



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Departamento de Atención a la Salud

LICENCIATURA EN MEDICINA

**“PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UMF 226”
Y
“DIAGNÓSTICO DE SALUD 2020 Y BITÁCORA DE ACTIVIDADES ”**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 226 IMSS

Generación: Febrero 2020 – Enero 2021

Agosto 2026

MPSS: María de los Ángeles Montero Díaz

Matrícula: 2142031581

Asesor interno: Dra. Ofelia Gómez Landeros 22310

Índice

1. CAPÍTULO 1. Proyecto de investigación: prevalencia de enfermedad renal crónica en derechohabientes de la UMF 226.	4
1.1 RESUMEN	4
1.2 ANTECEDENTES	4
1.2.1 <i>El Panorama Global de las Enfermedades No Transmisibles (ENT)</i>	4
1.2.2 <i>Situación Epidemiológica y Económica en México</i>	4
1.2.3 <i>Fisiopatología y Mecanismos de Protección</i>	5
1.2.4 <i>Manifestaciones Clínicas y Síndrome Urémico</i>	7
1.2.5 <i>Clasificación y Estratificación del Daño</i>	7
1.2.6 <i>Desafíos en el Acceso y Equidad en el Tratamiento</i>	7
1.3 JUSTIFICACIÓN	8
1.4 OBJETIVOS	9
1.4.1 <i>Objetivo General</i>	9
1.4.2 <i>Objetivos Específicos</i>	9
1.5 METODOLOGÍA	9
1.5.1 <i>Criterios de Inclusión</i>	10
1.5.2 <i>Criterios de Exclusión</i>	10
1.5.3 <i>Tamaño muestral y procedimiento de muestreo</i>	10
1.5.4 <i>Diseño del estudio</i>	10
1.5.5 <i>Variables</i>	10
1.5.6 <i>Recolección de datos y fuentes de información</i>	10
1.6 RESULTADOS Y ANÁLISIS	11
1.6.1 <i>Análisis de Muestra y Caracterización Demográfica</i>	11
1.6.2 <i>Distribución de la Enfermedad Renal Crónica por Grupo Etario</i>	11
1.6.3 <i>Caracterización por Categoría de Derechohabiencia</i>	13
1.7 CONCLUSIONES	14
1.8 RECOMENDACIONES	15
1.9 CRONOGRAMA	16
2. CAPÍTULO 2. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL.	17
2.1 INTRODUCCIÓN	19
2.2 OBJETIVO	19
2.3 GENERALIDADES TERRITORIALES	19
2.3.1 MÉXICO	20
2.3.1.1 POBLACIÓN	20
2.3.1.2 ESPERANZA DE VIDA	21
2.3.1.3 NATALIDAD Y MORTALIDAD	22
2.3.1.4 EDUCACIÓN	22
2.3.1.5 VIVIENDA	23
2.3.1.6 CLIMA	23
2.3.1.7 RELIEVE	24
2.3.2 ESTADO DE MÉXICO	25
2.3.2.1 POBLACIÓN	25
2.3.2.2 ESPERANZA DE VIDA	26
2.3.2.3 NATALIDAD Y MORTALIDAD	27
2.3.2.4 EDUCACIÓN	27
2.3.2.5 VIVIENDA	27
2.3.2.6 CLIMA	28
2.3.2.7 RELIEVE	28
2.3.3 MUNICIPIO: IXTLAHUACA	29

2.3.3.1	POBLACIÓN	29
2.3.3.2	TOPONIMIA.....	30
2.3.3.3	ESCUDO	31
2.3.3.4	HISTORIA	32
2.3.3.5	LOCALIZACIÓN	34
2.3.3.6	EXTENSIÓN	35
2.3.3.7	OROGRAFÍA E HIDROGRAFÍA.....	35
2.3.3.8	CLIMA.....	37
2.3.3.9	SERVICIOS DE SALUD Y DERECHOHABIENTIA	38
2.3.3.10	EDUCACIÓN	39
2.3.3.11	VIVIENDA	40
2.3.3.12	SERVICIOS PÚBLICOS	40
2.4	REFERENCIAS.....	41
3.	CAPÍTULO 3. DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.	45
3.1	JUSTIFICACIÓN	45
3.2	MISIÓN	45
3.3	VISIÓN	45
3.4	OBJETIVO GENERAL	46
3.5	GENERALIDADES.....	46
3.6	ORGANIGRAMA	47
3.7	CARACTERÍSTICAS DE LA UMF	48
3.8	CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN DE LA UMF	48
3.9	MOTIVOS DE CONSULTA GENERAL	50
3.10	MOTIVOS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ	51
3.11	MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN	52
3.12	CONCLUSIONES	54
3.13	ÁREAS DE OPORTUNIDAD	55
4.	CAPÍTULO 4. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.	56
4.1	INTRODUCCIÓN	56
4.2	FEBRERO	56
4.3	MARZO	66
4.4	ABRIL	69
4.5	MAYO	70
4.6	JUNIO	72
4.7	JULIO.....	73
4.8	AGOSTO.....	75
4.9	SEPTIEMBRE	78
4.10	OCTUBRE.....	81
4.11	NOVIEMBRE.....	83
4.12	DICIEMBRE.....	84
4.13	ENERO.....	86
5.	CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES.	90
5.1	RESPECTO A SU FORMACIÓN COMO PERSONA	90
5.2	RESPECTO A LA FORMACIÓN COMO PERSONAL DE SALUD.....	91
5.3	DE LA APORTACIÓN A LA COMUNIDAD	93
5.4	RESPECTO A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.....	95

1. Capítulo 1. Proyecto de investigación: Prevalencia de enfermedad Renal Crónica en derechohabientes de la UMF 226.

1.1 Resumen

El presente estudio tiene como objetivo general determinar la prevalencia de la enfermedad renal crónica en los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 226. Se realizó una investigación de tipo retrospectivo y longitudinal, analizando los registros diagnósticos obtenidos durante las últimas dos décadas para caracterizar el comportamiento de esta patología en la población adscrita.

1.2 Antecedentes

1.2.1 El Panorama Global de las Enfermedades No Transmisibles (ENT)

Actualmente, las enfermedades no transmisibles (ENT) representan el mayor reto para la salud pública y la economía global. La mortalidad se concentra sobre todo en cuatro ejes: problemas cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.¹

En este escenario, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) destaca tanto por su propio impacto como por ser una complicación grave ligada a factores de riesgo clave, como el tabaquismo y la hipertensión arterial.¹

A nivel global, y con mayor impacto en Centroamérica, se ha registrado un aumento constante en las muertes por ERC durante los últimos treinta años. Aunque la diabetes y la hipertensión siguen siendo los factores de riesgo más conocidos, el origen multifactorial de este padecimiento requiere un abordaje alineado con las directrices del Plan de Acción Mundial de la OMS.²

1.2.2 Situación Epidemiológica y Económica en México

En el contexto nacional, la ERC es un problema de salud pública multifactorial. Su relevancia radica en su alta prevalencia y en cómo incrementa la susceptibilidad de

los pacientes frente a enfermedades infecciosas como el VIH o la tuberculosis, aumentando la morbi-mortalidad en el país.³

Más allá del terreno clínico, el problema afecta directamente la economía en tres niveles:

- En el trabajo: Es una causa frecuente de incapacidad médica, lo que afecta el presupuesto de las familias y la productividad laboral.³
- En las instituciones: El costo es elevadísimo. Para 2014, el IMSS y la Secretaría de Salud gastaron más de 9,000 USD al año por paciente, lo que vuelve financieramente insostenible el tratamiento tardío.³
- En el diagnóstico tardío: Existe un enorme subdiagnóstico. Cerca de 6 millones de diabéticos en México tienen algún grado de daño renal, pero como las primeras fases no dan síntomas, casi nadie lo sabe hasta que el daño es irreversible.³

1.2.3 Fisiopatología y Mecanismos de Protección

Las guías internacionales y la Guía de Práctica Clínica local definen la ERC como la presencia de alteraciones estructurales o funcionales del riñón durante al menos tres meses.⁴

En la práctica, esto se diagnostica con una TFG menor a 60 ml/min/1.73 m² o mediante marcadores de daño renal, como alteraciones en el sedimento urinario, estudios de imagen anómalos o hallazgos histológicos.⁴

La clasificación por estadios clínicos y funcionales (Tabla 1) señala de manera marcada que el margen donde la prevención y el tratamiento es parte de la acción sugerida es muy corto.⁴

Como la transición entre una función renal normal y un deterioro moderado suele ser asintomática, el tiempo para controlar la causa principal y las comorbilidades se reduce drásticamente antes de que el daño se vuelva irreversible.⁴

Tabla 1. Estadios de la Enfermedad Renal Crónica.

Estadio	Descripción Clínica	TFG (ml/min/1.73 m2)	Acción Sugerida
Riesgo aumentando	Factores de riesgo presentes	> 90	Tamizaje y prevención
1	Daño renal con función normal	≥90	Tratar etiología y comorbilidades
2	Descenso leve de la TFG	60 - 89	Evaluar progresión
3	Descenso moderado	30 - 59	Manejo de complicaciones
4	Descenso severo	15 - 29	Preparación para diálisis/trasplante
5	Falla Renal	< 15	Inicio de TRR

Fuente: Elaboración propia con base en GPC de Diagnóstico y Tratamiento de la ERC en el Primer Nivel de Atención.

La pérdida de masa renal induce una hiperfiltración e hipertrofia compensatoria en las nefronas remanentes. Este mecanismo adaptativo, mediado por citocinas proinflamatorias y el sistema renina-angiotensina-aldosterona, mantiene inicialmente la TFG, pero a largo plazo perpetúa el estrés hemodinámico, acelerando la glomeruloesclerosis irreversible.⁴

Desde el punto de vista clínico, esta respuesta adaptativa logra que la TFG se muestre falsamente estable en los periodos iniciales; por este motivo, los niveles de urea y creatinina plasmática muestran aumentos importantes solo cuando el daño renal supera el 50%.⁴

Ya en las etapas terminales, con una TFG que cae por debajo del 5% al 10%, la vida del paciente depende de manera directa de la Terapia de Reemplazo Renal (TRR).⁶

1.2.4 Manifestaciones Clínicas y Síndrome Urémico

A medida que la TFG disminuye, la homeostasis hidroelectrolítica se pierde, lo que provoca retención de sodio, edema periférico y problemas cardiovasculares como la hipertrofia del ventrículo izquierdo del corazón.⁷

La fase terminal de este deterioro es el síndrome urémico, el cual repercute en múltiples niveles.

- En el aspecto hematológico, causa anemia normocítica por la caída de eritropoyetina y alteraciones plaquetarias.⁵
- En el plano neurológico, el paciente experimenta desde insomnio y falta de concentración hasta asterixis, neuropatía periférica y crisis convulsivas.⁵
- Por su parte, la afectación osteomineral altera el metabolismo del calcio y fósforo, provocando osteodistrofia renal.⁵
- En el área dermatológica se manifiesta con prurito, un tono cetrino en la piel y, en fases críticas, escarcha urémica.⁵

1.2.5 Clasificación y Estratificación del Daño

Para definir el manejo médico y organizar el inicio de la Terapia de Reemplazo Renal (TRR), la estratificación de la ERC es un paso imprescindible. De igual forma, el uso de la proteinuria y la microalbuminuria se consolida como la herramienta predictiva de mayor importancia al momento de estimar el riesgo cardiovascular y el ritmo de progresión de la enfermedad.⁸

1.2.6 Desafíos en el Acceso y Equidad en el Tratamiento

Por tradición, el sistema de salud en México ha dado prioridad a la diálisis peritoneal, la cual cubre cerca del 80% de los casos, por encima de la hemodiálisis. Pese a esto, la falta de equidad sigue siendo un problema grave.^{9 10}

Aquellos enfermos que no cuentan con seguridad social quedan a disposición de una medicina privada dispersa, donde factores sociales como la pobreza y la ausencia de redes de apoyo terminan por definir su supervivencia.¹⁰

Por lo tanto, el combate a la ERC en el país exige una política pública completa, que vaya más allá de la simple atención médica y resuelva las carencias estructurales del sector salud.¹⁰

1.3 Justificación

En México, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) se ha convertido en un complejo problema para la viabilidad de los sistemas de salud, tanto por su alta frecuencia como por lo complejo y costoso de su manejo en fases avanzadas. Debido a la transición epidemiológica de nuestro país, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial actúan hoy como los grandes detonantes de esta patología, provocando un impacto social y económico que afecta directamente la calidad de vida de los derechohabientes y satura la capacidad médica de las instituciones de salud pública.

Aunque existen guías clínicas internacionales bien establecidas, todavía tenemos una falta de información epidemiológica a nivel local. En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 226, el aumento en las consultas por daño renal es evidente: a pesar de esto, no disponemos de un análisis sistemático que muestre como ha evolucionado la prevalencia y qué factores influyeron en las últimas dos décadas.

La falta de datos locales específicos evita la creación de estrategias efectivas para el tamizaje temprano y la prevención secundaria para la población a la que atendemos.

Por lo tanto, el desarrollo de la investigación utiliza tres puntos. Primero, la investigación tiene pertinencia para la sociedad porque la ERC incapacita al paciente y desestabiliza la economía del hogar. Segundo, conocer el panorama en la UMF 226 permite diseñar intervenciones que frenen el avance hacia las terapias de reemplazo renal (TRR). Las terapias de reemplazo renal requieren mucho dinero y no se pueden obtener fácilmente. El estudio aporta valor para revisar los veinte

años de los registros. La perspectiva ayuda a evaluar si los programas de salud funcionan o si se debe cambiar los protocolos de detección en el nivel de atención. El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene utilidad. Las estadísticas facilitan la planeación de recursos y permiten pasar a un modelo de atención que responde a tiempo, en vez de un modelo que solo reacciona. Generar estadística local crea la base epidemiológica que se necesita. La estadística local permite diseñar programas de tamizaje oportuno en el primer nivel de atención de la unidad.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

El objetivo principal de este estudio es conocer la prevalencia de enfermedad renal crónica entre los derechohabientes de la UMF 226. Los investigadores observarán el patrón epidemiológico local. Con esa observación facilitarán la detección oportuna de la enfermedad renal crónica según los grupos de edad.

1.4.2 Objetivos Específicos

- *Clasifica la prevalencia de la enfermedad renal crónica por los grupos etarios. Observa la prevalencia en cada grupo etario.*
- *Diferenciar la prevalencia de la enfermedad renal crónica entre los hombres y las mujeres.*
- *Enfocar los factores de riesgo de la enfermedad renal crónica por cada grupo etario. Analizar los factores de riesgo de la enfermedad renal crónica en el grupo etario.*
- *Implementar la estrategia con acciones claras. Con esas acciones se busca un diagnóstico temprano de la enfermedad renal crónica.*
- *Proponer el cribado a tiempo. Realizar el cribado cuando existan los factores de riesgo en las instituciones públicas y privadas.*

1.5 Metodología

- *Población de referencia y de estudio: Derechohabientes de la UMF 226.*

- *Pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica*

1.5.1 Criterios de Inclusión

- Derechohabientes adscritos a la UMF 226
- Pacientes con diagnóstico confirmado de Enfermedad Renal Crónica en el expediente clínico dentro del periodo 2000-2020.

1.5.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con Enfermedad Renal Crónica que no pertenezcan legalmente a la población derechohabiente de la UMF 226.
- Pacientes con sospecha clínica o paraclínica de daño renal, pero que carezcan de un diagnóstico formal establecido por un médico especialista o en la nota de evolución del expediente.

1.5.3 Tamaño muestral y procedimiento de muestreo

La población general total de la UMF 226 es de 60,873 derechohabientes, repartidos aleatoriamente en 6 consultorios, la población para este estudio es de 752 que es el total de pacientes que cumple el principal criterio de inclusión.

1.5.4 Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional descriptivo de prevalencia longitudinal retrospectivo.

1.5.5 Variables

Variable de interés principal (Subdiagnóstico / Infra-registro): Ausencia de codificación o registro formal de ERC en el expediente clínico de pacientes que cumplieran con criterios de laboratorio (TFG < 60 ml/min/1.73 m² o proteinuria) previo al cierre del corte epidemiológico en diciembre de 2020..

1.5.6 Recolección de datos y fuentes de información

Para realizar el marco teórico se utilizaron artículos médicos de base de datos como PubMed y Elsevier de no más de 5 años de antigüedad, así como información de acceso a público en general de la Secretaría de Salud de México.

Los datos e información de los pacientes fueron otorgados por el archivo de la UMF 226, pertenecientes a los 6 consultorios de ambos turnos propios de la unidad.

1.6 Resultados y análisis

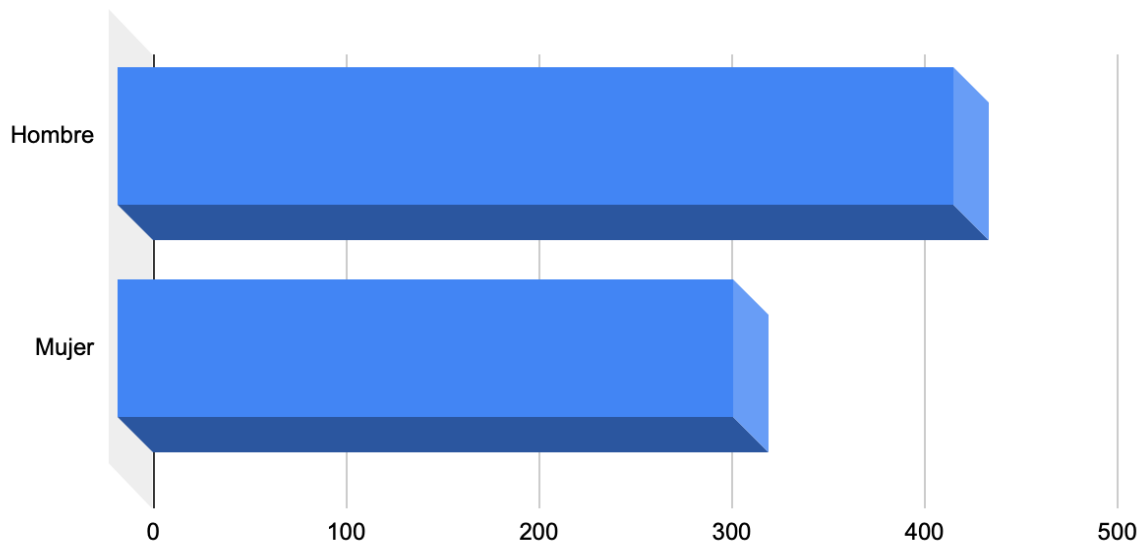
1.6.1 Análisis de Muestra y Caracterización Demográfica

Los resultados que se presentan aquí provienen de los registros médicos de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 226, Ixtlahuaca. Los registros médicos cubren el periodo del año 2000 al 2020.

Para organizar los datos, el equipo armó una plantilla de trabajo en el sistema Microsoft Excel. Con la plantilla el equipo clasificó los componentes y después hizo el desglose de los datos usando tablas y figuras. En esta etapa el equipo seleccionó las variables sociodemográficas de control, la edad y el género de la población.

Completamos el universo de trabajo con una muestra de 752 individuos. Al clasificar la variable de sexo, encontramos que el grupo masculino tenía 433 pacientes (57.6 %) y que el grupo femenino tenía 319 pacientes (42.4 %). Mostramos el desglose de esta proporción en la Gráfica 1.

Gráfica 1: Distribución por sexo en pacientes con ERC



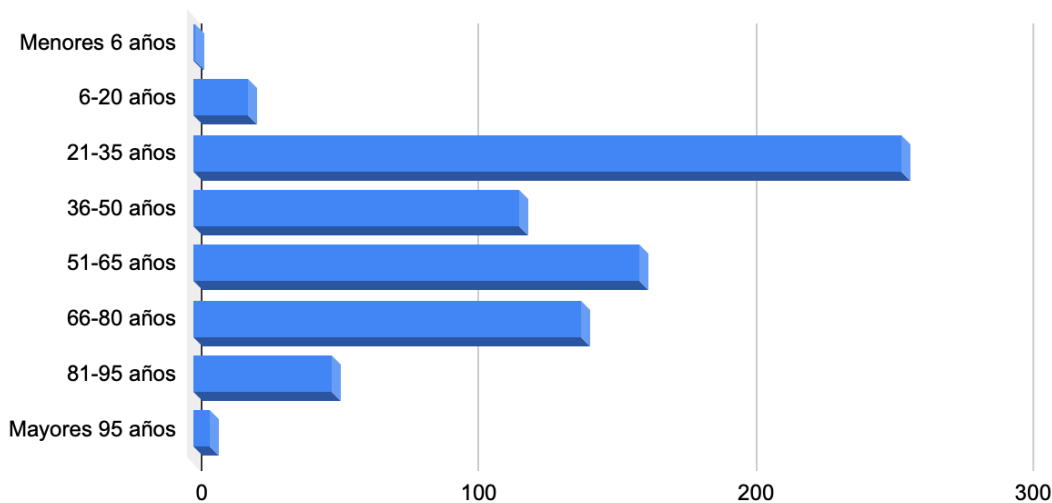
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de ARIMAC, UMF 226

1.6.2 Distribución de la Enfermedad Renal Crónica por Grupo Etario

Al evaluar la prevalencia de la ERC según la edad (Gráfica 2), los datos muestran dos picos que concentran muchos casos en la población adulta joven. El rango de edad de 21 a 35 años concentra la mayor prevalencia con 253 pacientes (33.6%).

Le siguen los pacientes de 51 a 65 años con 21% y los pacientes de 66 a 80 años con 18.3%. Este comportamiento de dos picos no coincide con la literatura internacional. Este comportamiento sugiere que el sesgo de captura de la zona existe y que la población se expone temprano a los factores de riesgo del metabolismo en la zona de Ixtlahuaca.

Gráfica 2: Diagnóstico de ERC por grupo etario



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de ARIMAC, UMF 226

Por otro lado, los datos muestran otro aumento en el grupo de 51 a 65 años, con 158 registros (21 %). También los datos indican un aumento en el grupo de 66 a 80 años, con 138 casos (18,3 %). La distribución coincide con lo que suele observarse en la epidemiología. La función renal se pierde al envejecer y al empeorar las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. En sentido opuesto, los menores de 6 años y los mayores de 95 años tuvieron la frecuencia más baja. Solo se registró 1 caso (0.1%) entre los menores y 6 casos (0.8%) entre los mayores. Eso es lógico porque la enfermedad avanza de forma crónica.

Encontrar el número de enfermos en el grupo de 21 a 35 años cambia la perspectiva de la zona sobre la ERC. La UMF 226 muestra que la ERC no es solo un problema de la vejez. La realidad obliga a replantear la medicina de prevención. La medicina de prevención necesita abrir los protocolos de tamizaje renal en fases de inicio para

los derechohabientes del grupo de 21 a 35 años con riesgo de problemas de metabolismo. El objetivo es intervenir en el curso del daño renal antes de que aparezcan los estadios que comprometan la calidad de vida y el desempeño en el trabajo.

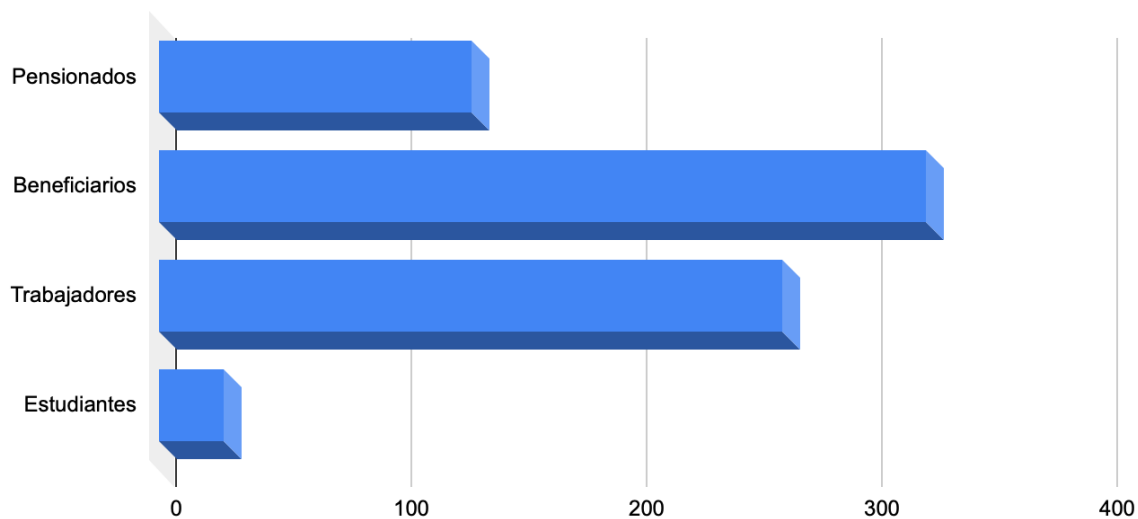
1.6.3 Caracterización por Categoría de Derechohabiencia

La clasificación de los pacientes según su régimen de afiliación (Gráfica 3) ayuda a describir el entorno socio-laboral de la población con Enfermedad Renal Crónica atendida en la UMF 226. En la afiliación, el 78.6 % de la muestra son Beneficiarios (n = 326) y son Trabajadores (n = 265). La distribución muestra el predominio de la población económicamente activa que se refleja en la pirámide de edad que muestra el estudio.

El grupo de Pensionados registró 133 casos, lo que representa el 17,7 % de la muestra. El sector de Pensionados tiene vulnerabilidad por la edad y por las enfermedades crónicas. El porcentaje de Pensionados es menor que el de la población laboral activa, pero el menor porcentaje refuerza la sospecha de un debut temprano de la ERC en la zona. En la conclusión, la categoría de Estudiantes mostró la frecuencia más baja, con solo 28 pacientes (3.7%). Aunque la cifra es menor, el daño renal en los Estudiantes enciende la alarma. La alarma indica la necesidad de reforzar la medicina preventiva en el entorno escolar.

Los casos de ERC entre los beneficiarios y los trabajadores son muchos. Esa acumulación de casos muestra la repercusión de la enfermedad sobre la fuerza laboral que depende de la UMF 226. Desde la administración de los servicios de salud, los indicadores avisan que el problema no se queda solo en el ámbito clínico. El problema se traduce en una carga pesada por la invalidez laboral y en la pérdida prematura de los años productivos. Los programas de detección en la salud del trabajo deben existir. El objetivo de los programas es identificar el daño renal en la fase de inicio, antes de que la capacidad laboral del asegurado se pierda.

Gráfica 3: Categoría como derechohabiente en los pacientes con diagnóstico de ERC



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de ARIMAC, UMF 226

1.7 Conclusiones

Los 752 expedientes de la UMF 226 de el periodo 2000-2020 muestran un perfil epidemiológico que no coincide con los reportes internacionales. El dato llama la atención. La literatura indica que la enfermedad renal se presenta mayormente en adultos mayores, pero la UMF 226 encontró un patrón con dos picos y el pico más alto en jóvenes de 21 a 35 años. El hallazgo de la enfermedad renal en jóvenes sugiere que en Ixtlahuaca existen factores de riesgo relacionados con el metabolismo o de el medio ambiente que afectan a la población a edades muy tempranas.

El grupo etario representa casi el ochenta por ciento de la muestra activa. El impacto llega directo a la economía local por las incapacidades médicas y por la pérdida de años productivos. Los médicos encuentran muchos diagnósticos en etapas avanzadas. El hallazgo muestra que llegamos tarde. La enfermedad avanza sin síntomas y los servicios de salud de la unidad no captan la enfermedad a tiempo.

1.8 Recomendaciones

El equipo hace propuestas para mejorar la forma de tratar la enfermedad en la Unidad de Medicina Familiar No. 226. El primer paso es cambiar el plan de tamizaje renal. Eso quiere decir que ahora el personal del laboratorio debe pedir siempre la creatinina sérica y la microalbuminuria. El personal del laboratorio va a pedir las pruebas no solo a los mayores, sino también a los pacientes de 21 a 35 años que tengan obesidad, hipertensión arterial o antecedentes familiares de diabetes. En segundo lugar, hay que estrechar el vínculo con el área de salud en el trabajo. Para eso se hacen alianzas con las empresas locales que están en la zona de la unidad. El objetivo es llevar brigadas médicas a los centros laborales. En los centros laborales se hacen jornadas de detección para los trabajadores y los beneficiarios. Con esas jornadas se captan casos en fase subclínica.

Por otra parte, los responsables deben cambiar los mensajes de promoción de la salud para los jóvenes. Con los módulos PrevenIMSS, los responsables deben diseñar planes de difusión locales que rompan el mito de que el daño renal ocurre solo en la vejez. Los responsables deben animar a los jóvenes a hacerse un chequeo médico cada año y a adoptar hábitos de vida saludables desde etapas tempranas. Los responsables deben mejorar el uso de los sistemas de registro de la unidad. Los responsables deben animar al personal a capturar los datos de forma continua y digital en plataformas como ARIMAC. Mantener la base local actualizada permite seguir en tiempo real el progreso de la insuficiencia renal en la población. Con la base local actualizada se puede seguir a lo largo del tiempo. La base local actualizada sirve como insumo para investigaciones que quieren evaluar el ritmo real con que progresa la insuficiencia renal en la población.

1.9 Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																																																		
	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO					
ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
ACERCAMIENTO A POBLACION																																																		
IDENTIFICAR PATOLOGÍAS MÁS COMUNES																																																		
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA																																																		
REALIZAR CRONOGRAMA																																																		
JUSTIFICACIÓN																																																		
OBJETIVOS																																																		
RECBAR INFORMACIÓN																																																		
ELABORACIÓN DE MARCO TEÓRICO																																																		
ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS																																																		
METODOLOGÍA																																																		
SOLICITAR DATOS																																																		
ELABORACIÓN DE BASE DE DATOS																																																		
ANÁLISIS DE DATOS																																																		
METAS ALCANZADAS CON EL ESTUDIO																																																		
BIBLIOGRAFÍA																																																		
FORMATO PARA PROTOCOLO																																																		
REVISIÓN																																																		

1.10 Bibliografía

- 1.10.1 Landrove-Rodríguez O, Morejón-Giraldoni A, Venero-Fernández S, Suárez-Medina R, Almaguer-López M, Pallarols-Mariño E, et al. Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2018 [2021 enero 25]; 42:1–8. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=134282144&lang=es&site=eds-live&scope=sit>
- 1.10.2 Reveiz L, Pinzón-Flórez C, Glujovsky D, Elias V, Ordunez P. Establecimiento de prioridades de investigación en la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en Centroamérica / *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2018 [2021 enero 25];42. Disponible en: <http://bidi.uam.mx:2053/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edssci&AN=edssci.S1020.49892018000100156&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- 1.10.3 Rivera J. Salud pública y atención primaria. Instituto Nacional de Salud Pública. [internet] 2019 [12 de Enero de 2021] ; 5:12-15 Disponible en: <<https://www.insp.mx/avisos/5296-enfermedad-renal-cronica-mexico.html>>.
- 1.10.4 Estrada A. Insuficiencia Renal Crónica. Unidad de proyectos especiales de la Universidad Nacional Autónoma de México [Internet] 2018 [diciembre 05, 2021]; 5:17-28. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf
- 1.10.5 López, Edgar Dehesa. «Enfermedad renal crónica; definición y.» *Medigraphic* [Internet]2019 [23 enero 2021]: 73-78. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2008/rr083b.pdf>
- 1.10.6 Lorenzo V, López Gómez JM (Eds). Sociedad Española de Nefrología. [Internet] 2018 [13 de 06 de 2020.] 7:47-52 <<https://www.nefrologiaaldia.org/136.>>.
- 1.10.7 Cervantes M. Enfermedad Renal Crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. Universidad Nacional Autónoma de México. [Internet]. 2010 [enero 23, 2021]; 8:19-57. Disponible en:

http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/ERC_AMTSM.pdf

- 1.10.8 Vega MFC, Villafuerte BEP, Escudero GS, Arenas LD, Cervantes ML. Empoderamiento y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica: estudio de caso en Michoacán, México / Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2017 [2021 enero 25];41. Disponible en: <http://bidi.uam.mx:2053/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edssci&AN=edssci.S1020.49892017000100177&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- 1.10.9 Tamayo y Orozco J., Lastiri S. La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla. [Internet].2016 [enero 23, 2021; 7:18-23. Disponible en: https://www.academia.edu/47620391/Reducuci%C3%B3n_de_estr%C3%A9s_en_pacientes_con_Enfermedad_Renal_Cr%C3%B3nica
- 1.10.10 Hernández Cantú El, Maldonado Saucedo M. Calidad de vida en pacientes nefrópatas con distintos tratamientos en un hospital de segundo nivel de atención en Nuevo León. Enfermería Global [Internet]. 2019 [2021 enero 25];18(1):255–66. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=134060386&lang=es&site=eds-live&scope=site>

2. Capítulo 2. Descripción de la comunidad donde se realizó el servicio social.

2.1 Introducción

Para entender el impacto de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) el equipo examina las condiciones de la población que sufre la enfermedad. La salud de la población no se limita a la biología de cada persona. La salud depende del lugar donde vive la población, del acceso a los servicios y del nivel de estudio de la comunidad. El apartado describe el escenario del lugar y de la comunidad que rodeó el desarrollo del servicio social. El recorrido metodológico inicia con el diagnóstico general de México y del Estado de México. El diagnóstico crea un marco de referencia. El marco de referencia permite desglosar las particularidades sociodemográficas y las particularidades epidemiológicas del municipio de Ixtlahuaca.

2.2 Objetivo

Describimos los perfiles sociodemográficos y los perfiles de salud pública en los niveles nacional, estatal y municipal dentro del área de adscripción de la UMF No. 226. Con esto identificamos cómo los determinantes sociales de la salud influyen en el comportamiento de la Enfermedad Renal Crónica en la región de Ixtlahuaca.

2.3 Generalidades territoriales

La República Mexicana cubre una superficie de casi 1,964,375 km², y eso la coloca entre los países más grandes de América. El territorio tiene una geografía muy accidentada. El territorio está formado por los ejes montañosos de la Sierra Madre Oriental y de la Sierra Madre Occidental. La ubicación de la República Mexicana sirve como un puente natural entre América del Norte y América Central. La República Mexicana tiene litorales que llegan al Océano Pacífico, al Golfo de México

y al Mar Caribe. La diversidad de relieves y ecosistemas genera grandes retos estructurales. Esos retos complican la distribución de la población y el despliegue de la infraestructura de salud pública.¹

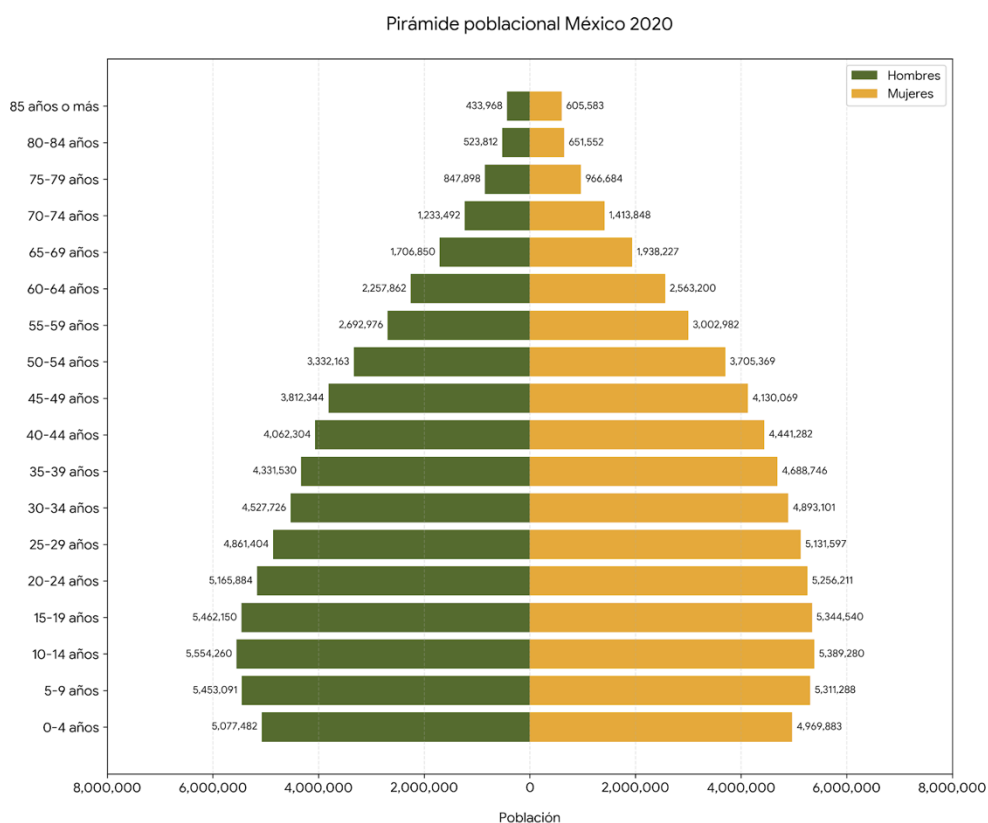
2.3.1 México

2.3.1.1 Población

La pirámide de la población mexicana (Ilustración 1) muestra una transición en la población. Las variaciones por edad cambian el perfil epidemiológico del país así:

- Comportamiento de la base: Los grupos etarios de 0 a 14 años presentan una reducción. La reducción refleja la caída de la tasa de natalidad y la caída de la tasa de fecundidad en los años. La reducción marca el fin de la dinámica de población de niños.
- Aprovechamiento del bono demográfico: La población se concentra entre los 15 y los 39 años. El bono demográfico coloca a la mayoría de los habitantes en su etapa de trabajo. Para la salud pública, la población de los 15 a los 39 años es una prioridad para la prevención, porque el periodo es cuando aparecen los factores de riesgo de enfermedades del metabolismo y del corazón.
- Evolución hacia el envejecimiento: El extremo superior de la pirámide (mayores de 60 años) está creciendo. La mayor esperanza de vida pone más presión en las instituciones de salud. La mayor presión aumenta el número de casos de enfermedades que duran mucho tiempo, como la Enfermedad Renal Crónica. La Enfermedad Renal Crónica está ligada a la hipertensión y a la diabetes.²

Ilustración 1 Pirámide de población total en México 2020



Fuente:SEDECO, CDMX. <https://www.sedeco.cdmx.gob.mx/>

2.3.1.2 Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer funciona como un termómetro del avance social y de la cobertura del sistema de salud. En el año 2020 el promedio nacional fue de 68.8 años. Los datos muestran una disparidad sustancial cuando se separan por sexo. Las mujeres alcanzaron una esperanza de vida de 73.5 años. Los hombres alcanzaron una esperanza de vida de 64.8 años. Los factores biológicos y las conductas de riesgo explican esta diferencia de casi nueve años. Esta diferencia muestra la urgencia de crear estrategias preventivas para el varón.³

2.3.1.3 Natalidad y mortalidad

El análisis de los registros vitales entre 2019 y 2021 muestra los cambios demográficos que provocó la pandemia. La pandemia provocó una caída de los nacimientos y un aumento de los fallecimientos.

Entre 2019 y 2020, los nacimientos bajaron un 22.1%, lo que significa 463,003 nacimientos menos. Los nacimientos bajaron por las medidas de aislamiento, por la postergación de la maternidad y la paternidad por problemas económicos y por las limitaciones del registro civil. En 2021, los nacimientos subieron a 1,912,178, un aumento del 17.3% comparado con 2020, pero los nacimientos quedaron un 8.6% por debajo de los niveles antes de la pandemia.⁴

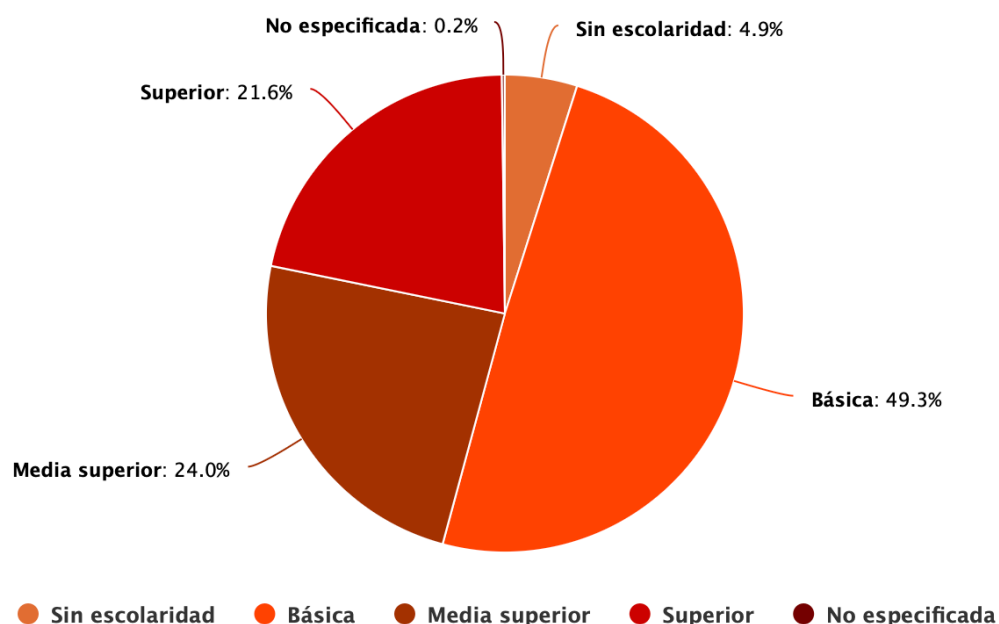
Por otro lado, la mortalidad general subió 45.3% de un año a otro. En 2020 se registraron 338,959 muertes en exceso. El impacto de la COVID-19 y el descuido involuntario en el control de otras enfermedades crónicas, causado por la saturación hospitalaria, provocó esas muertes. En 2021 la tendencia no disminuyó. Creció 3.2% más, llegando a 1,122,249 defunciones. Eso muestra que la crisis sanitaria sigue siendo una situación de gravedad y que sus secuelas continúan.⁵

2.3.1.4 Educación

En el año 2020, la cobertura de el sistema de educación de el país mostró contrastes entre los niveles de escolaridad que la ley exige. La inscripción en primaria alcanzó 97.4% y la inscripción en secundaria alcanzó 91.0%. En cambio, la inscripción en preescolar alcanzó 65.6% y la inscripción en bachillerato alcanzó 64.94%. Los números indican que la inscripción en primaria y la inscripción en secundaria se mantiene, pero la inscripción en preescolar y la inscripción en bachillerato se reduce. La reducción de la inscripción en preescolar y la reducción de la inscripción en bachillerato señalan problemas de deserción y falta de continuidad en la transición entre los niveles.

La ilustración 2 muestra el panorama educativo de 2020. La educación básica fue la más grande, el bachillerato alcanzó el 24 % y la educación superior el 21 %. El sector sin escolaridad formal se quedó en el 5 %.⁶

*Ilustración 2*Escolaridad en México 2020



Fuente: INEGI inegi.org.mx

2.3.1.5 Vivienda

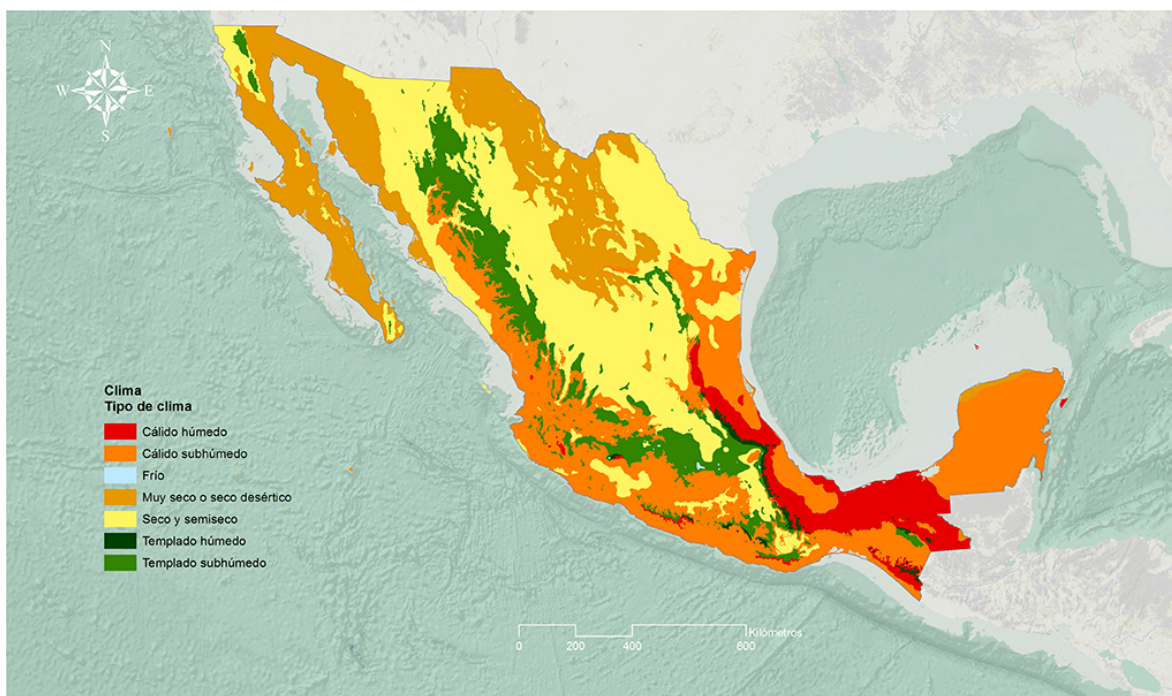
En el sector de la vivienda, el Censo de Población y Vivienda 2020 contó 35,219,141 viviendas particulares habitadas. El Censo no solo muestra cuántas viviendas hay. El Censo sirve como base para crear políticas públicas y para enfocar programas médicos. Las condiciones del hogar determinan el bienestar y la salud de la familia.⁷

2.3.1.6 Clima

El mosaico climático de México (Ilustración 3) viene de la combinación de cosas geográficas como la latitud, la cercanía a los océanos y las montañas. El territorio se divide en siete regiones. En las regiones los ambientes secos, los ambientes semisecos, los ambientes desérticos y los ambientes cálidos subhúmedos cubren

la mayor parte del territorio. En cambio, los climas templados, los climas húmedos, los climas subhúmedos, el clima cálido húmedo y las zonas frías de alta montaña ocupan áreas más pequeñas.¹⁰

Ilustración 3 Mapa de climas en México

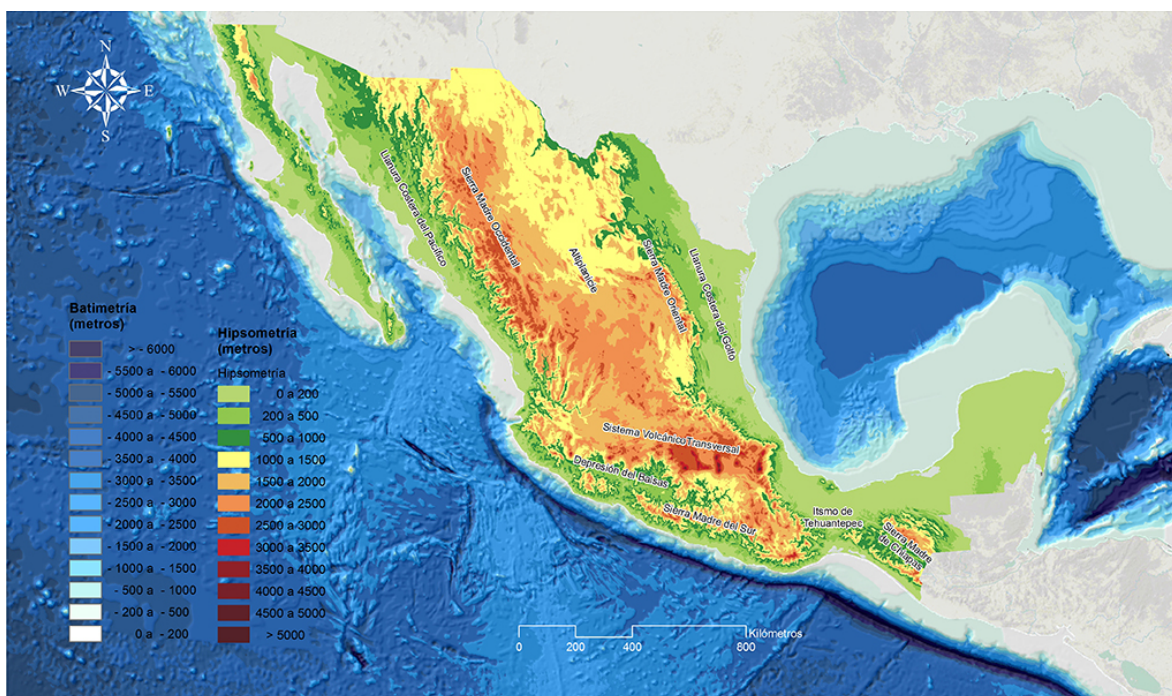


Fuente: SEMARNAT semarnat.gob.mx

2.3.1.7 Relieve

El relieve del territorio nacional muestra una gran variedad (Ilustración 4). El relieve combina formaciones continentales y formaciones litorales. Los bloques de la Sierra Madre Oriental y los bloques de la Sierra Madre Occidental se destacan. También se encuentra el Sistema Neovolcánico Transversal. Las formaciones conviven con mesetas interiores y con llanuras costeras que se extienden a lo largo del Pacífico y del Golfo de México. El relieve crea un escenario complejo que condiciona el establecimiento de las comunidades y el diseño de las redes de salud.¹¹

Ilustración 4 Relieve de México



Fuente: SEMARNAT semarnat.gob.mx

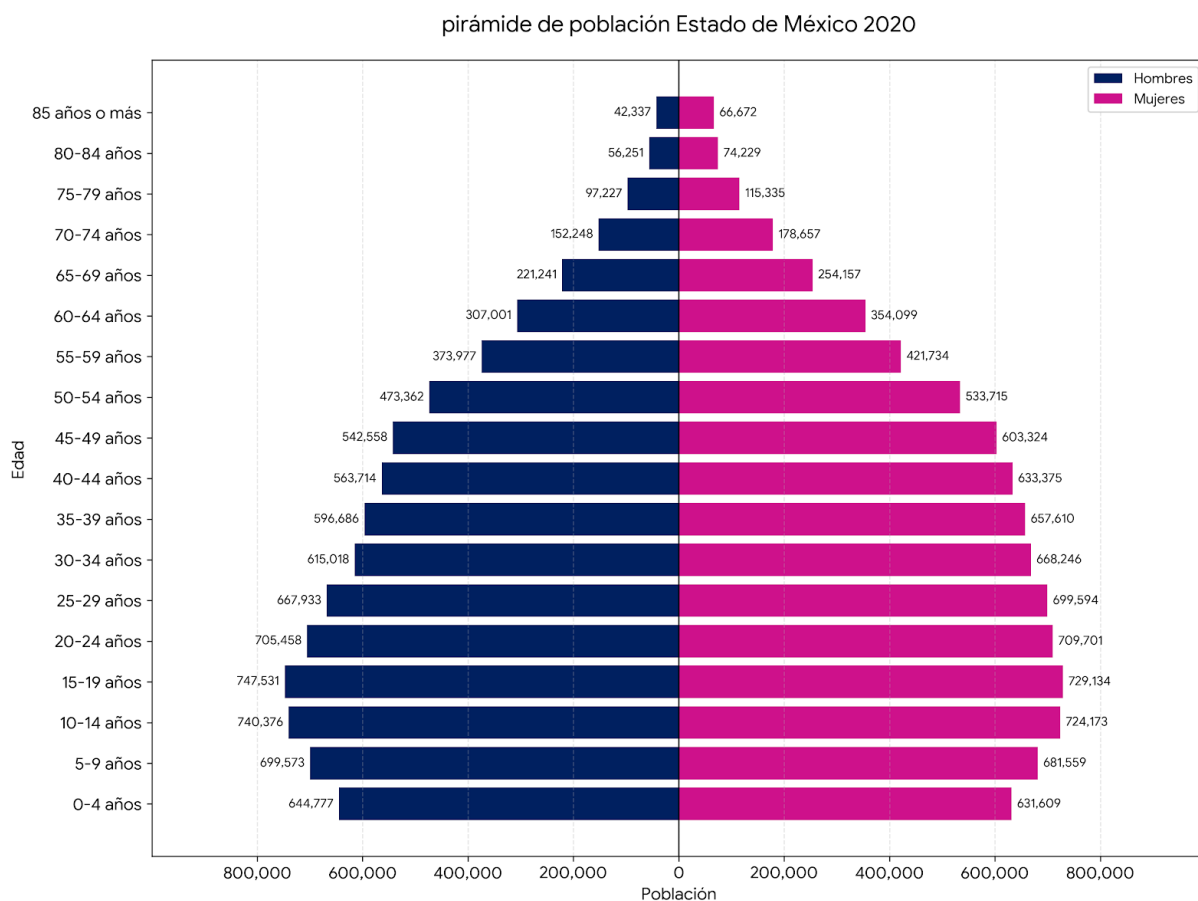
2.3.2 Estado de México

2.3.2.1 Población

En el año 2020, la estructura demográfica de el Estado de México (Ilustración 5) mostró un comportamiento estable. Los datos de la base de la estructura demográfica mostraron indicios de retroceso, un patrón típico de las regiones con procesos de urbanización e industrialización.

Los datos indican que el grupo de personas más grande está entre los 15 y los 39 años. Los datos indican que el grupo de personas alcanza su punto máximo entre los 20 y los 24 años. Los datos indican que la base de la pirámide (0 a 14 años) se redujo poco a poco comparado con periodos anteriores, y la base muestra menos niños. Los datos indican que la demanda médica será mayor para los adultos mayores, y la demanda médica se enfocará en los adultos mayores en las próximas décadas. ¹²

Ilustración 5 Pirámide poblacional del Estado de México 2020



Fuente: COESPO coespo.edomex.gob.mx

2.3.2.2 Esperanza de vida

El análisis demográfico en la entidad mexiquense para el año 2020 situó la esperanza de vida al nacer en un promedio de 66.7 años. En la distribución por género la brecha permaneció. Las mujeres alcanzaron una media de 72 años. En la población masculina el indicador bajó hasta 62.0 años.¹³

2.3.2.3 Natalidad y mortalidad

En el año 2020, el Estado de México mostró en sus estadísticas vitales la transición epidemiológica. En la natalidad se registraron 183,274 nacimientos, con 93,244 varones y 90,030 mujeres. Al mismo tiempo, la mortalidad alcanzó un récord con 130,431 fallecimientos. La distribución por sexo indicó que el 60.1 % de las muertes fueron en hombres, con 78,364 casos, y el 39.9 % de las muertes fueron en mujeres, con 52,067 casos. Este aumento de la mortalidad de los hombres detiene el crecimiento natural de la población local. La mortalidad de los hombres muestra una vulnerabilidad que necesita los programas de salud pública. Los programas de salud pública deben enfocarse en la población masculina en edad productiva.¹⁴

2.3.2.4 Educación

En el año 2020 los habitantes del Estado de México estudiaron mayormente en los niveles básico y medio superior. Los que estudiaron secundaria representaron el 30.4 % de la población, lo que equivale a 3.75 millones de personas. Los que estudiaron bachillerato representaron el 25 %, es decir 3.08 millones. Los que estudiaron primaria representaron el 19.2 %, o 2.37 millones. El analfabetismo estatal alcanzó el 2.89%. Hay una gran diferencia entre hombres y mujeres. Los hombres fueron el 33.3% del analfabetismo. Las mujeres fueron el 66.7% restante. Los datos indican que la mayoría de la población tiene educación básica o técnica. Esa información es importante cuando se redactan guías de comunicación médica y de prevención de enfermedades.¹⁵

2.3.2.5 Vivienda

En 2020 la entidad mostró que las viviendas con tres piezas y las viviendas con cuatro piezas fueron las que más se observaron. Las viviendas con tres piezas representaron el 22.8 % y las viviendas con cuatro piezas representaron el 25.2 % del total. En la distribución de dormitorios, la mayoría de los hogares tenía dos

habitaciones (39.4 %). Después, los hogares tenían una sola habitación (28.7 %). Los datos de las viviendas y de los hogares permiten identificar riesgos de hacinamiento y de distribución interna en los hogares, factores ambientales que influyen en la salud pública.¹⁶

2.3.2.6 Clima

El clima del Estado de México depende de la altitud y de la forma del relieve, y esas variables superan la influencia de la latitud. El clima templado subhúmedo cubre el 61.8 % del territorio del Estado de México. El clima cálido cubre el 20.8 % del territorio del Estado de México. El clima frío y semifrío cubre el 11.7 % del territorio del Estado de México. El clima semiárido cubre el 5.7 % en la zona norte.

En mayo el suroeste tiene temperaturas que superan los 40 °C y en los valles de México y Toluca las temperaturas promedian entre 24 °C y 30 °C. En las zonas montañosas la temperatura media es de 8 °C. La temporada de lluvias va de mayo a octubre. En las zonas de valle la lluvia anual es de 800 a 900 mm y en el noreste la lluvia anual es de 600 mm.¹⁷

2.3.2.7 Relieve

El territorio mexiquense posee una orografía compleja y accidentada. Su superficie se distribuye entre las provincias del Eje Neovolcánico (75.6%) y la Sierra Madre del Sur (24.4%), lo que explica la predominancia de zonas montañosas, las cuales cubren más del 77% del estado. Los valles y llanuras apenas constituyen el 21.5% de la superficie, siendo las regiones que concentran la mayor densidad de población.

Los puntos más altos se agrupan en cuatro sistemas principales:

1. Sierra Nevada: Aloja al Popocatepetl (5,500 msnm) y al Iztaccíhuatl (5,220 msnm).
2. Sierra del Xinantécatl: Configurada por el Nevado de Toluca (4,680 msnm).
3. Sierras de Monte Alto y Monte Bajo: En la transición hacia el Valle de México.

4. Sierra de San Andrés Timilpan: La Sierra de San Andrés Timilpan está en la parte noroeste de la entidad.¹⁸

2.3.3 Municipio: Ixtlahuaca

2.3.3.1 Población

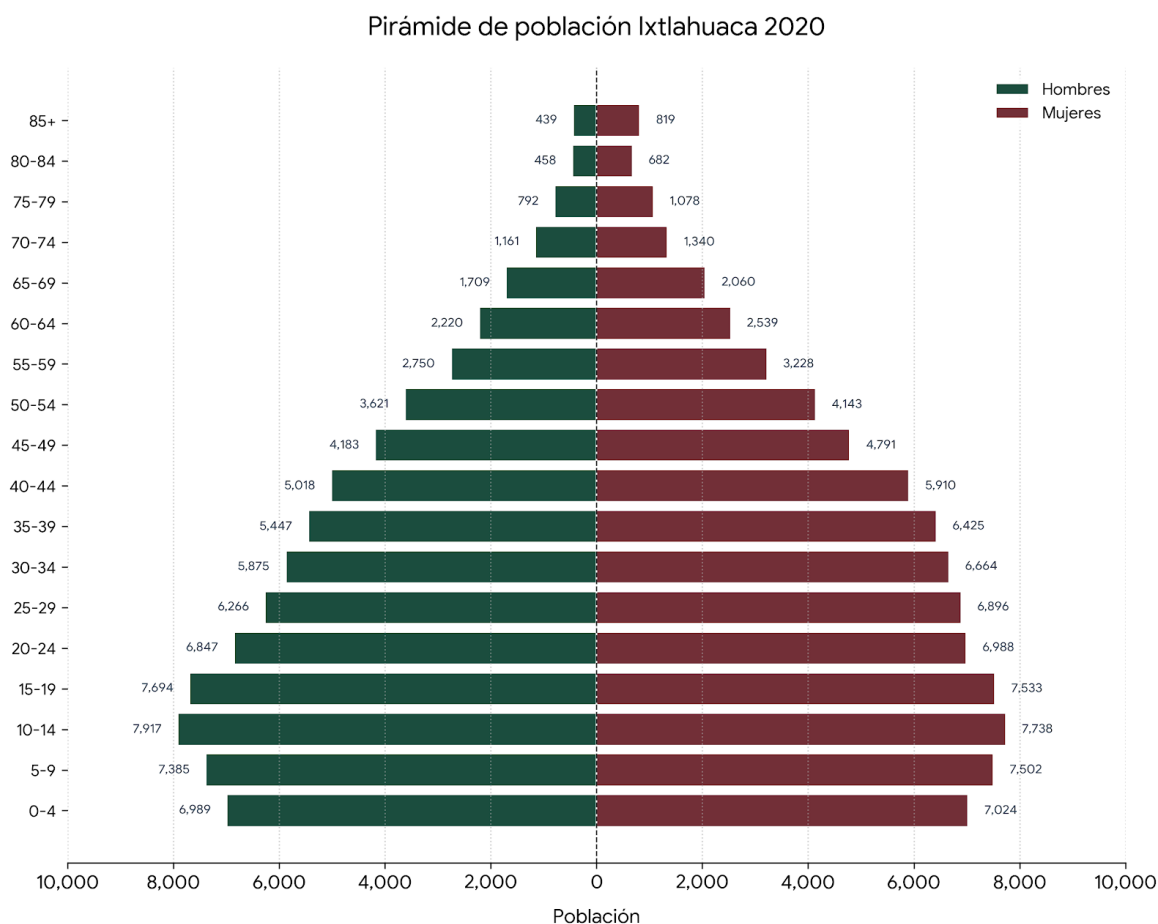
Según el censo de 2020, el municipio de Ixtlahuaca tiene 160,139 habitantes. El número indica el crecimiento del 13.2% comparado con el dato de hace diez años. La distribución por sexo muestra que las mujeres son el 52.1% del total y los hombres son el 47.9% del total.

En la Ilustración 6 se ve la estructura por edades. Esta estructura muestra una base joven muy sólida. Los segmentos de mayor volumen se listan a continuación: Esta es la información que el usuario entregó:

- Los individuos de la población infantil de 10 a 14 años suman 14,887.
- Población adolescente (15 a 19 años): 15,655 individuos.
- La población escolar de 5 a 9 años tiene 15,257 individuos.

Los tres bloques juntos representan el 28.6 % del total municipal. La concentración de los niños y las niñas en edades tempranas indica que los niños y las niñas van a necesitar servicios preventivos y educativos de forma continua. Además, la concentración señala que hay que vigilar los factores metabólicos crónicos en el grupo de los niños y las niñas que pronto serán adultos.¹⁹

Ilustración 6 Pirámide de población Ixtlahuaca 2020



Fuente: COESPO edomex.gob.mx

2.3.3.2 Toponimia

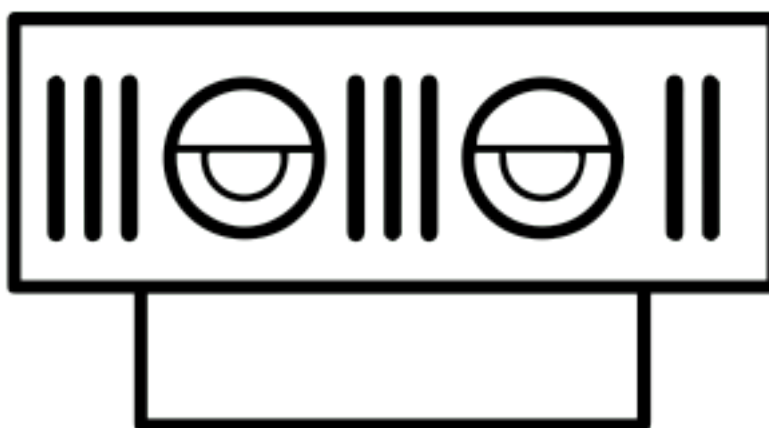
El nombre del municipio de Ixtlahuaca viene de la lengua náhuatl. Ese nombre significa llanura, tierra llana o un espacio sin árboles. En la época colonial la gente tuvo problemas con la pronunciación y la traducción del nombre. Por eso los documentos de la época muestran varias formas del nombre, como Ixtlahuatl, Ixtlahuacan y Ystlaguaca.

El municipio se llama Ixtlahuaca. La cabecera oficial se llama Ixtlahuaca de Rayón. El Congreso del Estado de México emitió el Decreto número 45 el 14 de diciembre de 1816. Ese decreto dio el título de Villa a Ixtlahuaca de Rayón.

El distintivo “de Rayón” es un homenaje después de la muerte del insurgente Francisco López Rayón. Mataron a Francisco López Rayón cerca del palacio municipal. El distintivo “de Rayón” da nombre al centro administrativo y une el nombre del lugar con los hechos de la lucha por la independencia del país.²⁰

2.3.3.3 Escudo

Ilustración 7 Escudo de Ixtlahuaca



Fuente: ixtlahuaca.gob.mx

La identidad de Ixtlahuaca no tiene el registro de jeroglíficos en los códices ni en la acepción mazahua (J'apui). Pero la representación proviene de las crónicas que hicieron los conquistadores nahuas. Los conquistadores tradujeron visualmente las características del entorno.

El municipio adoptó el escudo (Ilustración 7). El escudo se basa en el ideograma “tlalli”. El ideograma “tlalli” muestra un rectángulo de colores ocre, rojizo y amarillo. El símbolo “tlalli” representa una “llanura o superficie desértica carente de vegetación”. El símbolo “tlalli” pasó por un proceso de estilización.

Originalmente el símbolo se identificaba por los grafismos en forma de herraduras o letras C dentro, y por líneas en los extremos de arriba y de abajo. El municipio ha integrado una variante. La variante conserva los ojos del sol, y elimina los grafismos.

En su lugar el municipio ha añadido líneas que van de arriba a abajo en los bordes y en el centro de los ojos del sol, y ha puesto un rectángulo en la zona de abajo.

La evolución de los íconos cumple una función de administración. La evolución muestra el vínculo entre los nombres en náhuatl y la realidad del valle donde está la cabecera del municipio.²¹

2.3.3.4 Historia

El territorio de Ixtlahuaca se llamaba J'apui en la lengua mazahua. El territorio de Ixtlahuaca tiene su origen en la migración de las tribus que llegaron del norte del país (Chicomoztoc) en el año 538 d.C. El clan de Ixtlahuaca pagaba tributo al señorío de Xicotitlán. El término “mazahua” proviene del náhuatl mazatl(venado) y huac (posesivo). El término “mazahua” llama a los habitantes “gente de los venados”. El grupo ha ocupado la región noroeste del Estado de México. El grupo comparte el espacio geográfico con las comunidades otomíes y matlatzincas.

Tras la caída de Tenochtitlán en 1521, el conquistador Gonzalo de Sandoval tomó la zona. Bajo el dominio español, Juan de la Torre recibió la encomienda de Ixtlahuaca hasta 1535. Después, la Alcaldía Mayor de la región tomó el control. La Alcaldía Mayor incluyó a las localidades de Atlacomulco y Xicotitlán. En 1552, el virrey Luis de Velasco otorgó la categoría de pueblo al lugar. Andrés de Salvatierra completó la infraestructura religiosa que vemos hoy, con la parroquia y la sacristía, en 1735.

Ixtlahuaca fue el escenario de los eventos clave durante la insurgencia:

- Miguel Hidalgo: En octubre de 1810, el Padre de la Patria se alojó en la localidad. Después, el Padre de la Patria marchó hacia el Monte de las Cruces.
- Francisco López Rayón: Las fuerzas capturaron al insurgente. Las fuerzas ejecutaron al insurgente en 1816 cerca del palacio municipal. El hecho otorgó el apellido oficial a la cabecera.
- Erección Municipal: En mayo de 1820 se creó el primer ayuntamiento bajo la Constitución de Cádiz. El ayuntamiento se consolidó de forma definitiva en enero de 1826, según las leyes del Estado de México.

Durante la Reforma y el Segundo Imperio, el municipio vivió los choques entre los liberales y los conservadores. En 1858, los liberales tomaron la plaza en un combate. También pasaron por el municipio personas como Maximiliano de Habsburgo.

El descontento social que se generó durante el Porfiriato por los abusos de los hacendados y de los jefes políticos llevó a la gente de la zona a participar en la Revolución Mexicana. Con la pacificación y con la Constitución de 1917, Ixtlahuaca empezó una transición hacia la modernidad.

1. Reforma Agraria: El fraccionamiento de haciendas hizo posible la creación de los ejidos y la reforma agraria transformó la tenencia de la tierra.
2. Conectividad: La llegada del ferrocarril impulsó el comercio de los productos agrícolas y de los productos forestales. El ferrocarril sustituyó a las diligencias.
3. Desarrollo Institucional: La estabilidad política del siglo XX permitió que los gobiernos construyeran infraestructura. Los gobiernos construyeron centros educativos, desde preescolar hasta nivel universitario, servicios de salud, oficinas judiciales y espacios culturales.

Hoy Ixtlahuaca está convirtiéndose en el centro regional de los servicios y el comercio. La ciudad mantiene la base agrícola fuerte y la ciudad moderniza la infraestructura pública para mejorar la calidad de vida de la población.²²

2.3.3.5 Localización

El municipio de Ixtlahuaca ocupa la zona noroeste de el Estado de México. El municipio de Ixtlahuaca tiene coordenadas entre los paralelos 19° 28' y 19° 44' de latitud norte y entre los meridianos 99° 40' y 99° 56' de longitud oeste. El municipio de Ixtlahuaca tiene altitud que va de 2 500 metros a 3 300 metros sobre el nivel de el mar. Esa altitud afecta a el ecosistema y a las condiciones climáticas.

La ubicación estratégica de la entidad se ve en la ilustración 8. La ubicación estratégica de la entidad permite a la entidad establecer fronteras con los municipios de la zona:

- El norte: San Felipe del Progreso y Jocotitlán.
- Este: los municipios de Jocotitlán, Jiquipilco y Temoaya.
- En el sur se encuentran Temoaya y Almoloya de Juárez.
- Oeste: el municipio de Almoloya de Juárez y el municipio de San Felipe del Progreso.

En cuanto al tamaño del territorio, Ixtlahuaca ocupa el 1.50 % de la superficie total del Estado de México. Ixtlahuaca se vuelve un punto de conexión importante dentro de la geografía del Estado.²³

Ilustración 8 Localización de Ixtlahuaca



Fuente: inegi.org.mx

2.3.3.6 Extensión

El municipio de Ixtlahuaca se localiza en la región noroccidental del Estado de México, abarcando una extensión territorial de 336.49 kilómetros cuadrados. Esta superficie equivale al 1.51% de la totalidad del suelo estatal, posicionándolo como una demarcación de importancia estratégica en la zona.

El aprovechamiento del suelo en Ixtlahuaca muestra una dualidad. Ixtlahuaca tiene agricultura en las áreas rurales. La cabecera municipal, Ixtlahuaca de Rayón, es el núcleo del desarrollo urbano, administrativo y comercial. La forma del territorio influye en el diseño de estrategias de salud pública. La movilidad entre la zona de cultivo y el centro urbano define los patrones de interacción y el acceso a los servicios médicos de la población.²⁴

2.3.3.7 Orografía e hidrografía

La configuración del relieve del municipio de Ixtlahuaca, que se ve en la imagen 9, muestra una transición. El relieve pasa de áreas de planicie a colinas y montes en los bordes. Según el análisis del mapa de relieve, el territorio tiene tres unidades:

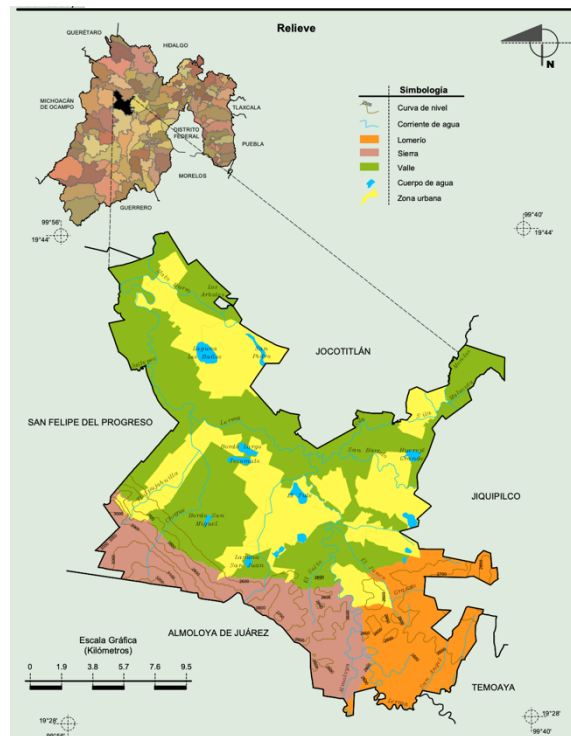
- **Sistemas de Valles y Zonas Urbanas:** Los sistemas de Valles y Zonas Urbanas ocupan la zona que está en el medio y la zona que está en el norte del municipio. Los sistemas aparecen en verde y amarillo. Las áreas con terreno que no tiene elevación facilitan el asentamiento de los grupos de gente y facilitan la actividad de cultivo. Las áreas permiten la conexión entre las zonas donde vive la gente y las planicies de cultivo.
- **Relieve de Lomerío y Sierra:** Hacia el sur y suroeste, en la zona que colinda con Almoloya de Juárez y Temoaya, el terreno sube mucho. El mapa muestra zonas de lomerío (naranja) y zonas de sierra (rosa). Las curvas de nivel indican altitudes que superan los 2,600 metros y llegan hasta los 3,000 metros sobre el nivel del mar. El relieve crea una barrera natural. La barrera natural afecta el clima local y la escorrentía superficial.

La hidrografía del municipio incluye el paso del Río Lerma. El Río Lerma cruza el territorio de sur a norte. La hidrografía también tiene corrientes secundarias y cuerpos de agua: Los ríos y los arroyos como el Sila, El Salto, El Junco, San Ángel y Mata Huaroc destacan. Los ríos y los arroyos drenan desde las zonas serranas hacia los valles centrales.

La demarcación tiene depósitos de agua. Los depósitos de agua sirven para el equilibrio ecológico y para la irrigación. Los depósitos de agua incluyen la Laguna de San Juan, la Laguna Las Baños y los bordos Largo, Tecomate y San Miguel.

El relieve de valle y la red hidrográfica hacen que Ixtlahuaca sea una zona que depende del agua. La zona urbana está en áreas de valle cerca de corrientes de agua. La planificación urbana debe atender los riesgos como inundaciones y debe asegurar agua para la población.²⁵

Ilustración 9 Relieve de Ixtlahuaca



Fuente: INEGI inegi.org.mx

2.3.3.8 Clima

El clima de Ixtlahuaca es mayormente templado y ligeramente húmedo. Ese clima cubre el 95,67 % del municipio. El resto del municipio, el 4,33 %, tiene un clima semifrío y ligeramente húmedo, y ese clima se encuentra en las zonas más altas. Los dos climas tienen lluvias que se concentran en el verano. Cada año la lluvia en Ixtlahuaca varía entre 800 y 1 100 mm.

El municipio mantiene una temperatura media anual entre 8 °C y 14 °C. La humedad alta y las temperaturas bajas hacen que las enfermedades respiratorias aparezcan. La población necesita más autocuidado. Por eso el municipio planifica intervenciones preventivas en la región.²⁶

2.3.3.9 Servicios de Salud y derechohabiencia

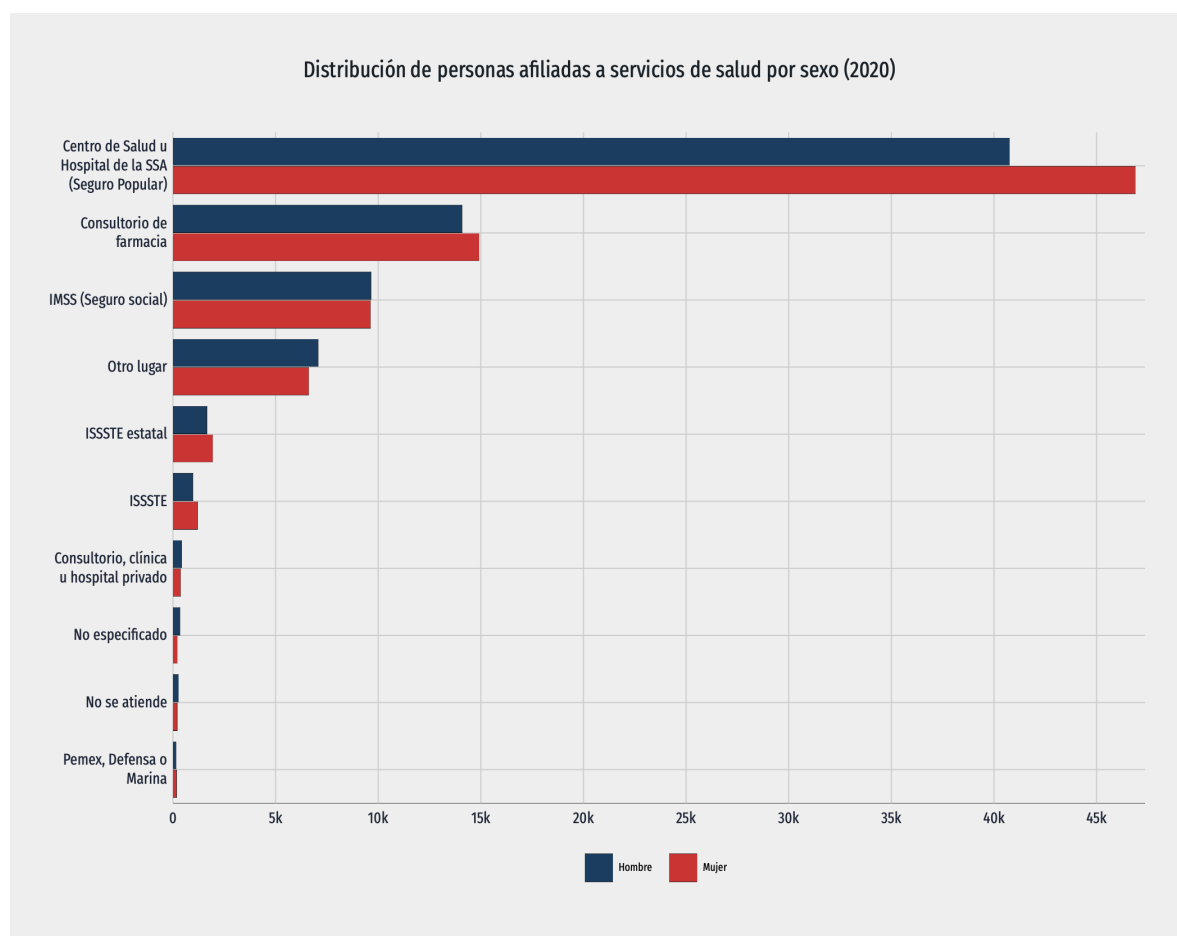
En 2020, el análisis sobre la infraestructura de servicios y la cobertura de salud en Ixtlahuaca mostró que hay una gran dependencia del sector público y de los esquemas institucionales de seguridad social.

La atención médica fue mayormente solicitada a través del sistema público de bienestar. Los Centros de Salud y los hospitales de la Secretaría de Salud, antes conocida como Seguro Popular, fueron los más frecuentados, atendiendo a 87,600 personas. Como segunda opción, los consultorios ubicados cerca de farmacias vieron una considerable demanda, con 29,000 usuarios, superando al IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), que asistió a 19,300 personas.

En cuanto a la afiliación revelada en la ilustración¹⁰, se destaca una particular distribución en la población afiliada:

- Sector Paraestatal y de Defensa: Los sistemas asociados con Pemex, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Marina tuvieron el mayor número de afiliados, con un total de 78,800 personas registradas.
- Registros Indeterminados: Un significativo grupo de la población, que suma 43,700 personas, fue clasificado como "No especificado".²⁷

Ilustración 10 Distribución de personas afiliadas a servicios de salud por sexo en 2020



Fuente: economia.gob.mx

2.3.3.10 Educación

El estado académico de las personas de 15 años y más en la población muestra que la educación básica es la predominante. La educación elemental constituye el fundamento educativo para el 63.6% de la gente. En contraste, los niveles de educación media superior y superior tienen una tasa de participación del 17.4% y 9.6%, respectivamente. Es destacable que un 9.2% de este grupo no posee educación formal.

Respecto a las habilidades de lectoescritura, se revela una diferencia generacional favorable:

- Jóvenes (15 a 24 años): Casi todos son alfabetizados, con una tasa del 99.3%.

- Adultos (25 años y más): Tienen un índice de alfabetización del 87.7%, lo que indica un progreso en el acceso a la educación básica en las últimas décadas.²⁸

2.3.3.11 Vivienda

En 2020, la infraestructura residencial mostró que la mayoría de las viviendas particulares habitadas se concentraban principalmente en unidades de 4 y 3 habitaciones, con un 26.5% y un 26.1% de representación, respectivamente. Además, en el diseño interno de estas casas, predominaban las viviendas con 2 dormitorios, que representaban el 39.5%, seguidas por las que tenían 1 dormitorio, con un 27.5%. Esto refleja cómo se organiza el espacio en el parque habitacional local.²⁹

2.3.3.12 Servicios públicos

En un universo de 30,832 unidades habitacionales, que representan el 8% del total estatal, con un promedio de 4.3 personas por hogar y 1.2 personas por cuarto, la infraestructura residencial en Ixtlahuaca está avanzando hacia la sostenibilidad y conectividad, aunque todavía hay brechas tecnológicas. En el aspecto de equipamiento eficiente, el 15.7% de las casas ha incorporado calentadores solares, mientras que el uso de paneles solares (0.22%) y sistemas de climatización (0.3%) sigue siendo bajo. En términos de movilidad, hay un uso significativo de medios no motorizados, con bicicletas presentes en el 42.9% de las viviendas, por encima del uso de automóviles (37.5%) y motocicletas (4.51%).

En cuanto a bienes duraderos, el refrigerador es el más común (67.2%), seguido por la lavadora (31.9%) y el horno (19.8%). En el ámbito digital, los teléfonos móviles dominan el panorama, presentes en el 83% de los hogares, comparado con el acceso a Internet (30%) y la posesión de computadoras (17.7%). En lo que respecta al entretenimiento, la televisión de paga tiene una penetración moderada (10.4%),

mientras que el uso de plataformas de streaming (3.4%) y consolas de videojuegos (2.02%) sigue siendo limitado en el gasto doméstico regional.

En términos de servicios públicos básicos, el 98.5% de las casas cuenta con electricidad, el 90.1% tiene servicio sanitario, y el 74% dispone de drenaje.³⁰

2.4 Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Censo de Población y Vivienda 2020: Panorama sociodemográfico de México [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2021 [citado 2024 Abr 10]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
2. Secretaría de Desarrollo Económico de la Ciudad de México. Resultados del Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. Ciudad de México: SEDECO; 2020 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.sedeco.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/resultados-del-censo-pob-y-viv-2020-1.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Indicadores de mortalidad: Esperanza de vida al nacer por entidad federativa y sexo [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2020 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Mortalidad_Mortalidad_09_61312f04-e039-4659-8095-0ce2cd284415
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Natalidad: Información general [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2024 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/#informacion_general
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Mortalidad: Tabulados interactivos [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2024 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/#tabulados>
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Educación: Información general [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2024 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/temas/educacion/#informacion_general
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Vivienda: Información general [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2024 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/temas/vivienda/#informacion_general

8. Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (México). Atlas Digital Geográfico: Climas [Internet]. Ciudad de México: SEMARNAT; 2015 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: https://gisviewer.semarnat.gob.mx/aplicaciones/Atlas2015/atm_climas.html
11. Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (México). Atlas Digital Geográfico: Geología y Bases [Internet]. Ciudad de México: SEMARNAT; 2015 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: https://gisviewer.semarnat.gob.mx/aplicaciones/Atlas2015/gen_HyB.html
12. Consejo Estatal de Población (Estado de México). Pirámides de Población [Internet]. Toluca: COESPO; 2024 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: https://coespo.edomex.gob.mx/piramode_poblacion
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Indicadores de mortalidad: Esperanza de vida al nacer por entidad federativa y sexo, Estado de México [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2020 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Mortalidad_Mortalidad_09_b87a4bf1-9b47-442a-a5fc-ee5c65e37648
14. Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y Catastral del Estado de México. Boletín de Estadísticas Vitales 2021 [Internet]. Toluca: IGECEM; 2021 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: https://igecem.edomex.gob.mx/sites/igecem.edomex.gob.mx/files/files/ArchivosPDF/Productos-Estadisticos/Indole-Demografica/BOLETIN-ESTADISTICAS-VITALES/Boletin_Estadisticas_Vitales_2021.pdf
15. Secretaría de Economía (México). DataMéxico: Estado de México [Internet]. Ciudad de México: SE; 2020 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/mexico-em?populationType=totalPopulation&redirect=true#illiteracy-rate>
16. Secretaría de Economía (México). DataMéxico: Población y Vivienda en el Estado de México [Internet]. Ciudad de México: SE; 2020 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/mexico-em?populationType=totalPopulation&redirect=true#population-and-housing>
17. Secretaría del Medio Ambiente (Estado de México). El Clima en el Estado de México [Internet]. Toluca: SMA; [fecha de publicación desconocida] [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: https://sma.edomex.gob.mx/sites/sma.edomex.gob.mx/files/files/sma_pdf_cam_clima_2.pdf

18. Para Todo México. Relieve del Estado de México [Internet]. México: Para Todo México; 2024 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: <https://paratodomexico.com/estados-de-mexico/estado-mexico/relieve-mexico.html>
19. Secretaría de Economía (México). DataMéxico: Ixtlahuaca, Estado de México [Internet]. Ciudad de México: SE; 2020 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/ixtlahuaca#population-and-housing>
20. Ayuntamiento Constitucional de Ixtlahuaca. Monografía Municipal [Internet]. Ixtlahuaca: Gobierno Municipal de Ixtlahuaca; 2024 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.ixtlahuaca.gob.mx/index.php/ixtlahuaca/monografia#g-navigation>
21. Ayuntamiento Constitucional de Ixtlahuaca. Monografía Municipal [Internet]. Ixtlahuaca Escudo: Gobierno Municipal de Ixtlahuaca; 2024 [citado 10 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.ixtlahuaca.gob.mx/index.php/ixtlahuaca/monografia#g-navigation>
22. Ayuntamiento Constitucional de Ixtlahuaca. Monografía Municipal: Historia [Internet]. Ixtlahuaca Historia: Gobierno Municipal de Ixtlahuaca; 2024 [citado 18 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.ixtlahuaca.gob.mx/index.php/ixtlahuaca/monografia#historia>
23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Compendio de información geográfica municipal 2010: Ixtlahuaca, México [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2010 [citado 18 Abr 2026]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/15/15042.pdf
24. Partido Revolucionario Institucional. Plataforma Electoral Municipal 2016-2018: Ixtlahuaca [Internet]. Toluca: Instituto Electoral del Estado de México; 2015 [citado 19 Abr 2026]. Disponible en: https://www.ieem.org.mx/2015/plata/municipal/02_PRI/IXTLAHUACA.pdf
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Compendio de información geográfica municipal 2010: Ixtlahuaca, México [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2010 [citado 18 Abr 2026]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/15/15042.pdf
26. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos: Ixtlahuaca, México [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2009 [citado 19 Abr 2026]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/15/15042.pdf
27. Secretaría de Economía (MX). Ixtlahuaca: Salud [Internet]. Ciudad de México: DataMéxico; 2020 [citado 20 abr 2026]. Disponible en:

<https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/ixtlahuaca?housingConectivity=technologyAccess&roomSelector=roomOption#health-coverage>

28. Secretaría de Economía (MX). Ixtlahuaca: Niveles de escolaridad [Internet]. Ciudad de México: DataMéxico; 2020 [citado 19 abr 2026]. Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/ixtlahuaca#schooling-levels>

29. Secretaría de Economía (MX). Ixtlahuaca: Vivienda [Internet]. Ciudad de México: DataMéxico; 2020 [citado 19 abr 2026]. Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/ixtlahuaca?roomSelector=roomOption>

30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos: Ixtlahuaca, México [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2009 [citado 20 abr 2026]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/42806/Mexico_042.pdf

3. Capítulo 3. Descripción de la Unidad de Medicina Familiar.

3.1 Justificación

Este capítulo es crucial porque se necesita contextualizar el entorno sociodemográfico y operativo en el que se llevó a cabo esta investigación. En el ámbito de la atención médica primaria, los resultados clínicos no pueden separarse del entorno físico y administrativo en el que se desarrollan. Por este motivo, describir la Unidad de Medicina Familiar 226 es fundamental para entender las variables externas que afectan el fenómeno investigado.

Desde una perspectiva metodológica, este apartado respalda la viabilidad del estudio al ofrecer detalles sobre la infraestructura, la capacidad instalada, y el flujo de pacientes en la unidad. Esto es esencial para asegurar que la muestra sea representativa y para comprender las limitaciones y el alcance del servicio social realizado.

Además, la descripción tanto geográfica como epidemiológica del área de influencia de la UMF proporciona un marco de referencia sobre las enfermedades más comunes en la comunidad de Ixtlahuaca. Al documentar de forma sistemática las condiciones del campo clínico, se ofrece una herramienta de análisis valiosa para futuras intervenciones de salud pública y se justifica la elección de esta ubicación como un escenario ideal para la generación de conocimiento médico y académico.

3.2 Misión

“Brindar atención médica integral, preventiva y curativa con calidad y calidez a los derechohabientes, preservando su salud”. UMF 226

3.3 Visión

“Ser la unidad de salud de primer nivel líder en el otorgamiento de servicios médicos con seguridad y eficiencia, que genera confianza en los derechohabientes y ofrecen un trato digno e igualitario”. UMF 226

“Otorgar atención médica integral (preventiva y curativa) a los derechohabientes y sus familias para preservar o restaurar su salud en el primer nivel de atención”. UMF 226

La Unidad de Medicina Familiar No. 226 está estratégicamente situada en el corazón del municipio, en la intersección entre la Avenida Gustavo Baz y la Avenida de la Mujer (como se muestra en la ilustración 11). Su ubicación en el centro de Ixtlahuaca de Rayón ofrece una notable ventaja operativa, debido a que las principales avenidas facilitan una excelente conectividad y acceso mediante diversas rutas de transporte público y privado. Esta posición central es un factor clave para la atención médica, ya que reduce las dificultades de desplazamiento para los pacientes provenientes de las distintas colonias y comunidades alrededor del municipio, asegurando que la distancia no sea un obstáculo para recibir atención continua y garantizando un flujo constante de pacientes hacia la unidad.

46

3.6 Organigrama

La Unidad de Medicina Familiar No. 226 Ixtlahuaca, perteneciente a la Delegación Estado de México Poniente, opera bajo un modelo de gestión integral de primer nivel. Su estructura está diseñada para garantizar la continuidad de la atención médica y la eficiencia administrativa, organizándose de la siguiente manera:

A. Liderazgo y Gestión Médica

La máxima autoridad recae en la Dirección de la UMF, unidad encargada de la planeación estratégica, supervisión técnica y evaluación de la calidad de los servicios. Esta dirección coordina el cumplimiento de los indicadores institucionales del IMSS para la zona de Ixtlahuaca de Rayón.

B. Áreas Operativas de Atención Primaria

El núcleo operativo de la unidad se divide en servicios médicos y auxiliares:

- **Cuerpo Médico:** Integrado por consultorios de Medicina Familiar, donde se realiza la detección, diagnóstico y tratamiento ambulatorio de los derechohabientes.
- **Cuerpo de Enfermería:** Responsable de la central de enfermeras, procedimientos de curaciones y el seguimiento preventivo de pacientes crónicos.
- **Servicios de Diagnóstico y Tratamiento:** Incluye la Farmacia, para el suministro terapéutico, y el área de Atención Médica Continua, enfocada en la estabilización de urgencias básicas y observación primaria.

C. Gestión Administrativa y de Apoyo

Para el soporte de la práctica médica, la UMF 226 cuenta con áreas transversales:

- **Control de Derechos:** Las oficinas de Afiliación y Vigencia aseguran el acceso legal de los usuarios a los servicios.

- Gestión de Información: El Archivo Clínico es el responsable del resguardo y flujo de los expedientes médicos, garantizando la confidencialidad y disponibilidad de la información para la toma de decisiones clínicas.
- Soporte Técnico: El área de Servicios Generales mantiene la higiene e infraestructura necesaria para un entorno sanitario seguro.

3.7 Características de la UMF

La Unidad de Medicina Familiar No. 226 se distingue por su enfoque en la atención primaria, con instalaciones especialmente diseñadas para la prevención y tratamiento ambulatorio. Gracias a su eficiente capacidad operativa, actúa como el principal punto de filtrado sanitario en la región. Uno de sus aspectos más destacados es la organización por turnos, lo que le permite atender a una población predominantemente suburbana y rural. Además, integra todos los servicios esenciales bajo un mismo techo, desde consultas externas hasta atención médica continua. Esta integración no solo mejora la resolución de problemas de salud menos complejos, sino que también facilita el seguimiento de enfermedades crónico-degenerativas, elementos clave en el sistema de salud del municipio.

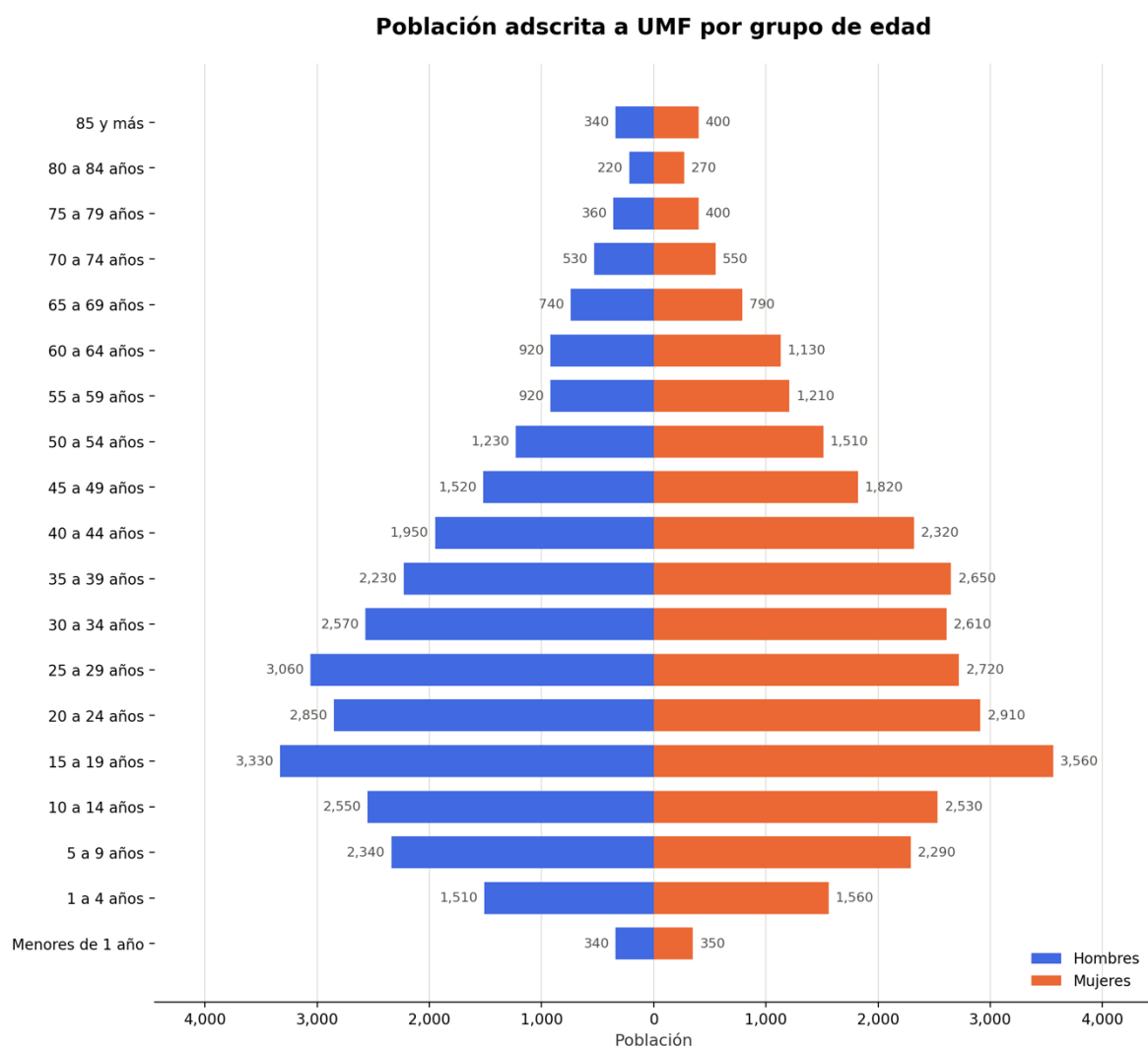
3.8 Características generales de la población de la UMF

A partir de la gráfica que muestra la ilustración 12 de "Población adscrita por grupo de edad", se pueden extraer conclusiones fundamentales sobre la demografía de la unidad, lo cual condiciona la demanda de servicios médicos:

- Población Joven y en Edad Reproductiva: Se observa un volumen predominante de población en los rangos de 15 a 19 años y de 25 a 29 años. El pico máximo se encuentra en el grupo de adolescentes (15-19 años), con una marcada prevalencia de mujeres (superando las 3,500 adscritas). Esto sugiere que la UMF debe enfocar gran parte de sus recursos en programas de Salud Reproductiva, Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente.

- Predominio del Sexo Femenino: En casi todos los rangos de edad, especialmente a partir de los 30 años, la barra naranja (mujeres) es consistentemente más larga que la azul (hombres). Esto es un fenómeno común en el IMSS conocido como la feminización de la matrícula, donde las mujeres tienen una mayor cultura de autocuidado y asistencia a la consulta, además de la carga propia de la atención gineco-obstétrica.
- Transición Demográfica y Adultos Maduros: Existe un grupo significativo de personas entre los 45 y 64 años. Aunque las barras se van acortando hacia la cima, este segmento es el más vulnerable a las enfermedades crónico-degenerativas. El hecho de que este grupo sea numeroso justifica que la Diabetes Mellitus haya sido una de las principales causas de mortalidad en tu tabla anterior; son pacientes que requieren seguimiento mensual y control metabólico estricto.
- Población Pediátrica: Se observa una base sólida y constante de niños entre 0 y 14 años (con aproximadamente 500 niños por cada año de edad simple en los primeros niveles). Esto implica una carga de trabajo estable para los servicios de Inmunizaciones (Vacunas) y control del niño sano.

La gráfica revela una población "joven-adulta". La unidad no solo debe atender las urgencias y patologías agudas, sino que se enfrenta al reto de gestionar la salud de una gran cantidad de jóvenes que pronto transitarán hacia edades con mayor riesgo de enfermedades crónicas. La superioridad numérica de las mujeres en edad fértil y adultos maduros define la identidad asistencial de la UMF 226 como un centro con alta demanda en obstetricia y control de riesgos metabólicos.



Fuente: ARIMAC, UMF 226, IMSS 2020

3.9 Motivos de consulta general

Considerando la estructura demográfica de la UMF 226 y las tendencias de salud observadas durante el periodo de servicio social, los principales motivos de atención en la consulta general corresponden a pacientes ya diagnosticados que acuden por vigilancia mensual o surtimiento de recetas:

1. Control de Diabetes Mellitus Tipo 2: Seguimiento metabólico, ajuste de dosis de hipoglucemiantes y detección de complicaciones.
2. Hipertensión Arterial Sistémica: Monitoreo de cifras tensionales y apego al tratamiento farmacológico.
3. Control Prenatal: Vigilancia de embarazos de bajo riesgo (muy frecuente debido al pico de población femenina de 15 a 29 años).
4. Control del Niño Sano: Vigilancia de crecimiento y desarrollo en la población pediátrica identificada en la base de la pirámide.
5. Vigilancia de Dislipidemias: Control de niveles de colesterol y triglicéridos en pacientes con riesgo cardiovascular.

3.10 Motivos de consulta de primera vez

Corresponden a síntomas nuevos o pacientes que ingresan por primera vez al sistema para diagnóstico:

1. Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS): Desde rinofaringitis hasta sospecha de neumonía.
2. Infecciones de Vías Urinarias (IVU): Principalmente en mujeres en edad reproductiva.
3. Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS): Relacionadas con factores ambientales y estacionales de la región.
4. Detección Inicial de Enfermedades Crónicas: Pacientes que acuden por síntomas sugestivos de diabetes (poliuria, polidipsia) o hallazgos casuales de hipertensión.
5. Planificación Familiar de Primera Vez: Solicitud de métodos anticonceptivos y consejería en salud reproductiva.
6. Lesiones y Traumatismos Menores: Consultas derivadas de accidentes en el hogar o trabajo.

3.11 Mortalidad en la población

El perfil de mortalidad registrado en la Unidad de Medicina Familiar No. 226 durante el año 2020 refleja una transición epidemiológica agudizada por la emergencia sanitaria global. De acuerdo con los datos obtenidos a través del sistema ARIMAC, se observa en la tabla 1, una concentración crítica de defunciones en causas respiratorias y metabólicas, las cuales se analizan a continuación:

- **Impacto de las Enfermedades Respiratorias:** La neumonía por causas no identificadas fue la principal causa de muerte, representando el 49.01% de las defunciones (25 casos). Es importante considerar que en 2020, la pandemia de COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2, a menudo se manifestó con síntomas que se clasificaban bajo este diagnóstico, especialmente al inicio o cuando no había pruebas confirmatorias disponibles. Esto sugiere que la unidad de salud vivió una presión excepcional debido a las complicaciones agudas respiratorias, superando incluso a las enfermedades crónicas habituales.
- **Enfermedades Crónicas y Comorbilidades:** La diabetes tipo 2 fue la segunda causa de muerte, con un 35.29% de los casos (18 defunciones). Esto resalta la vulnerabilidad de la población de Ixtlahuaca ante enfermedades metabólicas. Existe una conexión importante entre la diabetes y las muertes por causas respiratorias mencionadas, ya que esta enfermedad es un factor de riesgo significativo para desenlaces fatales en infecciones pulmonares agudas.
- **Causas Externas y Cáncer:** Los traumatismos craneoencefálicos causaron el 13.74% de las muertes, reflejando la persistencia de accidentes o violencia en la región. Además, a pesar de ser menos frecuente, una defunción por cáncer de mama (1.96% de las muertes) subraya la necesidad de seguir fortaleciendo los programas de detección temprana. Durante la emergencia

sanitaria, la atención a enfermedades oncológicas pudo haber pasado a un segundo plano, lo que destaca la importancia de mantener estos programas activos.

En resumen, durante el año 2020 en la Unidad de Medicina Familiar 226, vimos cómo las enfermedades respiratorias transmisibles emergieron como la mayor amenaza para la salud de la comunidad. Esto fue probablemente intensificado por el contexto de la pandemia de COVID-19. Estas enfermedades atacaron una población ya vulnerable, con una alta carga de problemas de salud crónicos y degenerativos. El escenario pintó un cuadro desafiante para la salud pública local, reflejando el complicado equilibrio entre manejar emergencias nuevas mientras se enfrentan las condiciones preexistentes de la comunidad.

Tabla 1. Mortalidad de grupos específicos.				
Mortalidad			No. Defunciones	%*
Diabetes mellitus	insulinodependiente	no	18	35.29
Neumonía,	organismo	no	25	49.01
especifico				
Traumatismo Craneoencefálico			7	13.74
Ca. De MAMA			1	1.96
TOTAL			51	100

Fuente: Elaboración propia con datos de ARIMAC, UMF 226, IMSS, 2020.

Limitaciones del estudio

Una limitación relevante del presente estudio consistió en la imposibilidad de ampliar la recolección de datos referentes al motivo de consulta estratificado por grupo de edad, así como a la presencia de comorbilidades en la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar. Lo anterior se debió a las restricciones de acceso a la información institucional derivadas de la contingencia sanitaria ocasionada por la pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19), la cual implicó la reorganización de los

servicios de salud, la priorización de la atención médica a la emergencia epidemiológica y, en consecuencia, la limitación del acceso a expedientes clínicos y bases de datos institucionales durante el periodo en que se desarrolló la presente investigación. Estas circunstancias condicionaron el alcance del análisis descriptivo realizado, por lo que se sugiere que estudios posteriores consideren la inclusión de dichas variables una vez superadas las restricciones asociadas a la contingencia sanitaria.

3.12 Conclusiones

La detallada descripción de la Unidad de Medicina Familiar 226 en Ixtlahuaca revela que la práctica médica en esta clínica es dinámica y está profundamente influenciada por su entorno geográfico y social único. Situada en una posición central, la clínica ofrece un fácil acceso para los pacientes, pero al mismo tiempo se enfrenta a una alta demanda de atención que desafía su infraestructura.

El análisis epidemiológico muestra que la unidad se encuentra en un importante momento de transición demográfica. Si bien hay una población joven que requiere un enfoque en la prevención, las tasas de mortalidad están dominadas por enfermedades crónicas y complicaciones respiratorias agudas. Este escenario confirma la necesidad de un equipo médico que pueda responder rápidamente a emergencias agudas y al mismo tiempo pueda gestionar con paciencia las condiciones crónicas.

En resumen, este contexto destaca a la unidad de servicio social seleccionada como un excelente objeto de estudio. En este marco, los determinantes sociales de la salud, como la facilidad de acceso geográfico proporcionada por el transporte, la estructura de la población por edad, y el contexto cultural de Ixtlahuaca, se convierten en factores prácticos que afectan directamente la eficacia de la práctica clínica y la adherencia de los pacientes a sus tratamientos.

3.13 Áreas de oportunidad

A pesar de la solidez operativa de la UMF 226, el análisis de sus indicadores de mortalidad y su estructura demográfica permite identificar puntos críticos de mejora. Estas áreas de oportunidad representan retos institucionales que, de ser atendidos, podrían transformar la calidad de la atención y los resultados en salud de la población derechohabiente.

1. Fortalecimiento de la Medicina Preventiva en Jóvenes

- Dada la gran cantidad de derechohabientes entre los 15 y 24 años; intensificar las campañas de salud reproductiva y prevención de adicciones. Existe una ventana de intervención para evitar que esta población joven desarrolle enfermedades crónicas a corto plazo, optimizando el uso de los programas institucionales como *JuvenIMSS*.

2. Optimización del Control Metabólico (Diabetes e Hipertensión)

- La diabetes fue la segunda causa de muerte en 2020 (35.29%). por lo que se podría implementar estrategias de educación en salud más exhaustivas, como los grupos de ayuda mutua (*DiabetIMSS*). El área de oportunidad radica en mejorar el porcentaje de pacientes "en control" y no solo "en tratamiento", reduciendo así las complicaciones que derivan en hospitalizaciones o defunciones.

3. Mejora en la Vigilancia Epidemiológica de Vías Respiratorias

- La alta tasa de mortalidad por neumonía (49.01%) durante la pandemia. Reforzar el triaje respiratorio y la capacitación continua en el manejo de insuficiencia respiratoria aguda. La unidad puede mejorar sus protocolos de referencia oportuna a segundo nivel para disminuir la mortalidad por cuadros pulmonares graves. Y hacer énfasis en la vacunación como método seguro de prevención.

4. Capítulo 4. Actividades realizadas en el servicio social.

4.1 Introducción

El servicio social en medicina representa la etapa de consolidación académica donde el médico pasante integra los conocimientos teóricos adquiridos en el pregrado con la realidad social del primer nivel de atención. El presente capítulo detallo las actividades desempeñadas en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 226 en Ixtlahuaca, las cuales se alinean con los programas institucionales del IMSS y los objetivos de salud pública nacional.

Este capítulo detalla las actividades asistenciales, administrativas, preventivas y de investigación llevadas a cabo durante el tiempo de servicio en la unidad de medicina familiar, destacando el profundo compromiso médico con la comunidad de Ixtlahuaca de Rayón.

4.2 Febrero

Las actividades iniciales del servicio social comenzaron con un reconocimiento en campo para caracterizar la dinámica demográfica y económica del municipio. Se observó una notable actividad comercial, tanto formal como informal, que abarca desde microempresas familiares hasta tiendas de autoservicio de cobertura nacional. Esta pluralidad comercial refleja un entorno socioeconómico dinámico que influye de manera directa en las condiciones laborales y los perfiles epidemiológicos de la población usuaria.

Asimismo, la incorporación al centro coincidió con el día de tianguis local, un fenómeno socioespacial de gran escala que condiciona la movilidad urbana y restringe de forma temporal el acceso a las instalaciones de salud en la cabecera municipal durante el inicio de la semana.

Al incorporarme a las instalaciones de la UMF No. 226, entablé coordinación con mi compañera de servicio social, también egresada de mi casa de estudios, para presentarnos formalmente ante la dirección de la unidad, a cargo de la Dra. Adriana Díaz. La directora nos notificó que la clínica no había contado con médicos pasantes durante un largo periodo, razón por la cual la sede no disponía de un departamento de enseñanza formalmente estructurado. Ante esta limitación institucional, la dirección asumió de forma directa la tutoría académica, programando la revisión semanal de casos clínicos comunes y la programación de sesiones clínicas multidisciplinarias con el grupo de médicos adscritos de la unidad.

Posteriormente, se realizó un recorrido de inducción por las áreas físicas y consultorios para conocer al personal del turno, estableciéndose formalmente el horario asignado de lunes a viernes de 08:00 a 14:00 horas, y coordinando la permanencia de mi compañera en el Consultorio 1 y la mía en el Consultorio 2 durante este ciclo inicial.

Al integrarme en el Consultorio 2 estuve bajo la supervisión de la Dra. Ofelia Sandoval, quien facilitó el proceso de capacitación técnica inicial para el manejo del sistema electrónico de atención al derechohabiente. Durante estas primeras jornadas, la dinámica se centró en la asistencia y observación de la consulta externa, ejecutando de forma habitual la toma de signos vitales, la exploración física dirigida según el motivo de consulta y la exploración cardiopulmonar sistemática de cada usuario.

Al concluir la primera jornada asistencial y con la finalidad de documentar el inicio formal de esta etapa periférica, se realizó la fotografía en el acceso principal de la unidad de medicina familiar (Imagen 13), finalizando con el traslado hacia la terminal central para el retorno a la ciudad de Toluca.

Ilustración 13 Yo frente a la fachada de la UMF 226 en el primer día de servicio



Fotografía propia Feb 2020

La primera semana de actividades asistenciales fue enfocada prioritariamente en el proceso de inducción y capacitación técnica sobre la plataforma del expediente clínico electrónico institucional. Esta fase de adaptación requirió el dominio de la plataforma institucional para la correcta redacción de las notas médicas conforme al marco normativo, así como la habilitación electrónica para la emisión y validación de recetas de transcripción y el manejo y gestión del programa de recetas resurtibles. Para el fin de este día se había consolidado la destreza técnica necesaria para utilizar de manera integral el flujo administrativo y digital requerido en una consulta externa de primer contacto.

Una vez que aprendí el manejo del sistema y bajo la supervisión de la adcrita, se me asignó dirigir por completo dos consultas de primera vez por jornada. Estos casos clínicos se trataron de infecciones respiratorias estacionales y cuadros de gastroenteritis aguda, lo que permitió aplicar los algoritmos de diagnóstico clínico y selección terapéutica en un escenario de práctica real.

Al concluir este primer ciclo, la médica asesora de la unidad, la Dra. Adriana, inos solicitó el desarrollo de una sesión clínico-epidemiológica enfocada en el Virus del Papiloma Humano (VPH). El proyecto se realizó en dos etapas complementarias: una fase inicial de actualización académica mediante una exposición teórica presentada ante los médicos adscritos de la unidad, y una posterior exposición de prevención primaria dirigida a la población derechohabiente. Esta última se llevó a cabo de manera directa en la sala de espera principal a través de pláticas de sensibilización y la distribución de folletos informativos, orientados a concientizar sobre los factores de riesgo y la importancia del tamizaje oportuno, actividad que quedó documentada en la Imagen 14.

Durante la sesión que organizamos de VPH con los médicos de la UMF, compartieron varios casos clínicos del tema y alentaron mis ganas de aprender más.

Ilustración 14 Tríptico informativo de VPH dirigido a los derechohabientes



Tras concluir la primera semana de actividades asistenciales, la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas de la Delegación Estado de México Poniente del IMSS convocó a una jornada de inducción general para todos los médicos pasantes adscritos a dicha región, teniendo como sede las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 249. Esta sesión inicial fungió como un espacio de presentación interinstitucional, destacando la presencia mayoritaria de egresados de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). La agenda académica del día se centró en la alineación del marco regulatorio sanitario vigente, priorizando el análisis metodológico de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) aplicables al primer nivel de atención, así como la estructura, niveles de evidencia y grados de recomendación de las Guías de Práctica Clínica (GPC). Dicho proceso de alineación normativa finalizó con la asignación equitativa de los ejes temáticos entre los pasantes, quienes asumieron la preparación e impartición de los contenidos en las sesiones clínicas posteriores.

Ilustración 15 Foto grupal de la primera sesión del IMSS en la UMF 279 con el coordinador de grupo.



Fotografía propia, Feb 2020

Por otra parte, la capacitación integró un eje centrado en desarrollo organizacional y trabajo colaborativo, en el cual se analizó la influencia de la atención integral en la evolución clínica de los pacientes. La pertinencia de esta actividad residió en la naturaleza multidisciplinaria de la convocatoria delegacional, la cual reunió no solo a pasantes de Medicina, sino también a profesionales en formación de Odontología, Nutrición y Fisioterapia. Esta interacción entre disciplinas facilitó la transición del esquema biomédico convencional hacia un modelo de salud interdisciplinario e integral, donde la coatenencia y el canalizado oportuno entre áreas resultan esenciales para abordar los determinantes sociales de la salud y mejorar la calidad de vida de la población derechohabiente (Ilustración 15).

En la sesión siguiente participaron más médicos pasantes provenientes de distintas unidades médicas de la región, lo que permitió una convivencia más amplia entre compañeros de diferentes sedes. Además de las actividades académicas, se llevó a cabo un taller de desarrollo organizacional enfocado en fortalecer la comunicación interpersonal y el trabajo en equipo.

Como parte de la primera actividad, se nos pidió formar parejas con médicos pasantes de una unidad diferente a la nuestra para favorecer la integración entre instituciones. En mi caso, trabajé con la médica pasante adscrita a la UMF 222. La dinámica consistía en resolver un reto de coordinación. Cada integrante sostenía con las manos los extremos de dos listones entrelazados y, sin soltarlos en ningún momento, debíamos encontrar la forma de deshacer el nudo. Aunque la actividad parecía sencilla al principio, pronto nos dimos cuenta de que requería analizar cuidadosamente la posición de los listones y coordinar cada movimiento.

Debo admitir que para nosotros fue una actividad complicada y no logramos resolverla. Sin embargo, al observar a las parejas que sí lo consiguieron, entendimos que el éxito no dependía de la fuerza ni del azar, sino de detenerse a analizar la situación antes de actuar. Ellos identificaban la posición de los listones y

encontraban la manera correcta de pasar por los espacios disponibles sin generar nuevos enredos.

Esta experiencia, que se muestra en la ilustración 16, me dejó una enseñanza importante. En muchas ocasiones, la mejor manera de resolver un problema no es actuar de inmediato, sino observar, comunicarse de forma clara con el equipo y planificar cada paso. Son habilidades que resultan indispensables en el ámbito de la salud, donde el trabajo coordinado y la toma de decisiones compartida tienen un impacto directo en la atención de los pacientes.

Ilustración 16 Haciendo la actividad en parejas



Fotografía propia, Feb 2020

Posteriormente realizamos una actividad enfocada en la comunicación interpersonal. El grupo se dividió de manera desigual y, de forma confidencial, a algunos participantes nos indicaron que debíamos practicar la escucha activa durante la conversación, mientras que la otra persona desconocía por completo el propósito del ejercicio.

En mi caso, conversé con una compañera que compartió con mucho entusiasmo algunas experiencias relacionadas con las etapas de desarrollo de su sobrino. Mi función consistía únicamente en escuchar con atención, mantener contacto visual y

hacer preguntas que le permitieran ampliar su relato. Gracias a ello, la conversación transcurrió de manera muy natural y agradable, como puede observarse en la ilustración 17.

Al finalizar la actividad, el coordinador nos invitó a reflexionar sobre la experiencia. La mayoría coincidimos en que sentirse escuchado de forma genuina genera confianza y hace que la conversación fluya con mayor facilidad. Gestos tan sencillos como mantener contacto visual, prestar atención y mostrar interés mediante preguntas transmiten a la otra persona que aquello que comparte tiene valor. Como futuros médicos, este ejercicio nos permitió reconocer que una buena comunicación no solo facilita la obtención de información durante la consulta, sino que también fortalece la relación médico-paciente y favorece un ambiente de confianza desde el primer encuentro.

Más adelante repetimos la dinámica, pero con un enfoque completamente opuesto. En esta ocasión debíamos mostrarnos indiferentes ante nuestra pareja: evitar el contacto visual, no responder a lo que nos decía y dirigir la atención hacia cualquier otra cosa. Mientras tanto, la otra persona tenía la tarea de contarnos alguna experiencia personal intentando mantener nuestro interés.

El contraste fue evidente. La conversación se volvió incómoda casi de inmediato y fue fácil percibir la frustración de quien intentaba comunicarse sin recibir ninguna respuesta. Esta actividad nos hizo reflexionar sobre el impacto que puede tener una actitud distante o desinteresada durante la atención médica. Comprendimos que la empatía, la escucha activa y la disposición para atender al paciente no son solo cualidades deseables, sino elementos fundamentales para brindar una atención de calidad y establecer una relación terapéutica basada en la confianza.

Ilustración 17 Conversación efectiva y dirigida con una compañera pasante



Fotografía propia Feb 2020

Como parte de las actividades orientadas al desarrollo de habilidades de comunicación, realizamos una simulación cuyo propósito era reflexionar sobre cómo el uso de dispositivos electrónicos puede interferir en la relación entre el médico y el paciente. En el ejercicio, mostrado en la ilustración 18, mi compañera debía contarme un acontecimiento importante para ella, relacionado con su fiesta de graduación y la elección de su vestido, mientras que mi tarea consistía en mantener la atención en mi teléfono celular e ignorar deliberadamente lo que me decía.

Aunque se trataba únicamente de una dinámica, la experiencia resultó incómoda. En lo personal, me costó trabajo actuar con indiferencia, ya que era evidente el interés de mi compañera por mantener la conversación y encontrar una respuesta de mi parte. Esta situación me hizo reflexionar sobre lo fácil que es perder la conexión con otra persona cuando nuestra atención está enfocada en algo distinto.

Durante la discusión posterior compartimos cómo nos habíamos sentido en ambos roles. La mayoría coincidimos en que ser ignorado provoca frustración e incluso la sensación de que lo que uno expresa carece de importancia. A partir de esta experiencia comprendimos que, en la práctica médica, la atención no debe centrarse únicamente en el diagnóstico o el tratamiento. También es fundamental ofrecer un espacio donde el paciente se sienta escuchado y comprendido.

Esta actividad reforzó la importancia de la escucha activa y de mantener una presencia genuina durante la consulta. Acciones tan simples como dejar de lado el teléfono, establecer contacto visual y prestar atención a lo que el paciente expresa contribuyen a generar confianza y fortalecen la relación médico-paciente. En muchas ocasiones, sentirse escuchado puede aliviar parte de la carga emocional con la que una persona llega a consulta y mejorar significativamente su experiencia durante la atención.

Ilustración 18 Conversación no efectiva



Fotografía propia Feb 2020

4.3 Marzo

Al inicio de este mes, en el ámbito de la salud apenas comenzaban a difundirse noticias sobre una enfermedad respiratoria que estaba generando preocupación en distintos países. En ese momento, los reportes epidemiológicos de la región únicamente mencionaban algunos casos en personas con antecedente reciente de viaje a zonas donde existían brotes, principalmente en Italia. Debido a que se trataba de casos importados y no existía evidencia de transmisión local sostenida, las actividades en la unidad médica continuaban con relativa normalidad, sin que imagináramos los cambios que se presentarían poco tiempo después.

Aprovechando ese periodo, dediqué parte de mi tiempo a conocer con mayor detalle el entorno de la comunidad donde realizaba mis actividades. La ilustración 19 muestra una de las calles principales de Ixtlahuaca, por la que transitaba diariamente al regresar a casa. Estos recorridos me permitieron observar no solo las características físicas del municipio, sino también la dinámica cotidiana de sus habitantes. Visité la plaza cívica, el palacio municipal y las áreas con mayor actividad comercial, lo que me ayudó a comprender mejor el contexto social de la población que atendíamos.

Ilustración 19 Día de plaza en una de las calles principales de Ixtlahuaca

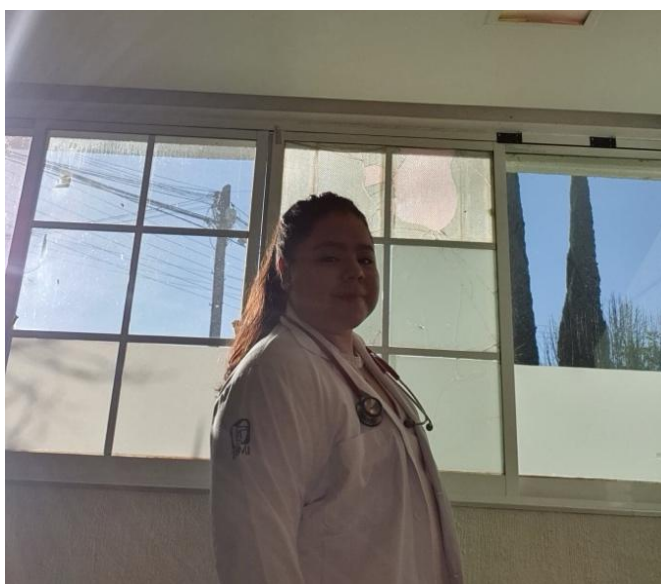


Fotografía propia Feb 2020

Conocer el entorno más allá de la unidad médica resultó de gran utilidad para delimitar el área de influencia de nuestro trabajo y entender las condiciones en las que vive la comunidad. Además, la información obtenida durante estas visitas sirvió como base para recopilar datos que posteriormente se integraron en la presente investigación.

Con el paso de los días, la incertidumbre creció en la unidad al ver cómo los casos de SARS-CoV-2 aumentaban rápidamente en todo el país, hasta que la Secretaría de Salud finalmente declaró el confinamiento. Aunque la alerta era nacional, nosotros en la UMF seguimos atendiendo de forma habitual por ser un servicio esencial; eso fue así hasta que la dirección nos convocó de urgencia a todo el personal a la sala de juntas, avisando por el sistema de sonido interno. En esa reunión nos notificaron formalmente las nuevas reglas: empezaba el resguardo obligatorio y se otorgaban licencias sanitarias para los compañeros de base que tuvieran enfermedades de riesgo, como diabetes, hipertensión o algún problema inmunológico. El objetivo era claro: proteger al personal vulnerable y tratar de evitar, a toda costa, que los contagios dentro del hospital se descontrolaran.

Ilustración 20 En el consultorio 3



Fotografía propia, Marzo 2020

Esta medida de protección sanitaria impactó de forma inmediata la capacidad operativa de la clínica; de la plantilla habitual de seis médicos familiares que cubrían el turno, la cantidad de médicos se redujo súbitamente a solo cuatro adscritos. Ante este déficit de personal y con la finalidad de evitar el colapso de la consulta externa, la directora redistribuyó la logística de los consultorios. Como consecuencia de esta reorganización de contingencia, mi compañera pasante y yo fuimos habilitadas para asumir de forma autónoma la titularidad y gestión clínica de un consultorio cada una, asumiendo la responsabilidad directa de la atención de los derechohabientes adscritos a dichos módulos, un hecho que quedó fotografiado en la ilustración 20.

Con la implementación de las medidas de emergencia, la dinámica de trabajo en la unidad cambió de manera significativa. Una de las principales estrategias consistió en expedir recetas con vigencia para tres meses, con el propósito de disminuir la frecuencia con la que los pacientes con enfermedades crónicas acudían a la unidad y, de esta forma, reducir el riesgo de exposición al virus.

Al mismo tiempo, el acceso a la UMF se restringió de manera importante, permitiendo el ingreso únicamente de pacientes con padecimientos urgentes no relacionados con síntomas respiratorios. Como consecuencia, gran parte de nuestras actividades se orientó al trabajo administrativo. La jornada transcurría principalmente revisando expedientes electrónicos, renovando tratamientos previamente establecidos y validando recetas para pacientes que recibían medicamentos prescritos por servicios de segundo nivel de atención.

Al inicio de esta etapa esperaba que hacerme cargo de un consultorio representara una oportunidad para fortalecer mis habilidades clínicas y adquirir mayor experiencia en la atención directa de pacientes. Sin embargo, el contexto sanitario modificó por completo esa expectativa. La práctica cotidiana pasó de la valoración clínica y la toma de decisiones médicas a un trabajo predominantemente administrativo, lo que limitó considerablemente las oportunidades de aprendizaje en ese momento.

A pesar de ello, comprendí que las circunstancias exigían priorizar las necesidades del sistema de salud sobre los objetivos individuales de formación. Con el paso de los días entendí que cada una de estas actividades, aunque pudiera parecer rutinaria, contribuía a garantizar la continuidad del tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas y a disminuir su riesgo de exposición. Esta experiencia reforzó en mí la importancia del compromiso profesional y de la capacidad de adaptarse a escenarios extraordinarios, entendiendo que el ejercicio de la medicina también implica responder con responsabilidad cuando las necesidades institucionales así lo demandan.

4.4 Abril

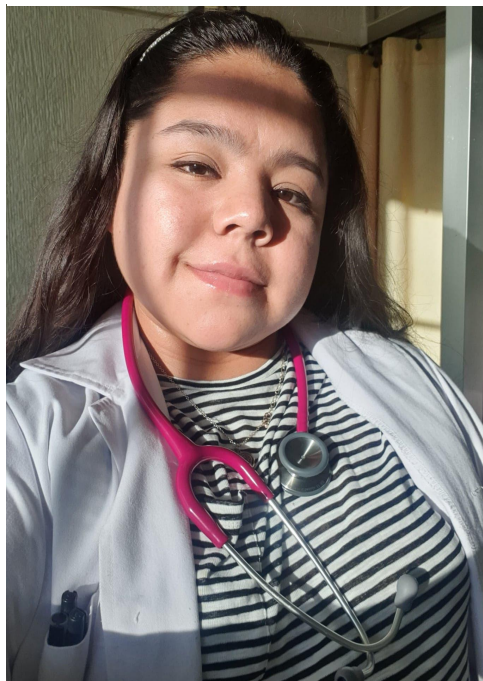
Asumir la responsabilidad del consultorio por mi cuenta fue, sin duda, uno de los mayores retos de mi formación. Aunque la mayoría de las consultas (ilustración 21), alrededor del 90%, eran pacientes estables que venían a renovar sus recetas como parte de la estrategia de contingencia, el resto del día me exigía un gran esfuerzo intelectual. Los dos o tres casos nuevos o aquellos con algún desajuste eran los que realmente ponían a prueba mis conocimientos. Lo más complicado fue desarrollar la agilidad mental necesaria en el primer nivel: aprender a realizar un interrogatorio empático mientras se traduce lo que el paciente dice al lenguaje clínico necesario para la nota, y al mismo tiempo estructurar un diagnóstico para decidir el mejor tratamiento en ese momento. Esa combinación de presiones y el flujo constante de personas me obligaron a desarrollar mi juicio clínico a una velocidad que no habría alcanzado solo con teoría.

Por otro lado, durante esos meses, la consulta estuvo marcada por algo que iba más allá de lo físico: un miedo colectivo impresionante. Muchas personas acudían no por el virus en sí, sino por crisis de pánico o ataques de ansiedad provocados por el encierro y el temor al contagio. A quienes mostraban síntomas claros de una enfermedad respiratoria los enviábamos directamente al triaje COVID fuera de la

unidad, pero el consultorio seguía recibiendo a pacientes que se sentían mal por la ansiedad, aunque no estuvieran infectados. El desafío aquí no era solo descartar que tuvieran COVID mediante una buena exploración, sino también aprender a calmarlos.

Mi trabajo diario consistía en explicarles qué les pasaba, por qué su cuerpo reaccionaba así ante el estrés y, sobre todo, convencerlos de que no necesitaban antibióticos ni pruebas de laboratorio innecesarias solo por miedo. Esta experiencia me dejó muy claro que, en el primer nivel de atención, no vemos solo síntomas aislados; debemos entender a cada persona dentro de su realidad y observar cómo esta crisis ambiental y social los está afectando profundamente.

Ilustración 21 Un día de consulta



Fotografía propia, Abril 2020

4.5 Mayo

Durante la emergencia sanitaria provocada por el COVID-19, los médicos pasantes que realizábamos nuestro servicio social en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) del IMSS nos enfrentamos a un entorno laboral altamente exigente y complejo. En medio de jornadas agotadoras y un notable desgaste emocional,

asumimos responsabilidades cruciales en el primer nivel de atención, tales como el triaje respiratorio, la orientación clínica de casos sospechosos y el seguimiento riguroso dentro del protocolo de vigilancia epidemiológica. A pesar de estar legal y académicamente en formación, la saturación de los servicios y las bajas por incapacidad en el personal institucional nos llevaron a desempeñar funciones y tomar decisiones comparables a las de un profesional titulado, convirtiéndonos en un elemento esencial para la continuidad de la atención en la unidad.

Esta etapa no solo nos expuso constantemente al riesgo de contagio biológico, sino que también generó una carga psicoprofesional significativa debido al contacto diario con el sufrimiento, el fallecimiento de pacientes y la preocupación constante de llevar el riesgo sanitario a nuestros hogares. Sin embargo, ante la adversidad del contexto, esta inmersión forzada fortaleció mi identidad y vocación médica; la necesidad de responder ante situaciones extremas aceleró el desarrollo de habilidades diagnósticas y de comunicación asertiva, al tiempo que fomentó vínculos profundos de solidaridad y trabajo multidisciplinario con el personal de la salud de la clínica, como se aprecia en la ilustración 22.

Ilustración 22 Redactando notas médicas



Fuente: creación propia

Por otro lado, la contingencia obligó a la suspensión temporal de los métodos tradicionales de educación médica continua, interrumpiendo actividades fundamentales como las sesiones clínicas presenciales, los "Días IMSS"—espacios académicos compartidos con pasantes de otras unidades de la zona—y las jornadas de "Día UAM", destinadas a la simulación interactiva de consulta externa y abordaje de urgencias comunes en el primer nivel. A pesar de esta interrupción pedagógica institucional, el compromiso con el aprendizaje autodirigido se mantuvo firme. Cada paciente evaluado, cada historia clínica integrada y el desafío intelectual de enfrentar diagnósticos inciertos se convirtieron en el verdadero motor de mi formación, utilizando la práctica tutorial directa como la herramienta máxima para el perfeccionamiento clínico y ético.

4.6 Junio

Durante junio, la operación de la unidad alcanzó su mayor vulnerabilidad debido a un aumento crítico en la tasa de transmisión viral entre el personal de salud. Esta alza en los contagios afectó significativamente al equipo médico base e incluso a mi compañera de servicio social, lo que resultó en un alto ausentismo laboral por razones médicas. Esta reducción drástica del personal dejó a la clínica funcionando con un equipo mínimo de emergencia, compuesto solo por un médico familiar, un médico en urgencias y mi participación como médico pasante. Ante esta situación crítica, la consulta externa habitual tuvo que ser suspendida temporalmente, lo que transformó por completo mis actividades. Mis tareas se centraron en la gestión administrativa del servicio, enfocándome en la transcripción, validación y reimpresión de recetas para pacientes con enfermedades crónicas estables, así como en la emisión de tratamientos especializados aplazados.

El estado de la unidad durante este tiempo reflejaba la severidad de la crisis sanitaria: las salas de espera que normalmente estaban llenas permanecían vacías, la farmacia se limitó a proporcionar rápidamente medicamentos crónicos para evitar

multitudes, y el personal médico se enfocó en la distribución eficiente de suministros farmacológicos para reducir el tiempo que los pacientes pasaban en el edificio.

Para optimizar el tiempo restante y reducir el impacto de la suspensión de la práctica clínica directa, la coordinación de formación del IMSS ordenó la realización de programas académicos complementarios a través de su plataforma virtual de aprendizaje. El primero de estos cursos fue "Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos" (Imagen 23). A pesar de las limitaciones de la educación a distancia, la capacitación ofreció un marco metodológico muy sólido y valioso para la práctica clínica en el primer nivel de atención. El programa se destacó por integrar algoritmos de tratamiento sintéticos, fáciles de entender y con una aplicación directa en la consulta externa. El enfoque estaba principalmente en estrategias conductuales y de cambio de estilo de vida, fundamentales para reducir el riesgo metabólico, complementadas con una revisión exhaustiva de los medicamentos aprobados para manejar la obesidad según la regulación sanitaria mexicana y dentro del cuadro básico de medicamentos institucionales. La finalización de esta actualización fue formalmente acreditada con el certificado correspondiente.

4.7 Julio

Durante la primera semana de este periodo, además de manejar una alta carga administrativa centrada en la emisión y entrega de recetas médicas, se continuó con el programa de capacitación obligatoria a través del curso "Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus" (Ilustración 24). Este módulo fue especialmente importante para mi desarrollo clínico debido a su enfoque metodológico riguroso. La plataforma ofreció un análisis comparativo detallado de las directrices de las principales sociedades médicas a nivel mundial, como la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD), logrando adaptar esta evidencia internacional a un marco aplicable y contextualizado para las características fenotípicas, genéticas y socioculturales de la población mexicana. Un aspecto destacado del curso fue su extenso segmento

sobre terapia médica nutricional y planificación alimentaria, que desglosaba con precisión el índice glucémico de los alimentos, las porciones recomendadas, los grupos de alimentos cuyo consumo debe restringirse y las alternativas viables de sustitución para mejorar el control glucémico después de las comidas.

Ilustración 23 Constancia de finalización de curso



Fuente: IMSS

Impulsada por las herramientas adquiridas en esta capacitación, creé una tarjeta informativa y educativa enfocada en la educación terapéutica del paciente. Este material visual, que se entrega directamente durante las consultas externas, tiene como propósito empoderar a los usuarios para que realicen cambios graduales y sostenibles en sus estilos de vida y hábitos alimenticios, los cuales influyen en el descontrol metabólico. La implementación de esta estrategia se hace necesaria al considerar los determinantes sociales de la salud que afectan a la población asociada a esta Unidad de Medicina Familiar (UMF).

Una parte significativa de los usuarios vive en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y aislamiento geográfico, factores que limitan gravemente el

acceso a la seguridad alimentaria y fomentan el consumo de productos ultraprocesados, económicos, de alta densidad calórica y sin valor nutricional. Ante esta situación, las guías clínicas actuales y el material de apoyo distribuido destacan la importancia de elegir alimentos locales y accesibles, el conteo de carbohidratos adaptado al presupuesto familiar y los criterios específicos para la suplementación enteral en pacientes con desnutrición calórico-proteica o sarcopenia secundaria, con el fin de disminuir las barreras económicas y reducir las complicaciones micro y macrovasculares a largo plazo.

Ilustración 24 Constancia de finalización de curso



Fuente: IMSS

4.8 Agosto

Al comenzar este periodo, se unió a la unidad un Médico Interno de Pregrado (MIP) para iniciar su rotación obligatoria en el servicio de Medicina Familiar (ilustración 25). Debido a los atrasos y ajustes administrativos provocados por la contingencia sanitaria, esta rotación comenzó más tarde de lo previsto, lo que requirió una optimización en los tiempos de inducción.

Ante esta situación, mi compañera pasante y yo asumimos la responsabilidad de guiar al interno en su proceso de adaptación. Nuestro enfoque docente se centró en

entrenarlo en el uso técnico y normativo del sistema de expediente clínico electrónico institucional, así como en la unificación de los criterios de semiología médica y las técnicas de exploración física dirigida que aplicábamos diariamente en la consulta externa.

Ilustración 25 Dolores, Said y yo



Foto propia

La incorporación de un médico interno de pregrado en la unidad revitalizó el entorno académico y fomentó un espacio de colaboración multidisciplinaria entre colegas. Dentro de este marco de coeducación, coordinamos conjuntamente actividades asistenciales prioritarias, como la exploración física dirigida, el control de la mujer embarazada en la consulta prenatal y el seguimiento en el programa de control del niño sano. Como parte del proceso de inducción y orientación para nuestro compañero, llevamos a cabo sesiones clínicas independientes entre nosotros tres, creando así un espacio de discusión médica horizontal.

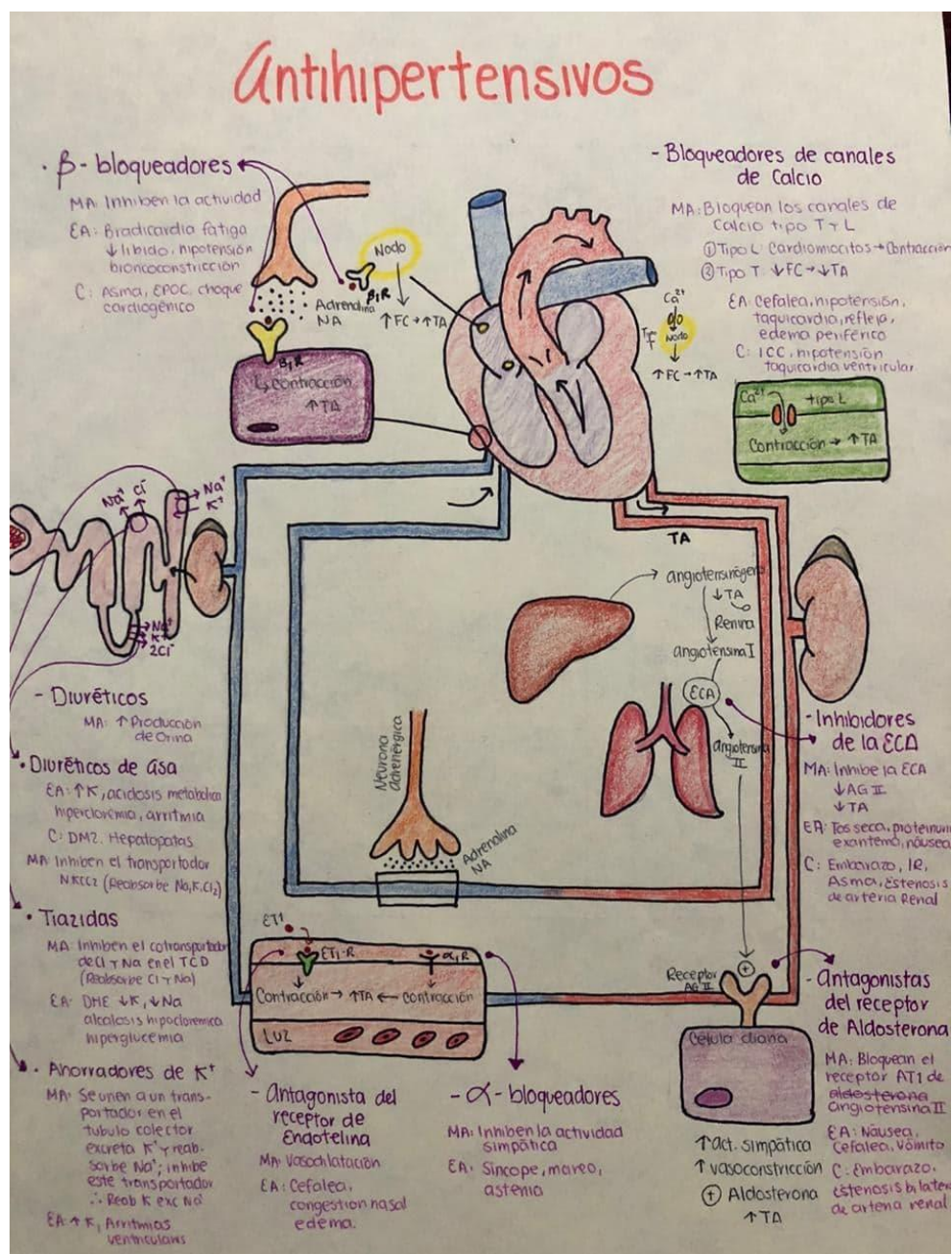
Durante ese tiempo, estaba cursando el módulo de "Hipertensión Arterial Sistémica y Crisis Hipertensiva" (ilustración 26), y fue muy oportuno desarrollar una sesión centrada en esta patología. Aunque la presentación se realizó de manera autónoma, sin la supervisión directa de un médico adscrito, la experiencia fue sumamente enriquecedora. Nos permitió establecer una correlación clínico-patológica directa mediante el análisis de casos de pacientes con diagnóstico de hipertensión que ya habíamos identificado en el consultorio, compartiendo y discutiendo las experiencias clínicas que comenzábamos a acumular en nuestra práctica diaria.

Ilustración 26 Constancia de finalización de curso



Para sistematizar la terapéutica farmacológica y simplificar la comprensión de las dianas terapéuticas, he creado un mapa conceptual sintético (ilustración 27). Este recurso educativo presenta de manera visual las diversas familias de antihipertensivos, conectándolas directamente con su sitio de acción en la fisiopatología de la enfermedad. Así, se mejora el análisis mecánico del tratamiento y se proporciona una herramienta de consulta rápida para la práctica clínica diaria.

Ilustración 27 Esquema de mecanismo de acción de antihipertensivos.



4.9 Septiembre

Al comienzo de este periodo, la mayoría de los médicos adscritos regresaron tras sus respectivas licencias e incapacidades, lo que coincidió con una disminución

inicial en las tasas de mortalidad relacionadas con la contingencia sanitaria. Esta estabilización epidemiológica permitió una transición gradual hacia las actividades institucionales regulares.

En esta fase, me asignaron al consultorio número 4, donde se desarrolló una dinámica de consulta externa muy eficiente y colaborativa con el médico adscrito responsable. Organizamos el flujo de trabajo mediante un sistema de alternancia de roles: mientras uno de nosotros realizaba el interrogatorio clínico y la exploración física detallada del paciente, el otro se encargaba de completar simultáneamente la nota médica en el expediente electrónico, optimizando así los tiempos de atención. Además, al finalizar la jornada asistencial, dedicábamos tiempo al análisis académico de casos clínicos complejos o diagnósticos de interés observados durante el día, fortaleciendo el razonamiento clínico basado en la evidencia.

El día 26 de este mes se celebró el "Día Naranja", una iniciativa institucional destinada a visibilizar y erradicar la violencia en todas sus formas. Organizado por el departamento de Trabajo Social, este proyecto mensual dedica entre 10 y 15 minutos para la reflexión colectiva y el análisis de estrategias enfocadas en identificar, contener y denunciar comportamientos de riesgo. En el contexto de la práctica clínica, se puso especial atención en la prevención de la violencia laboral y de género durante esta jornada, logrando la participación conjunta tanto del personal médico como del administrativo, como se evidencia en la fotografía de la ilustración 28.



En el ámbito de la formación continua, este mes se concluyó el módulo sobre "Cáncer de Próstata" (Imagen 29). Abordar esta enfermedad es de gran relevancia epidemiológica, ya que es uno de los principales motivos de consulta en la atención de adultos mayores en el primer nivel de atención.

Como médicos de primer contacto, tenemos la responsabilidad clínica de identificar de manera oportuna tanto los factores de riesgo modificables como los no modificables, así como de llevar a cabo un escrutinio y tamizaje sistemático (a través del antígeno prostático específico y el examen rectal). Esta intervención es vital para diferenciar tempranamente entre patologías benignas, como la hiperplasia prostática, y lesiones que podrían ser malignas, asegurando una referencia oportuna al segundo nivel de atención y mejorando el pronóstico del paciente.

Ilustración 29 Constancia de finalización de curso



4.10 Octubre

Durante este período, la rotación se realizó en el área de urgencias (Ilustración 30), donde la dinámica operativa había cambiado debido a la reconversión institucional por la pandemia. Las urgencias relacionadas con problemas respiratorios se concentraron en el módulo COVID, acondicionado en el estacionamiento de la unidad. Esto permitió que el espacio físico de urgencias se destinara exclusivamente a la atención de patologías traumatológicas y ortopédicas ambulatorias.

Esta reorganización promovió un entorno de aprendizaje multidisciplinario en el que, trabajando de cerca con el personal de enfermería, perfeccioné habilidades técnicas para el manejo inicial de lesiones traumáticas y no traumáticas en las extremidades. Esto incluyó la colocación de vendajes funcionales, férulas, aparatos de yeso y collarines cervicales. Al mismo tiempo, completé la formación teórica a través del

curso de "Atención integral a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio" (ilustración 31).

Ilustración 30 Durante consulta



Ilustración 31 Constancia de finalización de curso



4.11 Noviembre

El cierre de la formación teórica formal coincidió con el desarrollo del curso en línea "Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Primer Nivel de Atención" (ilustración 32). El tema abordado resultó ser sumamente relevante, ya que durante ese periodo se observó un aumento significativo en las consultas externas relacionadas con trastornos afectivos, especialmente crisis de ansiedad, episodios depresivos mayores y ataques de pánico.

Este incremento reflejaba en gran medida el impacto psicosocial de la pandemia, exacerbado por factores sociales como la inestabilidad económica y los despidos masivos causados por la incertidumbre en el sector laboral. Esta situación evidenció que la salud mental es una prioridad que incluso el personal médico tiende a normalizar o posponer, perpetuando el subdiagnóstico y reforzando los estigmas sociales asociados a estas patologías.

Además, la experiencia clínica reveló las limitaciones del sistema de salud frente a la creciente demanda de atención en salud mental. Aunque las guías de práctica clínica indican que un manejo óptimo requiere un enfoque integral en conjunto con el servicio de psicología, la realidad institucional durante la contingencia mantuvo a muchos departamentos especializados inoperativos.

Como resultado directo de esta barrera estructural, el flujo de referencia se vio interrumpido, limitando el tratamiento únicamente a la esfera farmacológica y dejando a los pacientes con un esquema terapéutico fragmentado que comprometió su pronóstico y adherencia al tratamiento.

Ilustración 32 Constancia de finalización de curso



4.12 Diciembre

Durante el penúltimo mes del servicio social, coincidiendo con el inicio de diciembre, se llevó a cabo la decoración navideña de las instalaciones clínicas. Este fue un esfuerzo conjunto, realizado en colaboración con el personal de asistencia médica. Más allá de ser simplemente una actividad decorativa, se planificó como una estrategia para humanizar la unidad, con el objetivo de transformar el entorno visual y ofrecer un espacio de apoyo emocional y resiliencia tanto para el personal como para los pacientes, tras el prolongado periodo de pérdidas humanas y el desgaste sanitario provocados por la pandemia de COVID-19. Este proceso de integración y ambientación navideña en el instituto se documentó en la ilustración 33.

Como parte del proyecto final de la rotación clínica, se creó un póster informativo centrado en la activación del Código EVC (Enfermedad Vascular Cerebral). Este recurso visual fue presentado inicialmente en la sala de médicos ante los doctores adscritos y la dirección de la unidad (Ilustración 34). Posteriormente, se instaló de forma permanente en la sala de espera principal de la clínica, con el objetivo de

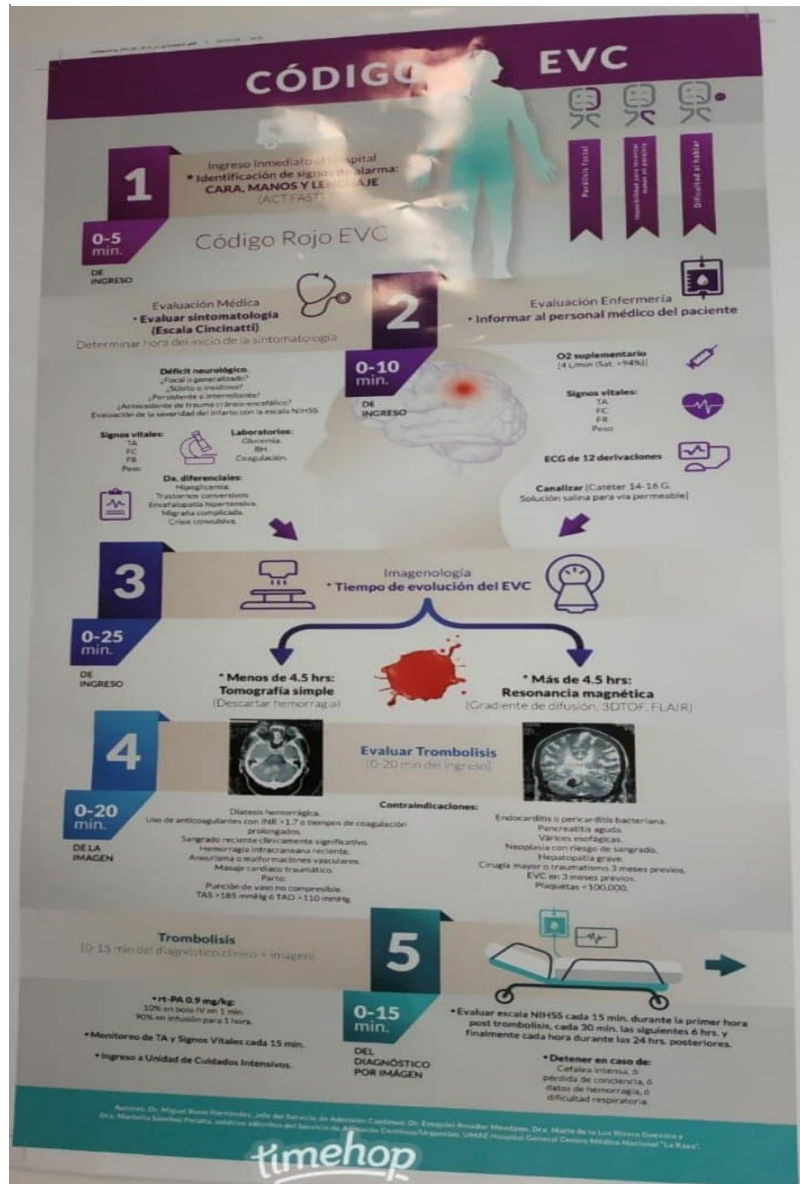
mejorar la difusión de esta ruta crítica de atención tanto para el personal como para los pacientes.

Ilustración 33 Dolores, la Dra. Sandoval y yo en la sala de espera de la UMF 226



La importancia de este proyecto se debe al impacto epidemiológico del EVC, que se describe como una interrupción súbita del flujo sanguíneo al cerebro, ya sea por un bloqueo (isquémico) o por la ruptura de un vaso sanguíneo (hemorrágico). Este evento provoca un daño neurológico agudo con síntomas clave como debilidad focal, dificultad para hablar o articular el lenguaje, y alteración del estado de alerta, lo que requiere una atención médica urgente. Dado que el pronóstico funcional del paciente depende estrictamente del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, la implementación visual de este código tiene como objetivo concienciar a la comunidad para lograr una identificación rápida, reducir los tiempos de traslado y, por ende, minimizar las secuelas neurológicas a largo plazo.

Ilustración 34 Póster de Código EVC en la sala de espera de la UMF



4.13 Enero

A pocos días de finalizar oficialmente el periodo de servicio social, la coordinación del Instituto anunció la entrega de uniformes clínicos y batas institucionales con membrete. La Unidad de Medicina Familiar (UMF) 251 en Metepec fue designada como el lugar para recibir estos artículos. Este procedimiento administrativo, que de manera simbólica marcó el final de la etapa de pregrado, quedó registrado en la

Imagen 35, donde se documenta el momento de la entrega del equipo y vestimenta correspondiente.

Ilustración 35 Recogiendo los uniformes en la UMF 251



El servicio social médico, por su propia naturaleza, supone un alejamiento de la comodidad del entorno académico. Sin embargo, vivir esta etapa en medio de una crisis sanitaria global transformó por completo mi percepción de la profesión. Ninguna rotación hospitalaria anterior ni la literatura científica podrían haberme preparado para la realidad operativa y emocional con la que me encontré al unirme a la unidad de salud.

La dinámica de la consulta y la gestión comunitaria se vieron rápidamente sobrepasadas por la incertidumbre del virus. El miedo no era una noción teórica; se manifestaba en el desgaste diario del personal, en la falta de suministros y en el flujo constante de familias afectadas por la enfermedad. Confrontar de golpe la fragilidad del sistema y la mortalidad en el primer nivel de atención me forzó a

enfrentar el duelo y el cansancio, no como un mero observador, sino como un participante activo en la contención de la emergencia.

En estas circunstancias, el acto médico dejó de ser un simple ejercicio algorítmico. La saturación de los servicios y la gravedad del contexto demandaron desarrollar una sensibilidad clínica diferente: aprender a interpretar el lenguaje no verbal de un paciente ansioso a través del equipo de protección, comprender el impacto del aislamiento en los adultos mayores y manejar el efecto de las malas noticias en un entorno donde el contacto físico estaba limitado. La práctica médica se convirtió en un ejercicio de presencia absoluta, donde la capacidad de escuchar fue tan esencial como la precisión del diagnóstico.

Asimismo, las limitaciones estructurales de la unidad y la rápida evolución de las directrices epidemiológicas me obligaron a desarrollar un criterio clínico agudo e independiente. Ante la escasez y la presión asistencial, la toma de decisiones tuvo que ser rápida, asertiva y bien fundamentada, asumiendo la responsabilidad directa de cada acción terapéutica sin el respaldo del entorno hospitalario universitario.

Ilustración 36 Último día de servicio social



Esta experiencia aceleró mi transformación de estudiante a profesional de la salud. Las complejidades éticas y clínicas que presencié durante la pandemia no solo reforzaron mis habilidades técnicas en el manejo de la patología y la salud pública, sino que también moldearon mi identidad médica. Me llevaron de regreso a la esencia de la medicina: una disciplina que, ante el colapso de sus herramientas técnicas, se fundamenta principalmente en la responsabilidad ética y en el respeto absoluto a la dignidad humana.

5. Capítulo 5. Conclusiones.

5.1 Respecto a su formación como persona

El servicio social en medicina es una etapa crucial en la formación de cualquier profesional de la salud. Para mí, esta experiencia fue un viaje transformador que no solo afianzó mis conocimientos médicos, sino que también moldeó profundamente mi carácter y mi perspectiva sobre la vida y la profesión médica. A través de este ensayo, deseo compartir cómo el servicio social impactó mi vida, tanto en el ámbito profesional como personal, y cómo contribuyó a mi formación integral como individuo.

Desde el comienzo de mi servicio social, me enfrenté a desafíos que nunca había imaginado. Trabajar en comunidades con recursos limitados me obligó a ser innovador y a pensar críticamente para proporcionar la mejor atención posible con lo que estaba disponible. Este entorno no solo agudizó mi habilidad para resolver problemas, sino que también me enseñó la importancia de la adaptabilidad y la creatividad en la medicina. Aprendí a valorar cada recurso y a utilizarlo de manera eficiente, lecciones que continúan guiándome en mi práctica diaria.

Sin embargo, el impacto más significativo del servicio social fue en el ámbito humano. Cada paciente que atendí me ofreció una lección de humildad y empatía. Al tratar con personas que a menudo enfrentaban situaciones de salud complicadas, comprendí que la medicina va más allá del diagnóstico y tratamiento; se trata de escuchar, comprender y estar presente para aquellos que necesitan apoyo. Este entendimiento profundizó mi compromiso con la ética médica y fortaleció mi deseo de servir con integridad y compasión.

El servicio social también me brindó la oportunidad de trabajar en equipo con otros profesionales de la salud. Esta colaboración me enseñó el valor del trabajo en equipo y la importancia de la comunicación efectiva. Aprender a confiar en mis

colegas y a compartir responsabilidades fue un paso crucial en mi desarrollo profesional. Además, estas interacciones fomentaron un sentido de comunidad y solidaridad que enriqueció mi experiencia y me recordó que, en medicina, el bienestar del paciente es siempre un esfuerzo colectivo.

En términos personales, el servicio social fue una etapa de autodescubrimiento y crecimiento. Me permitió enfrentar mis propios prejuicios y limitaciones, y me enseñó a ser más tolerante y comprensivo. Cada día en el servicio social era una oportunidad para aprender y mejorar, no solo como médico, sino como ser humano. Estas experiencias me han dotado de una perspectiva más amplia y me han hecho apreciar la diversidad y la resiliencia inherente en cada ser humano.

En conclusión, el servicio social en medicina fue una experiencia que dejó una huella indeleble en mi vida. Me proporcionó las herramientas necesarias para enfrentar los desafíos profesionales con confianza y me inculcó valores que continúan guiando mi comportamiento y decisiones. Más allá de las habilidades técnicas, el servicio social me enseñó sobre la humanidad, la humildad y el poder del servicio desinteresado. Sin duda, esta etapa formativa fue fundamental para mi desarrollo como médico y como persona, y su impacto perdurará a lo largo de mi carrera y vida personal.

5.2 Respecto a la formación como personal de salud

El servicio social en medicina es una experiencia formativa que desafía y transforma a quienes la emprenden. Representa la culminación de años de estudios teóricos y prácticos, y se convierte en un puente hacia el ejercicio profesional. En mi caso, el servicio social no solo consolidó mis conocimientos médicos, sino que también enriqueció mi crecimiento personal y profesional, permitiéndome entender la verdadera esencia de ser un profesional de la salud.

Desde el inicio de mi servicio social, me di cuenta de que las aulas y los libros habían preparado el terreno, pero la verdadera formación comenzaba en el contacto directo con los pacientes. En el entorno hospitalario, la teoría se transformaba en acción. Cada diagnóstico y tratamiento era un recordatorio de la responsabilidad inherente a la profesión médica. Aprendí a valorar el conocimiento adquirido, pero también a reconocer la importancia de la empatía y la comunicación efectiva. Cada interacción con los pacientes me recordaba que más allá de la enfermedad, tratamos con personas que buscan comprensión y apoyo.

Una de las lecciones más impactantes durante este periodo fue la importancia del trabajo en equipo. En el servicio social, el trabajo médico no es individual; es una sinfonía de esfuerzos colectivos. Aprendí a colaborar con otros profesionales de la salud, a valorar sus aportes y a reconocer que el bienestar del paciente depende de un esfuerzo conjunto. Esta experiencia fortaleció mi capacidad para trabajar en equipo, enseñándome a integrar diferentes perspectivas y a fomentar un ambiente de respeto y cooperación.

El servicio social también fue un escenario para desarrollar habilidades de liderazgo. En muchas ocasiones, me encontré en situaciones donde debía tomar decisiones rápidas y efectivas bajo presión. Estas experiencias me enseñaron a confiar en mi juicio clínico, pero también a ser flexible y a aprender de cada error. Desarrollé una resiliencia que me permite enfrentar desafíos con una actitud positiva y proactiva, características esenciales para cualquier profesional de la salud.

Uno de los aspectos más gratificantes del servicio social fue la oportunidad de servir y retribuir a la comunidad. Trabajar en áreas de escasos recursos me hizo consciente de las desigualdades en el acceso a la atención médica. Este contacto directo con la realidad social me impulsó a comprometerme más con la equidad en salud y a buscar formas de contribuir a la mejora del sistema sanitario. La satisfacción de poder ayudar y marcar una diferencia en la vida de las personas es un motor que continúa impulsando mi vocación.

En conclusión, el servicio social en medicina dejó una huella imborrable en mi formación como profesional de la salud. Me brindó la oportunidad de aplicar mis conocimientos, desarrollar habilidades esenciales y fortalecer mi compromiso con la sociedad. Más allá de los conocimientos técnicos, el servicio social me enseñó la importancia de la humanidad, la empatía y el servicio. Estas lecciones son el fundamento de mi práctica médica y seguirán guiando mi camino en esta noble profesión.

5.3 De la aportación a la comunidad

El servicio social en medicina es una experiencia transformadora que trasciende la mera práctica clínica para convertirse en una oportunidad de crecimiento personal y profesional. A lo largo de mi año de servicio social, he tenido la oportunidad de trabajar en comunidades con recursos limitados, donde cada día presentaba nuevos desafíos y aprendizajes. Esta experiencia no solo me permitió aplicar mis conocimientos médicos en situaciones reales, sino que también me enseñó el verdadero valor de la empatía, la resiliencia y el compromiso con el bienestar de los demás.

Desde el primer día, el servicio social me enfrentó a la dura realidad de las desigualdades en el acceso a la atención médica. Trabajar en una clínica rural me hizo consciente de las limitaciones que enfrentan muchas comunidades, desde la escasez de medicamentos hasta la falta de personal médico capacitado. A través de estas experiencias, aprendí a maximizar los recursos disponibles y a improvisar soluciones creativas para problemas complejos, habilidades que son invaluableles en cualquier práctica médica.

Uno de los aspectos más impactantes de mi servicio social fue la relación que desarrollé con los pacientes. En un entorno donde el acceso a la atención médica es limitado, los pacientes mostraban una gran confianza y gratitud por la atención

recibida. Esto reforzó mi sentido de responsabilidad y me motivó a esforzarme por brindar la mejor atención posible. Cada interacción con los pacientes me recordaba que detrás de cada diagnóstico hay una persona con una historia única, lo que me impulsó a ver más allá de los síntomas y a tratar al paciente de manera holística.

El servicio social también me brindó la oportunidad de involucrarme en actividades de promoción de la salud y educación comunitaria. Organizar talleres sobre prevención de enfermedades y hábitos saludables me permitió ver el impacto directo de la educación en la salud de la comunidad. Estas iniciativas no solo mejoraron el conocimiento y las prácticas de salud de los participantes, sino que también fomentaron un sentido de responsabilidad compartida en el cuidado de la salud comunitaria.

Además, trabajar en un entorno con recursos limitados fortaleció mis habilidades de comunicación y colaboración. Aprendí a trabajar en equipo con otros profesionales de la salud, así como con líderes comunitarios, para desarrollar e implementar estrategias que respondieran a las necesidades específicas de la comunidad. Esta experiencia me enseñó que el trabajo en equipo y la comunicación efectiva son esenciales para lograr un impacto positivo y sostenible.

En conclusión, el servicio social en medicina ha sido una experiencia profundamente enriquecedora que ha impactado mi vida de múltiples maneras. Me ha brindado una comprensión más profunda de las realidades de la atención médica en comunidades desatendidas y me ha enseñado el valor de la empatía, la creatividad y la colaboración. Más allá de los conocimientos médicos adquiridos, el servicio social me ha dejado con un firme compromiso de continuar contribuyendo al bienestar de las comunidades, utilizando mis habilidades y conocimientos para marcar una diferencia positiva en la vida de las personas.

5.4 Respecto a la institución educativa

El servicio social en medicina representa un hito significativo en la formación de cualquier estudiante de esta carrera. En mi caso, realizado a través de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), no solo consolidó mis conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante mis años de estudio, sino que también impactó profundamente mi vida personal y mi visión profesional. Esta experiencia fue un puente entre el aprendizaje académico y la aplicación real, y me permitió descubrir la importancia del compromiso social en la práctica médica.

Desde el inicio de mi servicio social, me di cuenta de que la educación proporcionada por la UAM me había preparado sólidamente para enfrentar los desafíos del entorno clínico. La combinación de un currículo exhaustivo, enfocado en la integración de la teoría y la práctica, con un enfoque humanista, fue crucial para desarrollar un pensamiento crítico y una ética profesional sólida. Enfrentarme a situaciones reales en el servicio social fue el catalizador que me permitió aplicar este conocimiento de manera efectiva. La capacidad de tomar decisiones rápidas y acertadas, aprendida en las aulas, se volvió indispensable cuando se trataba de atender a pacientes con diversas necesidades.

Durante este periodo, la interacción con pacientes de diferentes trasfondos socioeconómicos y culturales amplió mi perspectiva sobre el papel del médico en la sociedad. La UAM, con su enfoque en la diversidad y la inclusión, había plantado en mí la semilla de la empatía y el respeto por las diferencias individuales. Esta formación fue esencial al enfrentarme a realidades que no siempre se reflejan en los libros de texto. Tratar con personas que a menudo no tenían acceso a servicios de salud de calidad reafirmó mi compromiso con el principio de equidad que mi institución siempre promovió.

Además, el servicio social me brindó la oportunidad de trabajar en equipo con otros profesionales de la salud, una habilidad que la UAM fomenta desde los primeros

años de la carrera. La colaboración interdisciplinaria es un pilar en la atención médica eficaz, y el haber experimentado esto de primera mano me hizo apreciar aún más la educación integral que recibí. Aprendí que el trabajo conjunto y el intercambio de conocimientos son esenciales para brindar la mejor atención posible.

Por último, este periodo de servicio social fortaleció mis habilidades de comunicación, tanto con los pacientes como con otros profesionales de la salud. La UAM siempre enfatizó la importancia de una comunicación clara y efectiva, no solo como una herramienta para el diagnóstico y tratamiento, sino como un medio para construir relaciones de confianza. Esta competencia resultó invaluable en mi práctica diaria, permitiéndome abordar las inquietudes de los pacientes con sensibilidad y comprensión.

En conclusión, el servicio social en medicina no solo consolidó mis habilidades clínicas y mi conocimiento teórico, sino que también reafirmó los valores y principios inculcados por la Universidad Autónoma Metropolitana. Esta experiencia transformadora me permitió crecer personal y profesionalmente, y me dejó con una profunda gratitud hacia mi institución educativa por haberme preparado de manera integral para enfrentar los desafíos del mundo real. La UAM no solo me formó como médico, sino como un agente de cambio comprometido con la mejora de la sociedad.