua segura, la vacunación, la detección oportuna y la educación para la salud, particularmente en las comunidades rurales atendidas durante el servicio social.

Principales enfermedades no transmisibles de incidencia por mes

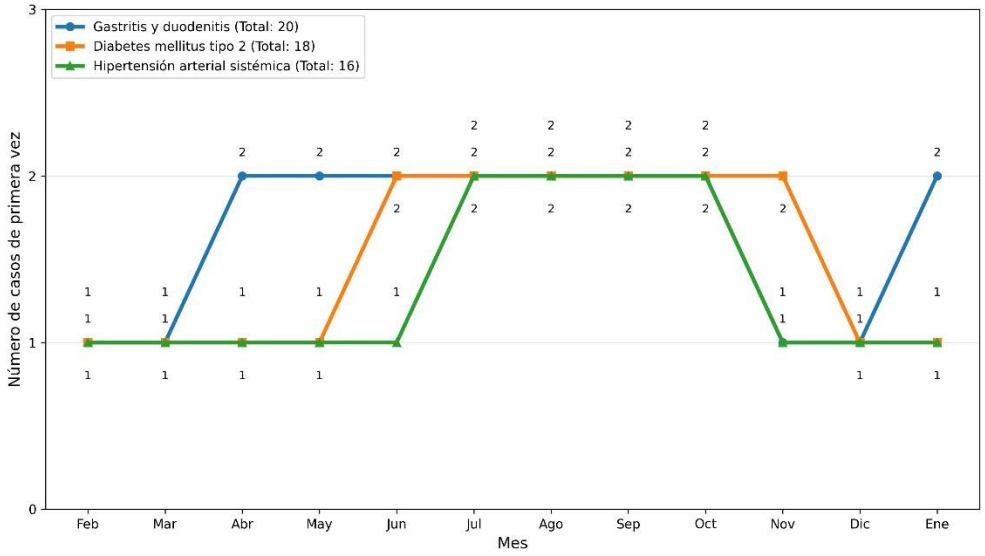
Consultas de primera vez (n = 78). Periodo: febrero 2024 – enero 2025.
Población base para el cálculo de las tasas: 1,467 habitantes correspondientes al área de influencia (Núcleo Básico) de la unidad médica.

Enfermedad no transmisible	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Total	Tasa anual por 100,000 hab.
Gastritis y duodenitis	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	20	1,363.3
Diabetes mellitus tipo 2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	18	1,227.0
Hipertensión arterial sistémica	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	16	1,090.7
Dislipidemia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	818.0
Dermatitis y otros padecimientos cutáneos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	818.0
TOTAL MENSUAL	5	5	6	6	7	8	8	8	8	6	5	6	78	No aplica

Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social (febrero 2024–enero 2025).
Las tasas de incidencia se calcularon por cada 100,000 habitantes utilizando como población de referencia los 1,467 habitantes correspondientes al área de influencia (Núcleo Básico) de la unidad médica. La tasa anual se presenta por diagnóstico no transmisible.

Tabla 4. principales enfermedades no transmisibles diagnosticadas de primera vez durante el SS.

Grafica 38 **Principales enfermedades no transmisibles de incidencia**
Periodo: febrero 2024 – enero 2025



Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social. Clínica Familiar Lak Ña Clara, Palenque, Chiapas.

Las enfermedades no transmisibles mostraron un comportamiento relativamente estable durante el periodo analizado. Debido a que el perfil de morbilidad se elaboró exclusivamente a partir de consultas de primera vez, las cifras registradas representan casos identificados como nuevos durante el periodo de estudio y no la totalidad de pacientes que viven con enfermedades crónicas o que acudieron a seguimiento.

El comportamiento mensual relativamente estable de estos diagnósticos resulta congruente con la naturaleza de varios de estos padecimientos, particularmente diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia, cuya evolución es crónica y requiere vigilancia continua. Por ello, el número de consultas de primera vez no debe interpretarse como una medida de la carga total de estas enfermedades en la población, ya que una proporción importante de los pacientes puede encontrarse bajo seguimiento mediante consultas subsecuentes.

La gastritis y duodenitis constituyó el principal padecimiento no transmisible, con 20 casos y una tasa de 1363.3 por cada 100,000 habitantes, observándose una distribución relativamente homogénea durante el año, con ligero incremento entre abril y octubre. Este comportamiento sugiere que la enfermedad mantiene una presencia constante en la población atendida y puede asociarse con factores como hábitos alimenticios inadecuados, horarios irregulares de alimentación, consumo frecuente de alimentos irritantes y estrés, condiciones que fueron identificadas durante el trabajo comunitario y que forman parte de los determinantes sociales de la salud.

La diabetes mellitus tipo 2 ocupó el segundo lugar entre las enfermedades no transmisibles, con 18 casos de primera vez y una tasa de 1227 por cada 100,000 habitantes del área de influencia. La enfermedad mostró una distribución constante durante el año. Es importante señalar que este comportamiento no refleja la carga real de la diabetes en la población, ya que un número considerable de pacientes acudió a consultas subsecuentes para control y seguimiento, las cuales no fueron incluidas en el análisis de incidencia.

La hipertensión arterial sistémica registró 16 casos de primera vez, con una tasa de 1090.7 por cada 100,000 habitantes, manteniendo un comportamiento estable durante el periodo de estudio. Al igual que la diabetes mellitus, la mayoría de los pacientes hipertensos atendidos durante el servicio social correspondieron a consultas de seguimiento, motivo por el cual la incidencia observada fue menor que la demanda real de atención. Este comportamiento es congruente con la naturaleza crónica de la enfermedad y con los programas permanentes de control implementados en el primer nivel de atención.

En conjunto, las enfermedades no transmisibles identificadas durante el periodo analizado mostraron un comportamiento caracterizado por la presencia de padecimientos de evolución crónica, particularmente diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y dislipidemia. Debido a la naturaleza persistente de estas enfermedades, su importancia epidemiológica no debe establecerse mediante una comparación directa con el número de casos de enfermedades transmisibles, ya que ambas presentan características distintas en cuanto a duración, evolución clínica y necesidad de

seguimiento; sin embargo, representan padecimientos de gran importancia por su carácter crónico, la necesidad de vigilancia médica continua y el riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares, renales y metabólicas. Por ello, los casos de primera vez registrados durante el periodo permiten identificar la aparición de nuevos diagnósticos, pero no representan la totalidad de personas que viven con estas enfermedades ni la demanda generada por las consultas subsecuentes de control y seguimiento.

Estos resultados son consistentes con el perfil epidemiológico de Chiapas y México, donde la diabetes mellitus y la hipertensión arterial permanecen entre las principales causas de morbilidad y demanda de atención médica (ENSANUT, 2021-2024), (Secretaria de Salud del Estado de Chiapas, 2023). Asimismo, los hallazgos guardan relación con las condiciones identificadas en el diagnóstico comunitario, particularmente los cambios en los estilos de vida, la alimentación, el envejecimiento poblacional y la presencia de factores de riesgo modificables, lo que refuerza la importancia de fortalecer las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades crónicas y detección oportuna desde el primer nivel de atención.

3.6 DAÑO DIFERENCIAL, TRES PRINCIPALES PATOLOGÍAS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO.

Para el análisis de daño diferencial se consideraron las tres principales patologías por cada grupo de edad y sexo, por lo que los totales presentados corresponden únicamente a las enfermedades de mayor frecuencia dentro de cada grupo etario y no al total absoluto de las 293 consultas de primera vez.

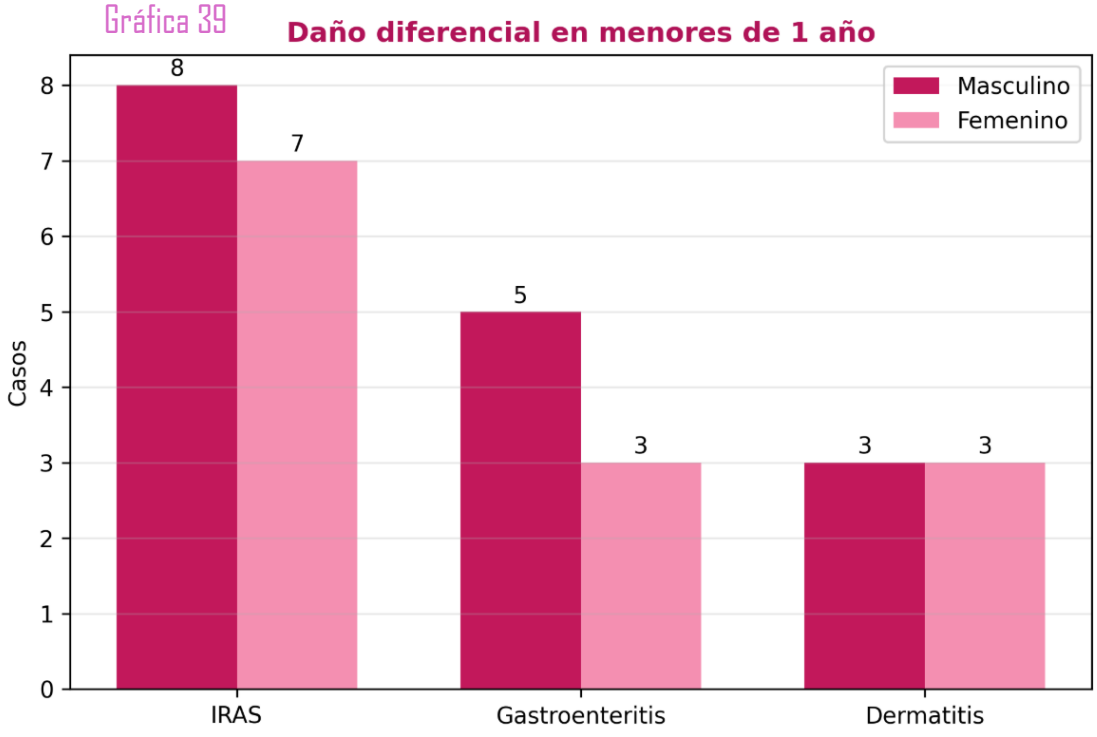
Tabla 5

Daño diferencial en menores de 1 año según sexo

Principales patologías	Masculino	Femenino	Total
Infecciones respiratorias agudas	8	7	15
Gastroenteritis y colitis infecciosa	5	3	8
Dermatitis y otros padecimientos cutáneos	3	3	6
Total	**16**	**13**	**29**

Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social.

Gráfica 39



Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social.

En los menores de un año, las enfermedades predominantes corresponden a padecimientos frecuentes durante la etapa lactante, principalmente infecciones respiratorias, gastrointestinales y

afecciones cutáneas. Este comportamiento se relaciona con la inmadurez inmunológica propia de la edad, la sensibilidad de la piel y la dependencia directa de las condiciones de cuidado, higiene, lactancia, alimentación y saneamiento en el hogar. La ligera mayor frecuencia en el sexo masculino no modifica el patrón general, pero permite identificar que ambos sexos requieren acciones preventivas enfocadas en vacunación, vigilancia del crecimiento y desarrollo, educación a cuidadores y detección temprana de signos de alarma.

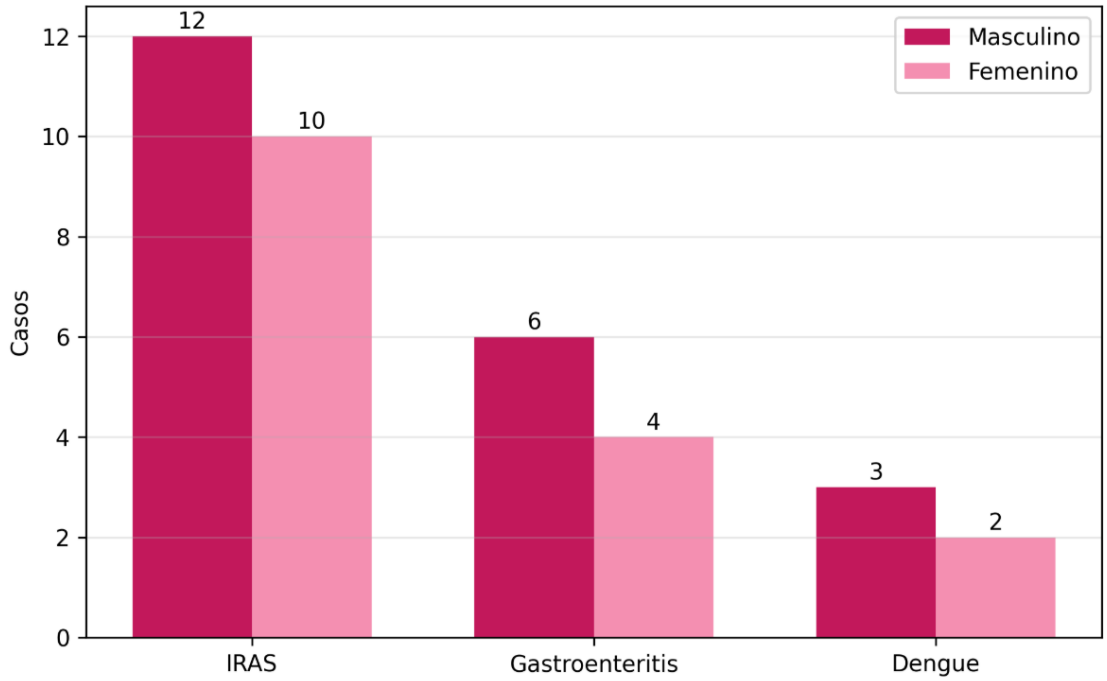
Tabla 6

Daño diferencial en el grupo de 2-6 años según sexo

Principales patologías	Masculino	Femenino	Total
Infecciones respiratorias agudas	12	10	22
Gastroenteritis y colitis infecciosa	6	4	10
Dengue	3	2	5
Total	**21**	**16**	**37**

Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social.

Gráfica 40 **Daño diferencial en el grupo de 2-6 años**



Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social.

En el grupo de 2 a 6 años persistió el predominio de las infecciones respiratorias agudas, lo que refleja la elevada exposición de los niños en edad preescolar a agentes infecciosos durante la convivencia cotidiana en espacios educativos y recreativos. A esta edad, el contacto estrecho entre menores favorece la transmisión de enfermedades respiratorias, especialmente durante las temporadas de mayor circulación viral.

La gastroenteritis y colitis infecciosa ocupó el segundo lugar, situación que pone de manifiesto la influencia que continúan ejerciendo las condiciones de higiene, el manejo de los alimentos y la calidad del agua sobre la salud infantil. La presencia de dengue evidencia la importancia de los factores ambientales propios del municipio de Palenque, caracterizado por un clima cálido y húmedo que favorece la proliferación del mosquito Aedes aegypti. Lo anterior resalta la necesidad de fortalecer las acciones de control vectorial y la participación comunitaria para disminuir los criaderos del mosquito transmisor.

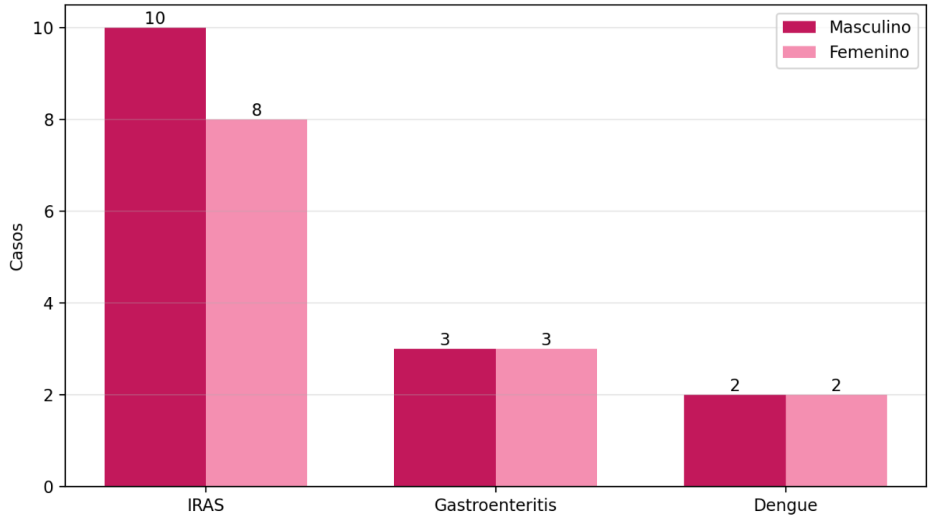
Tabla 7

Daño diferencial en el grupo de 7-12 años según sexo

Principales patologías	Masculino	Femenino	Total
Infecciones respiratorias agudas	10	8	18
Gastroenteritis y colitis infecciosa	3	3	6
Dengue	2	2	4
Total	**15**	**13**	**28**

Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio s

Gráfica 41 **Daño diferencial en el grupo de 7-12 años**



Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social.

En la población de 7 a 12 años, las infecciones respiratorias agudas continuaron representando el principal motivo de consulta; las enfermedades de transmisión respiratoria siguen siendo un problema importante durante la edad escolar. La convivencia diaria en los centros educativos, el contacto cercano entre compañeros y la circulación estacional de virus respiratorios favorecen la persistencia de estos padecimientos, aun cuando el sistema inmunológico presenta un mayor grado de madurez respecto a los primeros años de vida.

El dengue ocupó el tercer lugar dentro de este grupo etario, situación que puede asociarse con la mayor participación de los escolares en actividades al aire libre y con las condiciones climáticas propias del municipio de Palenque. La gastroenteritis y colitis infecciosa mantuvo una menor frecuencia en comparación con los grupos de menor edad, aunque continúa relacionada con factores de higiene y saneamiento.

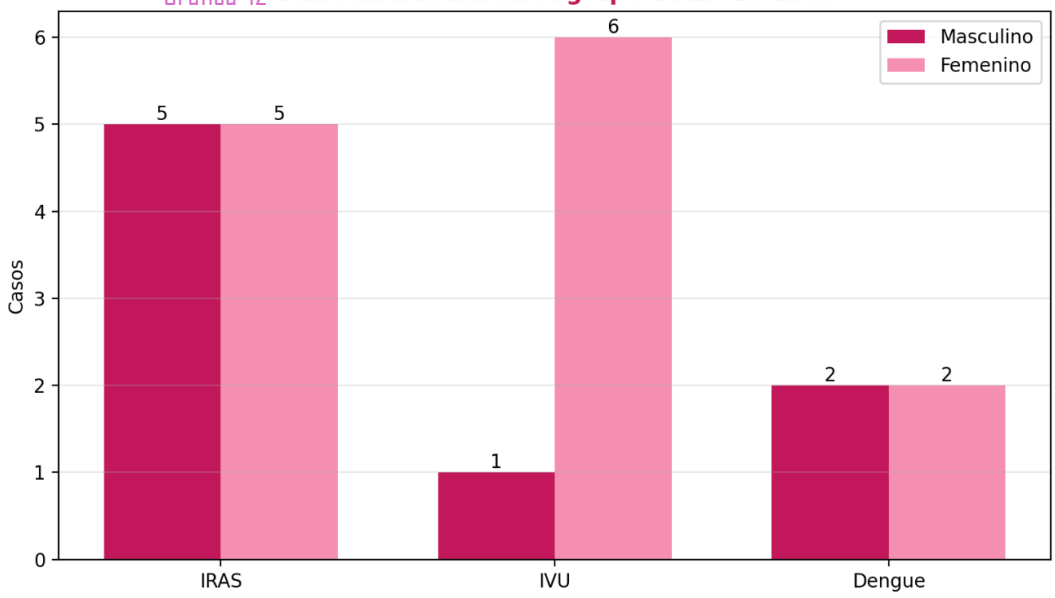
Tabla 8

Daño diferencial en el grupo de 13-17 años según sexo

Principales patologías	Masculino	Femenino	Total
Infecciones respiratorias agudas	5	5	10
Infección de vías urinarias	1	6	7
Dengue	2	2	4
Total	**8**	**13**	**21**

Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social.

Gráfica 42 **Daño diferencial en el grupo de 13-17 años**



Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social.

En el grupo de 13 a 17 años, las infecciones respiratorias agudas continuaron siendo la principal causa de consulta de primera vez, aunque con una menor frecuencia en comparación con los grupos infantiles. Esta disminución puede atribuirse al desarrollo progresivo del sistema inmunológico; sin embargo, la convivencia en instituciones educativas y actividades sociales continúa favoreciendo la transmisión de infecciones respiratorias.

Las infecciones de vías urinarias ocuparon el segundo lugar, con un claro predominio en el sexo femenino. Este comportamiento es consistente con los cambios fisiológicos propios de la adolescencia y con el inicio de la vida reproductiva en parte de esta población, factores que incrementan la susceptibilidad a este tipo de padecimientos. Lo anterior pone de manifiesto la importancia de fortalecer las acciones de educación para la salud sexual y reproductiva, así como la promoción de hábitos de higiene que contribuyan a disminuir su incidencia.

Tabla 9 **Daño diferencial en el grupo de 18–25 años según sexo**

Principales patologías	Masculino	Femenino	Total
Infección de vías urinarias	2	10	12
Infecciones vaginales	0	10	10
Gastritis y duodenitis	3	3	6
Total	**5**	**23**	**28**

Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social.

Gráfica 43



Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social.

En la población de 18 a 25 años se observó un predominio de enfermedades relacionadas con el aparato genitourinario, destacando las infecciones de vías urinarias y las infecciones vaginales, las cuales se presentaron principalmente en el sexo femenino. Este comportamiento es consistente con las características biológicas y reproductivas propias de esta etapa, además de otros factores que pueden favorecer la aparición de estas patologías, como los hábitos de higiene y la actividad sexual.

La gastritis y duodenitis ocupó el tercer lugar, lo que puede asociarse con modificaciones en el estilo de vida, horarios irregulares de alimentación, consumo de alimentos irritantes y situaciones de estrés relacionadas con las actividades académicas o laborales características de esta edad.

En conjunto, los resultados muestran un cambio en el perfil de morbilidad respecto a la adolescencia, predominando padecimientos vinculados con la salud reproductiva y factores conductuales.

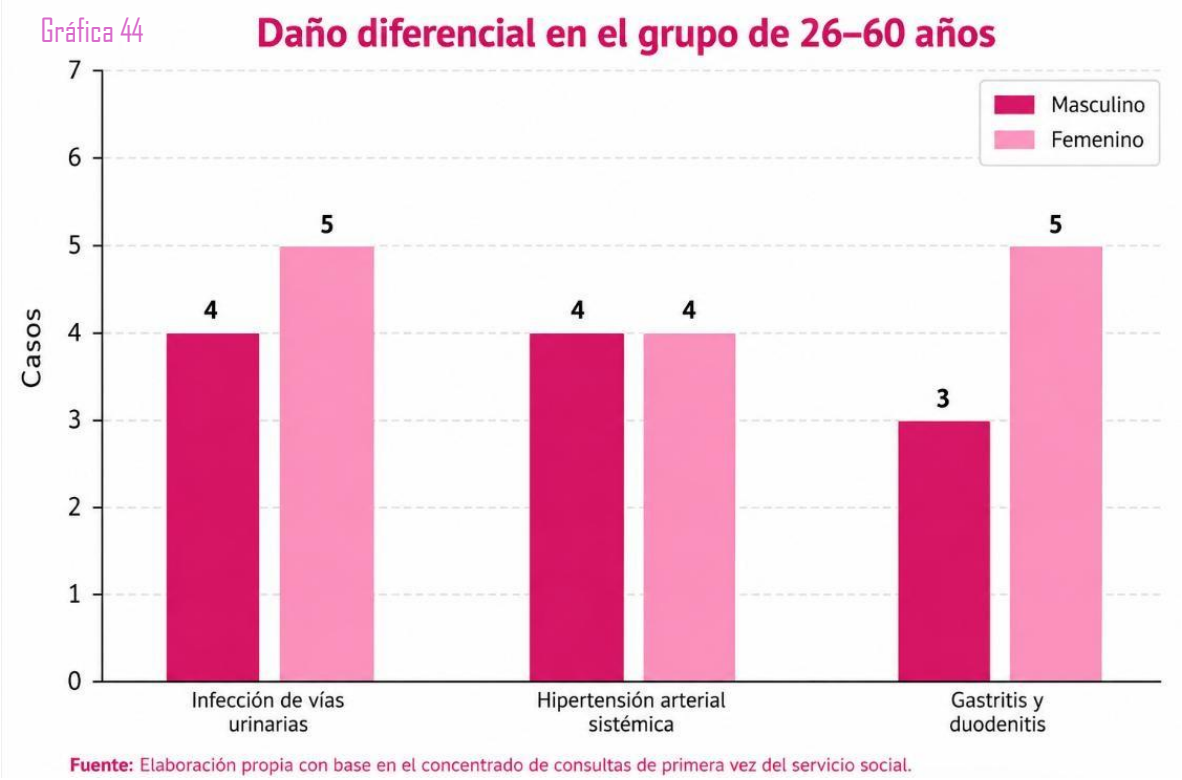
Tabla 10

Daño diferencial en el grupo de 26–60 años según sexo

Principales patologías	Masculino	Femenino	Total
Infecciones urinarias	4	5	9
Hipertensión arterial sistémica	4	4	8
Gastritis y duodenitis	3	5	8
Total	**11**	**14**	**25**

Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social.

Gráfica 44



Fuente: Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social.

En el grupo de 26 a 60 años se observó un perfil de morbilidad en el que coexistieron padecimientos infecciosos y enfermedades crónicas no transmisibles. Las infecciones de vías urinarias representaron la principal causa de consulta dentro de este grupo, seguidas de la hipertensión arterial sistémica. La presencia de infecciones urinarias en la población adulta puede relacionarse con diversos factores anatómicos, fisiológicos y conductuales, mientras que la hipertensión arterial se encuentra asociada con factores de riesgo como el sobrepeso, la alimentación inadecuada, el sedentarismo y los antecedentes familiares. Este comportamiento evidencia la necesidad de mantener tanto acciones preventivas dirigidas a disminuir la aparición de infecciones como estrategias de detección, vigilancia y control de enfermedades crónicas durante la edad adulta.

La gastritis y duodenitis ocupó el tercer lugar, situación que puede asociarse con hábitos alimenticios poco saludables, jornadas laborales prolongadas, estrés y automedicación, factores que influyen en la aparición de trastornos del aparato digestivo durante la vida adulta.

Tabla II **Daño diferencial en el grupo de mayores de 61 años según sexo**

Principales patologías	Masculino	Femenino	Total
Hipertensión arterial sistémica	3	4	7
Diabetes mellitus tipo 2	3	3	6
Dislipidemia	2	3	5
Total	**8**	**10**	**18**

Fuente: *Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social.*

Gráfica 45



Fuente: *Elaboración propia con base en el concentrado de consultas de primera vez del servicio social.*

En los adultos mayores de 61 años predominó un perfil de morbilidad caracterizado por enfermedades crónicas no transmisibles, encabezadas por la hipertensión arterial sistémica, seguida de la diabetes mellitus tipo 2 y la dislipidemia. Este comportamiento es consistente con los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento y con la acumulación de factores de riesgo a lo largo de la vida. La presencia de estos padecimientos adquiere especial relevancia debido a su evolución prolongada, la

necesidad de tratamiento y vigilancia médica continua, así como al riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares, renales y metabólicas. Además, su atención puede representar una carga económica importante para el paciente y su familia, derivada del tratamiento farmacológico, estudios de seguimiento, traslados y atención de posibles complicaciones. Asimismo, la hipertensión arterial y la diabetes constituyen importantes factores asociados al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, padecimientos que se encuentran entre las principales causas de mortalidad en la población adulta. La coexistencia de estas patologías incrementa la probabilidad de desarrollar complicaciones cardiovasculares, renales y metabólicas, por lo que su identificación y control oportuno representan una prioridad dentro del primer nivel de atención. En este grupo etario adquiere especial relevancia el seguimiento continuo, la adherencia al tratamiento farmacológico y la modificación de estilos de vida como parte del manejo integral del paciente. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer las acciones de prevención secundaria mediante el monitoreo periódico de la presión arterial, la glucosa y el perfil lipídico, así como la promoción de hábitos saludables que contribuyan a retrasar la progresión de la enfermedad y preservar la funcionalidad e independencia de la población adulta mayor.

3.7 ANÁLISIS

El análisis del perfil de morbilidad correspondiente al periodo comprendido del 1 de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025 permitió identificar los principales problemas de salud que afectaron a la población atendida en la Clínica Familiar Lak Ña Clara, en Palenque, Chiapas. Para este análisis se consideraron únicamente los casos de primera vez, lo que permitió valorar la incidencia de las enfermedades y reconocer con mayor precisión los padecimientos que se presentaron como nuevos diagnósticos durante el año de servicio social.

Los resultados muestran un patrón epidemiológico caracterizado por la coexistencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, con un predominio claro de las enfermedades infecciosas agudas. Este comportamiento es congruente con las condiciones ambientales, sociales y económicas de la región, así como con las características demográficas y culturales de la población usuaria. La atención médica no se concentró en un solo tipo de padecimiento, sino que reflejó una amplia diversidad de necesidades de salud, lo que exigió un abordaje integral, continuo y sensible a las condiciones particulares de cada paciente.

Las infecciones respiratorias agudas constituyeron la principal causa de consulta de primera vez. Este hallazgo es consistente con la elevada frecuencia de cuadros respiratorios observados en la práctica diaria, especialmente en niñas, niños y personas adultas mayores. La presencia de viviendas con ventilación limitada, hacinamiento, exposición al humo de leña y cambios bruscos de temperatura favorece la aparición y propagación de estos padecimientos. Además, las lluvias intensas y la humedad característica de la región contribuyen al aumento de infecciones de vías respiratorias superiores, particularmente en ciertos meses del año.

En segundo término, destacaron las infecciones de vías urinarias, un padecimiento muy frecuente en mujeres en edad reproductiva y en personas con factores predisponentes como diabetes mellitus, ingesta insuficiente de agua o dificultades para mantener hábitos adecuados de higiene. Su elevada incidencia evidencia la importancia de la educación para la salud, el acceso a agua segura y el diagnóstico oportuno para prevenir complicaciones como pielonefritis o recurrencias frecuentes.

Las enfermedades gastrointestinales infecciosas también ocuparon un lugar importante dentro del perfil de morbilidad. La alta frecuencia de estos cuadros guarda estrecha relación con las condiciones de abastecimiento y manejo del agua, la conservación de los alimentos y la disposición de excretas. En muchas comunidades cercanas a Palenque persisten limitaciones en el acceso continuo a agua potable y sistemas de saneamiento adecuados, lo que incrementa la probabilidad de

diarreas, gastroenteritis y parasitosis intestinales. Esta situación evidencia cómo las condiciones materiales de vida repercuten directamente en la salud de la población.

El dengue representó otro diagnóstico de relevancia epidemiológica. Su presencia es consistente con el contexto tropical de la región, caracterizado por temperaturas elevadas, abundantes lluvias y condiciones favorables para la reproducción del mosquito Aedes aegypti. La incidencia de esta enfermedad demuestra que el control de vectores y la participación comunitaria siguen siendo componentes esenciales para reducir la transmisión y prevenir brotes.

Aunque las enfermedades transmisibles ocuparon la mayor parte de los diagnósticos incidentes, las enfermedades no transmisibles mantuvieron una presencia significativa. Entre ellas destacaron la gastritis y duodenitis, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial sistémica y la dislipidemia. La identificación de nuevos casos de estos padecimientos confirma que los factores relacionados con la alimentación, el estrés, el sedentarismo y el envejecimiento poblacional continúan influyendo de manera importante en la carga de enfermedad de la comunidad.

La gastritis y duodenitis fueron los diagnósticos no transmisibles más frecuentes. En la práctica clínica, estos padecimientos estuvieron asociados a hábitos alimentarios irregulares, consumo elevado de irritantes, automedicación y situaciones de estrés emocional. Su elevada frecuencia pone de manifiesto que los problemas digestivos no solo obedecen a causas orgánicas, sino también a condiciones laborales, familiares y económicas que afectan el bienestar integral de las personas.

La diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial sistémica, aunque mostraron una incidencia menor al analizar únicamente los casos nuevos, representaron una parte sustancial de la atención cotidiana debido a la necesidad de seguimiento permanente. Esto refleja la transición epidemiológica que vive la población, en la cual persisten enfermedades infecciosas mientras aumentan los padecimientos metabólicos y cardiovasculares. Este doble perfil obliga a los servicios de salud a desarrollar estrategias simultáneas de prevención, detección oportuna y control a largo plazo.

La distribución por grupos de edad evidenció que la población pediátrica presentó principalmente infecciones respiratorias y gastrointestinales, lo que confirma la vulnerabilidad de niñas y niños ante padecimientos prevenibles mediante vacunación, alimentación adecuada y medidas de higiene.

En cuanto al sexo, predominó la atención a mujeres, lo cual es un hallazgo frecuente en el primer nivel de atención. Las mujeres suelen acudir con mayor regularidad a consulta por motivos preventivos, síntomas agudos y control de enfermedades crónicas. Asimismo, muchas de ellas

enfrentan una doble carga de trabajo al combinar responsabilidades domésticas y actividades productivas, lo que repercute en su salud física y emocional.

La procedencia de los pacientes mostró que, además de la población de Palenque, se brindó atención a personas provenientes de comunidades rurales y localidades alejadas. Esto confirma el papel regional de la clínica como un centro de atención accesible para grupos con barreras geográficas y económicas para acudir a otros servicios de salud. La dispersión poblacional y las dificultades de transporte condicionan, en muchos casos, que los pacientes consulten en etapas más avanzadas de la enfermedad.

Desde una perspectiva integral, el perfil de morbilidad evidencia que la salud de la población está determinada por múltiples factores que trascienden el ámbito estrictamente biológico. La calidad de la vivienda, el acceso al agua potable, la alimentación, la educación, el ingreso económico, las condiciones laborales, el contexto cultural y la organización comunitaria influyen de manera decisiva en la aparición y evolución de los padecimientos observados. Esta realidad confirma que el proceso salud-enfermedad debe entenderse como el resultado de la interacción entre factores individuales y colectivos.

En términos personales, el análisis de este perfil de morbilidad me permitió comprender que la práctica médica comunitaria exige observar a cada paciente dentro de su contexto social y familiar. Muchas enfermedades no pueden explicarse únicamente por un agente causal o por alteraciones fisiológicas, sino por las circunstancias en las que viven las personas y las oportunidades reales que tienen para cuidar su salud. Esta experiencia reforzó mi convicción de que la medicina debe ejercerse con un enfoque preventivo, humano y comprometido con la realidad de la comunidad.

En conclusión, el perfil de morbilidad de la población atendida en la Clínica Familiar Lak Ña Clara refleja una combinación de enfermedades infecciosas agudas y padecimientos crónico-degenerativos, estrechamente vinculados con los determinantes sociales de la salud. La información obtenida permitió identificar las principales necesidades de atención, orientar las actividades preventivas y fortalecer la comprensión del contexto epidemiológico en el que se desarrolló el servicio social. Este análisis constituye una herramienta fundamental para evaluar el impacto del trabajo realizado y para reconocer la importancia de una atención médica integral centrada en las personas y en su entorno.

3.8 CONCLUSIONES DEL SERVICIO SOCIAL

Al concluir este servicio social, considero que la experiencia representó mucho más que el cumplimiento de un requisito académico. Fue una etapa de consolidación profesional y de crecimiento personal que me permitió comprender con mayor profundidad el verdadero alcance de la medicina comunitaria. A lo largo del año confirmé que la atención a la salud no puede entenderse únicamente desde el diagnóstico y el tratamiento, sino como un proceso complejo en el que intervienen factores humanos, institucionales y sociales que determinan las posibilidades reales de bienestar de una población.

En el plano personal, esta experiencia fortaleció mi capacidad para enfrentar responsabilidades de manera autónoma y tomar decisiones con mayor seguridad. El servicio social implicó adaptarme a un entorno distinto, asumir el rol de médica responsable y aprender a responder con criterio ante situaciones clínicas y emocionales diversas. Más allá del conocimiento técnico, desarrollé paciencia, tolerancia y sensibilidad para acompañar a las personas en momentos de vulnerabilidad. También comprendí la importancia de mantener equilibrio emocional y de valorar el apoyo que surge de las relaciones construidas con compañeros, supervisores y pacientes.

Desde la perspectiva institucional, trabajar dentro de una organización con enfoque comunitario me permitió reconocer el impacto que tiene una estructura comprometida con la formación y el bienestar de la población. Contar con acompañamiento académico, capacitación continua y supervisión profesional favoreció un ejercicio médico más seguro y reflexivo. Esta experiencia me mostró que el trabajo en salud adquiere mayor efectividad cuando existe coordinación, claridad en las funciones y una visión orientada a la prevención y al desarrollo comunitario. El acercamiento a la comunidad fue, sin duda, uno de los aspectos más enriquecedores del servicio social. Convivir con personas de diferentes contextos y escuchar sus preocupaciones me permitió comprender que la enfermedad no puede separarse de las condiciones en las que viven las personas. Muchas de las dificultades observadas en la consulta tenían relación con limitaciones económicas, barreras geográficas, prácticas culturales y problemas de acceso a recursos básicos. Esta realidad me enseñó a mirar a cada paciente de manera integral y a valorar la importancia de la empatía y del respeto por la diversidad cultural.

El análisis de las condiciones de vida y de los indicadores comunitarios confirmó que la salud está profundamente influida por elementos que van más allá del consultorio. Aspectos como la calidad de la vivienda, la disponibilidad de agua segura, la alimentación, el nivel educativo y las oportunidades económicas condicionan de manera directa el riesgo de enfermar y la capacidad de recuperación.

Esto reforzó en mí la idea de que la medicina debe vincularse con acciones preventivas y con una visión amplia del derecho a la salud.

Con el perfil de morbilidad se observó la coexistencia de enfermedades infecciosas y padecimientos crónicos, esta doble carga epidemiológica refleja una realidad que exige intervenciones simultáneas: por un lado, medidas básicas de prevención y saneamiento; y por otro, estrategias de detección oportuna y seguimiento continuo. Más que cifras, estos resultados mostraron las necesidades concretas de la población y orientaron el trabajo clínico hacia acciones con mayor sentido y pertinencia.

En conjunto, todas las actividades realizadas durante el servicio social me ayudaron a integrar conocimientos clínicos, epidemiológicos y sociales en una sola perspectiva de trabajo. Comprendí que el ejercicio médico requiere capacidad científica, juicio crítico y sensibilidad humana. Aprendí a valorar la importancia de escuchar antes de intervenir, de educar antes de prescribir y de entender el contexto antes de emitir conclusiones.

Este año reafirmó mi vocación y me permitió sentir mayor confianza en mi preparación como médica. En lo institucional, me mostró el valor del trabajo organizado y del acompañamiento profesional. En lo comunitario, me enseñó que la medicina adquiere su mayor significado cuando se ejerce con compromiso, cercanía y respeto hacia las personas.

Finalmente, considero que el servicio social fue una experiencia transformadora que consolidó mi formación y fortaleció mi convicción de ejercer una medicina ética, humana y socialmente responsable. Me llevo no solo conocimientos y habilidades, sino también una comprensión más profunda del papel que tenemos como profesionales de la salud en la construcción de comunidades más sanas y con mayores oportunidades de bienestar.

4. REFERENCIAS

Campos Navarro, R. (2004). Interculturalidad, salud y derechos humanos. Universidad Autónoma de Yucatán. http://www.mayas.uady.mx/articulos/pdf/interculturalidad.pdf

Martell, C. (2021, agosto 24). Clínica Familiar Lak Ña Clara te necesita para atender a miles de familias en Palenque. Yo Influyo. https://www.yoinfluyo.com/mexico/analisis-social/clinica-familiar-lak-na-clara-te-necesita-para-atender-a-miles-de-familias-en-palenque/

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación general No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Naciones Unidas.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2024). Artículo 4º. México.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2022). Medición de la pobreza en México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Censo de Población y Vivienda 2020.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). Subsanar las desigualdades en una generación: Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Censo de Población y Vivienda 2020. INEGI.

Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas. (2024). Indicadores de empleo y actividad económica. CEIEG Chiapas. https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/info-estadistica/empleo

Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica. (2024). Información geográfica y estadística del estado de Chiapas. CEIEG. https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/info-geografica

Gobierno de México. (2024). Proyecto Tren Maya. Gobierno de México. https://www.trenmaya.gob.mx

Instituto Mexicano del Transporte. (2010). Movilidad regional en Chiapas: información básica para la planeación del transporte. IMT. https://www.imt.mx/archivos/publicaciones/publicaciontecnica/pt330.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). Compendio de información geográfica municipal: Palenque, Chiapas. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/07/07065.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2024. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463921820.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008). Subsanar las desigualdades en una generación: Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. OMS.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2022). Medición de pobreza municipal. CONEVAL.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Censo de Población y Vivienda 2020. INEGI. https://www.inegi.org.mx

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Resultados del Censo de Población y Vivienda 2020: Chiapas. INEGI.

Secretaría de Economía. (2024). Data México: Palenque, Chiapas. Gobierno de México. https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/palenque

Secretaría de Salud. (2024). Boletín epidemiológico nacional. Gobierno de México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Censo de Población y Vivienda 2020. INEGI. https://www.inegi.org.mx

Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. (2023). Pueblos indígenas de México: Pueblo Ch'ol. INPI. https://www.gob.mx/inpi

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2020: Chiapas. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825198138.pdf

Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica. (2024). Vivienda. CEIEG Chiapas. https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/info-estadistica/cigech/vivienda

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Censo de Población y Vivienda 2020. INEGI. https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). México en cifras: Palenque, Chiapas. INEGI. https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=070650001

La Jornada. (2025, agosto 18). Sin servicios, la mitad de las viviendas en Oaxaca, Guerrero y Chiapas. https://www.jornada.com.mx/noticia/2025/08/18/economia/sin-servicios-la-mitad-de-las-viviendas-en-oaxaca-guerrero-y-chiapas-inegi

Agenda 2030 Chiapas. (2024). Objetivo 2: Hambre cero. Gobierno del Estado de Chiapas. https://agenda2030.chiapas.gob.mx/objetivo-2-hambre-cero/

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2024). Diagnóstico de alimentación y acceso a alimentación nutritiva y de calidad. CONEVAL. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/Documents/Informes/Dosssier-DIAGNOSTICO_ALIMENTACION-2024.pdf

Milenio. (2023). Cinco municipios de Chiapas en crisis alimentaria: FAO. https://www.milenio.com/estados/cinco-municipio-de-chiapas-en-crisis-alimentaria-fao

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Panorama sociodemográfico de Chiapas 2020. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197780.pdf

Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. (2025). Salarios mínimos 2025. Gobierno de México. https://www.gob.mx/conasami

Secretaría de Economía. (2024). Data México: Palenque, Chiapas. Gobierno de México. https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/palenque

Congreso del Estado de Chiapas. (2024). Agenda Legislativa 2024-2027. https://web.congresochiapas.gob.mx/transparencia/agenda_legislativa/AGENDA%20LEGISLATIVA%20LXIX%20LEGISLATURA.pdf

Gobierno del Estado de Chiapas. (2025). Plan Estatal de Desarrollo 2025-2030. https://chiapas.gob.mx/media/ped/PED_2025_2030.pdf

Instituto Nacional Electoral. (2025). Segundo informe parcial de implementación del Programa de Promoción de la Participación Ciudadana. https://repositoriodocumental.ine.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/184884/1-Segundo-Informe-PPPC-PEEPJF-ENGROSE.pdf

Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. (2023). Pueblo Ch'ol: etnia maya de Chiapas. Gobierno de México. https://www.gob.mx/inpi/articulos/pueblo-ch-ol-etnia-maya-de-chiapas (gob.mx)

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Salud de los pueblos indígenas. OPS. https://www.paho.org/es/temas/salud-pueblos-indigenas (paho.org)

Secretaría de Cultura. (2023). Sistema de Información Cultural: lenguas indígenas y tradiciones de Chiapas. Gobierno de México. https://sic.cultura.gob.mx (cultura.gob.mx

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2025). Artículo 4º. Gobierno de México.

Gobierno de México. (2025). Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030. Gobierno de México.

Ley General de Salud. (2025). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.

Organización Mundial de la Salud. (2023). Participación de la sociedad civil en salud. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2024). Atención primaria de salud. OMS.

Secretaría de Salud. (2024). Programas prioritarios de salud pública. Gobierno de México.

Secretaría de Bienestar. (2022). Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2022: Palenque, Chiapas. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/698046/07_065_CHIS_Palenque.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2022). Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social en Chiapas. CONEVAL. Informe de pobreza y rezago social en Chiapas

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024). Estadísticas de Defunciones Registradas 2023. INEGI. https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024). Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) 2023. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_Dtivas.pdf

Secretaría de Salud. (2024). Anuario de Morbilidad 1984–2024. Dirección General de Epidemiología. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/principales_estatal_institucion.html

Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. (2022). Programa Estatal de Salud de Chiapas. Gobierno del Estado de Chiapas. https://saludchiapas.gob.mx/storage/app/uploads/public/625/066/5a5/6250665a5cf3d732807343.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2024). El derecho a la salud para las entidades federativas de México: compendio de indicadores para su diagnóstico. CONEVAL.

Montero Mendoza, E. (2011). Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales sobre los servicios de salud. Salud Colectiva.

Campos-Nonato, I., Monterrubio-Flores, E., Ramírez-Villalobos, D., Arias-Mendoza, M. A., Gómez-Álvarez, E., Alcocer-Díaz-Barreiro, L., Basto-Abreu, A., Reyes-García, A., Medina-García, C., Hernández-Barrera, L., & Barquera, S. (2025). Hipertensión arterial en adultos y brechas de atención a nivel nacional y estatal, Ensanut 2021-2024. Salud Pública de México, 67(6), 633-643. https://doi.org/10.21149/17102

Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. (2023). Diagnóstico Estatal de Salud 2023. Gobierno del Estado de Chiapas.