

# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



División de Ciencias Biológicas  
y de la Salud  
Departamento de Atención a la Salud

**UNIDAD XOCHIMILCO**

LICENCIATURA EN MEDICINA

DIAGNÓSTICO DE SALUD 2016

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR / UNIDAD MÉDICA DE  
ATENCIÓN AMBULATORIA No. 161 DEL IMSS

**MPSS. LAURA ISABEL POPOCA QUINTANAR**  
MATRÍCULA 210233314

ASESORA INTERNA  
DRA. OFELIA GÓMEZ LANDEROS  
22310

CIUDAD DE MÉXICO, MARZO 2026

# ÍNDICE

## Tabla de contenido

|  |           |
|--|-----------|
| <b>CAPÍTULO 1</b>  | <b>4</b>  |
| <b>CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL</b> | <b>4</b>  |
| 1.1 INTRODUCCIÓN   | 4         |
| 1.2 OBJETIVO   | 5         |
| 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS  | 5         |
| 1.4 JUSTIFICACIÓN  | 6         |
| 1.5 GENERALIDADES TERRITORIALES  | 6         |
| 1.5.1 MÉXICO   | 6         |
| 1.5.1.1 POBLACIÓN  | 6         |
| 1.5.1.2 ESPERANZA DE VIDA  | 10        |
| 1.5.1.3 NATALIDAD Y MORTALIDAD   | 11        |
| 1.5.1.4 EDUCACIÓN  | 20        |
| 1.5.1.5 VIVIENDA   | 23        |
| 1.5.1.6 CLIMA  | 25        |
| 1.5.1.7 RELIEVE  | 27        |
| 1.5.2 CIUDAD DE MÉXICO   | 30        |
| 1.5.2.1 POBLACIÓN  | 30        |
| 1.5.2.2 ESPERANZA DE VIDA  | 33        |
| 1.5.2.3 NATALIDAD Y MORTALIDAD   | 34        |
| 1.5.2.4 EDUCACIÓN  | 37        |
| 1.5.2.5 VIVIENDA   | 38        |
| 1.5.2.6 CLIMA  | 40        |
| 1.5.2.7 RELIEVE  | 42        |
| 1.5.3 ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN  | 44        |
| 1.5.3.1 POBLACIÓN  | 45        |
| 1.5.3.2 TOPONIMIA  | 46        |
| 1.5.3.3 ESCUDO   | 51        |
| 1.5.3.4 HISTORIA   | 52        |
| 1.5.3.5 LOCALIZACIÓN   | 53        |
| 1.5.3.6 EXTENSIÓN  | 55        |
| 1.5.3.7 OROGRAFÍA E HIDROGRAFÍA  | 57        |
| 1.5.3.8 CLIMA  | 61        |
| 1.5.3.9 SERVICIOS DE SALUD Y DERECHOHABIENCIA                                      | 62        |
| 1.5.3.10 EDUCACIÓN   | 63        |
| 1.5.3.11 VIVIENDA  | 64        |
| 1.5.3.12 SERVICIOS PÚBLICOS  | 65        |
| 1.6 REFERENCIAS  | 66        |
| <b>CAPÍTULO 2.</b>   | <b>68</b> |
| <b>CAPÍTULO 2. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD</b>                                 | <b>68</b> |
| 2.1 INTRODUCCIÓN   | 68        |
| 2.2 MISIÓN   | 71        |
| 2.3 VISIÓN   | 71        |
| 2.4 OBJETIVO GENERAL   | 71        |
| 2.5 CUERPO DIRECTIVO   | 71        |

|  |            |
|--|------------|
| 2.6 INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS   | 72         |
| 2.7 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN  | 73         |
| 2.8 MORBILIDAD DE PRIMERA VEZ  | 75         |
| 2.9 MOTIVOS PRINCIPALES DE RIESGO DE TRABAJO   | 76         |
| 2.10   | 78         |
| 2.11 PADECIMIENTOS SUBSECUENTES EN CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR                                     | 79         |
| 2.12 PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDAD POR PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN FEMENINA Y EN POBLACIÓN MASCULINA            | 81         |
| 2.13 PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDAD PADECIMIENTOS SUBSECUENTES EN POBLACIÓN FEMENINA Y EN POBLACIÓN MASCULINA | 83         |
| <b>CAPÍTULO 3.</b>   | <b>86</b>  |
| <b>CAPÍTULO 3. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL</b>  | <b>86</b>  |
| 3.1 INTRODUCCIÓN   | 86         |
| 3.2 FEBRERO 2016   | 87         |
| 3.3 MARZO 2016   | 90         |
| 3.4 ABRIL 2016   | 92         |
| 3.5 MAYO 2016  | 94         |
| 3.6 JUNIO 2016   | 96         |
| 3.7 JULIO 2016   | 98         |
| 3.8 AGOSTO 2016  | 100        |
| 3.9 SEPTIEMBRE 2016  | 102        |
| 3.10 OCTUBRE 2016  | 104        |
| 3.13 ENERO 2017  | 109        |
| <b>CAPÍTULO 4.</b>   | <b>112</b> |
| <b>CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES</b>  | <b>112</b> |
| 4.1 RESPECTO A SU FORMACIÓN COMO PERSONA   | 112        |
| 4.2 DE LA FORMACIÓN COMO PERSONAL DE SALUD   | 114        |
| 4.3 DE LA APORTACIÓN A LA COMUNIDAD  | 115        |
| 4.4 RESPECTO A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA  | 116        |

## **CAPÍTULO 1**

### **CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL**

#### **1.1 INTRODUCCIÓN**

La finalidad principal de la Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco (UAM-Xochimilco) en relación con la Licenciatura en Medicina es formar profesionales con una sólida capacidad de análisis crítico, orientados a comprender y resolver problemas de salud. Para ello, se fomenta el empleo de metodologías científicas que permitan una comprensión integral de las acciones relacionadas con la salud, promoviendo la intervención en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención de enfermedades <sup>1</sup>

En México, el servicio social representa la última fase de la licenciatura, es mandatorio y se compone de dos elementos esenciales: uno académico y otro de asistencia. En los programas de estudio de la carrera de Médico cirujano, este se efectúa durante el último año académico y es crucial para la obtención del título profesional.

Esta última fase en la formación de un médico adquiere especial relevancia, ya que debe ser el periodo en el que se conecte la práctica clínica con la Salud Pública. Esto tiene como objetivo proporcionar al futuro profesional de la salud, un contexto que facilite el poder implementar los conocimientos adquiridos durante su preparación profesional, y al mismo tiempo que genere y perfeccione habilidades para ofrecer una atención médica completa y de excelencia, en la atención primaria.<sup>2</sup>

Durante el tiempo que dura el servicio social en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los médicos en formación y personal de cada unidad médica realizan

un Diagnóstico de Salud. Esto con el fin de recopilar datos sociodemográficos referentes a la jurisdicción correspondiente de la unidad del IMSS asignada, lo cual permite vislumbrar el estado actual de la población, facilitando así la planificación de estrategias para mejorar las condiciones de la comunidad.

Este documento presenta el Diagnóstico de Salud realizado durante el periodo Febrero del 2016 a Enero del 2017, en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria No.161 del IMSS, utilizando datos obtenidos de la red interna de la unidad y de fuentes externas.

## 1.2 OBJETIVO

Llevar a cabo una revisión actualizada del diagnóstico de salud correspondiente al año 2017 en de la Unidad de Medicina Familiar con Unidad Médica de Atención ambulatoria No.161 del IMSS, además de analizar la situación general de la demarcación territorial de Álvaro Obregón.

## 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer las principales causas de morbilidad y mortalidad en la UMF/UMAA 161.

Evaluar las condiciones de la delegación Álvaro Obregón, incluyendo aspectos demográficos, políticos, educativos, culturales y de urbanización.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN

El Diagnóstico de Salud de 2016 constituye un referente fundamental en el Plan Estratégico de 2017, con la finalidad de ser una herramienta que facilite la formulación de planes de acción futuros. Estos planes están diseñados para explorar oportunidades que mejoren las operaciones del sector salud. Dichas oportunidades de mejora comprenden ámbitos como riesgos sanitarios, fomento del bienestar general de los y las pacientes, formas para prevenir enfermedades, y vigilancia epidemiológica de la población que pertenece a la Unidad de Medicina Familiar No. 161, con la intención de fortalecer la efectividad y confianza en la atención de la salud, logrando beneficios sostenibles a largo plazo.<sup>3</sup>

## 1.5 GENERALIDADES TERRITORIALES

### 1.5.1 MÉXICO

#### 1.5.1.1 POBLACIÓN

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) informó mediante la encuesta intercensal realizada en el año 2015 que la población total estimada de México alcanzaba una cifra de 119, 443, 984 millones de habitantes, de los cuales 58, 013719 son hombres y 61,430, 245 son mujeres. A continuación, se presenta una Gráfica poblacional para ver la distribución por sexo y edad. <sup>4</sup>

La Encuesta Intercensal 2015 abarcó las 32 entidades federativas y los 2,457 municipios que integran la República Mexicana, excluyendo solo 11 municipios donde no fue posible realizar el levantamiento de datos. Según esta encuesta, la población residente en viviendas particulares habitadas fue estimada en aproximadamente 119.5 millones de personas. No obstante, esta cifra no considera a quienes viven en viviendas colectivas, en el Servicio Exterior Mexicano o en condiciones de indigencia. ref.

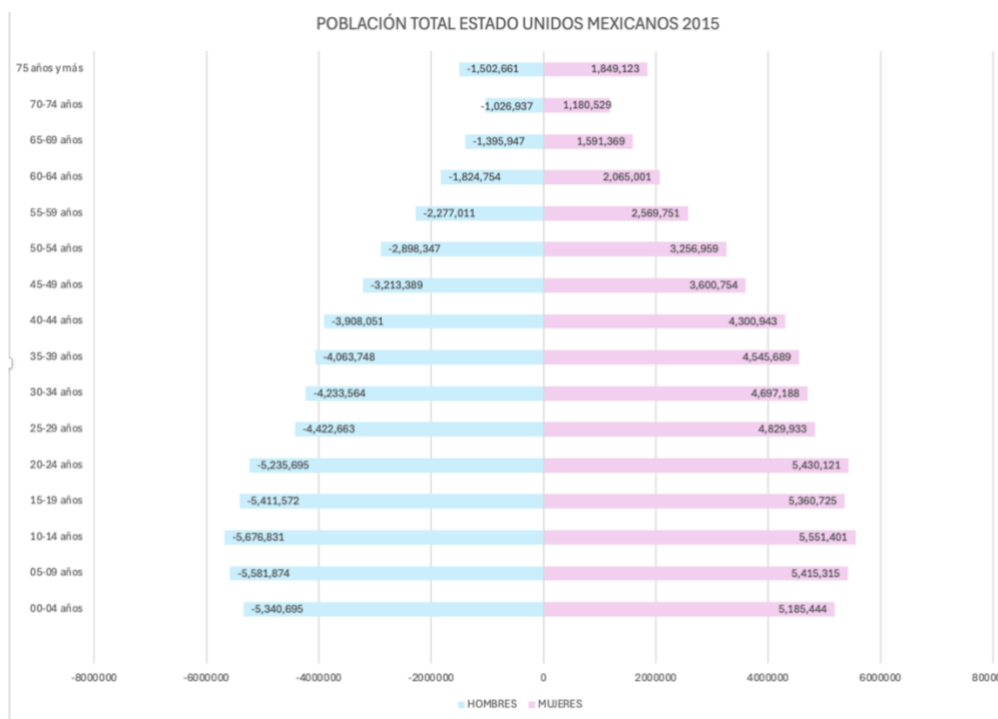
Para estimar esta población adicional, se aplicó la misma tasa de crecimiento que la registrada en la población en viviendas particulares, lo que arroja una cifra aproximada de 408,000 personas. De esta forma, la población total proyectada para el 15 de marzo de 2015 sería de aproximadamente 119.9 millones de habitantes.<sup>5</sup>

La Gráfica No.1 refleja la distribución de la población en México en el año 2015, basado en la Encuesta Intercensal del INEGI realizada en el año 2015, que, del total de habitantes, aproximadamente los 119 millones, se encuentran distribuidos de manera relativamente equilibrada entre hombres y mujeres, aunque con una ligera predominancia del sexo femenino.

Por edades, se evidencian ciclos demográficos caracterizados por un incremento en la población en los grupos de edad joven, con una base amplia en los primeros grupos etarios que va descendiendo conforme avanza la edad. Esto indica una estructura poblacional aun relativamente joven, pero con signos de envejecimiento moderado en los segmentos superiores a los 50 años, en concordancia con la tendencia a la reducción en la tasa de nacimientos y el crecimiento en la expectativa de vida.

Comparando con datos de periodos anteriores, cada cinco años se observa una tendencia de crecimiento poblacional sostenido, además de una distribución por sexo que mantiene la equidad, por lo cual, el país se encuentra en una etapa de crecimiento estable con un potencial de población joven que puede influir en las políticas educativas, laborales y de salud en el futuro cercano.<sup>4</sup>

## GRÁFICA 1. POBLACIÓN TOTAL ESTADOS UNIDOS MEXICANOS EN 2015



Fuente: Elaboración propia. INEGI ENCUESTA INTERCENSAL 2015 fecha de consulta: 29 octubre 2025

La **Tabla No. 1** presenta la distribución de la población en las diferentes entidades federativas de México en el año 2015. Los datos reflejan una considerable variabilidad en la población de las entidades, con el Estado de México siendo la más poblada con 16,187,608 habitantes. Esto contrasta con entidades de menor población, como Baja California Sur y Colima, con 712,029 y 711,235 habitantes respectivamente. Esta disparidad sugiere una concentración de recursos y servicios que probablemente es mayor en las entidades más pobladas.

Al analizar las entidades por región geográfica, se observa que la mayoría de las entidades del norte como Chihuahua (3,556,574) y Nuevo León (5,119,504) poseen poblaciones significativas, lo cual puede estar relacionado con su desarrollo industrial y económico. En contraste, las regiones del sur, como Campeche (899,931) y Chiapas (5,217,908), presentan diferentes retos demográficos que podrían influir en sus necesidades de infraestructura y servicios.

Esta distribución desigual de la población tiene importantes implicaciones para la planificación de políticas públicas. Las entidades más pobladas demandan una mayor inversión en infraestructura urbana, transporte y servicios públicos para mantener el bienestar social. Por otro lado, las entidades menos pobladas podrían enfocarse en desarrollar estrategias para atraer inversiones y mejorar las condiciones de vida a través de infraestructuras sustentables y proyectos de desarrollo comunitario.

**Tabla 1. NÚMERO DE HABITANTES DE LOS DIFERENTES ESTADOS DE LA REPUBLICA MEXICANA EN 2015**

| <b>ENTIDAD</b>       | <b>NÚMERO DE POBLACIÓN</b> |
|----------------------|----------------------------|
| Aguascalientes       | 1 312 544                  |
| Baja California      | 3 315 766                  |
| Baja California Sur  | 712 029                    |
| Campeche             | 899 931                    |
| Coahuila de Zaragoza | 2 954 915                  |
| Colima               | 711 235                    |
| Chiapas              | 5 217 908                  |
| Chihuahua            | 3 556 574                  |
| Distrito Federal     | 9 918 653                  |
| Durango              | 1 754 754                  |
| Guanajuato           | 5 853 677                  |
| Guerrero             | 3 533 251                  |
| Hidalgo              | 2 858 369                  |
| Jalisco              | 7 844 830                  |
| México               | 16 187 608                 |
| Michoacán de Ocampo  | 4 584 471                  |
| Morelos              | 1 903 811                  |
| Nayarit              | 1 181 050                  |
| Nuevo León           | 5 119 504                  |
| Oaxaca               | 3 967 8890                 |
| Puebla               | 6 168 883                  |
| Querétaro            | 2 038 372                  |
| Quintana Roo         | 1 501 562                  |
| San Luis Potosí      | 2 717 820                  |
| Sinaloa              | 2 966 321                  |
| Sonora               | 2 850 330                  |

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| Tabasco                         | 2 395 272 |
| Tamaulipas                      | 3 441 698 |
| Tlaxcala                        | 1 272 847 |
| Tamaulipas                      | 3 441 698 |
| Veracruz de Ignacio de la Llave | 8 112 505 |
| Yucatán                         | 2 907 175 |
| Zacatecas                       | 1 579 209 |

Fuente: Elaboración propia. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Proyecciones de la población de México 2015. INEGI. Consultada 28 de octubre 2025

### 1.5.1.2 ESPERANZA DE VIDA

En el año 2015, se realizó la encuesta intercensal, y uno de los parámetros censados fue la expectativa de vida, que reflejaba un panorama en evolución, situándose en aproximadamente 75 años para la población general, con notables diferencias entre géneros. Las mujeres mantenían una esperanza de vida de alrededor de 77-78 años, significativamente más alta que la de los hombres, ubicada en torno a los 72-73 años. Estos indicadores apuntaban a una mejoría en la salud pública y en el acceso a servicios médicos, aunque también reflejaban desigualdades persistentes y desafíos específicos en salud masculina.

Las políticas enfocadas en reducir la mortalidad por enfermedades crónicas, mejorar la atención prenatal, y optimizar el control de enfermedades infecciosas, definitivamente han desempeñado un papel crucial en el incremento de la longevidad. Sin embargo, factores como el acceso desigual a servicios de salud, la violencia, y el estilo de vida, que aún persisten en nuestra sociedad, seguían impactando la expectativa de vida de manera diferenciada en distintas regiones del país.

En la Tabla No. 2 se hace una comparación sobre la esperanza de vida en México en los años 2015 y 2016, se observa que a pesar de que, en general, la esperanza de vida en México muestra una tendencia de aumento sostenido en las últimas décadas, los datos correspondientes a 2015 y 2016 indican una ligera disminución

en este indicador para ambos sexos. Este retroceso puede reflejar diversos factores, como un incremento en las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles, condiciones socioeconómicas adversas o un aumento en la prevalencia de problemas de salud que impactan la longevidad.

**Tabla 2. ESPERANZA DE VIDA EN POBLACIÓN MASCULINA Y FEMENINA EN LOS AÑOS 2015 Y 2016**

| SEXO   | ESPERANZA DE VIDA 2015 | ESPERANZA DE VIDA 2016 |
|--------|------------------------|------------------------|
| HOMBRE | 72.4 años              | 72.0 años              |
| MUJER  | 77.8 años              | 77.7 años              |

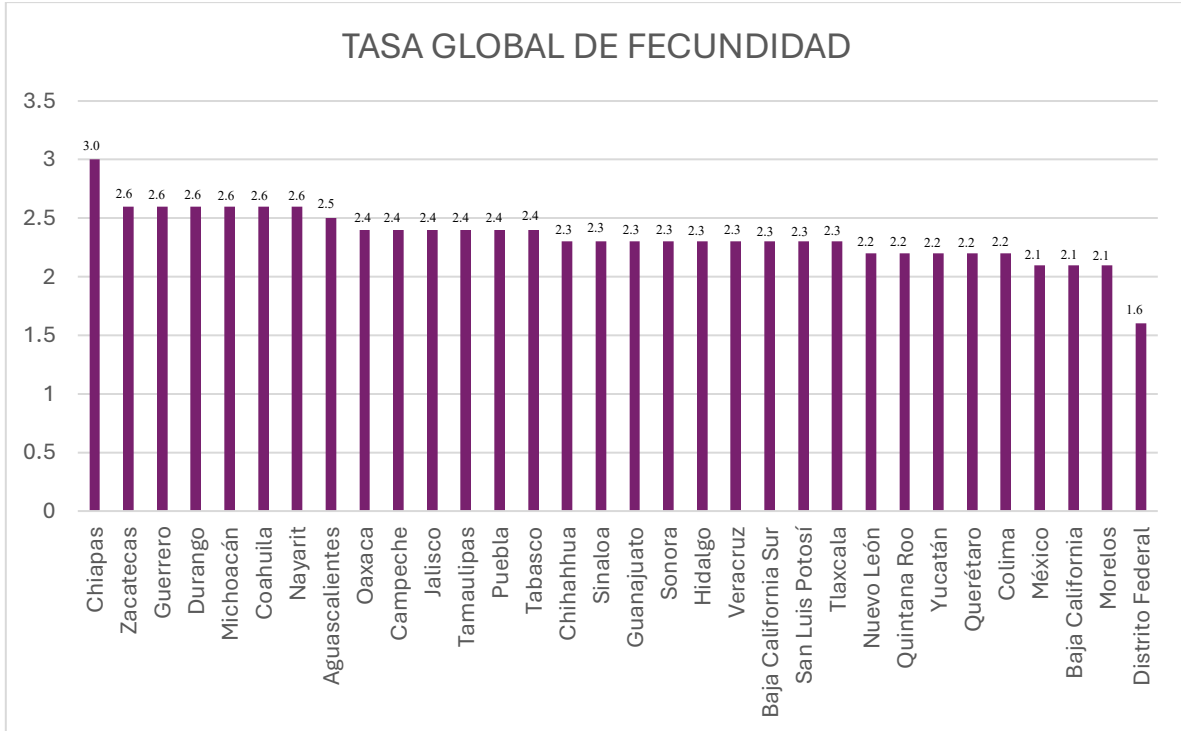
Fuente: Elaboración propia. INEGI, Esperanza de vida al nacimiento por entidad federativa según sexo, serie anual de 2010 a 2025, consultada noviembre 2025

### 1.5.1.3 NATALIDAD Y MORTALIDAD

#### Natalidad

En 2015, se observó una disminución de la natalidad en México, registrándose un total de 2,35 millones de nacimientos. De estos, aproximadamente el 50.67% correspondieron a varones, equivalentes a 1,19 millones de niños, y el 49.31%, a niñas, con un total de 1,16 millones. La tasa de natalidad para ese año fue de 18.23 nacimientos por cada mil habitantes, y el índice de fecundidad se ubicó en 2.14 hijos por mujer.<sup>5</sup>

**GRÁFICA 2. TASA DE NATALIDAD POR ENTIDAD FEDERATIVA EN 2015  
(HIJOS POR CADA MIL MUJERES)**



Fuente: Elaboración propia. INEGI, Encuesta intercensal 2015, consultada noviembre 2025

Durante el año 2015, en los Estados Unidos Mexicanos (E.U.M.) se registraron un total de 655,688 defunciones generales (DG), lo que representa un incremento de 22,047 fallecimientos en comparación con el año anterior. **Esto equivale a una media diaria de aproximadamente 1,796 muertes.**<sup>6</sup>

**Mortalidad**

Se puede observar en la Tabla No. 3 que la entidad federativa que presentó el mayor número de Defunciones Sujetas a Vigilancia Epidemiológica (DSVE) corresponde al Estado de México con un total de 77 813, contra el estado de Baja California Sur el cual tuvo 3 175 defunciones. Esto se debe a varios factores, entre los que destaca la diferencia que existe en la población: el Estado de México

posee una de las poblaciones más numerosas del país, con mayor densidad demográfica, lo que naturalmente resulta en un mayor número de muertes.

Además, las condiciones de salud pública y el acceso a servicios médicos pueden variar significativamente entre estas entidades, lo que podría impactar la tasa de mortalidad. La estructura demográfica, incluida la distribución por edades, también influye; una población con un mayor porcentaje de ancianos tiende a tener un número elevado de defunciones. Asimismo, factores específicos como la prevalencia de enfermedades, epidemias y condiciones ambientales podrían tener un impacto notable en las estadísticas de mortalidad. En contraste, Baja California Sur, con su población más reducida y un perfil demográfico distinto, podría experimentar menos fallecimientos como resultado de estas variables.

**Tabla 3. MORTALIDAD SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL 2015**

| ENTIDAD FEDERATIVA       | D.G.    | D.S.V.E. | %   | *TASA |
|--------------------------|---------|----------|-----|-------|
| Estados Unidos Mexicanos | 655,688 | 10,099   | 1.5 | 8.3   |
| Aguascalientes           | 5636    | 39       | 0.7 | 3     |
| Baja California          | 17152   | 587      | 3.4 | 16.8  |
| Baja California Sur      | 3175    | 54       | 1.1 | 7.1   |
| Campeche                 | 4714    | 119      | 2.5 | 13.1  |
| Coahuila                 | 16167   | 75       | 0.5 | 2.5   |
| Colima                   | 4408    | 145      | 3.3 | 20    |
| Chiapas                  | 26519   | 917      | 3.5 | 17.5  |
| Chihuahua                | 22416   | 422      | 1.9 | 11.4  |
| Distrito Federal         | 59484   | 536      | 0.9 | 6.1   |
| Durango                  | 8975    | 108      | 1.2 | 6.1   |
| Guanajuato               | 30170   | 222      | 0.7 | 3.8   |
| Guerrero                 | 20645   | 398      | 1.9 | 11.2  |
| Hidalgo                  | 14595   | 99       | 0.7 | 3.4   |
| Jalisco                  | 43141   | 491      | 1.1 | 6.2   |
| México                   | 77813   | 763      | 1   | 4.5   |
| Michoacán                | 25473   | 227      | 0.9 | 4.9   |
| Morelos                  | 11236   | 122      | 1.1 | 6.4   |
| Nayarit                  | 6187    | 142      | 2.3 | 11.6  |
| Nuevo León               | 25087   | 433      | 1.7 | 8.5   |
| Oaxaca                   | 24334   | 346      | 1.4 | 8.6   |
| Puebla                   | 34517   | 475      | 1.4 | 7.7   |

|                 |       |      |     |      |
|-----------------|-------|------|-----|------|
| Querétaro       | 9034  | 99   | 1.1 | 4.9  |
| Quintana Roo    | 5738  | 246  | 4.3 | 15.6 |
| San Luis Potosí | 14163 | 161  | 1.1 | 5.8  |
| Sinaloa         | 14537 | 239  | 1.6 | 8    |
| Sonora          | 16507 | 427  | 2.6 | 14.6 |
| Tabasco         | 12666 | 356  | 2.8 | 14.9 |
| Tamaulipas      | 18700 | 325  | 1.7 | 9.2  |
| Tlaxcala        | 6110  | 69   | 1.1 | 5.4  |
| Veracruz        | 52354 | 1160 | 2.2 | 14.4 |
| Yucatán         | 13282 | 229  | 1.7 | 10.8 |
| Zacatecas       | 8838  | 68   | 0.7 | 3.7  |
| Extranjero      | 1095  | 10   | 0.9 |      |

Fuente: Elaboración propia. Secretaría de salud, subsecretaría de prevención y promoción de la salud, dirección general de epidemiología. *PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADÍSTICO DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO, 2015*. Consultado diciembre 2025

Tasa por 100 000 habitantes (DG: Defunciones generales), (DSVE): Defunciones Sujetas a Vigilancia

En la Tabla No.4, al analizar los datos desglosados por sexo, en cuanto a mortalidad sujeta a vigilancia epidemiológica, se observa que la mayor cantidad de fallecimientos correspondió a hombres, con 7, 107 decesos, frente a 2, 991 en mujeres. Esto equivale a un 30% para el sexo femenino y un 70% para el sexo masculino. Las tres entidades que presentaron el mayor número de muertes en hombres fueron en primer lugar Veracruz, después el Estado de México y en tercer lugar Chiapas. Mientras que para sexo femenino fue Chiapas en primer lugar, en segundo Veracruz y en tercer lugar el Estado de México.

**Tabla 4. MORTALIDAD SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL 2015, POR ENTIDAD DE RESIDENCIA Y SEXO**

| ENTIDAD FEDERATIVA  | HOMBRES | MUJERES | ISMM  |
|---------------------|---------|---------|-------|
| E.U.M.              | 7,107   | 2,991   | 237.6 |
| Aguascalientes      | 28      | 11      | 254.5 |
| Baja California     | 455     | 131     | 347.3 |
| Baja California Sur | 35      | 19      | 184.2 |
| Campeche            | 86      | 33      | 260.6 |
| Coahuila            | 55      | 20      | 275   |

|                  |     |     |       |
|------------------|-----|-----|-------|
| Colima           | 103 | 42  | 245.2 |
| Chiapas          | 544 | 373 | 145.8 |
| Chihuahua        | 294 | 128 | 229.7 |
| Distrito Federal | 403 | 133 | 303   |
| Durango          | 74  | 34  | 217.6 |
| Guanajuato       | 166 | 56  | 296.4 |
| Guerrero         | 265 | 133 | 199.2 |
| Hidalgo          | 72  | 27  | 266.7 |
| Jalisco          | 342 | 149 | 229.5 |
| México           | 562 | 201 | 279.6 |
| Michoacán        | 159 | 68  | 233.8 |
| Morelos          | 92  | 30  | 306.7 |
| Nayarit          | 103 | 39  | 264.1 |
| Nuevo León       | 333 | 100 | 333   |
| Oaxaca           | 211 | 135 | 156.3 |
| Puebla           | 315 | 160 | 196.9 |
| Querétaro        | 73  | 26  | 280.8 |
| Quintana Roo     | 180 | 66  | 272.1 |
| San Luis Potosí  | 106 | 55  | 192.7 |
| Sinaloa          | 159 | 80  | 198.8 |
| Sonora           | 311 | 116 | 268.1 |
| Tabasco          | 274 | 82  | 334.1 |
| Tamaulipas       | 230 | 95  | 242.1 |
| Tlaxcala         | 51  | 18  | 283.3 |
| Veracruz         | 817 | 343 | 238.2 |
| Yucatán          | 166 | 63  | 263.5 |
| Zacatecas        | 36  | 22  | 163.6 |
| Extranjero       | 7   | 3   |       |

Fuente: Elaboración propia. Secretaría de salud, subsecretaría de prevención y promoción de la salud, dirección general de epidemiología. *PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADÍSTICO DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO, 2015*. Consultado diciembre 2025

ISMM: Índice de Sobremortalidad Masculina que representa el número de defunciones masculinas por cada 100 femeninas.

En la Tabla No. 5 sobre defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica según los grupos de edad podemos observar que muestra una concentración de la mortalidad en edades productivas y adultas jóvenes, en contraste con las edades extremas de la vida:

- Población Adulta Joven y Madura: Los grupos de 25 a 34 años (17.2%) y 35 a 44 años (18.9%) concentran las mayores proporciones de defunciones, sumando casi el 36% del total. El grupo de 35 a 44 años reporta el pico absoluto en número de decesos (1,912 casos).
- Población Pediátrica y Adolescente: La mortalidad es comparativamente baja en el rango de 5 a 14 años (1.1% del total, 109 casos), lo cual es consistente con las transiciones epidemiológicas habituales.
- Mortalidad Infantil: El grupo menor de 1 año (<1) representa una proporción sustancial (16.7% del total), indicando la persistencia de desafíos significativos en la salud materno-infantil o en las causas de muerte bajo vigilancia.

**Tabla 5. MORTALIDAD SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL 2015, POR GRUPO DE EDAD.**

| GRUPOS EDAD | DEFUNCIONES | TASA | %    |
|-------------|-------------|------|------|
| TOTAL       | 10,099      | 8.3  | 100  |
| <1          | 1687        | 76.2 | 16.7 |
| 1 a 4       | 762         | 8.6  | 7.5  |
| 5 a 14      | 109         | 0.5  | 1.1  |
| 15 a 24     | 588         | 2.7  | 5.8  |
| 25 a 34     | 1737        | 9.2  | 17.2 |
| 35 a 44     | 1912        | 11.4 | 18.9 |
| 45 a 54     | 1421        | 10.9 | 14.1 |
| 55 a 64     | 796         | 9.1  | 7.9  |
| 65 a 74     | 523         | 10.5 | 5.2  |
| 75 a 84     | 387         | 15.9 | 3.8  |
| 85 Y +      | 143         | 16.6 | 1.4  |
| no esp.     | 34          |      | 0.3  |

Fuente: Elaboración propia. Secretaría de salud, subsecretaría de prevención y promoción de la salud, dirección general de epidemiología. *PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADÍSTICO DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO, 2015*. Consultado diciembre 2025  
Tasa por 100 000 habitantes.

La Tabla No.6 muestra una jerarquización clara de las causas de muerte bajo vigilancia, tanto en términos de volumen absoluto de defunciones como de su impacto relativo (tasa).

Las principales enfermedades son:

- Enfermedad por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana): Esta es, con diferencia, la principal causa de muerte en la muestra analizada, representando 4,742 defunciones y una tasa de 3.9. La alta prevalencia y la complejidad en el manejo a largo plazo sitúan al VIH como el desafío epidemiológico más significativo dentro de este grupo de padecimientos vigilados.
- Tuberculosis (TB): Ocupa el segundo lugar con 1,836 decesos y una tasa de 1.5. La TB es una enfermedad infecciosa prevenible y curable, y su presencia destacada en las estadísticas de mortalidad subraya áreas de oportunidad en los programas de detección temprana y adhesión al tratamiento en México, especialmente considerando su asociación frecuente con el VIH (hasta un 13% de los pacientes con TB en México se asocian a VIH).
- Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en Menores de 5 Años: Estas causas son críticas en la salud pública, afectando a la población más vulnerable. Las IRAS en menores de 5 años causaron 1,541 muertes (tasa 1.3), y las EDAS 718 muertes (tasa 0.6). La mortalidad por estas causas infecciosas en la infancia temprana es un indicador clave del desarrollo de los sistemas de salud y las condiciones sanitarias básicas.

Las causas restantes presentan cifras significativamente menores, pero son indicativas de riesgos específicos que requieren vigilancia:

- Intoxicaciones y Eventos Ambientales: Las intoxicaciones por Monóxido de Carbono (CO) y Plaguicidas, así como las muertes por altas temperaturas, reflejan la importancia de las medidas de seguridad laboral, doméstica y la adaptación al cambio climático.
- Salud Materna y Enfermedades Transmitidas por Vector: Las enfermedades hipertensivas del embarazo y parto 166 defunciones (tasa 0.1) son un foco de atención en la salud materna. Las enfermedades transmitidas por vector 151 defunciones (tasa 0.1) y la rickettsiosis 121 defunciones (tasa 0.1) son indicadores de la presencia de estos agentes infecciosos en el entorno.

**Tabla 6. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD CON VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL 2015.**

| ORDEN | CAUSA                                     | DEFUNCIONES | TASA |
|-------|---|-------------|------|
| 1     | Enfermedad por VIH                        | 4742        | 3.9  |
| 2     | Tuberculosis                              | 1836        | 1.5  |
| 3     | IRAS en <5 años                           | 1541        | 1.3  |
| 4     | EDAS en <5 años                           | 718         | 0.6  |
| 5     | Intoxicación por CO                       | 250         | 0.2  |
| 6     | Enfermedad Hipertensivas embarazo y parto | 166         | 0.1  |
| 7     | Enfermedad. Transmitidas por Vector       | 151         | 0.1  |
| 8     | Intoxicación. Plaguicidas                 | 145         | 0.1  |
| 9     | Rickettsiosis                             | 121         | 0.1  |
| 10    | Muerte por altas temperaturas.            | 117         | 0.1  |

Fuente: Elaboración propia. Secretaría de salud, subsecretaría de prevención y promoción de la salud, dirección general de epidemiología. *PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADÍSTICO DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO, 2015*. Consultado diciembre 2025  
\*tasa: por 100, 00 habitantes

En la Tabla No.7 podemos señalar que las muertes por causas sujetas a vigilancia epidemiológica en el año 2015, que el 23.1% corresponden al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como los estados donde el IMSS tuvo las cifras más altas en este mismo año son: Nuevo León con el 49.0%, Colima con 48.3%, Aguascalientes el 38.5 %, Querétaro con 37.4 % y Baja California Sur con 37%.

**Tabla 7. PORCENTAJE DE DEFUNCIONES SEGÚN DERECHOHABIENCIA CON VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

| ENTIDAD FEDERATIVA  | DEFUNCIONES | DERECHOHABIENCIA |        |       | SSA  | NO ESP. |
|---------------------|-------------|------------------|--------|-------|------|---------|
|                     |             | IMSS             | ISSSTE | OTRAS |      |         |
| E.U.M.              | 10099       | 23.1             | 3      | 2.5   | 60.4 | 11      |
| Aguascalientes      | 39          | 38.5             | 5.1    | 0     | 46.2 | 10.3    |
| Baja California     | 587         | 21.3             | 1.2    | 0.17  | 61.7 | 14.1    |
| Baja California Sur | 54          | 37               | 5.6    | 3.7   | 51.9 | 1.9     |
| Campeche            | 119         | 19.3             | 2.5    | 5     | 67.2 | 5.9     |
| Coahuila            | 75          | 18.7             | 5.3    | 1.3   | 64   | 10.7    |
| Colima              | 145         | 48.3             | 2.1    | 0.7   | 35.2 | 13.8    |
| Chiapas             | 917         | 6.2              | 1.6    | 3.3   | 68.8 | 20.1    |
| Chihuahua           | 422         | 25.6             | 1.7    | 2.4   | 59   | 11.4    |
| Distrito Federal    | 536         | 29.5             | 8      | 2.1   | 52.4 | 8       |
| Durango             | 108         | 26.9             | 5.6    | 0.9   | 60.2 | 6.5     |
| Guanajuato          | 222         | 21.2             | 1.4    | 0     | 67.6 | 9.9     |
| Guerrero            | 398         | 17.6             | 4.5    | 0.8   | 65.6 | 11.6    |
| Hidalgo             | 99          | 15.2             | 4      | 4     | 69.7 | 7.1     |
| Jalisco             | 491         | 31.2             | 1.8    | 0.6   | 57   | 9.4     |
| México              | 763         | 23.7             | 0.39   | 5.1   | 61.6 | 5.6     |
| Michoacán           | 227         | 15.9             | 4.4    | 0.9   | 67.8 | 11      |
| Morelos             | 122         | 17.2             | 5.7    | 0     | 73   | 4.1     |
| Nayarit             | 142         | 22.5             | 4.9    | 0.7   | 58.5 | 13.4    |
| Nuevo León          | 433         | 49               | 1.6    | 2.8   | 36.3 | 10.4    |
| Oaxaca              | 346         | 6.6              | 3.5    | 2.3   | 72   | 15.6    |
| Puebla              | 475         | 16               | 1.3    | 2.3   | 70.5 | 9.9     |
| Querétaro           | 99          | 37.4             | 2      | 1     | 54.5 | 5.1     |
| Quintana Roo        | 246         | 35.4             | 3.7    | 0     | 50.8 | 10.2    |
| San Luis Potosí     | 161         | 25.5             | 5      | 1.9   | 59.6 | 8.1     |
| Sinaloa             | 239         | 30.5             | 4.6    | 0.8   | 55.2 | 8.8     |
| Sonora              | 427         | 28.3             | 2.3    | 2.8   | 52.2 | 14.3    |
| Tabasco             | 356         | 12.6             | 2.8    | 6.7   | 71.9 | 5.9     |
| Tamaulipas          | 325         | 28.9             | 3.4    | 1.8   | 56.9 | 8.9     |
| Tlaxcala            | 69          | 11.6             | 8.7    | 2.9   | 68.1 | 8.7     |
| Veracruz            | 1160        | 21.2             | 2.4    | 3.5   | 61   | 11.8    |
| Yucatán             | 229         | 33.6             | 2.2    | 0.4   | 53.3 | 10.5    |
| Zacatecas           | 58          | 32.8             | 0      | 1.7   | 62.1 | 3.4     |

Fuente: Elaboración propia. Secretaría de salud, subsecretaría de prevención y promoción de la salud, dirección general de epidemiología. *PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADÍSTICO DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO, 2015*. Consultado diciembre 2025

#### 1.5.1.4 EDUCACIÓN

En materia de educación, según la Encuesta Intercensal realizada en 2015 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), ha habido un incremento en el porcentaje de niños y jóvenes de 6 a 14 años que asisten a la escuela. Ya que en el censo poblacional del 2010 el porcentaje era del 52.3% y en el 2015 aumentó un 63%. No obstante, las cifras varían considerablemente entre las distintas entidades del país.

En la Tabla No. 8 destacan los municipios del territorio mexicano con los desafíos más significativos en la cobertura educativa para la población en edad escolar obligatoria (6 a 14 años). El porcentaje de asistencia escolar en estos municipios críticos oscila entre un 82.9% (el más alto entre los más bajos) y un mínimo de 64.1%. Esto significa que incluso en el mejor de los casos en esta lista, cerca del 17% de los niños y adolescentes en este rango de edad no asisten a la escuela, y en el peor, casi el 36% está fuera del sistema educativo.

Existe una notable concentración geográfica de estos municipios. Los estados de Oaxaca, Chiapas y Chihuahua son los únicos representados, lo que sugiere que los factores que influyen en la inasistencia escolar pueden estar relacionados con condiciones socioeconómicas, geográficas o culturales específicas de estas regiones.

San Miguel del Río, Oaxaca presenta el porcentaje "más alto" de asistencia (82.9%) dentro de esta lista de rezago. Riva Palacio, Chihuahua es el municipio con el menor porcentaje de asistencia escolar (64.1%), identificándose como el punto más crítico en la muestra.

**Tabla 8. MUNICIPIOS CON MENOR PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD**

| MUNICIPIOS CON MENOR PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 6 A 14 AÑOS QUE ASISTE A LA ESCUELA |                                    |
|---|------------------------------------|
| MUNICIPIO   | PORCENTAJE QUE ASISTE A LA ESCUELA |
| San Miguel del río, Oaxaca  | 82.9                               |
| Hopelchén, Campeche   | 82.3                               |
| Zinacantán, Chiapas   | 80.8                               |
| Pantelhó, Chiapas   | 80.8                               |
| Balleza, Chihuahua  | 80.0                               |
| Batopilas, Chihuahua  | 76.0                               |
| San simón Zahuatlán, Oaxaca   | 74.5                               |
| Riva Palacio, chihuahua   | 64.1                               |

Fuente: Elaboración propia, INEGI, Encuesta intercensal 2015, consultada noviembre 2025

La Tabla No. 9 identifica las demarcaciones territoriales con los mayores niveles de participación de la población joven (18 a 24 años) en el sistema educativo. Estos datos reflejan zonas con una alta disponibilidad de instituciones de educación superior o con condiciones socioeconómicas que favorecen la continuidad de los estudios más allá de la educación media superior. Los porcentajes de asistencia escolar en estos municipios oscilan entre un 53.0% y un máximo de 65.8%. Existe una fuerte concentración de los municipios líderes en el Distrito Federal ocupando tres de los primeros cinco puestos de la lista. Esto indica que la infraestructura educativa y las oportunidades en la capital del país son determinantes para la continuidad académica de los jóvenes.

La delegación Benito Juárez del Distrito Federal se posiciona como la demarcación con el mayor porcentaje de asistencia, alcanzando el 65.8%. Esto puede estar asociado a un mayor nivel socioeconómico de la población residente y a la proximidad de importantes universidades e instituciones educativas.

**Tabla 9. MUNICIPIOS CON MAYOR ESCOLARIDAD**

| MUNICIPIOS O DELEGACIONES CON MAYOR PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 18 A 24 AÑOS QUE ASISTE A LA ESCUELA |                                    |
|---|------------------------------------|
| MUNICIPIO   | PORCENTAJE QUE ASISTE A LA ESCUELA |
| Benito Juárez, Distrito Federal   | 65.8                               |
| San Miguel Ixtlán, Puebla   | 61.5                               |
| San Andrés Cholula, Puebla  | 61.1                               |
| San Sebastián Tutla, Chiapas  | 57.9                               |
| Coyoacán, Distrito Federal  | 57.6                               |
| Miguel Hidalgo, Distrito Federal  | 56.1                               |
| Moctezuma, Sonora   | 54.6                               |
| Zacatecas, Zacatecas  | 53.0                               |

Fuente: Elaboración propia. INEGI, Encuesta intercensal 2015, consultada noviembre 2025

En 2015, los datos de la Encuesta Intercensal del INEGI revelan avances significativos en el nivel educativo de la población mexicana, a pesar de que continúan existiendo retos significativos en la disponibilidad y la calidad de la educación. La tasa de alfabetismo en esa fecha se mantiene alta, aunque se observa una disminución con respecto a los datos del año 2010. Sin embargo, al analizar los niveles de escolaridad, se observa que una proporción considerable de la población todavía no ha completado la educación secundaria, especialmente en áreas rurales y en sectores socioeconómicos vulnerables.<sup>7</sup>

El porcentaje de personas con educación media superior o superior aumentó en comparación con años anteriores, en el 2010 el porcentaje de jóvenes entre 18 y 24 años que tenía acceso a la educación fue del 27.8% y en el 2015 según los datos recopilados en la encuesta intercensal fue de 31.5%, indicando una tendencia progresiva hacia la expansión de la formación académica avanzada. No obstante, la desigualdad en la distribución de la educación sigue siendo un problema; las zonas urbanas presentan mayores niveles de acceso y cobertura en comparación con las rurales. Este panorama evidencia que, si bien se han logrado importantes avances en la expansión de la educación en México, aún existe un camino por

recorrer para alcanzar una igualdad de oportunidades y mejorar la calidad de los niveles educativos en todo el territorio nacional.<sup>7</sup>

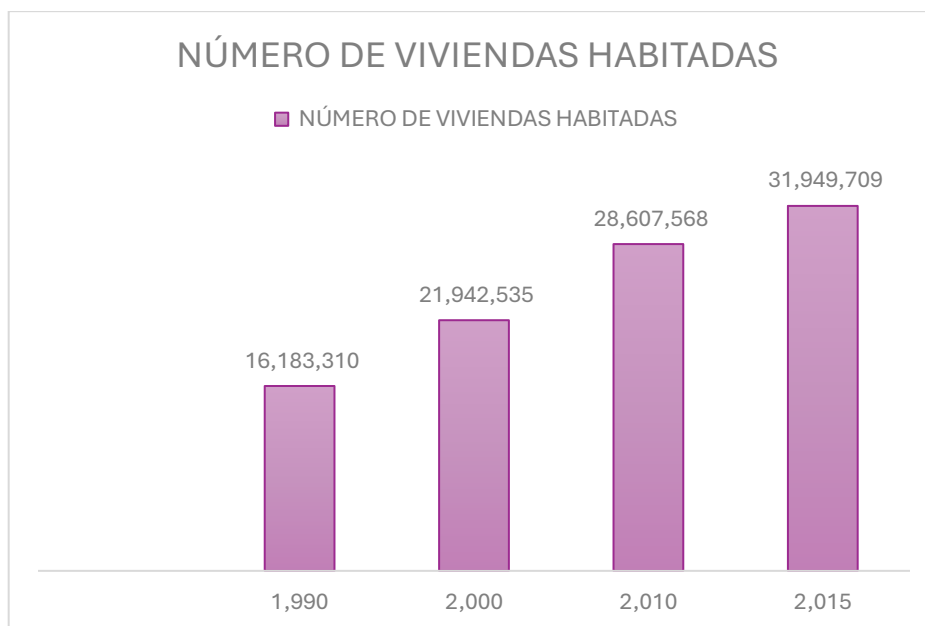
#### 1.5.1.5 VIVIENDA

En el año 2015, en promedio por cada casa habitaban 3.7 personas según los datos recabados en la encuesta intercensal, lo que representa una ligera disminución en comparación con el promedio de 3.9 habitantes por vivienda registrado en 2010. Esta reducción puede interpretarse como un indicativo de cambios en la estructura demográfica y en las dinámicas familiares en México.<sup>7</sup>

Una posible explicación para esta disminución podría ser el incremento en la tendencia hacia núcleos familiares más pequeños. Factores como el aumento en la edad de matrimonio, la mayor participación de las mujeres en la fuerza laboral y un cambio en las expectativas sociales respecto a la familia pueden estar influyendo en la decisión de tener menos hijos. Por otro lado, esta disminución también puede estar relacionada con la mejora en las condiciones económicas que permiten una mayor movilidad y la posibilidad de independizarse a una edad más temprana, lo cual podría resultar en una mayor cantidad de casas con menos personas.

En la Gráfica No. 3 se puede observar que en 25 años hubo un incremento en el número de casas que son habitadas en el territorio nacional, este aumento alcanzó casi el doble en el 2015 según la cifra del año de 1990. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Intercensal del INEGI de 2015, el número total de viviendas particulares habitadas al 15 de marzo de ese año fue de aproximadamente 31,95 millones.

**Gráfica 3. VIVIENDAS HABITADAS EN TERRITORIO MEXICANO EN 2015**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA. INEGI ENCUESTA INTERCENSAL 2015, CONSULTADA NOVIEMBRE 2025

En la Tabla No. 10, en términos de servicios básicos, la cobertura de electricidad mostró una mejora considerable, pasando del 97.8% en 2010 al 98.7% en 2015, lo que indica que casi la totalidad de las viviendas en México cuentan con acceso a este servicio fundamental. Sin embargo, dentro del país, existen brechas sociales significativas; en particular, en la Tabla anterior observamos los ocho municipios con menor acceso a electricidad en sus viviendas, siendo el municipio de Mezquital, Durango, aquel con el porcentaje más bajo, con apenas el 43.9%.<sup>7</sup>

Estos datos resaltan la necesidad de atender las desigualdades territoriales y socioeconómicas que aún persisten en el acceso a servicios esenciales y en las condiciones de las viviendas en México.<sup>7</sup>

**Tabla 10. VIVIENDAS CON ELECTRICIDAD EN 2015**

| MUNICIPIOS CON MENOR PORCENTAJE DE VIVIENDAS CON ELECTRICIDAD |            |
|---|------------|
| Municipio   | Porcentaje |
| Maguarichi, Chihuahua   | 74.3       |
| Bolaños, Jalisco  | 72.3       |
| Guadalupe y calvo, Chihuahua                                  | 71.7       |
| Morelos, Chihuahua.   | 70.3       |
| Guachochi, Chihuahua  | 66.1       |
| Del Nayar, Nayarit  | 61.0       |
| Batopilas, Chihuahua  | 51.9       |
| Mezquital, Durango  | 43.9       |

FUENTE: ELABROACIÓN PROPIA. INEGI ENCUESTA INTERCENSAL 2015, CONSULTADA NOVIEMBRE 2025

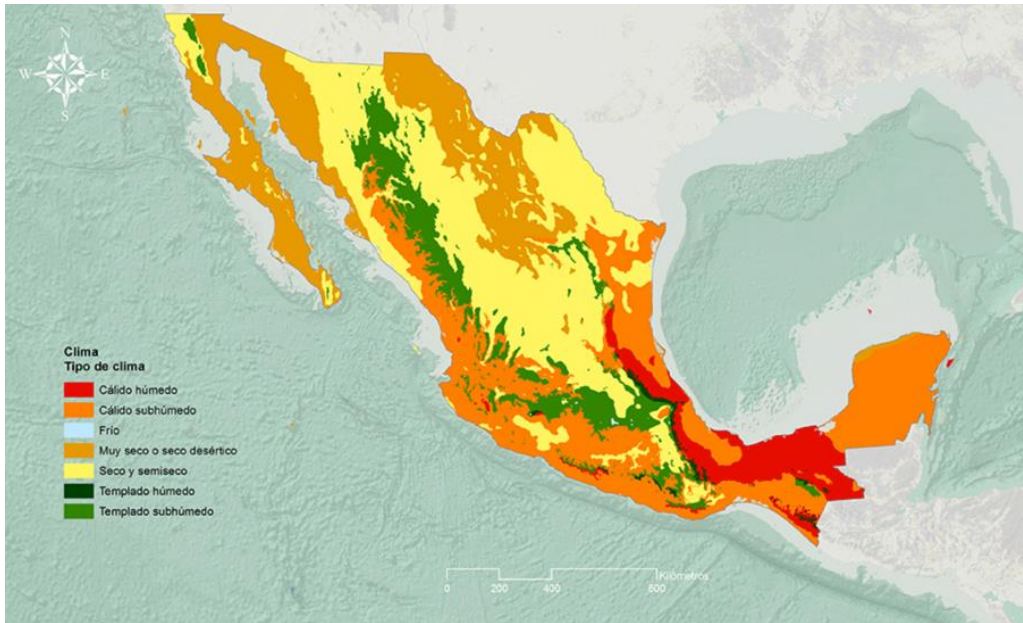
#### 1.5.1.6 CLIMA

México se extiende casi de manera equitativa al norte y al sur del Trópico de Cáncer. Esto da lugar a climas secos en la parte norte, donde las precipitaciones anuales oscilan entre menos de 100 mm y hasta 600 mm, mientras que en el sur predominan climas cálidos y húmedos que reciben entre 800 y 4,500 mm de lluvia al año. Asimismo, en las zonas montañosas se pueden encontrar climas templados y fríos.<sup>8</sup>

El territorio mexicano se clasifica en los siguientes tipos de clima:

- 50.46% seco,
- 24.48% cálido,
- 25.05% templado
- 0% frío.<sup>8</sup>

## IMAGEN 1. CLIMA DEL TERRITORIO MEXICANO



Fuente: SEMARNAT. Imagen del clima del territorio mexicano. Atlas de clima México 2015. Consultado en noviembre 2025

En México, la variedad de condiciones climáticas se encuentra influenciada por diversos elementos, tales como la latitud, la distribución de tierra, la altitud y los cuerpos de agua. La clasificación climática del país comprende siete tipos principales, siendo los más extensos los climas cálido subhúmedo, seco y semiseco, así como el muy seco o desértico. Por otro lado, los climas con menor superficie territorial son el cálido húmedo, el templado subhúmedo, el templado húmedo y el frío, estos últimos con la menor extensión en el país.<sup>9</sup>

### 1.5.1.7 RELIEVE

#### Relieve Continental Mexicano

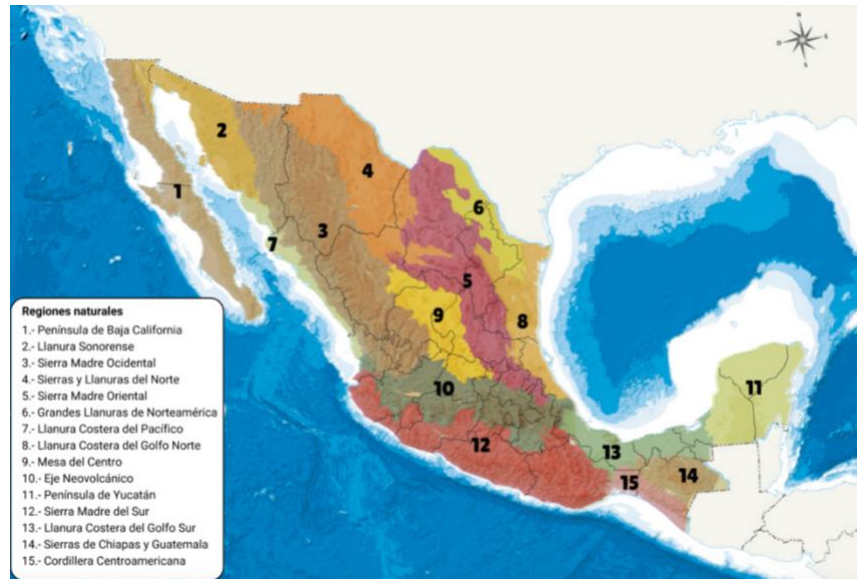
El relieve de los continentes tiene su origen a partir del movimiento de las placas tectónicas y las erupciones de los volcanes. Con el paso del tiempo, continúa



Fuente: INEGI. (2001). *Provincias fisiográficas. Conjunto de datos vectoriales fisiográficos. Continuo nacional. Serie I. Escala 1:1 000 000. [Mapa]. INEGI, consultada noviembre 2025*

En la Imagen No. 3 podemos observar las 15 regiones naturales del Territorio Mexicano, las cuales representan las principales formas de relieve de cada zona del territorio nacional.<sup>10</sup>

### Imagen 3. REGIONES NATURALES DE LA REPÚBLICA



Fuente: INEGI. (2001). *Provincias fisiográficas. Conjunto de datos vectoriales fisiográficos. Continuo nacional. Serie I. Escala 1:1 000 000. Consultado noviembre 2025*

### Relieve Submarino

El relieve submarino Imagen No.4, está conformado por las diversas formaciones de la corteza terrestre que se encuentran en el lecho de los océanos. Su origen se atribuye a los movimientos de las placas tectónicas, los cuales generan características como montañas, fosas y extensas llanuras bajo el agua.<sup>10</sup>

Entre las principales formas del relieve submarino se encuentran:

- La plataforma continental
- La plataforma de Yucatán.
- El golfo: Golfo de California y de México.



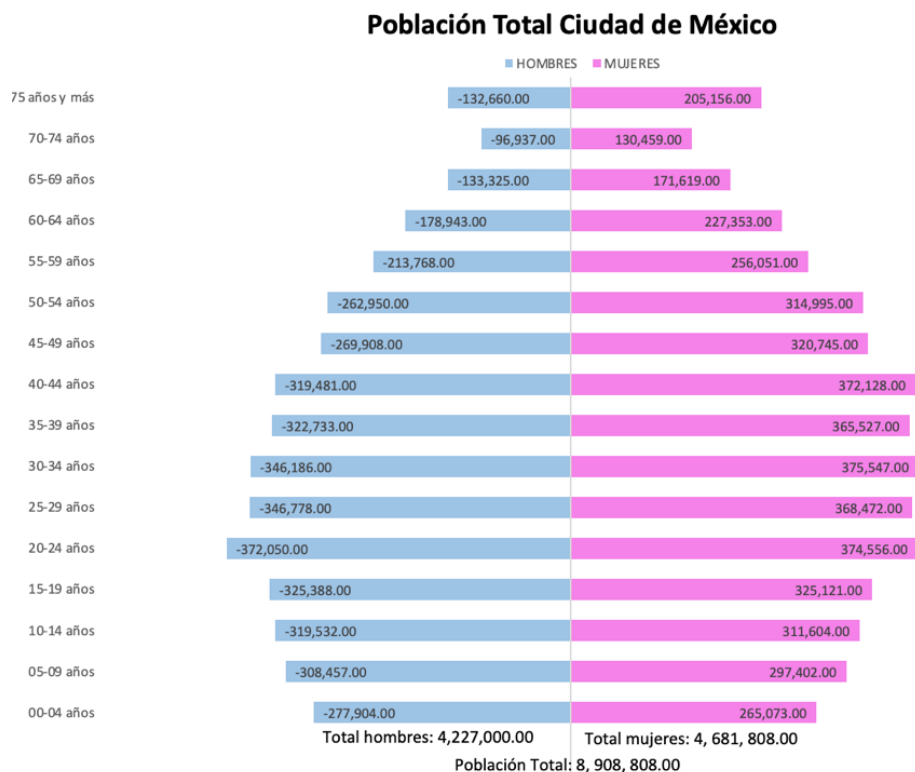
En la **Gráfica No. 4** de la pirámide poblacional de la capital del país, observamos un número de población total de 8,908,808 personas, distribuidos entre 4,681,808 mujeres y 4,227,000 hombres. Esto muestra un predominio femenino del 52.6% en comparación con el 47.4% masculino, reflejando patrones demográficos comunes en áreas urbanas avanzadas donde la esperanza de vida femenina es mayor.

Un aspecto destacado de la pirámide es su parte más ancha, correspondiente a los jóvenes de 20 a 24 años, indicando una concentración significativa de población joven en este grupo etario. Este fenómeno resalta el potencial de capital humano dinámico capaz de contribuir significativamente al desarrollo económico y social de la región. Sin embargo, también plantea la necesidad de enfocar esfuerzos en áreas como educación, empleo y desarrollo de habilidades, para facilitar su integración productiva en el mercado laboral.

El perfil demográfico general insinúa una inclinación hacia un envejecimiento gradual, algo que requiere planificación estratégica en términos de servicios de atención sanitaria y políticas sociales. Además, la mayor proporción de mujeres sugiere la importancia de impulsar políticas con enfoque de género y promover programas que favorezcan la equidad y el bienestar social.

La Delegación Iztapalapa continúa siendo la demarcación geográfica más poblada del país con 1 millón 827 mil 868 habitantes, y la Alcaldía de Milpa Alta es la que tiene un menor número de población dentro del Distrito Federal con 137 mil 927 habitantes.

## Gráfica 4. POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO EN EL 2015



Fuente: elaboración propia INEGI, encuesta intercensal 2015, consultada noviembre 2025

En la Tabla No. 11 se detalla la población total y la tasa de crecimiento por delegación en el Distrito Federal revela que la población del Distrito Federal asciende a 8,918,653 habitantes, distribuida de manera desigual entre las 16 delegaciones. La delegación Iztapalapa concentra la mayor proporción de habitantes con 1,827,868 personas, representando el 20.5% de la población total de la entidad. Otras delegaciones significativas en volumen poblacional son Gustavo Madero (13.1%) y Álvaro Obregón (8.4%). Las delegaciones menos pobladas son: Cuajimalpa (199,224 habitantes, 2.2%) y La Magdalena Contreras (243,886 habitantes, 2.7%) son las delegaciones con menor población absoluta, lo que sugiere diferencias en densidad poblacional y desarrollo urbano relativo.

**Tabla 11. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ALCALDÍA Y SU TASA DE CRECIMIENTO**

| DELEGACIÓN             | POBLACIÓN TOTAL | %    | TASA DE CRECIMIENTO |
|------------------------|-----------------|------|---------------------|
| DISTRITO FEDERAL       | 8 918 653       | 100  | 0.3                 |
| AZCAPOTZALCO           | 400 161         | 4.5  | - 0.7               |
| COYOACÁN               | 608 479         | 6.8  | - 0.3               |
| CUAJIMALPA             | 199 224         | 2.2  | 1.4                 |
| IZTACALCO              | 390 348         | 4.4  | 0.4                 |
| IZTAPALAPA             | 1 827 868       | 20.5 | 0.4                 |
| LA MAGDALENA CONTRERAS | 243 886         | 2.7  | 0.5                 |
| MILPA ALTA             | 137 927         | 1.5  | 1.2                 |
| ÁLVARO OBREGÓN         | 749 982         | 8.4  | 0.7                 |
| TLAHUAC                | 361 593         | 4.1  | 0.1                 |
| TLALPAN                | 677 104         | 7.6  | 1.0                 |
| XOCHIMILCO             | 415 933         | 4.7  | 0.5                 |
| BENITO JUÁREZ          | 417 416         | 4.7  | 1.8                 |
| CUAUHTÉMOC             | 532 553         | 6.0  | 0.2                 |
| GUSTAVO A. MADERO      | 1 164 477       | 13.1 | - 0.1               |
| MIGUEL HIDLAGO         | 364 439         | 4.1  | - 0.4               |
| VENUSTIANO CARRANZA    | 427 263         | 4.8  | - 0.2               |

Fuente: ELABORACIÓN PROPIA. INEGI, RESULTADOS DE LA ENCUESTA INTERCENSAL 2015 DEL DISTRITO FEDERAL, consultado noviembre 2025

### 1.5.2.2 ESPERANZA DE VIDA

La evaluación de la esperanza de vida en la Ciudad de México entre los años 2015 y 2016 revela una disminución en este indicador, situación similar a la observada a nivel nacional en el mismo periodo. Aunque generalmente se considera que la esperanza de vida en la ciudad incrementa de manera sostenida debido a mayores accesos a servicios de salud y mejores condiciones socioeconómicas, esta caída

puntual puede estar relacionada con factores específicos, como accidentes, o brotes epidemiológicos que afectaron temporalmente a la población.

La Tabla No. 12 presenta datos de la esperanza de vida que reflejan diferencias significativas por sexo y una ligera variación entre ambos años. Se mantiene una brecha consistente en la esperanza de vida entre hombres y mujeres para ambos años. En 2015, la diferencia fue de 5.5 años (79.8 años para mujeres vs. 74.3 años para hombres). en 2016, la diferencia fue de 5.7 años (79.5 años para mujeres vs. 73.8 años para hombres). El análisis de estos datos indica una estabilidad general en los patrones de longevidad por sexo, pero señala una leve tendencia a la baja en la esperanza de vida general entre 2015 y 2016. La brecha de género permanece estable, con las mujeres viviendo en promedio más de cinco años que los hombres.

**Tabla 12. ESPERANZA DE VIDA EN LA CIUDAD DE MÉXICO 2015-2016**

| SEXO   | ESPERANZA DE VIDA 2015 | ESPERANZA DE VIDA 2016 |
|--------|------------------------|------------------------|
| HOMBRE | 74.3 años              | 73.8 años              |
| MUJER  | 79.8 años              | 79.5 años              |

Fuente: Elaboración propia INEGI, Esperanza de vida al nacimiento por entidad federativa según sexo, serie anual de 2010 a 2025, consultada noviembre 2025

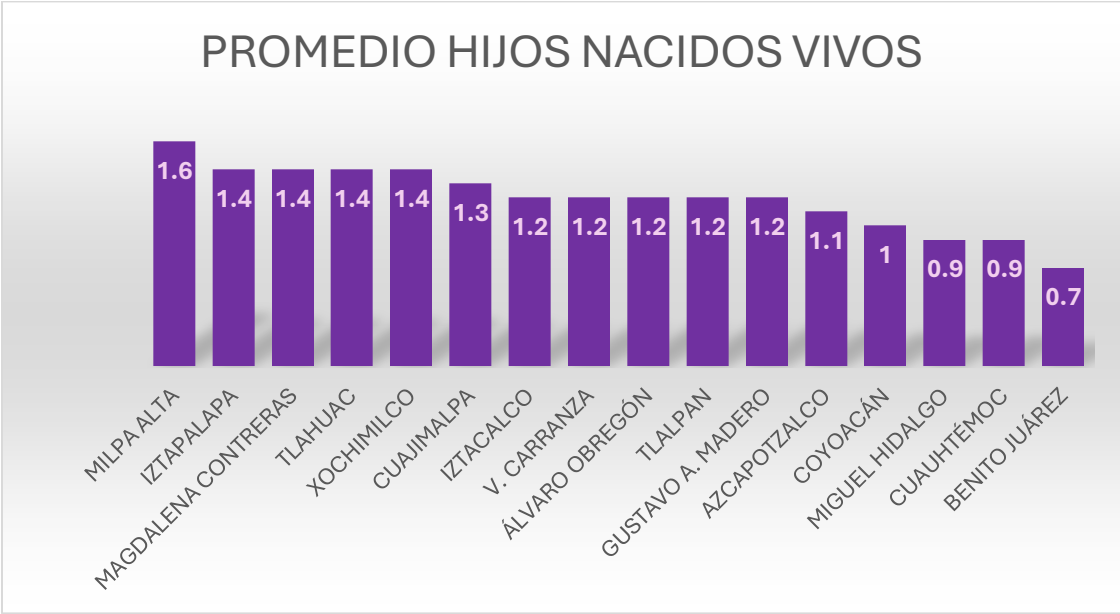
### 1.5.2.3 NATALIDAD Y MORTALIDAD

#### NATALIDAD

En la Gráfica No. 5, El Distrito Federal presentó una disminución en la tasa global de fecundidad en mujeres dentro de un rango de edad de 15 a 49 años; pasó de 1.7 hijos por mujer en el año 2009 a 1.6 en el 2014, lo cual ubica al Distrito Federal como la entidad federativa que tiene la tasa global de fecundidad más baja del país. La reducción es evidente en prácticamente todos los grupos de edad, siendo más pronunciada entre las mujeres que están en la fase final de su periodo reproductivo (de 45 a 49 años). En 2015, estas mujeres tuvieron cerca de un hijo menos en comparación con el año 2000, lo que representa una disminución del 30% en la fecundidad, medida por el número promedio de hijos vivos. Por otro lado, en lo que

concierno a las mujeres entre 15 a 19 años, la tasa de fecundidad, en este caso adolescente, presentó un aumento del 12 por ciento. <sup>11</sup>

**Gráfica 5. PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS EN EL 2015 EN EL DISTRITO FEDERAL**



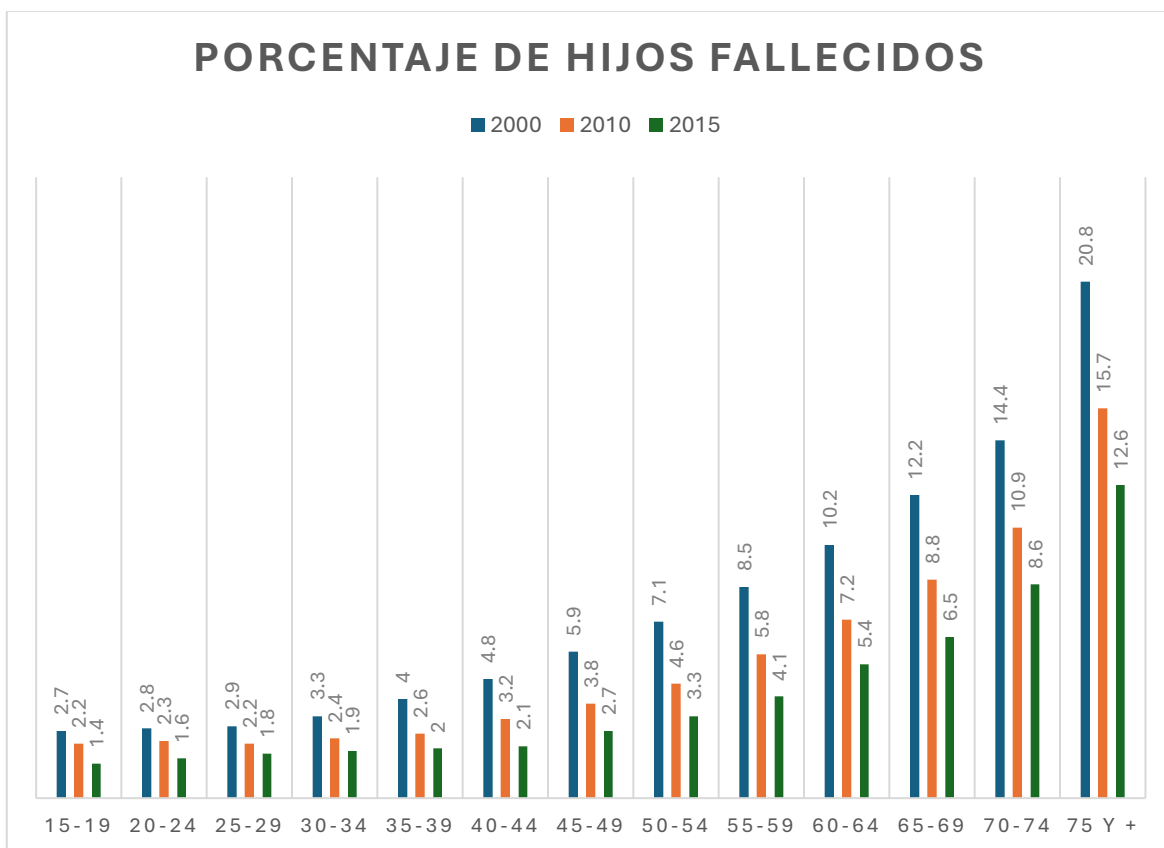
Fuente: elaboración propia. INEGI, Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015 del Distrito Federal, consultado noviembre 2025

**MORTALIDAD**

Incluir las cifras sobre el total de hijos finados que tiene una mujer es un tema recurrente en los censos que se realizan sobre población y las encuestas. Se ha observado una disminución de la mortalidad en la entidad. Al observar los datos de los 2000, 2010 y 2015, se notan reducciones en este número porcentual en todos los grupos de edad, lo que evidencia los avances en este ámbito, resultado de las iniciativas destinadas a mejorar la tasa de supervivencia de la población. <sup>11</sup>

Tal como se puede observan en la Gráfica No. 6, observamos que el porcentaje de hijos finados por delegación mostró una reducción notable del año 200 al 2015, esto se debe principalmente a los programas de salud e iniciativas creadas para aumentar la esperanza de vida de la población.

**Gráfica 6. PORCENTAJE DE HIJOS FALLECIDOS DE LAS MUJERES DE 12 AÑOS Y MÁS POR DELEGACIÓN EN EL 2000, 2010 Y 2015**



Fuente: elaboración propia. INEGI, Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015 del Distrito Federal, consultado noviembre 2025

En la Tabla No. 13 se registraron un total de 48,257 defunciones en el Distrito Federal (25,284 hombres y 22,956 mujeres, más 17 no especificados). Las delegaciones con Mayor Carga de Mortalidad fueron: La delegación Iztapalapa presenta el mayor número absoluto de defunciones, con un total de 8,334 casos (4,441 hombres y 3,889 mujeres). Le sigue Gustavo A. Madero con 7,354 defunciones (3,786 hombres y 3,566 mujeres).

Las delegaciones con Menor Carga de Mortalidad: Las delegaciones Milpa Alta (538 defunciones totales), Cuajimalpa (707 defunciones totales) y Magdalena Contreras (1,101 defunciones totales) registran el menor número de decesos, lo cual puede estar relacionado con su menor densidad poblacional o características sociodemográficas específicas. A nivel global del Distrito Federal, se observa una

mayor cantidad de defunciones de varones (25,284) en comparación con las mujeres (22,956).

La delegación Cuauhtémoc presenta la mayor diferencia absoluta entre sexos (2,318 hombres frente a 1,817 mujeres) con una notable sobrerrepresentación de defunciones masculinas. Iztapalapa y Gustavo A. Madero también mantienen esta tendencia general de mayor mortalidad masculina.

**Tabla 13. DEFUNCIONES GENERALES POR DELEGACIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO SEGÚN SEXO EN EL 2013**

| DELEGACIÓN          | HOMBRES | MUJERES | NO ESP. |
|---------------------|---------|---------|---------|
| DISTRITO FEDERAL    | 25284   | 22956   | 17      |
| ALVARO OBREGÓN      | 2060    | 1717    | 4       |
| AZCAPOTZALCO        | 1348    | 1345    | 0       |
| BENITO JUÁREZ       | 1191    | 1363    | 0       |
| COYOACÁN            | 1761    | 1775    | 0       |
| CUAJIMALPA          | 379     | 327     | 1       |
| UCAUHTÉMOC          | 2318    | 1817    | 5       |
| GUSTAVO A. MADERO   | 3786    | 3566    | 2       |
| IZTACALCO           | 1221    | 1094    | 1       |
| IZTAPALAPA          | 4441    | 3889    | 4       |
| MAGDALENA CONTRERAS | 597     | 504     | 0       |
| MIGUEL HIDALGO      | 1093    | 1146    | 0       |
| IMLPA ALTA          | 295     | 243     | 0       |
| TLAHUAC             | 762     | 639     | 0       |
| TLALPAN             | 1426    | 1247    | 0       |
| V. CARRANZA         | 1555    | 1406    | 0       |
| XOCHIMILCO          | 1019    | 873     | 0       |
| NO ESP              | 32      | 5       | 0       |

Fuente: Elaboración propia. INEGI, Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015 del Distrito Federal, consultado noviembre 2025

#### 1.5.2.4 EDUCACIÓN

Los resultados de la Encuesta Intercensal 2015, reflejan la importancia que en el Distrito Federal se ha dado a la población, ya que se ubica, el Distrito Federal entre

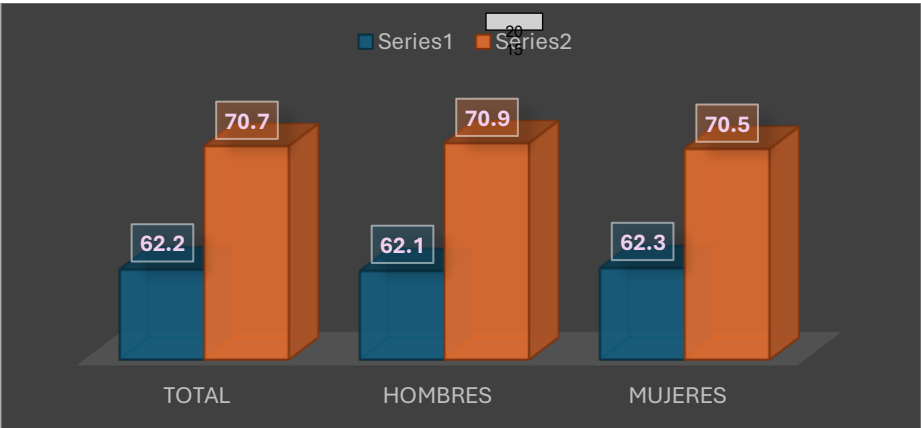
los primeros lugares a nivel nacional en materia de educación, lo cual se refleja en forma generalizada en sus delegaciones. Es de destacar que el Distrito Federal es la entidad federativa a nivel nacional, con el mayor número de años promedio de escolaridad con 11.1 años, mientras que a nivel nacional el promedio es de 9.1 años.<sup>10</sup>

La Delegación Benito Juárez destaca con 13.8 años promedio de escolaridad equivalente al segundo año de educación superior y las Delegaciones Miguel Hidalgo, Coyoacán y Cuauhtémoc, con 12.9, 12.2 y 11.9 años promedio de escolaridad respectivamente. El Distrito Federal se ubica como la entidad con la menor tasa de analfabetismo a nivel nacional en la población de 15 años y más, con una tasa de 1.5% en contraste con el 5.5% de la media nacional en 2015.<sup>11</sup>

En la Gráfica No. 7 podemos observar en la Gráfica anterior Entre 2010 y 2015, se observó un incremento de 8.5 puntos porcentuales en el porcentaje de niños de 3 a 5 años que asisten a la escuela.

En 2015, el 70.9% de los niños y el 70.5% de las niñas estaban matriculados en una institución educativa, lo que refleja una equidad en las oportunidades educativas entre hombres y mujeres en cuanto a su acceso a la educación inicial

**Gráfica 7. PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 3 A 5 AÑOS QUE ASISTE A LA ESCUELA POR SEXO, 2010 Y 2015**



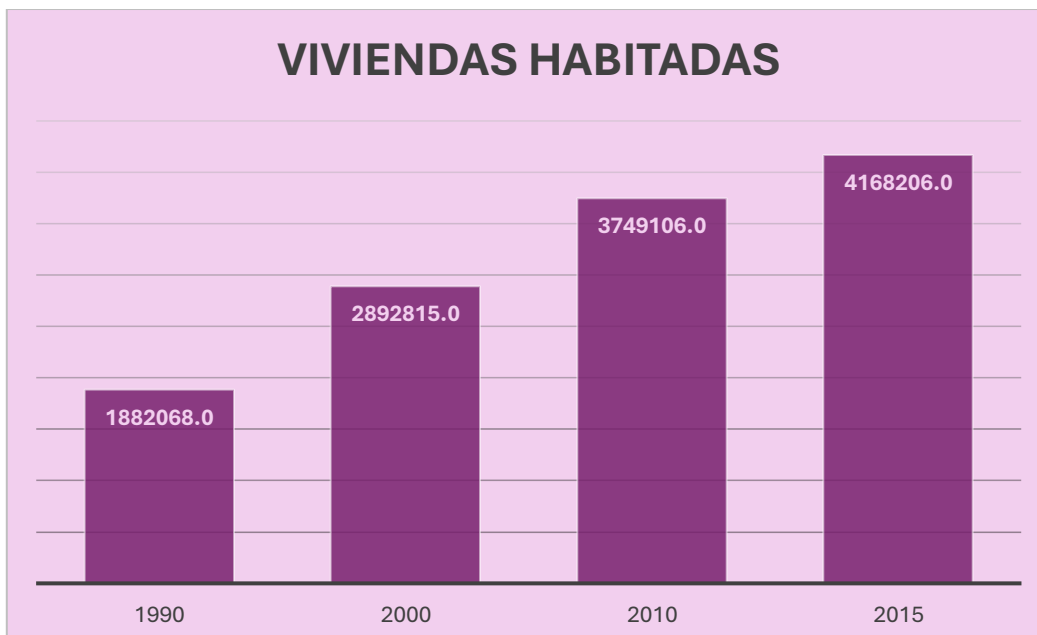
Fuente: ELABORACIÓN PROPIA. INEGI, RESULTADOS DE LA ENCUESTA INTERCENSAL 2015 DEL DISTRITO FEDERAL, consultado diciembre 2025

### 1.5.2.5 VIVIENDA

Al 15 de marzo de 2015, se estimó que en el Distrito Federal había aproximadamente 2 millones 601 mil 323 viviendas particulares habitadas. Este dato refleja un aumento absoluto de 148 mil 292 viviendas en comparación con el período de 2010. Además, los resultados de la Encuesta Intercensal 2015 indican que existen alrededor de 18 mil 562 viviendas particulares que se encuentran deshabitadas o destinadas a usos temporales, lo cual representa aproximadamente el 10.3% del total de viviendas en la entidad.

Los hallazgos de la Encuesta Intercensal estiman que el total de viviendas particulares ocupadas en la entidad asciende a 4 millones. Podemos observar en la Gráfica No. 8, que este número ha crecido en casi 2.3 millones durante los últimos veinticinco años. El incremento más significativo tuvo lugar entre 1990 y 2000. En contraste, durante la mitad de ese mismo periodo, el aumento fue de 419.1 mil hasta el año 2015.

**Gráfica 8. NÚMERO DE VIVIENDAS HABITADAS EN 1990, 2000, 2010 Y 2015**

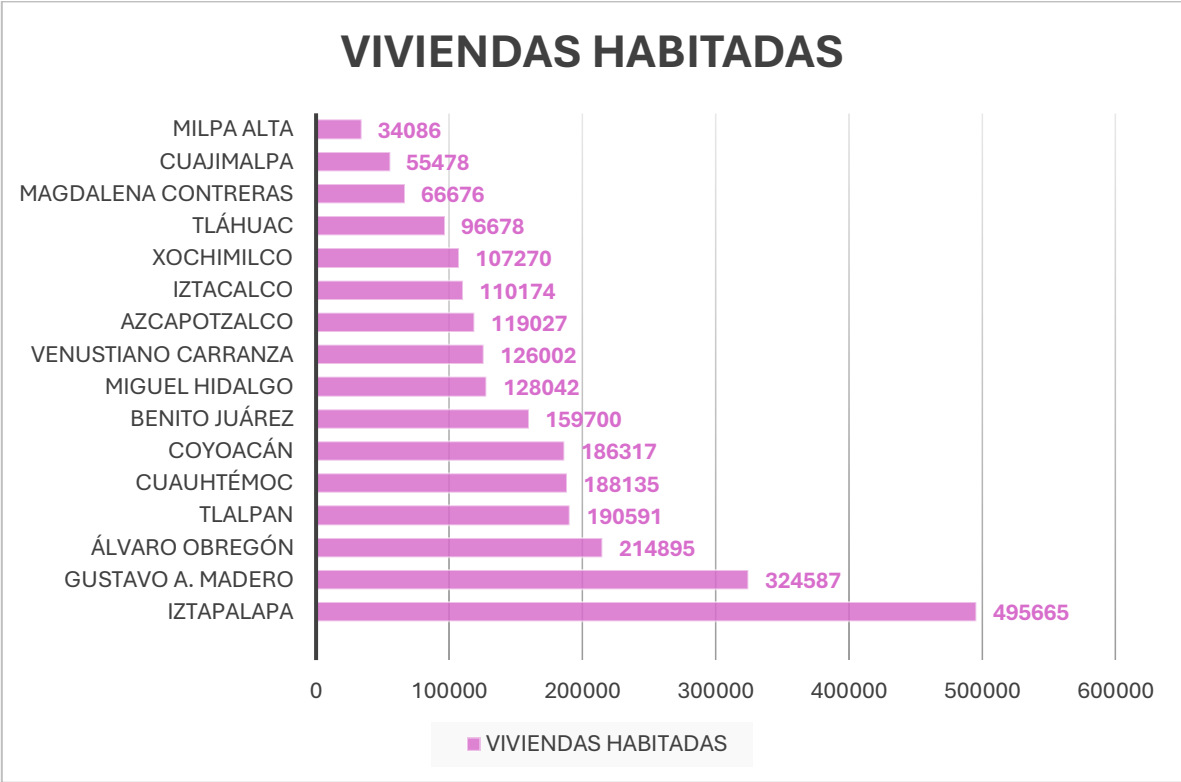


Fuente: ELABORACIÓN PROPIA. INEGI, RESULTADOS DE LA ENCUESTA INTERCENSAL 2015 DEL DISTRITO FEDERAL, consultado diciembre 2025

En la Gráfica No. 9 vemos que la delegación Iztapalapa es la que presenta mayor número de viviendas habitadas (495 665), seguida de la delegación Gustavo A Madero (324 587) y la demarcación de Álvaro Obregón (214 895).

La delegación que tiene menor número de viviendas es Milpa Alta (34 086), esto refleja las características del crecimiento demográfico en cada delegación y la densidad demográfica en cada una de ellas.

**Gráfica 9. NÚMERO DE VIVIENDAS HABITADAS POR DELEGACIÓN EN EL 2015**



Fuente: ELABORACIÓN PROPIA. INEGI, RESULTADOS DE LA ENCUESTA INTERCENSAL 2015 DEL DISTRITO FEDERAL, consultado diciembre 2025

### 1.5.2.6 CLIMA

El clima y las condiciones atmosféricas en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México se caracterizan por tener un microclima que está influenciado por diversos factores locales y externos, que afectan la calidad del aire y el comportamiento de los contaminantes. Debido a su ubicación geográfica y a la predominancia de ciertos sistemas meteorológicos, el Valle de México presenta claramente dos estaciones principales: el verano, con lluvias de junio a octubre y un clima cálido, influenciado por masas de aire tropical húmedo procedentes del Océano Pacífico, el Mar Caribe y el Golfo de México; y el invierno, que es seco y frío, marcado por baja humedad relativa y la llegada de masas de aire polar desde el norte del continente americano.<sup>12</sup>

En la clasificación climática, se distinguen e identifican estratos según la temperatura, la humedad y el régimen de precipitaciones. En la Zona Metropolitana de la Ciudad de México:

- el 63.7% de su superficie presenta un clima templado subhúmedo, caracterizado por lluvias en verano.
- el 18.4% cuenta con un clima semifrío, predominantemente subhúmedo, también con precipitaciones en verano.
- el 17.9% restante se clasifica como semiseco templado <sup>12</sup>

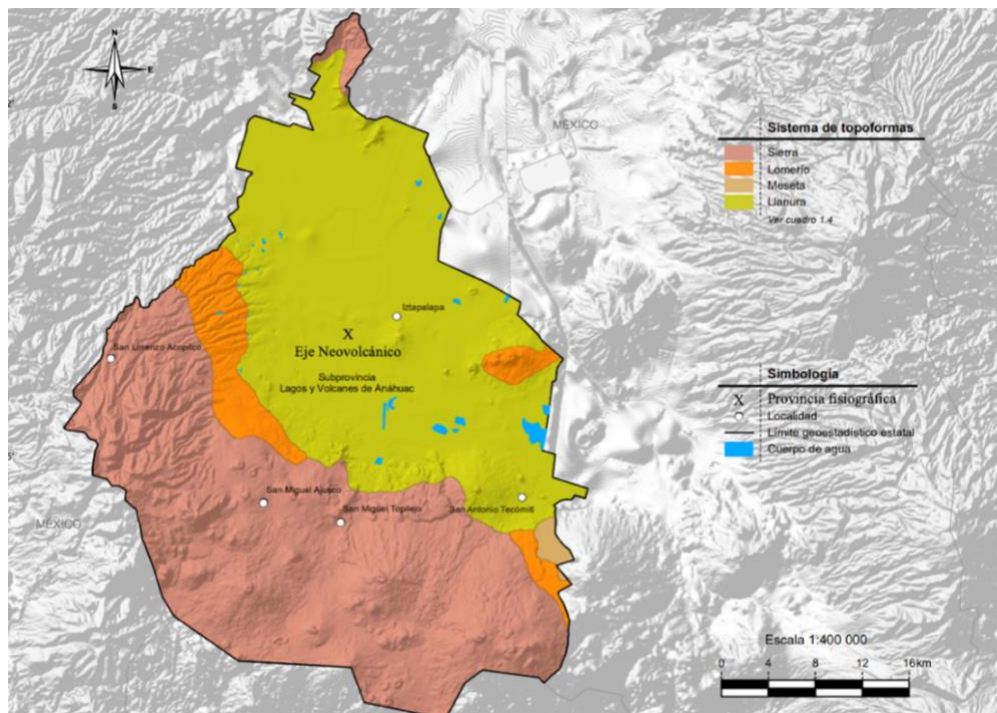
El comportamiento del viento también fluctúa dependiendo de la época del año. Los sistemas meteorológicos están en constante movimiento, y en ocasiones, a pesar de la humedad ambiental característica de una temporada, se pueden registrar días con cielos despejados o con escasa nubosidad. Esto provoca que los índices de ozono tiendan a elevarse, lo que, contribuye a que la calidad del aire en el valle se vea afectada negativamente. La circulación de viento anticiclónico en la región del Valle de México contribuye a la estabilidad atmosférica y, con frecuencia, se observa un viento débil en la superficie. Esta situación tiende a favorecer el estancamiento

de los precursores del ozono, así como la reacción fotoquímica de estos compuestos, debido a la combinación de factores atmosféricos.<sup>1</sup>

### 1.5.2.7 RELIEVE

La Ciudad de México, se encuentra ubicada en la parte centro-sur del país. Sus coordenadas geográficas son: al norte, 19° 35' 34" de latitud norte; al sur, 19° 02' 54" de latitud norte; al este, 98° 56' 25" de longitud oeste; y al oeste, 99° 21' 54" de longitud oeste. Limita al norte, este y oeste con el Estado de México y al sur con el estado de Morelos. Imagen No.5 de acuerdo con la clasificación de provincias fisiográficas, la extensión territorial del estado pertenece a la provincia del Eje Neovolcánico, un sistema de cadenas montañosas de origen volcánico que atraviesa el país de oeste a este.<sup>13</sup>

**Imagen 5. SISTEMA DE TOPOMORFAS**

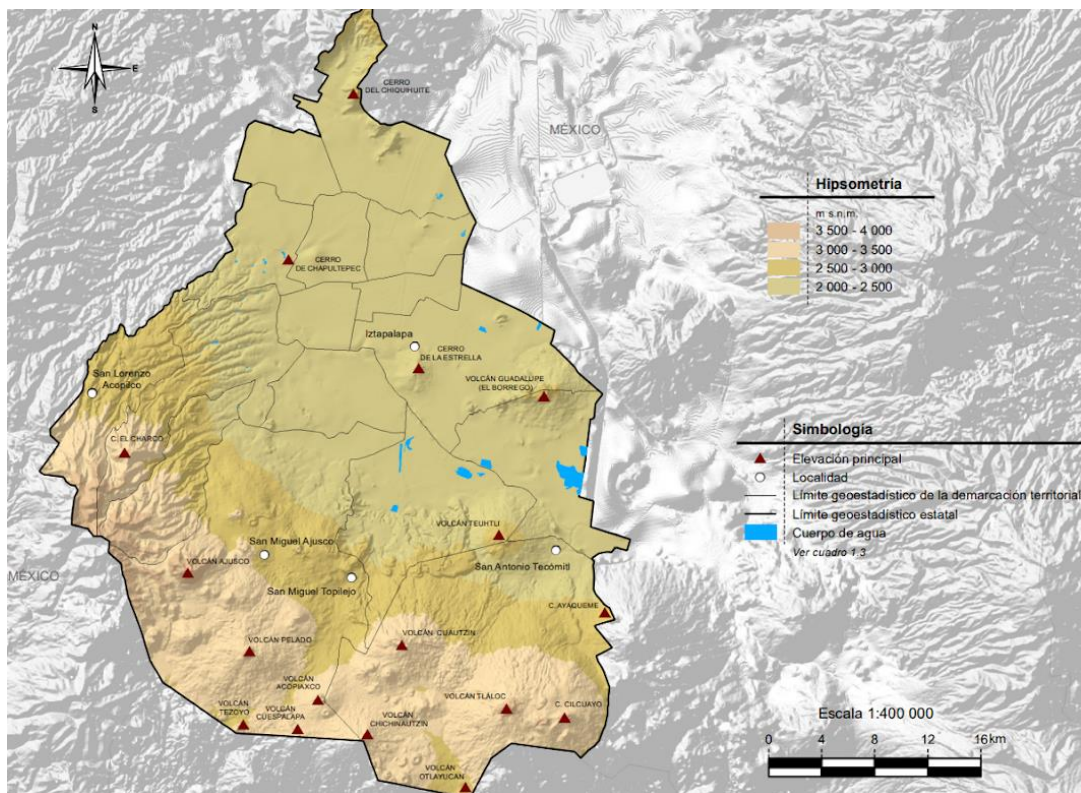


Fuente: INEGI, Continuo nacional del conjunto de datos geográficos de la carta fisiográfica, consultada en noviembre 2025

El relieve de la región presenta zonas de topografía accidentada en el sur del territorio. Imagen No. 6 Entre sus principales elevaciones:

- Al norte: Cerro del Chiquihuite en la Sierra de Guadalupe, con una altitud de 2,730 metros sobre el nivel del mar.
- Al este: en la Sierra de Santa Catarina, destaca el Volcán Guadalupe con 2,820 metros de altitud
- Al sur: En las sierras de las Cruces, Ajusco y Chichinautzin, se localizan varias cumbres sobresalientes, como el Cerro El Charco a 3,530 metros, el Volcán Ajusco, que es la elevación más alta con 3,930 metros, el Volcán Pelado con 3,620 metros, el Volcán Chichinautzin a 3,490 metros y el Volcán Tláloc, con 3,690 metros.
- El Valle de México: que presenta una altitud promedio de 2,240 metros
- En el área urbana: se encuentran en elevación el Cerro de Chapultepec, a 2,280 metros, y el Cerro de la Estrella, a 2,450 metros. <sup>13</sup>

**Imagen 6. OROGRAFÍA**



Fuente: INEGI, Continuo nacional del conjunto de datos geográficos de la carta fisiográfica, consultada en noviembre 202

### 1.5.3 ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN

La jurisdicción territorial de la demarcación de Álvaro Obregón. Imagen No.7 se encuentra ubicada en la zona este de la Ciudad de México, limitando al norte con la Delegación Miguel Hidalgo. En su frontera oriental, colinda con las delegaciones de Benito Juárez y Coyoacán, mientras que al sur comparte límites con Magdalena Contreras, Tlalpan y el municipio de Jalatlaco, en el Estado de México. La frontera occidental corresponde a la alcaldía Cuajimalpa. Esta demarcación, junto con la homónima, funciona como uno de los principales accesos por la parte oeste de la ciudad, donde sus principales vías regionales, como la Carretera Federal y la Autopista, facilitan el ingreso de mercancías y población provenientes de los estados de México y Michoacán.<sup>14, 15</sup>

**Imagen 7. ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN**



FUENTE: INEGI <https://www.inegi.org.mx/app/buscador/default.html?q=alvaro+obregon+> consultada: 29 octubre 2025

Cabe señalar que, la denominación de las ahora Alcaldías (antes Delegaciones) tienen las siguientes denominaciones: Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Benito

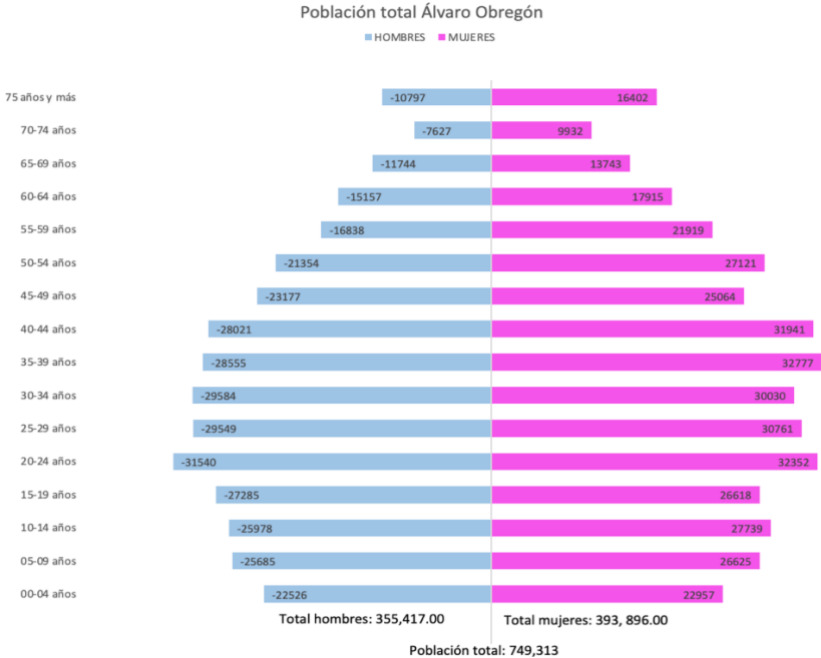
Juárez, Coyoacán, Cuajimalpa de Morelos, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, La Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpan, Venustiano Carranza y Xochimilco. Así, en este trabajo se describen las características de la Alcaldía Álvaro Obregón por ser la que alberga las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar (UMF / UMAA 161) del Instituto Mexicano del seguro social (IMSS).

### 1.5.3.1 POBLACIÓN

En la Gráfica No. 10 observamos que la población total de la Alcaldía Álvaro Obregón se estimó en aproximadamente 749,313 habitantes, de los cuales 355,417 eran hombres y 393,896 mujeres. Esta distribución refleja una ligera prevalencia de población femenina, con un porcentaje de aproximadamente el 52.6%, en comparación con el 47.4% de hombres.

La estructura demográfica sugiere una tendencia similar a la observada en la Gráfica no 4 de la ciudad de México, donde la expectativa de vida mayor que se observa en las mujeres resulta en una mayor proporción en la población femenina.

**Gráfica 10. POBLACIÓN TOTAL ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN EN EL 2015**



Fuente: elaboración propia INEGI, encuesta intercensal 2015, consultada noviembre 2025

### 1.5.3.2 TOPONIMIA

La delegación Álvaro Obregón debe su nombre, al revolucionario general y ex presidente de la República Álvaro Obregón quien nace el año de 1880, en la Hacienda de Siquisiva en Navojoa, Sonora; mismo año en el que fallece su padre Francisco Obregón. Siendo el menor de dieciocho hijos, Álvaro Obregón es criado por su madre la señora Cenobia Salido y tres de sus hermanas. Desde pequeño aprende las faenas agrícolas y tiene acceso a la educación por medio de uno de sus hermanos quien dirigía una escuela en Huatabampo. Le atraen los libros y los poemas y desde muy pequeño la necesidad lo arroja a la vida. A partir de la adolescencia inicia con el cultivo de Tabaco y forma una pequeña fábrica sobre el mismo; forma con su familia una orquesta, y aprende varias destrezas como la fotografía; aunque también desarrolla una gran habilidad para labores en mecánica. Poco después destaca como mecánico en el ingenio Tres Hermanos, que pertenecía a los, hermanos de su mamá, los Salcido, quienes eran muy cercanos a las tres personas que gobernaban en Sonora: Corral, Torres e Izábal. En 1903 se casa con Refugio Urrea con quien tiene 4 hijos y compra al gobierno Federal una quinta, la cual más adelante nombre como “La Quinta Chilla”.<sup>16</sup>

En el año de 1907 dos de sus cuatro hijos mueren y al mismo tiempo fallece también su esposa. En 1909 viudo y con dos hijos pequeños, ayudado por las tres hermanas que lo criaron a él de pequeño; inventa una máquina cosechadora de garbanzo y al poco tiempo prospera. En 1910 con motivo de las fiestas del centenario, Obregón viaja por primera vez de la Ciudad de México.<sup>16</sup>

En 1910 cuando estalla la revolución de Madero, en un inicio él no se une a la lucha, esto debido a la prosperidad con la que vivía, sus hijos y a una pequeña simpatía por Don Porfirio; pero al poco tiempo se une a Madero, más por miedo y deber que por convicción. Lo que sucede es que la triunfar el Maderismo, Álvaro Obregón se une a la causa de la Revolución Mexicana, y el primer paso que da, dentro de la política fue convertirse el presidente municipal una ciudad al sur de Sonora, llamada

Huatabampo. En febrero del año de 1913 derriban al presidente Madero, Imagen No.8 Obregón ofrece sus servicios al gobernador interino, y su carrera como militar revolucionario, empieza a ir en ascenso. Se apodera del norte con el objetivo de ir avanzando hacia el Sur, y varios terratenientes alguna vez maderistas, se cuadran ante la autoridad legítima de Obregón. <sup>16</sup>

**Imagen 8. ÁLAVRO OBREGÓN COMO PRESIDENTE MUNICIPAL DE HUATABAMPO.**



FUENTE: Krauze E. El vértigo de la victoria. En: La biografía del poder. Tomo 6. México: Fondo de Cultura Económica; 1987

Al continuar su avance hacia el sur, en el año de 1913 Venustiano Carranza lo reconoce como comandante en jefe del ejército del Noroeste, y ahora él tenía a su cargo los estados del norte, entre ellos Durango, Chihuahua, Culiacán, Baja California y Sinaloa; pero lo hieren de una pierna, por lo que hace una pausa bélica, tiempo en el que se dedica a la organización política y militar de la Revolución y aparta de Carranza al único militar que podía hacerle sombra: Felipe Ángeles. En abril del año de 1914 reinicia su avance y mientras Francisco Villa se enfocaba en llamar la atención de la prensa de México y la prensa internacional, Obregón avanza un arma de efectividad superior: el ingenio. Al distanciarse de Villa, Carranza ordena a Obregón apresurarse hacia el sur, y éste bloque Mazatlán, avanza hacia Guadalajara, Colima, y barre territorio hacia La Capital. El primero de agosto llega a Teoloyucan, y cinco días posteriores, comandando un ejército de 18 mil hombres, entra a la capital del país. <sup>16</sup>

En la capital enfrenta a grandes empresarios y extranjeros movido por el asesinato de Madero, obligándolos a pagar gravámenes y entregar parte de sus mercancías, lo cual lo enfrenta con Villa quien manda fusilarlo, pero finalmente lo deja irse. Al pasar el tiempo, y gracias a su claridad estratégica y audacia personal, intenta reclutar obreros de la misma forma que reclutó a los Yaquis en el norte, así que logra que la Casa del Obrero Mundial, pactase con el constitucionalismo para combatir a la reacción villista, zapatista. A principios de 1915 vence a los zapatistas en Puebla, pero consciente de que Francisco Villa sigue su avance por territorio nacional y lo supera en armamento, equipo y municiones. Días posteriores se enfrentan y con una mejor estrategia Obregón informa a Carranza el 15 de abril su victoria. <sup>15</sup>

Imagen No. 9 Más tarde en Guanajuato, sufre un ataque en un campamento donde es herido por granadas y pierde el brazo derecho. <sup>16</sup>

**Imagen 9. ÁLVARO OBREGÓN, EL MANCO DE CELAYA**



FUENTE: Krauze E. El vértigo de la victoria. En: La biografía del poder. Tomo 6. México: Fondo de Cultura Económica; 1987

En 1917, Al final de sus 8 mil kilómetros de campaña, combatiendo grandes ejércitos entre ellos los de Villa y Zapata, su fama se vuelve innegable, de pronto comprendió que no muy lejos lo esperaba la silla presidencial. Era el hombre más fuerte de México, triunfador de la Revolución Mexicana con tan sólo 37 años. El continuó con su labor dentro de la milicia, cambiando la administración y mejorando los servicios

médicos, impulsó la creación de la Escuela Médica Militar, el departamento de aviación y puso la fábrica encargada de las municiones bajo control del ejército. Tiempo después se retira a su quinta, y contrae matrimonio por segunda ocasión. Su Quinta prospera y Obregón engrandece su patrimonio.<sup>16</sup>

A principios de 1919 empieza a cosechar la unánime popularidad que lo llevaría a la presidencia de la República, aún con el primer enemigo de su postulación, Venustiano Carranza quien lo creía incapaz y sin virtudes de buen gobernante. Empieza a hacer alianzas y forma el Gran Partido Liberal. Al inicio de su mandato, Álvaro Obregón forma la secretaria de Educación Pública y junto a José Vasconcelos, forman en conjunto una obra educativa y federal la cuál hoy en día continúa vigente.<sup>16</sup>

Se crearon escuelas rurales, técnicas, elementales e indígenas. Otro capítulo muy importante, fue el desarrollo de las Bellas Artes. El país fue testigo de un verdadero resurgimiento de los valores de la nación. Aunque no todo fue tranquilidad, ya que un factor importante de tensión fueron las disputas con la CROM, un grupo de acción para la industria y el comercio, y al finalizar el periodo de Obregón la CROM ya tenía un nuevo pacto con el nuevo presidente Plutarco Elías Calles. El gobierno de Álvaro Obregón fue capaz de resaltar sus logros en el ámbito educativo, así como algunos progresos en cuestiones fiscales y tributarias. Además, mantuvo una postura de conciliación tensa con la Iglesia y brindó un respaldo moderado a las contribuciones de los trabajadores y campesinos.<sup>16</sup>

Al terminar el periodo presidencial, Obregón regresó a Náinari, su propiedad en el norte, en territorio Yaqui y volvió a sus afanes agrícolas. Creció. Su fortuna y triunfó en los negocios. La mayor parte de su crecimiento financiero y empresarial había sido lo habían sustentado por préstamos californianos y capitales. Ésta fue la última época de su vida, de plenitud y alegrías junto a su familia. Al mismo tiempo que trabajaba en sus negocios propios, miraba la silla presidencial no seguro de volver a ocuparla. En el mes de mayo del año 1927 inicia nuevamente su campaña para la presidencia del país, respaldado por la mayor parte del ejército nacional y el

Partido Nacional Agrarista, al mismo tiempo que logra doblegar a la CROM. En el mes de mayo del año 1928 ya era de nuevo presidente reelecto, sin embargo, había muchos grupos que no lo aceptaban. El 17 de Julio del mismo año un grupo de simpatizantes le ofrece un banquete en el restaurante La Bombilla y durante el mismo su asesino, José de León toral se acerca ofreciéndole un autorretrato, y aprovecha el acercamiento para terminar con la vida del invicto triunfador de la Revolución. <sup>16</sup>

### 1.5.3.3 ESCUDO

La alcaldía lleva el nombre del destacado militar y presidente mexicano Álvaro Obregón, quien gobernó de 1920 a 1924 y fue asesinado en San Ángel por José de León Toral en el restaurante La Bombilla. En honor a su figura, durante la gestión del también expresidente Pascual Ortiz Rubio, la entonces Delegación San Ángel fue renombrada como Villa Álvaro Obregón. Este nombre permaneció durante 38 años, hasta que, en 1941, tras una reorganización administrativa de la Ciudad de México, se dividió el territorio en 16 delegaciones políticas y la demarcación adquirió el nombre de Álvaro Obregón.<sup>15</sup> Imagen No. 10

**Imagen 10. ESCUDO ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN 2015-2018**



Fuente: Internet archive, [http://www.dao.gob.mx/delegacion/datos\\_historicos/cronologia.php](http://www.dao.gob.mx/delegacion/datos_historicos/cronologia.php), consultada noviembre 2025.

#### 1.5.3.4 HISTORIA

La Delegación Álvaro Obregón, adoptó su nombre actual para rendir homenaje al caudillo revolucionario General Álvaro Obregón, tras su trágica muerte en 1928. A lo largo de su historia, esta demarcación ha experimentado importantes transformaciones en su jurisdicción territorial. Su ubicación geográfica abarca porciones de los antiguos municipios de San Ángel, Mixcoac, Tacubaya y Santa Fe, cuyas haciendas, ranchos y pueblos han sido absorbidos por la expansión urbana que ha caracterizado a la Ciudad de México.<sup>17 18</sup>

Durante la época colonial, la administración de la región se hallaba centrada en Coyoacán. La mayor parte del territorio estaba bajo el dominio del marquesado del Valle, además de que ciertas áreas eran controladas por el Cacique Don Juan de Guzmán. San Ángel comenzó a desarrollarse a partir del pueblo de Chimalistac, que se extendía hacia Coyoacán y Tizapán. La construcción de la iglesia en Chimalistac en 1535 y el Convento del Carmen en 1585 fueron factores clave en el crecimiento de la zona. Estos espacios religiosos, asociados a los padres carmelitas, generaron una identidad local y fomentaron la creación del pueblo de San Ángel alrededor del convento.<sup>17 18</sup>

En el siglo XVIII, la región alcanzó un notable auge económico propiciado por la proliferación de fábricas en San Ángel, Tizapán y Santa Fe. Sin embargo, fue hasta el siglo XX que se intensificó el fraccionamiento de terrenos, dado el desarrollo de infraestructura vial, como la apertura de la Avenida de los Insurgentes y la reacción de Ciudad Universitaria. Este fenómeno impulsó la construcción de grandes casas en fraccionamientos como La Florida, Chimalistac, San Ángel Inn y Pedregal de San Ángel. Entre las décadas de los 50s y 60s, el crecimiento desmedido y la saturación de las áreas del centro de la ciudad llevaron a la edificación de viviendas en lomeríos, así como a la expansión de las vías de comunicación que unieron San Ángel con poblados como San Bartolo Ameyalco y Santa Rosa Xochiac.<sup>17 18</sup>

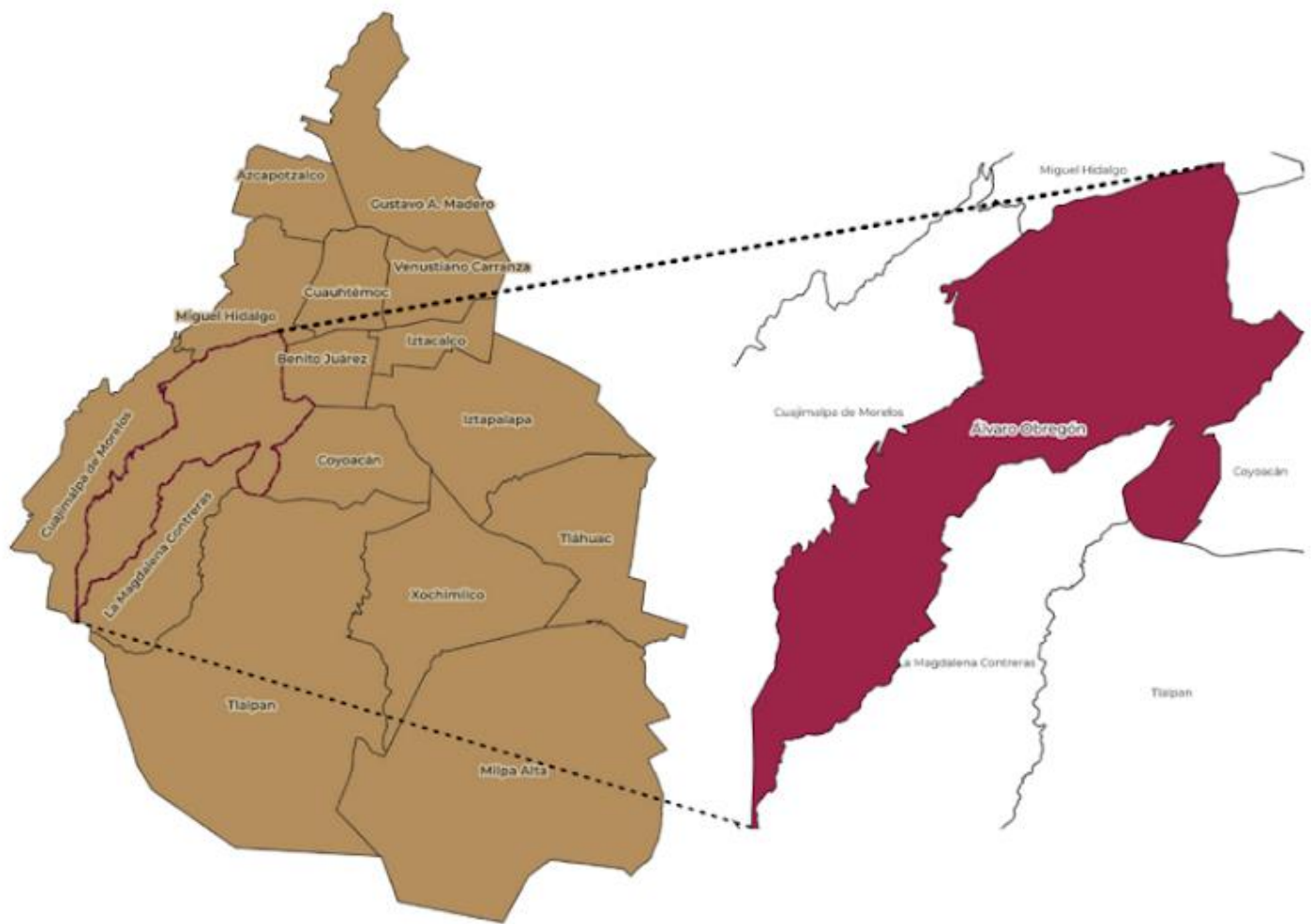
Con el surgimiento de nuevos fraccionamientos dirigidos a familias de ingresos medios y altos en la zona suroeste de la delegación, se experimentó un encarecimiento del suelo, lo cual obligó a la población de bajos recursos a reubicarse. En el noroeste, se desarrollaron asentamientos irregulares donde se establecieron grupos de menores ingresos, principalmente en áreas con pendientes acentuadas, vinculados a la tradición de explotación minera de la región.<sup>17 18</sup>

Por otro lado, la zona sureste de la delegación se consolidó como un área residencial significativa, albergando colonias como Guadalupe Inn, San José Insurgentes, San Ángel Inn y La Florida. La infraestructura de transporte en esta región es crucial, con la presencia de importantes corredores viales como el Anillo Periférico, las avenidas Insurgentes y Revolución, así como las calles que conectan con Coyoacán y Magdalena Contreras. Este entramado de vialidades no solo ha facilitado el acceso y la conectividad dentro de la demarcación, sino que también ha contribuido al desarrollo socioeconómico y urbanístico de la delegación Álvaro Obregón.<sup>17 18</sup>

#### 1.5.3.5 LOCALIZACIÓN

La Alcaldía Álvaro Obregón ocupa una superficie de 7,720 hectáreas, un equivalente al 6.28% del área total capital del país, y está en el quinto lugar entre las Alcaldías de mayor tamaño de la ciudad. En la Tabla No.14 se enlistan las coordenadas geográficas, su extensión territorial y las colindancias de la demarcación Álvaro Obregón.<sup>15</sup> Imagen No. 11

# Imagen 11: LOCALIZACIÓN DE AL ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO



Fuente: Programa de Gobierno Álvaro Obregón, consultada noviembre 2025

**Tabla 14. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE ÁLVARO OBREGÓN**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| COORDENADAS GEOGRÁFICAS | <i>Al norte 19°24', al sur 19°13' de latitud norte; al este 99°10' y al oeste 99° 19'.</i>   |
| PORCENTAJE TERRITORIAL  | <i>6.5% de la superficie del Distrito Federal</i>  |
| COLINDANCIAS            | Al norte: Alcaldía Miguel Hidalgo<br><br>Al sur: Alcaldías La Magdalena Contreras, Tlalpan y con el Estado de México<br><br>Al oeste con la delegación Cuajimalpa de Morelos<br><br>Al este: Benito Juárez, Coyoacán y Tlalpan |

Fuente: Fuente elaboración propia. INEGI, Aspectos Geográficos de la alcaldía Álvaro obregón, consultado: noviembre 2025

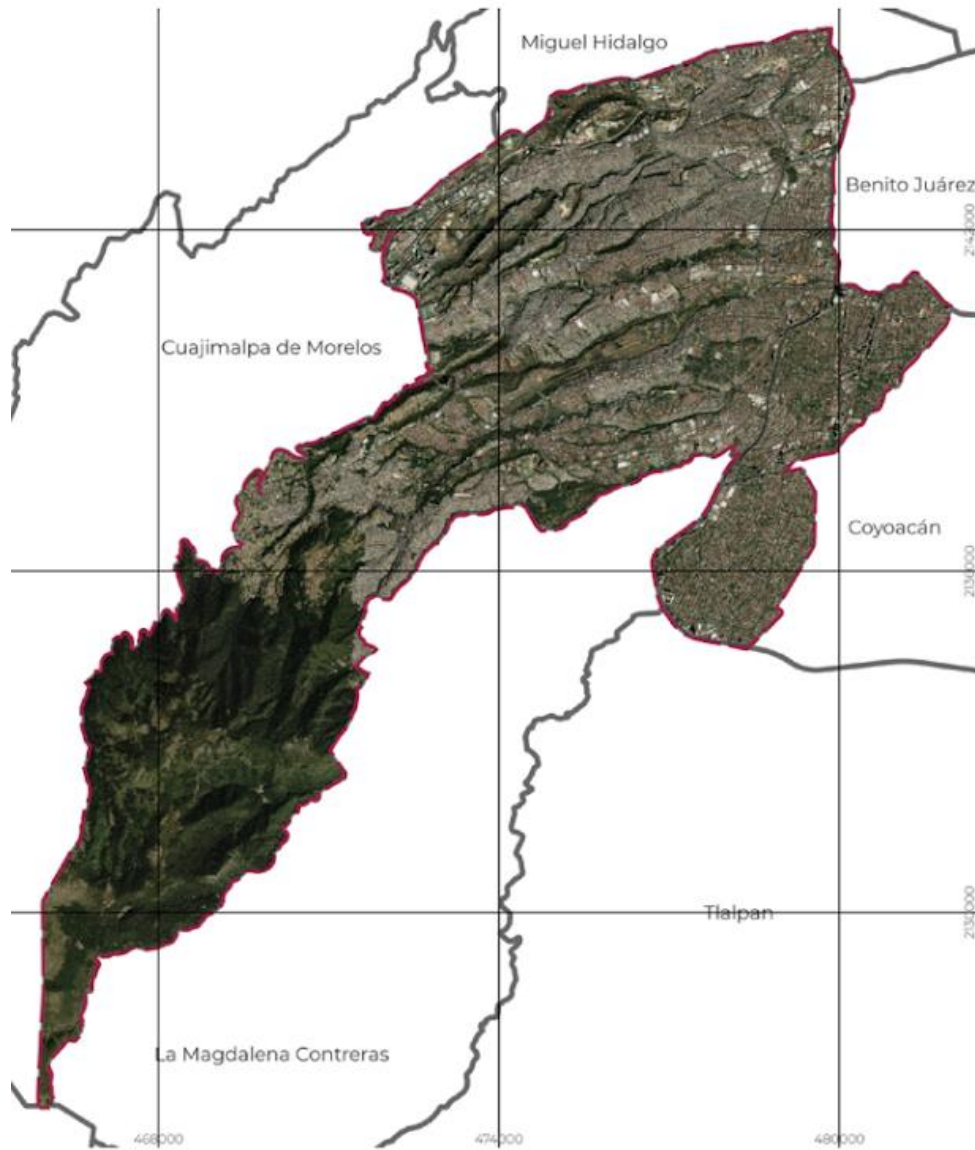
### 1.5.3.6 EXTENSIÓN

Álvaro Obregón abarca una superficie de 97 kilómetros cuadrados, lo que constituye aproximadamente el 6.5% del total del territorio de la Ciudad de México. En términos de extensión territorial, ocupa la sexta posición entre las delegaciones de la ciudad. En lo que respecta al uso del suelo en esta demarcación, se contabilizan 5,052 hectáreas destinadas a áreas urbanas y 2,668 hectáreas en zonas de conservación, lo que representa el 66.1% y el 33.8% del total, respectivamente.<sup>15</sup>

Imagen No.13 La Alcaldía, se localiza al poniente de la CDMX. Sus colindancias son:

- Al norte con la demarcación de Miguel Hidalgo
- Al sur con las Alcaldías Magdalena Contreras y Tlalpan y el Municipio de Jalatlaco, Estado de México
- Al oriente con las Alcaldías Benito Juárez y Coyoacán
- Al poniente con la demarcación de Cuajimalpa.<sup>14</sup>

### Imagen 13. EXTENSIÓN DE LA ALCALDIA ÁLVARO OBREGÓN



Fuente: Programa de gobierno Álvaro Obregón, 2024. Consultado noviembre 2025

### 1.5.3.7 OROGRAFÍA E HIDROGRAFÍA

#### Hidrografía

Imagen No.13 La demarcación de Álvaro Obregón dispone de una red de cuerpos de agua, los cuales son en su mayoría de carácter estacional. La abundancia de escurrimientos provenientes de la Sierra de las Cruces dio lugar a un sistema hidrológico compuesto por ocho corrientes principales: <sup>14</sup>

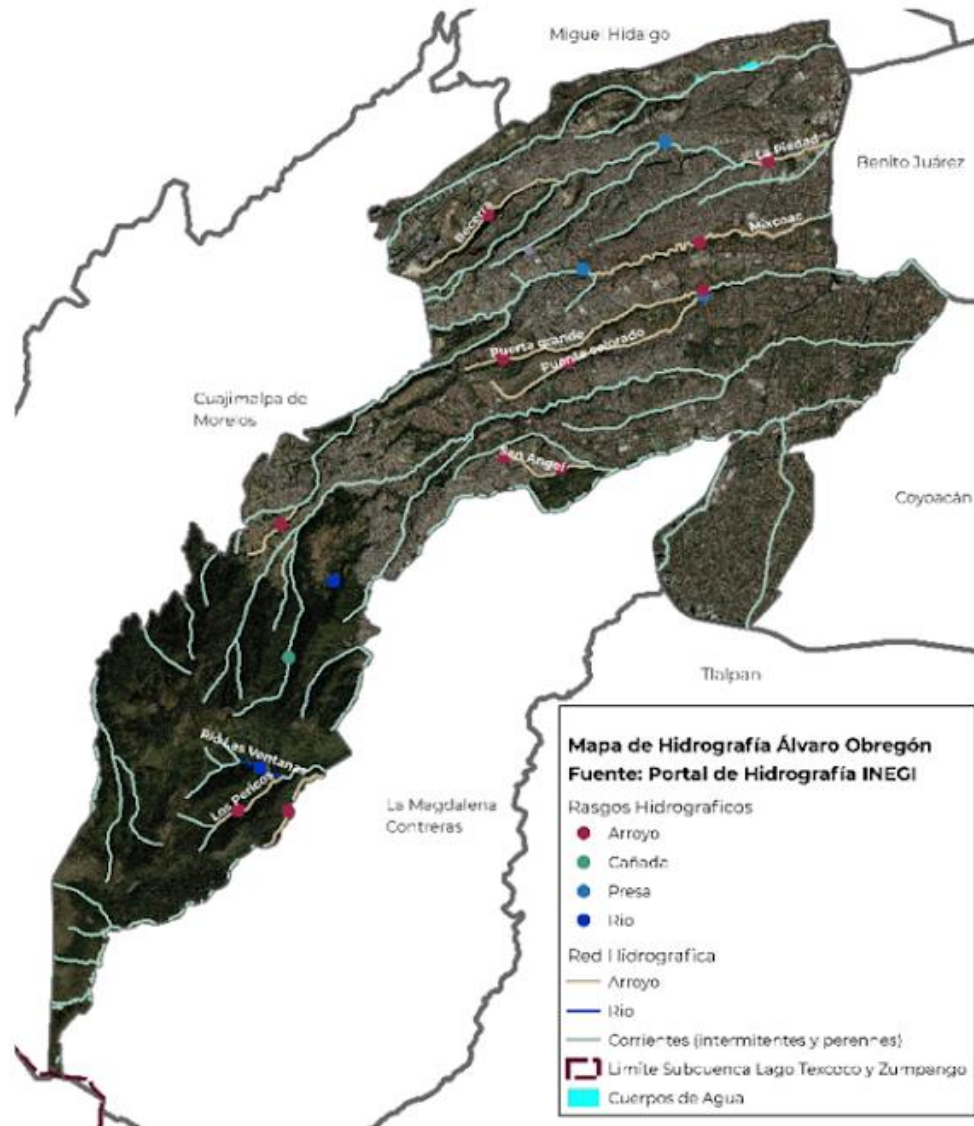
- Becerra
- Tacubaya
- Mixcoac
- Tarango (también conocido como Barranca del Muerto),
- Guadalupe
- La Malinche
- San Ángel Inn
- Magdalena <sup>14</sup>

Todos ellos pertenecen a la cuenca hidrográfica del Pánuco, la cual se destaca como una de las diez más extensas del territorio nacional. En la actualidad, el crecimiento urbano y la demanda de servicios públicos han alterado y, en ocasiones, invisibilizado el curso de estas corrientes hidrográficas. No obstante, resulta fundamental comprender sus antecedentes históricos para planificar y ejecutar obras y servicios de manera sostenible y eficiente. Esto es especialmente importante durante la temporada de lluvias, cuando los cauces naturalizados recuperan su espacio, generando posibles fenómenos de arrastre de materiales presentes en sus trayectorias. <sup>14</sup>

La demarcación Álvaro Obregón se inscribe totalmente en un 100% en la región hidrológica del Río Pánuco. En términos de cuenca y subcuenca, el territorio pertenece integralmente a la cuenca del río Moctezuma y a su vez a la subcuenca del lago de Texcoco y Zumpango. Respecto a los cuerpos y corrientes de agua de la

demarcación, se identifican varios ríos, destacando el Río Mixcoac, el río San Ángel Inn, el Río Magdalena y el Río de la Piedad el cuál se Encuentra entubado. <sup>14</sup>

**Imagen 13. HIDROGRAFÍA DE ÁLVARO OBREGÓN**



Fuente: Programa de gobierno Álvaro Obregón, 2024. Consultado noviembre 2025

## Orografía

El relieve que caracteriza a la alcaldía se divide en tres principales regiones: Imagen No. 14

1. llanuras,
2. lomeríos
3. áreas montañosas.

La primera se ubica en el sector oriental, limitando con Benito Juárez y Coyoacán, y en la zona occidental hasta llegar a la delimitación del Periférico. En estas tierras predominan superficies bajas y planas, situadas casi al nivel del antiguo lago de Texcoco. Los lomeríos abren desde el Periférico hasta la base de la Sierra de las Cruces, extendiéndose hasta las faldas de las altas montañas que están en el sur y del lado este. La diferencia de altura entre las llanuras y los lomeríos es marginal, no superando los 100 metros, con una elevación media de aproximadamente 2,265 metros sobre el nivel de la superficie marina en la llanura y cerca de 2,340 metros en los lomeríos.<sup>14</sup>

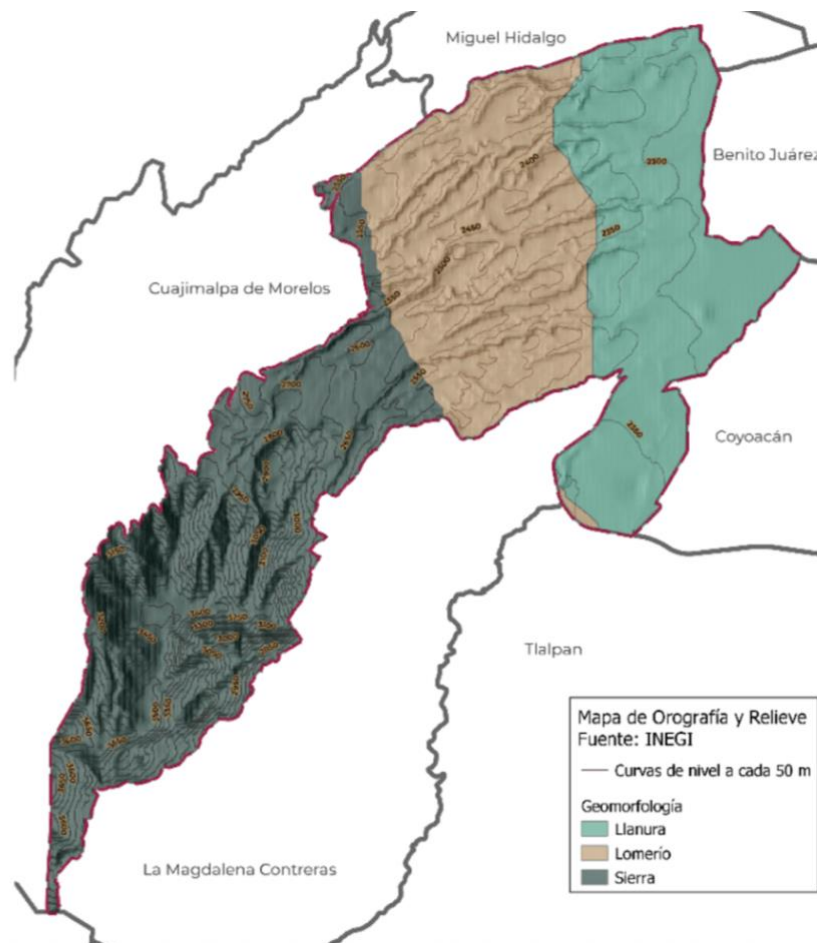
La región montañosa representa la altitud más elevada de la zona y se ubica dentro de la Sierra de las Cruces, caracterizada por pequeños valles, mesetas y cumbres, así como cañadas y barrancas. Sus altitudes oscilan entre los 2,400 y 2,750 metros sobre la superficie del océano, ofreciendo un relieve de pendientes inclinadas entre 4° y 8°, atravesado por barrancas que pueden alcanzar profundidades de hasta 100 metros. Además, constituye las laderas superiores de los conos volcánicos de la Sierra de las Cruces.<sup>14</sup>

Las pendientes montañosas presentan inclinaciones superiores a 15°, lo que incrementa los riesgos y costos de las construcciones, particularmente en relación con sismos, deslizamientos y hundimientos. También son susceptibles a inundaciones repentinas y avenidas, agravadas por obstáculos en los sistemas de desagüe natural, deficiencias en el drenaje pluvial y fluvial, y la obstrucción de cauces.<sup>14</sup>

En este terreno escarpado, se desarrolla un sistema de barrancas que ha sido ocupada y urbanizada a medida que la Ciudad de México ha crecido. De estas barrancas, 13 han sido declaradas de importancia ambiental por la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), entre ellas: <sup>14</sup>

- *Atzoyapan, Río Becerra Tepecuache, Becerra Sección La Loma, Del Moral, Guadalupe, Jajalpa, Magdalena-Eslava, Mixcoac, San Borja, Tacubaya, Tarango, Texcatlaco y Volta y Koch.* <sup>14</sup>

#### Imagen 14. RASGOS FISOGRÁFICOS DE LA ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN



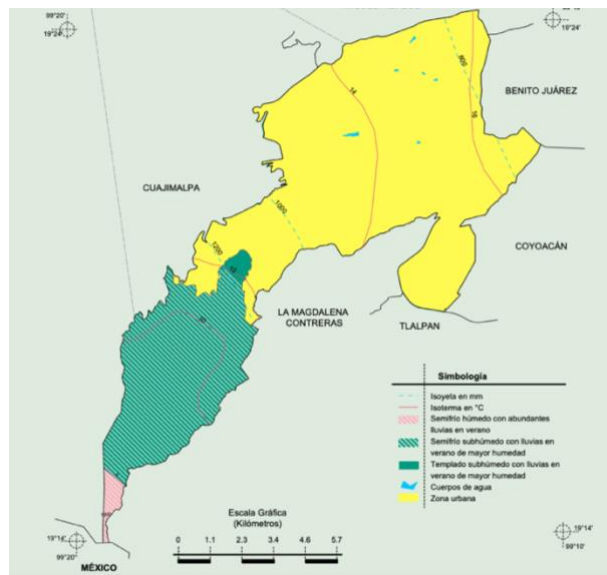
Fuente: Programa de gobierno Álvaro Obregón, 2024. Consultado noviembre 2025

### 1.5.3.8 CLIMA

La mayor parte del territorio de la región presenta un clima templado subhúmedo, aunque con variaciones significativas relacionadas con las diferencias de altitud en el área. Las temperaturas oscilan entre 5 y 18 grados centígrados, la precipitación anual promedio se encuentra en el rango de 700 a 1600 mm. La clasificación climática del área presenta varias categorías: Imagen No.15

- **Templado subhúmedo:** Con un alto grado de humedad y precipitaciones estivales, abarcando el 44.13% del territorio.
- **Templado subhúmedo:** De humedad moderada y lluvias en verano, cubriendo el 27.66%.
- **Semifrío subhúmedo:** Con alta humedad y lluvias durante el verano, representando el 27.12%.
- **Semifrío húmedo:** Caracterizado por abundantes precipitaciones estivales, con una presencia del 1.05%.
- **Templado subhúmedo:** De escasa humedad y lluvias de verano, ocupando solo el 0.01%.

**Imagen 15. CLIMA ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN**



Fuente: INEGI. Compendio de información geográfica municipal 2010, consultado noviembre 2025

### 1.5.3.9 SERVICIOS DE SALUD Y DERECHOHABIENCIA

Adscritos a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en la Alcaldía Álvaro Obregón se encuentran los siguientes lugares:<sup>19</sup> Tabla No.15

**Tabla 15. SERVICIOS DE SALUD**

|  |  |
|--|--|
| JURISDICCIÓN SANITARIA<br>Rosa Blanca No. 95 Esq. Tizano C.P.<br>01470   | CENTRO DE SALUD T-I AVE REAL<br>Albatros s/n, esq. Zacua, col. Ave Real,<br>C.P. 01560   |
| CENTRO DE SALUD T-III LOMAS DE<br>LA ERA<br>Trébol y Nogales s/n, col. La Era, C.P.<br>01860   | CENTRO DE SALUD T-I TARANGO<br>Andador 5 y 6 (Centro Social de Barrio),<br>col. Ampliación las Águilas, C.P. 01710   |
| CENTRO DE SALUD T-I HERÓN<br>PROAL<br>Av. Centenario No. 1225, col. Herón<br>Proal, C.P. 01640   | CENTRO DE SALUD T-III DR.<br>EDUARDO JENNER<br>Privada de Matamoros No. 21, col.<br>Santa Fe, C.P. 01210   |
| CENTRO DE SALUD T-I TETELPAN<br>Calz. Desierto de los Leones No. 5020,<br>col. Tetelpan, C.P. 01700  | CENTRO DE SALUD T-III<br>AMPLIACIÓN PRESIDENTES<br>John F. Kennedy y Thomas Jefferson,<br>col. Presidentes, C.P. 01299   |
| CENTRO DE SALUD T-I CORPUS<br>CHRISTI<br>Av. Tamaulipas y esq. Alto Lerma, col.<br>Corpus Christi, C.P. 01530  | CENTRO DE SALUD T-I LOMAS DE<br>SANTO DOMINGO<br>Av. Santa Lucía s/n, esq. Santa Teresa<br>(Centro Social de Barrio), col. Lomas de<br>Santo Domingo, C.P. 01100 |
| CENTRO DE SALUD T-III DR.<br>MANUEL ESCONTRIA<br>Frontera No. 15, col. San Ángel, C.P.<br>01000  | CENTRO DE SALUD T-I PUENTE<br>COLORADO<br>Puente Nacional entre Jacarandas y<br>Puente Metlac No.100, col. Puente<br>Colorado, C.P. 01730                        |
| CENTRO DE SALUD T-III MINAS DE<br>CRISTO<br>Prolongación Río Becerra s/n, entre<br>Francisco Arriaga y Anselmo Zaratuza,<br>col. Minas de Cristo, C.P. 01419 |  |

Fuente: elaboración propia con los datos obtenidos de la secretaría de salud

### **Adscritos al IMSS, están los siguientes:<sup>19</sup>**

HOSPITAL GENERAL DE ZONA MÉDICO FAMILIAR NO. 8, SAN ÁNGEL  
Avenida Río Magdalena No.289, Colonia Tizapán San Ángel, Álvaro Obregón,  
CDMX. C.P. 1090 Tel. 55 5550 6422

UNIDAD MEDICINA FAMILIAR/UMAA NO. 161 y ALMACÉN DE INMUEBLES  
EMBARGADOS - CLÍNICA AMBULATORIA  
Av. Toluca 160. CDMX, Tel. 55 1520 1780

CLINICA 12 SANTA FE - Hospital General  
Vasco de Quiroga 16, CDMX.

### **Unidades del ISSSTE<sup>20</sup>**

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"  
Av. Universidad No 1321, Florida, Álvaro Obregón, Distrito Federal, C.P. 01030

HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ"  
Felipe Ángeles y Canario s/n, Bellavista, Álvaro Obregón, Distrito Federal, C.P.  
01140

#### **1.5.3.10 EDUCACIÓN**

En la delegación Álvaro Obregón, el 91.15% de los niños y adolescentes de 3 a 14 años asisten a la escuela, lo que representa la cifra más alta. En contraste, el porcentaje de asistencia en el grupo de edad de 30 años y más es del 1.96%, siendo este el más bajo. Entre aquellos de 15 a 17 años, la tasa de escolarización es del 80.87%, con una población total de 723,518. <sup>7</sup>

En la Tabla No. 16 podemos observar que es mayor el porcentaje de alfabetización en mujeres que en población masculina, en el rango de edad de 6 a 14 años. La

cifra porcentual de niños y adolescentes entre 6 y 14 años que asisten a la escuela refleja un compromiso hacia la educación básica, un pilar esencial para el desarrollo personal y comunitario.

**Tabla 16. PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 6-14 AÑOS SEGÚN APTITUD PARA LEER Y ESCRIBIR EN LA DELGACIÓN ÁLVARO OBREGÓN EN 2015**

| POBLACIÓN TOTAL  | SABE LEER Y ESCRIBIR | NO SABE LEER Y ESCRIBIR |
|------------------|----------------------|-------------------------|
| MUJERES: 48,789  | 51.34 %              | 39.98%                  |
| HOMBRES: 47, 287 | 48.66%               | 60.02%                  |

Fuente: Elaboración propia. INEGI, encuesta intercensal 2015. Consultada dic-2025

La Tabla No. 17 muestra de nuevo una cifra más elevada en el sexo femenino que en el masculino. Sin embargo, considerando la edad de la población las cifras demuestran que un buen porcentaje asiste a la escuela. A medida que el porcentaje de asistencia se mantiene alto, es imperativo continuar invirtiendo en programas que mejoren la calidad educativa y se aseguren de que todos los niños reciban una educación integral que fomente su desarrollo.

**Tabla 17. PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 3 AÑOS Y MAS SEGÚN ASISTENCIA ESCOLAR EN LA DELEGACIÓN ÁLVARO OBREGÓN EN EL 2015**

| POBLACIÓN TOTAL   | ASISTE A LA ESCUELA | NO ASISTE A LA ESCUELA |
|-------------------|---------------------|------------------------|
| MUJERES: 381, 088 | 50.57 %             | 53.54%                 |
| HOMBRES:342, 430  | 49.43%              | 46.55%                 |

Fuente: Elaboración propia. INEGI, encuesta intercensal 2015. Consultada dic-2025

### 1.5.3.11 VIVIENDA

El resultado de la encuesta intercensal realizada en el 2015, para la alcaldía Álvaro Obregón, arrojó que el total de viviendas particulares habitadas fue de 214, 896 que representa el 8.3% del total de las viviendas dentro de la demarcación, con un promedio de 3.5 personas por vivienda.<sup>7</sup>

Además, en cuanto a la disponibilidad de servicios públicos, los resultados fueron los siguientes:

- 94.2 % cuenta con servicio de agua entubada
- 98.9% con servicio de drenaje
- 99.1% con servicio sanitario
- 99.7% con electricidad

Podemos inferir que casi el total de la población de dicha entidad cuenta con los servicios básicos, lo cual favorece a un desarrollo más sustentable, y previene de adquirir ciertas enfermedades infectocontagiosas derivadas de desechos mal tratados.<sup>7</sup>

### 1.5.3.12 SERVICIOS PÚBLICOS

La alcaldía cuenta con un Plan Ciudadano de Servicios de Calidad, donde se atienden solicitudes de los ciudadanos habitantes de esta demarcación, enfocado en proporcionar atención oportuna y de calidad. Este plan se fundamenta en la creación de unidades territoriales que identifican y responden a las demandas de servicios esenciales, como agua, drenaje, poda, alumbrado, gestión de desechos sólidos y reparación de baches. Adicionalmente, se contempla la implementación de pasajes iluminados en las calles peatonales de mayor afluencia. La atención a las demandas específicas de los residentes es un paso crucial para fortalecer la

confianza entre la alcaldía y la población, promoviendo una participación de los ciudadanos en la gestión de sus propios servicios. <sup>14</sup>

Servicios públicos e imagen urbana.

- Sistema de levantamiento diagnóstico y registro de solicitudes de servicios por colonia: atención de fugas y rehabilitación de la red de agua potable, red de drenaje, alumbrado público, recolección de basura, poda de árboles, recuperación y mantenimiento de parques y jardines.
- Pasajes de luz en corredores y andadores
- Espacios incluyentes
- Rediseño urbano para conservar espacios y centros históricos
- Mantenimiento de espacios públicos
- Banquetas incluyentes y seguras para personas con discapacidad
- Vialidades y cruces seguros: remodelación de avenidas, bacheo y encarpado, cruces seguros para peatones, circuitos de transporte alternativo.
- Cultura vial: descongestionamiento de vialidades, agilizar la circulación en avenidas principales. <sup>14</sup>

## 1.6 REFERENCIAS

1. Universidad Autónoma Metropolitana, Licenciatura en Medicina – Plan de Estudios. [uam.mx/licenciaturas/pdfs/79\\_5\\_Licenciatura\\_en\\_Medicina\\_XOC.pdf](http://uam.mx/licenciaturas/pdfs/79_5_Licenciatura_en_Medicina_XOC.pdf)
2. Bárcena, J. J. L., de Cossío Ortiz, M. G. G., & Martínez, M. V. (2004). Servicio Social de Medicina en México. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural. *Rev Fac Med UNAM.*, 47, 181-186.
3. Diagnóstico de salud 2016
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). Encuesta intercensal 2015: resultados nacionales, por entidad federativa y municipio. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/#tabulados>
5. Expansión.com. (s.f.). México: tasas de natalidad en 2015. Datos macro. Recuperado el 5 de Noviembre del 2025, de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/natalidad/mexico?anio=2015>

6. Expansión.com. (s.f.). México: tasas de mortalidad en 2015. Datos macro. Recuperado el 05 de Noviembre de 2025, de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/mortalidad/mexico?anio=2015>
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). Encuesta intercensal 2015: resultados nacionales, por entidad federativa y municipio. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic\\_2015\\_presentacion.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf)
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Conociendo México* (5ª ed.). Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825218591.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825218591.pdf)
9. Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT). (s.f.). Climas en México. En Atlas de clima México 2015. Recuperado de [https://gisviewer.semarnat.gob.mx/aplicaciones/Atlas2015/atm\\_climas.html](https://gisviewer.semarnat.gob.mx/aplicaciones/Atlas2015/atm_climas.html)
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (s.f.). Relieve del territorio mexicano. Cuéntame, INEGI. Recuperado el 06 de Noviembre de 2025, de <https://cuentame.inegi.org.mx/explora/geografia/relieve/>
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Censo de población y vivienda 2015: Población estimada de la Ciudad de México*. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015\\_12\\_35.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_12_35.pdf)
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014). *Clima y calidad del aire en la Ciudad de México*. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825480509/702825480509\\_7.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825480509/702825480509_7.pdf)
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). *Aspectos geográficos de Ciudad de México*. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/889463912972.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463912972.pdf)
14. Delegación Álvaro Obregón Desarrollo Urbano. (s.f.). *Programa delegacional del desarrollo urbano Álvaro Obregón*. Recuperado de <https://paot.org.mx/centro/programas/delegacion/alvaro01.html>
15. Gobierno de la Ciudad de México. (2024). *Datos estadísticos y límites territoriales de la delegación Álvaro Obregón*. Recuperado de [<http://www.aao.gob.mx/archivos/gobierno/PROGAO%202427%20Version%20publica.pdf>]
16. Krauze E. El vértigo de la victoria. En: La biografía del poder. Tomo 6. México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
17. Procuraduría Ambiental y del Ordenamiento Territorial de la Ciudad de México. *Alcaldía Álvaro Obregón*. 2024 [Accedido: 11 de diciembre de 2025]. <https://paot.org.mx/centro/programas/delegacion/alvaro01.html>.
18. Rodríguez Huesca ME. *Análisis del mercado habitacional como generador de segregación residencial en la alcaldía Álvaro Obregón*. [Tesis de maestría]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, Colegio de Geografía; 2024.
19. Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Directorio de Hospitales y Centros de Salud. <https://sersalud.cdmx.gob.mx/portalut/archivo/Art121FVIII/Directorio-Hospitales-y-Centros-Salud.pdf>
20. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/178094/DIRECTORIO\\_DE\\_CLINICAS\\_DEL\\_ISSSTE.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/178094/DIRECTORIO_DE_CLINICAS_DEL_ISSSTE.pdf)

## CAPÍTULO 2.

### CAPÍTULO 2. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

#### 2.1 INTRODUCCIÓN

LA UMF-161 del IMSS se encuentra en Avenida Toluca No. 160 en la Alcaldía Álvaro Obregón, en la Colonia Olivar de los Padres, en la Ciudad de México. Imagen No.16

Imagen 16. FACHADA PRINCIPAL DEL LA UMF 161 DEL IMSS



Fuente: Imagen propia

La UMF-161 brinda atención primaria de primer nivel, siendo el Médico Familiar el primer contacto con los usuarios. Tabla No.18 También, brinda programas de prevención y promoción de la salud (PREVENIMSS). Este es un servicio de prevención en su totalidad impartido por personal de esta clínica para tratar de prevenir enfermedades crónico-degenerativas. Los trabajadores afiliados al IMSS por medio de su número de seguridad social y con relación laboral o que se

encuentren inscritos en el régimen voluntario y que hayan contratado atención médica, tienen derecho a recibir atención médica en la UMF-161 siempre y cuando vivan en la circunscripción de esta Clínica.

**Tabla 18. SERVICIOS QUE OFRECE LA UMF-161 EN EL 2015**

|  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Farmacia</li> <li>● Laboratorio</li> <li>● Rayos X</li> <li>● Archivo</li> <li>● Central de Esterilización y Equipos (CEYE)</li> <li>● Curaciones</li> <li>● Urgencias</li> <li>● Planificación Familiar</li> <li>● Medicina Preventiva</li> <li>● Epidemiología</li> <li>● Auditorio</li> <li>● Sala de lectura</li> <li>● Consultorios</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Consultorios de Odontología</li> <li>● Consultorios de Medicina de Trabajo</li> <li>● Oficinas de Trabajo Social</li> <li>● Oficinas de la Jefatura de Departamento Clínico</li> <li>● Oficina de Coordinación de Asistentes Médicas</li> <li>● Jefatura de Enseñanza</li> <li>● Jefatura de Trabajo Social</li> <li>● Departamento de personal</li> <li>● Oficinas administrativas</li> <li>● Oficina de Conservación</li> <li>● Baños</li> </ul> |
|--|---|

Fuente: elaboración propia

La Imagen No.17 muestra la explanada principal de la UMF 161, un espacio amplio y techado que funciona como área de tránsito y espera para los usuarios. La disposición abierta favorece la circulación interna y el acceso visual a los distintos servicios administrativos y de atención. Este espacio contribuye a la organización del flujo de personas dentro de la unidad médica, donde se observa el módulo TAOD, la ventanilla de prestaciones y farmacia.

**IMAGEN 17. EXPLANADA PRINCIPAL DE LA UMF 161**



Fuente: imagen propia

La Imagen No.18 muestra el área de consulta externa de la UMF 161, donde se observa la sala de espera destinada a los usuarios antes de su atención médica. La distribución del espacio permite la concentración de pacientes en un área definida y facilita el acceso a los consultorios. Este entorno refleja la demanda de servicios de atención primaria en la unidad médica.

**Imagen 18. CONSULTA EXTERNA DE LA UMF**  
Sala de espera de los consultorios de medicina familiar de la clínica 161 del IMSS



Fuente: elaboración propia

## 2.2 MISIÓN

*“La misión de la UMF 161 del IMSS, es proporcionar atención médica integral y de calidad a la población adscrita, fomentando la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como la promoción de la salud en un ambiente solidario y humanista, garantizando el acceso a servicios médicos eficientes y oportunos”*

## 2.3 VISIÓN

*“Ser un referente en la atención de medicina familiar a nivel nacional, reconocida por su compromiso con la salud y el bienestar de la comunidad, utilizando tecnología de vanguardia y prácticas basadas en la evidencia, todo dentro de un marco de servicio de excelencia y mejora continua”.*

## 2.4 OBJETIVO GENERAL

Los objetivos de la clínica de medicina familiar del IMSS 161, se centran en brindar atención médica integral que abarque prevención, diagnóstico, tratamiento y

rehabilitación, adoptando un enfoque centrado en el paciente y su familia. Se busca promover la salud mediante programas educativos que fomenten hábitos saludables y la prevención de enfermedades, al mismo tiempo que se mejora el acceso a los servicios médicos, asegurando la disponibilidad de recursos y tiempos de espera adecuados.

## 2.5 CUERPO DIRECTIVO

- **Dra. Verónica Orozco Uribe**

Directora De La Unidad

- **Dra. Zaira Jazmin Lustres Calvo (Turno Matutino)**

- **Dra. Lizeth Álvarez García (Turno Matutino)**

Jefas De Departamento Clínico

- **Dr. Luis Antonio Montiel Martínez (Turno Vespertino)**

- **Dr. José Francisco Flores De La Mora (Turno Vespertino)**

Jefes De Departamento Clínico

- **Dr. Edgar Salina Reyes**

Epidemiólogo

- **Dr. Juan Figueroa García**

Jefe De Enseñanza

- **C. Julio Cesar Marquez Mendoza**

Jefe De Vigencia De Derechos

- **C. Juan Francisco Romero Ramírez**

Jefe Arimac

- **Dra. Liliana Vázquez Claudio**

Medicina Del Trabajo

## 2.6 INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS

### ESTRUCTURA DEL HOSPITAL

- ✓ Tipo de unidad: Unidad de Medicina Familiar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria
- ✓ Diseño arquitectónico: tipo Bodega
- ✓ Horizontal: Unidad de Medicina Familiar Consulta externa, medicina preventiva, urgencias, y Vigilancia epidemiológica
- ✓ Vertical: área de medicina de atención ambulatoria, con consultorio de especialidades médicas: urología, neumología, cirugía general, ortopedia y traumatología, Quirófanos
- ✓ Atención que otorga: Unidad médica de primer nivel de atención, el cual proporciona los servicios de consulta externa, urgencias y cirugía ambulatoria.

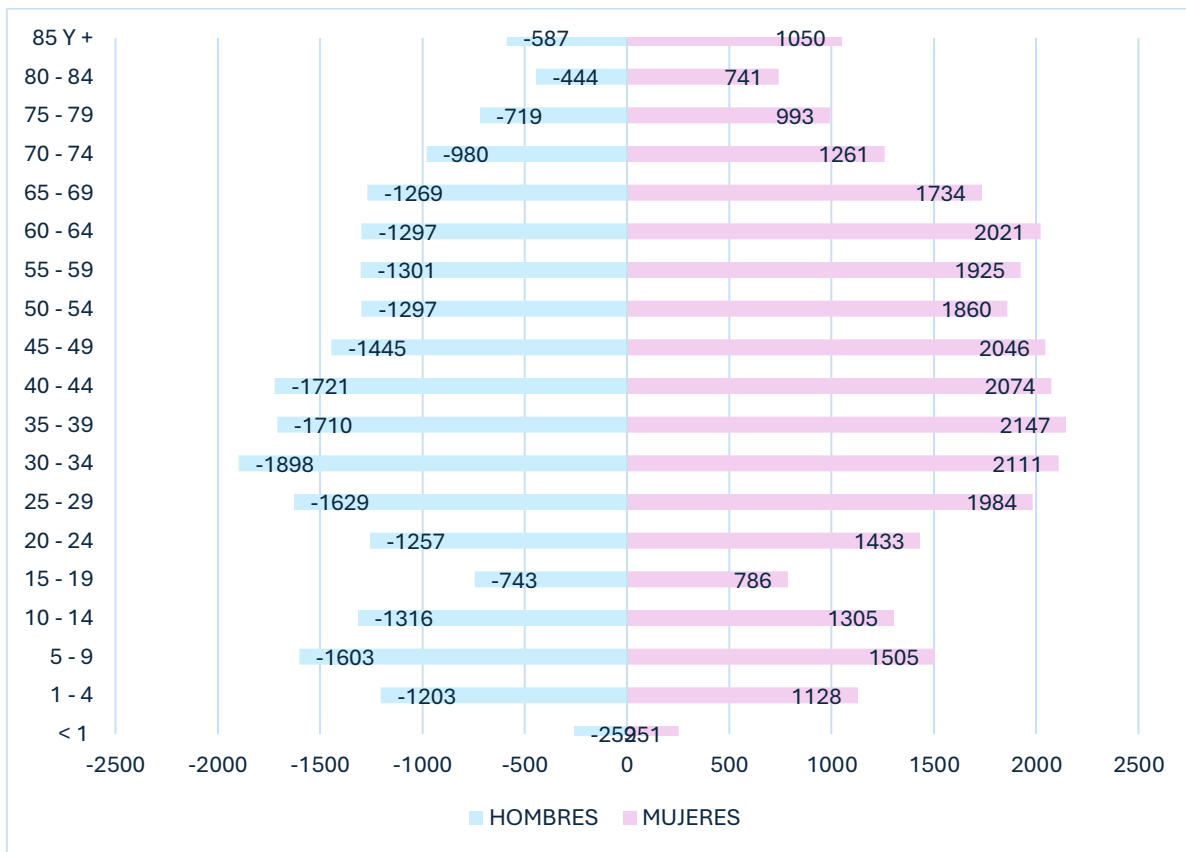
## 2.7 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

En la Gráfica No 11, el análisis de la pirámide poblacional de la Unidad de Medicina Familiar 161 del IMSS revela una distribución etaria diferenciada entre sexos. En el caso de los hombres, el grupo de edad más destacado es el de 30 a 34 años, lo que sugiere una particular concentración de pacientes en este segmento, posiblemente debido a necesidades de salud específicas propias de esta etapa de la vida, como seguimiento preventivo y atención a condiciones laborales o de estilo de vida.

Por otro lado, en las mujeres, el grupo más numeroso corresponde al de 35 a 39 años. Este patrón podría reflejar una prioridad hacia el monitoreo de la salud reproductiva, así como otros aspectos relacionados con la salud femenina que requieran atención durante estos años.

En términos generales, el grupo etario menos representado en ambos sexos es el de menores de un año, lo que puede indicar una baja tasa de natalidad local o una menor demanda de servicios de salud pediátricos en esta unidad.

**Grafica 11. POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD DE LA UMF 161 EN EL 2015**



Fuente: Diagnóstico de Salud IMSS UMF 161 enero/2017

La unidad de medicina Familiar 161 del IMSS, registró en el año 2015 un total de 51 033 derechohabientes afiliados. Y en la Tabla No.19 observamos como ese número se ha mantenido con cambios no significativos desde el año 2012.

**Tabla 19. POBLACIÓN ADSCRITA A LA UMF No. 161 EN EL 2015**

| UNIDAD MÉDICA | 2012  | %    | 2013  | %    | 2014  | %    | 2015  | %    | 2016  | %    |
|---------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
| UMF No. 161   | 50088 | 2.02 | 52098 | 2.03 | 53001 | 2.03 | 54085 | 2.05 | 51033 | 1.94 |

Fuente: Diagnóstico de Salud IMSS UMF 161 enero/201

## 2.8 MORBILIDAD DE PRIMERA VEZ

El análisis de la Tabla No. 20 de morbilidad de la Unidad de Medicina Familiar 161 del IMSS revela un perfil epidemiológico caracterizado por una predominancia de padecimientos infecciosos y crónico-degenerativos, reflejando las tendencias de salud pública en el país.

Las Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores (IVRS): Este padecimiento se mantiene consistentemente como la principal causa de morbilidad a lo largo del periodo analizado, con cifras que oscilan entre 1577 y 2150 casos. Infecciones Intestinales y de Vías Urinarias: Estas causas infecciosas ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente. Ambas muestran una tendencia decreciente en el número de casos nuevos. Las infecciones intestinales disminuyeron de 1367 casos en 2012 a 815 en 2016, mientras que las infecciones de vías urinarias se mantuvieron más estables, con una ligera reducción general.

Padecimientos Crónico-Degenerativos y Musculoesqueléticos:

- Dorsalgias: Presentan un patrón de estabilidad relativa, con un ligero aumento en 2015 (452 casos) y un cierre en 401 casos en 2016.
- Gastritis y Duodenitis: Muestran una ligera tendencia al alza a lo largo del periodo, cerrando con un máximo de 286 casos en 2016. Estos padecimientos digestivos son causas comunes de consulta en unidades de medicina familiar.
- Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias: Estos trastornos metabólicos son relevantes para la caracterización del riesgo cardiovascular de la población. Las cifras se mantienen relativamente constantes, indicando una carga de enfermedad crónica sostenida.

En el año 2016, se observa un cambio notable con la aparición registrada de casos de Gingivitis y Enfermedad Periodontal (364 casos), Colitis y Gastroenteritis No

Infecciosa (237 casos) y Conjuntivitis (546 casos). La ausencia de registros para estos padecimientos en años anteriores sugiere posibles ajustes en los métodos de registro, clasificación epidemiológica o un brote específico de conjuntivitis en 2016.

**Tabla 20. MORBILIDAD DE PRIMERA VEZ**

| CAUSA BASICA DE MORBILIDAD   | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|------|------|------|------|------|
|  |      |      |      |      |      |
| INFECCIÓN AGUDA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES               | 2069 | 1773 | 1977 | 2150 | 1577 |
| INFECCIONES INTESTINALES   | 1367 | 979  | 884  | 1020 | 815  |
| INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS  | 609  | 502  | 530  | 532  | 544  |
| DORSALGIAS   | 377  | 394  | 418  | 452  | 401  |
| GASTRITIS Y DUODENITIS   | 228  | 249  | 227  | 240  | 286  |
| GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL                                | 0    | 0    | 0    | 0    | 364  |
| COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSA                            | 0    | 0    | 0    | 0    | 237  |
| SÍNDROME DE COLON IRRITABLE  | 309  | 272  | 303  | 328  | 267  |
| TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS | 172  | 214  | 194  | 185  | 213  |
| CONJUNTIVITIS  | 0    | 0    | 0    | 0    | 546  |

Fuente: Diagnóstico de Salud IMSS UMF 161 enero/2017

## 2.9 MOTIVOS PRINCIPALES DE RIESGO DE TRABAJO

En la Tabla No. 21 sobre los principales riesgos de trabajo se observa lo siguiente:

- La ocupación de Vendedor (ambulante/mostrador) presenta el mayor número absoluto de accidentes de trabajo con 72 casos. Le siguen de cerca las ocupaciones de Ayudante general almacenista (62) y cocina (61). Estos datos sugieren que las ocupaciones que implican movimiento físico, manejo de materiales o entornos dinámicos son las más susceptibles a accidentes durante la jornada laboral.

- El Administrativo destaca significativamente en esta categoría, con 75 accidentes en trayecto, superando con creces sus accidentes de trabajo (30). Otras ocupaciones con cifras notables en este rubro incluyen a los vendedores, supervisores/gerentes, y personal de limpieza/intendencia. Esto subraya la importancia de factores externos al centro de trabajo (tráfico, transporte público, etc.) y las rutinas de desplazamiento, especialmente para el personal de oficina o supervisión.
- En general, las cifras para las enfermedades de trabajo son extremadamente bajas o nulas para la mayoría de las ocupaciones listadas (0 o 1 caso). La única excepción notable es el operador de maquinaria, que registra 5 casos de enfermedades de trabajo.
- La escasez de registros en esta categoría sugiere una posible
- Ocupaciones como contador de finanzas, **artes** plásticas y diseño, **maestro**, y tapicería/telas muestran consistentemente cifras bajas en todas las categorías de riesgo, indicando un perfil de riesgo laboral más bajo en entornos de oficina, educación o talleres específicos.

**Tabla 21. PRINCIPALES RIESGOS DE TRABAJO**

| DESCRIPCION                                | Accidentes de Trabajo | Accidentes en trayecto | Enfermedades de Trabajo | Riesgos de trabajo |
|--|-----------------------|------------------------|-------------------------|--------------------|
| Vendedor (ambulante/mostrador)             | 72                    | 40                     | 0                       | 112                |
| Administrativo                             | 30                    | 75                     | 0                       | 106                |
| cocina                                     | 61                    | 16                     | 1                       | 78                 |
| ayudante general almacenista               | 62                    | 10                     | 0                       | 72                 |
| limpieza/intendencia                       | 48                    | 20                     | 0                       | 68                 |
| repartidor7mensajero                       | 45                    | 10                     | 0                       | 55                 |
| Construcción7materiales de construcción    | 45                    | 3                      | 0                       | 48                 |
| Supervisor/Gerente                         | 10                    | 22                     | 0                       | 32                 |
| Conductor                                  | 20                    | 6                      | 0                       | 25                 |
| mantenimiento                              | 20                    | 6                      | 0                       | 25                 |
| mecánico/trabajo de herramientas           | 18                    | 2                      | 0                       | 20                 |
| operador de maquinaria                     | 7                     | 8                      | 0                       | 20                 |
| vigilante                                  | 10                    | 5                      | 0                       | 15                 |
| contador/finanzas                          | 2                     | 12                     | 0                       | 15                 |
| maestro                                    | 9                     | 3                      | 0                       | 14                 |
| Trabajadores de salud/cuidadores           | 8                     | 4                      | 0                       | 12                 |
| carpintería                                | 10                    | 1                      | 0                       | 12                 |
| electricista/técnico de telecomunicaciones | 6                     | 4                      | 0                       | 11                 |
| Artes plásticas/diseño                     | 3                     | 5                      | 0                       | 10                 |
| tapicería/telas                            | 6                     | 2                      | 0                       | 8                  |

Fuente: Diagnóstico de Salud IMSS UMF 161 enero/2017

## 2.10 MORTALIDAD GENERAL

En la Tabla No. 22 se observa una que existe una tendencia creciente y notable en el número total de defunciones. Los años 2012, 2013 y 2014 mantuvieron una cifra baja y estable (7, 9 y 9 muertes totales, respectivamente), con un ligero incremento en 2015 (10 muertes). Sin embargo, el año 2016 presenta un salto abrupto y considerable, registrando 30 defunciones, triplicando la cifra del año anterior.

Las Complicaciones de Diabetes Mellitus fueron una causa de muerte persistente a lo largo de todo el periodo, con un aumento significativo en 2016, cuando se registraron 6 defunciones (comparado con 1 o 2 en años anteriores). La Enfermedad Isquémica del Corazón con fluctuaciones notables, alcanzando picos en 2013 (8 muertes) y disminuyendo en 2015 antes de volver a aumentar en 2016 (4 muertes). La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, emerge como relevante en los últimos dos años del estudio, registrando 3 defunciones en 2015 y 5 en 2016.

El año 2016 se caracteriza por la aparición simultánea de múltiples causas de muerte que no se habían registrado en los cuatro años anteriores:

- Enfermedades Hipertensivas
- Infecciones Respiratorias Bajas
- Septicemia
- Tumores Malignos

La Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado mantuvieron un registro nulo.

**Tabla 22. CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL**

| <b>ENFERMEDAD</b>                                 | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO | 0           | 0           | 0           | 0           | 0           |
| COMPLICACIONES DE DIABETES MELLITUS               | 4           | 1           | 2           | 2           | 6           |
| ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN                  | 3           | 8           | 7           | 2           | 4           |
| ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES                    | 0           | 0           | 0           | 1           | 1           |
| ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS                        | 0           | 0           | 0           | 0           | 2           |
| EPOC  | 0           | 0           | 0           | 3           | 5           |
| INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS                   | 0           | 0           | 0           | 0           | 5           |
| INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA                       | 0           | 0           | 0           | 1           | 3           |
| SEPTICEMIA  | 0           | 0           | 0           | 0           | 1           |
| TUMORES MALIGNOS                                  | 0           | 0           | 0           | 1           | 3           |
| <b>Total, general</b>                             | <b>7</b>    | <b>9</b>    | <b>9</b>    | <b>10</b>   | <b>30</b>   |

Fuente: ELABORACIÓN PROPIA. Diagnóstico de Salud IMSS UMF 161 enero/2017

## 2.11 PADECIMIENTOS SUBSECUENTES EN CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR

En la Tabla No. 23 observamos que las enfermedades hipertensivas son la causa principal de consulta subsecuente, mostrando un aumento constante y significativo año tras año: de 15,782 casos en 2012 a 27,856 en 2015. Esto indica una alta prevalencia de pacientes hipertensos en control y subraya la cronicidad de esta condición como un desafío de salud pública mayoritario en la población atendida. La Diabetes Mellitus, ocupa el segundo lugar en importancia, también con un incremento progresivo anual, pasando de 10,615 casos en 2012 a 12,090 en 2015. La combinación de diabetes e hipertensión conforma el núcleo de la morbilidad crónica de seguimiento.

Los Trastornos del Metabolismo de las Lipoproteínas y Otras Lipidemias muestran una cifra estable, alrededor de 1,700 a 1,900 casos anuales, indicando un manejo continuo de los factores de riesgo cardiovascular asociados a las condiciones anteriores. Las Enfermedades Respiratorias Superiores a pesar de ser

padecimientos agudos, generan un número considerable de consultas subsecuentes, con una tendencia al alza, de 932 casos en 2012 a 1,385 en 2015, lo que sugiere la naturaleza recurrente de estas infecciones o la necesidad de seguimiento de complicaciones.

Es relevante notar que no se registraron casos subsecuentes para Hiperplasia Prostática ni Artritis Reumatoide en el periodo de 2012 a 2015, lo cual puede indicar que estos padecimientos son referidos a un segundo nivel de atención o que la población bajo estudio no presenta casos registrados en esta unidad.

**Tabla 23. PRINCIPALES PADECIMIENTOS SUBSECUINTES**

| CAUSA BASICA   | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS   | 15782 | 27194 | 27439 | 27856 | 24647 |
| DIABETES MELLITUS  | 10615 | 11238 | 11764 | 12090 | 11143 |
| ENFERMEDADES RESPIRATORIAS SUPERIORES                              | 932   | 1139  | 1265  | 1385  | 932   |
| HIPERPLASIA PROSTÁTICA   | 0     | 0     | 0     | 0     | 1135  |
| TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEÍNAS Y OTRAS LIPIDEMIAS | 1944  | 1858  | 1726  | 1850  | 1412  |
| EPOC   | 1619  | 1253  | 1238  | 1315  | 1171  |
| TRASTORNOS DE ANSIEDAD   | 915   | 1513  | 1489  | 1510  | 1462  |
| HIPOTIROIDISMOS  | 0     | 0     | 0     | 0     | 1083  |
| ARTRITIS REUMATOIDE  | 1612  | 1328  | 1405  | 1421  | 1697  |
| DORSALGIA  | 2047  | 1121  | 1223  | 1293  | 1076  |
|  |       |       |       |       |       |

Fuente: ELABORACIÓN PROPIA. Diagnóstico de Salud IMSS UMF 161 enero/2017

## 2.12 PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDAD POR PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN FEMENINA Y EN POBLACIÓN MASCULINA

En la Tabla No. 24 se analizan las causas de morbilidad en mujeres adscritas a la clínica, vemos que, dentro de los padecimientos infecciosos más comunes, están las Enfermedades Respiratorias Superiores (IVRS) que son la causa de morbilidad más frecuente, manteniéndose consistentemente por encima de los 1,100 casos anuales y alcanzando un pico de 1,208 en 2015. Las Infecciones del Tracto

Urinario (ITU) ocupan un lugar significativo (entre 309 y 486 casos), lo cual es congruente con la mayor susceptibilidad fisiológica femenina a estas infecciones.

El embarazo normal representa una proporción sustancial de las consultas de primera vez, con una tendencia al alza que culmina en 371 casos en 2015. Esto refleja la importancia de la atención prenatal y el seguimiento de la salud reproductiva en la unidad. La Dorsalgia es una causa frecuente de consulta, con cifras que fluctúan entre 184 y 402 casos. La Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso muestra variaciones anuales notables, con una caída drástica en 2014 (265 casos) antes de recuperarse a 611 en 2015, lo que podría reflejar fluctuaciones estacionales o brotes específicos. La Gastritis y Duodenitis presenta un aumento hacia 2015 (210 casos), indicando una carga de enfermedad digestiva común.

Llama la atención la ausencia de registros (0 casos) para el Síndrome de Colon Irritable, Colitis y Gastroenteritis No Infecciosas y Trastorno del Metabolismo de las Lipoproteínas y Lipidemias. Si bien estos padecimientos son comunes en la población general (y a menudo más prevalentes en mujeres, como el hipercolesterolemia), su ausencia en la Tabla podría sugerir que estos casos son clasificados bajo otros códigos, detectados en otros niveles de atención o que la población femenina de la UMF 161 acude por estas causas como subsecuentes.

**Tabla 24. CAUSAS DE MORBILIDAD EN POBLACIÓN FEMENINA**

| CAUSA BASICA DE MORBILIDAD                              | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|------|------|------|------|------|
| ENFERMEDADES RESPIRATORIAS SUPERIORES                   | 1104 | 1135 | 1126 | 1208 | 957  |
| DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 711  | 700  | 265  | 611  | 2043 |
| INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO                         | 486  | 479  | 309  | 359  | 1841 |
| DORSALGIA   | 402  | 377  | 184  | 288  | 380  |
| GASTRITIS Y DUODENITIS                                  | 201  | 230  | 95   | 210  | 156  |
| EMBARAZO NORMAL   | 281  | 312  | 165  | 371  | 115  |

|   |   |   |   |   |     |
|---|---|---|---|---|-----|
| SÍNDROME DE COLON IRRITABLE                                 | 0 | 0 | 0 | 0 | 205 |
| COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS                    | 0 | 0 | 0 | 0 | 294 |
| TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEÍNAS Y LIPIDEMIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 306 |
| ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL CUELLO UTERINO                  | 0 | 0 | 0 | 0 | 55  |

Fuente: Diagnóstico de Salud IMSS UMF 161 enero/2017

En la Tabla No. 25 las Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores (IVRS) son, por mucho, la principal causa de morbilidad, con un promedio de cientos de casos anuales, aunque con una tendencia decreciente de 2012 (565 casos) a 2014 (341 casos), seguida de un repunte significativo en 2016 (750 casos). Las Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso también son relevantes, con cifras fluctuantes y un repunte en 2016 (412 casos).

La dorsalgia es una causa frecuente de consulta, manteniendo un rango de 164 a 380 casos, reflejando una carga de enfermedad musculoesquelética constante. Las luxaciones, esguinces y torceduras de articulación de tobillo y pie muestran un comportamiento irregular, con picos en 2013 y 2015. Llama la atención que, antes de 2016, varias condiciones comunes en hombres, como las dislipidemias, no tuvieran registro de primera vez.

**Tabla 25. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN POBLACIÓN MASCULINA**

| CAUSA BASICA DE MORBILIDAD                                     | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|------|------|------|------|------|
| INFECCIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES                 | 565  | 382  | 341  | 512  | 750  |
| GASTROENETRITIS DE PRESUNTAMENTE INFECCIOSA                    | 576  | 525  | 251  | 306  | 412  |
| DORSALGIA  | 380  | 365  | 164  | 223  | 180  |
| INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO                                | 0    | 0    | 0    | 0    | 101  |
| GASTRITIS Y DUODENITIS   | 0    | 0    | 0    | 0    | 140  |
| LUXACIÓN ESGUINCE Y TORCEDURA DE ARTICULACIÓN DE TOBILLO Y PIE | 127  | 147  | 42   | 159  | 56   |
| COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS                       | 0    | 0    | 0    | 0    | 380  |

|   |   |   |   |   |     |
|---|---|---|---|---|-----|
| TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y LIPIDEMIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 170 |
| SÍNDROME DE COLON IRRITABLE                                 | 0 | 0 | 0 | 0 | 59  |
| CONJUNTIVITIS   | 0 | 0 | 0 | 0 | 149 |

Fuente: Diagnóstico de Salud IMSS UMF 161 enero/2017

## 2.13 PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDAD PADECIMIENTOS SUBSECUENTES EN POBLACIÓN FEMENINA Y EN POBLACIÓN MASCULINA

En la Tabla No. 26, se visualiza claramente que los principales motivos de consulta en la población femenina corresponden a las enfermedades hipertensivas, las cuales ocupan la primera posición en relación con otras patologías abordadas en la consulta médica. Esta tendencia refleja la alta prevalencia de hipertensión en las mujeres, condición que requiere un control riguroso y una atención especializada para prevenir complicaciones cardiovasculares y mejorar su calidad de vida.

En segundo lugar, se encuentra la diabetes mellitus, una enfermedad crónica que ha manifestado un incremento en su incidencia y que puede derivar en múltiples complicaciones severas, afectando órganos vitales y limitando la autonomía de las pacientes. En tercer lugar, las enfermedades de vías respiratorias superiores representan una causa destacada, evidenciando que las infecciones respiratorias siguen siendo una problemática de salud relevante en las mujeres, quizás influenciadas por factores ambientales o sociales que favorecen su propagación

**Tabla 26. PADECIMIENTOS SUBSECUENTES EN POBLACIÓN FEMENINA**

| DIAGNOSTICO  | 2016      |
|--|-----------|
|  | No. CASOS |
| ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS                                   | 3250      |
| DIABETES MELLITUS  | 2665      |
| EMBARAZO NORMAL  | 1215      |
| ENFERMEDADES RESPIRATORIAS SUPERIORES                        | 1917      |
| OBESIDAD   | 530       |
| HIPOTOROIDISMO   | 679       |
| TRASTORNO DE ANSIEDAD  | 705       |
| ARTRITIS REUMATOIDE  | 657       |
| TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y LIPIDEMIAS | 535       |

|   |       |
|---|-------|
| DORSALGIA                                 | 280   |
| SUBTOTAL                                  | 12424 |
| SUBTOTAL DE TODOS LOS DEMAS PADECIMIENTOS | 3147  |
| TOTAL                                     | 15580 |

Fuente: Diagnóstico de Salud IMSS UMF 161 enero/2017

En la Tabla No. 27 podemos observar que el motivo principal de consulta en la población masculina corresponde a las enfermedades hipertensivas, ocupando la primera posición en la lista de patologías que generan mayor cantidad de consultas subsecuentes. Esta prevalencia refleja la alta incidencia de hipertensión arterial en los hombres, una condición que, si no se controla adecuadamente, puede derivar en complicaciones cardiovasculares severas, accidente cerebrovascular y daño en órganos blancos.

En segundo lugar, las consultas relativas a la diabetes mellitus ocupan el siguiente nivel en frecuencia, siendo también una patología de etiología multifactorial, relacionada con estilos de vida poco saludables, sedentarismo, obesidad y factores genéticos. La diabetes, si no se previene o gestiona correctamente, puede llevar a complicaciones como nefropatía, neuropatía, enfermedades cardiovasculares, afectando significativamente la calidad de vida del paciente.

Podemos observar que, tanto en hombres como en mujeres, las enfermedades crónico-degenerativas representan las principales causas de atención en los niveles primarios de salud. Esta realidad subraya la importancia de fortalecer las campañas de prevención y promoción de estilos de vida saludables, dirigidas a reducir la incidencia de estas patologías. La detección temprana, la educación en salud, la adopción de hábitos saludables y la identificación oportuna de factores de riesgo son esenciales para disminuir la carga de enfermedad, mejorar la calidad de vida y reducir la sobrecarga en los sistemas de atención médica.

**Tabla 27. PADECIMIENTOS SUBSECUENTES EN POBLACIÓN MASCULINA**

| <b>DIAGNOSTICO</b>                           | <b>2016</b> |
|--|-------------|
|  | No. CASOS   |
| DIABETES MELLITUS                            | 1415        |
| ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS                   | 1956        |
| TRASTORNOS DEL METABOLISMO                   | 349         |
| ENFERMEDADES RESPIRATORIAS SUPERIORES        | 225         |
| DORSALGIA                                    | 246         |
| HIPERPLASIA PROSTÁTICA                       | 162         |
| OBESIDAD                                     | 215         |
| EPILEPSIA                                    | 210         |
| TRASTORNOS DE ANSIEDAD                       | 195         |
| ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN             | 220         |
| SUBTOTAL                                     | 5193        |
| SUBTOTAL DE TODOS LOS DEMAS<br>PADECIMIENTOS | 7075        |
| TOTAL  | 12258       |

Fuente: elaboración propia. Diagnóstico de Salud IMSS UMF 161 enero/2017

## **CAPÍTULO 3.**

### **CAPÍTULO 3. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL**

#### **3.1 INTRODUCCIÓN**

Durante el año que dura el SS en una clínica de atención primaria, el médico pasante debe rotar por diferentes servicios y departamentos de la unidad médica. En el caso de la clínica 161, las rotaciones consistían en cuatro áreas principalmente:

- UMAA (Unidad Médica de Atención Ambulatoria)
- Urgencias
- DiabetIMSS

- Jefatura de Departamento clínico y Consultorio Médico

Sin embargo, el médico pasante, también debe cubrir otras áreas como:

- Medicina preventiva: Aplicación de vacunas, mastografías, toma de glucosa.
- Planificación Familiar: Colocación de DIU, donación de preservativos, pláticas sobre métodos anticonceptivos.
- Educación al paciente: se realizan pláticas sobre diferentes padecimientos, tratamientos, y prevención de enfermedades siempre con un vocabulario sencillo y fácil de entender para los pacientes.

En mi experiencia, durante el año del servicio social realicé diversas actividades, tanto fuera como dentro de la unidad médica. La principal labor que tuve fue el dar consulta médica a los pacientes, desde pacientes de menos de 3 semanas de vida, hasta personas de la tercera edad. Los principales motivos de consulta eran seguimiento de enfermedades crónico-degenerativas, incapacidades médicas, control del niño sano, y enfermedades infectocontagiosas. Había ocasiones en las cuales algún médico titular no asistía y me permitían estar en su consultorio, otras veces había saturación de pacientes y la consulta la daba en las banquetas de las salas de espera, dentro del departamento de jefatura médica, en los consultorios de la sala de urgencias o en las aulas de enseñanza.

### 3.2 FEBRERO 2016

#### **DIABETIMSS**

El servicio de DiabetIMSS fue mi primera rotación, bajo la supervisión del Dr. Hugo Tejeda, especialista en medicina familiar. Durante mis primeros dos meses de servicio social, tuve la oportunidad de involucrarme en la atención de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, predominando un grupo etario entre los 35 y 70 años,

aunque también atendí a varios adultos mayores de 80 años. La Diabetes Mellitus representa una de las patologías crónicas más prevalentes en la población mexicana, lo que requiere un enfoque integral y multidisciplinario para su manejo.

El Dr. Hugo, junto con nosotros los pasantes, gestionaba un consultorio dedicado exclusivamente a esta condición. La carga diaria promedio consistía en aproximadamente 20 a 25 pacientes. La atención inicial se centraba en realizar una revisión completa, comenzando con la toma de signos vitales:

- ✓ Frecuencia cardíaca
- ✓ Frecuencia respiratoria
- ✓ Saturación de oxígeno
- ✓ Presión arterial

A continuación, se procedía con la exploración física general. Era habitual que muchos pacientes presentaran cifras de presión arterial elevadas, debido a que erróneamente creían que solo debían tomar los fármacos hipoglucemiantes, ignorando la importancia de los antihipertensivos. En varias ocasiones, acompañé a pacientes a la sala de urgencias para el control de la presión arterial

### **Imagen 19. CONSULTORIO DIABETIMSS**



Fuente imagen propia Consultorio de diabetIMSS, a cargo del doctor Hugo Tejeda

La exploración física incluía una atención especial a la inspección del fondo de ojo, con el fin de detectar complicaciones retinianas. También se evaluaba el estado de hidratación del paciente, revisando las mucosas de la cavidad oral y la hidratación de la piel en extremidades superiores e inferiores. En la inspección de las extremidades inferiores, era crucial observar signos de edema y palpar los pulsos distales, así como comprobar el llenado capilar en los dedos de los pies, dado que esta región es frecuentemente afectada en personas con diabetes, especialmente por el riesgo de pie diabético y posibles infecciones por hongos en las uñas.

Posteriormente, el Dr. Tejeda me preguntaba sobre los hallazgos de la exploración física y discutíamos el tratamiento vigente del paciente, evaluando su adecuación y considerando modificaciones si era necesario. A partir de estas interacciones, el Dr. Tejeda asignaba temas de estudio y normaba la conducta terapéutica del paciente. Un aspecto fundamental que aprendí del doctor fue la importancia de motivar a los pacientes a adherirse adecuadamente al tratamiento médico y a realizar cambios hacia un estilo de vida más saludable.

Otro componente esencial de mi rotación en DiabetIMSS fue la educación al paciente. Como pasante, tenía la responsabilidad de impartir clases los miércoles, cada 15 días. Las sesiones se llevaban a cabo en un consultorio adyacente al nuestro o en un aula de enseñanza, contando con un proyector para la presentación de nuestras diapositivas, las cuales debían ser redactadas en un lenguaje comprensible para los pacientes. Durante el primer mes de rotación, solo tuve la oportunidad de impartir una sesión, ya que el Dr. Tejeda tardó en asignar los temas a cada médico pasante.

Imagen No. 20 La clase que presenté abordó el tema del envejecimiento activo, enfocado en la realidad de muchos pacientes adultos mayores, quienes, lamentablemente, no realizaban actividad física y mantenían escasa interacción social con familiares y amigos. Esto generaba casos significativos de depresión y sentimientos de abandono entre los ancianos. En mi charla, toqué temas de salud bucal y física, así como la importancia de la actividad física y la vida sexual durante esta etapa de la vida. Esta experiencia en el servicio de DiabetIMSS ha sido fundamental para mi formación profesional, permitiéndome no solo adquirir

conocimientos médicos, sino también comprender la relevancia de la educación y el apoyo emocional en el manejo de enfermedades crónicas.

## Imagen 20. PLATICA SOBRE ENVEJECIMIENTO IMPARTIDA PARA PACIENTES EN DIABETIMSS



3.3 MARZO 2016

### DIABETIMSS SEGUNDO MES

Imagen No. 21 Durante el segundo mes en DiabetIMSS, las actividades que realicé fueron en gran medida similares a las del mes anterior. Mi función consistió principalmente en auxiliar al médico encargado del servicio con la exploración física y la toma de signos vitales, así como en motivar a los pacientes y educar a través de pláticas y clases. Sin embargo, gracias a la experiencia acumulada en el primer mes de rotación, empecé a involucrarme más en el manejo de los expedientes médicos. Hubo ocasiones en las que, la consulta quedó completamente a mi cargo, también gestioné la agenda de citas y pacientes debido a la falta de personal de apoyo en el área de asistentes médicos.

## Imagen 21. SEGUNDO PISO DE LA UMF 161



Módulo de asistencia para DiabetIMSS

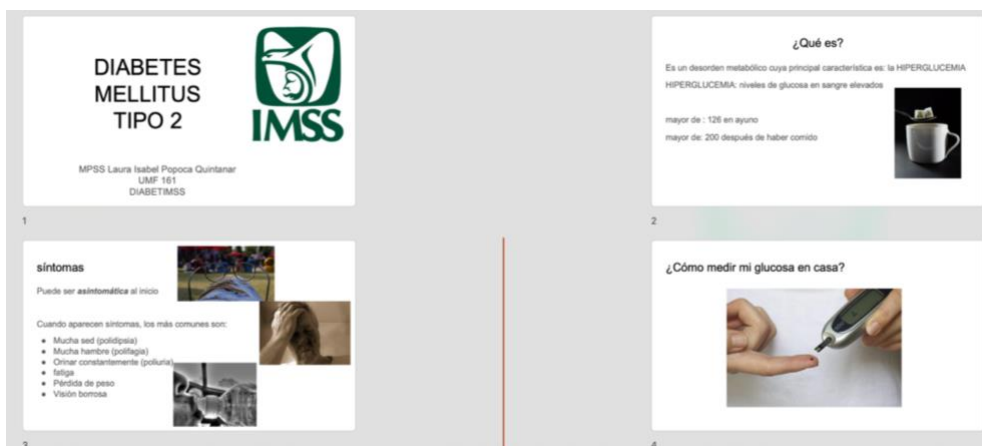
Como médico pasante, mi responsabilidad principal era asistir al médico encargado en la revisión clínica, lo que incluía la medición de parámetros como la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial, así como participar en la exploración física general. La inspección bucal y de la orofaringe constituyó un aspecto crucial del examen clínico, ya que no solo evaluaba el estado de hidratación del paciente, sino también permitía detectar la presencia de abscesos o caries. Era esencial comprobar que los pacientes tuvieran ambas arcadas dentales completas, dado que la ausencia de dientes puede alterar significativamente el proceso digestivo. Además, la inspección de la orofaringe y nasofaringe era fundamental para diagnosticar de manera oportuna cualquier infección, evitando así complicaciones, considerando que los pacientes con diabetes suelen ser inmunocomprometidos. La evaluación del abdomen y las extremidades inferiores me proporcionó una visión más completa del estado general del paciente,

permitiéndome identificar signos de infecciones, alteraciones circulatorias o lesiones en los pies que requerían atención urgente.

Uno de los aspectos importantes de la atención en DiabetIMSS fue la identificación de datos de alarma que pudieran requerir intervención en urgencias. Cuando detectaba algún signo de alarma, informaba de inmediato al médico tratante, quien realizaba una evaluación secundaria para determinar la acción más adecuada. Posteriormente, como médica pasante, acompañaba al paciente a urgencias y explicaba al familiar acompañante la conducta a seguir para ayudar a prevenir futuras complicaciones más graves.

Luego de la exploración física, se procedía al ajuste del tratamiento farmacológico, donde el médico explicaba detalladamente las razones de la elección de cada fármaco, promoviendo así una mejor comprensión del proceso terapéutico dentro de los pacientes. Este momento también se utilizaba para repasar conceptos médicos relacionados con la diabetes y sus complicaciones, enriqueciendo la atención y promoviendo la educación del paciente. Durante esta segunda rotación, tuve la responsabilidad de impartir una plática sobre Diabetes Mellitus Tipo 2, lo cual enriqueció mi aprendizaje y favoreció el intercambio de conocimientos con los pacientes. Imagen No. 22

## Imagen 22. PLATICA IMPARTIDA PARA PACIENTES EN DIABETIMSS



3.4 ABRIL 2016

## ROTACIÓN EN LA UMAA

Durante mi primer mes en la rotación en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) de la UMF 161, tuve la oportunidad de familiarizarme con el funcionamiento de un entorno de cirugía ambulatoria Imagen No. 23, donde las intervenciones son programadas y de menor riesgo. En esta unidad se realizaban procedimientos en diversas especialidades, incluyendo cirugía general, ortopedia y traumatología, urología, otorrinolaringología, así como maternidad y paternidad satisfecha.

### Imagen 23. QUIROFANO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA



Fuente Imagen propia. La Dra. Leticia otorrinolaringóloga realizando una rinoseptoplastía

La dinámica diaria comenzaba puntualmente a las 8 de la mañana, con un promedio de tres a cuatro cirugías programadas cada día. Al llegar, mi primera tarea consistía en ir a la Central de Esterilización y Equipamiento (CEYE) para recoger botas, gorros quirúrgicos y cubrebocas. Una vez vestida adecuadamente, me dirigía al área gris, donde un calendario siempre actualizado listaba las cirugías programadas.

El ingreso de los médicos de base marcaba el inicio de la jornada, momento en el que solicitaban ayuda para los procedimientos y elegían a los médicos pasantes que colaboraríamos en esas tareas. Normalmente, el Dr. Vizcarra, cirujano general, era quien más solicitaba asistencia, mientras que la Dra. Leticia Cruz, otorrinolaringóloga, requería menos apoyo, aunque nos brindaba la oportunidad de observar sus intervenciones y nos explicaba técnicas y aspectos anatómicos relevantes.

Uno de los aspectos más destacados durante mi rotación fue mi participación como primer ayudante en varias cirugías. Tuve la responsabilidad de realizar tareas fundamentales de asepsia y antisepsia en los pacientes antes de su ingreso al quirófano, asegurando un ambiente estéril y seguro para los procedimientos. Asimismo, colaboré en la elaboración y actualización de los expedientes clínicos, ayudando a completar la anamnesis, registrando información esencial y emitiendo recetas médicas para las altas de los pacientes. Este proceso también incluía la explicación detallada de las indicaciones postoperatorias a los pacientes y sus familiares, fortaleciendo así mis habilidades en la comunicación médico-paciente, un componente crucial en nuestra práctica profesional durante el servicio social.

Uno de los momentos que más disfruté fue la participación en los procedimientos de exéresis de lipomas y quistes sebáceos, que generalmente se llevaban a cabo los martes por el médico de cirugía general. Gracias a la confianza depositada en mí y a la formación recibida en mi institución educativa, tuve la oportunidad de realizar estos procedimientos, especialmente en lo que respecta a la sutura de heridas. Esta experiencia no solo reforzó mi confianza, sino que también fortaleció mis habilidades clínicas y quirúrgicas. La práctica cotidiana y la responsabilidad asumida en estos procedimientos resaltaron la importancia de la formación continua en el desarrollo de competencias esenciales para el ejercicio quirúrgico.

En resumen, mi primer mes en la UMAA fue una experiencia enriquecedora que no solo me permitió adquirir habilidades técnicas, sino también comprender la relevancia del trabajo en equipo, la comunicación efectiva y la atención centrada en el paciente. Estos aspectos son fundamentales para el ejercicio profesional y

destacan la importancia de un enfoque integral en la atención quirúrgica ambulatoria.

3.5 MAYO 2016

## **SEGUNDA ROTACIÓN EN LA UMAA**

En mi segundo mes de rotación en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA), profundicé en la dinámica de las cirugías ambulatorias, ampliando mi experiencia en el cierre de heridas quirúrgicas por sutura, así como en otros procedimientos como las limpiezas quirúrgicas. Durante este período, me sentía más confiada en la elección de las cirugías en las cuales quería colaborar imagen No.24, y los médicos de base me hacían preguntas con mayor frecuencia sobre técnicas quirúrgicas y anatomía del abdomen, lo que reflejaba un reconocimiento a mi creciente conocimiento y habilidades, y el debatir con los médicos expertos en el tema me permitía reconocer en que temas debía de profundizar mi estudio.

La jornada iniciaba de manera puntual y la mayoría de los médicos tenía programadas entre tres y cuatro cirugías diarias, muchas de ellas organizadas con antelación; no obstante, había ocasiones en las que se cancelaban debido a la ausencia del paciente o porque este no había cumplido con las horas de ayuno requeridas o por falta de algún trámite administrativo. Participé en procedimientos de diversas especialidades, incluyendo cirugía general, ortopedia y urología.

Mi rol principal consistía en auxiliar al cirujano en las diferentes fases del procedimiento; sin embargo, durante este mes, también observé y aprendí sobre la importancia del trabajo en equipo y la coordinación con el personal de enfermería y anestesiología para garantizar que los procedimientos se llevaran a cabo de manera segura y eficaz.

En numerosas ocasiones, ayudé a la enfermera quirúrgica a preparar las mesas del quirófano, así como a los médicos, y ellas me enseñaron a vestirme a mí misma utilizando la técnica cerrada, lo que enriqueció mi aprendizaje sobre la logística del quirófano. Una de las experiencias más memorables fue la oportunidad que se me brindó, como resultado de mi desempeño durante este segundo mes, para asumir el rol de cirujana ayudante en la realización de exéresis de lipomas y quistes sebáceos.

Esta experiencia me permitió no solo aplicar mis conocimientos técnicos, sino también desarrollar una mayor confianza en mis habilidades y fomentar un sentido de responsabilidad dentro del entorno quirúrgico.

#### **IMAGEN 24. ROTACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL DE LA UMAA 161**



Fuente: imagen propia ÁREA GRIS DE LA UMAA DE LA UMF 161

### 3.6 JUNIO 2016

#### **ROTACIÓN EN LA JEFATURA DE DEPARTAMENTO CLÍNICO CON LA DOCTORA LIZETH ÁLVAREZ**

En la UMF 161, tuve el privilegio de trabajar bajo la supervisión de dos coordinadoras médicas durante la mañana, cada una encargada de la mitad de los consultorios de medicina familiar y ambas regulando el servicio de DiabetIMSS. Mi primera rotación tuvo lugar con la doctora Lizeth, quien me enseñó valiosas lecciones tanto sobre administración hospitalaria como sobre métodos de planificación familiar, ya que era la responsable de esta área dentro del programa PREVENIMSS. Sin lugar a duda, esta experiencia resultó ser altamente enriquecedora y propicia para mi aprendizaje profesional.

Durante el mes de rotación, tuve la oportunidad de conocer de cerca la dinámica administrativa que sostiene el funcionamiento de una clínica del IMSS, así como los desafíos y responsabilidades inherentes a la gestión eficiente de los recursos y del personal médico y auxiliar. Aprendí a manejar situaciones complejas, incluyendo la atención a pacientes con actitudes groseras y la resolución de problemas asociados a agendas saturadas. En los momentos en los que los consultorios se encontraban muy congestionados, seleccionábamos a pacientes sin complicaciones, quienes generalmente acudían por la renovación de sus recetas médicas, y los atendía en la jefatura.

En esta rotación impartí una clase sobre embarazo, para las mujeres en edad fértil, a continuación, adjunto las diapositivas. Imagen No. 25

## Imagen 25. PLÁTICA SOBRE EMBARAZO SALUDABLE PARA DERECHOHABIENTES MUJERES EN EDAD FÉRTIL



**El embarazo**

MPSS. LAURA ISABÉ POPOCA QUINTANA

- Proceso fisiológico normal en el que se producen modificaciones anatómicas y funcionales en el organismo materno



- Información sobre los cambios del embarazo y los cuidados que se deben tener en la alimentación e higiene, así como el tiempo que se tiene que dedicar a las actividades cotidianas, ejercicio y sueño.
- Disminuir el riesgo de presentar trastornos y sus complicaciones.

**El inicio del embarazo.**

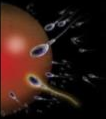
Para que se produzca la fecundación se necesita la unión entre un espermatozoide procedente del hombre y un óvulo de la mujer (se trata de una reproducción sexual).

Los espermatozoides son producidos en los testículos del hombre, recorren los conductos deferentes y la uretra, saliendo al exterior.

El óvulo es producido en un ovario, pasando luego a la trompa de Falopio, lugar donde se llevará a cabo la fecundación.

**El inicio del embarazo.**

En la unión sexual entre el hombre y la mujer, el hombre debe depositar millones de espermatozoides en la vagina de la mujer.



**El inicio del embarazo.**

No todos los espermatozoides consiguen sobrevivir. Sólo unos centenares, gracias al movimiento de su cola, recorren la vagina y llegan al útero. Después pasan a las trompas de Falopio, donde se aloja el óvulo producido en los ovarios.

En resumen, Imagen No.26 en la coordinación médica asumí diversas tareas administrativas, entre las cuales se incluyen la gestión y organización de citas para medicina familiar o laboratorios, especialmente en situaciones en las que las asistentes médicas no estaban disponibles, garantizando así que los pacientes recibieran atención oportuna. También colaboré en la asignación de lugares para pacientes que acudían de manera espontánea y, en días de alta saturación, participé en la consulta médica en la propia jefatura.

Esta rotación fue fundamental para desarrollar habilidades en gestión administrativa y en la atención centrada en el paciente, así como para comprender la importancia del trabajo en equipo y la coordinación en un entorno de alta demanda. Además, me permitió fortalecer mis capacidades de liderazgo y comunicación con los pacientes. Sin duda, esta experiencia complementó mi formación clínica con competencias de gestión y liderazgo, esenciales para desempeñar una labor médica integral.

## **Imagen 26. ROTACIÓN EN LA JEFATURA DE DEPARTAMENTO CLÍNICO**



Mis compañeros pasantes y la doctora Lizeth Álvarez

3.7 JULIO 2016

### **SEUNDA ROTACIÓN EN LA JEFATURA DE DEPARTAMENTO CLÍNICO CON LA DOCTORA ZAIRA JAZMÍN LUSTRES CALVO**

Durante mi segundo mes en la rotación en la jefatura del departamento clínico de la Unidad de Medicina Familiar 161, a pesar de estar en el mismo entorno, resultó ser una experiencia diferente y enriquecedora, ya que tuve la oportunidad de trabajar bajo la dirección de la Dra. Zaira Lustres Calvo. La Dra. Lustres asumía principalmente la responsabilidad de la recolección de datos para la elaboración del censo denominado "Diagnóstico de Salud" Imagen No. 27, un proceso fundamental para evaluar la situación epidemiológica y social que enfrentaba la comunidad atendida.

Su labor implicaba asegurar que los médicos atendieran un número similar de pacientes agendados y, en algunos casos específicos, expedir recetas médicas. Sin

embargo, la principal función que desempeñaba en esta jefatura era garantizar que los médicos completaran las hojas diarias del censo de pacientes y diagnósticos, así como transferir la información al día siguiente a documentos Excel específicos para la creación de Tablas y pirámides que formarían parte del diagnóstico de salud. Durante esta rotación, mi participación se centró en apoyar de manera activa en la recopilación y organización de la información clínica y social de los pacientes, colaborando en la revisión y validación de los datos que la Dra. Lustres solicitaba.

### IMGEN 27. DIAGNÓSTICO DE SALUD



carátula del diagnóstico de salud, parte de las actividades realizadas en la rotación por el departamento clínico.

La precisión y meticulosidad en esta tarea resultaron esenciales, ya que la información recopilada sería la base para la elaboración de un diagnóstico integral del estado de salud de la población, lo que permitiría la planificación de intervenciones y programas de salud más efectivos.

Trabajar en esta área me permitió comprender la importancia de la gestión de datos en salud pública, dado que la calidad y precisión en la recolección de información influyen directamente en las decisiones de política y administración sanitaria. Además, observé cómo la coordinación con las diferentes áreas de la clínica familiar

y con el personal administrativo era clave para obtener información completa y confiable que sería utilizada en la planificación de acciones futuras.

Finalmente, esta rotación me proporcionó una enseñanza importante: la gestión eficiente y la correcta recolección de datos en salud son fundamentales para comprender las necesidades reales de la comunidad y diseñar estrategias de intervención basadas en evidencia. Esto contribuye a mejorar la calidad del sistema de salud y, en consecuencia, la calidad de vida de sus derechohabientes.

### 3.8 AGOSTO 2016

#### **ROTACIÓN EN URGENCIAS**

Durante mi rotación en el departamento de urgencias de la UMF 161, realicé una variedad de labores que me permitieron adquirir experiencia práctica en un entorno de atención rápida y de alta demanda. Las actividades principales incluyeron:

- ✓ Toma de electrocardiogramas: De 8:00 a 10:00 horas, realicé entre 15 y 20 estudios diarios. Este proceso a veces requería tiempo adicional ya que muchos pacientes necesitaban asistencia para vestirse o colocarse en la camilla de urgencias. Generalmente, después de las 9:00 horas, el estudiante de medicina que se encontraba en el servicio ayudaba a acelerar el proceso; cuando había espacio, utilizábamos dos camillas para optimizar la realización de los estudios.
  
- ✓ Limpieza de oídos: Esta actividad no era muy frecuente, realizando de tres a cuatro procedimientos por semana, usualmente con la ayuda del estudiante de medicina que rotaba conmigo. Los pacientes que acudían a este servicio eran principalmente adultos mayores, quienes presentaban tapones de cerumen acumulados durante mucho tiempo y disminución en la audición, siendo canalizados por su médico familiar para realizar la limpieza ótica.

- ✓ Curaciones de heridas: Me ocupé principalmente de úlceras de pie diabético y úlceras por insuficiencia venosa, lo que implica un conocimiento específico sobre el cuidado de heridas en personas con condiciones crónicas.
- ✓ Retiro de puntos de sutura: Esta tarea fue parte de mis responsabilidades cotidianas, contribuyendo a la atención postoperatoria de los pacientes.
- ✓ Colocación de férulas: En casos de esguinces o fracturas, asistí en la colocación de férulas en miembros superiores e inferiores, lo que me permitió aprender sobre la inmovilización adecuada.
- ✓ Control térmico de pacientes pediátricos: Esta actividad era muy común, ya que los pacientes acudían a urgencias por infecciones de tracto respiratorio o gastrointestinal, presentando frecuentemente elevaciones de temperatura corporal. Era un procedimiento habitual que implicaba hacer que los niños se bañaran en agua tibia bajo la supervisión de un familiar, esperando que su temperatura se normalizara antes de ser dados de alta.
- ✓ Consulta médica en urgencias: Aunque no era habitual que la realizara sola, debido a que siempre contábamos con la asistencia de dos doctoras de base, la Dra. Sandra y la Dra. Guadalupe, participaba en la exploración física y era consultada para la elección del tratamiento.

La cobertura del turno en el área de urgencias era de 8:00 a 14:00 horas y, en la mayoría de las tareas, conté con el apoyo de estudiantes de medicina, quienes colaboraban en la preparación del equipo y en la interpretación preliminar de los resultados. Esta colaboración nos permitió estudiar y debatir casos clínicos en conjunto.

En términos de atención clínica, los motivos de consulta más frecuentes incluyeron accidentes laborales y de tránsito, así como infecciones respiratorias. También adquirí mayor destreza en la administración de vías intravenosas y la aplicación de inyecciones intramusculares, procedimientos esenciales en la atención de

emergencias. Asimismo, tuve la oportunidad de suturar heridas bajo supervisión, lo cual fortaleció mi destreza técnica en el manejo de tejidos.

En conclusión, esta rotación me permitió desarrollar habilidades prácticas y conocimientos clave que son fundamentales para una práctica médica efectiva en el campo de la urgencia, preparándome mejor para afrontar los desafíos de la atención rápida y de alta demanda en el sistema de salud.

### 3.9 SEPTIEMBRE 2016

## **SEGUNDA ROTACIÓN EN URGENCIAS**

Imagen No. 28 Durante mi segundo mes en el Departamento de Urgencias, la experiencia adquirida en el primer mes me permitió desarrollar una mayor confianza y autonomía en la atención clínica, así como profundizar en mis habilidades técnicas y en el trabajo en equipo con las enfermeras de urgencia y las médicas encargadas del servicio. La dinámica del área continuaba siendo intensa, con un incremento en los accidentes laborales debido a la época de lluvias.

En esta segunda rotación, asumí la responsabilidad total en la colocación de férulas y yesos en lesiones ortopédicas, un procedimiento que realizaba junto a los estudiantes de medicina en formación. Ya era capaz de colocarlos sin necesidad de supervisión directa del médico adscrito, por lo que decidí llevar a cabo un taller para los estudiantes de medicina. Esta experiencia me hizo sentir sumamente agradecida por los conocimientos adquiridos durante mi formación médica y me brindó una gran satisfacción poder transmitirlos a mis compañeros. Durante el taller, tuve la oportunidad de explicarles el correcto método de inmovilización, enfatizando la técnica adecuada para la colocación de las férulas y el cuidado posterior del paciente.

Asimismo, continué participando en los lavados de oídos en pacientes con exceso de cerumen. En estos procedimientos, explicaba a los pacientes la técnica de

limpieza correcta y el cuidado necesario para evitar infecciones. Esta comunicación efectiva reforzó la importancia del acompañamiento y la educación del paciente en procedimientos de baja complejidad, pero de gran impacto en su bienestar.

Por otra parte, seguí realizando la toma de electrocardiogramas todos los días de 8:00 a 10:00 horas. La interpretación preliminar de los resultados me permitió fortalecer mis habilidades en el análisis de datos de los trazos electrocardiográficos, lo cual es fundamental en la atención a pacientes con riesgo cardiovascular o que presentaban síntomas como dolor torácico o palpitaciones. En conclusión, este mes en el Departamento de Urgencias me brindó la oportunidad de afianzar mis competencias clínicas y técnicas, así como de entender la importancia del trabajo colaborativo en un entorno de alta demanda. Estas experiencias han sido esenciales en mi desarrollo profesional y han enriquecido mi formación en medicina de urgencia.

### **Imagen 28. ROTACIÓN EN URGENCIAS DE LA UMF 161**



Fuente imagen propia. Personal de enfermería de urgencias, médica encargada del servicio, mi compañero de servicio y yo.

3.10 OCTUBRE 2016

### **TERCERA ROTACIÓN EN LA UMAA**

En octubre, realicé por tercera ocasión mi rotación en el área quirúrgica de la UMF 161. La experiencia adquirida en los meses anteriores me permitió desenvolverme con mayor confianza y autonomía, ya que prácticamente dominaba la logística de la unidad. Esto me permitió participar no solo en el área quirúrgica, sino también en la consulta externa de las mismas especialidades.

Gracias al conocimiento y las habilidades que fui fortaleciendo progresivamente, pude involucrarme en procedimientos de mayor complejidad Imagen No. 29 y responsabilidad, especialmente en cirugías de lipomas, hernias inguinales y hernias umbilicales. En estos casos, me confiaran la tarea de cerrar la última capa de piel, una actividad que requería precisión y delicadeza. Lograr una sutura estéticamente satisfactoria y funcional representó un avance significativo en mi desarrollo técnico y en la confianza en mis habilidades quirúrgicas.

#### **Imagen 29. ROTACIÓN EN LA UMAA DE LA UMF 161**



Fuente imagen propia Cirugía de Ortopedia, reparación de tendón de Aquiles

Asimismo, en este mes, experimenté una mayor independencia en la gestión de los expedientes clínicos. Como parte de mi crecimiento profesional, fui capaz de completar toda la documentación de los pacientes, incluyendo historias clínicas, notas preoperatorias y registros de seguimiento, los cuales eran revisados y firmados posteriormente por el médico adscrito a la unidad.

Por otro lado, amplí mi experiencia en la consulta externa de cirugía, donde tuve la responsabilidad de realizar la extracción de puntos de sutura en pacientes que habían sido intervenidos previamente en el servicio. Esto me permitió fortalecer mis habilidades en el cierre de heridas y retiro de suturas, además de entender el proceso de recuperación del paciente y la importancia del seguimiento ambulatorio. También tuve la oportunidad de colaborar en la consulta externa de ortopedia, participando en la atención de pacientes con afecciones musculoesqueléticas. Esta experiencia reforzó mis conocimientos en la valoración física, el diagnóstico y el manejo de lesiones ortopédicas. En resumen, durante este último mes noté un avance sustancial en mis habilidades técnicas, en la gestión clínica y en la responsabilidad asumida durante la atención quirúrgica y ambulatoria. Imagen No.27

### **Imagen 27. ROTACIÓN EN LA UMAA**



Fuente: imagen propia, El Dr. Vizcarra cirujano general y mi compañero.

### **3.11 NOVIEMBRE 2016**

#### **TERCERA ROTACIÓN EN DIABETIMSS**

Durante este tercer mes en el servicio de DiabetIMSS Imagen No.31, experimenté un entorno caracterizado por la alta demanda de pacientes. Este servicio contaba con un único consultorio para su atención, lo que significaba que siempre había un médico pasante acompañando al Dr. Hugo, apoyándolo tanto en la exploración física de los pacientes como en su educación. Gracias a la confianza adquirida en mis rotaciones anteriores, tuve la oportunidad de realizar consultas de manera independiente en un consultorio adjunto al de DiabetIMSS, donde normalmente se impartían las pláticas educativas a los pacientes.

Un aspecto primordial de las consultas en DiabetIMSS era la necesidad de solicitar análisis de laboratorio al menos una vez al mes. Esto era esencial para asegurar un control glucémico adecuado en los pacientes que recibían tratamiento. Además, era vital revisar las extremidades inferiores de los pacientes durante cada consulta, dado que muchos de ellos presentaban onicomiasis de larga evolución, que resultaba ser muy resistente al tratamiento. En ocasiones, también pude detectar lesiones que presentaban riesgo de infectarse, así como piel con tendencia a erosionarse, un problema común atribuido a la falta de hidratación y a la mala circulación en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Estos problemas a menudo eran consecuencia de la larga evolución de su enfermedad o de un control inadecuado de la misma.

### Imagen 31. ROTACIÓN EN DIABETIMSS



Fuente imagen propia

Asimismo, el servicio de DiabetIMSS participó activamente en la ofrenda por el Día de Muertos Imagen No. 32, que fue colocada en la explanada principal de la clínica. Esta actividad no solo propició un sentido de comunidad entre el personal y los pacientes, sino que también resaltó la importancia de las tradiciones culturales en el proceso de cuidado y atención al paciente. Participar en la ofrenda fue significativo, ya que me permitió conectar con los pacientes y sus familias de una manera más humana, recordando la relevancia de la tradición y el respeto por quienes han partido.

**Imagen 32. EXPLANADA PRINCIPAL DE LA UMF 161 EN ÉPOCA DE DÍA DE MUERTOS**



Fuente: imagen propia

En resumen, este mes en DiabetIMSS no solo fortaleció mis habilidades clínicas y educativas, sino que también me permitió comprender la complejidad de la atención a pacientes con diabetes, así como la necesidad de integrarse en su contexto social y emocional. Esta experiencia ha sido fundamental para mi desarrollo profesional, reforzando mi compromiso con la atención de calidad y el bienestar integral de mis pacientes.

### **3.12 DICIEMBRE 2016**

#### **TERCERA ROTACIÓN EN JEFATURA DE DEPARTAMENTO CLÍNICO CON LA DOCTORA ZAIRA**

Mi penúltima rotación tuvo lugar en la jefatura del departamento clínico, un lugar que se convirtió en mi favorito durante la formación. Disfruté enormemente la posibilidad de autorizar hojas de referencia y contrarreferencia clínica, así como la oportunidad de dar consultas cuando el servicio de medicina familiar se encontraba muy saturado. En esos momentos, observaba las agendas de los consultorios y me acercaba a los médicos para preguntarles con cuáles pacientes podía ayudarles, lo que me permitió involucrarme activamente en el proceso de atención al paciente.

Durante este mes con la Dra. Zaira, aunque la carga de trabajo fue significativa, ya que se requería la captura de numerosos datos estadísticos en la computadora, ella mostró una gran paciencia y apoyo. La Dra. Zaira era una mentora excepcional, siempre discutíamos sobre diversas situaciones clínicas tanto de pacientes como de trámites administrativos propios de una clínica de medicina familiar. Su confianza en mis habilidades, dado que era mi tercera rotación, me motivó aún más a aprovechar al máximo esta experiencia.

Hubo ocasiones en las que la Dra. Zaira asistía a reuniones con el cuerpo directivo y me dejaba a mí, junto con mi compañero Omar, a cargo del servicio. Durante estos momentos, tuvimos la responsabilidad de firmar recetas y organizar las agendas de los consultorios de medicina familiar. Esta experiencia de liderazgo, aunque breve, fue fundamental para mi desarrollo profesional, ya que me permitió experimentar las responsabilidades administrativas que conlleva la atención médica, así como la importancia de una buena organización en la atención al paciente.

La rotación en la jefatura del departamento clínico no solo mejoró mis habilidades técnicas y administrativas, sino que también fortaleció mi capacidad para trabajar en equipo y resolver problemas en un entorno dinámico. La interacción con la Dra.

Zaira y el resto del equipo me enseñó la importancia de mantener una comunicación abierta y efectiva, fundamental para la gestión de un servicio clínico.

En resumen, esta rotación fue enriquecedora en muchos aspectos, y sentí que cada tarea realizada contribuyó significativamente a mi crecimiento como futuro médico. La oportunidad de autorizar tratamientos, gestionar referencias y participar en la consulta directa no solo amplió mi conocimiento, sino que también solidificó mi compromiso con la atención integral y de calidad para los pacientes. Estoy verdaderamente agradecida por esta experiencia y por las enseñanzas que me llevo de la jefatura del departamento clínico.

### 3.13 ENERO 2017

#### **ULTIMA ROTACIÓN EN DIABETIMSS Y JEFATURA DE DEPARTAMENTO CLÍNICO**

En el último mes de mi servicio social, roté siempre en compañía de mi amigo Omar. Este fue un periodo muy tranquilo en el que tuvimos la oportunidad de rotar principalmente en DiabetIMSS y en la jefatura del departamento clínico. A pesar de que nuestra rotación principal se centró en estos servicios, también se nos brindó la libertad de ayudar en los quirófanos de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) o en urgencias, si deseábamos volver a pasar por alguno de esos servicios. Nos sentimos muy apapachados como pasantes, y personalmente, disfruté enormemente el poder rotar libremente. La amabilidad y el apoyo constantes de médicos, asistentes, enfermeros y todo el personal de la clínica fueron notables. Aprendí mucho de todos ellos, y sin duda, los recordaré con cariño.

Durante este último mes, también tuvimos la oportunidad de compartir algunas sesiones clínicas con la directora, Verónica Orozco, y la subdirectora. Este encuentro fue significativo, ya que nos permitió ofrecer retroalimentación sobre

nuestra experiencia como médicos pasantes de la UMF 161. Durante las conversaciones, compartimos nuestras impresiones sobre lo que habíamos aprendido, las experiencias vividas y cómo cada interacción contribuyó a nuestro crecimiento profesional y personal. La atención y escucha activa por parte de la dirección reflejaron el compromiso de la institución con el desarrollo de sus pasantes, lo que nos hizo sentir valorados como parte del equipo de salud.

Este periodo de reflexión me llevó a apreciar aún más la importancia de la formación y el aprendizaje en un entorno clínico real, así como a reconocer el impacto que cada miembro del equipo de salud tiene en la vida de los pacientes. La diversidad de experiencias acumuladas a lo largo de mi servicio social, desde la atención directa a los pacientes hasta la retroalimentación institucional, ha sido fundamental en la construcción de mi identidad profesional.

En conclusión, este último mes en la UMF 161 fue una experiencia memorable que reafirmó mi pasión por la medicina y mi compromiso con la atención integral al paciente. Las relaciones construidas con mis compañeros, así como con el personal médico y administrativo, han sido invaluable y servirán como un pilar en mi futura carrera. Estoy eternamente agradecida por la oportunidad de haber formado parte de esta maravillosa comunidad de salud y por todas las lecciones aprendidas a lo largo de mi servicio social.

**IMAGEN 33. DIRECCIÓN DE LA UMF 161**



Plática con la directora de la clínica sobre el servicio social

## **CAPÍTULO 4.**

### **CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES**

#### **4.1 RESPECTO A SU FORMACIÓN COMO PERSONA**

En este punto, lo primero que deseo manifestar es que, la realización del Servicio Social en instituciones médicas es una experiencia por demás enriquecedora, la cual nutre al futuro profesionista de vivencias y experiencias que en ningún otro lado puede adquirir. El comenzar a involucrarse en el trato que se debe otorgar a los pacientes, el interrelacionar cotidianamente con la planta de Doctores, Enfermeros y demás personal médico, así como con el personal administrativo, demanda la puesta en práctica de habilidades sociales y de comunicación para entablar relaciones sanas y cordiales que favorezcan la marcha de las responsabilidades asignadas.

Ingresar a una institución de gran prestigio como el IMSS, es una invaluable oportunidad que me llevó a valorar la trascendencia del trabajo en equipo, pues en la atención que se brinda día con día a cientos de pacientes, es indispensable la conjunción de los esfuerzos del más diverso personal, siendo el trabajo de cada uno de ellos determinante en la satisfacción del servicio que los pacientes reciben.

Es pertinente mencionar que, en la realización del servicio social, tuve experiencias que, si bien merecieron una llamada de atención, ello contribuyó a formar mi carácter y disciplina como persona. También, en ocasiones fui objeto de una retroalimentación positiva por parte de los jefes, compañeros y pacientes, lo cual me sirvió para continuar empeñándome en la prestación de mis servicios.

Al estar participando en la realización del Servicio social en la UMF 161, puedo constatar que el crecimiento y desarrollo personal es cotidiano, pues, aunque parezca que las actividades se repiten día con día, estas presentan una variedad

de situaciones que es necesario resolver al momento. En este sentido, debo reconocer la trascendencia que implica la atención al cliente y que, aun cuando el IMSS tiene estipulado los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, cada uno de ellos implica una situación particular y de esa manera se le debe atender.

Para lograr lo anterior, no dejo de omitir la necesidad de que todo practicante debe poner en marcha sus habilidades de liderazgo, comunicación, trabajo en equipo por mencionar solo algunos aspectos, además de comportarse en todo momento con apego a los parámetros de la ética médica.

También pienso que es relevante destacar que, la realización del servicio social implica poner en práctica en un ambiente real, lo aprendido en las aulas universitarias de mi querida universidad, la UAM Xochimilco, ante lo cual pude comprobar que, si bien los conocimientos son la base para actuar en el medio, es la práctica de la profesión lo que lleva al dominio y al conocimiento más preciso acerca de tratamientos, recetas, enfermedades y todo lo que abarca la medicina.

El estar en contacto con pacientes de muy diversos niveles socioeconómicos, edades, intereses, maneras de pensar, etc., me llevaron a convertirme en alguien más paciente, que primero ve la necesidad de comprender el entorno, rasgos y expectativas de él “de enfrente” y, posteriormente, proceder a actuar. Sin temor a equivocarme, deseo manifestar que no soy la misma persona, quien comenzó el servicio social del momento en que lo concluí. Egresé de esta etapa de desarrollo en la UMF 161 siendo alguien más humana, más sensible, más paciente y, sobre todo, más agradecida para con las personas a quien tuve el gusto de atender y también para con las autoridades, compañeros y personal de la UMF 161.

## 4.2 DE LA FORMACIÓN COMO PERSONAL DE SALUD

Repensar sobre el impacto que tuvo en mi vida profesional el ejercer el servicio social en la UMF 161, me lleva en primer término a reconocer la dirección que viví bajo las órdenes de doctores y colegas que tienen ya años de esfuerzo y trabajo en dicho lugar. Como médica pasante llegué a este lugar con ganas de aprender y poner en práctica lo estudiado, pero lo primero a lo que hay que enfrentarse en que tal etapa de estudio no culmina, pues en el ejercicio del mismo Servicio Social, es determinante continuar repasando y estudiando los más diversos temas médicos.

Es gratificante constatar la manera en que los médicos a los que reporté dominan y conocen los últimos acontecimientos acerca de la medicina en sus más diversas especialidades y, para ello, comparten sus experiencias en cursos, congresos, foros y estudios especializados en los que han participado, siendo ello, una invitación para tomar ese camino. También, parte relevante es continuar preparándose en el dominio de los idiomas, pues una inmensa cantidad de publicaciones de la medicina son dadas a conocer en lenguas ajenas a la nuestra.

La vivencia cotidiana del servicio social me llevó a identificar la importancia que tiene en el ámbito médico el poner en práctica la capacidad de emprendimiento, siendo común constatar que la gran mayoría de colegas, laboran no solo para la UMF 161, sino que también lo hacen de manera particular ya sea en consultorios, clínicas y hospitales en el sector de la iniciativa privada.

Durante esta experiencia que concluí, he comprendido que el servicio social impulsa un crecimiento profesional significativo. Este avance radica en el compromiso con uno mismo y con el paciente para brindar una atención de calidad, lo cual constituye la esencia del éxito en la medicina. Los pacientes no acuden a las consultas por razones triviales como saludar al médico o participar en actividades recreativas. Su intención es ser atendidos por un profesional con experiencia, capaz de ofrecer información pertinente, escucha atenta y alivio a sus preocupaciones y dolencias

### 4.3 DE LA APORTACIÓN A LA COMUNIDAD

Estoy convencida que la principal característica de todo profesional es servir al prójimo, y para ello es determinante hacerlo con ética, entusiasmo, honestidad y humildad. Estos aspectos sin ser limitativos, solamente enunciativos, son un pilar al momento de atender a la población derechohabiente, que está ávida de recibir un servicio de calidad.

Es probable que las aportaciones realizadas a la comunidad de quien presenta este trabajo, no se vean reflejadas en grandes acciones, o planes y/o programas, pero sí se considera que, mediante el servicio otorgado a cientos de pacientes, se logró contribuir a la generación de una comunidad más sana, ya sea en el sentido médico y también en lo social. Creo que el estar invitando permanentemente a los pacientes a cuidar su salud mediante múltiples recomendaciones, es una acción que contribuye a generar una mejor sinergia en la salud de esa población.

Es en este espacio de tiempo de la carrera de medicina, donde el médico pasante tiene la oportunidad de retribuir, en cierta medida, todo lo que la sociedad le ha proporcionado para que pueda desenvolverse profesionalmente como médico. Este es el momento en que las habilidades, conocimientos y principios éticos adquiridos en su formación se ponen a prueba y se consolidan. En mi experiencia, en esta etapa es donde uno realmente extrae lo mejor de sus conocimientos permitiendo al profesional tomar decisiones fundamentadas y seguras.

Es precisamente en la consulta diaria donde el médico con su conocimiento actualizado puede abordar las problemáticas que se presentan, que no son meramente técnicas, sino que representan cuestiones vitales para la vida de sus pacientes. Este proceso no solo requiere un conocimiento profundo, sino también sensibilidad, empatía y la capacidad de analizar cada caso de manera integral para ofrecer la solución más adecuada.

Para un médico general egresado de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, esta etapa implica decidir, con base en sus conocimientos, la mejor estrategia terapéutica para cada paciente, teniendo en cuenta su contexto, las limitaciones del primer, segundo y tercer nivel de atención, y las necesidades específicas de cada caso. Además, la formación recibida le permite realizar una referencia oportuna y adecuada a otros niveles de atención o a especialistas, trabajando de manera interdisciplinaria y coordinada con otros profesionales de la salud. Esta colaboración busca ofrecer el mejor tratamiento posible, atendiendo de manera eficiente y efectiva cada consulta, que puede durar apenas 15 minutos.

En definitiva, es en este espacio donde el médico aporta un granito de arena a la comunidad, contribuyendo a mejorar, recuperar o rehabilitar la salud de sus pacientes. Esto no solo facilita que las personas puedan retomar sus actividades laborales, educativas, recreativas y sociales, sino que también favorece el bienestar colectivo. De esta forma, el médico cumple una función fundamental en la construcción de una sociedad más saludable, que a su vez impulsa el progreso y el desarrollo del país.

#### 4.4 RESPECTO A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

En este sentido, ha sido muy gratificante el haber escuchado de parte de las más diversas personas que laboran en la UMF 161, que todo egresado de la UAM Xochimilco que ha llevado a cabo su servicio social en esta clínica, se ha desempeñado con altos estándares de cumplimiento y conocimiento. Ello me invitó en su momento a redoblar mi compromiso para con el IMSS, para con los pacientes, para con las autoridades de la Clínica y para conmigo.

El saberme egresada de la UAM-Xochimilco me llena de orgullo, pero sobre todo de la seguridad suficiente para enfrentar las adversidades y los retos que tiene todo profesional de la medicina al momento de laborar. No se trata de comparar si mi alma mater es mejor o peor que otras, sino de sentir que el esfuerzo realizado en sus aulas, mediante la invaluable guía de todos los docentes ha dado resultado.

No hay duda de que nuestro lema que reza “Casa Abierta al Tiempo” se ve reflejado en nuestro compromiso diario con miras a brindar a la sociedad mejores herramientas para conseguir más desarrollo humano y vivir bajo mejores esquemas de bienestar social. Precisamente, como egresada de la UAM-Xochimilco me siento “abierta” a los cambios del entorno, a las demandas sociales, a los nuevos descubrimientos médicos y de las restantes disciplinas y a la necesidad de convertirme y ser permanentemente un agente de cambio que impulse acciones positivas y benéficas para la sociedad que me rodea.

Ser egresada de la UAM-Xochimilco me identifica con mi país, con mi entorno y con mis colegas, sintiendo siempre una alta satisfacción por pertenecer a la Licenciatura en Medicina de esta universidad. El haber llevado a cabo mis estudios profesionales en esta institución me enaltece y me ha llevado a recomendarla como una opción inmejorable para quien desea experimentar y conocer el mundo de la medicina a nivel universitario.

A lo largo de estos 15 trimestres de formación académica y con el acompañamiento de docentes dedicados, se me han inculcado y reforzado los principios éticos, técnicos y humanísticos que deben guiar la práctica médica. Y es ahora en el servicio social donde estos conceptos se materializan y adquieren una dimensión real; aquí, es donde realmente se pule, se refuerza y se perfecciona lo aprendido durante el periodo de formación académica, con empatía, ética y compromiso social que la formación académica busca fortalecer. Con estas palabras, quiero dar por concluido este capítulo de mi formación médica consciente de que esta experiencia ha sido un paso decisivo en mi camino hacia convertirme en una profesional comprometida con la salud y el bienestar de mi comunidad. Gracias a los docentes que acompañaron mi camino, a mis compañeros y a mi querida Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.