

Universidad Autónoma Metropolitana: Unidad Xochimilco

Licenciatura: Medicina

Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para el
Cuidado y el control de enfermedades crónicas en el primer
nivel. Enfoque de capacidades (MAICP)

Implementación del Modelo de Atención Centrada en la
Persona en "Las Ánimas" Tulyehualco. Ciudad de México
(CDMX)

Antonio Martinez Miranda
Matricula: 2192037668

Promoción de servicio social: Febrero 2025-Enero 2026

Responsable del proyecto: Víctor Ríos Cortázar

Asesora interna: Alejandra Gasca García

Fecha de entrega del documento: 06 de febrero de 2026



Índice:

1.-		
Presentación.....		3
2.-El modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas (MAICP).....		3
3.-El diplomado.....		4
3.1 Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.....		4
3.2 Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.....		12
3.3 Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.....		21
3.3.1 Fortalecimiento de la acción comunitaria: El Consejo Asesor del Centro de Salud.....		32
3.4.-Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas.....		34
3.4.1.- Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.....		47
4.-		
Conclusiones.....		48
5.-		
bibliograficas.....	Referencia	51
Anexos.....		53

1. Presentación

Este documento nace como necesidad no solo de las personas que viven con enfermedades crónicas, sino más bien como una necesidad que no sabemos que necesitamos nosotros, el personal, de la salud quienes nos formamos desde otra perspectiva de la salud, desde una perspectiva individualista. Tiene el propósito de dejar huella del poco o mucho trabajo que se dejó durante este año del servicio social hacer constancia que aunque sea pequeña se trató de dejar huella en la salud de todas aquellas personas con las que tuvimos contacto este año.

En este documento encontrarán las labores que se realizaron este año, y las dificultades que se tuvieron al tratar de comenzar a implementar este modelo de atención en Las Animas unidad de vinculación universitaria de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco en el pueblo de Tulyehualco Xochimilco, esta unidad cuenta con distintos tipos de servicio a la comunidad del pueblo, como son: agronomía impartidas en forma de asesorías, cultivos de autoconsumo para el comedor universitario, consultas médicas por parte de la carrera de Veterinaria y Zootecnia, consultas médicas de primer nivel de atención para personas así como también asesorías nutricionales entre otras.

El presente no busca plasmar los grandes resultados obtenidos, sino más bien busca ser un ejercicio de introspección para mis compañeros del sector salud, podamos reflexionar la calidad y los modos que nos han enseñado para relacionarlos con las personas que viven con enfermedades crónicas, abrir nuestra perspectiva y de ser posible invitarlos al autocuestionamiento.

2. El modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas (MAICP).

El modelo de atención integral centrado en la persona (MAICP) consiste en tres subsistemas que juntos conformar la salud de las personas, y si alguno de ellos falla o no funciona de manera adecuada comenzaremos a tener problemas en nuestra salud como seres humanos, a continuación se describirán estos tres subsistemas y se explicara la interrelación que guardan estos.

1.- Sistema de Salud: Para fines de este trabajo vamos a definir al sistema de salud como todo aquello que nos brinda el estado y las instituciones de salud tanto públicas como privadas, incluye la orientación clínica, apoyo en la toma de decisiones, etc.

2.- Comunidad: Son los recursos que tiene cada persona pero no solo desde la perspectiva de comunidad como algo local, también a otro nivel, ejemplo de ello pueden ser las políticas públicas, diseñadas en su mayoría a nivel federal, están pensadas para la comunidad, si se piensa desde un punto de vista más cerrado, podemos ver a comunidad como las redes de apoyo que tiene cada personas para poder mejorar su salud.

3.- Interacciones productivas (personal de salud bien preparado, persona con autogestión): este es uno de los grandes puntos para que pueda suceder todo de manera adecuada. Las interacciones productivas son encuentros planificados y

efectivos entre un paciente informado y activo y un equipo de salud preparado y proactivo, apoyados por sistemas de información y redes de atención, que permiten mejorar el control de las enfermedades crónicas y los resultados en salud.

Cabe resaltar que este modelo de atención, deja de ser vertical, y nos pone a todos en un entorno horizontal donde todos somos igual de importantes para la mejora continua de la salud de las personas.

3. El diplomado

El diplomado es una buena forma de poner en práctica y cambiar nuestra perspectiva referente a la forma que hacemos medicina y damos atención a las personas, nos invita a dejar a un lado los egos y pensar de una manera mas humilde y más humana, como ya se ha hablado en el trabajo, este diplomado y el modelo de atención va a mas alla de solo “dar consulta”, trata de integrar las principales variantes que son esenciales en la salud de las personas y de esa manera junto con las misma personas que padecen las enfermedades se busca llegar en conjunto a una forma de salud plena y de autogestión.

Durante este año mi dinámica de trabajo consistió en ir de lunes a jueves al consultorio del proyecto universitario las animas (mencionado anteriormente), no negaré que en un inicio fue difícil y confuso, primero porque no se había implementado anteriormente en este lugar, segundo porque teníamos que aprender a ayudar a las personas desde una manera distinta y tercero porque teníamos que explicar lo anterior a las personas con enfermedades crónicas, no de manera teórica sino de manera práctica. Los viernes acudía a la universidad a las sesiones de este diplomado. Todo esto funcionó para bien pues me permitió poder abordar a las personas de una manera más humana, menos técnica, más cálida, menos sistemática, aprender a escuchar, acompañar. Esto se ve reflejado no solo en datos de laboratorio, sino en la confianza que las personas depositan en ti.

3.1 Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.

1. Introducción

Las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y la dislipidemia representan una carga importante para la salud pública, especialmente en comunidades en situación de vulnerabilidad social y económica. En el pueblo de Tulyehualco, ubicado en Xochimilco, gran parte de la población atendida en el primer nivel de atención vive en condiciones de bajos recursos, lo

que representa un reto significativo para la implementación de un modelo de atención centrado en la persona.

El presente ensayo surge a partir de la observación directa de las barreras que enfrentan las y los pacientes con enfermedades crónicas para ejercer el autocuidado, tomar decisiones informadas sobre su salud y desarrollar autonomía. En particular, se reflexiona sobre la influencia que tiene la situación socioeconómica en el empoderamiento de estos pacientes, entendiendo que factores como el acceso limitado a recursos, el nivel educativo, las condiciones laborales y la seguridad alimentaria impactan directamente en su capacidad para asumir un rol activo en el manejo de su enfermedad.

La pregunta que orienta este trabajo es: ¿De qué forma influye la situación socioeconómica en el desarrollo de la autonomía y el empoderamiento de pacientes con enfermedades crónicas en Tulyehualco? A partir de esta interrogante, se desarrollarán argumentos relacionados con los conceptos de atención centrada en la persona, desarrollo de capacidades, toma de decisiones compartida y determinantes sociales de la salud, vinculados con experiencias y observaciones clínicas reales durante el servicio social.

2. Objetivos específicos:

- Identificar las principales condiciones socioeconómicas de los pacientes con diabetes, hipertensión y dislipidemia en Tulyehualco.
- Describir cómo estas condiciones impactan en su capacidad para ejercer el autocuidado y tomar decisiones informadas.
- Examinar el papel del personal médico, especialmente en el servicio social, en la promoción del empoderamiento desde un enfoque de atención centrado en la persona.
- Proponer estrategias viables para fortalecer la autonomía de los pacientes en contextos de bajos recursos.

3. Justificación

La atención a enfermedades crónicas en el primer nivel de atención representa un reto complejo, particularmente en comunidades con condiciones socioeconómicas limitadas como Tulyehualco, en Xochimilco. Una vez tomado en cuenta este contexto, el fortalecimiento del autocuidado y la autonomía de los pacientes no puede entenderse sin considerar los factores sociales, económicos y culturales que influyen directamente en su capacidad para participar activamente en el manejo de su salud, incluso se podría decir que son pilares en el manejo de la salud.

Este ensayo es pertinente porque pone en el centro del análisis una pregunta crítica: ¿cómo afecta la pobreza, el bajo nivel educativo y el limitado acceso a recursos a la posibilidad real de que los pacientes desarrollen autonomía y se empoderen? La mayoría de los modelos de atención están contruidos desde una perspectiva ideal, y con ideal no se refiere a que es perfecta, sino más bien hace referencia a que están pensados en un contexto donde tenemos los recursos y los medios adecuados y necesarios para llevar a cabo esto, pero en la práctica clínica cotidiana, especialmente en zonas marginadas, existen barreras estructurales que no pueden ignorarse, ejemplo de ello son, el nivel bajo de escolaridad, seguridad, tipo de trabajo que viene aunado con el sueldo que percibe cada persona, donde por desgracia en las zonas como Tulyehualco, tienden a ser más bajo los sueldos.

Al reflexionar sobre esta realidad desde un enfoque centrado en la persona, donde ella es el centro y el fin de nuestras acciones y apoyado en el desarrollo de capacidades, este trabajo busca generar una visión más sensible, realista y comprometida con las condiciones concretas de las personas que viven con enfermedades crónicas en entornos difíciles y en situación de vulnerabilidad.

4. Desarrollo

4.1. Autonomía y empoderamiento en el manejo de enfermedades crónicas

La autonomía se refiere a la capacidad de una persona para tomar decisiones informadas sobre su salud, mientras que el empoderamiento implica el proceso mediante el cual adquiere el conocimiento, habilidades y confianza para ejercer esa autonomía. En el caso de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y dislipidemia, estos conceptos son fundamentales, ya que el tratamiento depende en gran medida del autocuidado diario del paciente. Sin embargo esto es algo que por desgracia no se logra en las comunidades de México en general, y mucho menos en una ciudad como la Ciudad de México, donde las limitantes no son solo de salud, sino educativas, sociales e incluso culturales. Se debe buscar lograr llegar junto con nuestros “pacientes” a un estado donde ellos sean capaces de gestionar su propia salud, no viéndolo desde una perspectiva vertical, sino mas bien desde una horizontal, donde ponemos a la persona en el centro y el resto de los recursos de la salud (incluidos nosotros) giramos entorno de él.

El enfoque de capacidades, desarrollado por Amartya Sen y Martha Nussbaum, aporta una perspectiva útil al poner el énfasis no solo en los recursos que una persona tiene, sino en lo que puede hacer con ellos. Esto permite analizar si realmente las personas en Tulyehualco tienen la libertad efectiva de ejercer su autonomía en salud.

4.2. Determinantes socioeconómicos en Tulyehualco

En Tulyehualco, muchos pacientes enfrentan condiciones de pobreza, empleo informal o precario, bajo nivel educativo y dificultades para acceder a servicios básicos. Estas condiciones afectan su salud de múltiples maneras: no siempre pueden adquirir sus medicamentos, sostener una dieta adecuada, asistir a consultas frecuentes o entender completamente las indicaciones médicas.

Estas barreras estructurales limitan la posibilidad real de ejercer autonomía, incluso si el paciente tiene la voluntad. Por ejemplo, una persona puede querer alimentarse de forma saludable, pero no contar con los recursos ni el conocimiento para hacerlo

adecuadamente. O bien, puede tener la intención de monitorear su presión arterial, pero no tener un baumanómetro en casa, ni dinero para adquirirlo. Este tema no es una situación aislada o exclusiva de poblaciones mexicanas, en Bélgica, en el año 2021 se publicó un estudio en la BMC por parte de la Universidad Gante, donde se demuestra también que los factores socioeconómicos son una de las principales determinantes de la autogestión de la enfermedad, puesto que se encontró las personas con enfermedades crónicas que tienen un nivel educativo bajo y un nivel de ingresos inferior a la media, tuvieron peor control de sus enfermedades. pero, esto porque se da? Pues una respuesta rápida, absurda y errónea que darían algunas personas sería que porque a estas personas no les interesa su salud, sin embargo en trasfondo va más allá, que esa simplificada respuesta, a las personas claro que les interesa su salud, sin embargo la situación es distinta para cada una de ellas, algunos no tienen el dinero para comprar sus medicamentos porque tienen gastos dentro de su familia, otros posiblemente no tengan el tiempo para realizar ejercicio porque su trabajo está a dos horas, y regresaron muy cansados. No podemos abordar este tema de una manera generalizada.

4.3. La atención centrada en la persona como alternativa viable

La atención centrada en la persona ofrece una ruta para mitigar parte de estas barreras. A diferencia de un modelo biomédico rígido, este enfoque considera los valores, preferencias y circunstancias del paciente. Escuchar activamente al paciente, comprender su contexto, y adaptar las recomendaciones médicas a su realidad concreta puede fortalecer el vínculo terapéutico y favorecer decisiones compartidas más realistas, en general no nos sirve de mucho que le indiquemos el tratamiento más top con el medicamento mas super wow, si la persona no tiene para comprarlo, por eso debemos hacer más conciencia sobre nuestras actividades dentro del sistema de salud.

Como médicos pasantes, nuestro papel no es sólo clínico, sino también educativo, empático y humano. Al comprender el entorno del paciente, es posible brindar

acompañamiento más eficaz, fortalecer su confianza y ayudarle a identificar pequeñas acciones sostenibles que promuevan su salud.

4.4. Reflexión desde la práctica clínica en Tulyehualco

Durante mi servicio social me he podido dar cuenta de las dificultades que enfrentan los pacientes con enfermedades crónicas para ejercer su autocuidado. Estos pueden ir desde no poder comprar una caja de medicamentos hasta problemas estructurales como el hecho de que deban afrontar tiempos de espera enormes para poder tener una cita con el especialista. Eso por un lado, por el lado de nosotros, al ser pasantes muchas veces ellos se topan con nuestra inexperiencia al momento de fungir como doctores, probablemente muchas veces se nos han ido pacientes porque no los supimos escuchar o no los logramos entender y ellos, en su búsqueda por alguien que los ayude, probablemente optaron por buscar a alguien más. Estos ejemplos muestran cómo las decisiones en salud están fuertemente determinadas por el contexto, en el que se desarrolla la persona, algo así como lo que dicta el materialismo histórico. Aunque por otro lado los resultados que ha dado el proyecto han sido muy buenos y prometedores.

5. Conclusiones.

Lo que este trabajo permitió evidenciar es que la situación socioeconómica sí influye de manera directa y profunda en la posibilidad real de que los pacientes con enfermedades crónicas ejerzan autonomía y se empoderen. En Tulyehualco, muchas personas viven con carencias económicas, bajo nivel educativo y acceso limitado a servicios de salud. Aunque en teoría se habla de “pacientes responsables de su salud”, en la práctica no se puede ser autónomo sin herramientas, sin información clara, ni sin condiciones mínimas de vida.

Este contexto nos obliga a replantear el rol del médico, no como alguien que “indica lo que hay que hacer”, sino como facilitador del desarrollo de capacidades. El empoderamiento no se impone, se construye. Y en un entorno de desigualdad, eso solo puede lograrse si escuchamos, entendemos y adaptamos nuestras estrategias a lo que el paciente realmente puede hacer con lo que tiene.

El enfoque de atención centrada en la persona, acompañado del enfoque de capacidades, nos da una base ética y práctica para cambiar esa relación clínica. No basta con recetar, hay que acompañar. No basta con educar, hay que contextualizar. Porque si el paciente no puede ejercer su derecho a decidir, cuidar y participar, entonces el sistema no lo está empoderando, lo está abandonando, y eso, por desgracia, pasa demasiado en las zonas rurales de este país.

En conclusión, la autonomía y el empoderamiento en salud no son ideas románticas: son procesos políticos, sociales y humanos, que solo serán posibles si asumimos que la medicina también debe luchar contra la desigualdad, desde el primer contacto y desde la manera en que miramos y tratamos a cada persona. No solo se hace medicina en el estudiar los libros, o en asistir a bonitos congresos, también hacemos medicina desde el momento que comenzamos a prestar atención a las personas, en cómo se sienten, en lo que los hace sentir mal, cuales son sus preocupaciones por su enfermedad, logros, identificar sus fortalezas y trabajar junto con ellos en sus debilidades.

Referencias bibliográficas.

Sen A. Inequality Reexamined. Cambridge MA: Harvard University Press; 1992.

Nussbaum M. Women and Human Development: The Capabilities Approach. Cambridge: CUP; 2000.

Ríos- Cortázar V, Gasca- García A, Tolentino Mayo L, et al. Capabilities approach in a person- centered comprehensive care model for chronic diseases at the first level of care in Mexico City. Int J Integr Care. 2022;22:156.

Tengland PA. Health and capabilities: a conceptual clarification. Med Health Care Philos. 2019;23(1):25–33.

Marmot M; Wilkinson R, editors. Social Determinants of Health. 2nd ed. Oxford: OUP; 2006.

IntechOpen. Promoting Patient- Centered Care in Chronic Disease. In: Chronic Disease Management. 2018.

3.2 Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.

Introducción

Las enfermedades crónicas, enfocándonos en las enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias son un desafío de salubridad general desde una perspectiva colectiva hasta la individualidad, a lo largo de años estas enfermedades han ido en aumento tanto de morbilidad como de mortalidad a nivel mundial; Estudios anteriores han documentado una asociación inversa entre el nivel socioeconómico y el control glucémico en personas que viven con Diabetes Mellitus tipo 2. Particularmente en México este panorama es de alta importancia, la prevalencia de diabetes rebasa el 15% en adultos mayores de 20 años[1], sobre la hipertensión arterial con prevalencia de 31.1%, por esta razón existen programas que realizan pruebas para detección de estas enfermedades, también es importante la diferencia que existe en una década en nuestro país, sobre pruebas de detección de diabetes mellitus de pasar de 26.6% de adultos >20 años en 2012 para el 2021 bajo a 15.5%, en resultados contrastes en 2023 existió un incremento de detección de diabetes hasta el 25% probablemente al impacto que presentó por la pandemia de la Covid-19 ;En el escenario de hipertensión arterial de 29.4% de la población >20 años en 2012 a 23.5% para el 2023[1].

La mortalidad de las enfermedades no transmisibles es de vital importancia presentarla, ya que en México en 2024 se registraron 112,577 muertes asociadas a diabetes mellitus y en primer lugar las enfermedades del corazón se registraron 192,518 muertes que directamente se asocian a estas enfermedades no transmisibles especialmente hipertensión y las dislipidemias.[2]

Pese a la alta prevalencia y mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles, el éxito en el control de las mismas no es directamente proporcional, ya que el control de las enfermedades se ve influenciado por circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven y mueren, los determinantes sociales, los cuales no recaen solamente en las acciones de las personas especialmente enfocados en el nivel socioeconómico (NSE)[3]. Este nivel socioeconómico condiciona al acceso sea parcial o total de los servicios de salud, desde la adquisición de algún tratamiento farmacológico, hasta la seguridad alimentaria que tienen los grupos sociales [4].

El contexto de las personas en México sobre la desigualdad económica determina en vacíos tanto diagnósticos como terapéuticos, de un extremo aquel estrato económico de mayor ingreso donde tienen mas ventanas de posibilidades en adquisición de tratamientos de costos altos o terapéuticas necesarias y del otro lado los estratos con limitaciones que representan una vulnerabilidad para la adquisición de tratamientos indispensables, lo que es indispensable aterrizar la magnitud de la

situación para profundizar sobre la asociación entre el nivel socioeconómico y el control de estas patologías ya que tienen impacto potencial en resultados clínicos y/o complicaciones de las enfermedades de las personas, con el objetivo de desarrollar nuevas estrategias para mejorar el control de sus enfermedades[5]

Este problema lo logramos observar en la atención de nuestros pacientes que acudieron durante el año de nuestro servicio social, donde personas con un nivel socioeconómico bajo tenían limitaciones para acceso a tratamiento farmacológico hasta procedimientos necesarios para su bienestar, lo que como consecuencia sucedieron complicaciones y resultados clínicos no favorecedores para las personas, por lo que nos dio origen a nuestra presente revisión sistemática.

En esta revisión sistemática se desarrollaran los objetivos tanto general y específicos, el planteamiento del problema que lleva al desarrollo de la presente revisión, su justificación, la elaboración de la pregunta PICO donde nos basamos para realizar la búsqueda adecuada en las bases de datos y posterior selección, así como la síntesis de datos

Objetivos de la revisión sistemática

- **Objetivo general:**

Analizar la evidencia científica disponible sobre la asociación entre el nivel socioeconómico y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles a través de la presente revisión sistemática

- **Objetivo específico:**

Identificar los indicadores socioeconómicos y los parámetros clínicos utilizados para determinar el control de las enfermedades crónicas no transmisibles

- **Objetivo específico**

Evaluar la magnitud de la asociación entre los distintos estratos de nivel socioeconómico y significancia con el descontrol de las patologías

Protocolo de la revisión sistemática

- **Planteamiento del problema origen de la revisión sistemática**

Durante el desarrollo del servicio social en los consultorios del proyecto de vinculación “Las Ánimas” brindamos atención médica continua a población predominantemente mayores de 40 años con enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias; A través del seguimiento identificamos un patrón en la mayoría de nuestros pacientes; Los pacientes que acudían a consulta de primera vez con cifras tensionales y niveles de glucosa elevados y pacientes que estaban en control de sus enfermedades perdían dicho control de manera abrupta en la consultas subsecuentes, lo cual indagando no era únicamente un patrón fisiopatológico o preferencia de la persona, sino que estaba asociado por su nivel socioeconómico.

Esta mayoría de nuestro grupo de personas presentaba limitaciones económicas que impacta entre decidir comprar su medicamento o comer una semana, lo que mucha gente comentaba que prefirió mantener a su familia que comprar su medicamento lo que causaba la pérdida del control de su enfermedad; Así mismo sucedía con los estudios de laboratorio que tenían la imposibilidad de costear tales estudios, esta situación nos generó el interés de profundizar mediante esta revisión sistemática la asociación entre el nivel socioeconómico y el control de enfermedades, buscando fundamentar científicamente este impacto de las limitaciones económicas en la salud poblacional.

- Justificación de la revisión

Esta revisión sistemática se justifica al exponer la necesidad de documentar de manera científica cómo los distintos niveles socio económicos impactan en el control de enfermedades, donde existen distintas relevancias.

La relevancia de las personas atendidas se visibiliza en entender que el “descontrol” de las enfermedades no es una falla de carácter individual, sino un conjunto de barreras colectivas estructurales, lo cual al entender estas barreras nos ayuda a conocer las dificultades que enfrentan y saber el cómo acompañarlos sin estigmatizaciones.

Para nuestro servicio social, no solamente los consultorios del proyecto de vinculación, sino las jurisdicciones sanitarias, esta revisión aporta evidencia para que reconozcan las consecuencias del desabasto de medicamentos y el difícil acceso a estudios de laboratorio, así realizar distintas estrategias como la gestión de recursos basada en el perfil socioeconómico de la comunidad.

Para nosotros como pasantes es relevante realizar esta revisión sistemática ya que nos ayuda mejorar nuestra atención integral en el cuidado de la persona, de una visión exclusivamente biomédica a una visión que incluya el involucramiento con la persona, lo que nos da un pensamiento mas critico en distintos contextos de las personas.

El valor teórico de esta revisión sistemática aporta una profundización en una perspectiva de vulnerabilidad en enfermedades crónico degenerativas desde factores macro tales como los ingresos económicos tales como la educación a la escolaridad alcanzada, así mismo impactan en factores micros tales como los indicadores clinicos especificos como cifras tensionales, hemoglobina glicada y perfil lipídico, lo que tiene un aporte principal que es identificar si existe una asociación entre el nivel socioeconómico y la alteraciones de los determinantes básicos como la seguridad alimentaria.

Esta revisión es crucial para optimizar la transición hacia un modelo de atención integral y centrado en la persona. Al integrar y dimensionar la influencia del nivel socioeconómico en la manifestación, la progresión y la respuesta al tratamiento de las diversas patologías, logramos una comprensión mucho más profunda de las necesidades individuales y comunitarias.

Esta comprensión es fundamental para tomar mejores decisiones compartidas, donde las estrategias de control y manejo de la patología no solo se basan en guías clínicas universales, sino que se ajustan de manera pragmática y ética a la realidad

social, los recursos disponibles y los alcances económicos de la comunidad y del individuo.

- Formulación de la pregunta PICO

P: Pacientes adultos con enfermedades crónicas.

I: Nivel socioeconómico bajo.

C: Nivel socioeconómico medio o alto.

O: Control de enfermedades Crónicas

“En pacientes con enfermedades crónicas, ¿un nivel socioeconómico bajo se asocia con un menor control en comparación con un nivel socioeconómico alto?”

Descriptores MeSH y DeCS: Socioeconomic Status; Chronic Disease; Diabetes Mellitus, Type 2; Hypertension; Dyslipidemias; Disease Management; Social Determinants of Health.

Tipo de estudios incluidos:

Estudios observacionales analíticos (cohortes, casos y controles, transversales), revisiones sistematicas, meta-analisis

Criterios de inclusión:

- Población adulta (≥ 18 años).
- Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y/o dislipidemia.
- Medición explícita del nivel socioeconómico.
- Reporte de parámetros clínicos objetivos de control.
- Publicaciones en inglés o español entre 2015 y 2025.

Criterios de exclusión:

- Estudios en población pediátrica o gestantes.
- Revisiones narrativas, editoriales o reportes de caso.
- Falta de datos clínicos objetivos.

Estrategia de búsqueda:

Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed/MEDLINE, y LILACS utilizando descriptores MeSH y términos libres relacionados con nivel socioeconómico, enfermedades crónicas no transmisibles y control clínico. Los términos se combinan mediante operadores booleanos AND/OR. Asimismo, se incluyeron filtros para identificar revisiones sistemáticas y estudios observacionales publicados entre 2015 y 2025 en idioma inglés o español.

Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed/ MEDLINE, y LILACS utilizando descriptores MeSH y términos libres combinados

mediante operadores booleanos:

("Socioeconomic status"[Title] OR "Socioeconomic factors"[Title] OR "Socioeconomic disparities"[Title]) AND ("Diabetes"[Title] OR "Hypertension"[Title] OR "Dyslipidemia"[Title] OR "Cardiovascular"[Title]) AND ("Control"[Title/Abstract] OR "HbA1c"[Title/Abstract] OR "Risk"[Title/Abstract])

("nivel socioeconómico" AND ("diabetes" OR "hipertensión") AND "control")

Ejecución

Selección de reportes de investigación

-Se llevaron a cabo diversas búsquedas sistemáticas en las bases de datos de PubMed/Medline y LILACS, utilizando los descriptores y algoritmos derivados de nuestra pregunta PICO, con el objetivo de identificar tanto evidencia global como regional con el objetivo de asegurar mayor diversidad a nuestra metodología, este proceso fue ejecutado de forma independiente por ambos, con las siguientes fases de la selección:

1.-Cribado inicial: Se revisaron tanto los títulos como los resúmenes de los 29 resultados de nuestra búsqueda con el objetivo de descartar aquellos resultados que no correspondan a la búsqueda de población adulta con enfermedades crónicas no transmisibles y que busquen la asociación con sus determinantes sociales

2.-Filtros: Se realizarán filtros en las bases de datos en donde se descartaron reportes de casos, revisiones narrativas, resúmenes, así como se aplicó un filtro temporal de resultados en los últimos 10 años (2015-2025), priorizando metanálisis y revisiones sistemáticas, así como estudios observacionales o artículos que cumplieran con nuestros criterios tanto de inclusión como de exclusión

Como resultado de esta selección de reportes seleccionamos 7 resultados en total: 5 derivados de la búsqueda sistemática en las bases de datos y 2 artículos adicionales identificado mediante búsqueda manual, seleccionados por la alta relevancia para el contexto de nuestra revisión sistemática, estos resultados presentan una asociación clara entre el nivel socioeconómico y el descontrol de la enfermedad crónica no transmisible, cumpliendo con el enfoque de determinantes sociales los cuales son la base de nuestra revisión sistemática que constituyen la base de nuestra revisión.

Síntesis de datos (Resultados)

Título del artículo	Referencia	Participante s(PICOS)	Intervención(PI COS)	Comparación (PICOS)	Resultados (PICOS)	Diseño del estudio (PICOS)
Socioeconomic Factors Associated With Glycemic Measurement and Poor HbA1c Control in People with Type 2 Diabetes: The global DISCOVER study	Gomes et al.(2022)	Personas con DM2*(N= 1 4,041)	NSE* medio-bajo, educación básica y atención pública	NSE* altos, educación formal/superior, atención privada	26.9% HbA1c >9.0%, 19.1% sin medición basal de HbA1c*	Estudio observacional prospectivo multicéntrico
A global systematic overview of socioeconomic factors associated with antidiabetic medication adherence in individuals with type 2 diabetes	Studer et al. (2023)	Personas con medicación antidiabética	Determinantes sociales (Ingresos, educación, etnia, seguro médico, vivienda)	Seguridad privada, NSE* alto, patrimonios altos	Asociación positiva entre NSE bajo y control de DM2	Revisión sistemática (102 estudios)
The Prevalence and Progression of Microvascular Complications and the Interaction With Ethnicity and Socioeconomic Status in People With Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis	Alobaid et al.(2025)	Personas con DM2	NSE* bajo	NSE* alto	Aumento de prevalencia de retinopatía diabética: 25%(NSE bajo) y 16% (NSE alto)	Meta-análisis
Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico	Villalobos Aremis et al (2021)	Personas ≥ 20 años en localidades de <100,000 habitantes (N=9273)	Escolaridad mini, NSE bajo y origen indígena	NSE alto, escolaridad superior y población no indígena	Mayor riesgo de descontrol de enfermedades por falta de acciones básicas en consulta y autocuidado	Estudio transversal analítico
Situación de la hipertensión arterial a nivel público y privado	Sandoya et al (2016)	Pacientes en policlínica en Maldonado (N=2,020)	Pacientes en nivel público con bajo NSE (N=1134)	Pacientes en nivel privado (N=886)	El control de los pacientes a nivel público fue de 36.1% vs 60,7% en comparación de nivel privado	Estudio descriptivo transversal
Socio-economic status and HbA1c in type 2 diabetes: A systematic review	Bijlsma-Rutte et al. (2018)	Adultos con DM2 incluidos en estudios observacionales realizados en países de ingresos altos, medios y bajos.	Nivel socioeconómico o alto (mayor escolaridad, mayores ingresos, empleo calificado)	Asociación consistente entre bajo NSE y HbA1c más elevada; peor control glucémico en grupos socioeconómicos desfavorecidos	Revisión sistemática de estudios observacionales	Revisión sistemática de estudios observacionales
Socioeconomic inequalities in glycaemic control in recently diagnosed adults with type 1 and type 2 diabetes	Autores IJTM (2023)	Personas adultas con DM2 atendidas en servicios de salud ambulatorios.	Bajo NSE medido por educación, ingresos y/o tipo de cobertura sanitaria	Alto NSE, mayor escolaridad y acceso a servicios privados o especializados	Mayor probabilidad de HbA1c >7–8% en grupos de bajo NSE; desigualdades persistentes aún con acceso a tratamiento farmacológico	Estudio observacional transversal

Una revisión sistemática realizada por Bijlsma-Rutte et al. Incluye múltiples estudios observacionales y mostró una asociación consistente entre bajo nivel socioeconómico y peor control glucémico, medido mediante HbA1c,

independientemente del sistema de salud o región geográfica. Así mismo el estudio observacional publicado en el International Journal of Translational Medicine identificar una asociación significativa entre un nivel socioeconómico más bajo y peores resultados relacionado con la salud de las personas, en este artículo se destaca el impacto que tiene los factores estructurales como el ingreso económico y la escolaridad, resultados similares se pueden encontrar en otros artículos utilizados en esta revisión[6]

En el estudio realizado “The global DISCOVER study” (Gomes et al. 2022) aporta evidencia donde existen limitaciones tanto en el monitoreo clínico; De un total de 14,041 personas, existen 2682 personas sin datos de toma basal de HbA1c, los participantes de países de ingresos medianos-bajos presentaron una mayor proporción sin medición basal de HbA1c (1390/51.8%); Los países de ingresos medios-bajos y medios-altos predominan teniendo una HbA1c >9.0%(2096/68.7%) que aquellos con HbA1c <9.0% (4117/49.6%) donde demuestran que factores socioeconómicos se asocian con falta de mediciones basales como con el control glucémico en personas con diabetes tipo 2[7]

En la revisión sistemática realizada por Studer et al. (2023), se identificaron diversos determinantes sociales que están relacionados con el control de enfermedades crónicas no transmisibles en personas con diabetes mellitus tipo 2, destacan determinantes como la etnia, nivel educativo y acceso a seguro médico se asocian con el control de la diabetes mellitus tipo 2; Particularmente dentro de los 102 estudios primarios que incluye la revisión, la gran mayoría reporta una asociación positiva entre el nivel socioeconómico y la adherencia para el control de enfermedades crónicas no transmisibles en diversas regiones como en USA, Asia y África, sin embargo hay hallazgos como en Malasia donde un nivel socioeconómico alto no se traduce en mejor control de diabetes mellitus tipo 2 así mismo la revisión destaca que aquellas personas con vulnerabilidad en situación de calle tienen aún menos probabilidad de alcanzar un adecuado control de su diabetes mellitus tipo 2[8]

Como se ha mencionado la diabetes mellitus tipo 2 es un problema de salud pública mundial donde el no llevar un adecuado control de esta enfermedad aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones microvasculares como la nefropatía y retinopatía, existen factores tanto biológicos como ambientales que aumentan la prevalencia de complicaciones pero especialmente este meta-análisis de Alobaid et al. (2025), profundiza en que podría existir una asociación en el nivel socioeconómico y un riesgo de desarrollo como progresión de nefropatía y retinopatía diabética, dentro de los 27 estudios, se realizaron meta-análisis en 13, de distintas regiones tales como Reino Unido, Estados Unidos, Japón, Corea del Sur y Australia de la asociación de la nefropatía diabética y un nivel socioeconómico sólo se identificaron 2 estudios por lo que no se incluye en el meta-análisis, sin embargo estos estudios concluyen que los grupos de un nivel socioeconómico alto lo que incluyen el nivel educativo superior tienen mejor control de su enfermedad disminuyendo la prevalencia de nefropatía diabética por ende la prevalencia fue mayor en el nivel socioeconómico bajo al tener menor control de su enfermedad (22 vs 36%); Sobre la retinopatía diabética y la asociación del nivel socioeconómico, demostró

una mayor prevalencia de retinopatía diabética así como menor control de su diabetes en poblaciones con bajo nivel socioeconómico en comparación con poblaciones de alto nivel socioeconómico (25% vs 16% respectivamente)[8]

Y así mismo las barreras para el autocuidado de la persona con su respectivo control de sus enfermedades, especialmente diabetes, este estudio de Villalobos et al. (2021) que se enfoca en una población de 20 años o más que viven en localidades con menos de 100,000 habitantes busca si existe alguna asociación con un descontrol de personas con diabetes al tener baja escolaridad, nivel socioeconómico bajo y ser indígenas en comparación con los que tienen un nivel socioeconómico alto, lo que se analizó las acciones básicas realizadas por ambas partes, el personal de salud en la salud como las acciones realizadas por los pacientes para lograr un control de su diabetes, sin embargo esta asociación también influye ya que el grupo de intervención tienen menor acceso a abasto de medicamentos, como consultas al vivir en áreas geográficas con mayor dispersión, las unidades de atención no suelen ir lo que limita el seguimiento y control de su enfermedad[9]

***DM:Diabetes mellitus tipo 2, NSE: Nivel socioeconómico, HbA1c: Hemoglobina glicada**

Recomendaciones

Con la evidencia documentada realizamos las siguientes recomendaciones con el objetivo de mejorar la atención clínica especialmente con personas en contextos de vulnerabilidad social.

1. Tamizaje de riesgo social: El implementar en la consulta de primera vez preguntas dirigidas sobre la seguridad alimentaria así como la estabilidad financiera, así como demuestra el estudio **Studer et al (2023)** que identificar barreras como los ingresos o vivienda es indispensable para evitar prescribir tratamientos inalcanzables
2. Acompañamiento integral: Reconocer que el control de las enfermedades no es consecuencia de las acciones del paciente, sino una consecuencia de barreras estructurales, por lo que se recomienda adoptar un modelo de toma de decisiones compartida
3. Estrategias de desarrollo de capacidades: Tal como lo documenta **Villalobos et al. (2021)** donde identifica que la baja escolaridad como un predictor de mayor riesgo de pérdida de control de sus enfermedades, por lo que generar estrategias de material visual, adaptados a la cultura para desarrollar mejores herramientas de autocuidado

Conclusiones

La presente revisión sistemática enfatiza la importancia de reconocer la existencia de la asociación entre el nivel socioeconómico bajo y el descontrol de las enfermedades crónicas no transmisibles, ya que un nivel socioeconómico no solo llega a un mal control de enfermedad sino desencadena un riesgo mayor de complicaciones, las cuales no son secundarias a una barrera unifactorial, sino brechas multifactoriales desde lo individual hasta lo colectivo, por lo que es fundamental desarrollar una visión integral centrada en la persona

Referencias bibliográficas

- 1.- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2020-2023: Resultados Nacionales [Internet]. Cuernavaca, México: INSP; 2024 [citado 2026 Ene 07]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2023/doctos/informes/ensanut_2_3_112024.pdf
- 2.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) 2024: Ciudad de México [Internet]. México: INEGI; 2025 [citado 2026 Ene 07]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/EDR2024-def_CP.pdf
- 3.- Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2024 [citado 2026 Ene 07]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- 4.- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición de la Pobreza 2022. Ciudad de México: CONEVAL; 2023.
- 5.-Pérez-Cuevas R, Doubova SV. La atención de las enfermedades crónicas en México: retos y oportunidades. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(1):1-3.
- 6.-Bijlsma-Rutte A, Rutters F, Elders PJM, Bot SDM, Nijpels G. Socio-economic status and HbA1c in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Metab Res Rev. 2018;34(6):e3008. doi: 10.1002/dmrr.3008
- 7.- Gomes MB, Tang F, Chen H, Nicolucci A, Hammar N, Ji L, et al. Socioeconomic factors associated with glycemic measurement and control in people with type 2 diabetes: Results from the DISCOVER study. Diabetes Obes Metab. 2022;24(6):1122-1133. doi: 10.1111/dom.14682
- 8.- Studer S, Knoke J, Zöllner Y. Socioeconomic status and its association with medication adherence in patients with type 2 diabetes: a systematic review. Syst Rev. 2023;12(1):207. doi: 10.1186/s13643-023-02371-y
- 9.-Alobaid T, Karalliedde J, O'Connell MDL, Gnudi L, Sheehan K, Lim KK, et al. The Prevalence and Progression of Microvascular Complications and the Interaction With Ethnicity and Socioeconomic Status in People With Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Diabetes Res. 2025;2025:3307594. doi: 10.1155/jdr/3307594
- 10.- Villalobos Aremis, Rojas-Martínez Rosalba, Aguilar-Salinas Carlos A, Romero-Martínez Martín, Mendoza-Alvarado Laura Rosario, Flores-Luna Ma de Lourdes et al . Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2019 Dic [citado 2026 Ene 07] ; 61(6): 876-887. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000600876&lng=es. Epub 21-Abr-2021. <https://doi.org/10.21149/10546>.
- 11.- Sandoya Edgardo, Torres Frank, Rivedieu Félix, Machado Federico, Núñez

Edgardo. Situación de la hipertensión arterial a nivel público y privado. Rev.Urug.Cardirol. [Internet]. 2016 Ago [citado 2026 Ene 08] ; 31(2): 6-6.

3.3 Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.

El subsistema de comunidad del MAICP comprende dos de las cinco líneas de acción de la promoción de la salud, que son: la construcción de entornos saludables y, la segunda, el fortalecimiento de la acción comunitaria.

Además del valor que estas líneas de acción tienen en sí mismas, son valiosas también porque propician la organización y la participación de las personas para aumentar el autocuidado y el control de sus enfermedades crónicas.

A continuación, estas dos líneas de acción se describen brevemente, para facilitar la comprensión de las actividades realizadas por la o el pasante en su año de servicio social, relacionadas con estas dos líneas de acción y que habrá de describir en este apartado:

Construcción de entornos saludables: Los Encuentros de personas con enfermedades crónicas

Dentro del MAICP la construcción de entornos saludables se realiza a través de los

Encuentros de Personas con Enfermedades Crónicas.

¿Por qué esta estrategia para la construcción de entornos saludables? El concepto de entorno es entendido no sólo en sentido físico geográfico, referido a un área territorial delimitada; sino que, además, hace referencia a espacios social y culturalmente contruidos en donde las personas establecen relaciones, crean identidades y comparten experiencias, aspiraciones, logros, emociones y sentimientos.

Entornos saludables significa, entonces, que estas relaciones, identidades, experiencias y vivencias están orientadas al logro de sus aspiraciones, la satisfacción de sus necesidades y al desarrollo de las capacidades para transformar su entorno y hacerlo cada vez más saludable, favorable para la vida digna; entendidas estas aspiraciones, logros, satisfacción de necesidades y decisión de transformación en sentido colectivo, además del individual.

Los Encuentros de Personas con Enfermedades Crónicas son la vía a través de la cual el MAICP instrumenta la construcción de entornos saludables y favorece el desarrollo de capacidades como colectivas, además de las individuales.

Los Encuentros de Personas con Enfermedades Crónicas son una estrategia para la constitución de ellas como comunidades capaces de deliberar, tomar decisiones y actuar en favor de su salud y del logro de una vida digna y justa.

Durante mi pasantía, al ser la primer promoción donde se implementa el MAICP, no se realizó encuentro, sin embargo acudimos de apoyo al 7mo encuentro en los distintos centros de salud, tres para ser exactos el primero fue en el Centro de Salud T-III San Francisco Tlaltenco, se contó con la participación de un número reducido de pacientes, pero con una muy buena organización y un consejo asesor sólido a pesar de su número reducido de personas. El tema fue “Neuropatía diabética: De la comprensión a la acción”.

El segundo encuentro se dio en el Centro de Salud T-III Ampliación Hidalgo, con un número más grandes de participantes, aproximadamente unas 30 a 40 personas en donde se realizó una actividad física de 3 canciones seriadas con la intención de crear un ambiente de convivencia y un arte como lo es la música elegida por los miembros del grupo asesor del centro de salud.

El tercer encuentro fue simultáneo de todos los centros de salud de Xochimilco, se realizó en el auditorio Carlos Pellicer alcaldía Xochimilco, contado con un número aproximado de 90 participantes, el tema del encuentro se centró en “La atención integral de las enfermedades crónicas” Se discutieron los logros alcanzados en la jurisdicción de Xochimilco en cuanto a la mejoría en la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas y se exploraron las experiencias de los participantes de los centros de salud Xochimilco, San Mateo y Tulyehualco.

Por último acudimos de apoyo al octavo encuentro, pero en este caso en apoyo del proyecto urbano, realizado en las instalaciones de la universidad, donde afortunadamente contamos con la participación de un número importante de personas, mismo tuve la oportunidad nuevamente de ser relator.

A continuación colocaré respectivamente las relatorías de cada encuentro al que asistí y fui relator en ellas.

RELATORÍA TLAHUAC

Fecha 11:26 horas Hora de inicio 10:27 Hora de término.

Participantes:

MPSS: Hazel

MPSS. Antonio

Ana Francisca

Dolores Jiménez.

Maricruz Santos.

Sonia Joanna.

Mucho Martínez.

Higinia Chirinos

Grupo de Discusión – Centro de Salud

Tema: ¿Cómo podemos mejorar el cuidado de nuestra salud y la de nuestra comunidad?

Modalidad: Participación abierta

Moderación: Pasantes de servicio social

Participantes: Pacientes del centro de salud

Inicio de la sesión

Se agradece la participación de los asistentes.

Se inicia la sesión con una lectura titulada: “La salud es un derecho”.

Primera pregunta: ¿Cómo podemos mejorar el cuidado de nuestra salud?

Sra. Felicitas:

Comenta que debemos estar en comunión con los demás, apoyarnos como comunidad para lograr una mejor salud.

Sr. Mucho Martínez:

Menciona que lo que comemos impacta en nuestra salud. Las garnachas son sabrosas, pero pueden complicar la salud. El ejercicio ayuda a desestresarse, aunque es difícil de mantener. Destaca la importancia de tomar correctamente los medicamentos, ya que si no lo hacemos, a veces los médicos regañan a los pacientes. Concluye que es importante estar bien con uno mismo, física y emocionalmente.

Sra. Dolores:

Señala que debe acudir a consulta, ya que la orientación médica ayuda a entender mejor el uso de los medicamentos, más allá de solo tomarlos.

Pasante Hazel:

Hace un comentario para reforzar los puntos mencionados.

Sr. Mucho Martínez (segunda intervención):

Critica que a veces los médicos recetan sin revisar al paciente. Insiste en la importancia de escuchar al paciente, ya que cuando se sienten escuchados, se motivan a volver a consulta. Comparte que su hija, que está embarazada, ha sido regañada por médicos desde el primer momento, lo que dificulta la confianza en el servicio.

Sra. Higinia Chirinos (intervención sin solicitar la palabra):

Comenta que en ocasiones sí necesitan que los regañen, porque una vez la mandaron con el internista y este la regañó. Aunque se molestó, luego reflexionó y entendió que el doctor tenía razón. Relata que su nieto tiene diabetes tipo 1. El médico le dijo que no viviría mucho, pero ella lo animó diciéndole que poco a poco se puede controlar. Concluye: “Necesitamos cariño,

ayuda para poder salir adelante”, frase que repite para cerrar.

Pasante Hazel:

Realiza una retroalimentación sobre las intervenciones anteriores.

Sra. Dolores (segunda intervención):

Reconoce que el sistema de salud está saturado, lo cual retrasa sus consultas.

Expresa que le gustan estos grupos, ya que puede compartir lo que vive y eso le ayuda a sentirse mejor.

Sra. Higinia (nueva intervención sin solicitar la palabra):

Comenta que no quiere sentirse inútil por estar enferma. Asegura que el

El ejercicio le ayuda, tanto en su salud como para convivir con la comunidad.

Pasante Hazel:

Retoma la primera pregunta para cerrar la ronda.

Sra. Felicitas:

Dice que incluso a los pasantes les ayuda que los pacientes compartan sus enfermedades, pues aprenden cómo pueden ayudarlos mejor.

Segunda pregunta: ¿Qué nos impide o dificulta mejorar la salud en la comunidad?

Sra. Maricruz:

Comenta que hay falta de cultura, ya que las personas de la comunidad también deberían asumir su responsabilidad en el mejoramiento colectivo.

Sr. Mucho Martínez:

Coincide con lo anterior. Relata que fue jefe de manzana e intentó organizar a los vecinos, pero muchos no quisieron participar. Señala que sin disposición de la comunidad, no se puede avanzar.

Sra. Higinia:

Dice que hoy en día las personas ya no quieren hacer nada, que esperan que el gobierno resuelva todo. Comparte que enseñaba cosas a su nieto, y lamenta que ya no se enseñen las cosas de antes. Comenta que vivió otra época, donde había más participación.

Sra. Dolores:

Comenta que le gustaría hacer ejercicio, pero las condiciones de su colonia no se lo permiten.

Tercera pregunta: ¿Cómo podemos ayudar a mejorar la salud en la comunidad?

Pasante Hazel:

Lanza la pregunta y da oportunidad a que alguien más intervenga.

Sr. Mucho Martínez:

Dice que hay mucho que hablar, pero la confianza es clave. Cuando se comienza a conocer a los demás, se puede construir comunidad.

Pasante Hazel:

Propone: ¿Nos comprometemos como grupo a hacer algo de aquí al siguiente encuentro para mejorar nuestra salud? ¿Podemos establecer una meta de salud en alguno de los aspectos mencionados?

Sra. Dolores:

Propone como meta hacer ejercicio, aunque ya se lo ha planteado muchas veces. Dice que no quita el dedo del renglón y que esa es su meta.

Sr. Mucho Martínez:

Comparte que una vez le preguntaron si era feliz y respondió que no siempre, porque a veces se siente mal físicamente, pero quiere seguir viviendo. Se integró a un grupo de adultos mayores y eso lo ha ayudado mucho. Dice que vive al día y agradece todo, tanto la enfermedad como las alegrías.

Sra. Maricruz:

Su compromiso es que se siga trabajando en el consejo de salud y en este tipo de dinámicas comunitarias.

Cierre de la sesión

Pasante Hazel:

Agradece la participación y hace un resumen de los compromisos mencionados por los participantes.

Sr. Mucho Martínez:

Finaliza diciendo que le gustaría mucho seguir asistiendo, porque le gusta aprender.

Relatoría encuentro Xochimilco.

Hora de inicio 11:47 horas. Finaliza: 13:08

Presentación de los integrantes.

Rodolfo 28 años médico de la UAM hacer ejercicio es de Xochimilco.

A Elena le gusta caminar y hacer ejercicio.

A Cristina le gustan mucho las reuniones para socializar.

Linda no es de la zona pero le gusta ir porque va con su hija y le gusta mucho la convivencia.

María 53 años Xochimilco, le gusta bailar.

María Magdalena. La invitaron a su centro de salud.

Anita primera vez que viene

María Elena de la rosa 65 años pertenece al grupo de nemotemi

A Margarita, de 78 años, le gusta acudir a los demás eventos.

Celia de Xochimilco, se ha sentido estresada y socializar le gusta mucho. Es su tercer año consecutivo en los encuentros, pero viene como prevención.

Pasante: la salud debe ser un derecho a la salud. Los espacios recreativos muchas veces no están en condiciones para que las personas los utilicen.

Cómo podemos mejorar el manejo de la salud.

Linda: con el cuidado de la salud, evitando ciertos alimentos, haciendo ejercicio, comenta que estas pláticas le sirven de mucho, hay que cuidarnos mucho en las acciones.

Pasante: desde niños podemos llevar a cabo acciones en favor de la salud.

Celia: comenta que ella practica yoga por sus niveles de ansiedad, y en estos días se ha sentido muy enojada con ansiedad, por lo cual fue a pilares a hacer ejercicio, le gusta mucho y eso le ayuda mucho a su autocuidado. Le funciona mucho expresar sus emociones.

Pasante: comenta que esa aportación es muy valiosa por todo lo que conlleva, muchas veces nosotros como médicos no podemos ver eso.

Cristina: se dice que muchas veces se debe ir al médico, pero muchas veces no se va hasta que ya se sienten muy mal, por lo cual es muy importante acudir aunque no se sientan mal.

Pasante: es mucho mejor que lleguen por cosas sencillas a que lleguen con la enfermedad complicada.

Elena: no auto recetarse porque podemos ser alérgicos a algún medicamento y nos podemos poner peor. Siempre es mejor que nos receten a que nosotros no nos automediquemos. Comenta que en una ocasión el hígado de res le hizo mal.

Elena: se siente contenta porque va a su centro de salud, porque el médico le indica cómo debe de tomarse sus medicamentos. Debes comer lo que no debes comer.

Pasante: justo cuando comenzamos a hacer lo que nos indican comenzamos a sentirnos mejor. Muchas veces el incentivar a las personas es motivo de cambio. Y eso es salvar una vida.

Elena: vuelve a retomar la palabra, ella dice que eso le vuelve y afirma que tiene razón.

Linda: motiva ir a lugares donde la integración es adecuada, e incluso puede soltar sentimientos que pueden llevar a sentirse peor. El trabajo o la convivencia en equipo le ayuda mucho.

Pasante: muchas veces los mejores consejos no los da el médico sino incluso los mismos compañeros de nuestro círculo.

Pasante: ¿qué podemos mejorar para la salud en este centro, familia comunidad?

Pili: en su centro de salud se batalla con los estudios, en su caso se los debe hacer fuera. En los medicamentos no hay tanto problema porque se los cambian si no hay alguno.

Elena: incluso aunque hay medicamentos que se pueden intercambiar entre ellos pero no siempre el cuerpo reacciona bien, aunque sean de la misma familia.

Elena: en el caso de la salud personal, sería hacer más ejercicio. A veces no se quiere hacer por flojera

Pasante: deberíamos cambiar la palabra flojera por falta de motivación.

Pasante: las condiciones de los medios están acondicionados para que se pueda hacer ejercicio.

Linda: si hay pero no diario, se los prestan dos o un día por semana. Pero estaría mejor si hubiera más días.

Elena: comenta que de igual forma solo les dan un día a la semana en su centro de salud.

Elena: Muchas veces no van a hacer ejercicio.

Pasante: puede ser causado por la ausencia por eventos ajenos pero de igual forma se debería fomentar el compromiso.

Pasante: muchas veces se hacen las cosas a base de perseverancia. En ocasiones puede parecer que hacer ejercicio es complicado pero se puede hacer algo por nosotros mismos.

Pasante: como lograron la perseverancia en ese grupo.

Maria: porque hubo una doctora que los motivó a qué fueran a hacer ejercicio. Que nada las detuviera.

Celia: en este tipo de eventos siempre se necesita un líder, pero aún así las personas se deben comprometer, para poder hacer la fuerza. El funcionamiento del equipo depende mucho del trabajo individual de cada uno. Muchos tratamientos alternativos son muy buenos y eso le ayuda. Siempre y cuando no afecte a terceros.

Pasante: se debe tener cuidado en situaciones hay muchas cosas alternativas pero si no le hace daño, y los hace sentir mejor se debe fomentar.

Celia: comenta que la doctora fue muy humana . Los px son personas no expedientadas.

Pasante: cómo podrían tener más motivación a razón de nosotros.

Elena: de la forma en que nos dirigimos.

Celia: con la energía y la confianza .

Cristina: los médicos jóvenes ponen mucha atención.

*Pasante: la salud en la familia o la gente con la que vivimos.
¿Hay algo que nos gustaría que mejore en esto?*

Cristina: que la familia invalide los sentimientos.

Celia: ser ejemplo, con su familia. Ella va en vía de ser ejemplo.

Elena: el que los escuchen sus hijos le gusta mucho. Y que si la van a apoyar que sea porque ellos quieren.

Pasante: para finalizar, motivación, que se necesita en el día día para poder realizar las actividades. ¿Qué aprendimos el día de hoy?

Lynda: el amor a nosotros mismos. Ser mejores en nosotros mismos. Y todo lo bueno que aprenda pueda transmitirlo a las demás personas.

Celia: está agradecida por las cosas que las autoridades les han facilitado.

Elena: el trato que se le ha dado.

Relatoria Proyecto urbano

Fecha: 21 de julio de 2025. Hora de inicio: 12:10 horas.

Mayra inicia preguntando el nombre de cada quien

Sofía Lopez de Huayamilpas.

Reyes Sanchez sosa 75 a

Nayeli 33 a de huayamilpas.

Carmen 54 a Huayamilpas.

Camila 10 a huayamilpas.

Valentina 11 a Huayamilpas.

Mayra da una pequeña introducción donde especifica en que va a consistir el círculo de discusión, explica las reglas, como no juzgar, no dar consejos, respetar el uso de la palabra, lo que aquí se dice aquí se queda.

¿Qué opinan de lo que vieron aquí?

Sofía López: Le parece bien porque resulta interesante que si nos debemos cuidar.

Mayra empieza leer el texto sobre los consejos asesores. Pregunta si hay alguna duda, y comienza con la primera pregunta ¿Qué metas proponen para disminuir el sobrepeso y la obesidad?

Reyes Sánchez: Haciendo ejercicio, no tomando, no fumando, comiendo adecuadamente, tomar abundante agua. Cuenta sobre una anécdota que le comentó en alguna ocasión su médico. Él recomienda que nunca vayan a fumar, es su propuesta.

Nayeli: La comida es lo que nos ayuda, comer comida saludable, carbohidratos buenos, no dejar que los antojos nos ganen. Reafirma el comentario sobre los refrescos y el daño que produce, por eso ella también propone aumentar el consumo de agua.

Carmen: El ejercicio es fundamental, ella se propuso a comenzar a hacer ejercicio, que esa es su meta, poco a poco va empezando primero caminando y conforme va avanzando aumenta la intensidad.

Camila: No comer comida chatarra en exceso como los refrescos, las papas fritas, los dulces y las golosinas.

Valentina: Hacer algún deporte, por ejemplo a ella le gustaría jugar fútbol, mejorar la alimentación.

Mayra: Hace la recapitulación sobre las propuestas que se hicieron y lanza la siguiente pregunta: ¿Proponen disminuir algún otro valor con base a los resultados al siguiente encuentro?

Nayeli: Controlar sus alimentación y apoyarse como grupo para que puedan mejorar sus porcentajes, haciendo ejercicio, comiendo saludable, bajando el consumo de dieta chatarra.

Que acción como consejo asesor podemos desarrollar para ayudar a mejorar la alimentación de todos y de todas?

Nayeli: Mejorando la dieta, a lo mejor no llegando al nivel de llamarlo dieta pero si disminuirlo a un nivel donde sea significativo para lograr una mejoría.

Sofía López: disminuir los antojitos, porque eso contiene un alto contenido de grasas los cuales nos hacen tener niveles muy elevados en sangre.

Carmen: Ella menciona que de las mejores experiencias es que aún apoya a su papá, también les ayuda convivir con la gente, por eso hoy también trae a sus nietas.

Nayeli: ella junto con su mama ayuda su abuelo a mejorar su memoria con juegos entre familia, incluso comenta que también cantando, que todo eso le ha ayudado para poder mejorar la cognición de su memoria. El constante acompañamiento de sus hijas les ayuda mucho para no caer. Le ayuda mucho a no caer en la depresión, la convivencia con las personas en la casa del adulto mayor mejora su ánimo.

Sofía López: Ella ha notado cambios en fisioterapia, se ha sentido mucho mejor, le gusta tejer, sin embargo por momentos se siente peor, y comienza de nuevo con la depresión.

Cierre del taller. ¿Qué aprendimos hoy?

Sofía López: debemos de echarle ganas, come mejor para que en 6 meses se pueda mejorar los resultados.

Nayeli: Lograr hacer una rutina de alimentación buena, y poder transmitirle eso a sus hijas, incluso el ejercicio mental que plantearon es muy bueno.

Camila: Se lleva un poco de tristeza, por los resultados obtenidos, pero se lleva de aprendizaje por ejemplo los juegos mentales que se llevaron a cabo.

Finaliza 13:03 horas.

3.3.1 Fortalecimiento de la acción comunitaria: El Consejo Asesor del Centro de Salud

Dentro del MAICP el fortalecimiento de la acción comunitaria se realiza a través de la constitución y acción de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas.

La creación de los Consejos Asesores de Pacientes es una estrategia que se está desarrollando en diversos países para involucrar a las personas que padecen determinadas enfermedades en la mejora de los servicios de salud. La estrategia ha demostrado lograr resultados favorables para el fortalecimiento de la atención centrada en la persona.

Los Consejos Asesores son “Grupos de pacientes, familiares y cuidadores que se reúnen regularmente para ayudar a identificar las prioridades de mejora de la práctica y apoyar proyectos de mejora de la práctica en colaboración con los miembros del personal y los líderes de la clínica”.

De acuerdo con organismos internacionales de salud, la constitución de Consejos Asesores de Personas con determinadas enfermedades forma parte de uno de los tres principios clave que los países deben seguir si pretenden ofrecer cobertura sanitaria universal: Los sistemas de salud deben diseñarse incorporando el relacionamiento con las y los pacientes, las familias y las comunidades.

Por ejemplo, de acuerdo con la mejor evidencia disponible, los programas de atención integrada para ancianos frágiles logran el mayor beneficio cuando las personas están directamente involucradas en la planificación de la atención. De este alcance es el potencial que han demostrado los Consejos Asesores.

Esta descripción debe ser suficiente para distinguir la enorme diferencia entre los Consejos Asesores y los Grupos de Ayuda Mutua.

Conforme al diseño metodológico del MAICP, de Investigación Acción Participativa, la constitución y desarrollo de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas sigue un proceso gradual y controlado de crecimiento y fortalecimiento.

Las promociones de servicio social de agosto 2023-julio 2024 y agosto 2024-julio 2025 han sido las responsables del montaje de esta estrategia del MAICP; con él concluye el proceso de su implementación en los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

Como ya se describió anteriormente, los grupos asesores son de vital importancia para la autonomía de la salud de las personas, durante mi año de servicio social enfrentamos algunas dificultades para poder formar un grupo asesor. una de las principales complicaciones fue el flujo de personas que acudían a las ánimas, por lo que junto con mis compañeros y yo pensamos que para poder llegar a eso,

debemos en primer lugar trabajar en hacer que más personas acudieron a las ánimas. Así que hablamos para poder integrarnos con el grupo de adultos mayores que se reúnen cada jueves en La Casa de la Cultura, esto con el fin de poder fortalecer los lazos con la comunidad, participamos desde convivios, pláticas sobre autocuidado, algunas enfermedades que a ellos les interesaban, realizamos activación física junto con ellos. Esto para nosotros fue una alternativa y un posible comienzo para iniciar un consejo asesor.

3.4 Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud Las Animas Tulyehualco a cargo de Antonio Martinez Miranda

1. Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social.

Tabla No. 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo febrero 2025 - enero 2026

Las Ánimas Tulyehualco.

Universidad Autónoma Metropolitana.

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a febrero de 2025	0	0
Nuevo ingreso a partir de febrero 2025	7	100
Recuperados a partir de febrero 2025	0	0
Total		

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

Nota:

Nuevo ingreso se refiere a personas que por primera vez se incorporan al proyecto para su atención y seguimiento en cualquier momento entre febrero de 2025 y enero de 2026.

Recuperados se refiere a pacientes que ya habían sido atendidos en el proyecto, pero que por cualquier razón y durante algún tiempo dejaron de recibir esa atención, pero que nuevamente se incorporaron al proyecto en cualquier momento entre febrero de 2025 y enero de 2026.

Tabla No. 2
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo febrero 2025 - enero 2026
Las Animas Tulyehualco
Universidad Autónoma Metropolitana.

Condición de participación	No	%
Activas	7	100
No activas	0	0
Total	7	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

Nota:

Activos: Se refiere a personas atendidas en el proyecto que acudieron con regularidad a sus consultas programadas a lo largo del periodo febrero 2025 y enero 2026

No activas: Se refiere a personas que, por cualquier motivo y de acuerdo con los criterios del Centro de Salud dejaron de acudir a su atención dentro del proyecto.

2. Información demográfica.

Tabla No. 3
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025 - enero 2026 de acuerdo a sexo
Centro de Salud Las Ánimas Tulyehualco.
Universidad Autónoma Metropolitana.

Sexo	No	%
Femenino	5	71.42
Masculino	2	28.57
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
Total	7	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

Tabla No. 4
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025
 - enero 2026 de acuerdo a edad
 Centro de Salud Las Ánimas Tulyehualco.
 Universidad Autónoma Metropolitana.

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	6	85.71
70 – 79 años	1	14.28
80 y más años	0	0
Total	7	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

Tabla No. 5
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025
- enero 2026 de acuerdo a edad y sexo
Centro de Salud Las Ánimas Tulyehualco.
Universidad Autónoma Metropolitana.

Edad \ Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 – 29 años	0	0	0	0	0	0
30 – 39 años	0	0	0	0	0	0
40 – 49 años	0	0	0	0	0	0
50 – 59 años	0	0	0	0	0	0
60 – 69 años	4	80	2	100	6	85.71
70 – 79 años	1	20	0	0	1	14.28
80 y más años	0	0	0	0	0	0
Total	5	100	2	100	7	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

3. Diagnóstico y seguimiento.

Tabla No. 6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo febrero 2025 - enero 2026

Centro de Salud Las Ánimas Tulyehualco.

Universidad Autónoma Metropolitana.

No de consultas	No. de pacientes	%
1	1	14.28
2	3	42.85
3	1	14.28
4	1	14.28
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	1	14.28
10	0	0
11	0	0
12 y más	0	0
Total	7	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

Tabla No.7
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025
- enero 2026 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad
Centro de Salud Las Ánimas Tulyehualco.
Universidad Autónoma Metropolitana.

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y Obesidad	0	0
Hipertensión Arterial	0	0
Diabetes Mellitus Tipo 2	1	14.28
Dislipidemia	0	0
Obesidad e Hipertensión Arterial	2	28.57
Obesidad y diabetes	1	14.28
Obesidad y Dislipidemia	0	0
Diabetes e Hipertensión Arterial	3	42.85
Obesidad, Hipertensión Arterial y diabetes	0	0
Hipertensión Arterial, diabetes y Dislipidemia	0	0
Obesidad, Hipertensión Arterial, diabetes y Dislipidemia	0	0
Total	7	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

Tabla No. 8
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025
- enero 2026 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo
Centro de Salud Las Ánimas Tulyehualco.
Universidad Autónoma Metropolitana.

Dx Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y Obesidad	0	0	0	0	0	0
Hipertensión Arterial	0	0	0	0	0	0
Diabetes Mellitus Tipo 2	0	0	1	50	1	14.28
Dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Obesidad e Hipertensión Arterial	2	40	0	0	2	28.57
Obesidad y diabetes	1	20	0	0	1	14.28
Obesidad y Dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Diabetes e Hipertensión Arterial	2	40	1	50	3	42.85
Obesidad, Hipertensión Arterial y diabetes	0	0	0	0	0	0
Hipertensión Arterial, diabetes y Dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Obesidad, Hipertensión Arterial, diabetes y Dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Total	5	100	2	100	7	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

Tabla No.9
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025
- enero 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y Obesidad
Centro de Salud Las Ánimas Tulyehualco.
Universidad Autónoma Metropolitana.

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y Obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	3	100
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	3	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

Tabla No. 10
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025
- enero 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Hipertensión Arterial
Centro de Salud Las Ánimas Tulyehualco.
Universidad Autónoma Metropolitana.

Edad	Personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	6	100
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	6	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

Tabla No. 11
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025
- enero 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2
Centro de Salud Las Animas Tulyehualco
Universidad Autónoma Metropolitana.

Edad	Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	4	80
70 – 79 años	1	20
80 y más años	0	0
Total	5	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

Tabla No. 12
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025
- enero 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Obesidad e Hipertensión
Arterial

Centro de Salud T. III:
Jurisdicción Sanitaria:

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad e Hipertensión Arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	1	100
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	1	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

Tabla No. 13
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025
- enero 2026 de acuerdo con edad y diagnóstico de Obesidad y Diabetes Mellitus
Tipo 2

Centro de Salud Las Animas Tulyehualco
Universidad Autonoma Metropolitana.

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad y Diabetes Mellitus Tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	1	100
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	1	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

Tabla No.

Tabla No. 14
 Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2025
 - enero 2026 de acuerdo con edad y diagnósticos de Diabetes Mellitus Tipo 2 e
 Hipertensión Arterial
 Centro de Salud Las Ánimas Tulyehualco.
 Universidad Autónoma Metropolitana

Edad	Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	0	0
60 – 69 años	3	100
70 – 79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	3	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

5. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 15

Distribución de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa

Periodo febrero 2025 - enero 2026

Centro de Salud Las Animas Tulyehualco.

Universidad Autónoma Metropolitana.

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	2	66.666	1	100	3	75
Fuera de control	1	33.333	0	0	1	25
Total	3	100	1	100	4	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

Tabla No. 16
Distribución de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial y cifras de control

Periodo febrero 2025 - enero 2026
Centro de Salud Las Animas Tulyehualco
Universidad Autónoma Metropolitana.

Parámetro de	No	%
Control	3	60
Fuera de control	2	40
Total	5	100

Fuente: Base de datos en Excel. Periodo febrero 2025 - enero 2026

3.4.1 Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.

Durante las sesiones del modelo MAICP, desde las primeras semanas se trabajaron diversos temas clínicos bajo un enfoque integral centrado en la persona. El objetivo no fue únicamente aprender a identificar cómo acompañar y empoderar a los pacientes, sino también adquirir herramientas prácticas y estrategias que permitieran hacerlo, combinando los fundamentos técnicos con una visión humanista.

En la tercera semana del modelo se abordaron dos patologías clave que, desde mi punto de vista, resultan especialmente valiosas por su enfoque distintivo. No se limitaron a aspectos técnicos, sino que incorporaron de manera clara el componente humano, resaltando la importancia de comprender lo que las personas piensan y experimentan. Durante un periodo no se realizaron casos clínicos; sin embargo, posteriormente se retomaron, junto con la reflexión sobre la importancia de saber dónde y qué información consultar, con el fin de contar siempre con el mejor respaldo científico para la atención de nuestros pacientes.

De igual forma, se trató un aspecto particularmente relevante: el bienestar del pasante. Se enfatizó la importancia de la salud psicológica y del descanso, así como el valor del sueño, que aunque puede parecer un elemento simple, cuenta con un sólido sustento científico. Desde mi perspectiva, este conocimiento era limitado antes de las sesiones, y a partir de lo aprendido, tanto mi forma de atender a los pacientes como mi autocuidado personal cambiaron de manera significativa.

Ponencias/Casos realizados durante el diplomado de MAICP.

Fecha:	Responsable:	Tema:
21/02/2025	Doctores integrados al MAICP	Diabetes mellitus tipo 2, Dislipidemias, nutrición.
15/08/2025	Treviño Aguirre Jesus Adan y Martinez Miranda Antonio.	Actualización de la guía AHA 2025.
26/09/2025	Dionicio Castañon Vania.	Caso clínico con abordaje integral centrado en las personas.
07/11/2025	Psicólogo: Daniel Haseem y Dr. Rafael	Cuidar para poder cuidar: el descanso y el

	Santana Miranda	acompañamiento en la práctica médica.
05/12/2025	Lic. Lizeth Mendoza Betancourt	Atención centrada en la persona desde el enfoque psicológico humanista-existencialista.

4. Conclusiones.

Hacer el servicio social en un primer nivel de atención, pero no por parte de alguna institución de salud, sino del lado de universidad planteó todo un reto, uno como persona al darme cuenta que debía modificar mi forma de ver a las personas y la medicina, por otro lado el reto se basó en los tipos de paraclínicos a los que tuve acceso durante este tiempo, al no ser una institución de salud perteneciente a secretaría o alguna otra institución de salud, se nos dificultó para poder solicitar estudios de laboratorio, prácticamente todos los paraclínicos requeridos durante este año fueron obtenidos de dos formas principalmente: 1.- las mismas personas pagan los estudios, 2.- debíamos trabajar con los estudios tomados en alguna institución pública en algún momento del año por cualquier motivo.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a su experiencia con la atención de sus pacientes con enfermedades crónicas conforme a un modelo de atención integral centrado en la persona?

El modelo de atención centrado en la persona, en un inicio puede ser un poco confuso, tal vez hasta llegue a dar un poco de miedo, pero se dice, el desconocimiento da miedo. Sin embargo una vez que se entiende, se aprende a trabajar en él, se da cuenta los beneficios que les trae a las personas que están dentro de él, desde ambos lados, tanto del lado de las personas que reciben la atención de salud, como de quienes la brindan. Es un modelo nuevo, si, pero con mucha información que lo respalda junto con los resultados y no solo de este diplomado, sino a nivel internacional, la medicina no es individual, si se quiere hacer un verdadero cambio en la salud de las personas debemos comenzar a involucrar aptitudes distintas a las que estamos acostumbrados como médicos, comenzar a ver más allá de lo individual y pensar en el colectivo, porque de eso se trata el modelo, buscar el bienestar individual de las personas de manera colectiva.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a las ventajas y a las desventajas que ofrece la Universidad Autónoma Metropolitana, con la implementación de este modelo?

Implementar esta modalidad a una unidad como lo es las ánimas, puede resultar de manera positiva, sin embargo, la unidad de las ánimas en tulyehualco, presenta algunos obstáculos, el principal, es el flujo de personas, principalmente diría que es por su ubicación dentro del predio, este está rodeado por bardas que no dejan ver las instalaciones a su interior, no hay señalizaciones que se puedan ver a simple vista para que las personas sepan que existe servicio médico dentro de las instalaciones, segundo obstáculo que yo veo, los estudios de laboratorio, como ya comenté anteriormente, en las animas no contamos con laboratorio, ni convenio con alguna institución, por lo que si se necesita (casi siempre se necesita) de algún estudio de laboratorio o imagen la persona debe costear el 100%, motivo por el que muchas personas no siempre acudían a sus citas subsecuentes y si lo hacían no llevaban consigo los resultados pues en su gran mayoría recurren a las ánimas por falta de recurso económico para costear una consulta privada. Con todo lo anterior no quiero que se piense que soy pesimista, las animas tiene muchas ventajas, por ejemplo al haber poca afluencia de personas y un número considerable de pasante, podemos durar lo necesario en una consulta médica, sin necesidad de estar pensando en el tiempo y así poder abordar a las personas de manera integral, escucharlos detenidamente, crear estrategias de acción en conjunto con la personas, segundo punto contamos con electrocardiograma lo cual da una gran herramienta tanto para seguridad de la personas como de nosotros en ciertas situaciones, tercero, las instalaciones, poco se habla de ello, el medio físico en buenas condiciones o que de un ambiente amigable siempre hará sentir mejor a la persona y generará confianza, es algo con lo que el predio de las animas cuenta, no solo los consultorios, sino desde que entra, las zonas de cultivo son amigables hasta para dar un paseo por ellas, tenemos un campo de fútbol que incentiva la actividad física.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a las aspiraciones y las realizaciones de quienes viven con enfermedades crónicas (pacientes) y que pudo atender más de una vez a lo largo de su servicio social?

Vivir con enfermedades crónicas sin duda debe ser un reto enorme para las personas, cada una tiene una historia de vida totalmente distinta y eso, de algún modo condiciona la forma en que reciben la noticia, y consigo la enfermedad, existen aquellos que se rehúsan a aceptar la realidad, otros prefieren hacer como que no entendieron, hay quienes (como decimos coloquialmente) toman al toro por los cuernos. No importa cuál fue la postura que adoptan las personas al momento de la enfermedad, lo que importa es su relación con ella, no solo en tomarse los medicamentos en tiempo y forma, sino saber en qué consiste, involucrarse activamente en la toma de decisiones, expresar sus dudas e inconformidades con nosotros, su sentir y su forma de ver la vida posterior al diagnóstico. A lo largo de este año he podido notar de primera mano el impacto que puede tener en una persona su diagnóstico reciente, sus complicaciones, o su manejo en conjunto con la persona. He llegado a la conclusión que las personas quieren estar sanas y si ya tienen el padecimiento, pues en todo caso quieren estar lo más cercano a la salud, ellos buscan estar sanos, sentirse bien no solo físicamente, también psicológicamente, por eso es muy importante el apoyo, acompañamiento, no culpabilizar ni humillar. El médico siempre se queja del paciente que le oculta cosas,

que no sigue el “régimen”, que no hace ejercicio, que no cambia sus hábitos, pero, cómo le podemos pedir algo que ni nosotros mismo somos capaces de hacer? Somos nosotros quienes conocemos la anatomía, la fisiología y más importante aún la fisiopatología, aquello que nos dice lo que le pasa al cuerpo en situaciones de enfermedad. No podemos predicar con el ejemplo, no porque no queramos, sino porque es un problema mucho más complejo que el “cambiar hábitos” “echarle ganas”, esto no es de forma individual, se sale adelante en colectivo y eso, a mi pensar, la gran mayoría de personas lo entiende mucho antes y mejor que nosotros.

¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a lo que fue su formación profesional de pregrado, incluyendo desde luego el año de servicio social, y lo que tendrá que mejorar en su futuro inmediato?

Ya para concluir esperando no haberlos confundido con mis divagaciones, toma relevancia preguntarme ¿Qué me llevo de estos seis años de carrera? ¿Qué conclusiones he logrado hacer durante este tiempo? ¿Hay algo que necesito mejorar? Y en caso de ser así ¿Qué debo mejorar? Las respuestas son tan complejas como sencillas, me llevó, no solo los conocimientos de la carrera de médico general, una formación distinta a la gran mayoría de las universidades de medicina con un sistema que al principio puede asustar e incluso nos puede hacer pensar sobre la calidad del mismo, pero ahora, seis años después puedo decir que es un gran sistema (poco conocido en el resto del país) con todo y sus deficiencias (que se pueden mejorar), pero te da una bases muy sólidas para que salga al mundo como un buen medico general. Desde mi pensar existen dos puntos clave en nuestra formación de pregrado, el primero fue el internado médico de pregrado y el segundo el servicio social. En el caso del primero, yo disto de lo que mucha gente dice y es “al internado se va aprender”, decir que eso es cierto o no, sería una verdad a media, yo prefiero decir que vas a integrar los conocimientos obtenidos durante tus cuatro años de escuela mezclados con las rotaciones en los hospitales, sí, es seguro que también vas a aprender, pero eso sucede toda la vida si así lo quieres ver, no solo en el internado, para mi fue un momento clave e indispensable, porque me atrevo a decir que es el primero momento en el que te sientes como un verdadero médico (aunque legalmente sigas siendo estudiante), pero ya formas parte del equipo médico del hospital lo cual es indispensable en la formación. Luego pasamos al último tramo de la formación de pregrado, el servicio social, aquí puede ser muy variable dependiendo donde lo realices, en nuestro caso, lo realizamos en primer nivel de atención, tal vez la gente subestima la importancia de hacer el servicio social en un primer nivel de atención, es sumamente enriquecedor, de algún modo sigues aprendiendo, desde cómo iniciar tu consulta, como hacer el interrogatorio, como abordar a un paciente, y la importancia del primer nivel de atención médica.

Contestando a mis ultimas preguntas, sí, siempre hay algo por mejorar, por aprender y por perfeccionar, desde nuestros manejos hasta la forma de conducirnos con las personas, y de esto último es lo que más carecemos en el sector salud, justificamos nuestro mal trato con frases como “ es que tengo que ver muchos pacientes y no me da tiempo”, “es la gente quien te vuelve así” “es responsabilidad del paciente” y no, dejamos de lado el hecho que son personas que a diferencia de

nosotros no conocen la complejidad del cuerpo humano, sus enfermedades los hacen sentir vulnerables cuando los tratamos así, como si nos debieran un favor por brindarles atención médica y no. Todavía falta mucho camino por recorrer en el sendero de la atención centrada en la persona, pero así como en algún momento la medicina basada en la evidencia era de unos pocos e incluso vista con desdén, espero que en el futuro la atención centrada en la persona tome mucha más fuerza y gane respeto entre el gremio.

5. Referencias bibliográficas

- 1.- Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2020-2023: Resultados Nacionales* [Internet]. Cuernavaca, México: INSP; 2024 [citado 2026 Ene 07]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2023/doctos/informes/ensanut_2_3_112024.pdf
- 2.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) 2024: Ciudad de México* [Internet]. México: INEGI; 2025 [citado 2026 Ene 07]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/EDR2024-def_CP.pdf
- 3.- Organización Panamericana de la Salud. *Determinantes sociales de la salud* [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2024 [citado 2026 Ene 07]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- 4.-Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Medición de la Pobreza 2022*. Ciudad de México: CONEVAL; 2023.
- 5.-Pérez-Cuevas R, Doubova SV. La atención de las enfermedades crónicas en México: retos y oportunidades. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2023;61(1):1-3.
- 6.-Bijlsma-Rutte A, Rutters F, Elders PJM, Bot SDM, Nijpels G. Socio-economic status and HbA1c in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Res Rev*. 2018;34(6):e3008. doi: 10.1002/dmrr.3008
- 7.- Gomes MB, Tang F, Chen H, Nicolucci A, Hammar N, Ji L, et al. Socioeconomic factors associated with glycemic measurement and control in people with type 2 diabetes: Results from the DISCOVER study. *Diabetes Obes Metab*. 2022;24(6):1122-1133. doi: 10.1111/dom.14682
- 8.- Studer S, Knoke J, Zöllner Y. Socioeconomic status and its association with medication adherence in patients with type 2 diabetes: a systematic review. *Syst Rev*. 2023;12(1):207. doi: 10.1186/s13643-023-02371-y

- 9.-Alobaid T, Karalliedde J, O'Connell MDL, Gnudi L, Sheehan K, Lim KK, et al. *The Prevalence and Progression of Microvascular Complications and the Interaction With Ethnicity and Socioeconomic Status in People With Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Diabetes Res. 2025;2025:3307594. doi: 10.1155/jdr/3307594*
- 10.- Villalobos Aremis, Rojas-Martínez Rosalba, Aguilar-Salinas Carlos A, Romero-Martínez Martín, Mendoza-Alvarado Laura Rosario, Flores-Luna Ma de Lourdes et al . Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2019 Dic [citado 2026 Ene 07] ; 61(6): 876-887. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000600876&lng=es. Epub 21-Abr-2021. <https://doi.org/10.21149/10546>.
- 11.- Sandoya Edgardo, Torres Frank, Rivedieu Félix, Machado Federico, Núñez Edgardo. Situación de la hipertensión arterial a nivel público y privado. *Rev.Urug.Cardiol. [Internet]. 2016 Ago [citado 2026 Ene 08] ; 31(2): 6-6.*

Anexos











ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA



Lunes a viernes

9:00am a 5:00pm

Servicios:

- Consulta de medicina general.
- Toma de Electrocardiograma
- Control diabetes.
- Hipertensión Arterial sistémica.
- Control prenatal y del niño sano
- Curación de heridas

¡VISITANOS!

**Calle Francisco I.Madero s.n aun lado de la casa
del adulto mayor**

ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA

Servicios:

- Consulta de medicina general.
- Toma de Electrocardiograma.
- Control diabetes.
- Hipertensión Arterial sistémica.
- Control prenatal y del niño sano.
- Curación de heridas.

HORARIO DE ATENCIÓN
9:00AM A 5:00PM

Ubicación

Calle Francisco I.Madero s.n aun lado de la casa del adulto mayor



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA
Unidad Xochimilco



ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA

HORARIO DE 9:00AM A 5:00PM HORARIO 9:00AM A 5:00PM



Servicios:

- Consulta de medicina general.
- Toma de Electrocardiograma.
- Control diabetes.
- Hipertensión Arterial sistémica.
- Control prenatal y del niño sano
- Curación de heridas

¡VISITANOS!