



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Licenciatura en enfermería.

Plan de Mejora “Las Ánimas Tulyehualco”

Proyecto de investigación
Para la liberación de servicio social

Presenta

Morales Trujillo Jhoana Melisa 2203018322

Yedra Pérez Pricila 2193030841

Asesor

Interno: Dra. Clemente Herrera Adriana

So Bo
Dra. Clemente Herrera Adriana

1 febrero de 2025 – 31 de enero 2026

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
DATOS Y PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE VINCULACIÓN	6
POBLACIÓN DE ESTUDIO	6
SERVICIOS Y CONECTIVIDAD EN LA VIVIENDA	7
POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA	7
SANTIAGO TULYEHUALCO.....	8
EDUCACIÓN.....	8
ECONOMÍA.....	8
SALUD Y MORTALIDAD	8
PUEBLO SANTIAGO TULYEHUALCO.....	9
POBLACIÓN	9
ECONOMÍA.....	9
EMPRESAS Y EMPLEO.....	10
SALUD	10
EDUCACIÓN.....	10
PLAN DE MEJORA.....	11
PROBLEMAS DE CALIDAD	12
DIAGNOSTICO SITUACIONAL.....	12
ANÁLISIS FODA.....	13
ANÁLISIS DE PROBLEMAS	15
CAUSAS PROBABLES	16
DIAGRAMA ISHIKAWA.....	17
PROCESO DE INTERVENCIÓN	18
PROYECTOS QUE INTEGRAN EL PLAN DE MEJORA	18
PROGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	19
EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORA.....	20
REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL PROYECTO	21
RECOLECCIÓN DE DATOS	25
RESULTADOS	27

MEJORAS ADICIONALES	29
ESTANDARIZAR ACCIONES DE MEJORA	29
LOGROS OBTENIDOS	30
PARTICIPACIÓN EN LA MEJORA	31
DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIÓN	33

INTRODUCCIÓN

El acceso a servicios de salud en comunidades vulnerables sigue representando un gran reto en México, particularmente en zonas urbanas periféricas como Tulyehualco, donde un porcentaje significativo de la población carece de atención médica continua. En respuesta a esta problemática, el proyecto universitario "Las Ánimas Tulyehualco" ha sido implementado como una estrategia de vinculación comunitaria por parte de la Universidad Autónoma Metropolitana, con el objetivo de brindar atención médica, psicológica y nutricional a personas en situación de vulnerabilidad. El proyecto se centra especialmente en atender enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial, cuya incidencia en la población local es alta y representa un riesgo para la salud pública.

Como estudiante de la Licenciatura en Enfermería, mi participación en este proyecto ha estado enfocada en brindar atención directa, colaborar en diagnósticos iniciales, seguimiento y educación para la salud, con el propósito de prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas. Sin embargo, se ha detectado una problemática significativa: el alcance del proyecto es limitado debido al desconocimiento de la comunidad sobre los servicios disponibles y su calidad.

Este protocolo propone el desarrollo e implementación de un plan de mejora enfocado en aumentar la visibilidad del proyecto, incrementar la afluencia de personas y fomentar la prevención y seguimiento de enfermedades crónicas. Para lograrlo, se utilizarán estrategias de promoción comunitaria, educación para la salud, evaluación de recursos e infraestructura, así como la optimización de la atención brindada.

Se espera como resultado que el número de usuarios del servicio aumente de manera significativa, se logre una mejor adherencia a los tratamientos en pacientes con enfermedades crónicas y se fortalezcan las competencias profesionales del personal en formación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de contar con un espacio comunitario para brindar atención médica gratuita, como es el caso del proyecto "Las Ánimas Tulyehualco", la comunidad no acude de forma constante ni numerosa. Esta baja afluencia limita el impacto del proyecto, a pesar de que las enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión están presentes de forma alarmante en la población local. Las causas identificadas incluyen falta de información, baja percepción del riesgo de salud y el desconocimiento del proyecto.

La atención de enfermería dentro del proyecto juega un papel crucial, ya que permite establecer contacto directo con la población, realizar valoraciones oportunas y brindar orientación educativa. Sin embargo, si no se incrementa el número de personas atendidas, el impacto del proyecto seguirá siendo limitado, lo cual contradice el espíritu de servicio social y vinculación universitaria con la comunidad.

La presente propuesta se justifica en la necesidad urgente de optimizar los recursos existentes, fortalecer las acciones de promoción y acercamiento comunitario, y lograr que la atención brindada tenga una mayor cobertura. Además, contribuye al desarrollo profesional del prestador de servicio social al aplicar sus conocimientos en un contexto real, mejorando sus habilidades clínicas y comunicativas, y preparándolo para los retos del ejercicio profesional en escenarios de salud comunitaria.

OBJETIVO GENERAL

Diseñar y aplicar un plan de mejora para aumentar el alcance de la atención médica brindada por el proyecto "Las Ánimas" Tulyehualco, con énfasis en la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incrementar la afluencia de personas al proyecto mediante estrategias de difusión y sensibilización comunitaria.
- Aplicar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en la licenciatura de enfermería para mejorar la calidad de la atención brindada.
- Optimizar el uso de recursos humanos, materiales y de infraestructura disponibles en el proyecto.

- Promover la participación de la comunidad en actividades de prevención y educación para la salud.

DATOS Y PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE VINCULACIÓN

La coordinación general del proyecto está a cargo de la Dra. Adriana Clemente Herrera. El equipo operativo se integra por pasantes de la licenciatura: en medicina, enfermería y nutrición; conformando un total de diez miembros asignados al servicio. El perfil académico del personal corresponde a formación profesional en el área de la salud, principalmente en medicina y enfermería, bajo un esquema de práctica supervisada y vinculación universitaria. (1)

En cuanto a su infraestructura, la unidad cuenta con un espacio de recepción que funciona como primer punto de contacto con las personas usuarias. Dispone de cuatro consultorios, de los cuales tres son consultorios médicos y uno corresponde al área de nutrición. Adicionalmente, incluye un área destinada a la toma de signos vitales, un espacio de almacenamiento para medicamentos e insumos de grado médico, así como estacionamiento y fauna en el exterior, lo cual contribuye a la organización del flujo de atención y a la funcionalidad general del servicio. (1)

Los servicios que se otorgan en el establecimiento comprenden consulta médica, curaciones, toma de signos vitales, somatometría, aplicación de inyecciones, promoción de la salud y atención nutricional. En conjunto, estas acciones permiten atender necesidades frecuentes de primer nivel, fortalecer actividades preventivas y apoyar el seguimiento básico de la población usuaria, especialmente aquella que enfrenta mayores condiciones de vulnerabilidad. (1)

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Santiago Tulyehualco se ubica en la Alcaldía Xochimilco, en la zona suroriente de la Ciudad de México, dentro de un territorio con rasgos periurbanos y presencia de pueblos con identidades comunitarias consolidadas. En este contexto, el área de influencia del proyecto se inserta en una zona con demanda relevante de servicios de salud y acciones preventivas, particularmente ante el peso epidemiológico de enfermedades crónicas. (2)

Con base en los resultados del Censo 2020 (ITER/SCITEL) para la localidad Xochimilco, se registra una población de 429,481 habitantes, con 225,953 mujeres y 203,528 hombres. En términos habitacionales, se identifican 113,806 viviendas habitadas, y 112,515 viviendas particulares habitadas, con un promedio aproximado de 3.74 ocupantes por vivienda; asimismo, se reportan 112,515 hogares. Estos indicadores permiten dimensionar la magnitud poblacional potencial usuaria de servicios comunitarios y la presión esperable sobre la infraestructura social, incluida la atención en salud. (3)

SERVICIOS Y CONECTIVIDAD EN LA VIVIENDA

En la alcaldía Xochimilco, la cobertura de servicios básicos en vivienda es alta: 99.7% de las viviendas habitadas reporta energía eléctrica, 93.1% dispone del servicio de agua en la vivienda y el 99.3% cuenta con drenaje. Este panorama sugiere condiciones estructurales relativamente favorables para estrategias de promoción y seguimiento, aunque persisten brechas relevantes en bienes y conectividad. (4)

Respecto a conectividad y equipamiento, se observa que alrededor de 67.4% de las viviendas habitadas cuenta con internet, 91.1% reporta teléfono celular y 50.8% dispone de computadora. Estos datos son particularmente importantes para el diseño del plan de mejora del proyecto, ya que orientan la viabilidad de intervenciones presenciales y mensajería, recordatorios de citas, educación para la salud y estrategias de difusión comunitaria apoyadas en medios digitales. (4)

POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA

La Población Económicamente Activa (PEA) representa un componente mayoritario, con 228,723 personas (aproximadamente el 63.0% de la población de más de 12 años), lo cual indica un territorio donde una parte importante de la población combina actividades laborales con necesidades de cuidado y atención. A su vez, se registran 223,296 personas ocupadas y 5,427 desocupadas, lo que perfila retos de disponibilidad de tiempo para acudir a consulta, así como la necesidad de horarios flexibles y estrategias de captación en espacios comunitarios y laborales. (5)

SANTIAGO TULYEHUALCO

EDUCACIÓN

El perfil educativo del territorio de referencia muestra un grado promedio de escolaridad cercano a 10.89 años, consistente con un nivel medio superior incompleto o equivalente, aunque con diversidad interna. En población de 15 años y más, se reportan 6,521 personas analfabetas (aproximadamente 1.9% de ese grupo) y 8,611 sin escolaridad (aprox. 2.5%), condiciones que obligan a que la educación para la salud sea clara, culturalmente pertinente y con apoyos visuales/explicativos para maximizar comprensión terapéutica y adherencia. (6)

En población de 18 años y más, destaca que 185,428 personas reportan escolaridad básica, lo cual abre oportunidades para fortalecer acciones de autocuidado, alfabetización en salud y participación comunitaria informada; no obstante, la coexistencia de rezagos educativos demanda adaptar materiales y canales de comunicación según subgrupos (edad, escolaridad y acceso digital). (6)

ECONOMÍA

Desde una perspectiva territorial, Santiago Tulyehualco se reconoce como un pueblo con actividades económicas mixtas, donde coexisten dinámicas urbanas (comercio y servicios) con elementos de permanencia rural y producción local; diversos estudios han documentado la relevancia del amaranto y expresiones económicas y culturales asociadas, lo que influye en prácticas alimentarias, redes comunitarias y formas de organización local. Este componente es clave para estrategias de promoción en salud, ya que permite vincular mensajes nutricionales y preventivos con identidades productivas y espacios de reunión comunitaria. (3)

SALUD Y MORTALIDAD

En las Ánimas se inserta en un entorno donde las enfermedades crónico degenerativas representan un reto sanitario prioritario, por la frecuencia y el riesgo de complicaciones cuando no existe seguimiento. A nivel nacional, la diabetes mantiene una prevalencia elevada: la ENSANUT 2022 estimó una prevalencia total (diagnosticada y no diagnosticada) de 18.3% en adultos, lo cual subraya la necesidad de detección, educación y control metabólico oportunos. (7)

En el caso de la hipertensión, análisis basados en ENSANUT señalan brechas importantes de diagnóstico y control, lo que refuerza la pertinencia de intervenciones comunitarias centradas en tamizaje, seguimiento y adherencia. Complementariamente, en documentación sanitaria institucional de la Ciudad de México se reportan indicadores de incidencia por demarcación, incluyendo Xochimilco, lo que respalda la relevancia local del abordaje preventivo y del fortalecimiento de rutas de atención. (7)

En términos de mortalidad, las estadísticas de defunciones registradas del INEGI señalan que, en 2024, las principales causas de muerte a nivel nacional incluyen enfermedades del corazón y diabetes mellitus, entre otras, evidenciando el peso estructural de padecimientos crónicos en la carga de mortalidad. Este panorama sustenta que el incremento en visibilidad, captación temprana y continuidad del seguimiento clínico puede contribuir a reducir complicaciones prevenibles y a mejorar resultados en salud en poblaciones vulnerables. (8)

PUEBLO SANTIAGO TULYEHUALCO

POBLACIÓN

Santiago Tulyehualco es un pueblo originario ubicado al oriente de la Ciudad de México, dentro de la alcaldía Xochimilco y en la zona aledaña al Cerro del Teuhtli; se describe como una comunidad con nueve barrios y cinco colonias. En términos demográficos, la alcaldía Xochimilco registra 442,178 habitantes (aproximadamente 4.8% de la población de la Ciudad de México), con una mediana de edad de 33 años y una distribución cercana a la paridad por sexo; 95 hombres por cada 100 mujeres. (9)

Para delimitar la población de estudio en torno al proyecto comunitario, el diagnóstico universitario ubica el predio de Las Ánimas en el AGEB 1313, el cual reporta 4,863 habitantes (alrededor del 1% de la población de la alcaldía) y una distribución por sexo de 50.8% mujeres y 49.2% hombres. (9)

ECONOMÍA

La dinámica económica local combina actividades agroalimentarias tradicionales con comercio y servicios. Se conoce a Tulyehualco por su producción y comercialización de amaranto, así como por productos agrícolas (maíz, calabaza y tomate), además de actividades artesanales vinculadas a su identidad local. (9)

De forma consistente, literatura académica sobre el territorio señala que, aunque históricamente el sustento se ha apoyado, actualmente se observa una tendencia a complementar el trabajo agrícola con comercio y servicios, manteniendo a la vez una base campesina que provee alimentos y materias primas. (10)

Asimismo, la economía cultural y turística se expresa en festividades que atraen visitantes y consumo local, como la Feria Nacional de la Nieve en Santiago Tulyehualco.

EMPRESAS Y EMPLEO

En el componente productivo del amaranto, se documenta que en Tulyehualco se concentran poco más de 50 unidades de producción dedicadas a la transformación del grano (desde talleres caseros hasta instalaciones industriales), y que existen referencias documentales de productores localizados en el pueblo, además de superficies agrícolas destinadas a la actividad en el entorno. (10)

Para el análisis del empleo, el diagnóstico comunitario reporta que en Xochimilco el 63.2% de la población de 12 años y más es económicamente activa, lo que funciona como marco de referencia para interpretar la inserción laboral de las familias del área. (9)

SALUD

En Xochimilco se reporta que el 68.8% de la población está afiliada a algún servicio de salud; para el AGEB 1313: zona donde se ubica el predio Las Ánimas, se menciona una afiliación del 71%, con distribución por institución (IMSS, ISSSTE y otros servicios de salud). (9)

Desde la perspectiva epidemiológica local señala que la obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 se encuentran entre las principales causas de morbilidad reportadas en la jurisdicción sanitaria correspondiente. (9)

En cuanto a demanda de atención, se reporta que durante 2022 el proyecto universitario brindó 710 consultas, predominando atención a mujeres y adultos mayores; además, las enfermedades crónicas concentraron la mayor parte de las atenciones registradas. (9)

EDUCACIÓN

En el reconocimiento territorial del pueblo y la localidad, el diagnóstico universitario describe recorridos de observación que incluyen la identificación de escuelas y centros

comunitarios, además de consultorios, farmacias y espacios de recreación, lo cual es útil para planear estrategias de promoción, educación para la salud y vinculación comunitaria. (9)

Como recurso complementario de formación y desarrollo comunitario, en Santiago Tulyehualco se reporta la existencia de un PILARES (infraestructura social del Gobierno de la Ciudad de México) con servicios y actividades orientadas al acceso comunitario a capacitación y cultura, lo cual puede articularse con acciones educativas y preventivas en salud.

PLAN DE MEJORA

El proyecto de las Ánimas Tulyehualco como parte fundamental de la comunidad de Tulyehualco tiene como objetivo la mejora de la salud de las personas en situación vulnerable, parte esencial para lograr este objetivo es la ubicación de fácil acceso, lo que permite a las personas tener accesibilidad de poder acudir a la clínica para su atención. Es por ello que en conjunto con el personal médico buscamos tener un mayor alcance en la comunidad y poder acercarnos a más personas que requieren atención en salud y no tienen la facilidad de poder ser acompañados y/o atendidos por alguna unidad para la prevención, detección y cuidado de su salud. Uno de los elementos importantes de la atención en salud es proporcionar y fortalecer la educación y mejorar resultados en salud de todas las personas. Por ello para tener un control de las personas que solicitan la atención médica o de enfermería es necesario la realización del expediente clínico y notas de enfermería de forma individualizada. además, de una hoja diaria en la que se verá reflejado el número de personas que acuden a consulta.

Así mismo, para abordar de manera integral la mejora del servicio utilizaremos métodos como la divulgación y distribución por medios físicos en forma de carteles y folletos informativos acerca de la clínica y cuáles son las actividades que realizamos para el beneficio de su salud, se elaborará un registro inicial para determinar el número de consultas, motivos de consulta, seguimiento de enfermedades y número de nuevos usuarios; con esto podemos evaluar continuamente para poder aplicar correcciones en el espacio y atención que se brinda.

PROBLEMAS DE CALIDAD

Una de las deficiencias en relación con la poca afluencia de pacientes se debe al bajo conocimiento de las personas de la comunidad acerca de la existencia del proyecto, los horarios y el tipo de atención que se brinda. Sin embargo, el principal problema que aqueja al personal que brinda el servicio en salud está relacionado con la infraestructura, insumos y condiciones que involucran directamente a las personas atendidas que no continúan con el seguimiento de su enfermedad.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL

La situación actual del servicio muestra áreas de mejora que influyen directamente en la experiencia del usuario, en la forma en que se brinda la atención y en la capacidad del equipo para dar seguimiento y evaluar resultados. Para este diagnóstico se consideró la información disponible en bitácoras de atención, registros clínicos, observación del proceso y retroalimentación de usuarios, lo cual permite describir con claridad los puntos que generan un impacto negativo en la calidad.

En términos de calidad percibida, el principal hallazgo es la visibilidad insuficiente del servicio en la comunidad. Esto se refleja en una afluencia menor a la esperada y en la limitada captación de personas que podrían beneficiarse, especialmente quienes requieren control continuo de enfermedades crónicas.

Respecto a la calidad técnica y la seguridad del paciente, se identifican variaciones en el proceso de atención que pueden favorecer omisiones. En algunos casos, el registro de datos esenciales la entrega de indicaciones claras y la definición del retorno no quedan documentados de forma uniforme. Esta falta de consistencia dificulta identificar riesgos a tiempo y reduce la seguridad en el seguimiento.

En cuanto a la calidad de la gestión, se observa que el seguimiento de usuarios, particularmente de pacientes crónicos, no cuenta con un sistema consolidado para programar retornos, registrar continuidad y medir indicadores básicos. La ausencia de estos elementos limita la toma de decisiones basada en datos, impide detectar con rapidez dónde se pierde a los pacientes y reduce la posibilidad de sostener mejoras.

En conjunto, el diagnóstico muestra que los principales retos se concentran en: aumentar la visibilidad, asegurar un proceso de atención más uniforme y fortalecer el seguimiento con registros e indicadores simples, ya que estos aspectos impactan de forma directa en la calidad percibida, la calidad técnica, la seguridad del paciente y la gestión del servicio.

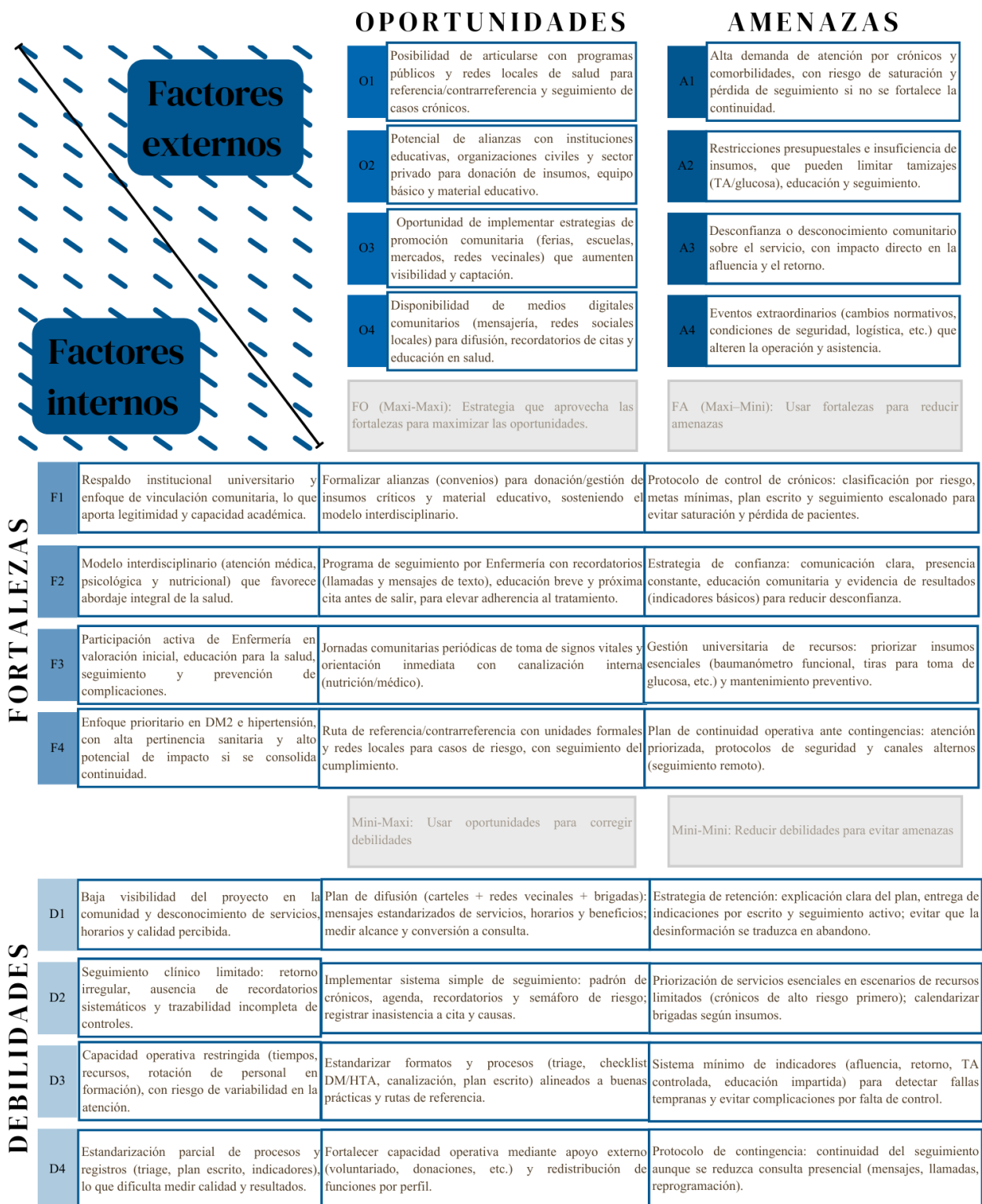
ANÁLISIS FODA

El proyecto comunitario “Las Ánimas Tulyehualco” constituye una intervención estratégica de vinculación universitaria orientada a disminuir brechas de acceso y continuidad en salud para población vulnerable, mediante un modelo interdisciplinario con participación activa de Enfermería. El objetivo de atención médica, psicológica y nutricional, con énfasis en prevención y seguimiento de enfermedades principalmente crónico degenerativas es altamente pertinente, ya que estas condiciones requieren control periódico, educación sostenida y adherencia terapéutica para reducir complicaciones.

No obstante, el factor limitante principal identificado es la baja visibilidad del proyecto en la comunidad, lo que restringe la captación de usuarios y reduce el impacto preventivo y de seguimiento. En términos de gestión de calidad, esta debilidad se asocia a desafíos operativos complementarios: continuidad clínica insuficiente (retorno irregular), estandarización parcial de procesos y registros, y capacidad operativa limitada por recursos y dinámica de personal en formación. En conjunto, estos elementos limitan la medición sistemática de resultados y la consolidación de mejoras.

El FODA muestra que la vía más efectiva para fortalecer el proyecto consiste en articular tres ejes:

1. Comunicación comunitaria y captación (presencial y digital).
2. Sistema mínimo de seguimiento de crónicos liderado por enfermería con recordatorios y plan escrito.
3. Estandarización de procesos e indicadores, que permita asegurar calidad homogénea y demostrar resultados. Con estas acciones, el proyecto puede ampliar su alcance, incrementar la adherencia y transformar la atención de “consulta aislada” a “continuidad efectiva”, alineándose plenamente con su propósito formativo y comunitario.



ANÁLISIS DE PROBLEMAS

Los problemas de calidad limitan su impacto: baja visibilidad del servicio en la comunidad, afluencia insuficiente y dificultades para dar continuidad al seguimiento, especialmente en personas con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Para analizar las causas, se parte de la información disponible en el proyecto (bitácoras de atención, registros clínicos, observación del proceso y retroalimentación del equipo) y de lo reportado por usuarios sobre las razones para acudir o no acudir. Con esta base, el análisis permite distinguir algunos factores que, si se corrigen se disminuiría el problema.

El primer problema es la baja visibilidad y conocimiento del servicio, lo cual se refleja en una afluencia menor a la esperada para las necesidades de la zona. Al revisar la forma en que se informa a la comunidad, se observa que la difusión suele ser irregular o limitada. También influye que no se cuenta con una estrategia constante para acercarse a espacios comunitarios (por ejemplo, escuelas, mercados o redes vecinales) y mantener una comunicación continua. Por lo tanto, la causa raíz de este problema es la ausencia de un plan estructurado y permanente de promoción comunitaria, con responsables definidos, canales claros y mensajes estandarizados.

El segundo problema es la falta de continuidad en el seguimiento, principalmente en pacientes con DM2 e hipertensión. En este punto, la información del servicio suele mostrar que muchas personas acuden una vez, pero no regresan para control. Al analizar los registros, se identifica que no siempre se cuenta con un mecanismo fijo para hacer recordatorios ya que no se cuenta con telefonía fija funcional dentro del servicio. Otra de las razones es que en algunos casos las indicaciones pueden quedar poco claras por lo que reduce la posibilidad de que la persona entienda cuándo debe volver y por qué es importante. Por ello, intervienen barreras del propio usuario: trabajo, falta de tiempo, olvido o en su mayoría por no contar con el apoyo de su cuidador primario para acudir a la atención médica, pero el elemento que más permite prevenir la repetición del problema es interno. En consecuencia, la causa raíz es la falta de un sistema mínimo y estandarizado de seguimiento, que incluya: registro nominal de pacientes crónicos, mecanismos de contacto y recordatorios, y control de quienes no regresan para conocer causas y reprogramar.

El tercer problema se relaciona con la variabilidad del proceso de atención, es decir, diferencias entre turnos o entre integrantes del equipo al momento de realizar triage, registrar información, canalizar a otras áreas y dar educación para la salud. Esta variabilidad se incrementa cuando hay rotación de personal y no se cumple un seguimiento en el tratamiento e indicaciones que debe cumplir el médico en turno. Al revisar expedientes y observar el flujo, suelen aparecer omisiones repetidas: falta de registro de signos vitales, ausencia de plan escrito y/o réplica de notas médicas elaboradas por otros médicos, lo cual dificulta medir resultados y sostener mejoras. Por ello, la causa raíz es la falta de estandarización del proceso clínico y administrativo, mediante formatos simples e inducción breve que asegure que todas las atenciones cumplan con un mínimo estándar de calidad.

CAUSAS PROBABLES

Para identificar las causas probables y llegar a las causas raíz de los problemas de calidad a mejorar, se utiliza la información disponible del servicio (bitácoras, registros clínicos y observación del proceso) y se analizan los datos con herramientas gerenciales de calidad recomendadas para el mejoramiento continuo. Estas herramientas permiten ordenar la información, evitar suposiciones y definir con claridad qué factores están ocasionando los problemas y por qué se repiten.

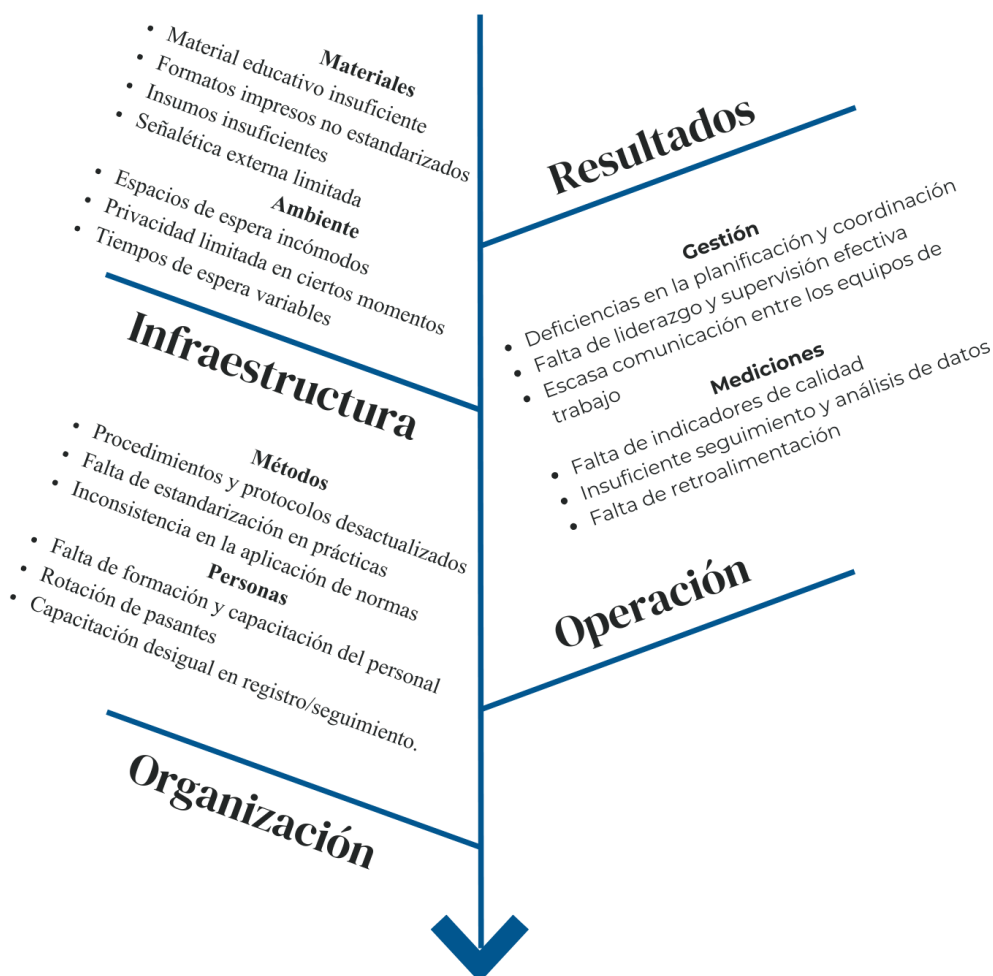
Para este proyecto se seleccionan las siguientes herramientas: hojas de registro (recolección de datos), diagrama causa efecto (Ishikawa). Las hojas de registro permiten reunir datos de manera uniforme, por ejemplo: número de usuarios, motivos de consulta, registro de signos vitales y si son usuarios en seguimiento y/o subsecuentes o si son nuevos usuarios. Con el diagrama causa efecto se organizan las causas probables por categorías (personal, métodos de trabajo, materiales e insumos, equipo, entorno y medición), con el propósito de visualizar todos los factores que intervienen.

En el problema de baja visibilidad y afluencia limitada, las hojas de registro permiten identificar si la mayoría de las personas no conoce el servicio, si no tiene claros los horarios o con que servicios de salud cuenta el proyecto. Al ordenar esa información con un diagrama causa efecto, se observan causas probables como: difusión irregular, ausencia de mensajes claros y estandarizados, falta de responsables para promoción, poca vinculación con espacios comunitarios y señalización limitada del punto de atención.

En el problema de continuidad insuficiente en pacientes con diabetes e hipertensión, el análisis se centra en comparar primeras consultas contra consultas subsecuentes y en registrar las razones por las que los pacientes no regresan. En el diagrama causa efecto suele aparecer causas probables como: ausencia de recordatorios, registros incompletos (sin datos de contacto), indicaciones sin plan escrito y falta de un método para identificar y contactar a quienes no regresan.

En el diagrama causa efecto se identifican causas probables como: falta de protocolos breves y diferencias en la práctica por rotación del personal, formatos poco claros o no estandarizados, falta de indicadores básicos de calidad y limitaciones de recursos que presionan el tiempo de atención, lo cual impide asegurar una atención uniforme y medir de manera constante la calidad del servicio.

DIAGRAMA ISHIKAWA



PROCESO DE INTERVENCIÓN

Para priorizar los procesos a intervenir en el proyecto comunitario de Las Ánimas, se parte de un criterio central: mejorar la experiencia del usuario y los resultados del servicio, sin perder de vista que los recursos disponibles son limitados. Por ello, la priorización se enfoca en los procesos que influyen de forma directa en que las personas lleguen al servicio, sean atendidas con calidad y regresen a seguimiento, especialmente quienes viven con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.

En primer lugar, se prioriza el proceso de promoción y comunicación comunitaria, debido a que el problema principal detectado es el bajo conocimiento del proyecto. Si la población no sabe que el servicio existe o no comprende cómo acceder, el alcance del proyecto se mantiene limitado y el beneficio social disminuye. Mejorar este proceso tiene un impacto inmediato en la afluencia y en la percepción de accesibilidad del servicio.

En segundo lugar, se prioriza el proceso de seguimiento y continuidad de pacientes con enfermedades crónicas, ya que la atención aislada no es suficiente para prevenir complicaciones. Fortalecer la continuidad permite aumentar la adherencia, dar control periódico y orientar al usuario con mayor claridad. Además, este proceso suele requerir ajustes organizativos y de registro más que inversiones altas, lo cual lo vuelve viable aun con recursos limitados.

Finalmente, se incluye como prioridad el proceso de estandarización mínima de la atención y del registro clínico, porque de ello depende que todas las personas reciban una atención uniforme, segura y con indicaciones claras. Al contar con registros completos y criterios básicos comunes, el proyecto puede medir avances, detectar fallas y sostener mejoras. Este proceso también influye en la satisfacción, ya que reduce confusión y mejora la orientación al usuario.

PROYECTOS QUE INTEGRAN EL PLAN DE MEJORA

Con base en la priorización anterior, los proyectos de mejora que integrarán el plan de mejora se seleccionan considerando efectividad, factibilidad, tiempo de implementación, orientación al usuario y capacidad real de resolver el problema.

La promoción comunitaria como recurso utilizado, por medio de mensajes claros sobre servicios, horarios, ubicación y requisitos, empleando medios presenciales y digitales. Se selecciona por su alta efectividad para aumentar afluencia y por su factibilidad, ya que puede realizarse con materiales sencillos y coordinación con actores comunitarios.

Además de un sistema básico de seguimiento para DM2 e hipertensión, que incluya registro nominal, programación de retorno antes de que el usuario se retire, y recordatorios por medios accesibles. Se elige porque mejora resultados clínicos, fortalece la continuidad del cuidado y su puesta en marcha puede lograrse en un plazo corto con ajustes organizativos.

Asimismo, la estandarización de la atención y del registro, mediante formatos breves, lista de verificación de mínimos por tipo de atención y lineamientos de canalización. Se integra porque eleva la calidad del servicio, facilita el trabajo del equipo en formación y permite evaluar el desempeño con datos comparables.

PROGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

El programa de ejecución describe la metodología para resolver cada problema seleccionado, definiendo actividades, responsables, recursos, tiempos e indicadores de seguimiento. Para su elaboración se plantea un esquema operativo por proyecto, con acciones secuenciadas y metas medibles.

En el caso de la promoción comunitaria, el programa incluye: elaboración de mensajes y material informativo, selección de puntos de difusión, calendario de actividades, asignación de responsables, y medición de resultados mediante registro de personas contactadas y número de consultas generadas por cada medio de difusión.

Para el sistema de seguimiento de crónicos, el programa contempla: creación del registro de pacientes con DM2/HTA, definición de criterios de prioridad, entrega de plan breve por escrito, agenda de retornos y envío de recordatorios. El control del avance se realiza con indicadores como retorno a cita, número de seguimientos realizados y proporción de registros completos.

Respecto a la estandarización de atención y registro, el programa considera: definición de mínimos por consulta, unificación de formatos, capacitación breve al equipo en formación y revisión periódica de expedientes para verificar cumplimiento. El seguimiento se apoya en

indicadores como porcentaje de signos vitales registrados, canalizaciones documentadas y satisfacción del usuario.

Este programa permite que las acciones se ejecuten de manera ordenada, con un enfoque práctico y centrado en el usuario, favoreciendo que las mejoras se sostengan y se traduzcan en mayor calidad del servicio.

EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORA

Con el propósito de asegurar la correcta ejecución del Plan de Mejora, se garantizó que todo el personal de salud involucrado en el proyecto Las Ánimas Tulyehualco conociera las acciones a llevar a cabo mediante una reunión de trabajo, en la cual se plantearon los objetivos y las actividades a desarrollar, enfatizando la importancia de su participación para mejorar la afluencia de usuarios y la calidad de la atención brindada. Asimismo, se proporcionó educación y capacitación al personal que participó en la implementación de dichas acciones, especialmente en lo referente a actividades de promoción comunitaria. Se les mostró el calendario de actividades (Tabla 1) con tiempos y los meses en los que se estaría trabajando cada parte, para llevarlo en tiempo y forma.

Tabla 1.

Calendario de actividades.

Trimestre	Periodo	Actividades principales	Objetivos vinculados
Invierno 2025	Febrero – Marzo 2025	Integración al proyecto, Diagnóstico situacional preliminar, Revisión de recursos	Objetivo 2 y 3
Primavera 2025	Abril – Junio 2025	Diseño del plan de mejora, Material educativo, Jornadas internas	Objetivo 1 y 4
Verano 2025	Julio – Septiembre 2025	Promoción comunitaria, Valoraciones de	Objetivo 1, 2 y 4

Otoño 2025		enfermería, Educación en salud	
	Octubre – Diciembre 2025	Evaluación del impacto, Encuestas, Ajustes al plan	Objetivo 1, 2, 3 y 4
Invierno 2026	Enero – Febrero 2026	Sistematización final, Informe, Presentación de resultados	Todos los objetivos

Nota. Elaboración propia con base en el proyecto *Las Ánimas Tulyehualco* (julio 2025–enero 2026).

REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL PROYECTO

Una vez comunicado el Plan de Mejora, se llevó a cabo un periodo de pilotaje con el objetivo de evaluar la viabilidad y efectividad de las acciones propuestas. Durante esta etapa se implementaron diversas estrategias, principalmente enfocadas en la difusión comunitaria del proyecto (Tabla 2).

Como primera instancia, se colocó material visual alrededor de la clínica, así como en espacios estratégicos de la comunidad, tales como deportivos, escuelas y zonas aledañas a la unidad de salud. De igual manera, se elaboró material visual para plataformas digitales, el cual fue difundido a través de redes sociales. En cada uno de los anuncios se hizo énfasis en que los servicios ofrecidos eran totalmente gratuitos y que no era necesario contar con una cita previa, ya que se identificó que este era uno de los principales motivos por los cuales la población no acudía a la clínica.

A partir de la implementación de esta estrategia, se observó que la colocación de carteles en el deportivo de Tulyehualco resultó particularmente efectiva, debido a la colindancia de este espacio con la clínica. Esto permitió atraer a un mayor número de personas interesadas en el proyecto, principalmente para la toma de signos vitales; sin embargo, una vez que los usuarios se encontraban en la unidad, se les ofrecía también la consulta médica, incrementando así la atención integral.

Otro factor que contribuyó significativamente al aumento de la afluencia fue el retorno del servicio de nutrición, el cual había sido altamente solicitado durante los primeros meses del proyecto. Este servicio fue ofrecido de manera prioritaria a pacientes con enfermedades crónicas, especialmente diabetes, que constituye uno de los principales motivos de atención

en la clínica. Asimismo, el servicio de nutrición fue incluido en el material de difusión, obteniendo una respuesta favorable y una adecuada aceptación por parte de la población.

Como parte de las acciones de promoción de la salud, se realizaron visitas a dos escuelas primarias y dos escuelas de nivel preescolar, con el propósito de brindar información preventiva a niños y adolescentes, así como de invitarlos a conocer la clínica y acudir junto con sus familias. A partir de estas visitas, se obtuvo respuesta favorable por parte de la escuela secundaria No. 44, donde se autorizó la realización de pláticas dirigidas a los estudiantes.

En dicha secundaria se impartieron pláticas sobre los temas de ansiedad, consumo de drogas y cambios en la adolescencia, las cuales se brindaron a un total de 12 grupos, beneficiando aproximadamente a 480 adolescentes. De igual manera, se solicitó una plática dirigida al personal docente, en la cual se orientó a los profesores sobre cómo actuar ante situaciones de riesgo, ya que en ocasiones una intervención inadecuada puede generar efectos contrarios a los esperados. Esta plática fue impartida a un total de 40 docentes. Se acordó dar continuidad a estas actividades, considerando la importancia de la vinculación con la secundaria para futuras generaciones y el fortalecimiento de la promoción de la salud.

Derivado de estas acciones, se identificó un incremento en la afluencia de adolescentes a la clínica. Paralelamente, se continuó con la realización de pláticas en la Casa del Adulto Mayor, ubicada a un costado de la clínica, reforzando la promoción de la salud y enfatizando la importancia del autocuidado, dado que la mayoría de los asistentes presentan enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus.

En este grupo poblacional, uno de los principales ejes de trabajo fue la generación de confianza, ya que algunos adultos mayores manifestaban dudas sobre la capacidad del personal debido a su edad. Por ello, se reforzó la preparación de los ponentes y se indicó que durante las pláticas se resolvieran todas las dudas de manera clara y segura, con el fin de fortalecer la relación con los usuarios. Como resultado, se observó que un mayor número de adultos mayores acudía de manera regular para la toma de signos vitales; en algunos casos se detectaron cifras elevadas de presión arterial o niveles altos de glucosa, lo que permitió brindar orientación en promoción de la salud e invitar a los usuarios a consulta médica, logrando una mayor captación de pacientes de este grupo etario.

Durante la ejecución del pilotaje, el personal de enfermería fue responsable de registrar de manera sistemática la información generada, incluyendo el número de personas atendidas, los motivos de consulta, la detección de enfermedades crónicas, las intervenciones educativas realizadas y las observaciones relevantes derivadas de la atención (Gráfica 1). Dichos registros se llevaron a cabo mediante expedientes clínicos, notas de enfermería y hojas de control diario.

Finalmente, se documentaron los diagnósticos atendidos en la clínica, así como la afluencia de pacientes durante el periodo comprendido entre julio de 2025 y enero de 2026 (Gráfica 2), lapso en el cual se desarrolló el proyecto.

Tabla 2

Registro de información de las estrategias implementadas durante el pilotaje

Registro de información de las estrategias implementadas durante el pilotaje				
Estrategia implementada	Descripción de la actividad	Población objetivo	Información registrada	Resultados/observaciones
Difusión comunitaria con material visual	Colocación de carteles informativos en las inmediaciones de la clínica, Deportivo de Tulyehualco, escuelas y zonas aledañas	Población en general	Número de carteles colocados, zonas cubiertas, interés de la población	Mayor afluencia de usuarios, principalmente proveniente del deportivo
	Elaboración y publicación de material visual en plataformas digitales y redes sociales	Población en general	Alcance de publicaciones, interacción de usuarios	Incremento en el conocimiento del proyecto

Promoción de servicios gratuitos	Difusión de información sobre gratuidad de los servicios y atención sin cita previa	Población en general	Motivos de asistencia referidos por los usuarios	Disminución de barreras de acceso
Captación mediante toma de signos vitales	Oferta de toma de signos vitales como primer contacto con los usuarios	Adultos y adultos mayores	Número de tomas realizadas, cifras detectadas	Detección de hipertensión e hiperglucemia
Restablecimiento del servicio de nutrición	Atención nutricional a pacientes, principalmente con enfermedades crónicas	Pacientes con diabetes e hipertensión	Número de consultas nutricionales	Alta aceptación y demanda del servicio
Promoción de la salud en escuelas	Pláticas de promoción de la salud en escuelas primarias y preescolares	Niños y adolescentes	Escuelas visitadas, actividades realizadas	Vinculación con comunidad escolar
Pláticas en secundaria No. 44	Pláticas sobre ansiedad, consumo de drogas y cambios en la adolescencia en 12 grupos	Adolescentes	Número de grupos y asistentes	Aproximadamente 480 adolescentes atendidos
Plática a docentes	Orientación a profesores sobre manejo de situaciones de riesgo	Docentes de secundaria	Número de docentes participantes	40 docentes capacitados
Promoción de la salud en adultos mayores	Pláticas educativas en la Casa del Adulto Mayor	Adultos mayores	Temas abordados, asistencia	Mayor confianza y asistencia a la clínica

Registro de información	Registro sistemático en expedientes clínicos, notas de enfermería y hojas de control	Personal de enfermería	Número de registros, diagnósticos	Información organizada para evaluación
-------------------------	--	------------------------	-----------------------------------	--

Nota. Elaboración propia con base en los datos obtenidos durante el periodo de pilotaje del proyecto *Las Ánimas Tulyehualco* (julio 2025–enero 2026).

RECOLECCIÓN DE DATOS

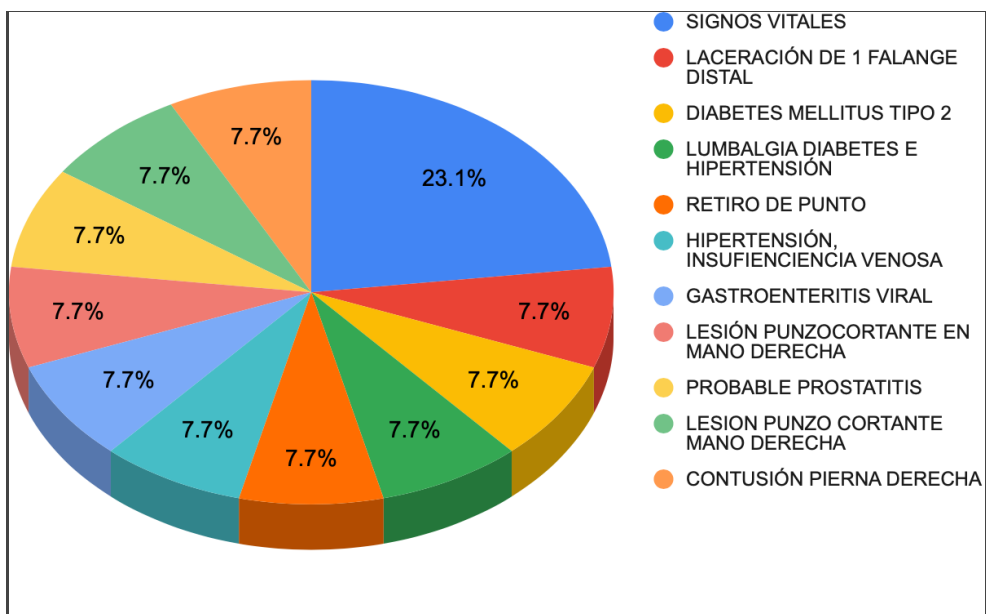
La recolección de los datos generados durante el pilotaje y la ejecución del proyecto se realizó a través de hojas de control diario, expedientes clínicos y notas de enfermería, lo cual permitió verificar el cumplimiento de las acciones establecidas y dar seguimiento a la atención brindada a la población. Estos registros incluyeron información referente al número de personas atendidas, los motivos de consulta, los diagnósticos identificados, la detección de enfermedades crónicas, así como las intervenciones educativas realizadas durante la atención.

Con base en la información obtenida durante el periodo de pilotaje, los datos fueron sistematizados y concentrados en una tabla general de registro, lo que facilitó su organización, análisis e interpretación. A partir de dicha sistematización, se elaboraron gráficas que permitieron visualizar de manera clara la distribución y frecuencia de las principales enfermedades atendidas en la clínica, así como la afluencia de pacientes durante el periodo de ejecución del proyecto.

El análisis de esta información permitió evaluar el impacto de las estrategias implementadas, identificar los principales problemas de salud presentes en la población atendida y fortalecer la toma de decisiones para la mejora continua de los servicios ofrecidos, consolidando así el pilotaje como una herramienta fundamental para el seguimiento y evaluación del proyecto.

Gráfica 1

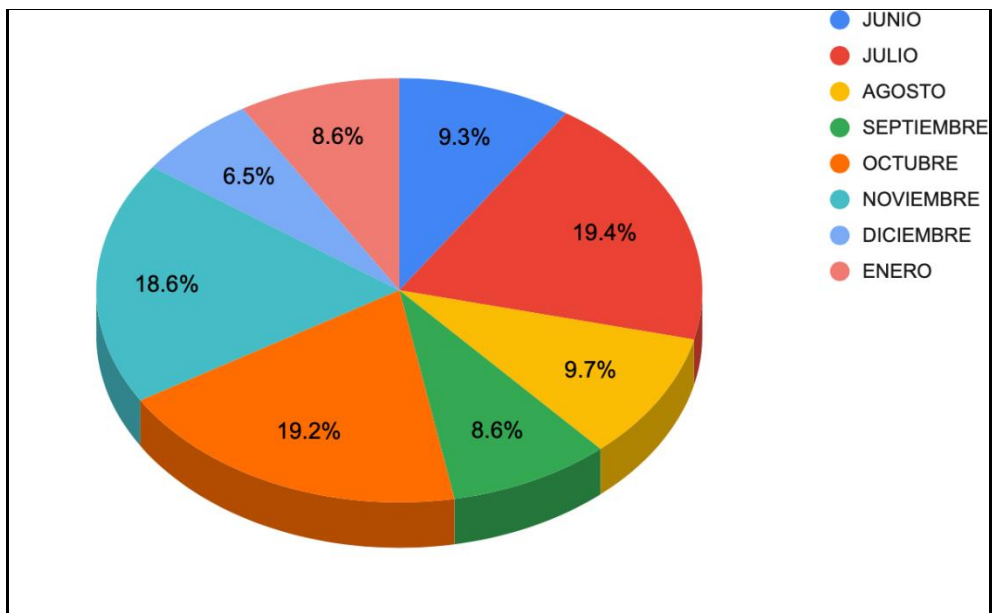
Recuento de diagnósticos atendidos.



Nota: Elaboración propia con base en los registros clínicos y hojas de control diario del periodo julio 2025–enero 2026.

Gráfica 2

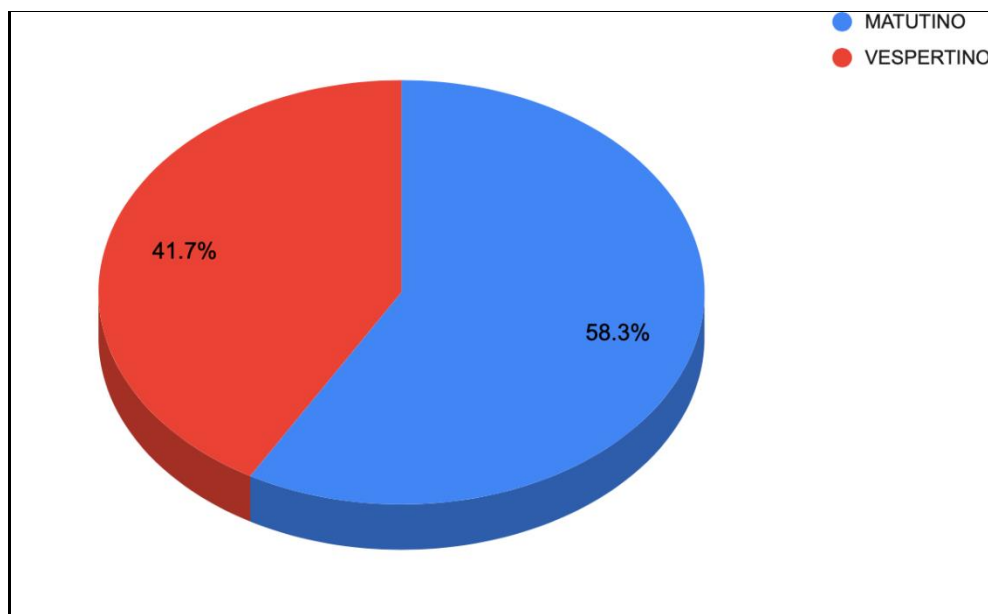
Recuento de pacientes atendidos.



Nota: Elaboración propia con base en los registros clínicos y hojas de control diario del periodo julio 2025–enero 2026.

Gráfica 3

Recuento del turno en el que los pacientes asistieron.



Nota: Elaboración propia con base en los registros clínicos y hojas de control diario del periodo julio 2025–enero 2026.

RESULTADOS

La verificación de los resultados del Plan de Mejora se realizó a partir del análisis de los datos obtenidos durante el periodo de pilotaje y ejecución del proyecto, los cuales permitieron evaluar el impacto de las estrategias implementadas en la atención y seguimiento de la población usuaria. Para ello, se consideraron indicadores relacionados con la afluencia de pacientes, el tipo de atención otorgada y la continuidad en el uso de los servicios de salud.

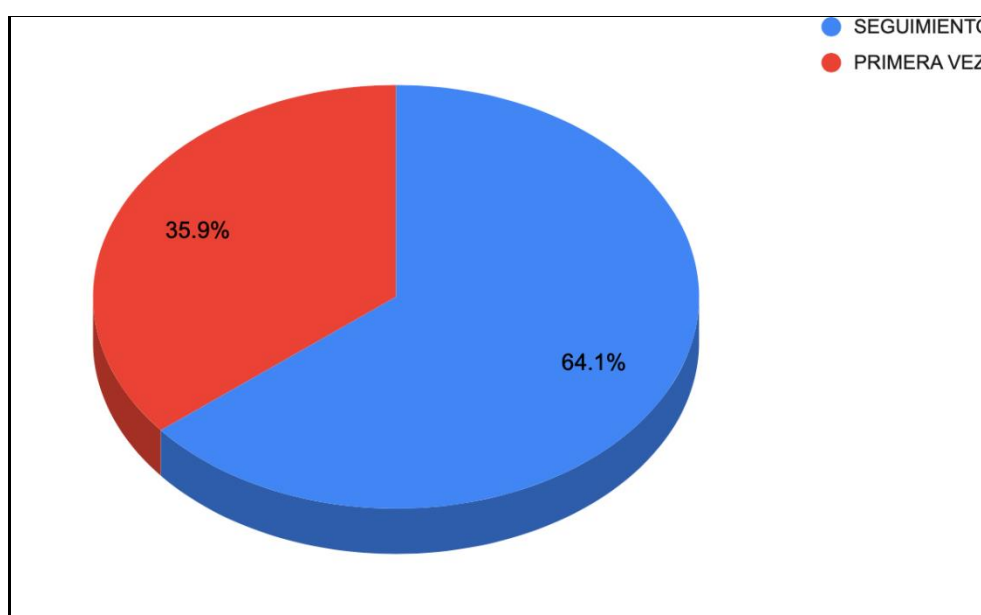
Los resultados obtenidos muestran que el 64.1% de los pacientes correspondieron a consultas de seguimiento, mientras que el 35.9% fueron pacientes de primera vez, lo cual evidencia un adecuado nivel de continuidad en la atención. Este comportamiento refleja que una proporción significativa de los usuarios regresó a la clínica para dar seguimiento a su estado de salud, lo que sugiere la generación de confianza en los servicios brindados y una mayor adherencia a la atención médica y preventiva.

Asimismo, la presencia de pacientes de primera vez indica que las estrategias de difusión y promoción comunitaria fueron efectivas para captar nuevos usuarios, ampliando el alcance del proyecto dentro de la comunidad. La combinación de ambos resultados permite identificar un equilibrio favorable entre la captación de nuevos pacientes y la permanencia de usuarios en seguimiento, lo cual constituye un indicador positivo del impacto del Plan de Mejora.

En conjunto, estos hallazgos confirman que las acciones implementadas contribuyeron al fortalecimiento de la atención en la clínica, favoreciendo tanto el acceso inicial a los servicios como la continuidad del cuidado, elementos fundamentales para la mejora de la calidad en la atención en salud.

Gráfica 4

Resultados de pacientes atendidos por primera vez o seguimiento.



Nota: Elaboración propia con base en los registros clínicos y hojas de control diario del periodo julio 2025–enero 2026

MEJORAS ADICIONALES

Durante la implementación del Plan de Mejora se identificaron diversos efectos adicionales que contribuyeron de manera significativa al fortalecimiento del proyecto, más allá de los objetivos inicialmente planteados. Entre estos efectos se observó un aumento en la confianza de la población hacia los servicios brindados por la clínica, lo cual se reflejó en una mayor asistencia de los usuarios y en una mejor disposición para recibir orientación y seguimiento en salud.

Asimismo, se evidenció un incremento en la detección oportuna de enfermedades crónicas, particularmente hipertensión arterial y diabetes mellitus, derivado de la promoción de la toma de signos vitales y del acercamiento continuo con la comunidad. De igual forma, se fortaleció la vinculación con instituciones educativas, lo que permitió ampliar el alcance de las acciones de promoción de la salud y generar mayor interés por parte de adolescentes y docentes en los servicios ofrecidos por la clínica.

Finalmente, estos efectos adicionales favorecieron la continuidad de la atención, una mejor organización del trabajo del personal de salud y un mayor impacto comunitario del proyecto, consolidando las acciones implementadas como una estrategia efectiva para mejorar el acceso, la calidad y la promoción de la salud en la población atendida.

ESTANDARIZAR ACCIONES DE MEJORA

Con base en los resultados obtenidos durante el periodo de pilotaje y la ejecución del plan de mejora, se procedió a la estandarización de aquellas acciones que demostraron ser efectivas para mejorar la afluencia de usuarios, la continuidad en la atención y la calidad de los servicios brindados. Esta estandarización tuvo como objetivo asegurar la permanencia de las estrategias implementadas y fortalecer el funcionamiento de la clínica a mediano y largo plazo.

Entre las acciones estandarizadas se encuentra la difusión comunitaria permanente de los servicios de la clínica, tanto mediante material visual colocado en espacios estratégicos de la comunidad como a través de plataformas digitales, haciendo énfasis en la gratuidad de los servicios y en la atención sin cita previa. Asimismo, se estableció la toma de signos vitales

como primer contacto con los usuarios, lo que permitió facilitar la detección oportuna de alteraciones en la salud y favorecer la canalización a consulta médica.

De igual manera, se estandarizó el registro sistemático de la información generada durante la atención, mediante el uso de expedientes clínicos, notas de enfermería y hojas de control diario, garantizando la continuidad del seguimiento de los pacientes y la disponibilidad de datos para la evaluación continua del proyecto. El servicio de nutrición fue integrado de manera regular como parte de la atención integral, especialmente para pacientes con enfermedades crónicas, reforzando el enfoque preventivo y de promoción de la salud.

Finalmente, se estableció la continuidad de las actividades de promoción de la salud dirigidas a diferentes grupos poblacionales, como adolescentes y adultos mayores, así como la vinculación con instituciones educativas, reconociendo estas acciones como componentes fundamentales para el fortalecimiento del impacto comunitario del plan de mejora.

LOGROS OBTENIDOS

La difusión de los logros del plan de mejora se realizó con el objetivo de dar a conocer los resultados alcanzados a partir de la implementación del Plan de Mejora, así como de fortalecer la participación del personal de salud, la comunidad y las instituciones vinculadas. Esta difusión permitió visibilizar el impacto del proyecto y consolidar la confianza de la población en los servicios brindados por la clínica.

Los principales logros fueron compartidos mediante reuniones de trabajo con el personal involucrado, en las cuales se presentaron los resultados relacionados con la afluencia de pacientes, la continuidad en la atención, las actividades de promoción de la salud y la detección oportuna de enfermedades crónicas.

De manera adicional, como resultado de las acciones de promoción de la salud realizadas en el ámbito escolar, la Escuela Secundaria No. 44 otorgó un reconocimiento al equipo participante por las pláticas impartidas en temas de ansiedad, consumo de drogas y cambios en la adolescencia. Este reconocimiento representó un logro significativo del plan de mejora, al reflejar la aceptación y el impacto positivo de las actividades educativas, así como el fortalecimiento de la vinculación interinstitucional y el trabajo colaborativo en beneficio de la salud de la comunidad escolar.

La difusión de estos logros contribuyó a reforzar el reconocimiento del proyecto, a motivar la participación continua del personal de salud y a promover la continuidad del plan de mejora, como una estrategia efectiva para la mejora de la atención y la promoción de la salud en la comunidad.

PARTICIPACIÓN EN LA MEJORA

La implementación del Plan de Mejora permitió fortalecer la atención en salud brindada en la clínica, favoreciendo el acceso de la población a los servicios, la continuidad en la atención y el desarrollo de acciones de promoción de la salud acordes a las necesidades de la comunidad. Los resultados obtenidos durante el periodo de pilotaje y ejecución evidencian el impacto positivo de las estrategias implementadas, reflejado en el incremento de la afluencia de usuarios, la captación de pacientes de primera vez y el adecuado seguimiento de los pacientes atendidos.

Asimismo, el proyecto contribuyó a la detección oportuna de enfermedades crónicas, al fortalecimiento de la vinculación comunitaria y a la generación de confianza entre la población usuaria y los servicios de salud, elementos fundamentales para la mejora de la calidad de la atención. La sistematización de la información y el análisis de los resultados permitieron identificar áreas de oportunidad y sentar las bases para la mejora continua del proyecto.

De manera particular, se reconoce la participación y el compromiso del personal de enfermería y médico, cuyo trabajo fue esencial para la correcta ejecución del Plan de Mejora. La labor conjunta de ambos grupos permitió garantizar una atención integral, oportuna y de calidad, así como el seguimiento adecuado de los pacientes y la implementación efectiva de las acciones de mejora.

Finalmente, el Plan de Mejora se consolida como una estrategia viable y efectiva para fortalecer los servicios de salud y la promoción del autocuidado en la comunidad, estableciendo un precedente para la continuidad y replicabilidad de las acciones implementadas en futuros periodos.

DISCUSIÓN

La aplicación del plan de mejora se alinea con el objetivo de ampliar el acceso a la atención de primer nivel, con énfasis en prevención y control de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial.

A partir del pilotaje, la estrategia de difusión comunitaria se sostiene en medios físicos y digitales, con mensajes centrados en gratuidad y atención sin cita previa, lo que reduce barreras de acceso y favorece que más personas se acerquen al servicio. En especial, la colocación de carteles en el deportivo cercano a la unidad destaca por su efecto en la afluencia, al aprovechar un punto de reunión con alto tránsito.

La toma de signos vitales como primer contacto funciona como una puerta de entrada práctica y aceptada por la comunidad. Esto permite identificar cifras elevadas de presión arterial y niveles altos de glucosa, y facilita la canalización a consulta médica cuando se detecta riesgo.

Además, el restablecimiento del servicio de nutrición fortalece el enfoque integral y responde a una demanda expresa, con prioridad en personas con enfermedades crónicas, lo que contribuye a sostener la asistencia y a reforzar mensajes de autocuidado.

Así mismo, la intervención educativa en escuelas amplía el alcance preventivo más allá de la consulta individual. Las pláticas en la secundaria no.44, dirigidas a grupos de estudiantes y personal docente, generan interés en adolescentes y fortalecen la vinculación con el entorno escolar, lo cual se refleja en una mayor asistencia de este grupo poblacional. En paralelo, el trabajo con personas adultas mayores en espacios comunitarios cercanos favorece la confianza, incrementa la asistencia para controles básicos y ayuda a detectar alteraciones que requieren seguimiento.

En términos de continuidad, los registros muestran un equilibrio favorable entre la captación de personas de primera vez y el seguimiento: 64.1% de las atenciones corresponden a consultas subsecuentes y 35.9% a primeras consultas. Este patrón sugiere confianza en el servicio y una mejor adherencia al control, elementos esenciales cuando se atienden padecimientos que requieren vigilancia periódica.

La calidad de la gestión se fortalece al sistematizar la recolección de información mediante hojas de control diario, expedientes clínicos y notas de enfermería, lo que permite evaluar el impacto de las estrategias y sostener decisiones basadas en datos.

A la vez, se consolidan acciones que muestran eficacia para mantener la mejora: difusión permanente, registro sistemático, integración regular de nutrición y continuidad de actividades educativas con grupos clave.

CONCLUSIÓN

La implementación del plan de mejora logra aumentar el alcance del servicio al mejorar su visibilidad, reducir barreras de acceso y fortalecer el vínculo con espacios comunitarios y escolares. Este avance se sostiene en una comunicación más clara sobre los servicios disponibles, la forma de atención y los puntos de contacto, lo que facilita que la población identifique al establecimiento como una opción cercana y confiable. Además, la presencia activa en actividades comunitarias contribuye a generar mayor confianza y a promover el uso oportuno del servicio, especialmente en personas que antes no acudían por falta de información o por incertidumbre sobre la atención.

La estrategia de captación mediante la toma de signos vitales y la reincorporación del servicio de nutrición consolidan una atención más integral, orientada a la detección oportuna y al control de enfermedades crónicas. La toma de signos vitales funciona como una medida práctica para identificar riesgos de manera temprana y orientar de inmediato a quien lo requiere, mientras que la atención nutricional refuerza el autocuidado y complementa el abordaje clínico, permitiendo un acompañamiento más completo para quienes viven con diabetes mellitus e hipertensión arterial. En conjunto, estas acciones favorecen que la atención no se limite a resolver síntomas, sino que fortalezca la prevención y el control continuo.

Los resultados muestran continuidad relevante en la atención, ya que predomina el seguimiento sobre la consulta única, lo que indica un avance en adherencia y confianza. Este comportamiento refleja que las personas no solo acuden por primera vez, sino que regresan para controles, lo cual es esencial en padecimientos crónicos que requieren vigilancia

periódica. Asimismo, la continuidad permite reforzar indicaciones, identificar cambios en el estado de salud y orientar ajustes oportunos, lo que mejora la efectividad real del servicio.

Finalmente, la estandarización de acciones efectivas y el registro sistemático de la información sostienen la mejora en el tiempo, permiten evaluar el desempeño con mayor claridad y refuerzan la calidad del servicio en su dimensión técnica, organizativa y percibida por la población. Al contar con registros más ordenados y prácticas consistentes, se reduce la variabilidad en la atención, se fortalecen los procesos internos y se facilita la toma de decisiones basada en datos. De esta manera, el plan de mejora se consolida como una intervención viable que incrementa el impacto comunitario, mejora la experiencia del usuario y fortalece el trabajo del equipo en formación dentro de un servicio de primer nivel.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Coordinación de extensión universitaria y difusión cultural. (2022) Proyecto Académico Tulyehualco. Recuperado de: <https://enlacesx.xoc.uam.mx/article/proyecto-academico-tulyehualco/>
2. Blanco Rodríguez, A (2020) Activación de un patrimonio-territorial mexicano: el amaranto en Santiago Tulyehualco, Ciudad de México. Universidad de Brasilia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/6040/604065750010/html/>
3. Gobierno de la Ciudad de México, (2024) Panorama Geográfico y Estadístico: Xochimilco. Recuperado de: <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/670/46d/189/67046d1896a37701201801.pdf>
4. INEGI, (2020) Vivienda. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/consultas/index>
5. Chávez Bermúdez, Y. Valtierra Pacheco, E. León Merino, A. Ramírez-Jaspeado, R. Brambila-Paz, J. (2022) Famiempresas procesadoras de amaranto en Santiago Tulyehualco, Xochimilco. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-09342022000100127
6. INEGI, (2020) Educación. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/consultas/index>
7. Campos Nonato, I. Oviedo Solís, C. Vargas Meza, J. Ramírez Villalobos, D. Medina García, C. Gómez Álvarez, E. Hernández Barrera, L. Barquera, S. (2022) Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/doctos/analiticos/22-Hipertension.arterial-ENSANUT2022-14779-72515-3-10-20230619.pdf>
8. INEGI, (2024) Mortalidad. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/>
9. Salgado García, R. (2022) DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO AGEB 1313P DE SANTIAGO TULYEHUALCO, XOCHIMILCO, CIUDAD DE MÉXICO. Recuperado de: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/retrieve/7eb86b67-fla5-41c7-8ac7-67f5da91c57a/250808.pdf>

10. THOMÉ ORTIZ, H. MARTÍNEZ CAMPOS, A. (s,f) RESILENCIA Y TERRITORIALIZACIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE AMARANTO (AMARANTHUS SPP.). recuperado de: <https://www.aacademica.org/humberto.thome.ortiz/66.pdf>