



**Casa abierta al tiempo**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD**

**LICENCIATURA EN MEDICINA**

**“DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD T-III QUETZALCÓATL  
EN EL AGEB 420-2 Y BITÁCORA DE ACTIVIDADES”**

**AGOSTO 2024 – JULIO 2025**

**MPSS ROBERTO GARCÍA LÓPEZ**

**MATRÍCULA 2192034970**

**ASESOR INTERNO:**

**DRA. OFELIA GÓMEZ LANDEROS**

**No. ECONÓMICO 22310**

# Índice

<b>Capítulo 1. Descripción de la comunidad dónde se realizó el servicio social .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Objetivos.....</b>	<b>1</b>
<b>1.3 Generalidades Territoriales .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3.1 México .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3.1.1 Población.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3.1.2 Esperanza de vida.....</b>	<b>4</b>
<b>1.3.1.3 Natalidad y mortalidad.....</b>	<b>4</b>
<b>1.3.1.4 Educación.....</b>	<b>4</b>
<b>1.3.1.5 Vivienda .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3.1.6 Clima .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3.1.7 Relieve .....</b>	<b>6</b>
<b>1.3.2 Ciudad de México .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3.2.1 Población.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3.2.2 Esperanza de vida.....</b>	<b>9</b>
<b>1.3.2.3 Natalidad y mortalidad.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3.2.4 Educación.....</b>	<b>11</b>
<b>1.3.2.5 Vivienda .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3.2.6 Clima .....</b>	<b>12</b>
<b>1.3.2.7 Relieve .....</b>	<b>12</b>
<b>1.3.3 Alcaldía Iztapalapa.....</b>	<b>13</b>
<b>1.3.3.1 Población.....</b>	<b>13</b>
<b>1.3.3.2 Toponimia .....</b>	<b>14</b>
<b>1.3.3.3 Historia .....</b>	<b>16</b>
<b>1.3.3.4 Localización y extensión.....</b>	<b>17</b>
<b>1.3.3.5 Orografía e Hidrografía.....</b>	<b>18</b>
<b>1.3.3.6 Clima .....</b>	<b>18</b>
<b>1.3.3.7 Servicios de salud y derechohabiencia .....</b>	<b>19</b>
<b>1.3.3.8 Educación.....</b>	<b>19</b>
<b>1.3.3.9 Vivienda .....</b>	<b>19</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>19</b>
<b>Capítulo 2. Descripción del Centro de Salud .....</b>	<b>24</b>

<b>2.1 Justificación</b> .....	24
<b>2.2 Misión</b> .....	24
<b>2.3 Visión</b> .....	25
<b>2.4 Objetivo General</b> .....	25
<b>2.5 Generalidades</b> .....	25
<b>2.6 Organigrama</b> .....	26
<b>2.7 Características del Centro de Salud</b> .....	26
<b>2.8 Características generales de la población del Centro de Salud</b> .....	27
<b>2.9 Motivos de Consulta</b> .....	29
<b>2.10 Morbilidad del Centro de Salud</b> .....	32
<b>2.11 Discapacidad</b> .....	33
<b>2.12 Detecciones</b> .....	33
<b>2.13 Mortalidad</b> .....	34
<b>2.13.1 Autopsias verbales realizadas por el Centro de Salud Quetzalcóatl (mortalidad materna)</b> .....	35
<b>Capítulo 3. Diagnostico Situacional de 218 cédulas, con población de 771 individuos pertenecientes al AGEB 420-2</b> .....	38
<b>3.1 Introducción</b> .....	38
<b>3.2 Objetivos</b> .....	39
<b>3.2.1 Objetivo general</b> .....	39
<b>3.2.2 Objetivos específicos</b> .....	39
<b>3.3 Metodología utilizada</b> .....	40
<b>3.3.1 Tipo de estudio</b> .....	40
<b>3.3.2 Recolección de datos</b> .....	40
<b>3.4 Límites de tiempo y espacio</b> .....	40
<b>3.5 Recursos utilizados</b> .....	40
<b>3.5.1 Recursos humanos</b> .....	40
<b>3.5.2 Recursos materiales</b> .....	41
<b>3.6 Información sociodemográfica del área de estudio</b> .....	41
<b>3.6.1 Ubicación y mapa del área de estudio</b> .....	41
<b>3.7 Resultados</b> .....	42
<b>3.7.1 Datos demográficos y acceso a la salud</b> .....	42
<b>3.7.1.1 Población</b> .....	42
<b>3.7.1.2 Escolaridad de la población</b> .....	43

3.7.1.3 Estado civil .....	44
3.7.1.4 Ocupación de la población del AGEB 420-2 .....	45
3.7.1.5 Acceso a los servicios de salud .....	46
3.7.2 Vacunación .....	47
3.7.2.1 Grupo de 0 a 9 años .....	49
3.7.2.2 Grupo de 10 a 19 años .....	50
3.7.2.3 Grupo de mujeres de 20 a 59 años .....	51
3.7.2.4 Grupo de hombres de 20 a 59 años .....	52
3.7.2.5 Grupo de 60 años y más .....	53
3.7.3 Salud Bucal .....	54
3.7.3.1 Higiene bucal .....	54
3.7.3.2 Número de veces que realiza higiene bucal .....	55
3.7.3.3 Última consulta dental .....	56
3.7.4 Características de la vivienda .....	57
3.7.4.1 Personas que habitan la vivienda .....	57
3.7.4.2 Habitaciones que usan para dormir .....	58
3.7.4.3 Ventanas por habitación .....	59
3.7.4.4 Tenencia de la vivienda .....	60
3.7.4.5 Materiales de construcción .....	61
3.7.4.6 Disposición de agua en la comunidad .....	62
3.7.4.7 Disposición de agua en la vivienda .....	63
3.7.4.7.1 Almacenamiento .....	63
3.7.4.7.2 Tratamiento .....	64
3.7.4.8 Combustibles utilizados en la vivienda .....	65
3.7.4.9 Métodos usados para eliminación de basura .....	66
3.7.4.9.1 Frecuencia de eliminación de basura .....	67
3.7.4.9.2 Mecanismo de eliminación de excretas .....	68
3.7.4.10 Convivencia con animales en el hogar .....	69
3.7.4.11 Tipo de fauna nociva en la vivienda .....	70
3.7.4.12 Alimentación familiar .....	71
3.7.4.12.1 Frecuencia de alimentos consumidos a la semana .....	71
3.7.4.12.2 Frecuencia de alimentos consumidos ultra procesados .....	72
3.7.4.12.3 Métodos utilizados para la conservación de alimentos .....	74

3.7.4.13 Entorno de la vivienda .....	75
3.7.4.13.1 Control de la rabia.....	75
3.7.4.13.2 Riesgos ambientales en la comunidad.....	76
3.7.4.13.3 Acceso a servicios públicos .....	76
3.7.4.13.4 Riesgos socio-comunitarios .....	78
3.7.4.14 Dinámica familiar.....	78
3.7.4.14.1 Tipo de familia.....	78
3.7.4.14.2 Religión profesada por la familia .....	79
3.7.4.14.3 Violencia familiar.....	80
3.7.4.14.4 Ingreso económico familiar.....	81
3.7.4.14.5 Tiempo para la recreación.....	82
3.7.4.14.6 Participación en grupos sociales .....	83
3.7.4.14.7 Acceso a derechos básicos .....	84
3.7.4.15 Asistencia al centro de salud .....	86
3.7.4.15.1 Frecuencia de asistencia al Centro de Salud.....	86
3.7.4.15.2 Trato que los asistentes refieren recibir en el Centro de Salud...	87
3.7.4.15.3 Resolución del motivo de consulta .....	87
3.7.4.15.4 Principales causas de morbilidad en el Centro de Salud.....	88
3.7.4.16 Daños a la salud y servicios .....	90
3.7.4.16.1 Principales causas de mortalidad.....	90
3.7.4.16.2 Servicios que recibieron los integrantes, por grupo de edad.....	90
3.7.4.16.3 Adicciones.....	97
3.7.4.16.4 Discapacidad presente en algún o algunos integrantes de la familia .....	98
3.8 Análisis de resultados significativos .....	99
3.9 Conclusiones y recomendaciones.....	101
3.10 Referencias.....	102
Capítulo 4. Actividades realizadas en el Servicio Social .....	104
4.1 Introducción .....	104
4.2 Agosto.....	104
4.3 Septiembre.....	111
4.4 Octubre .....	117
4.5 Noviembre.....	121

<b>4.6 Diciembre</b> .....	123
<b>4.7 Enero</b> .....	125
<b>4.8 Febrero</b> .....	127
<b>4.9 Marzo</b> .....	128
<b>4.10 Abril</b> .....	129
<b>4.11 Mayo</b> .....	133
<b>4.12 Junio</b> .....	134
<b>4.13 Julio</b> .....	135
<b>Capítulo 5. Conclusiones</b> .....	137
<b>5.1 Respecto a mi formación como persona</b> .....	137
<b>5.2 De la formación como personal de salud</b> .....	138
<b>5.3 De la aportación a la comunidad</b> .....	140
<b>5.4 Respecto a la institución educativa</b> .....	141

## **Capítulo 1. Descripción de la comunidad dónde se realizó el servicio social**

### **1.1 Introducción**

La comprensión integral del contexto comunitario constituye un elemento fundamental dentro del ejercicio médico enfocado en el primer nivel de atención, ya que permite reconocer factores tanto culturales, sociales, ambientales y económicos, que modifican la salud de la población. Durante la realización del servicio social, conocer las características de la comunidad sede facilita la identificación de necesidades prioritarias, la planificación de intervenciones pertinentes y la aplicación de estrategias orientadas a la promoción y prevención de la salud.

La descripción de la comunidad no sólo implica el análisis de aspectos demográficos y geográficos, sino también la evaluación de las condiciones en que vive la población, los recursos disponibles, así como acceso a servicios sanitarios, elementos que condicionan la forma en que se percibe, busca y recibe atención médica. Asimismo, el reconocimiento del perfil epidemiológico local permite comprender los principales problemas de salud que afectan a la población, así como las oportunidades para fortalecer acciones de atención primaria con un enfoque integral y centrado en la persona.

En este contexto, el presente capítulo tiene como finalidad exponer las características relevantes de la comunidad donde se realizó el servicio social, proporcionando un panorama general que permita contextualizar las actividades clínicas, preventivas y comunitarias realizadas durante este periodo formativo, destacando la importancia del enfoque biopsicosocial en la práctica médica dentro del ámbito comunitario.

### **1.2 Objetivos**

- Objetivo General:

Analizar de manera integral las características sociodemográficas, epidemiológicas, geográficas y de infraestructura sanitaria de la comunidad donde se llevó a cabo el

servicio social, con la finalidad de comprender el contexto local y los determinantes sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad de la población atendida.

- Objetivos Específicos:
  - Identificar los principales indicadores demográficos, económicos y culturales comunitarios para comprender el impacto en la demanda de servicios de atención a la salud.
  - Analizar el perfil epidemiológico local y las problemáticas prioritarias de salud, con base en información institucional y observación directa durante el servicio social.

### 1.3 Generalidades Territoriales

#### 1.3.1 México

México es un país cuyo nombre deriva del término náhuatl *Mēxihco*, que puede interpretarse como “el ombligo de la luna”. Su denominación oficial, establecida en la Constitución Política de 1917, es Estados Unidos Mexicanos. Se localiza en la región sur de América del Norte, limitando al norte con Estados Unidos, al sureste con Guatemala y Belice, al este con el Golfo de México y el Mar Caribe, y al oeste con el Océano Pacífico.<sup>1</sup>

#### Imagen 1. Representación gráfica de México



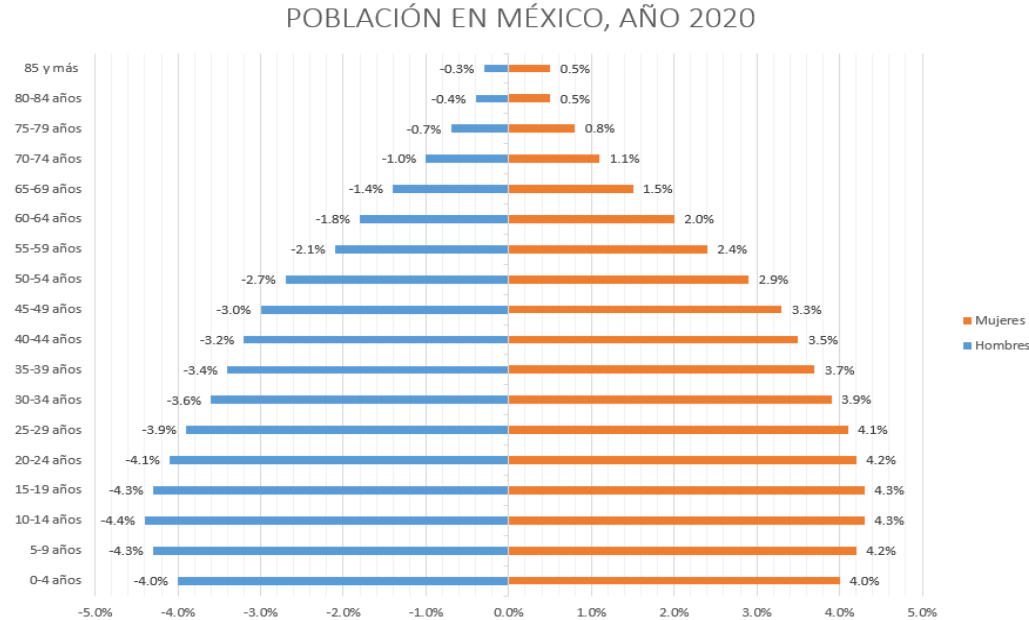
Fuente: Secretaría de Relaciones Exteriores. (2013). Información general sobre México. Consultado el 13 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://embamex.sre.gob.mx/republicadominicana/index.php/avisos/2-uncategorised/127-informacion-general-sobre-mexico>

México está basado en una democracia representativa<sup>1</sup>; se encuentra conformado por 32 estados libres mediante un pacto federal, por lo que, tanto gobierno federal como estatal, cuentan con tres poderes: Ejecutivo, el Presidente de la República, ejercido por sexenios, y sin reelección; Legislativo, el Congreso de la Unión, que se compone de 3 senadores de cada estado y 32 senadores asignados por votación popular, ambos mantienen su cargo un sexenio; Judicial, ostentado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, el cual lo integran 11 ministros seleccionados por el Congreso de la Unión, permaneciendo en el cargo por 15 años<sup>1</sup>.

**1.3.1.1 Población**

Cuenta con una población de 126, 014, 024 habitantes, 5 veces mayor que la población en los años 70 (48, 225, 238)<sup>4</sup> por lo que ha logrado hitos como el puesto 11 en mayor población, de los 193 miembros, en la ONU<sup>2</sup>; teniendo predominancia las mujeres con el 51.2% (64,540,634 de mujeres); y los hombres un porcentaje del 48.8% (61,473,390 de hombres)<sup>3</sup>, como se puede observar en el Gráfico 1; además de un claro dominio de población joven, específicamente en los rangos de edad de 10 a 14 años.

**Gráfica 1. Pirámide poblacional de México en el año 2020**



Fuente: INEGI. (2020). "México en cifras". Consultado el 18 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/#tabMCcollapse-Indicadores>

### **1.3.1.2 Esperanza de vida**

Según datos de INEGI, para 2023 la esperanza de vida en el país es de 75.3 años aproximadamente, siendo de 72.3 para hombres y 78.6 en mujeres específicamente<sup>3</sup>.

En los últimos años México ha ido aumentando su esperanza de vida; en retrospectiva, para 2022 era de 73.9 años, y en 2013 era de 74.2 años; es por ello que en el ranking mundial de esperanza de vida, México ha ascendido en el listado de 195 países, pasando del puesto 92 (año 2022), al puesto 84 (año 2023)<sup>4</sup>.

### **1.3.1.3 Natalidad y mortalidad**

En cuanto a los nacimientos, para 2020 se registraron 1, 629, 211, el pico más bajo en 26 años (siendo el más alto de 2, 904, 389 en 1994)<sup>3</sup>; al haber menos nacimientos, la población menor de 11 años también desciende. Esto modifica las necesidades sociales, como menor oferta educativa básica, aumentando demanda de educación media superior y superior.

Caso contrario a las defunciones, teniendo para 2020 1, 086, 743 defunciones registradas (419, 074 en 1994, más del doble)<sup>3</sup>. Esta dicotomía podría explicarse a la pandemia de COVID-19 atravesada en ese año (y que aún continúa atravesando el país).

### **1.3.1.4 Educación**

La Secretaría de Educación Pública (SEP) se encarga de la educación en el país. La población registrada en educación primaria (básica) alcanzó los 24,109, 222 estudiantes para 2022, (21, 489, 117 pertenecientes a instituciones públicas y 2,620,105 a instituciones privadas)<sup>5</sup>. En el nivel medio superior, se registraron 5, 379, 859 estudiantes en 2022 (4, 577, 589 pertenecientes a instituciones públicas y 802, 270 a privadas)<sup>5</sup>.

INEGI logró recuperar datos acerca del nivel educativo a nivel primaria reflejando casi un cien por ciento en cuanto a la finalización de estudios (95.8%); para nivel medio y medio superior se encuentran los datos hasta 2021, reflejando un 91% de finalización para nivel medio, y 68.53% a nivel medio-superior, por lo que México

puede tener un alto porcentaje de alfabetización (95% para 2020)<sup>3</sup> sin tener necesariamente un nivel de preparación superior.

#### **1.3.1.5 Vivienda**

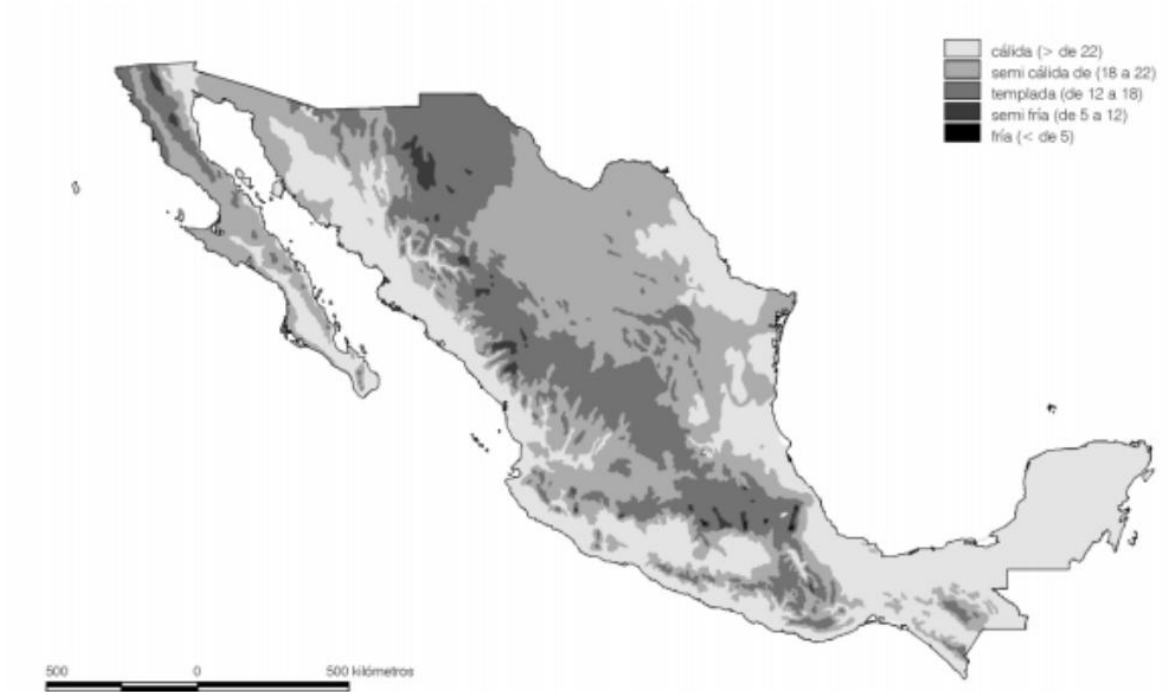
En 2020 se registró un total de 35, 219, 141 de hogares censales, con una población en hogares censales de 125, 514, 839 (reflejando 499, 185 personas, el 0.39% de la población, sin hogar censal)<sup>3</sup>. Del total de hogares, 34, 805, 976 (99%) cuentan con energía eléctrica, alrededor de 119, 209, 266 (94.6%) cuentan con agua entubada y aproximadamente 117, 445, 070 (93.2%) cuentan con drenaje<sup>3</sup>.

#### **1.3.1.6 Clima**

La diversidad climática del territorio comprende una amplia gama de grupos y subgrupos climatológicos, presentando transiciones que van desde condiciones áridas hasta ambientes húmedos en distancias geográficas relativamente cortas<sup>6</sup>. Estas características responden a diversos factores, entre los que destacan la posición latitudinal del país respecto a los principales sistemas de circulación atmosférica, la compleja configuración del relieve, la variabilidad en la amplitud continental a lo largo del territorio, la influencia térmica de las corrientes marinas que rodean sus litorales, así como el desplazamiento estacional de tormentas estivales y masas de aire frío de origen polar durante el invierno<sup>6</sup>.

Aproximadamente el 37% del territorio nacional presenta climas cálidos, caracterizados por una temperatura media anual superior a los 22 °C; el 39% corresponde a zonas semicálidas, con promedios anuales entre 18 °C y 22 °C; el 23% se clasifica como templado, con temperaturas medias que oscilan entre 12 °C y 18 °C; mientras que el 1% restante comprende regiones semifrías y frías, donde la temperatura media anual es inferior a los 12 °C<sup>6</sup>.

## Imagen 2. Clima anual promedio



Fuente: de Alba, E. et al. "El País". Consultado el 20 de septiembre de 2024. Disponible en: [http://www.conabio.gob.mx/institucion/estudio\\_pais/CAP1.PDF](http://www.conabio.gob.mx/institucion/estudio_pais/CAP1.PDF)

La distribución de la precipitación a nivel nacional muestra una marcada heterogeneidad espacial; mientras que en regiones del noroeste y noreste los valores promedio anuales apenas alcanzan los 100 mm, en el sureste y en ciertos sectores del litoral del Pacífico sur se registran acumulaciones pluviales que oscilan entre los 2,000 y 4,000 mm anuales<sup>6</sup>.

### 1.3.1.7 Relieve

El relieve de México se distingue por la presencia de una amplia diversidad de estructuras geomorfológicas tanto continentales como marinas, que configuran un paisaje físico complejo y heterogéneo<sup>6</sup>. Dentro de su configuración fisiográfica se identifican extensos sistemas montañosos con elevaciones significativas, como las Sierras Madre Oriental y Occidental; estructuras volcánicas activas e inactivas asociadas al Eje Neovolcánico Transversal; así como amplias altiplanicies y planicies litorales, entre las que destacan las llanuras costeras del Golfo de México y del Pacífico<sup>6</sup>.

**Imagen 3. Representación gráfica del relieve en México.**



Fuente: Anónimo (2017). "Relieve en México". Consultado el 20 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://tareasonlinejcr.blogspot.com/2017/12/relieve-en-mexico.html>

### 1.3.2 Ciudad de México

La Ciudad de México se reconoce como una de las urbes situadas a mayor altitud en América del Norte y, al mismo tiempo, como una de las áreas metropolitanas con mayor densidad poblacional a nivel mundial<sup>7</sup>. Localizado en un valle, rodeado por volcanes y montañas<sup>7</sup>.

En la zona central de la ciudad se ubica el Zócalo capitalino, espacio emblemático cuya construcción integra, en gran medida, materiales provenientes de antiguas edificaciones mexicas. La ciudad alberga además una amplia oferta cultural, con museos y galerías de relevancia internacional, así como un importante patrimonio arquitectónico que combina edificios históricos, palacios, catedrales, barrios de origen colonial, vestigios arqueológicos y desarrollos urbanos contemporáneos. No obstante, también enfrenta desafíos urbanos significativos, entre ellos desigualdad

social, condiciones de hacinamiento, presencia de asentamientos marginados, contaminación ambiental, congestión vehicular, problemáticas de seguridad, desempleo y elevados niveles de ruido urbano<sup>7</sup>.

**Imagen 4. División territorial de la Ciudad de México.**



Fuente: Rankeaméxico (2022). “Mapas de la Ciudad de México”. Consultado el 22 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://rankeamexico.com/mapas-cdmx/>

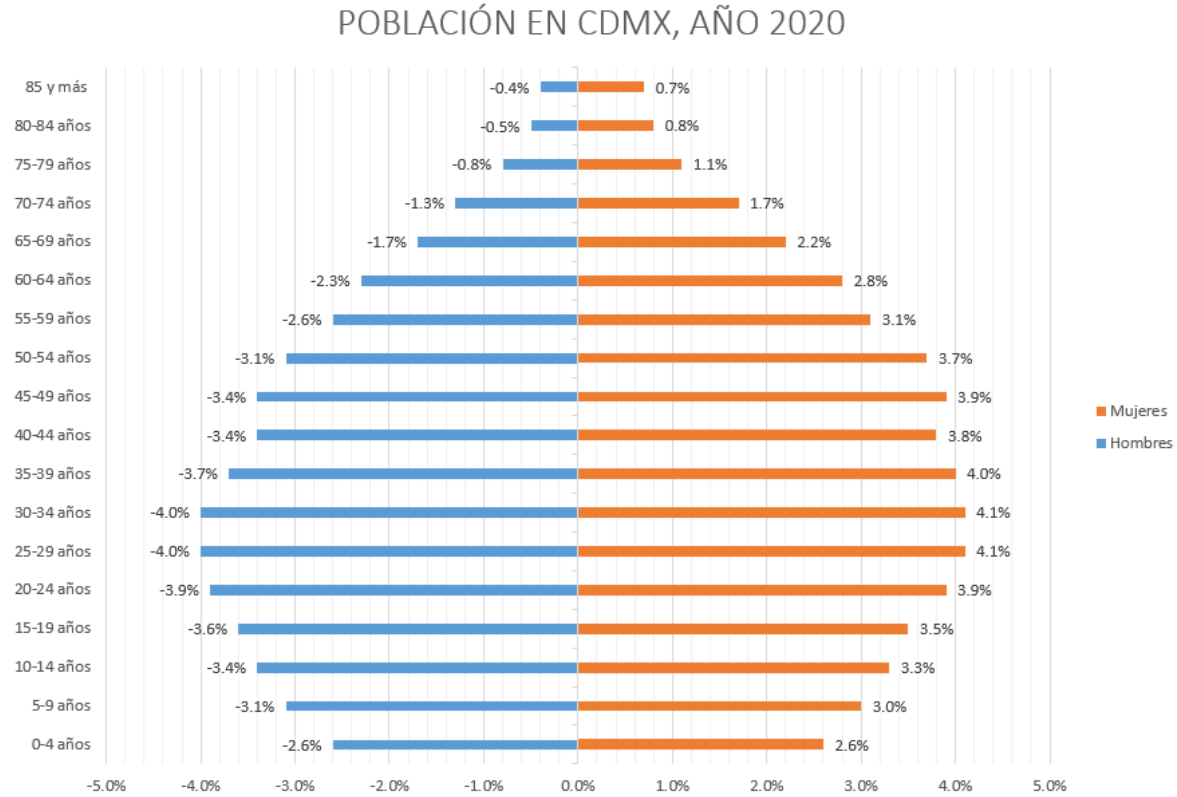
### 1.3.2.1 Población

Datos del Censo Poblacional y de Vivienda de 2020, reflejan a la CDMX como el segundo estado más poblado del país con 9, 209, 944 habitantes (7.3% de la población nacional)<sup>8</sup>. Se registró un mayor rango de participación en los grupos de edad de 25 a 29 años, concentrando 752, 289 habitantes (8.2% de la población estatal)<sup>8</sup>.

Como datos significativos del Gráfico 2, se registraron 4, 805, 017 mujeres (52.17% de la población estatal), de los cuales los rangos de edad con mayor participación

van de los 25 a 29 años con 380, 208 (7.91%), seguido de los 30 a 34 años con 308, 163 (6.41%); en los hombres se registraron 4, 404, 927 (47.82% de la población estatal), los rangos de edad de más participación coinciden con el de mujeres, para los rangos de 25 a 29 años participaron 372, 081 hombres (8.44%), y para los rangos de 30 a 34 años participaron 363, 448 hombres (8.25%)<sup>8,9</sup>.

**Gráfico 2. Pirámide poblacional de la Ciudad de México.**



Fuente: INEGI. (2020). “México en cifras”. Consultado el 18 de septiembre de 2024.

Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/#tabMCcollapse-Indicadores>

**1.3.2.2 Esperanza de vida**

Para el año 2020, INEGI reportó que la esperanza de vida en la CDMX era de alrededor de 69.2, siendo de 64.5 para hombres y 74.6 para las mujeres<sup>3</sup>. En la CDMX, este indicador históricamente ha sido superior al promedio nacional debido a factores como la disponibilidad de servicios de salud, la infraestructura urbana y el acceso a programas preventivos<sup>10</sup>.

Es importante considerar que durante el año 2020 se presentó la pandemia por COVID-19, la cual generó un incremento en la mortalidad general y ocasionó modificaciones temporales en la tendencia ascendente de la esperanza de vida. La Ciudad de México fue una de las entidades más impactadas debido a su alta densidad poblacional y dinámica urbana, factores que influyeron en el comportamiento epidemiológico y en la reducción temporal de este indicador<sup>11</sup>.

### **1.3.2.3 Natalidad y mortalidad**

De acuerdo con datos del INEGI para el año 2020, se registraron 65,703 nacimientos, de los cuales 33,485 correspondieron a varones y 32,218 a mujeres. Asimismo, el 9.7% del total (6,373 casos) estuvo asociado a nacimientos de madres adolescentes menores de 20 años<sup>12</sup>. En 2020, el promedio de hijas e hijos nacidos vivos por mujer de 12 años y más se estimó en 1.6, de acuerdo con los registros estadísticos correspondientes.<sup>12</sup>

En cuanto a la mortalidad, el análisis realizado por el CONAPO sobre las principales causas de muerte en México durante 2020 evidencia cambios importantes en el perfil epidemiológico debido a la pandemia por COVID-19, la cual incrementó la mortalidad general y modificó los patrones tradicionales de defunción<sup>13</sup>. Aunque las enfermedades crónicas como cardiopatías, diabetes y cáncer continuaron siendo causas predominantes, se observaron diferencias significativas por sexo, edad y entidad federativa<sup>13</sup>. Los adultos mayores concentraron la mayor mortalidad, mientras que los hombres presentaron tasas superiores en comparación con mujeres. Estos cambios tuvieron implicaciones demográficas relevantes, incluyendo efectos temporales sobre la esperanza de vida<sup>13</sup>.

Para 2020 se registraron 107, 292 defunciones; siendo 61, 938 defunciones para los hombres, y 45, 353 defunciones para las mujeres<sup>3</sup>. En el caso de menores de 1 año, se registraron 1, 105 defunciones, las cuales 618 eran varones, y 486 mujeres<sup>3</sup>. De igual forma se registraron 14, 562 defunciones por Diabetes Mellitus (7, 884 hombres y 6, 678 mujeres), y también es importante señalar las 450 defunciones por suicidio (352 hombres y 98 mujeres); de las defunciones totales de mujeres, 831

fueron por Cáncer de mama; de las defunciones totales de hombres, 788 fueron por Cáncer de próstata<sup>3</sup>.

#### **1.3.2.4 Educación**

De acuerdo con indicadores del INEGI, para el año 2020 la CDMX presentó niveles educativos superiores al promedio nacional. La tasa de alfabetización en población de 15 años y más fue cercana al 98%, reflejando una amplia cobertura educativa básica<sup>3</sup>. Asimismo, el promedio de escolaridad se situó alrededor de 11 años, equivalente a educación media superior incompleta, lo que evidencia un mayor acceso a niveles educativos avanzados en comparación con otras entidades federativas<sup>14</sup>. Durante las últimas dos décadas se ha observado un incremento progresivo en la proporción de población de 15 a 24 años que asiste a instituciones educativas<sup>3</sup>. Mientras que en el año 2000 la tasa de asistencia escolar era del 47.7%, para 2010 ascendió al 52.0% y en 2020 alcanzó el 55.3%<sup>3</sup>. Este último valor posiciona a la entidad por encima del promedio nacional, estimado en 45.3%<sup>14</sup>.

En relación con la asistencia escolar, la mayoría de la población en edad de educación básica se encontraba integrada al sistema educativo, destacando altos porcentajes de asistencia en grupos de edad entre 6 y 14 años<sup>3</sup>. Estos indicadores posicionan a la Ciudad de México como una entidad con alto desarrollo educativo; El aumento en la cobertura de la educación básica, junto con la implementación de estrategias de alfabetización durante las últimas dos décadas en la Ciudad de México, se ve reflejado en los resultados censales, evidenciando una reducción en la tasa de analfabetismo, la cual pasó de 2.9% en el año 2000 a 1.4% en 2020<sup>14</sup>; Estos avances constituyen factores relevantes dentro de los determinantes sociales de la salud, al relacionarse con mejores condiciones socioeconómicas, mayor acceso a información y un uso más adecuado de los servicios sanitarios<sup>14</sup>.

#### **1.3.2.5 Vivienda**

Para 2020 se tuvo registro de 3, 305, 125 viviendas particulares, las cuales 2, 756, 319 se encontraban habitadas (90.8%), 207, 206 deshabitadas (6.8%), y 71, 780 eran de uso temporal (2.4%)<sup>3</sup>.

Del total de viviendas habitadas, aproximadamente 1, 119, 066 (40.6%) son de piso de cemento o firme; hubieron 16, 538 viviendas con piso de tierra aproximadamente (0.6%). En cuanto al servicio eléctrico 2, 753, 563 viviendas aproximadamente lo tienen (99.9%)<sup>3</sup>. 2, 725, 999 viviendas disponen de agua entubada (98.9%)<sup>3</sup>. Y por último, en cuanto al servicio de drenaje, se reportaron 2, 784, 050 viviendas que lo disponen (99.7%)<sup>14</sup>.

### **1.3.2.6 Clima**

La Ciudad de México presenta un clima templado subhúmedo en su mayoría, condicionado por su ubicación geográfica en el Altiplano Mexicano y su altitud rondando los 2,200 metros sobre el nivel del mar<sup>15</sup>. Estas características favorecen temperaturas moderadas en el año, con variaciones térmicas relativamente bajas en comparación con otras regiones del país<sup>15</sup>.

La distribución de precipitación anual se caracteriza por una marcada estacionalidad, con una temporada pluvial que generalmente abarca mayo-octubre, mientras que el periodo invernal se distingue por condiciones más secas y temperaturas más bajas, especialmente durante las noches y madrugadas. Este patrón climático influye directamente en aspectos ambientales, epidemiológicos y en la dinámica de salud pública de la población<sup>15</sup>.

Asimismo, la configuración topográfica del valle donde se ubica la ciudad contribuye a la formación de microclimas locales y a fenómenos atmosféricos particulares, incluyendo variaciones en la dispersión de contaminantes y cambios en la humedad relativa, factores relevantes para el análisis sanitario y comunitario dentro del contexto urbano<sup>15</sup>.

### **1.3.2.7 Relieve**

La Ciudad de México se localiza en la cuenca del Valle de México, una depresión rodeada por sistemas montañosos que forman parte del Eje Neovolcánico Transversal<sup>15</sup>. El relieve consta de zonas elevadas en las porciones sur y poniente, donde predominan sierras y áreas volcánicas, mientras que el centro y norte corresponden a superficies más planas asociadas a antiguos depósitos lacustres<sup>16</sup>.

Entre las principales elevaciones destacan formaciones volcánicas y serranas que influyen en la configuración topográfica y en los procesos ambientales de la región, incluyendo la dinámica hidrológica y la circulación atmosférica dentro del valle<sup>16</sup>. Estas características geomorfológicas han condicionado el crecimiento urbano, la distribución poblacional y ciertos riesgos ambientales asociados al suelo y a la estabilidad del terreno<sup>16</sup>.

Asimismo, la combinación entre zonas montañosas periféricas y áreas lacustres centrales genera contrastes importantes en altitud y pendientes, lo cual repercute en el clima local, el drenaje natural y diversos determinantes ambientales relevantes para la salud comunitaria<sup>16</sup>.

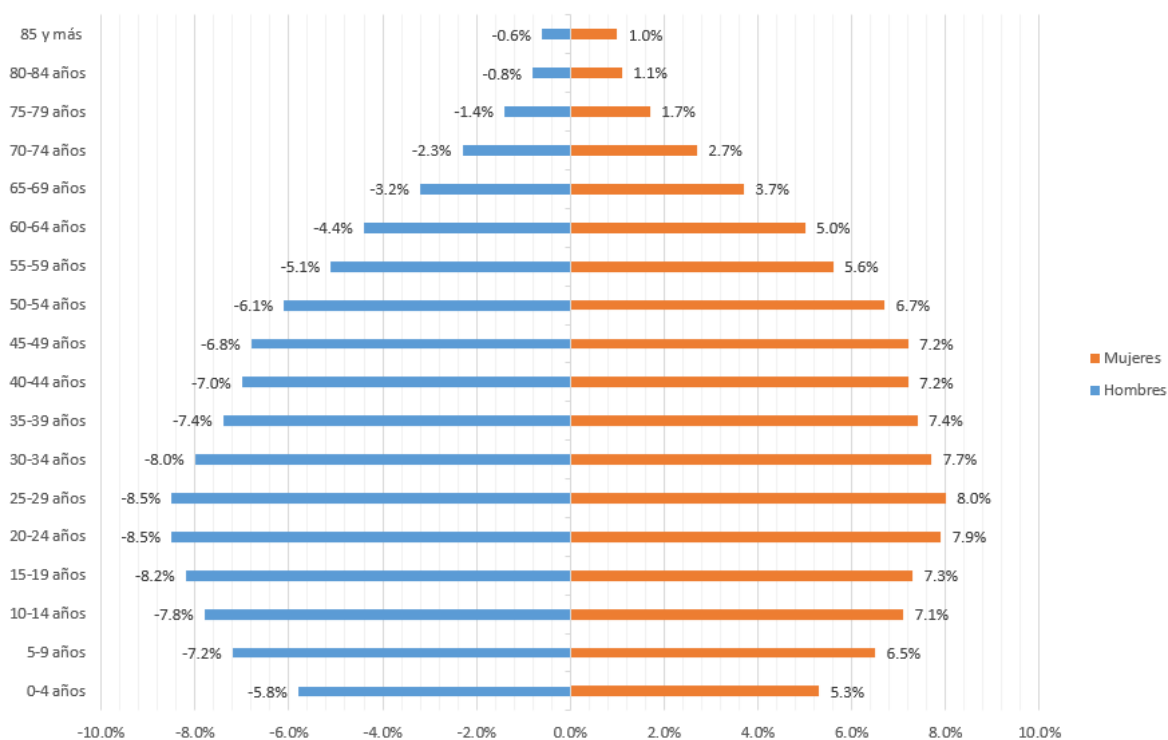
### **1.3.3 Alcaldía Iztapalapa**

#### **1.3.3.1 Población**

Para el año 2020, la población total de la alcaldía Iztapalapa ascendió a 1,835,486 habitantes, de los cuales 887,651 correspondieron a hombres (48.4%) y 947,835 a mujeres (51.6%)<sup>3</sup>. En comparación con el censo de 2010, se registró un crecimiento poblacional aproximado del 1.08%<sup>17</sup>.

En el Gráfico 3 se observa una mayor concentración poblacional en edades jóvenes y adultas tempranas (20 a 34 años), seguida de una disminución progresiva conforme aumenta la edad. La distribución entre sexos es relativamente equilibrada en edades tempranas; sin embargo, a partir de los 60 años se evidencia un predominio femenino, asociado a una mayor esperanza de vida. En conjunto, la forma de la pirámide sugiere una población en transición demográfica con tendencia al envejecimiento gradual.

**Gráfica 3. Pirámide poblacional de Iztapalapa**



Fuente: INEGI. (2020). Iztapalapa. Consultado el 22 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=09007#tabMCcollapse-Indicadores>

### 1.3.3.2 Toponimia

El nombre de la Alcaldía Iztapalapa proviene de un topónimo de origen náhuatl, integrado por los vocablos *iztapalli* (losa o laja), *atl* (agua) y el sufijo locativo *-pan* (sobre), lo que ha sido interpretado como “sobre las losas del agua” o “en el agua de las lajas”<sup>18</sup>. Otra interpretación etimológica propone la traducción “lugar donde las aguas se atraviesan”, derivada de *ixtlápal* (atravesado), *atl* (agua) y *-pan* (locativo)<sup>18</sup>.

**Imagen 5. Toponimia de Iztapalapa con respectivo Glifo representativo de su significado en náhuatl.**



**Fuente:** Aguilar, F. (2015). “Toponimios en Náhuatl”. Consultado el 22 de septiembre de 2024.  
**Disponible en:** <https://mexicanisimo.com.mx/2015/10/toponimos-en-nahuatl/>

El emblema representativo de la Alcaldía corresponde a un glifo presente en diversos códices elaborados por pueblos nahuas durante los primeros años posteriores a la conquista, el cual muestra una piedra rodeada de agua<sup>18</sup>.

**Imagen 6. Escudo de Iztapalapa**



**Fuente:** Anónimo. “Iztapalapa. Costumbres y Tradiciones. Consultado el 22 de septiembre de 2024.  
**Disponible en:** <https://conssmdae.wixsite.com/iztapalapa/escudo>

### 1.3.3.3 Historia

La ocupación humana del territorio que hoy corresponde a Iztapalapa se remonta al Periodo Preclásico, cuando grupos agrícolas comenzaron a establecer asentamientos permanentes en los márgenes del espacio interno de la Cuenca de México, aprovechando los suelos fértiles y la disponibilidad de agua<sup>19</sup>. Evidencias arqueológicas encontradas en el Cerro de la Estrella (Huizachtépetl) indican la presencia de aldeas tempranas dedicadas al cultivo de maíz, frijol y calabaza, así como a la pesca y recolección lacustre<sup>20</sup>. Este cerro adquirió desde etapas tempranas un carácter simbólico y ritual, asociado al calendario mesoamericano y a ceremonias religiosas<sup>21</sup>.

Durante el Periodo Clásico, Iztapalapa se integró a la esfera de influencia de Teotihuacan, la principal metrópoli mesoamericana de la época<sup>22</sup>. Excavaciones arqueológicas han identificado estructuras habitacionales y materiales cerámicos teotihuacanos al pie del Cerro de la Estrella, lo que sugiere la existencia de una colonia o enclave subordinado a dicha ciudad<sup>23</sup>. La región funcionó como un punto estratégico de comunicación y control entre el sur del valle y el sistema lacustre central<sup>24</sup>.

Tras el colapso de Teotihuacan, el área de Iztapalapa fue ocupada por diversos grupos chichimecas y posteriormente integrada a los señoríos de Culhuacán y Mexicaltzingo, con fuerte influencia tolteca<sup>25</sup>. En el siglo XV, Iztapalapa quedó bajo dominio mexica y se consolidó como un altépetl importante, gobernado por linajes locales emparentados con la nobleza de Tenochtitlan<sup>26</sup>. Su gobernante más conocido fue Cuitláhuac, quien posteriormente se convertiría en huey tlatoani mexica durante la resistencia contra los españoles<sup>27</sup>.

En noviembre de 1519, Hernán Cortés, junto a sus soldados, llegaron a Iztapalapa como parte de su ruta hacia Tenochtitlan, siendo recibidos por Cuitláhuac<sup>27</sup>. Las crónicas señalan que la ciudad era extensa y contaba con canales, calzadas y edificaciones de relevancia política. Tras la Noche Triste y el sitio final de Tenochtitlan en 1521, Iztapalapa fue destruida en gran parte, junto con otros

asentamientos ribereños, como consecuencia de las acciones militares y la reorganización colonial.

Durante el periodo virreinal, Iztapalapa fue reorganizada como pueblo de indios, manteniendo parte de su población originaria bajo el sistema de encomienda y posteriormente de república de indios. La economía local estaba basada principalmente en la agricultura chinampera, la producción de alimentos y el transporte lacustre a través de canales conectados al Canal de la Viga<sup>28</sup>. A lo largo del siglo XVIII, la región conservó un carácter predominantemente rural, aunque estrechamente vinculada al abasto de la Ciudad de México<sup>28</sup>.

Tras la Independencia de México en 1821, Iztapalapa pasó por diversas reorganizaciones administrativas hasta integrarse al Distrito Federal en el siglo XIX<sup>29</sup>. Durante este periodo se consolidaron haciendas, ranchos y pueblos, y se fortaleció la identidad comunitaria local<sup>30</sup>. En 1843 se originó la “Representación de la Pasión de Cristo”, como respuesta a una epidemia de cólera, tradición que con el tiempo se convirtió en un evento, religioso y cultural, de importancia nacional<sup>31</sup>.

En 1928, Iztapalapa dejó de ser municipio para convertirse en delegación del Distrito Federal, lo que marcó el inicio de un proceso acelerado de urbanización<sup>32</sup>. A lo largo del siglo XX, la expansión demográfica transformó radicalmente su paisaje, sustituyendo zonas agrícolas por colonias populares e infraestructura urbana. En la actualidad, Iztapalapa es una de las alcaldías más pobladas, destacando por su riqueza cultural, siendo la “Pasión de Cristo” reconocida como Patrimonio Cultural Inmaterial por su relevancia histórica y social<sup>33</sup>.

#### **1.3.3.4 Localización y extensión**

El territorio de la alcaldía Iztapalapa se localiza en la porción oriental de la Ciudad de México, comprendido entre las coordenadas extremas aproximadas de 19°24' y 19°17' de latitud norte, así como 98°58' y 99°08' de longitud oeste<sup>34</sup>. Las zonas de planicie presentan una altitud promedio cercana a los 2,240 metros sobre el nivel del mar, mientras que elevaciones volcánicas como la Sierra de Santa Catarina, el Cerro de la Estrella y el Peñón del Marqués alcanzan alturas máximas cercanas a los 2,820 msnm<sup>34</sup>.

En la actualidad, la superficie territorial de Iztapalapa abarca alrededor de 11,667 hectáreas, lo que representa aproximadamente el 7.62% del área total de la Ciudad de México<sup>34</sup>. Sus límites geográficos colindan al norte con la alcaldía Iztacalco y el municipio de Nezahualcóyotl, en el Estado de México; al oriente con los municipios de La Paz y Valle de Chalco Solidaridad; al sur con las alcaldías Tláhuac y Xochimilco; y al poniente con Coyoacán y Benito Juárez<sup>34</sup>.

#### **1.3.3.5 Orografía e Hidrografía**

La alcaldía Iztapalapa se localiza en la porción oriental de la Cuenca de México, dentro de la provincia fisiográfica conocida como Faja Volcánica Mexicana<sup>34</sup>. Presenta variaciones altitudinales que oscilan aproximadamente entre los 2,226 y 2,739 metros sobre el nivel del mar<sup>35</sup>. La orografía está dominada por un valle y algunas montañas aisladas. Su configuración orográfica está caracterizada principalmente por una planicie dominante acompañada de elevaciones aisladas, donde el relieve de valle ha favorecido la disponibilidad de superficies relativamente planas que han facilitado el establecimiento y expansión de asentamientos humanos<sup>34</sup>.

El territorio incluye diversas elevaciones topográficas, así como infraestructura hidráulica, corrientes intermitentes y algunos cuerpos de agua<sup>35</sup>. in embargo, en la actualidad no se observan depósitos naturales de agua, situación asociada en gran medida al proceso de urbanización y pavimentación intensiva que ha experimentado la demarcación<sup>34</sup>.

#### **1.3.3.6 Clima**

En la alcaldía Iztapalapa predomina un clima templado subhúmedo con régimen de lluvias concentrado durante el verano<sup>34</sup>. La temperatura media anual presenta variaciones relacionadas con la altitud, registrándose valores cercanos a 12 °C en las zonas más elevadas (aproximadamente a partir de los 2,250 msnm) y hasta 18 °C en áreas de menor altitud<sup>35</sup>. La precipitación anual oscila entre 600 y 1,000 mm, con un periodo pluvial que se concentra principalmente en los meses estivales, mientras que la evaporación potencial anual se estima alrededor de los 400 mm<sup>34</sup>.

### **1.3.3.7 Servicios de salud y derechohabiencia**

Para 2020, había 1, 239, 534 derechohabientes a servicios de salud en el país<sup>3</sup>. De los cuales 682, 983 (55.1%) pertenecen al IMSS; 302, 446 (24.4%) al Seguro Popular; 200, 805 (16.2%) al ISSSTE; 24, 791 (2%) a servicios de salud privados y 16, 114 (1.3%) a servicios de salud de PEMEX, SDN o SM<sup>3</sup>.

### **1.3.3.8 Educación**

El porcentaje de alfabetización en mayores de 15 años es elevado con 97.4%<sup>3</sup>; el 30% cuentan con instrucción media superior, 23.4% con educación superior y 3.2% sin ningún tipo de formación educativa<sup>3</sup>.

### **1.3.3.9 Vivienda**

Las viviendas particulares habitadas en 2020 fueron de 504, 365<sup>3</sup>; de las cuales 503, 261 (99.9%) cuentan con electricidad, 498, 313 (98.8%) con agua entubada y 497, 808 (98.7%) con drenaje<sup>3</sup>.

## **Referencias**

1. Secretaría de Relaciones Exteriores. Información general sobre México [Internet]. 2013 [citado 2024 Sep 14]. Disponible en: <https://embamex.sre.gob.mx/republicadominicana/index.php/avisos/2-uncategorised/127-informacion-general-sobre-mexico>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). La población de México [Internet]. 2020 [citado 2024 Sep 16]. Disponible en: <https://cuentame.inegi.org.mx/descubre/poblacion/poblacion/>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). México en cifras [Internet]. 2020 [citado 2024 Sep 18]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/#tabMCcollapse-Indicadores>
4. Expansión. La esperanza de vida se eleva en México [Internet]. 2023 [citado 2024 Sep 18]. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/mexico>

5. Secretaría de Educación Pública (SEP). Principales cifras del sistema educativo nacional 2022-2023 [Internet]. 2023 [citado 2024 Sep 18]. Disponible en: [https://www.planeacion.sep.gob.mx/Doc/estadistica\\_e\\_indicadores/principales\\_cifras/principales\\_cifras\\_2022\\_2023\\_bolsillo.pdf](https://www.planeacion.sep.gob.mx/Doc/estadistica_e_indicadores/principales_cifras/principales_cifras_2022_2023_bolsillo.pdf)
6. De Alba E, et al. El país [Internet]. [citado 2024 Sep 20]. Disponible en: [http://www.conabio.gob.mx/institucion/estudio\\_pais/CAP1.PDF](http://www.conabio.gob.mx/institucion/estudio_pais/CAP1.PDF)
7. Trafimar. Guía esencial de la Ciudad de México [Internet]. [citado 2024 Sep 20]. Disponible en: <https://f.hubspotusercontent20.net/hubfs/6782124/Blog/Guia%20esencial%20CDMX.pdf>
8. Secretaría de Desarrollo Económico (SEDECO). Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. 2020 [citado 2024 Sep 21]. Disponible en: <https://www.sedeco.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/resultados-del-censo-pob-y-viv-2020-1.pdf>
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. 2020 [citado 2024 Sep 21]. Disponible en: [https://inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvini/egi/productos/nueva\\_estruc/702825198152.pdf](https://inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvini/egi/productos/nueva_estruc/702825198152.pdf)
10. Gobierno de la Ciudad de México. Sistema de indicadores CDMX: esperanza de vida al nacer [Internet]. [citado 2024 Sep 21]. Disponible en: <https://indicadores.cdmx.gob.mx/>
11. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población y esperanza de vida en México [Internet]. [citado 2024 Sep 21]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo>
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Presentación de resultados: Ciudad de México [Internet]. 2020 [citado 2024 Sep 21].

Disponible en:  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020\\_prens\\_res\\_cdmx.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020_prens_res_cdmx.pdf)

13. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Principales causas de muerte de la población en México, 2020 [Internet]. [citado 2024 Sep 21]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/principales-causas-de-muerte-de-la-poblacion-en-mexico-2020-analisis-por-entidad-federativa-de-residencia-sexo-y-edad>
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). En la Ciudad de México somos 9,209,944 habitantes: Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. 2021 [citado 2024 Sep 21]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodem/ResultCenso2020\\_CdMx.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodem/ResultCenso2020_CdMx.pdf)
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Aspectos geográficos de Ciudad de México [Internet]. 2022 [citado 2024 Sep 22]. Disponible en: [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)
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Condiciones geográficas de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México [Internet]. [citado 2024 Sep 22]. Disponible en: <https://paot.org.mx/centro/inegi/amdf2000/cap2.pdf>
17. Secretaría de Economía. Iztapalapa [Internet]. [citado 2024 Sep 22]. Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/iztapalapa>
18. Aguilar F. Toponimios en náhuatl [Internet]. 2015 [citado 2024 Sep 22]. Disponible en: <https://mexicanisimo.com.mx/2015/10/toponimos-en-nahuatl/>
19. Sanders WT, et al. The Basin of Mexico: ecological processes in the evolution of a civilization. New York: Academic Press; 1979.

20. Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH). Cerro de la Estrella y su ocupación prehispánica [Internet]. [citado 2024 Sep 25]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cultura/inah>
21. López A. El pasado indígena. México: Fondo de Cultura Económica; 2014.
22. Godwill G. Teotihuacan and Early Classic Interaction. Washington: Dumbarton Oaks/University Press; 2021. Disponible en: [https://upcolorado.com/media/acfupload/Teotihuacan\\_TOCandIntro.pdf](https://upcolorado.com/media/acfupload/Teotihuacan_TOCandIntro.pdf)
23. Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH). Informes arqueológicos del Cerro de la Estrella [Internet]. [citado 2024 Sep 25]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cultura/inah>
24. Matos E. Vida y muerte en el Templo Mayor. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
25. Kirchhoff P. Mesoamérica: sus límites geográficos, composición étnica y caracteres culturales [Internet]. 1943 [citado 2024 Sep 26]. Disponible en: <http://bdjc.iaa.unam.mx/items/show/772>
26. León-Portilla M. Los antiguos mexicanos a través de sus crónicas y cantares. México: Fondo de Cultura Económica; 1961.
27. Díaz del Castillo B. Historia verdadera de la conquista de la Nueva España. México: Fondo de Cultura Económica.
28. Garza G. La urbanización de México en el siglo XX [Internet]. [citado 2024 Sep 26]. Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/obra/la-urbanizacion-de-mexico-en-el-siglo-xx-889017/>
29. Secretaría de Cultura de la Ciudad de México. Historia de la Alcaldía Iztapalapa [Internet]. [citado 2024 Sep 27]. Disponible en: <https://www.cultura.cdmx.gob.mx>

30. Archivo Histórico de la Ciudad de México. Fondos documentales sobre Iztapalapa [Internet]. [citado 2024 Sep 27]. Disponible en: <https://www.archivohistorico.cdmx.gob.mx>
31. Hernández A. La pasión de Iztapalapa: historia y tradición. México: Secretaría de Cultura; 2014.
32. Archivo Histórico de la Ciudad de México. Reformas administrativas de 1928 [Internet]. [citado 2024 Sep 28]. Disponible en: <https://www.archivohistorico.cdmx.gob.mx>
33. UNESCO. La representación de la Pasión de Cristo en Iztapalapa [Internet]. [citado 2024 Sep 28]. Disponible en: <https://ich.unesco.org>
34. Delegación Iztapalapa. Atlas de riesgos naturales de la Delegación Iztapalapa, México, D.F. 2011 [Internet]. 2011 [citado 2024 Sep 29]. Disponible en: [https://rmgir.proyectomesoamerica.org/PDFMunicipales/2011/vr\\_09007\\_AR\\_IZTAPALAPA.pdf](https://rmgir.proyectomesoamerica.org/PDFMunicipales/2011/vr_09007_AR_IZTAPALAPA.pdf)
35. Gobierno de la Ciudad de México. Panorama geográfico y estadístico [Internet]. 2024 [citado 2024 Sep 29]. Disponible en: <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/670/45b/325/67045b3257ed0498481081.pdf>

## **Capítulo 2. Descripción del Centro de Salud**

### **2.1 Justificación**

Este apartado tiene como finalidad describir de manera integral la estructura, organización y funcionamiento de la unidad médica, así como los recursos con los que cuenta para brindar atención a la población. Estos elementos inciden de forma directa tanto en la calidad de los servicios otorgados como en el proceso formativo del médico pasante durante el servicio social.

El análisis del contexto institucional permite reconocer el nivel de capacidad resolutoria del centro de salud, considerando su infraestructura, el personal disponible, la oferta de servicios y los programas prioritarios vigentes. Esta revisión resulta indispensable para comprender el alcance real de las intervenciones clínicas, preventivas y comunitarias realizadas a lo largo del periodo de adscripción.

De igual manera, examinar las características operativas de la unidad facilita la interpretación de las estrategias de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención integral desarrolladas, tomando en cuenta las condiciones y demandas específicas de la población usuaria. Este enfoque contribuye a una valoración objetiva del desempeño institucional y de la experiencia profesional adquirida durante el servicio social.

Desde una perspectiva académica y sanitaria, la descripción del centro de salud contribuye a integrar los determinantes sociales y epidemiológicos con la práctica médica cotidiana, evidenciando la relación entre las condiciones del entorno, la demanda de servicios y el perfil de morbilidad observado. De esta manera, este apartado justifica la importancia de analizar el escenario donde se llevó a cabo el servicio social, permitiendo valorar la pertinencia de las intervenciones realizadas y el impacto del primer nivel de atención en la salud comunitaria.

### **2.2 Misión**

“Brindar atención integral y accesible a la población, enfocándonos en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención de calidad, con un enfoque

humanizado y de respeto hacia la comunidad, contribuyendo al bienestar general y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.”

### **2.3 Visión**

“Ser un centro de salud líder en la promoción de la salud comunitaria, comprometido con la prevención, la educación y la atención integral de calidad, donde cada persona reciba un trato humanizado y equitativo, contribuyendo al desarrollo de una sociedad más saludable y sostenible.”

### **2.4 Objetivo General**

Conocer las características estructurales, organizativas y funcionales del Centro de Salud donde se llevó a cabo el servicio social, con la finalidad de contextualizar el proceso de atención médica en el primer nivel, identificar los recursos disponibles y comprender la relación entre la unidad médica, la población adscrita y las actividades clínicas, preventivas y comunitarias desarrolladas durante el periodo de formación profesional.

### **2.5 Generalidades**

Localizada en la porción oriental de la alcaldía Iztapalapa, esta área abarca una superficie aproximada de 6.34 km<sup>2</sup>. Sus límites territoriales se establecen al norte con la avenida Ermita Iztapalapa, en el pueblo de Santa Cruz Meyehualco; al sur con la calle Gitana, en la colonia La Estación; al este con la avenida Pozos, en la colonia Desarrollo Urbano Quetzalcóatl; y al oeste con la calle Miguel Hidalgo, en la colonia Consejo Agrarista. Su sede se encuentra ubicada en la calle Villa Buena de Álava esquina Villa Federal, sin número, dentro de la colonia Desarrollo Urbano Quetzalcóatl, correspondiente al AGEB 3295, teniendo bajo su jurisdicción un total de 40 Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB).

## 2.6 Organigrama

Gráfica 4. Organigrama del Centro de Salud T-III Quetzalcóatl.



Fuente: Gestoría de Calidad. C. S. T-III Quetzalcóatl. (2024). Fecha de Consulta: 02 de octubre de 2024.

## 2.7 Características del Centro de Salud

Cuenta con los siguientes servicios:

- Consultorio 1: Pacientes crónicos y certificados de discapacidad
- Consultorio 2: Consulta general
- Consultorio 3: Servicio Amigables
- Consultorio 4: Consulta general y Servicios amigables
- Consultorio 5: Detecciones
- Consultorio 6: Control prenatal
- Consultorio 7: Consulta general
- Consultorio 8: Consulta general

- Consultorio 9: Control de diabetes
- Consultorio 10: Pacientes crónicos
- Consultorio 11: Consulta general
- Consultorio 12: Consulta general
- Consultorio 13: Pacientes crónicos
- Servicio odontológico
- Laboratorio clínico
- Trabajo social
- Farmacia
- Inmunizaciones
- Archivo clínico
- Epidemiología

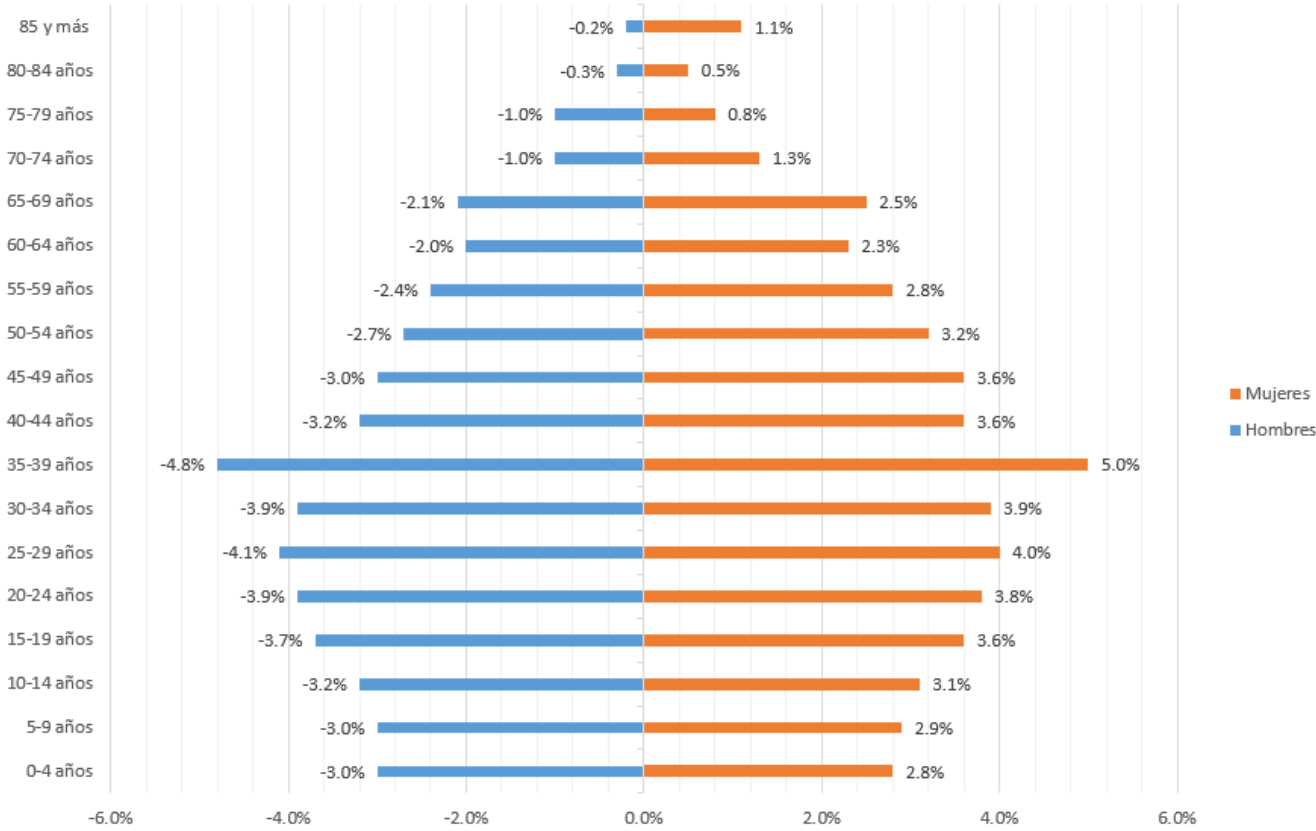
Dispone de diversos programas orientados a la atención integral de la población, que incluyen consultas iniciales y subsecuentes dentro de estrategias dirigidas al manejo de enfermedades transmisibles, padecimientos crónico-degenerativos, otras afecciones, atención preventiva en pacientes aparentemente sanos, planificación familiar y servicios de salud bucal. Asimismo, ofrece acciones de detección oportuna para diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, obesidad, proteína C reactiva (PCR), citología cervical, exploración clínica de mama, mastografía, antígeno prostático específico, consumo de sustancias y adicciones, VIH/SIDA, tamiz neonatal, tuberculosis, violencia y sífilis.

## **2.8 Características generales de la población del Centro de Salud**

El C.S.T-III Quetzalcóatl cuenta con dos tipos de población; la población total que es de 160,014 que corresponde al 8.35% de la población total de Iztapalapa, de los cuales 77320 (48.35%) son hombres y 82694 (51.65%) son mujeres; la población abierta o de responsabilidad, se define como aquella que no cuenta con ningún tipo de derechohabiencia en la cual tenemos un total de 68,525 de las cuales 34,925 son mujeres (50.96%) y hombres son 33,600 (49.04%).

Como se muestra en la Gráfica 5, Se observa una mayor concentración poblacional en edades adultas jóvenes, particularmente entre los 25 y 39 años, donde se registran los valores más altos. A partir de los 40 años se aprecia una disminución progresiva del porcentaje poblacional conforme avanza la edad. Asimismo, existe una distribución relativamente equilibrada entre hombres y mujeres en edades tempranas y medias, mientras que en los grupos de mayor edad se identifica un predominio femenino, lo cual puede asociarse con una mayor esperanza de vida en este grupo. En conjunto, los datos reflejan una tendencia hacia el envejecimiento poblacional gradual.

**Gráfica 5. Pirámide poblacional del Centro de Salud Quetzalcóatl.**



**Fuente: Brun, A. et al. (2024). Diagnóstico Situacional de Salud 2024. Tomado el 05 de octubre de 2024.**

## 2.9 Motivos de Consulta

Tabla 1. Consultas otorgadas dentro del Centro de Salud Quetzalcóatl

Programa	Primera vez	Subsecuente	TOTAL
Enfermedades Transmisibles	2734	779	3513
Enfermedades Crónico-degenerativas	273	7236	7509
Otras enfermedades	3248	3457	6705
Sanos	1825	8937	10762
Planificación familiar	215	405	620
Consultas de salud bucal	1193	1772	2965
<b>TOTAL</b>	<b>9488</b>	<b>22586</b>	<b>32074</b>

Fuente: Brun, A. et al. (2024). Diagnóstico Situacional de Salud 2024. Tomado el 05 de octubre de 2024.

La Tabla 1 presenta la distribución de consultas por programa de atención, diferenciando entre consultas de primera vez y subsecuentes, con un total general de 32,074 atenciones. Se observa que el mayor número de consultas corresponde al grupo de pacientes sanos con 10,762 consultas (33.5%), predominando las consultas subsecuentes, lo que sugiere un enfoque importante en actividades preventivas y de seguimiento. Las enfermedades crónico-degenerativas representan el segundo grupo con mayor carga con 7,509 consultas (23.4%), destacando un claro predominio de consultas subsecuentes, lo cual refleja la necesidad de control continuo de estos padecimientos.

Por su parte, las enfermedades transmisibles muestran mayor proporción de consultas de primera vez con 2,734 consultas (77.8%), indicando atención inicial de casos agudos. El grupo de otras enfermedades representado por 6,705 consultas presenta una distribución más equilibrada entre ambos tipos de consulta. Finalmente, planificación familiar (620 consultas) y salud bucal (2,965 consultas)

representan menores volúmenes relativos dentro del total. En conjunto, los datos evidencian una alta demanda de seguimiento clínico y un énfasis relevante en acciones preventivas dentro de la atención primaria.

Las enfermedades transmisibles tuvieron un repunte debido al contexto de pandemia por COVID-19; las enfermedades crónico-degenerativas siguen siendo un problema de salud pública importante, y representan la mayor demanda de consulta programada para seguimiento tratamiento y control, es importante resaltar el número de consultas reportadas a pacientes sanos en la unidad, esto se debe al impacto que se ha generado secundario a las acciones preventivas que se han venido manejando atreves de los últimos años.

En cuanto a cobertura, la Tabla 2 muestra la cobertura de atención del centro de salud distribuida por sexo y grupos de edad, con un total de 9,515 personas atendidas. Se observa una mayor concentración de cobertura en población femenina, especialmente en el grupo de 20 a 29 años con 1,451 pacientes (15.2%) y de 30 a 49 años con 1,692 pacientes (17.8%), lo que sugiere una mayor demanda de servicios en mujeres en edad reproductiva y adulta. En la población masculina, el mayor número de atenciones se presenta en el grupo de 30 a 49 años con 544 pacientes (5.7%), seguido por el grupo de 5 a 9 años representado por 492 pacientes (5.1%).

En general, los grupos infantiles y adolescentes muestran cifras relativamente equilibradas entre ambos sexos, mientras que en edades adultas se evidencia un predominio femenino en la cobertura. Asimismo, destaca una participación relevante de personas de 60 años y más, reflejando la necesidad de atención continua en población adulta mayor. En conjunto, los datos sugieren un perfil de atención enfocado principalmente en adultos jóvenes, población femenina y seguimiento en etapas clave del ciclo de vida dentro del primer nivel de atención.

**Tabla 2. Cobertura de atención del Centro de Salud Quetzalcóatl**

<b>Cobertura</b>	<b>TOTAL</b>
Mujer < 1 año	278
Mujer de 1 año	76
Mujer de 2 a 4 años	210
Mujer de 5 a 9 años	448
Mujer de 10 a 14 años	365
Mujer de 15 a 19 años	613
Mujer de 20 a 29 años	1451
Mujer de 30 a 49 años	1692
Mujer de 50 a 59 años	592
Mujer de 60 y más años	672
Hombre < 1 año	260
Hombre de 1 año	74
Hombre de 2 a 4 años	202
Hombre de 5 a 9 años	492
Hombre de 10 a 14 años	361
Hombre de 15 a 19 años	230
Hombre de 20 a 29 años	295
Hombre de 30 a 49 años	544
Hombre de 50 a 59 años	303
Hombre de 60 y más años	357
<b>TOTAL</b>	<b>9515</b>

Fuente: Brun, A. et al. (2024). Diagnóstico Situacional de Salud 2024. Tomado el 05 de octubre de 2024.

## 2.10 Morbilidad del Centro de Salud

La tabla 3 presenta las principales causas de consulta registradas en el centro de salud, ordenadas por frecuencia en el año 2023. La causa más común corresponde a infecciones respiratorias agudas 1,603 casos (37.6%), lo que refleja una alta demanda asociada a padecimientos de vías respiratorias, frecuentes en el primer nivel de atención. En segundo lugar, se encuentra COVID-19 con 868 casos (20.3%), evidenciando aún un impacto importante dentro de la carga de enfermedad atendida.

Las afecciones odontológicas también representan una proporción relevante, destacando gingivitis y enfermedades periodontales con 496 casos (11.6%), caries dental con 324 casos (7.6%) y enfermedad de la pulpa y tejidos periapicales con 244 casos (5.7%), lo que indica una demanda significativa de servicios de salud bucal.

Asimismo, se reportan infecciones de vías urinarias con 264 casos (6.1%) e infecciones intestinales, 164 casos (3.8%), reflejando la presencia de padecimientos infecciosos comunes en la comunidad. Otras causas como enteritis y colitis no infecciosas con 134 casos (3.1%), cefalea con 85 casos (2%) y conjuntivitis con 81 casos (1.9%) presentan menor frecuencia relativa.

En conjunto, los datos muestran un predominio de enfermedades infecciosas respiratorias y padecimientos odontológicos como principales motivos de consulta, lo que orienta la planeación de estrategias preventivas y de control en el ámbito del primer nivel de atención.

**Tabla 3. Diez principales causas de morbilidad general por demanda**

Causas	Total
<b>Infecciones Respiratorias Agudas</b>	1, 603
<b>COVID-19</b>	868
<b>Gingivitis y enfermedades periodontales</b>	496
<b>Caries dental</b>	324

<b>Cistitis, uretritis y síndrome uretral; e infección de vías urinarias</b>	264
<b>Enfermedad de la pulpa y tejidos periapicales</b>	244
<b>Infección intestinal por otros organismos</b>	164
<b>Enteritis y colitis no infecciosas</b>	134
<b>Cefalea</b>	85
<b>Conjuntivitis</b>	81
<b>TOTAL</b>	<b>4,263</b>

Fuente: Brun, A. et al. (2024). Diagnóstico Situacional de Salud 2024. Tomado el 05 de octubre de 2024.

## 2.11 Discapacidad

Durante el año 2023 las constancias de discapacidad otorgadas fueron en total 1189 constancias, para el género femenino se entregaron 594 constancias (49.98%) mientras que los hombres contaron con 595 constancias de discapacidad (50.02%), de estos la mayoría se perfilo en el grupo etario de 20-59 años con 778 pacientes, la mayor discapacidad fue la física con 631 casos.

## 2.12 Detecciones

Durante el año 2023 para el género femenino se realizaron un total de 28 ingresos a control para DM2, 19 ingresos para hipertensión arterial sistémica; mientras que para el género masculino se realizaron un total de 45 para DM2, 9 para HAS, por lo que podemos observar que el género femenino tiene más riesgos cardiovasculares que el género masculino, aun así para ambos sexos la presencia de síndrome metabólico es nula; estos factores especialmente la DM2 hace propensos a pacientes a contraer enfermedades como TB pulmonar, y aunque no haya una conexión directa con esta enfermedad se pudo observar que durante las detecciones de TB pulmonar o sintomáticos respiratorios según la definición operacional, se identificaron 6 positivos masculinos y 3 positivo femeninos.

## **2.13 Mortalidad**

Hasta ahora no hay datos públicos específicos y desglosados de mortalidad del área de responsabilidad del C.S.T-III Quetzalcóatl disponibles en fuentes oficiales.

Las estadísticas de mortalidad que sí existen normalmente están disponibles a nivel de Alcaldía / Jurisdicción Sanitaria / Demarcación territorial, no por cada unidad médica específica.

El Centro de Salud se encuentra adscrito a la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, brindando atención médica general a la población correspondiente a dicha demarcación.

La Tabla 4 presenta las principales causas de defunción, divididas por sexo. La primera causa corresponde a las enfermedades del corazón (97,179 defunciones), con mayor número en hombres con 51,184 defunciones (52.7%) que en mujeres con 45,995 defunciones (47.3%), lo que confirma su relevancia como principal problema de salud pública. En segundo lugar se encuentra la diabetes mellitus (55,884 defunciones), con ligera predominancia en mujeres con 28,415 defunciones (50.8%) sobre hombres con 27,469 defunciones (49.2%).

Los tumores malignos ocupan el tercer sitio con 45,409 defunciones, también con mayor frecuencia en mujeres presentando 23,880 defunciones (52.6%). Destacan además las enfermedades hepáticas (19,816 defunciones) y los accidentes (19,211 defunciones), ambos con marcada predominancia masculina, al igual que los homicidios (15,082 homicidios), donde la diferencia por sexo es considerablemente amplia.

Por otro lado, enfermedades como las cerebrovasculares (18,483 defunciones), influenza/neumonía (16,386 defunciones), EPOC (9,952 defunciones) e insuficiencia renal (7,800 defunciones) muestran una distribución más equilibrada, aunque con ligera mayor frecuencia en hombres en la mayoría de los casos.

En conjunto, los datos evidencian que las enfermedades crónico-degenerativas constituyen las principales causas de mortalidad, seguidas de causas externas como accidentes y homicidios, estas últimas con mayor impacto en la población

masculina, lo que orienta la necesidad de fortalecer tanto estrategias de prevención de enfermedades crónicas como intervenciones en salud pública dirigidas a reducir riesgos asociados a violencia y accidentes.

**Tabla 4. Diez principales causas y número de muertes, según sexo. Enero-Junio 2023**

<b>CAUSAS DE DEFUNCIÓN</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>Enfermedades del corazón</b>	<b>97, 179</b>	<b>51, 184</b>	<b>45, 995</b>
<b>Diabetes Mellitus</b>	<b>55, 884</b>	<b>27, 469</b>	<b>28, 415</b>
<b>Tumores malignos</b>	<b>45, 409</b>	<b>21, 529</b>	<b>23, 880</b>
<b>Enfermedades hepáticas</b>	<b>19, 816</b>	<b>14, 313</b>	<b>5, 503</b>
<b>Accidentes</b>	<b>19, 211</b>	<b>14, 858</b>	<b>4, 353</b>
<b>Enfermedades Cerebrovasculares</b>	<b>18, 483</b>	<b>9, 801</b>	<b>8, 682</b>
<b>Influenza/neumonía</b>	<b>16, 386</b>	<b>9, 128</b>	<b>7, 258</b>
<b>Homicidios</b>	<b>15, 082</b>	<b>13, 270</b>	<b>1, 812</b>
<b>EPOC</b>	<b>9, 952</b>	<b>5, 149</b>	<b>4, 803</b>
<b>Insuficiencia renal</b>	<b>7, 800</b>	<b>4, 346</b>	<b>3, 454</b>

Fuente: Brun, A. et al. (2024). Diagnóstico Situacional de Salud 2024. Tomado el 05 de octubre de 2024.

### **2.13.1 Autopsias verbales realizadas por el Centro de Salud Quetzalcóatl (mortalidad materna)**

Con lo que sí cuenta registro el centro de salud son con las autopsias verbales de muertes maternas. Las unidades de la SSA registraron 19 defunciones en el 2022 y 20 el 2021, donde las principales causas de defunción son las causas obstétricas indirectas.

Durante el año 2023 se reportaron un total de 5 probables muertes maternas que ameritaban visita domiciliaria y realización de actividades correspondientes del Sistema Nacional de Salud relacionadas con el Comité Nacional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, por parte del CST III Quetzalcóatl, por lo que a continuación se agregan las enfermedades causales de la mortalidad de estas pacientes, y las principales acciones realizadas.

1. Certificado de defunción con folio 212435484, Edad 39 años, Dx de Defunción: Metástasis Generalizada + Carcinoma de mama:

“Se realiza todo el recorrido de la calle correspondiente al AGEB 5380, se encuentra el domicilio proporcionado en el certificado de defunción, en donde se entrevista al hermano de la paciente finada quien nos proporciona la siguiente información: la paciente, tenía como antecedentes heredo familiares padre finado con DM y EPOC, madre viva con DM y HAS. Antecedentes personales patológicos HAS sin tratamiento y Obesidad, tenía dos hijos de 2 y 5 años respectivamente, se realizó OTB hace 2 años; El familiar refiere iniciar padecimiento actual hace 5 años con masa y aumento de volumen en el ángulo superior externo de mama izquierda, acude con medico particular quien realiza procedimiento quirúrgico (se desconoce el procedimiento) dejando herida abierta durante dos años, posteriormente acude al Hospital General de México donde se le realizan biopsias en mama izquierda sin conocer los resultados, acude al FUCAM donde es diagnosticada con cáncer de mama. Debido a la OTB de hace 2 años, durante su muerte se descarta embarazo, parto o puerperio.”

2. Certificado de defunción con folio 212426795, Edad 46 años, Dx de Defunción: acidosis metabólica + síndrome urémico + enfermedad renal crónica + hipertensión arterial sistémica + diabetes mellitus tipo 2.

“Se realiza todo el recorrido de la calle correspondiente al AGEB 3030, se encuentra el domicilio proporcionado en el certificado de defunción, en donde se entrevista a la hija de la paciente finada quien nos proporciona la siguiente información: la paciente, tenía como antecedentes personales patológicos diabetes mellitus tipo 2 tratada con insulina NPH, HAS tratada con captopril y posterior con nifedipino; derechohabiente al IMSS, llevaba su seguimiento en la unidad HGZ n° 47, tenía dos hijos de 24 y 22 años respectivamente y se le realizo histerectomía hace 22 años por miomatosis; El familiar refiere que la paciente falleció durante la colocación del catéter peritoneal para diálisis. Por la histerectomía de hace 22 años se descarta proceso de embarazo, parto o puerperio.”

3. Certificado de defunción con folio 220212060, Edad 22 años, Dx de Defunción: congestión visceral generalizada.

“Se realiza el recorrido de la calle correspondiente al AGEB 4772, se encuentra el domicilio proporcionado en el certificado de defunción, en donde se entrevista a la Madre de la paciente finada quien nos proporciona la siguiente información: la paciente, tenía como antecedentes heredo familiares: madre con DM tipo 2 e Hipertensión Arterial descontrolada, resto desconoce. Antecedentes personales patológicos Tetralogía de Fallot desde los 5 años sin complicaciones, embarazo de alto riesgo a los 17 años cursando con preeclampsia, por ese motivo se le realizó OTB hace 5 años en el Hospital Belisario Domínguez, por lo que la paciente no estaba embarazada en el momento del fallecimiento. Se anexa copia de solicitud de práctica de necropsia de la Fiscalía de Investigación Territorial en Iztapalapa Agencia Investigadora dem M.P. IZT-6, del Certificado Médico de cadáver, feto o segmento y del AGEB recorrido; la probable causa de su muerte fue por violencia por lo que durante su muerte se descarta embarazo, parto o puerperio.”

4. Certificado de defunción con folio 210155764; Edad 48 años, Diagnóstico de Defunción: infarto agudo al miocardio + evento vascular cerebral + hipertensión arterial sistémica + hipertiroidismo:

“Se realiza el recorrido de la calle en la Col. Las Peñas, en donde se entrevista a la hermana de la paciente finada quien nos proporciona la siguiente información: la paciente tiene como antecedente Hipertensión Arterial de 10 años, Hipertiroidismo desde hace 10 años sin control (4 meses previos a la defunción), y cursó con un evento vascular cerebral que requirió internamiento en el Hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez; cursando con enfermedad respiratoria por COVID-19 durante su estancia y con egreso a domicilio en donde posteriormente falleció refiere por complicaciones de COVID-19. Como antecedentes gineco-obstétricos OTB hace 23 años. Se descarta defunción por muerte materna ya que no se encontraba embarazada, en parto o puerperio.”

## **Capítulo 3. Diagnostico Situacional de 218 cédulas, con población de 771 individuos pertenecientes al AGEB 420-2**

### **3.1 Introducción**

La comunidad puede entenderse como un conjunto social integrado por individuos que comparten determinadas condiciones de vida y características comunes, conformando un sistema dinámico en el que sus miembros establecen relaciones e interacciones tanto formales como informales, generando redes de apoyo orientadas al bienestar colectivo<sup>1</sup>.

En el ámbito de la atención sanitaria, el personal de salud que desempeña sus funciones dentro de un contexto comunitario requiere conocer y comprender las particularidades del entorno, con el propósito de ofrecer servicios oportunos, eficientes y acordes con las necesidades específicas de la población. Para ello, resulta fundamental contar con herramientas que permitan identificar las demandas y problemáticas de individuos, familias y grupos comunitarios, facilitando la planificación, ejecución y evaluación de estrategias de intervención. En este sentido, el diagnóstico de salud constituye un elemento esencial dentro del quehacer profesional en salud pública.

El diagnóstico situacional debe concebirse como un proceso integral que trasciende la simple identificación de enfermedades, incorporando también la valoración de factores de riesgo que permitan anticipar posibles problemas futuros relacionados con el estado de salud. Este enfoque abarca desde la medición de parámetros médicos, biológicos y sanitarios, hasta el análisis de estilos de vida, determinantes sociales, dinámicas de desarrollo físico y mental, así como las condiciones ambientales que influyen en el bienestar de las personas, adoptando así una perspectiva amplia y multidimensional del proceso salud-enfermedad<sup>1</sup>.

A través de la exploración directa del contexto real de trabajo, se busca no solo fortalecer el conocimiento y la comprensión de las problemáticas presentes para construir un diagnóstico de salud claro y fundamentado, sino también promover una reflexión crítica sobre el papel del personal sanitario en la promoción de la salud individual y colectiva, orientada al bienestar integral de la población. Asimismo, se

pretende contribuir al diseño de estrategias más eficaces y equitativas para la detección, prevención y atención de enfermedades y factores de riesgo relevantes a corto y mediano plazo, favoreciendo el desarrollo de comunidades más saludables y sostenibles.

En este marco, se llevó a cabo un diagnóstico de salud en el AGEB 420-2 bajo la responsabilidad del Centro de Salud T-III Quetzalcóatl, el cual permitió identificar necesidades prioritarias y diseñar un proyecto de intervención enfocado en la atención y resolución de las problemáticas detectadas dentro del área de estudio.

### **3.2 Objetivos**

#### **3.2.1 Objetivo general**

- Identificar y analizar las necesidades de salud, los determinantes sociales de la comunidad, con el fin de proporcionar estrategias y proyectos que mejoren la salud y la calidad de vida de la población.

#### **3.2.2 Objetivos específicos**

- Aplicar cédulas diagnósticas que permitan valorar adecuadamente a la comunidad estudiada.
- Identificar factores ambientales, socioeconómicos y culturales que modifican la salud de la comunidad.
- Detectar grupos vulnerables que requieran de necesidades específicas dentro de la comunidad.
- Detectar patrones y tendencias de enfermedades o problemas de salud más frecuentes.
- Priorizar problemáticas de salud y necesidades comunitarias, permitiéndonos participar en su solución.
- Fortalecer la planificación de servicios de salud.
- Mejor cobertura de atención en AGEB estudiado.

### **3.3 Metodología utilizada**

#### **3.3.1 Tipo de estudio**

Se trata de un estudio cuantitativo; observacional, puesto que se implementa solamente la observación y el registro de datos; proyectivo, pues será elaborado mediante datos obtenidos de la aplicación de cédulas diagnósticas de salud; transversal, llevando a cabo una sola muestra; y descriptivo, puesto que se busca describir las características de la comunidad estudiada mediante los datos recolectados.

#### **3.3.2 Recolección de datos**

Se utilizó un muestreo de un área de influencia determinada (AGEB 420-2), obteniendo datos mediante la aplicación de cédulas diagnósticas, encuesta casa por casa.

### **3.4 Límites de tiempo y espacio**

El periodo de tiempo contemplado abarca desde el mes de octubre del 2024 a enero del 2025. Como espacio se tiene el AGEB 420-2, conformado por 26 manzanas pertenecientes a la colonia Mixcoatl, misma que se encuentra delimitada por las calles Tezozómoc, Villa Franqueza y Cuitlahuac, las cuáles fueron recorridas por 2 equipos (Equipo 1, conformado por 6 pasantes y Equipo 2, conformada por 7 pasantes) en un tiempo de 5 días cada una, durante 5 horas al día.

### **3.5 Recursos utilizados**

#### **3.5.1 Recursos humanos**

1. **Director de la Unidad de Salud:** validación del diagnóstico.
2. **Asesor:** Orientación y coordinación del diagnóstico de salud.
3. **2 Pasantes de Medicina:** Aplicación de instrumentos de recolección de datos, integración y sistematización de información documental, análisis de la información obtenida y elaboración del diagnóstico de salud.
4. **11 Pasantes de Enfermería:** Aplicación de instrumentos de recolección de datos, integración y sistematización de información documental, análisis de la información obtenida y elaboración del diagnóstico de salud.

### 3.5.2 Recursos materiales

Para llevar a cabo el trabajo se requirieron de algunos materiales enlistados a continuación:

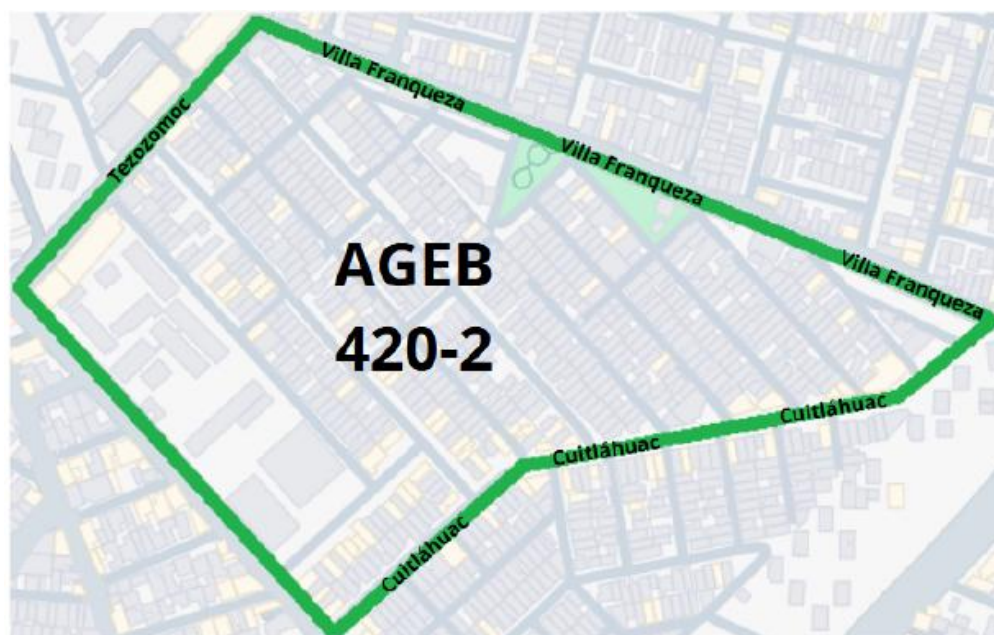
- 218 Juegos de Cédulas diagnósticas impresas
- 11 Grapas
- 1 Engrapadora
- 11 Bolígrafos
- 11 Tablas de clip
- Internet
- Equipos de cómputo y/o laptop

### 3.6 Información sociodemográfica del área de estudio

#### 3.6.1 Ubicación y mapa del área de estudio

Ubicado en la colonia Mixcoatl (dentro de la responsabilidad del C.S.T-III Quetzalcóatl) de la alcaldía Iztapalapa. Se encuentra delimitado por Villa Franqueza al Norte, Cuitlahuac al Este y Tezozómoc al Oeste.

**Imagen 8. Mapa delimitado del AGEB 420-2.**



Fuente: Elaboración propia.

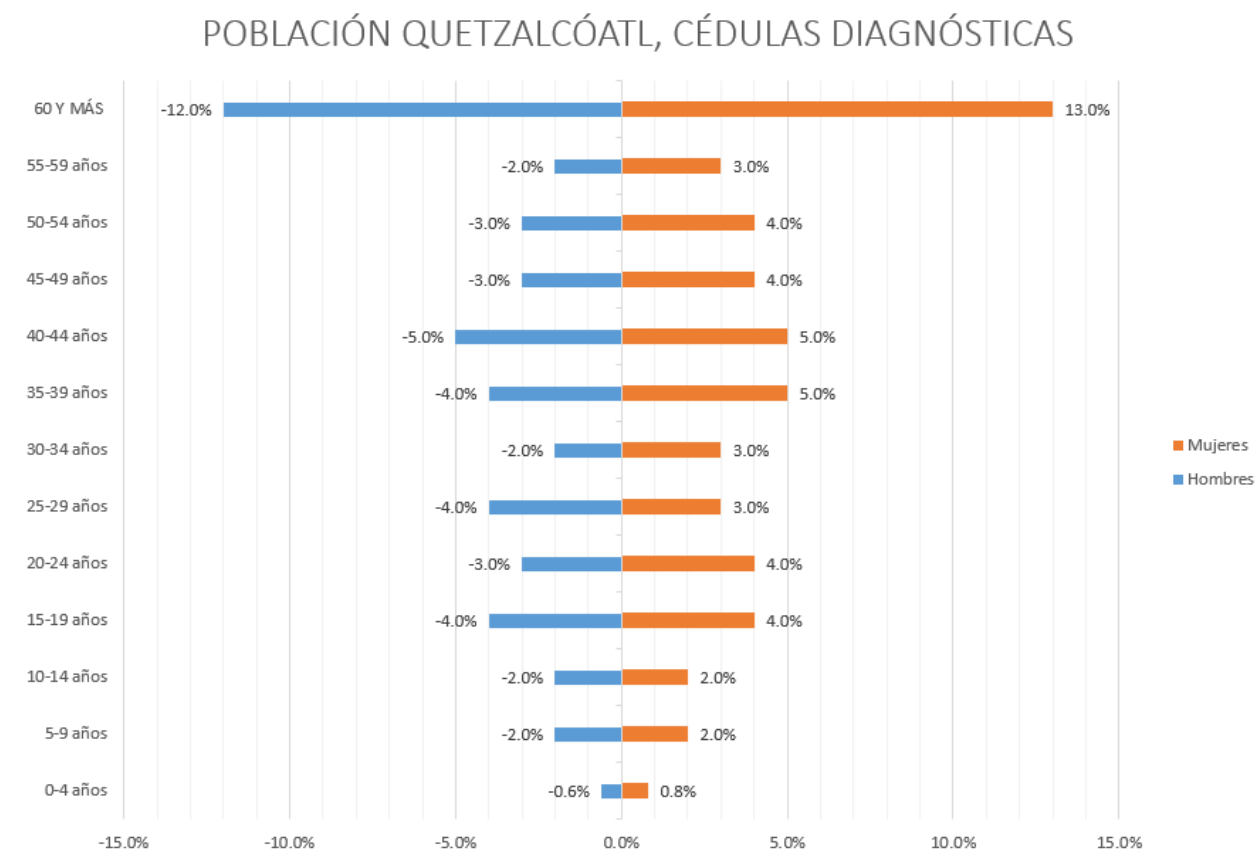
### 3.7 Resultados

#### 3.7.1 Datos demográficos y acceso a la salud

##### 3.7.1.1 Población

Con base en los datos recabados de las 218 cédulas diagnósticas, se obtuvieron un total de 771 individuos de estudio en el AGEB 420-2. Del total de la población, se obtuvo que existe un predominio de mujeres en la comunidad estudiada, con un 52%. Así mismo, dentro de la comunidad estudiada sobresale el grupo etario de población de 60 años y más con un 25%, haciendo notoria la prevalencia en la Pirámide poblacional, visualizándose una pirámide invertida, todo esto reflejado en la Gráfica 6.

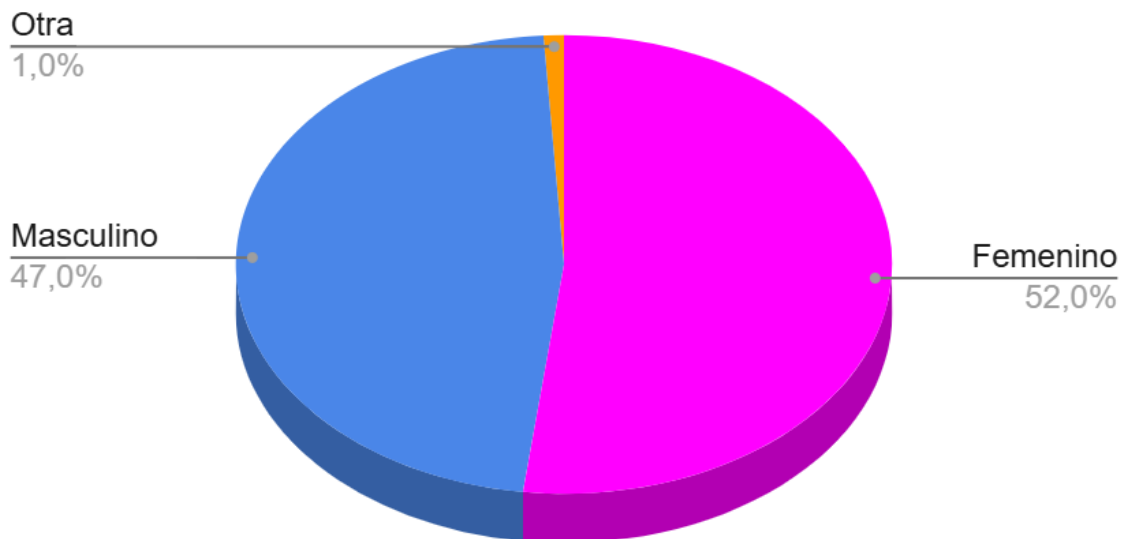
**Gráfica 6. Pirámide poblacional de 218 cédulas diagnósticas aplicadas en el AGEB 420-2**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

Del total de la población estudiada, predominaron aquellos que se identifican con el género femenino con un 52%, seguido de aquellos que se identificaron con el género masculino, siendo solo el 1% quienes se identificaron con un género distinto (Gráfica 7).

**Gráfica 7. Número total de habitantes por identidad de género**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

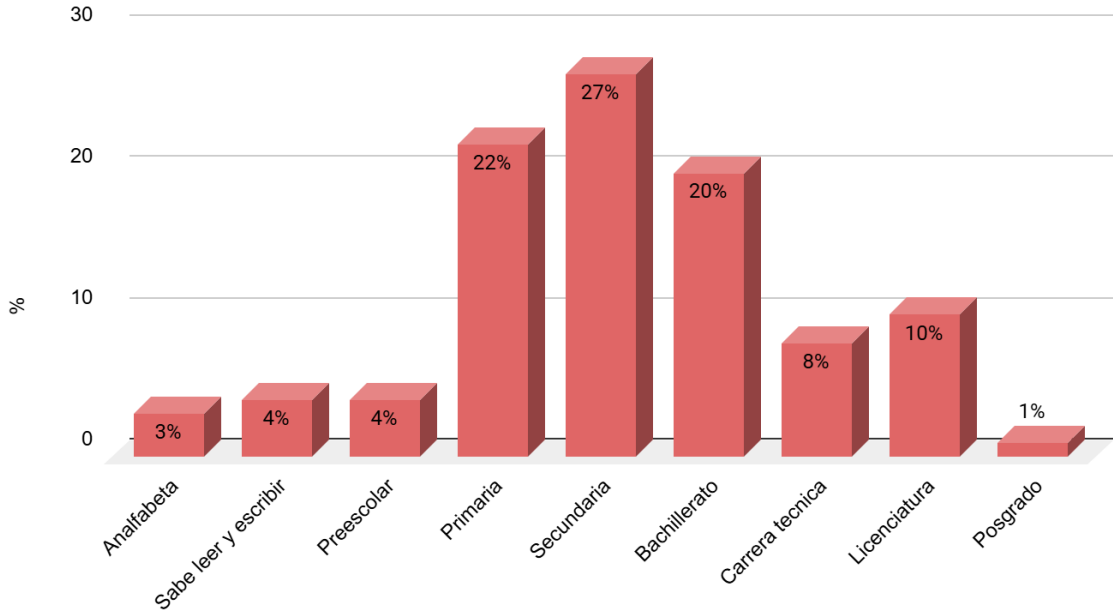
### 3.7.1.2 Escolaridad de la población

La Gráfica 8 muestra la distribución porcentual del nivel educativo de la población. Se observa que el mayor porcentaje corresponde a secundaria con 27% (208 individuos), seguido de primaria con 22% (170 individuos) y bachillerato con 20% (154 individuos), lo que indica que la mayoría de la población cuenta con escolaridad básica y media superior.

Los niveles superiores presentan menor proporción, con 10% en licenciatura (77 individuos), 8% en carrera técnica (62 individuos) y únicamente 1% en posgrado (7 personas), lo que refleja una disminución progresiva conforme aumenta el grado académico. Por otro lado, los porcentajes de analfabetismo (3%) y preescolar (4%) son relativamente bajos, lo que sugiere una cobertura básica amplia en educación inicial y alfabetización.

En conjunto, los datos evidencian que la población se concentra principalmente en niveles de educación básica y media, con una menor proporción que accede a estudios superiores, aspecto relevante para el análisis sociodemográfico y la planeación de intervenciones en salud y desarrollo comunitario.

**Gráfica 8. Nivel de escolaridad promedio**



**Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.**

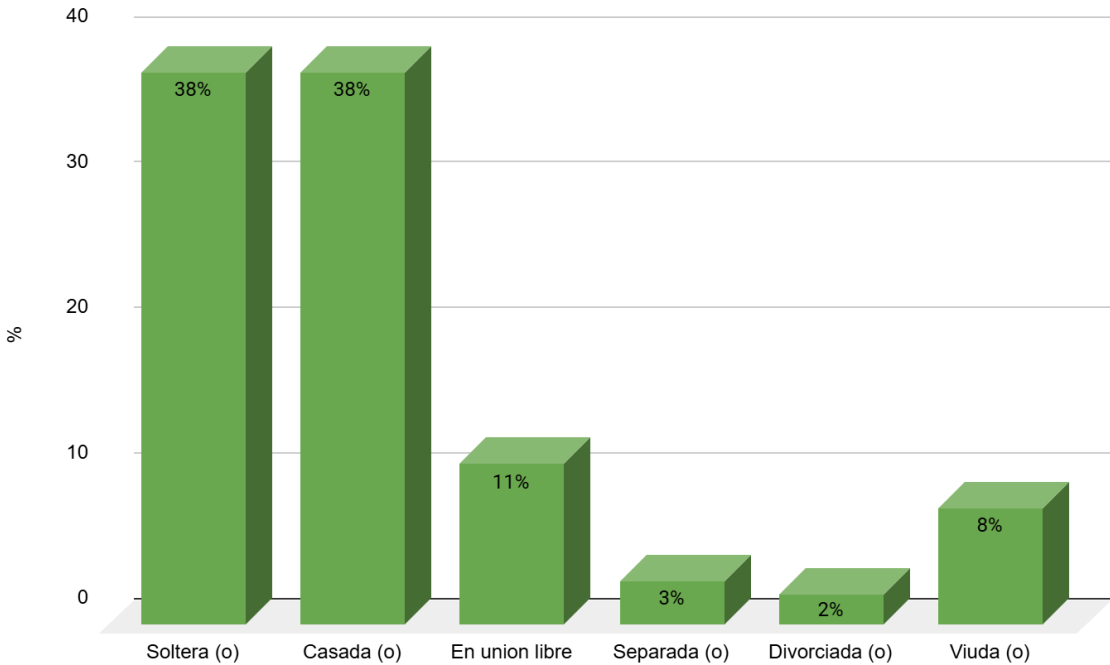
**3.7.1.3 Estado civil**

El Gráfico 9 muestra la distribución porcentual del estado civil en una población determinada. Se observa que las categorías con mayor proporción son personas solteras y casadas con 38% (293 personas en ambos casos), concentrando la mayor parte del total. En contraste, los grupos de personas separadas y divorciadas representan los valores más bajos. Las personas en unión libre y viudas ocupan posiciones intermedias, con 11% (85 personas) y 8% (62 personas) respectivamente, aunque con porcentajes considerablemente menores en comparación con las dos categorías predominantes.

En este caso la predominancia se encuentra en las personas solteras lo cual implica mayor tiempo para el cuidado personal al carecer de responsabilidades de alto impacto, las personas casadas pueden brindarse apoyo para resguardar su salud y

apegarse mutuamente a tratamientos establecidos y por último el estado de viudez puede llegar a implicar un alto riesgo de soledad y por lo tanto depresión o abandono por parte de familiares en el caso de ser adultos mayores.

**Gráfica 9. Estado civil promedio del AGEB 420-2**

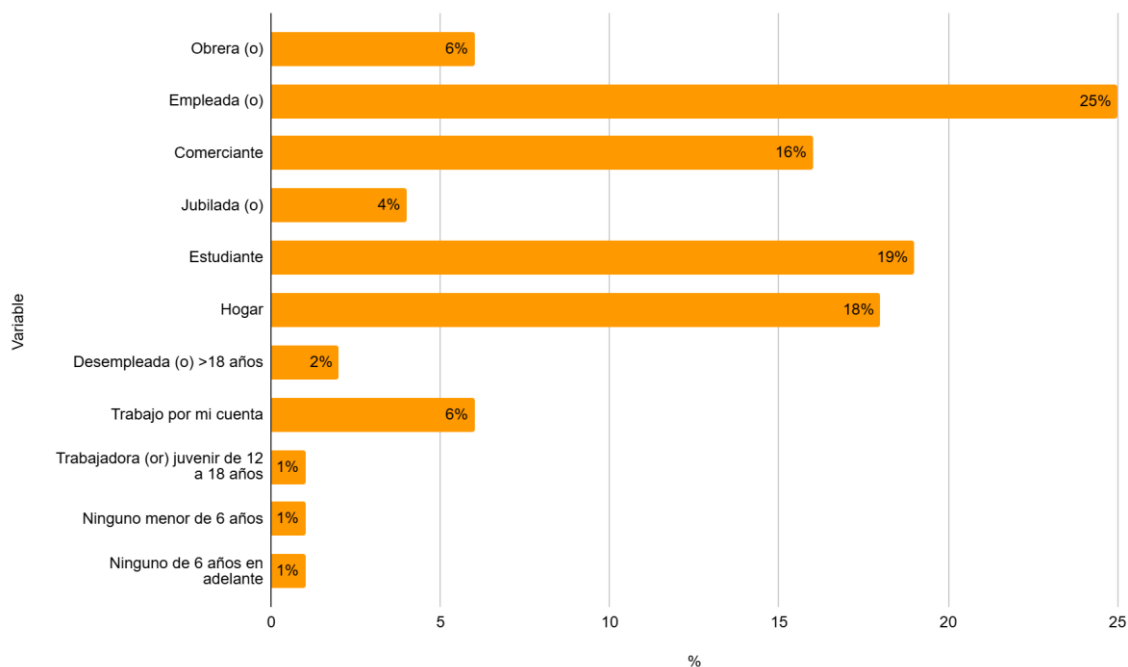


**Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.**

**3.7.1.4 Ocupación de la población del AGEB 420-2**

El Gráfico 10 evidencia que la principal ocupación corresponde a personas empleadas con 25% (193 personas), con el porcentaje más alto del conjunto. Le siguen estudiantes representados por 19% (146 personas) y quienes se dedican al hogar con 18% (139 personas), mostrando también una presencia relevante. La actividad comercial ocupa un nivel intermedio con el 16% (123 personas). En contraste, las categorías como desempleo, trabajo juvenil y otras condiciones minoritarias presentan valores poco representativos dentro del total; por lo tanto al menos la mitad de nuestros habitantes son económicamente activos mientras que el resto realizan otras actividades debido a desempleo, estudiantes o jubilación, lo cual implica menor posibilidad de acceso a servicios de salud adecuados u óptimos.

**Gráfica 10. Ocupación promedio del AGEB 420-2**



**Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.**

### **3.7.1.5 Acceso a los servicios de salud**

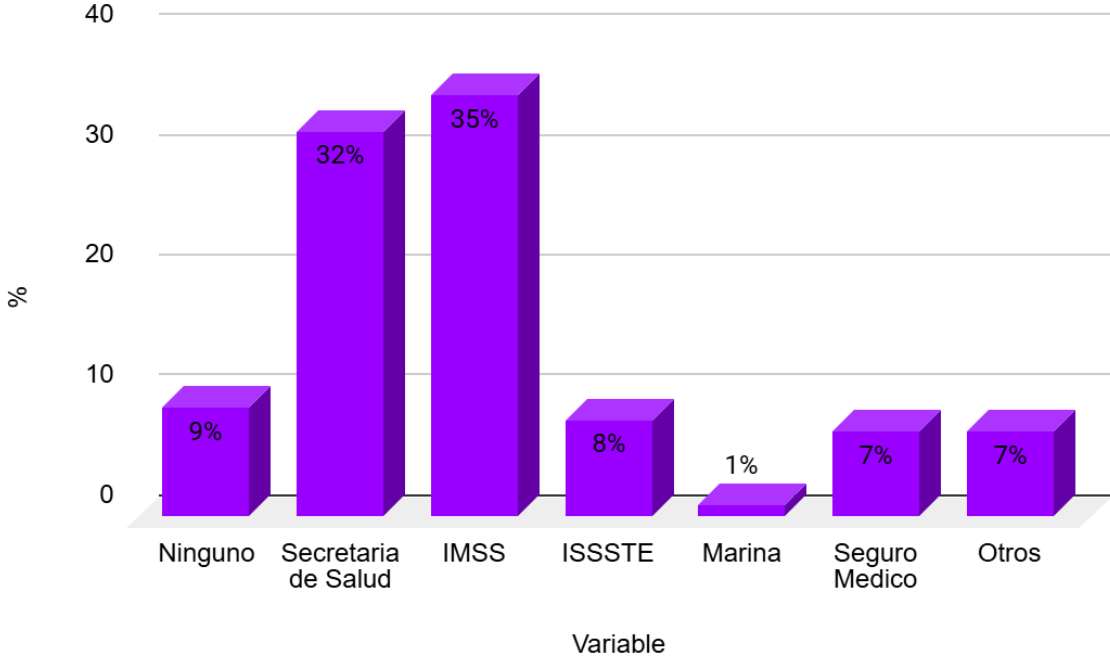
La Gráfica 11 muestra la distribución porcentual de afiliación a servicios de salud. El mayor porcentaje corresponde al IMSS con 35% (270 asegurados), seguido de la Secretaría de Salud con 32% (245 asegurados), concentrando en conjunto el 67% de la población analizada (517 individuos). Esto indica una predominancia clara de instituciones públicas federales como principales proveedores de atención médica.

En menor proporción se encuentra el ISSSTE con 8% (62 asegurados); mientras que el Seguro Médico privado con 7% (54 asegurados) y la categoría de Otros igualmente con 7%, presentan porcentajes similares y relativamente bajos. La afiliación a Marina 1% (7 personas) es mínima.

Destaca que 9% no cuenta con ningún tipo de afiliación (69 no asegurados), lo cual representa un grupo vulnerable relevante desde el punto de vista de acceso a servicios de salud.

En términos generales, la gráfica evidencia una fuerte dependencia del sistema público (especialmente IMSS y Secretaría de Salud) y una baja cobertura por sistemas especiales o privados.

**Gráfica 11. Acceso a los servicios de salud**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

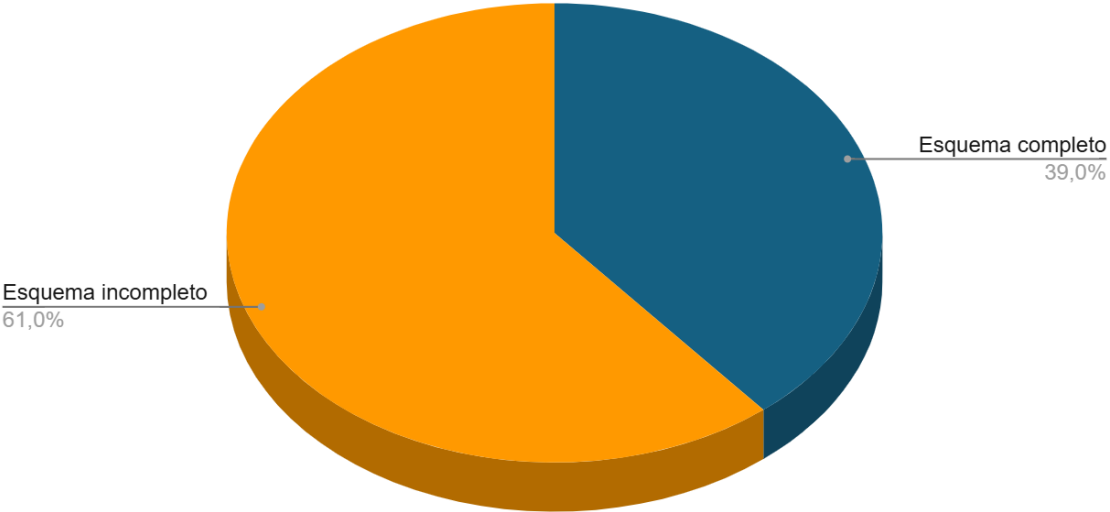
**3.7.2 Vacunación**

Según la información representada en la Gráfica 12, un importante y elevado porcentaje de habitantes representado por un 61% (470 personas) tienen un esquema de vacunación incompleto, y 39% (300 personas) cuentan con su esquema completo.

Considerando que la población predominante es de adultos y adultos mayores se puede atribuir a la falta de educación y conocimiento para la aplicación de vacunas durante la niñez que a su vez implica un riesgo de salud elevado al permitir la propagación de enfermedades con facilidad de una persona a otra, mencionan que desde la pandemia por coronavirus los adultos decidieron parar las visitas a los centros de salud, lo cual desencadenó esquemas de vacunación incompletos, por

lo tanto se deberá implementar la promoción a la vacunación y así poder completar los esquemas que hagan falta.

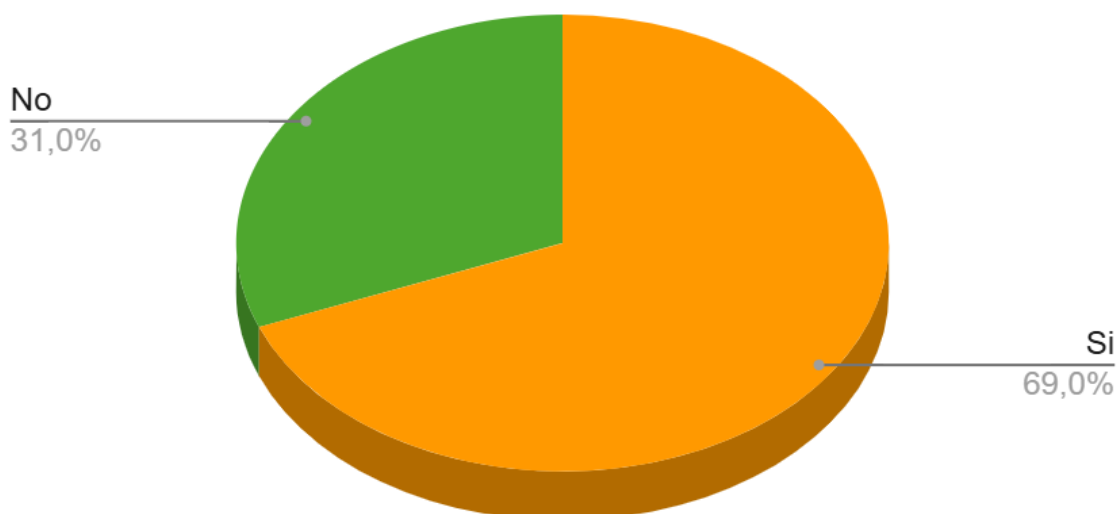
**Gráfica 12. Cobertura de vacunación en AGEB 420-2**



**Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.**

En cuanto a la cobertura de entrega de Cartillas Nacionales de Salud y según el estudio realizado, como se presenta en la Gráfica 13, se logró encontrar que un 69% (532 individuos) sí cuentan con ella y un 31% (239 individuos) no la han adquirido, al realizar esta pregunta en el AGEB asignado se nos fue mencionado que aunque tuvieran la (CNS) no le dan el uso adecuado debido a la falta de comprensión lectora, pérdida de la misma , carencia de tiempo para acudir a las unidades de salud para hacer reposición y así poder completar su esquema o simplemente desconocen su existencia, lo cual denota una parte importante de la población sin esquema completo de vacunación.

**Gráfica 13. Población que cuenta con Cartilla Nacional de Salud**

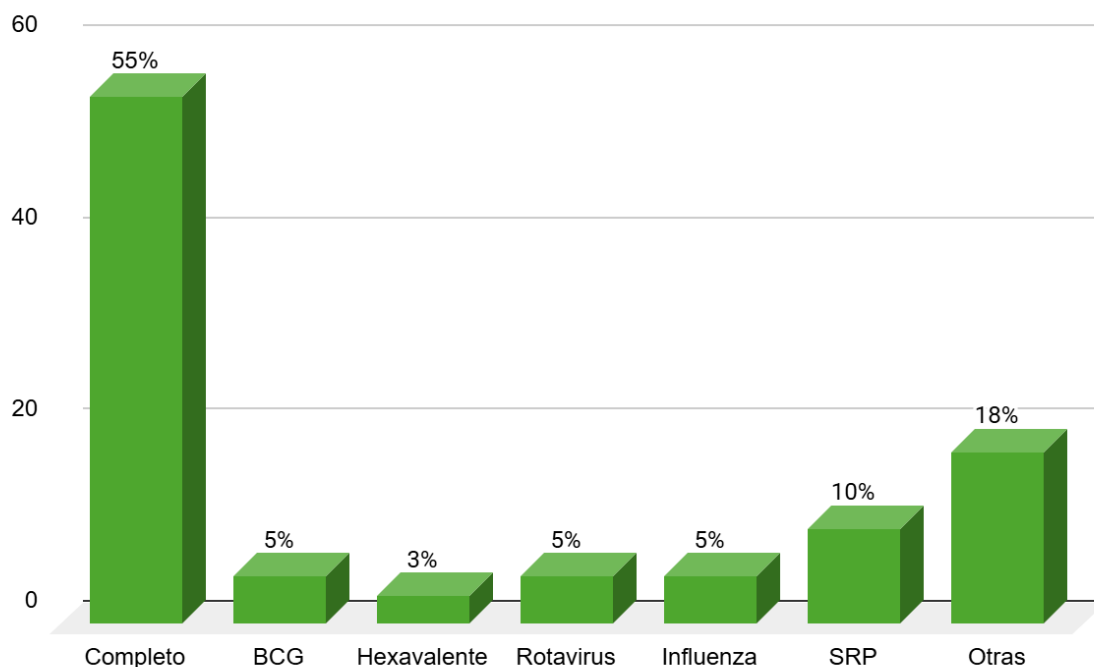


Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### **3.7.2.1 Grupo de 0 a 9 años**

En total, existen 40 niños pertenecientes a este grupo etario según las encuestas de salud aplicadas. En la Gráfica 14 se obtuvieron los siguientes resultados, un 55% (22 niños) cuenta con esquema de vacunación completo siendo este el resultado con mayor prevalencia, el 18% (alrededor de 7 niños) cuenta con otras vacunas por ser población extranjera o sus padres desconocen las vacunas que le fueron aplicadas, el 10% (4 niños) solo se les aplicó SRP (triple viral) , teniendo una equidad en tres datos con el 5% ( 2 niños por cada uno) siendo estos la aplicación de vacuna contra BCG, rotavirus e influenza y finalmente un 3% (entre 1-2 niños) en la población vacunada solo contra Hexavalente dando el total del 100% destacando que la mayoría de personas tienen el esquema de vacunación completo implica un riesgo sanitario mínimo ante la cobertura de vacunación en este grupo etario vulnerable.

**Gráfica 14. Esquema de vacunación del grupo de edad de 0-9 años**

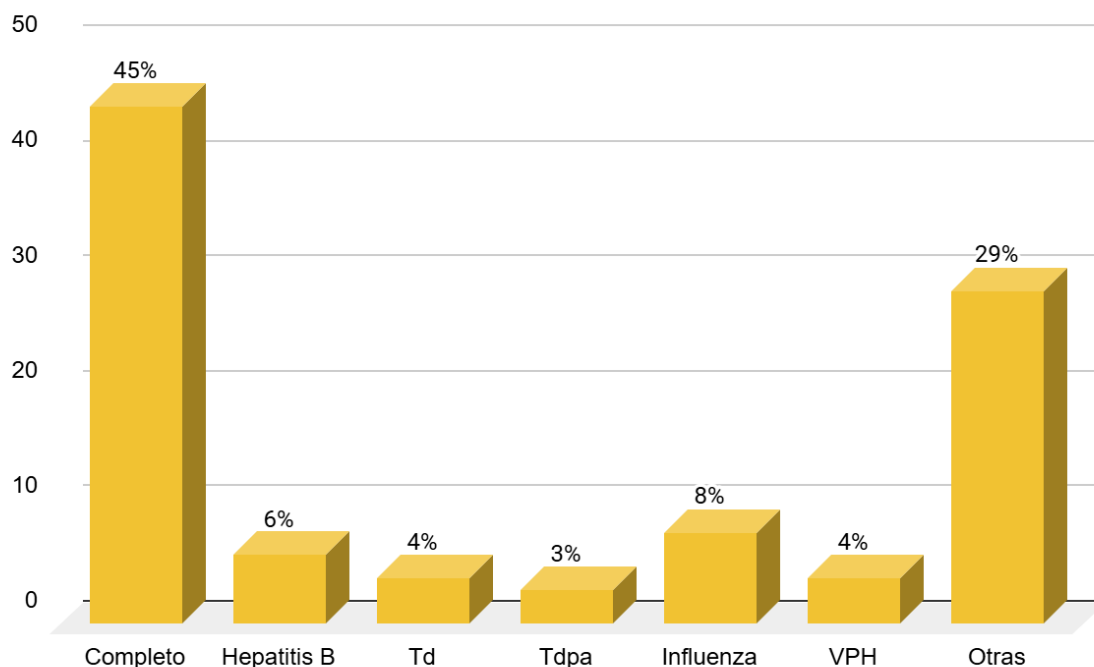


**Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.**

### **3.7.2.2 Grupo de 10 a 19 años**

En este grupo etaria, se registró un total de 99 jóvenes. Como se muestra en la Gráfica 15, el 45% (alrededor de 45 jóvenes) de la población total cuentan con el esquema de vacunación completo, 29% (cerca de 29 jóvenes) nos indican desconocer qué vacunas se le aplicaron, el 8% (alrededor de 8 jóvenes) solo se han aplicado la vacuna de influenza el último año; a su vez se obtuvieron dos valores idénticos con el 4% (alrededor de 4 jóvenes) siendo estos Td (tétanos y difteria) y VPH (virus del papiloma humano) lo cual refleja un rezago importante en la vacunación a niñas en quinto grado y por lo tanto, amerita un riesgo superior de desarrollar cáncer cervicouterino al inicio de la vida sexual, asimismo un 3% (cerca de 3 jóvenes) de la población total tuvo un embarazo adolescente por lo que le fue aplicada la vacuna de Tdpa, esencial para la disminución del riesgo de mortalidad y morbilidad neonatal a causa de tos ferina.

**Gráfica 15. Esquema de vacunación del grupo de edad 10-19 años**

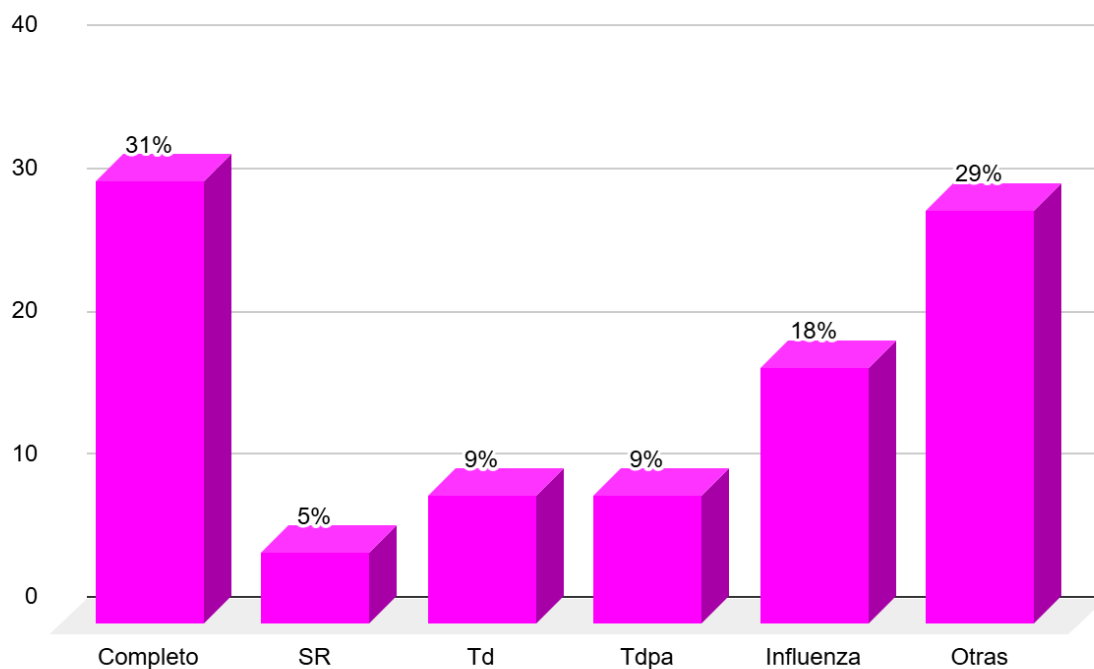


Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### 3.7.2.3 Grupo de mujeres de 20 a 59 años

Se registraron 235 mujeres vacunadas en este grupo etario (en comparación con la población total de mujeres dentro de estos rangos de edad, 10 mujeres no han recibido ninguna vacuna en su vida). De acuerdo con la Gráfica 16, puede observarse la alta proporción de esquemas completos en este grupo poblacional en un 31% (73 vacunadas), a continuación de un 18% del total de mujeres vacunadas (43 casos) solo tienen la vacuna contra influenza y al haberse reportado al menos 17 defunciones por este virus en la última temporada invernal, justifica la urgencia de reforzar la estrategia de vacunación en esta población. Por último, un 29% (67 vacunadas) refieren haber recibido alguna otra vacunas fuera de las presentadas en el cuestionario, como varicela o alguna vacuna en el extranjero (muy raro), pero la respuesta más común era que desconocían que vacuna habían recibido.

**Gráfica 16. Esquema de vacunación mujeres de 20 a 59 años**

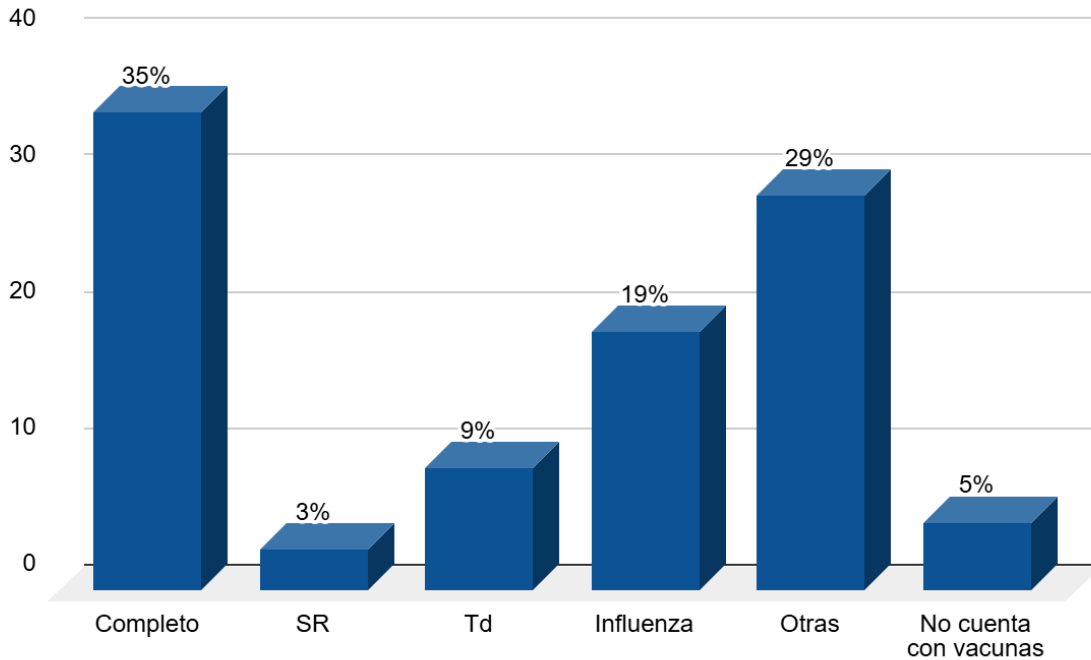


Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

#### **3.7.2.4 Grupo de hombres de 20 a 59 años**

En este grupo etario se registraron un total de 198 individuos vacunados. En la Gráfica 17, podemos observar que un 35% (72 vacunados) cuentan con su esquema completo, el segundo esquema más frecuente es contra la influenza, que representa el 19 % del total (40 vacunados) . Preocupa que el 5% de la población total perteneciente a este grupo etario (10 individuos) no cuente con ningún esquema de vacunación, lo que resalta la necesidad de aumentar la cobertura y fomentar campañas de sensibilización.

**Gráfica 17. Esquema de vacunación hombres de 20 a 59 años**

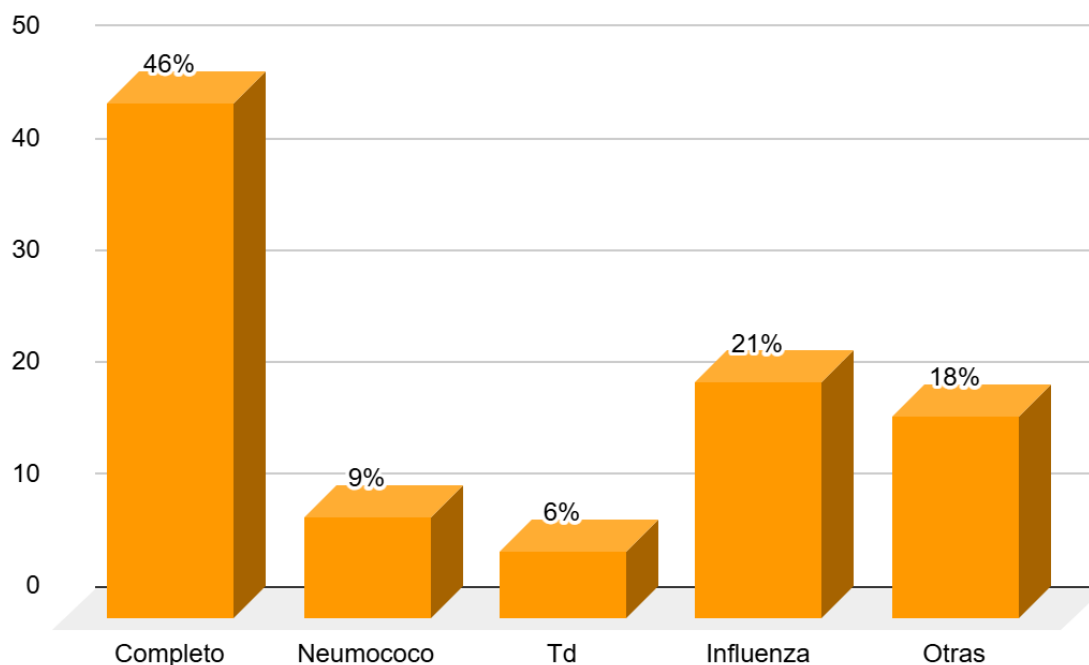


Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### **3.7.2.5 Grupo de 60 años y más**

Se registraron 189 individuos pertenecientes a este grupo etario. Como se presenta en la Gráfica 18, solo el 46% de las personas de 60 años y más (86 adultos mayores), cuentan con un esquema de vacunación completo, por lo que el otro 54% (102 individuos) no cuentan con un esquema completo, dato sumamente alarmante mencionando anteriormente que es un grupo etario vulnerable. De las vacunas que más reportan haber adquirido, se encuentra el de la influenza con un 21% (alrededor de 37 adultos mayores), dato importante ya que al llegar a una edad avanzada, el sistema respiratorio se debilita y es muy susceptible a contagios/infecciones por este virus y otros microorganismos de afección respiratoria.

**Gráfica 18. Esquema de vacunación grupo 60 años y más**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### 3.7.3 Salud Bucal

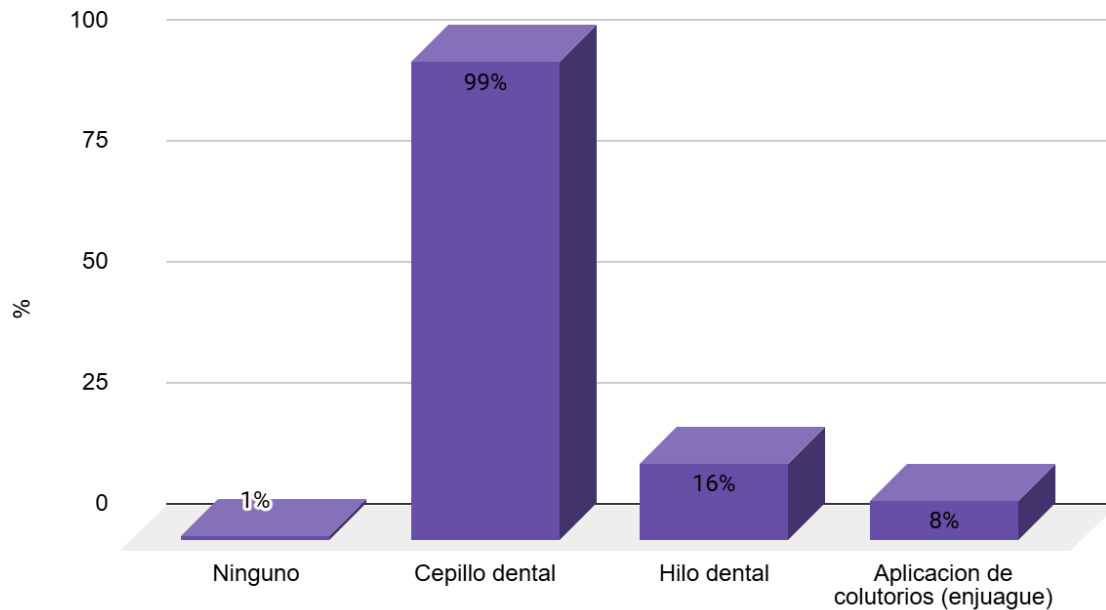
#### 3.7.3.1 Higiene bucal

La Gráfica 19 muestra la distribución de prácticas de higiene bucal. El 99% (alrededor de 763 personas) utiliza cepillo dental, lo que indica una cobertura prácticamente universal de esta medida básica de higiene oral. Solo 1% (entre 7-8 individuos) refiere no utilizar ningún método, porcentaje mínimo pero clínicamente relevante al representar un grupo en alto riesgo de patología bucodental.

En contraste, el uso de métodos complementarios es considerablemente menor: 16% (aproximadamente 123 individuos) utiliza hilo dental y 8% (62 personas) emplea colutorios (enjuague bucal). Esto evidencia que, aunque el cepillado está ampliamente incorporado, las prácticas de higiene interdental y complementaria son limitadas.

En términos significativos, existe una brecha importante entre el uso del cepillo dental y las medidas auxiliares, lo cual podría influir en la persistencia de enfermedad periodontal o caries interproximal en la población estudiada.

**Gráfica 19. Higiene bucal de la población estudiada**



**Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.**

### 3.7.3.2 Número de veces que realiza higiene bucal

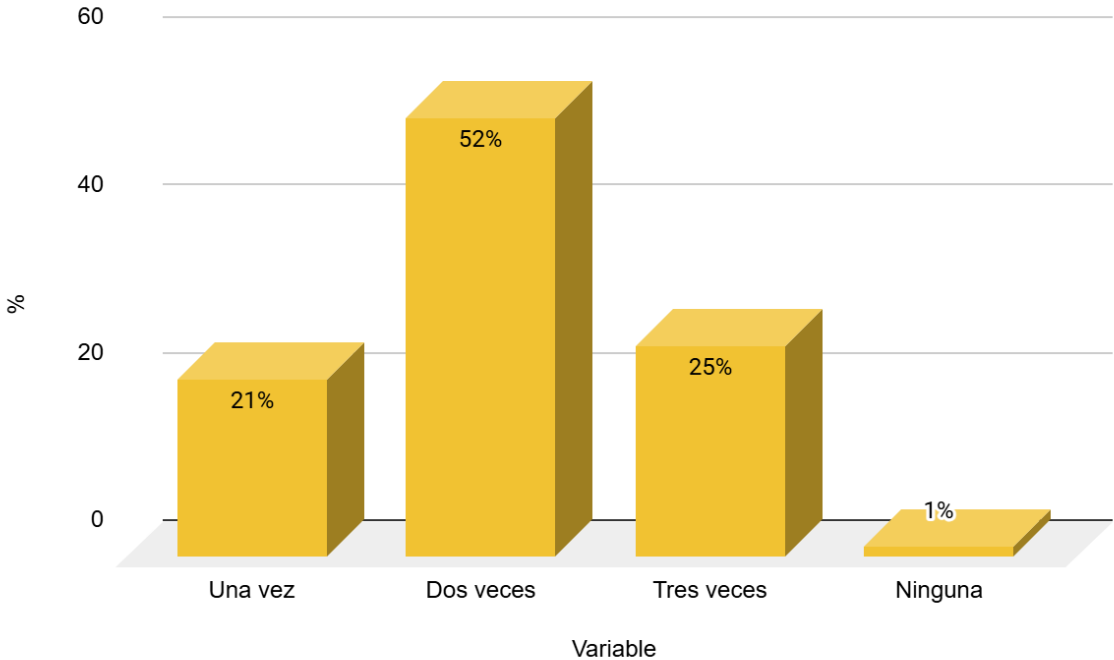
La Gráfica 20 muestra la frecuencia diaria del cepillado dental. La mayoría de los participantes realiza la práctica dos veces al día con un 52% (alrededor de 401 individuos), lo que representa la conducta predominante y se alinea con las recomendaciones estándar de higiene bucal. Un 25% (cerca de 193 personas) refiere realizarla tres veces al día, lo que indica un subgrupo con hábitos más estrictos.

Sin embargo, 21% (aproximadamente 162 personas) la realiza solo una vez al día, lo cual podría considerarse insuficiente desde el punto de vista preventivo. Además, 1% (entre 7-8 personas) no la realiza en absoluto, grupo pequeño pero clínicamente relevante por su mayor riesgo de enfermedad bucodental.

En términos significativos, aunque el 77% (alrededor de 594 personas) cumple o supera la frecuencia recomendada ( $\geq 2$  veces al día), existe un 22% (163 personas)

con prácticas subóptimas o ausentes, lo que puede impactar en la prevalencia de caries y enfermedad periodontal en la población estudiada.

**Gráfica 20. Número de veces que se realiza higiene bucal**

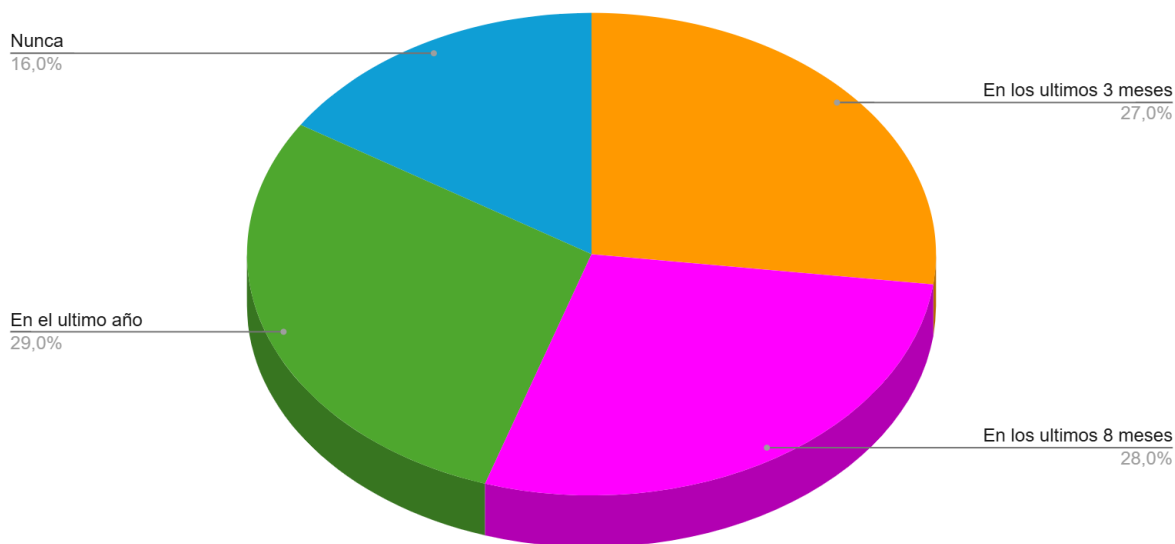


Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

**3.7.3.3 Última consulta dental**

Las visitas al dentista en toda la población suelen ser muy esporádicas ya que el porcentaje más alto del 29% (223 personas) corresponde a las personas que acudieron a consulta dental en el último año seguido de un 28% (216 personas) que acudieron en al menos los últimos 8 meses, al cuestionar esta parte, generalmente acuden cuando ya existe una molestia significativa, que puede estar influido por algunos factores como lo son: pocos recursos financieros para apegarse a un tratamiento terapéutico riguroso, acceso limitado a los servicios de salud o falta de tiempo para acudir a los servicios gratuitos de la Secretaría de Salud, aumentando el riesgo de enfermedades periodontales.

## Gráfica 21. Última consulta dental



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

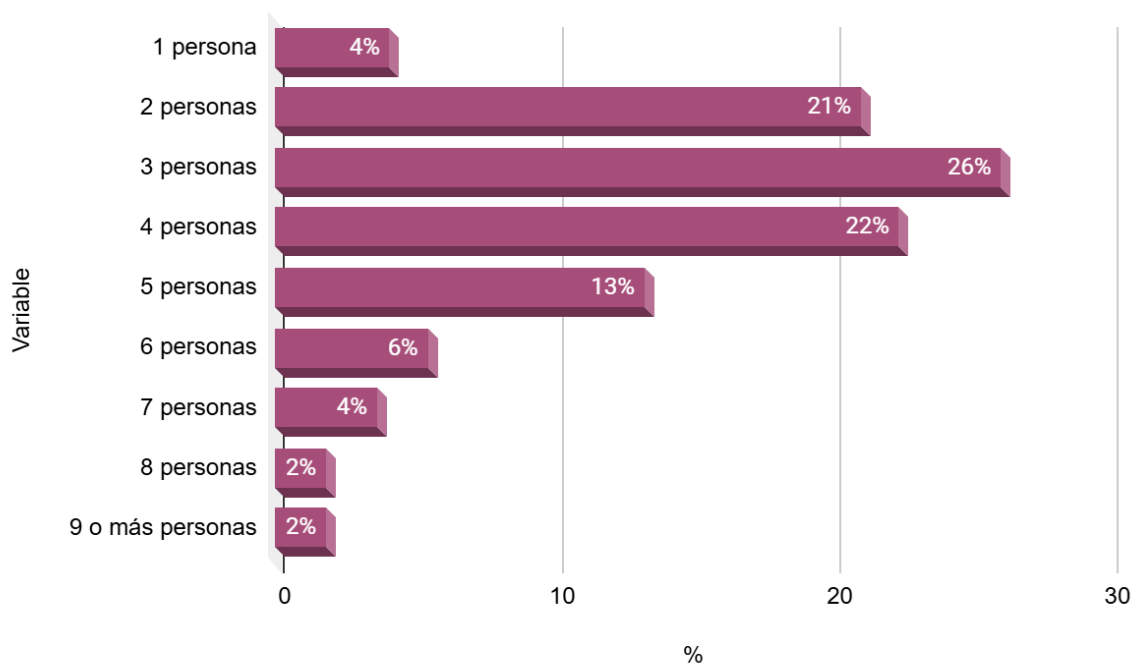
### 3.7.4 Características de la vivienda

#### 3.7.4.1 Personas que habitan la vivienda

Se lograron registrar alrededor de 218 viviendas habitadas. En la Gráfica 22 muestra la distribución del número de personas por vivienda. La mayor proporción corresponde a viviendas con 3 personas (26%, 57 viviendas), seguida de 4 personas (22%, 48 viviendas) y 2 personas (21%, 46 viviendas), concentrando en conjunto el 69% (150) de los hogares. Esto indica que predominan los hogares pequeños a medianos. Un 13% (29 viviendas) vive en hogares de 5 personas, mientras que los hogares con 6 o más integrantes presentan porcentajes menores, 6% para 6 personas (12 viviendas), 4% para 7 personas (8 viviendas) y 2% tanto para 8 como para 9 o más personas (4 viviendas en cada uno), lo que refleja baja frecuencia de hacinamiento severo. Solo 4% (9 hogares) vive solo, lo que sugiere que la mayoría de la población pertenece a estructuras familiares o convivenciales.

En términos relevantes para el análisis socio epidemiológico, la concentración en hogares de 3 a 4 integrantes puede influir en dinámicas de transmisión de enfermedades, condiciones de higiene y determinantes sociales de la salud.

**Gráfica 22. Número de personas por vivienda**



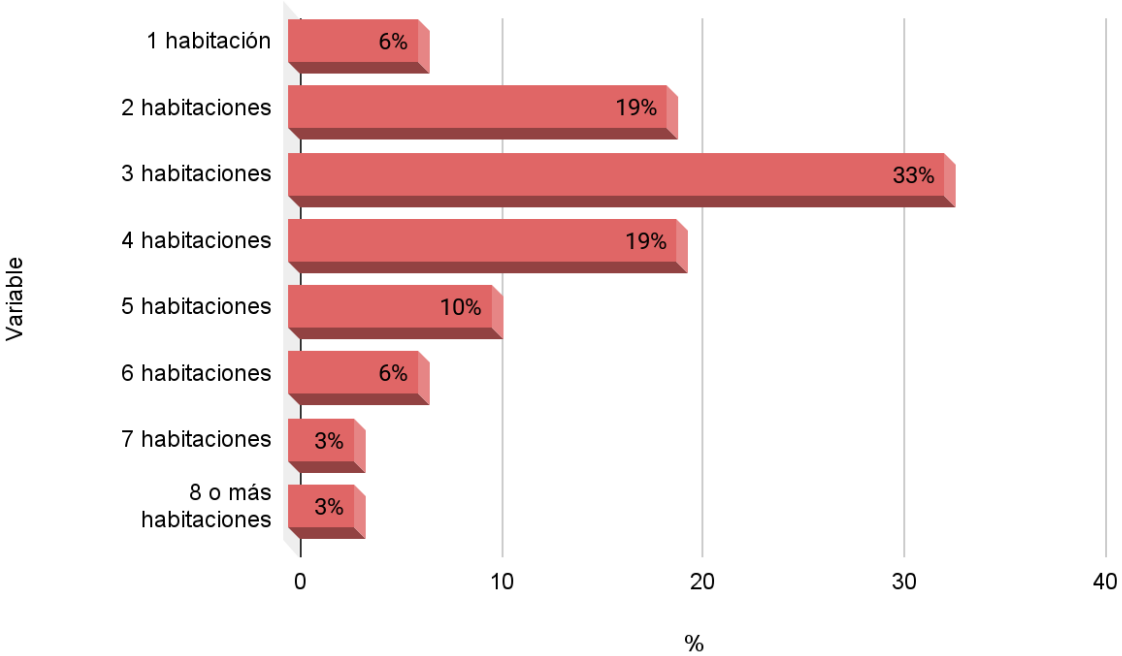
Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

#### **3.7.4.2 Habitaciones que usan para dormir**

La Gráfica 23 muestra la distribución del número de habitaciones utilizadas para dormir. Predominan las viviendas con 3 habitaciones (33%, 71 viviendas), seguidas por 2 habitaciones (19%, 41 viviendas) y 4 habitaciones (19%, 42 viviendas), concentrando en conjunto el 71% de los casos (155 viviendas). Esto sugiere que la mayoría de los hogares cuenta con una capacidad intermedia para la distribución de los integrantes. Un 10% dispone de 5 habitaciones (22 hogares), mientras que las viviendas con 6 o más habitaciones presentan proporciones menores, 6% para 6 habitaciones (14 hogares), 3% para 7 (7 hogares) y 3% para 8 o más (7 hogares), lo que indica que los hogares con mayor amplitud son poco frecuentes. Por otro lado, 6% (14 hogares) cuenta con una sola habitación para dormir, lo cual puede representar un indicador de hacinamiento dependiendo del número de personas por vivienda.

En términos sociosanitarios, la concentración en 2 a 4 habitaciones, junto con los datos previos de número de habitantes, permite analizar posibles condiciones de hacinamiento y su impacto en la transmisión de enfermedades y calidad de vida.

**Gráfica 23. Habitaciones usadas para dormir.**



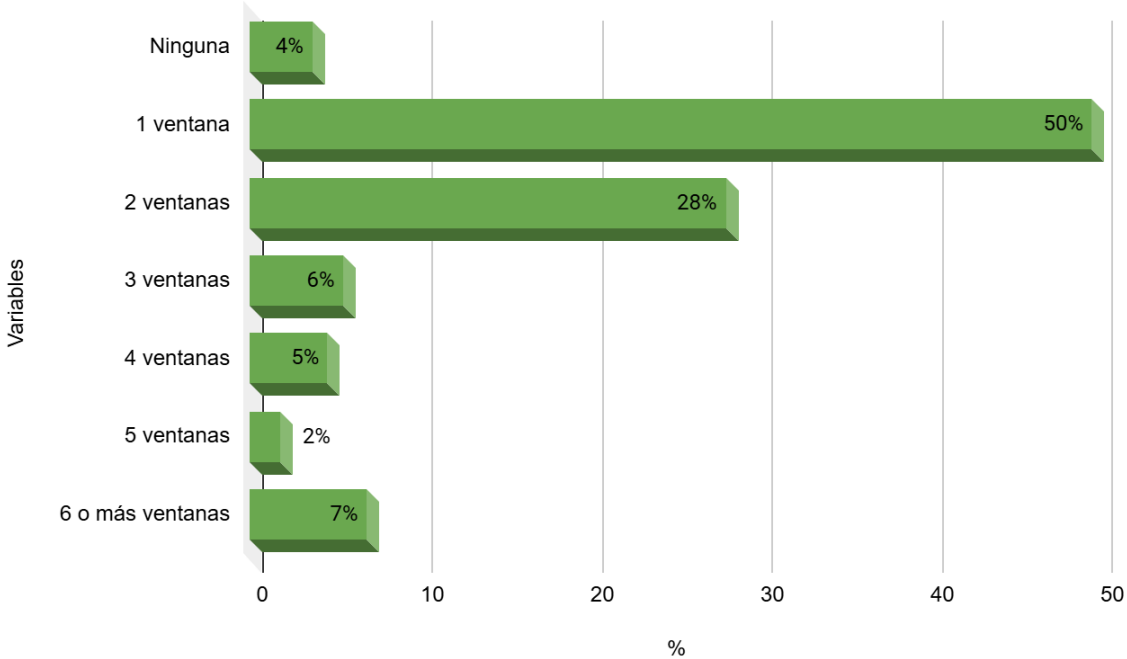
Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGE 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

**3.7.4.3 Ventanas por habitación**

La Gráfica 24 muestra la distribución del número de ventanas por habitación. 50% de las habitaciones cuenta con 1 ventana (108 hogares), seguida de aquellas con 2 ventanas con 28% (61 hogares), concentrando en conjunto el 78% (170 hogares) de los casos. Esto indica que la ventilación natural depende principalmente de una o dos fuentes de entrada de aire. Un 7% presenta 6 o más ventanas (15 hogares), mientras que 6% tiene 3 ventanas (12 hogares), 5% cuatro ventanas (10 hogares) y 2% cinco ventanas (4 hogares), lo que refleja que los espacios con mayor ventilación son minoritarios. Es relevante que 4% (8 hogares) no cuenta con ninguna ventana, situación que puede representar un riesgo desde el punto de vista sanitario, al limitar la ventilación y favorecer la acumulación de contaminantes

intradomiciliarios y la transmisión de enfermedades respiratorias. Se estima que para el año 2050 la población adulta mayor que permanece en el hogar durante la mayor parte del tiempo se incrementará de manera considerable, lo que, aunado a las modificaciones en los patrones climáticos asociadas al cambio climático, resalta la importancia de contar con viviendas que garanticen ventilación adecuada y protección frente a temperaturas extremas y otros fenómenos meteorológicos relevantes<sup>2</sup>.

**Gráfica 24. Ventanas por habitación**



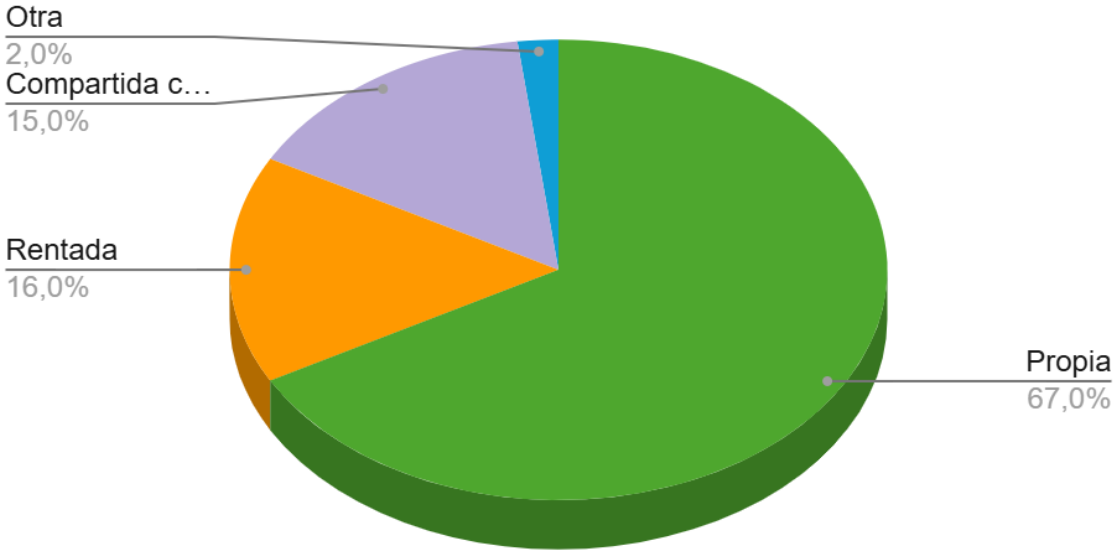
Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGE 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

**3.7.4.4 Tenencia de la vivienda**

La Gráfica 25 muestra la distribución de la tenencia de la vivienda. Predomina ampliamente la vivienda propia en un 67% (148 hogares), lo que indica estabilidad residencial en más de dos tercios de la población estudiada. Este dato es relevante como determinante social favorable, asociado generalmente a mayor seguridad habitacional y mejores condiciones de infraestructura. El 16% (34 hogares) vive en vivienda rentada, mientras que el 15% (32 hogares) reside en vivienda compartida,

La alta proporción de vivienda propia sugiere condiciones de arraigo y potencialmente mayor control sobre el entorno físico; sin embargo, casi un tercio de la población se encuentra en esquemas de vivienda que podrían asociarse con mayor movilidad o vulnerabilidad social.

**Gráfica 25. Tenencia de la vivienda**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

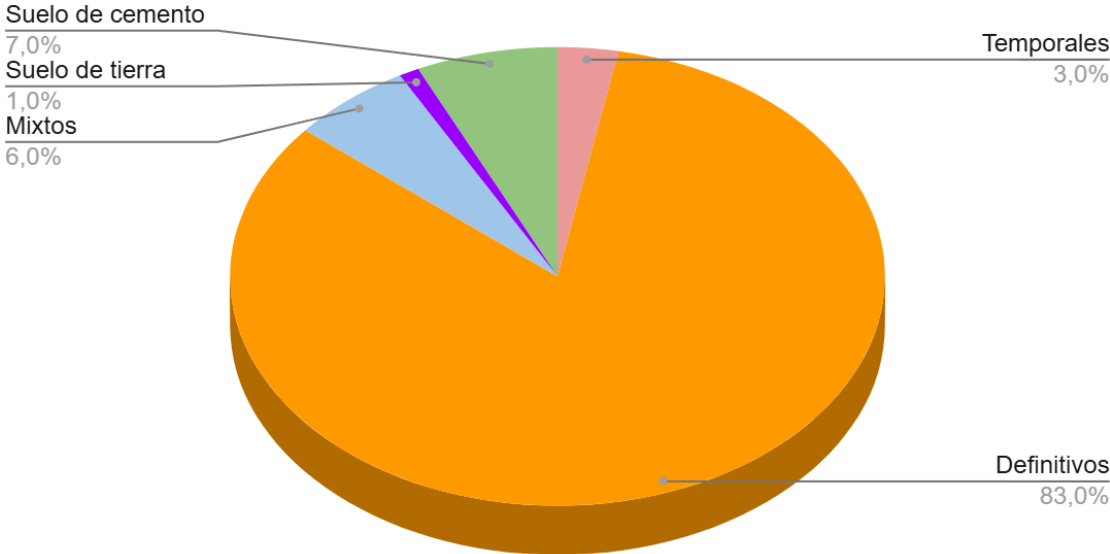
**3.7.4.5 Materiales de construcción**

En la Gráfica 26, predominan ampliamente las viviendas con materiales definitivos en un 83% (182 hogares), lo que indica condiciones estructurales formales y mayor estabilidad física del inmueble. Este dato representa un determinante social favorable en términos de seguridad y protección ambiental. Un 6% presenta materiales mixtos (13 hogares), mientras que 3% corresponde a construcciones temporales (6 hogares), lo que refleja un pequeño pero relevante sector con posible vulnerabilidad estructural. En relación con el tipo de piso, 7% (16 hogares) cuenta con suelo de cemento y 1% con suelo de tierra (1-2 hogares), este último considerado un indicador importante de rezago social y riesgo sanitario, asociado a mayor exposición a contaminantes y enfermedades.

En términos generales, aunque la mayoría de las viviendas presenta condiciones constructivas adecuadas, existe un grupo minoritario con características que

pueden impactar negativamente en la salud y calidad de vida, lo cual debe considerarse dentro del análisis integral de determinantes sociales; la presencia de deficiencias estructurales derivadas de una construcción inadecuada o de un mantenimiento insuficiente puede incrementar el riesgo de accidentes, como resbalones o caídas, además de contribuir a efectos psicosociales negativos, entre ellos estrés y aislamiento social<sup>2</sup>.

**Gráfica 26. Materiales de construcción de la vivienda**

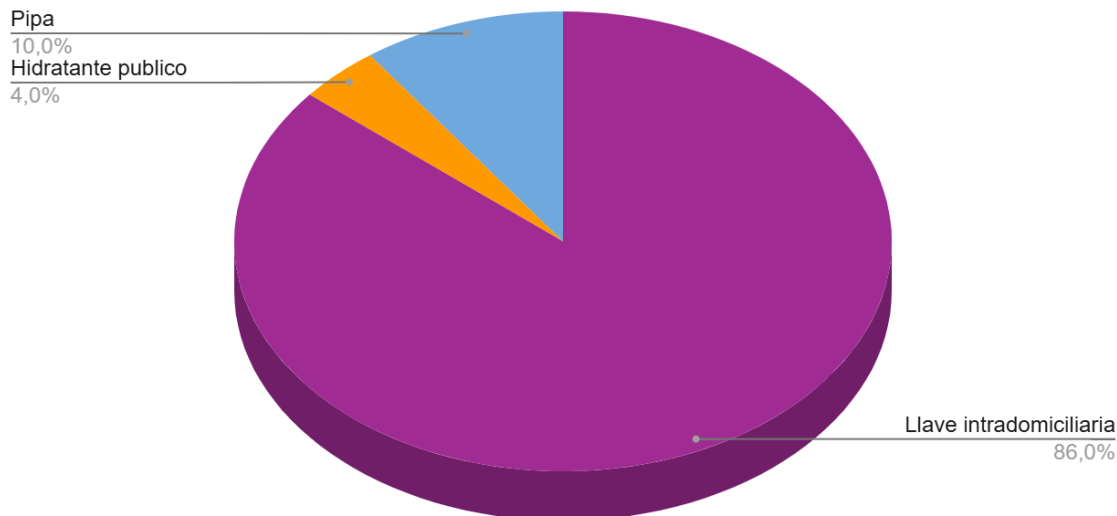


Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

**3.7.4.6 Disposición de agua en la comunidad**

De acuerdo con la información recabada y plasmada en la Gráfica 27, el 86% de las viviendas (188 hogares) cuenta con suministro de agua mediante llave intradomiciliaria, lo que reduce la necesidad de recurrir a pipas o de trasladarse a largas distancias para su obtención. No obstante, aproximadamente el 10% (21 hogares) depende del abastecimiento a través de pipas gratuitas, situación que implica que la responsabilidad de mantener la calidad del agua durante su recolección, almacenamiento y transporte recaiga directamente en los hogares. En este contexto, resulta fundamental promover prácticas adecuadas de higiene y reforzar programas de educación sanitaria orientados a fortalecer los conocimientos y habilidades de la población para el manejo seguro del agua<sup>3</sup>.

**Gráfica 27. Tipo de disposición de agua en la comunidad.**



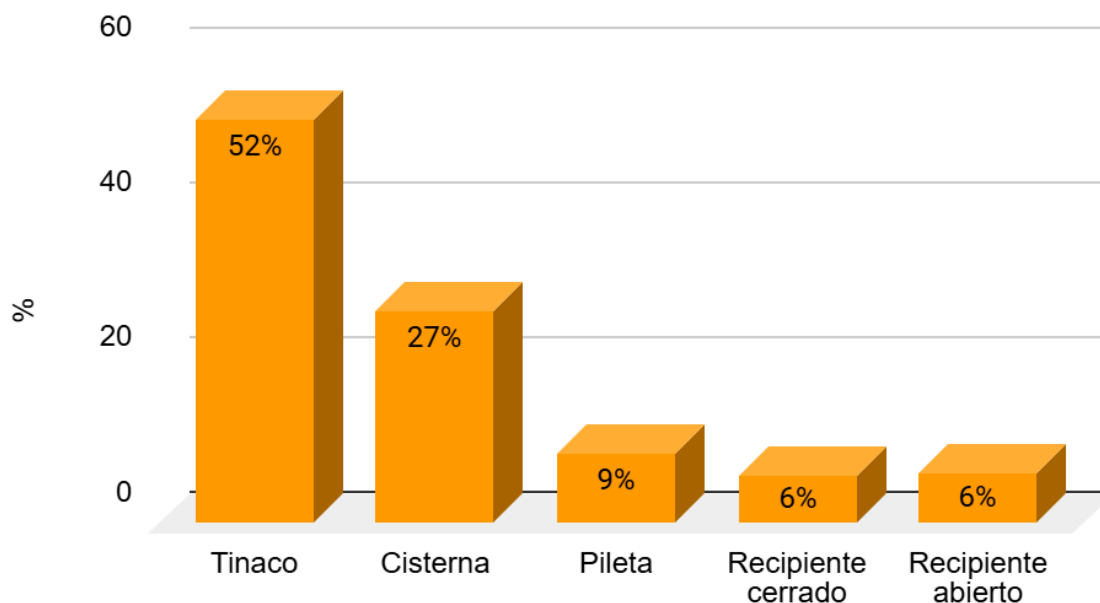
Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### **3.7.4.7 Disposición de agua en la vivienda**

#### **3.7.4.7.1 Almacenamiento**

En la Gráfica 28 se refleja la predominancia del uso de tinaco con 52% (113 viviendas), lo que representa la principal forma de resguardo y, en general, una modalidad adecuada cuando se mantiene cerrado y con limpieza periódica. En segundo lugar se encuentra la cisterna con 27% (59 hogares), sumando ambas modalidades formales el 79% del total (172 hogares, lo que sugiere una infraestructura relativamente estable para el almacenamiento. Aunque la mayoría utiliza sistemas estructurados de almacenamiento, el 21% emplea modalidades potencialmente más vulnerables, lo que puede influir en la incidencia de enfermedades diarreicas y vectoriales en la población estudiada. Diversos estudios han demostrado que el almacenamiento seguro del agua constituye una medida eficaz para reducir la incidencia de enfermedades diarreicas, además de contribuir a la disminución del riesgo de dengue al limitar la formación de criaderos del mosquito vector<sup>3</sup>.

**Gráfica 28. Tipo de almacenamiento de agua en la vivienda**



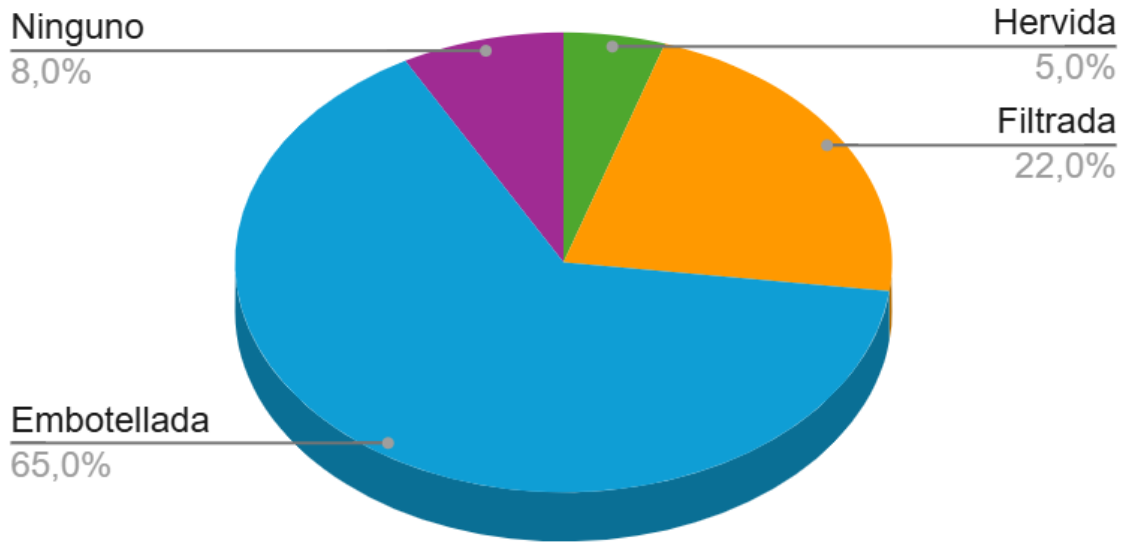
Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

#### **3.7.4.7.2 Tratamiento**

La Gráfica 29 muestra el tipo de tratamiento utilizado para potabilizar el agua. La mayoría de la población consume agua embotellada con 65% (141 hogares), lo que representa la principal estrategia de acceso a agua considerada segura. En segundo lugar se encuentra el uso de agua filtrada con 22% (48 hogares), modalidad que también implica una medida de tratamiento previo al consumo.

En términos generales, el 92% (237 hogares aproximadamente) emplea alguna forma de tratamiento o fuente considerada segura; sin embargo, la dependencia predominante del agua embotellada puede reflejar percepción de desconfianza en la calidad del suministro público. El grupo que no realiza tratamiento constituye un sector prioritario para intervenciones preventivas, debido a que la presencia de agua contaminada y condiciones deficientes de saneamiento continúa siendo un factor relevante en la transmisión de enfermedades como cólera, enfermedades diarreicas agudas y hepatitis A<sup>3</sup>.

**Gráfica 29. Tratamiento para potabilizar agua**



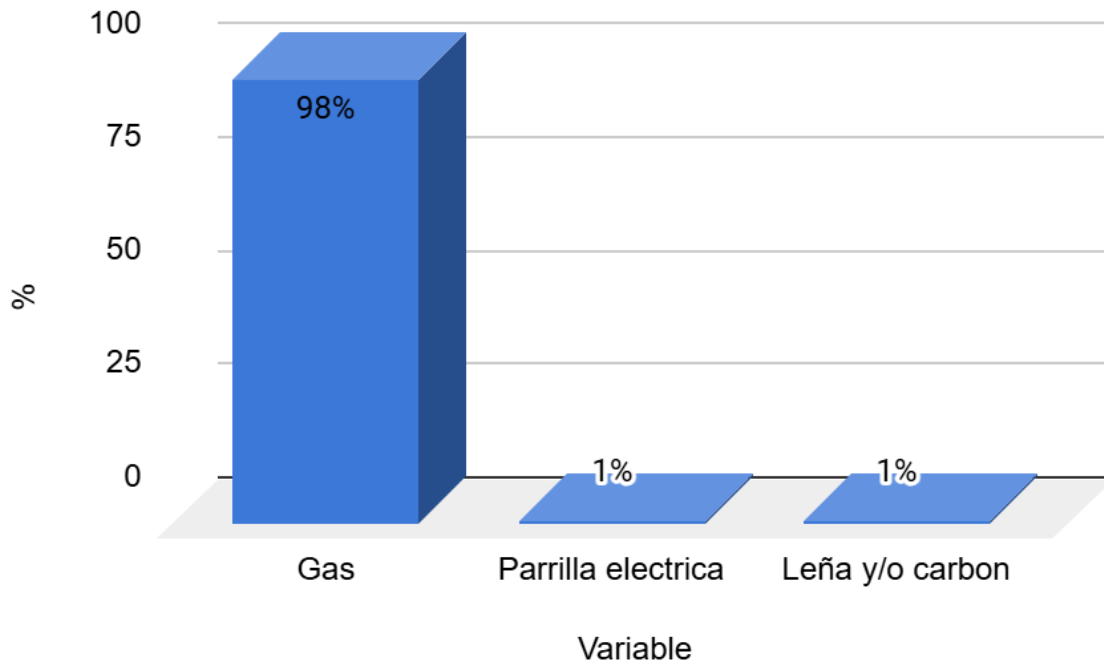
---

Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

#### **3.7.4.8 Combustibles utilizados en la vivienda**

Se observa un claro predominio del gas con 98% (213 hogares) como principal fuente de combustible, lo que indica una alta cobertura de energía doméstica considerada más limpia en comparación con combustibles sólidos; el gas LP se caracteriza por generar menores emisiones de carbono en comparación con otros combustibles fósiles, lo que lo posiciona como una alternativa relativamente más limpia y con menor impacto ambiental<sup>4</sup>.

**Gráfica 30. Combustibles utilizados**

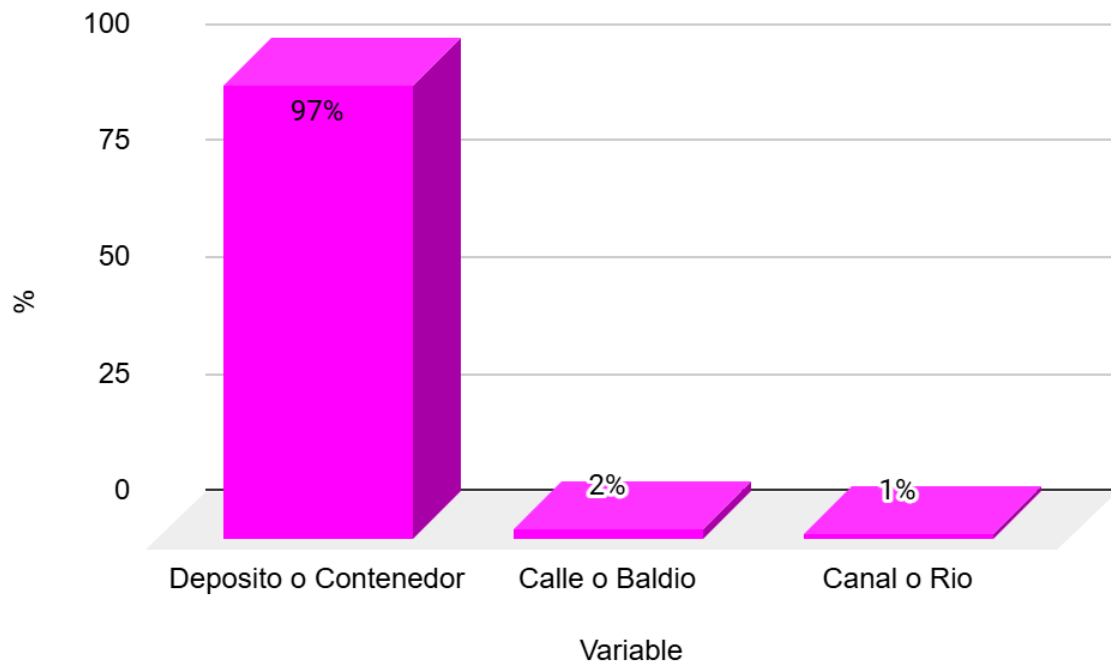


Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### 3.7.4.9 Métodos usados para eliminación de basura

Como se puede observar en la Gráfica 31, existe un claro predominio del depósito en contenedor o sistema formal de recolección con 97% (212 hogares), lo que refleja una adecuada cobertura del servicio y una práctica sanitaria favorable. En contraste, un 2% elimina la basura en calle o baldío (5 hogares), y 1% en canal o río (1 hogar), prácticas que, aunque minoritarias, favorecen la emisión de gases de efecto invernadero, contribuyen a la contaminación del suelo y de los cuerpos de agua, y promueven la proliferación de vectores asociados a diversas enfermedades<sup>5</sup>.

**Gráfica 31. Métodos de eliminación de basura**

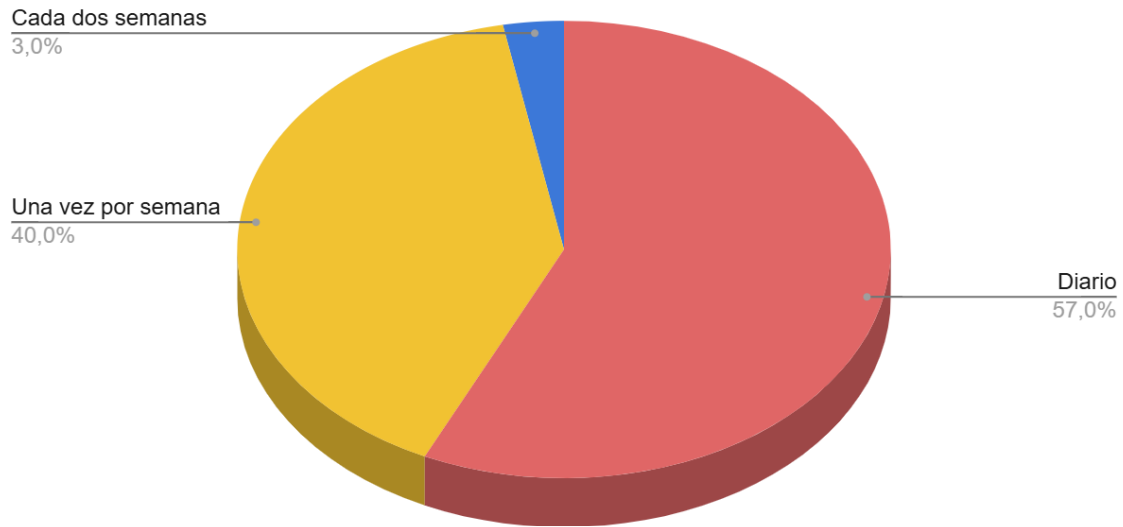


Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### 3.7.4.9.1 Frecuencia de eliminación de basura

La Gráfica 32 muestra la frecuencia de eliminación de basura en la población estudiada. La mayoría refiere recolección diaria con un 57% (125 hogares), lo que representa una condición sanitaria favorable al disminuir la acumulación de residuos y el riesgo de proliferación de vectores. Un 40% (86 hogares) reporta eliminación una vez por semana, frecuencia aceptable aunque con mayor posibilidad de almacenamiento temporal de desechos en el domicilio; el 97% (211 hogares) cuenta con recolección al menos semanal, lo que constituye un indicador positivo de cobertura del servicio; sin embargo, el pequeño grupo con baja frecuencia de eliminación sigue siendo relevante desde la perspectiva de salud pública.

### Gráfica 32. Frecuencia de eliminación de basura

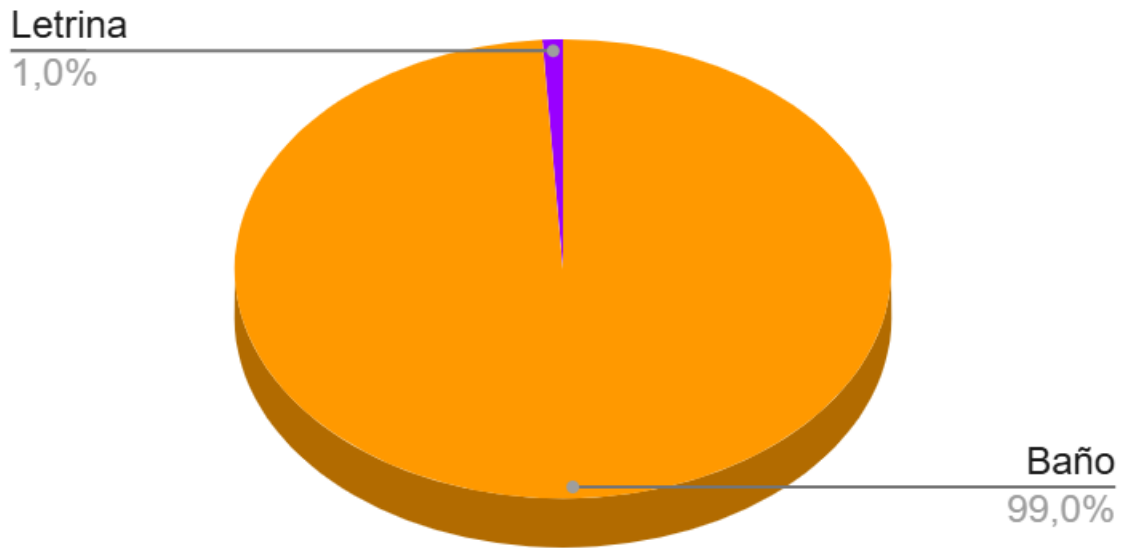


Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

#### 3.7.4.9.2 Mecanismo de eliminación de excretas

En la Gráfica 33 se observa un predominio casi absoluto del uso de baño completo con drenaje en un 99% (215 hogares aproximadamente), lo que constituye un indicador altamente favorable de infraestructura sanitaria y acceso a servicios básicos adecuados; la cobertura prácticamente universal de baño formal refleja condiciones sanitarias óptimas en este rubro; sin embargo, el pequeño grupo que emplea letrina debe considerarse dentro del análisis de determinantes sociales y riesgo ambiental.

**Gráfica 33. Mecanismo de eliminación de excretas**

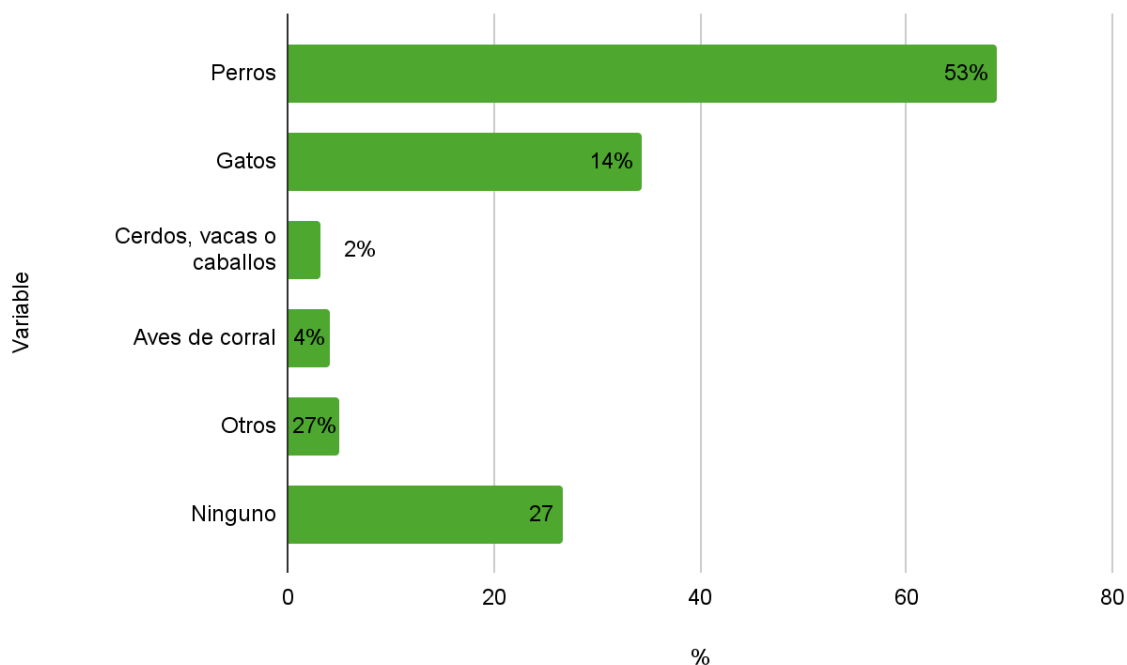


Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

#### **3.7.4.10 Convivencia con animales en el hogar**

La Gráfica 34 refleja que el 53% de los hogares (116 viviendas) tiene perros, siendo la especie predominante. Le siguen los gatos en un 14% (30 hogares), mientras que 4% (8 hogares) posee aves de corral y 2% (5 hogares) animales de granja como cerdos, vacas o caballos, estos últimos con posible relevancia zoonótica dependiendo del entorno; la alta presencia de perros es relevante por su asociación con enfermedades zoonóticas, parasitosis y necesidad de control veterinario. La convivencia con animales de granja, aunque minoritaria, también puede representar riesgos específicos que deben considerarse dentro del análisis de salud ambiental y familiar.

**Gráfica 34. Mascotas en el hogar**

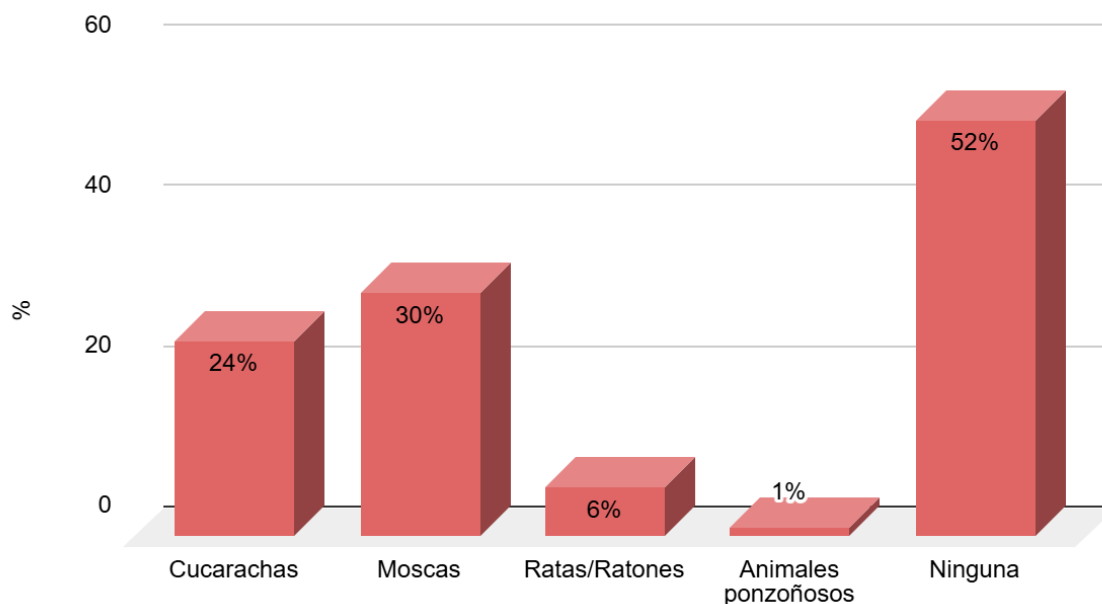


Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

#### **3.7.4.11 Tipo de fauna nociva en la vivienda**

La gráfica 35 muestra la presencia de fauna nociva en los hogares. El 52% (113 hogares) refiere no presentar fauna nociva, lo que constituye un dato favorable desde el punto de vista sanitario. Sin embargo, casi la mitad de la población reporta algún tipo de infestación. El 30% (66 hogares) reporta moscas; y las cucarachas con 24% (53 hogares) son las especies más frecuentes, ambas asociadas con contaminación de alimentos y posible transmisión mecánica de patógenos. En menor proporción se reportan ratas o ratones en un 6% (13 hogares), cuya presencia es epidemiológicamente relevante por el riesgo de zoonosis y contaminación ambiental; aunque predomina la ausencia de fauna nociva, la presencia significativa de insectos y roedores en un sector considerable de viviendas representa un factor de riesgo ambiental que debe considerarse en el análisis integral de salud pública.

**Gráfica 35. Fauna nociva**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### 3.7.4.12 Alimentación familiar

#### 3.7.4.12.1 Frecuencia de alimentos consumidos a la semana

La Tabla 5 reporta la frecuencia semanal de consumo de diferentes grupos de alimentos. Se observa que el consumo diario (7 veces por semana) es predominante en verduras con 38% (83 hogares), frutas en un 38% (con 82 hogares) y lácteos en un 33% (73 hogares), lo que representa un patrón alimentario favorable en estos grupos. También destaca el consumo diario de cereales en un 21% (46 hogares) y leguminosas con 20% (43 hogares). En el caso de carnes blancas, el mayor porcentaje se concentra en 2 veces por semana con 25% (55 hogares) y 3 veces por semana en un 23% (51 hogares), mientras que las carnes rojas presentan mayor frecuencia en 2 veces por semana con 29% (63 hogares) y 3 veces por semana en un 20% (43 hogares), lo que sugiere un consumo moderado. El consumo de huevos muestra mayor concentración en 2 veces con 21% (46 hogares) y 3 veces por semana en un 20% (44 hogares).

El patrón muestra consumo frecuente de frutas y verduras, con ingesta moderada de proteínas animales, lo que sugiere una dieta relativamente equilibrada, aunque

con áreas de variabilidad que podrían influir en el perfil nutricional de la población estudiada.

**Tabla 5. Frecuencia de alimentos consumidos**

Variables	Cereales		Leguminosas		Verduras		Frutas		Huevos		Carnes rojas		Carnes blancas		Lácteos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguna	33	15	12	6	7	3	4	2	6	3	7	3	21	10	11	5
1 vez a la semana	27	12	25	11	8	4	9	4	20	9	20	9	14	6	18	8
2 veces a la semana	37	17	29	13	19	9	20	9	46	21	63	29	55	25	32	15
3 veces a la semana	40	18	50	23	32	15	28	13	44	20	43	20	51	23	31	14
4 veces a la semana	16	7	27	12	22	10	29	13	25	11	27	12	28	13	19	9
5 veces a la semana	10	5	22	10	27	12	25	11	27	12	18	8	12	6	21	10
6 veces a la semana	9	4	10	5	20	9	21	10	14	6	11	5	13	6	13	6
7 veces a la semana	46	21	43	20	83	38	82	38	36	17	29	13	24	11	73	33
TOTAL DE FAMILIAS	218	100	218	100	218	100	218	100	218	100	218	100	218	100	218	100

Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### 3.7.4.12.2 Frecuencia de alimentos consumidos ultra procesados

La Tabla 6 muestra la frecuencia de consumo de alimentos ultra procesados. En bebidas azucaradas, el mayor porcentaje se concentra en 2 veces por semana con 22% (47 hogares), seguido de 1 y 3 veces por semana con 20% cada uno (43 y 47 hogares respectivamente); sin embargo, 20% (44 hogares) refiere no consumirlas, lo que representa un dato favorable.

En galletas y panes industrializados, predomina con 26% (56 hogares) el consumo 2 veces por semana, seguido con 19% (41 hogares) de 3 veces por semana,

mientras que 16% (35 hogares) no los consume. Las botanas muestran mayor concentración en 1 vez por semana con 23% (51 hogares) y ninguna en un 39% (84 hogares), evidenciando que una proporción importante limita su consumo. En comida rápida, destaca que 55% no la consume (119 hogares), y la mayoría del resto la ingiere 1 vez por semana con 20% (43 hogares), lo que indica baja frecuencia general. En alimentos instantáneos, el 69% no los consume (150 hogares), siendo uno de los grupos con menor frecuencia de ingesta. Por el contrario, en embutidos, aunque 22% no los consume (49 hogares), se observa consumo relevante de 3 veces por semana en un 22% (47 hogares) y 1–2 veces por semana en un 19% y 17%, respectivamente (42 hogares y 37 hogares), lo que los posiciona como uno de los ultra procesados de mayor frecuencia relativa.

En términos generales, el patrón muestra consumo predominantemente ocasional (1–2 veces por semana) de varios ultra procesados, con baja frecuencia diaria; no obstante, la presencia constante de estos productos en una proporción considerable de la población puede tener implicaciones metabólicas y cardiovasculares a mediano y largo plazo.

**Tabla 6. Frecuencia de consumo de ultra procesados.**

Variables	Bebidas azucaradas		Galletas y panes industrializados		Botanas		Comida rápida		Alimentos instantáneos		Embutidos	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	44	20	35	16	84	39	119	55	150	69	49	22
1 vez a la semana	43	20	31	14	51	23	43	20	40	18	42	19
2 veces a la semana	47	22	56	26	40	18	33	15	19	9	37	17
3 veces a la semana	43	20	41	19	22	10	11	5	4	2	47	22
4 veces a la semana	7	3	19	9	13	6	8	4	1	0	26	12
5 veces a la semana	10	5	15	7	5	2	2	1	2	1	14	6

6 veces a la semana	6	3	5	2	1	0	1	0	0	0	1	0
7 veces a la semana	18	8	16	7	2	1	1	0	2	1	2	1
TOTAL DE FAMILIAS	218	100	218	100	218	100	218	100	218	100	218	100

Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

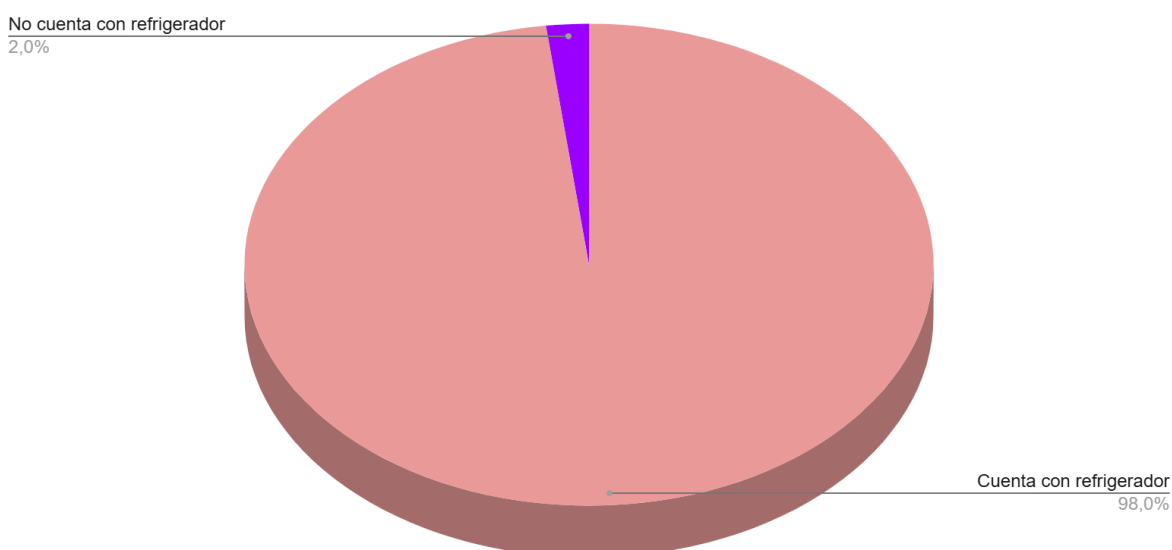
### 3.7.4.12.3 Métodos utilizados para la conservación de alimentos

En la Gráfica 36 se reflejan los métodos utilizados para la conservación de alimentos en el hogar; el 98% cuenta con refrigerador (213 hogares), lo que representa una cobertura prácticamente universal y constituye un indicador favorable en términos de seguridad alimentaria y prevención de enfermedades transmitidas por alimentos.

Solo 2% no dispone de refrigerador (4 hogares), grupo que podría presentar mayor riesgo de descomposición de alimentos, contaminación y enfermedades gastrointestinales, especialmente en climas cálidos.

La alta disponibilidad de refrigeración sugiere condiciones adecuadas para la conservación de alimentos en la mayoría de los hogares; sin embargo, el pequeño porcentaje sin acceso a este recurso debe considerarse dentro del análisis de vulnerabilidad sanitaria.

**Gráfica 36. Métodos para la conservación de alimentos**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### 3.7.4.13 Entorno de la vivienda

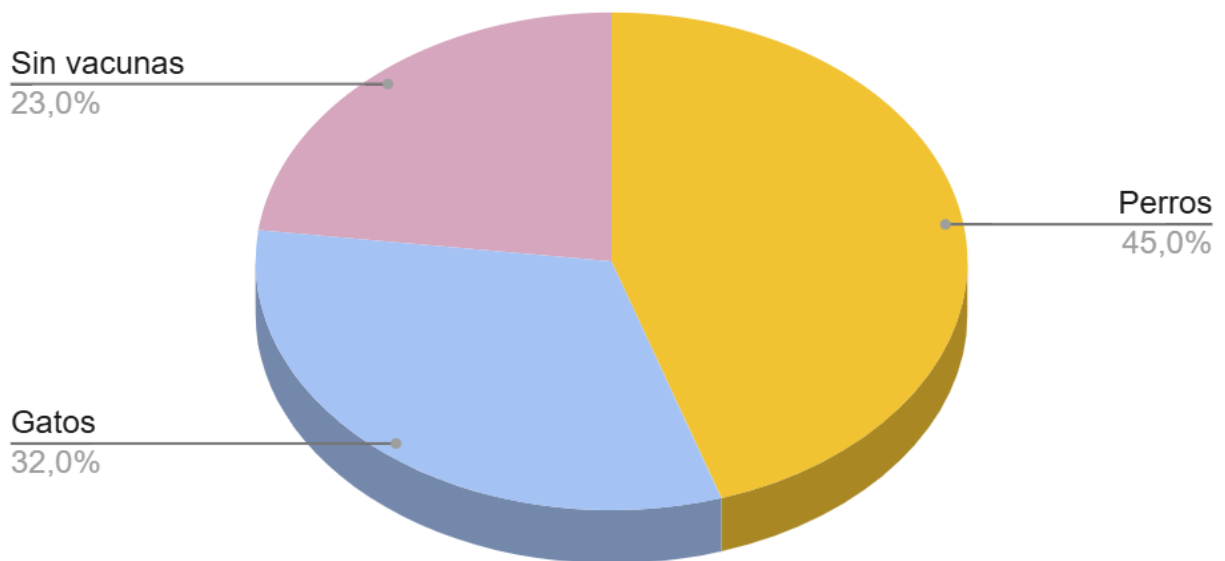
#### 3.7.4.13.1 Control de la rabia

Se reportaron un total de 314 animales en los hogares, según la Gráfica 37, en cuanto a la cobertura de vacunación antirrábica, los perros representan el 45% (140 perros), constituyendo la mayor proporción de animales domésticos, seguidos por los gatos con 32% (100 gatos). En conjunto, ambos conforman la totalidad de animales considerados para la prevención de rabia en la población estudiada.

Es relevante que 23% se encuentra sin vacunación (74 animales), dato epidemiológicamente significativo, ya que implica casi una cuarta parte de animales potencialmente susceptibles a la transmisión del virus rábico.

Es importante recordar que la rabia es una enfermedad de origen viral producida por un agente neurotrópico presente en la saliva de animales infectados. Este virus afecta principalmente al sistema nervioso central, generando inicialmente manifestaciones irritativas que progresan hacia parálisis y, en ausencia de tratamiento oportuno, pueden culminar en la muerte<sup>6</sup>.

**Gráfica 37. Prevención de la rabia, Total de perros y gatos y porcentaje total de vacunados**

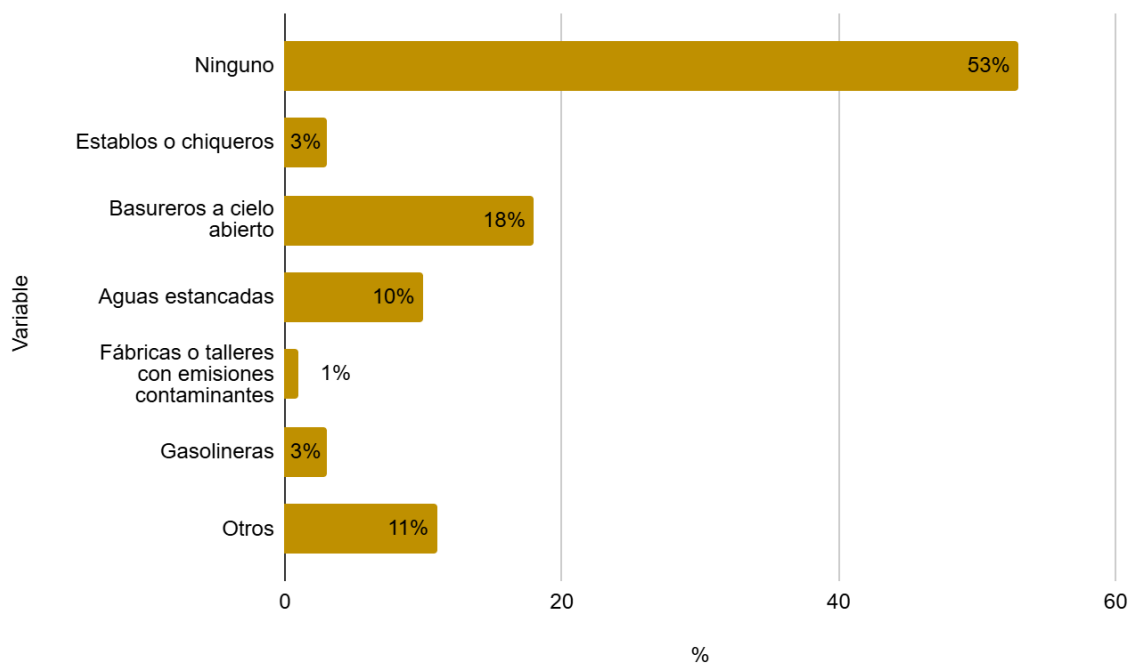


Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### 3.7.4.13.2 Riesgos ambientales en la comunidad

La Gráfica 38 muestra los riesgos ambientales identificados en la comunidad. El 53% refiere no percibir riesgos ambientales (115 hogares), lo que representa la mayoría de la población. Sin embargo, el 47% restante identifica al menos un factor de riesgo (102 hogares), lo cual es epidemiológicamente relevante. Entre los riesgos señalados, destacan los basureros a cielo abierto en un 18% (39 hogares) como el problema más frecuente, seguidos de otros riesgos con 11% (25 hogares) y aguas estancadas en un 10% (22 hogares), estos últimos asociados a proliferación de vectores y enfermedades transmitidas por agua; aunque más de la mitad no identifica riesgos, la presencia significativa de basureros y aguas estancadas constituye un punto crítico desde la perspectiva de salud pública y control ambiental.

**Gráfica 38. Riesgos ambientales en la comunidad**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### 3.7.4.13.3 Acceso a servicios públicos

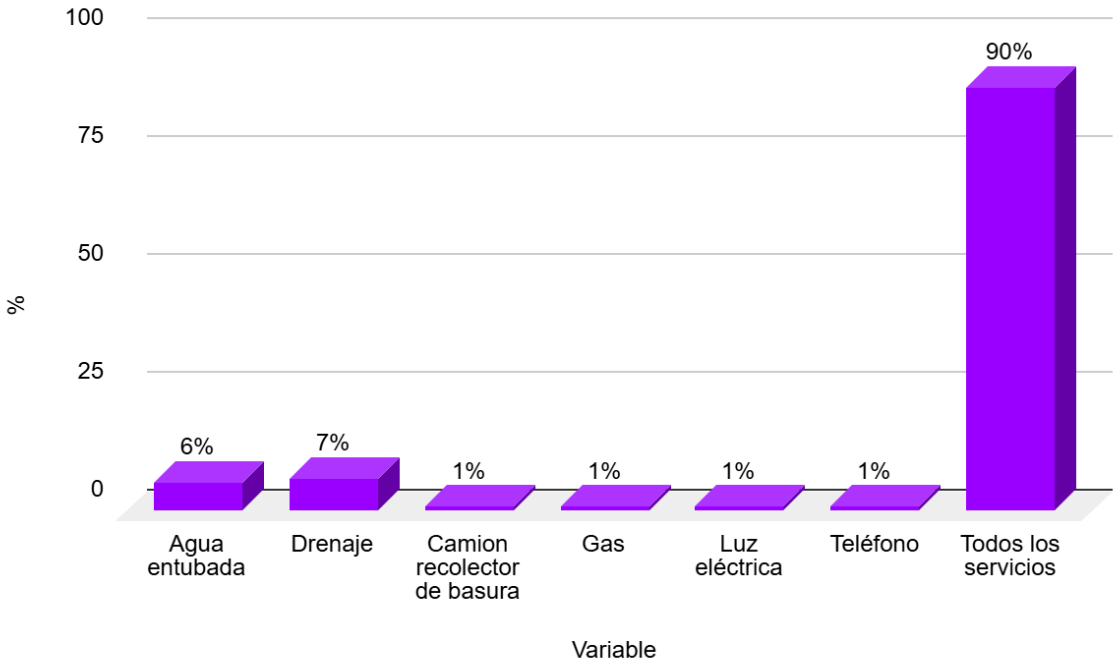
La gráfica 39 muestra el acceso a servicios públicos en la comunidad. Se observa que el 90% (196 hogares) cuenta con todos los servicios básicos, lo que constituye

un indicador altamente favorable en términos de infraestructura y condiciones de vida.

De manera individual, los porcentajes reportados de acceso exclusivo a algún servicio son bajos: drenaje con 7% (15 hogares), agua entubada 6% (13 hogares), y 1% (2 hogares por cada uno) para camión recolector de basura, gas, luz eléctrica y teléfono, lo que sugiere que estos casos corresponden a hogares con acceso parcial.

La cobertura integral en la mayoría de la población refleja condiciones adecuadas de servicios públicos; sin embargo, el 10% que no cuenta con todos los servicios (22 hogares) representa un sector que podría presentar mayor vulnerabilidad social y sanitaria.

**Gráfica 39. Acceso a servicios públicos de la comunidad**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

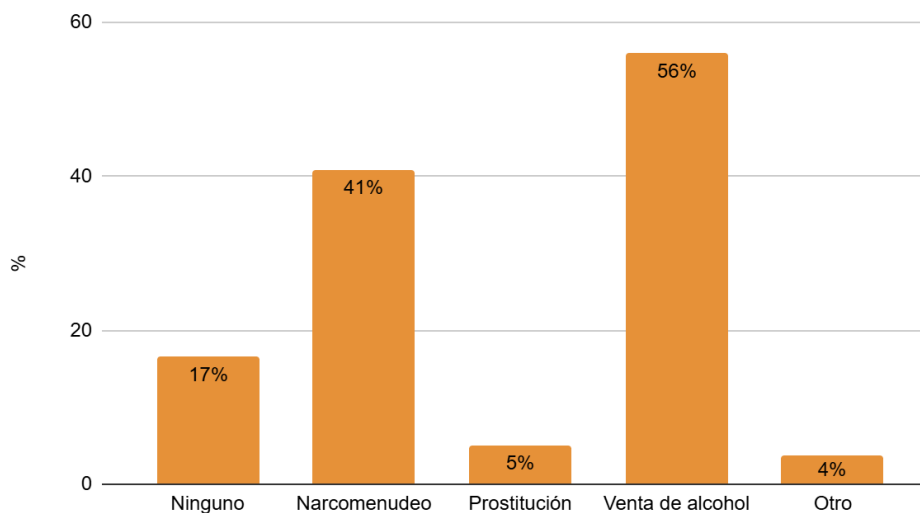
#### 3.7.4.13.4 Riesgos socio-comunitarios

Según la Gráfica 40, el riesgo socio-comunitario más señalado es la venta de alcohol con 56% (122 hogares), constituyendo el factor predominante; le sigue el narcomenudeo en un 41% (89 hogares), ambos asociados a problemáticas sociales que pueden impactar en violencia, adicciones y deterioro del entorno comunitario.

Solo 17% refiere no identificar riesgos (36 hogares), lo que indica que la mayoría de la población percibe algún problema sociosanitario en su entorno. En menor proporción se reporta prostitución 5% (11 hogares)

La alta percepción de venta de alcohol y narcomenudeo evidencia un contexto social que podría influir negativamente en la salud mental, conductas de riesgo y cohesión comunitaria, constituyendo un punto clave para intervenciones preventivas y estrategias intersectoriales.

**Gráfica 40. Riesgos sociosanitarios que tiene la comunidad**



**Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.**

#### 3.7.4.14 Dinámica familiar

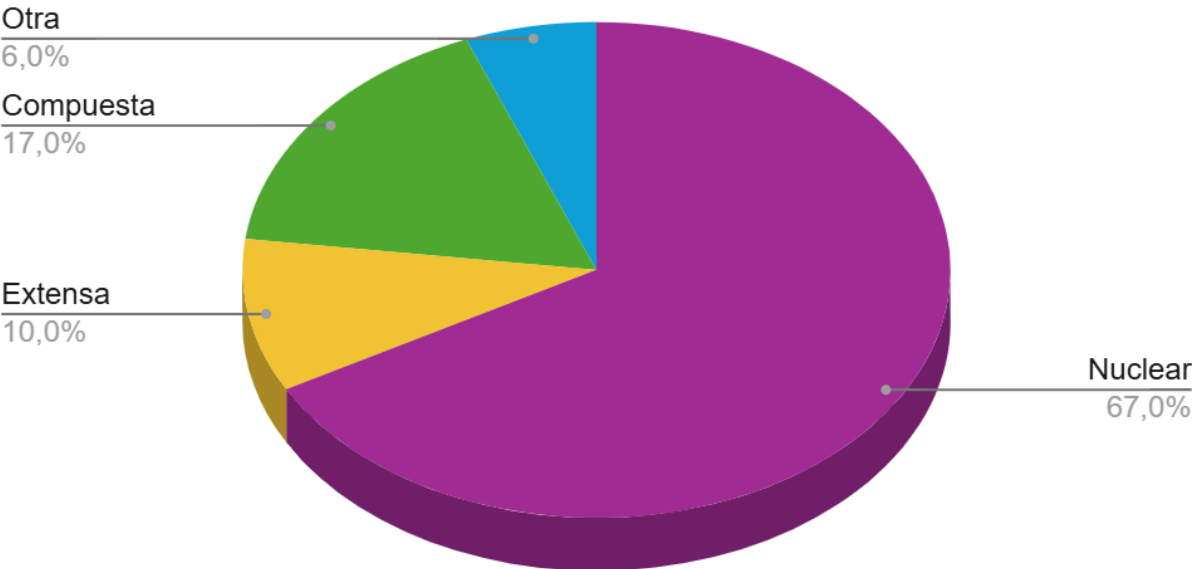
##### 3.7.4.14.1 Tipo de familia

La Gráfica 41 muestra el tipo de familias registradas en el AGEB. Predomina ampliamente la familia nuclear con 67% (145 hogares), lo que indica que la estructura familiar más frecuente está conformada por padres e hijos, modelo

tradicional que concentra más de dos tercios de los hogares. Le siguen las familias compuestas en un 17% (37 hogares), que incluyen integrantes adicionales no pertenecientes al núcleo básico, y las familias extensas 10% (22 hogares), donde cohabitan otros familiares como abuelos u otros parientes.

El predominio de la familia nuclear sugiere una estructura familiar estable; sin embargo, la presencia de familias compuestas y extensas puede influir en dinámicas de apoyo social, distribución de recursos y posibles condiciones de hacinamiento, aspectos relevantes para el análisis integral de determinantes sociales de la salud.

**Gráfica 41. Tipo de familias registradas**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

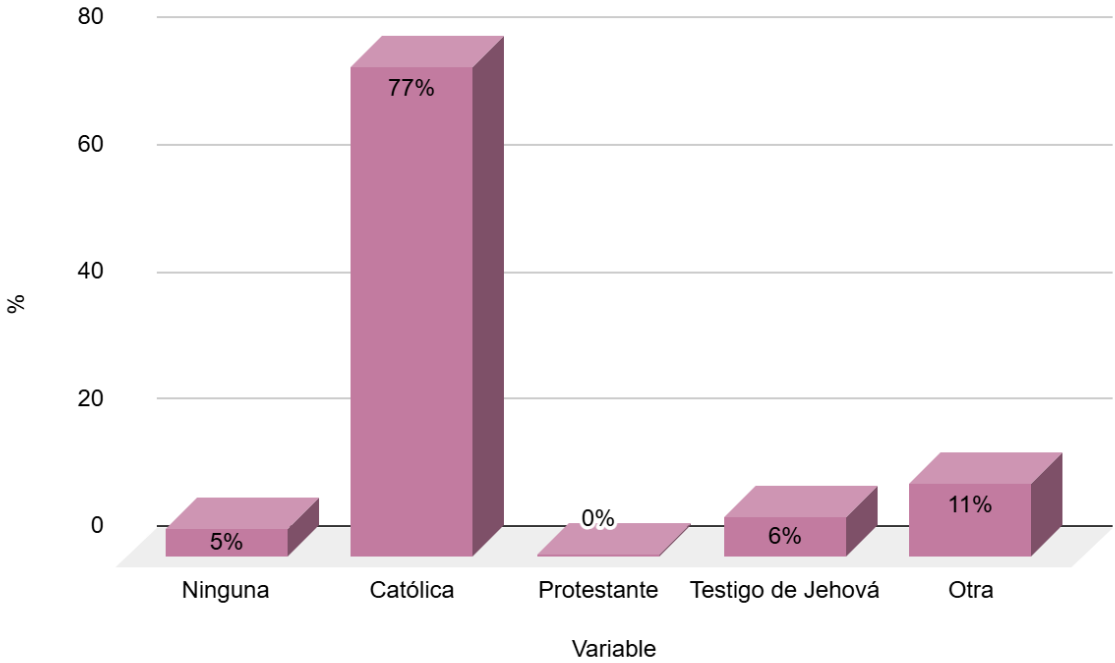
**3.7.4.14.2 Religión profesada por la familia**

La religión puede definirse como un sistema organizado de creencias, valores y prácticas orientadas hacia la concepción de lo divino, que incluye normas morales para la conducta individual y colectiva, así como rituales y expresiones de culto<sup>7</sup>. Según la Gráfica 42 predomina ampliamente la religión católica con 77% (168 hogares), lo que indica que más de tres cuartas partes de la población comparten esta afiliación religiosa. En menor proporción se reporta otra religión 11% (25

hogares), seguida de Testigo de Jehová 6% (14 hogares), mientras que 5% refiere no profesar ninguna religión (10 hogares).

En términos socioculturales, la alta concentración en una sola afiliación religiosa puede influir en prácticas comunitarias, redes de apoyo social y aceptación de intervenciones en salud, aspectos relevantes al diseñar estrategias de promoción y prevención adaptadas al contexto local.

**Gráfica 42. Religión que profesan las familias encuestadas**



**Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.**

**3.7.4.14.3 Violencia familiar**

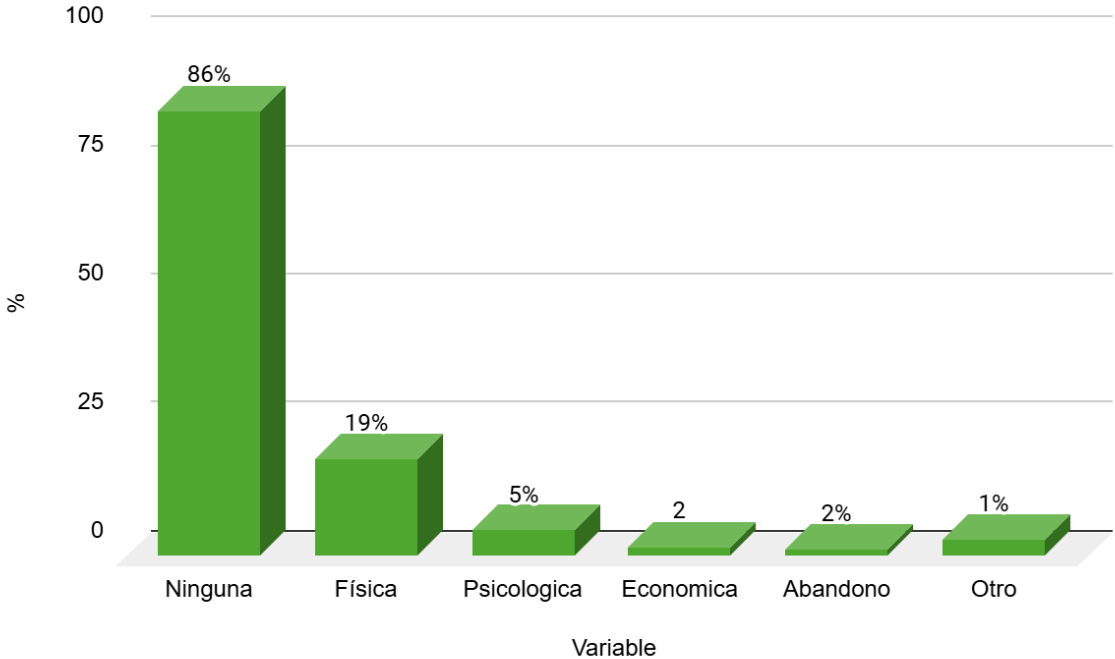
La Gráfica 43 muestra el tipo de violencia familiar que sufren algunos integrantes.

Se observa que la mayoría de los encuestados refiere no sufrir ningún tipo de violencia con 86% (188 hogares), lo cual indica que, en general, predomina una percepción de convivencia familiar sin conflictos graves. Sin embargo, un 19% reporta violencia física (4 hogares), siendo el tipo de violencia más frecuente entre los casos identificados. En menor proporción se presenta violencia psicológica 5%

(11 hogares), seguida de violencia económica 2% (4 hogares), abandono 2% (3 hogares) y otros tipos 1% (7 hogares).

Aunque el porcentaje mayor corresponde a “ninguna”, la presencia de violencia física y psicológica es relevante, ya que puede generar consecuencias importantes en la salud física y emocional de los integrantes de la familia. Estos datos resaltan la necesidad de fortalecer estrategias de prevención, orientación y apoyo comunitario para atender oportunamente los casos detectados.

**Gráfica 43. Tipo de violencia familiar que sufren algunos integrantes**



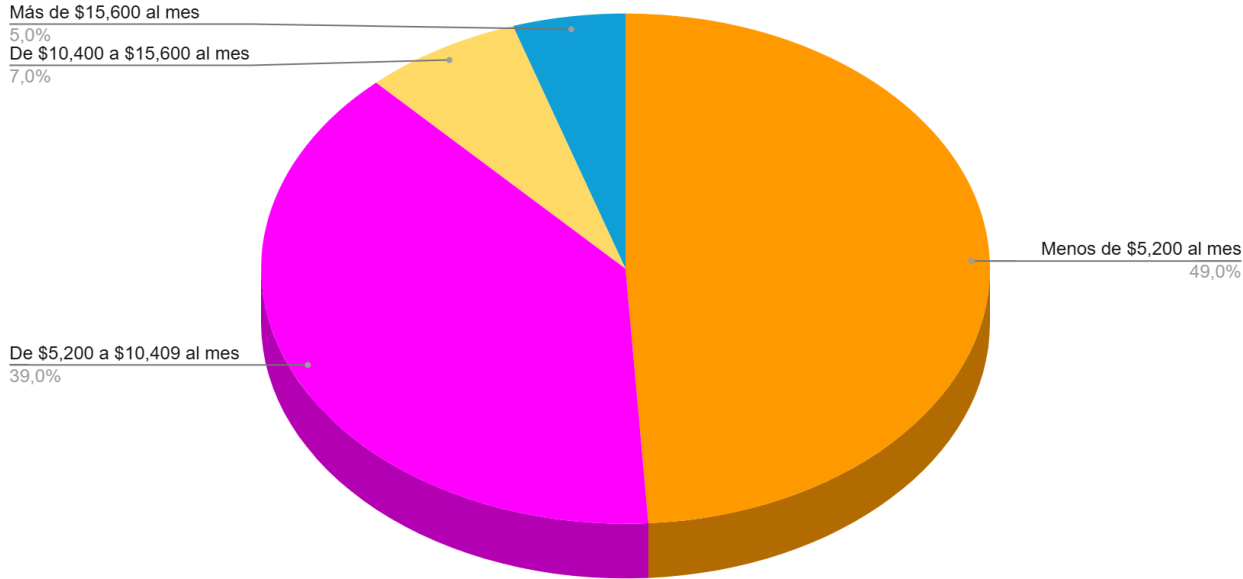
Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

**3.7.4.14.4 Ingreso económico familiar**

En la Gráfica 44 se observa que casi la mitad de las familias percibe menos de \$5,200 al mes en un 49% (106 hogares), lo que indica un nivel de ingresos bajo predominante en la comunidad. El 39% (86 hogares) se ubica en el rango de \$5,200 a \$10,409 mensuales, representando el segundo grupo más numeroso.

Estos datos reflejan que la mayoría de las familias se encuentran en rangos de ingreso bajos o medios-bajos, lo que puede influir en el acceso a servicios, calidad de vida, alimentación, vivienda y oportunidades educativas. Desde el enfoque sociosanitario, esta situación económica puede considerarse un factor determinante en la salud y el bienestar de la comunidad.

**Gráfica 44. Ingreso económico de las familias**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

**3.7.4.14.5 Tiempo para la recreación**

La Gráfica 45 refleja el tiempo destinado a la recreación en cada hogar. Se observa que el 35% de las familias refiere no tener tiempo para la recreación (76 hogares), siendo la categoría con mayor porcentaje, lo que puede relacionarse con cargas laborales, responsabilidades domésticas o limitaciones económicas.

Entre las actividades recreativas más frecuentes se encuentran:

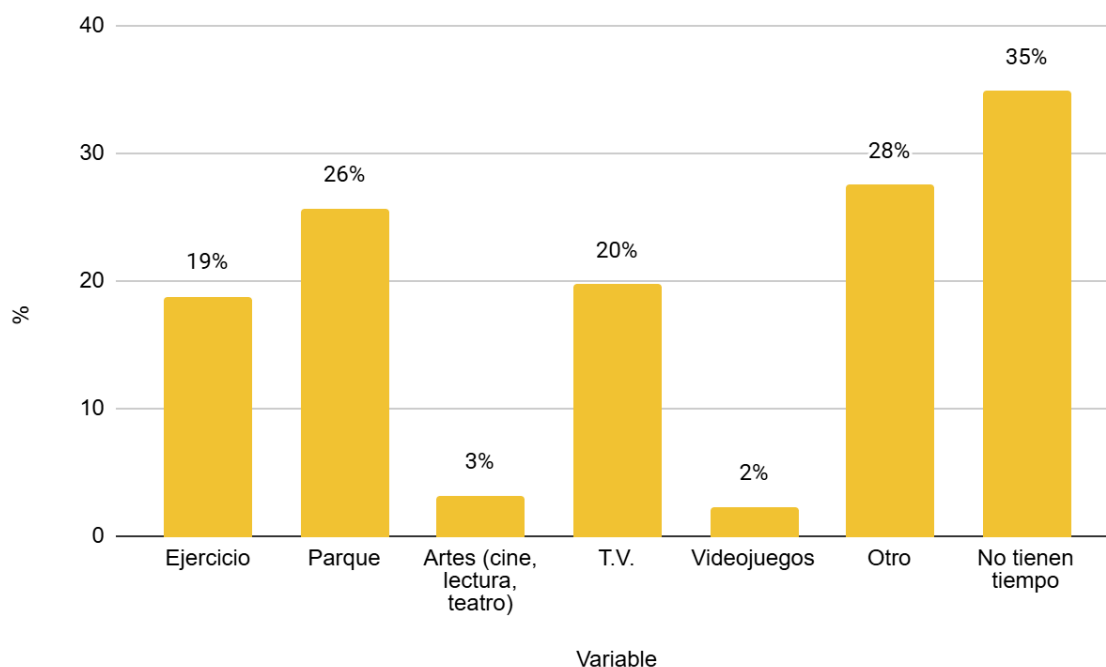
- Otro tipo de actividades 28% (60 hogares)
- Parque 26% (56 hogares)
- Televisión 20% (43 hogares)
- Ejercicio 19% (41 hogares)

En menor proporción se reportan:

- Artes como cine, lectura o teatro 3% (7 hogares)
- Videojuegos 2% (5 hogares)

Estos resultados sugieren que, aunque una parte de la población realiza actividades recreativas, una proporción considerable no cuenta con tiempo para ello. La falta de recreación puede impactar en la salud física y mental, ya que el descanso y el esparcimiento son factores importantes para el bienestar integral y la convivencia familiar.

**Gráfica 45. Tiempo para la recreación en cada hogar**



**Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.**

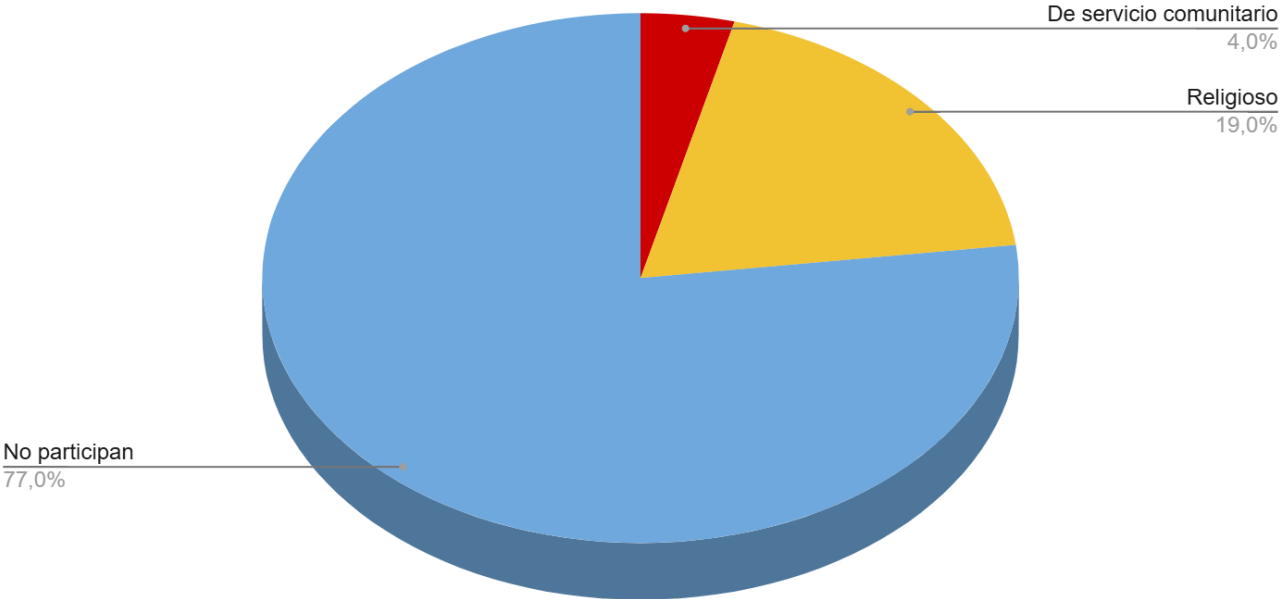
#### **3.7.4.14.6 Participación en grupos sociales**

En la Gráfica 46 se observa que la mayoría no participa en ningún grupo social en un 77% (168 hogares), lo que indica una baja integración comunitaria formal dentro de la población encuestada.

Entre quienes sí participan, 19% forma parte de grupos religiosos (42 hogares), 4% participa en grupos de servicio comunitario (8 hogares).

Estos resultados reflejan que la participación social es limitada y se concentra principalmente en actividades religiosas. La baja integración en otros espacios comunitarios puede influir en la cohesión social, el apoyo mutuo y la organización comunitaria. Fomentar la participación en grupos sociales puede fortalecer las redes de apoyo, la comunicación y el desarrollo comunitario.

**Gráfica 46. Integrantes de familia que participan en grupos sociales**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

**3.7.4.14.7 Acceso a derechos básicos**

En la Gráfica 47 se observa que la mayoría de los encuestados 76% refiere tener acceso a todos los derechos básicos mencionados en un 76% (166 hogares), lo cual indica una cobertura relativamente amplia en servicios y espacios esenciales.

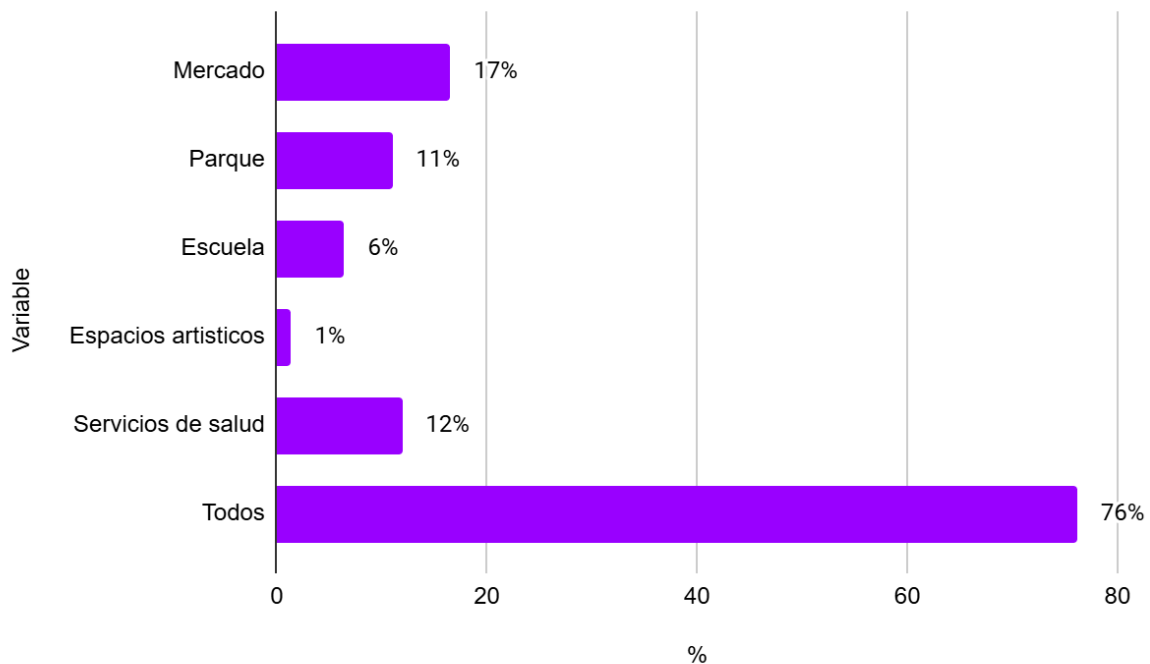
Entre quienes señalaron acceso específico, se identifican:

- Mercado 17% (36 hogares)
- Servicios de salud 12% (26 hogares)

- Parque 11% (24 hogares)
- Escuela 6% (14 hogares)
- Espacios artísticos 1% (3 hogares)

El análisis de la gráfica muestra un alto porcentaje de familias que cuentan con todos los espacios recreativos y educativos, la recreación constituye un componente relevante para la promoción de la salud integral, ya que contribuye a favorecer un estado mental libre de tensiones y estrés. Asimismo, facilita la participación en actividades que fortalecen las relaciones interpersonales, el desarrollo de habilidades y destrezas, la movilidad física y el bienestar general, promoviendo a su vez una mayor satisfacción con la vida<sup>8</sup>. Aún con estos datos el acceso a educación y servicios de salud se ven limitados lo cual indica que algunas personas no pueden recibir atención médica a tiempo ni educación que fortalezca aspectos culturales.

**Gráfica 47. Acceso a derechos básicos**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

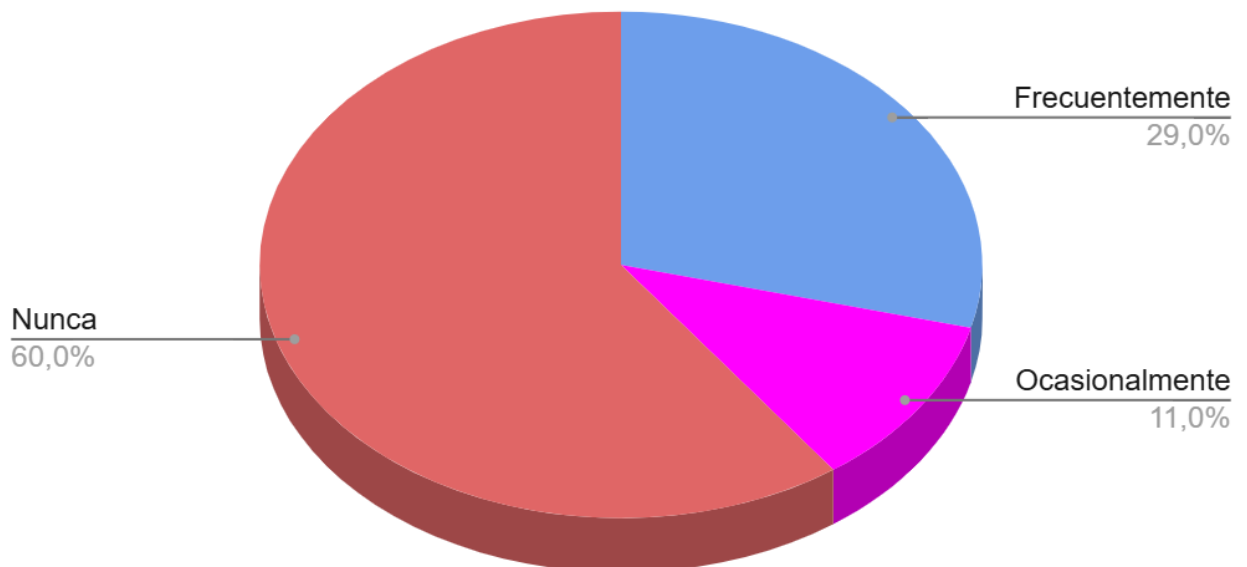
### 3.7.4.15 Asistencia al centro de salud

#### 3.7.4.15.1 Frecuencia de asistencia al Centro de Salud

La Gráfica 48 muestra la frecuencia con la que las personas acuden al centro de salud del AGEB encuestado. Un 60% (130 hogares), nunca acude al centro de salud, lo que representa el porcentaje más alto y puede indicar barreras de acceso, desconfianza, automedicación o percepción de buena salud. El 29% asiste frecuentemente (63 hogares), lo que sugiere que casi una tercera parte de la población mantiene un contacto constante con los servicios de salud. Por otro lado, el 11% acude ocasionalmente (25 hogares), reflejando una utilización intermedia del servicio.

Estos datos evidencian una baja utilización general del centro de salud, lo cual puede impactar en la prevención, el diagnóstico oportuno y el seguimiento de enfermedades. Es importante fortalecer estrategias de promoción de la salud y acercamiento comunitario para fomentar el uso adecuado de los servicios sanitarios.

**Gráfica 48. Frecuencia en que la población encuestada acude al centro de salud**



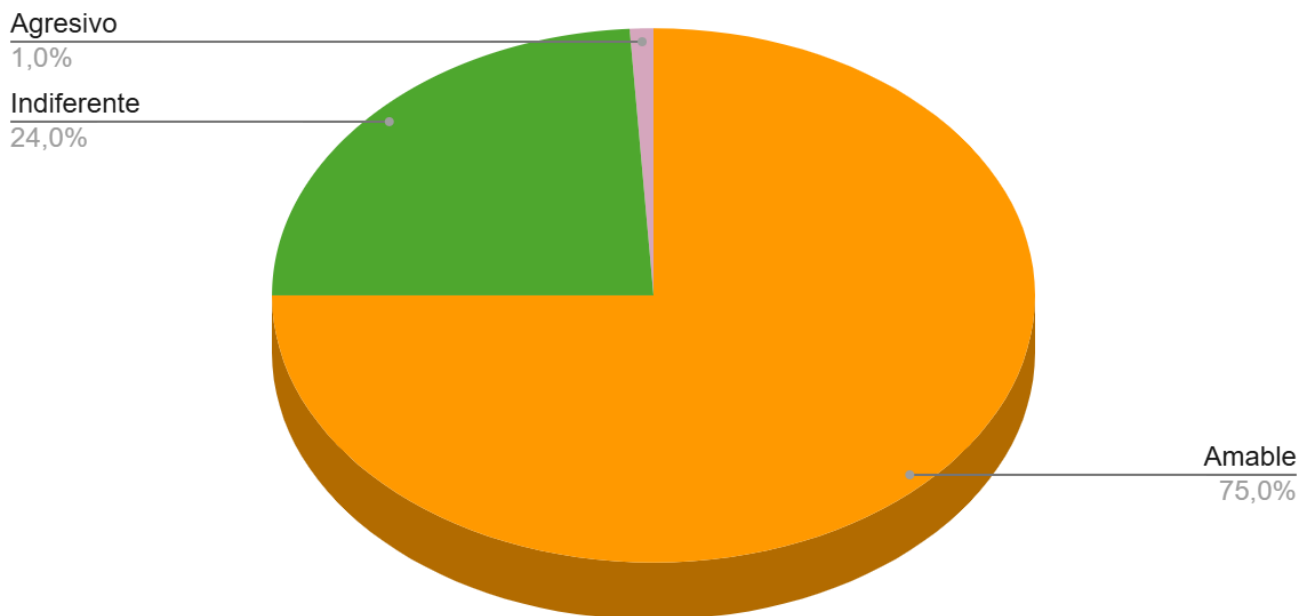
Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### 3.7.4.15.2 Trato que los asistentes refieren recibir en el Centro de Salud

La Gráfica 49 muestra el trato recibido en el Centro de Salud por parte de los usuarios encuestados. 75% (163 hogares) considera que el trato es amable, lo que refleja una percepción positiva del servicio y del personal de salud; sin embargo, un 24% (52 hogares) lo percibe como indiferente, lo cual indica que casi una cuarta parte de los usuarios no se siente plenamente satisfecha con la atención recibida. Finalmente, un 1% reporta haber recibido un trato agresivo (3 hogares), porcentaje bajo pero significativo, ya que cualquier experiencia negativa puede influir en la confianza y en la decisión de acudir nuevamente al servicio.

En general, los resultados muestran una valoración favorable del trato, aunque es importante trabajar en la calidad de la atención para reducir la percepción de indiferencia y fortalecer la relación entre el personal de salud y la comunidad.

**Gráfica 49. Trato recibido en el Centro de Salud**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

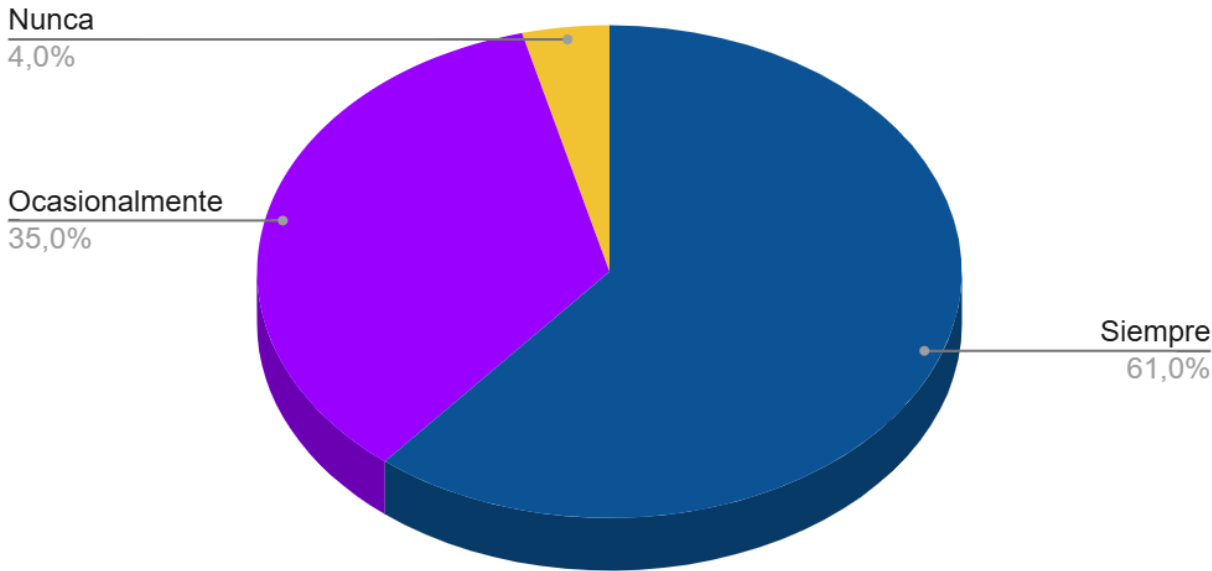
### 3.7.4.15.3 Resolución del motivo de consulta

En la Gráfica 50 se observa que la mayoría de los usuarios con un 61% (133 hogares) considera que su motivo de consulta se resuelve siempre, lo que refleja una percepción positiva sobre la eficacia del servicio. El 35% señala que se resuelve

ocasionalmente (76 hogares), lo cual indica que, aunque existe atención, no siempre se logra una solución completa o satisfactoria. Por otro lado, un 4% refiere que nunca se resuelve su motivo de consulta (9 hogares), porcentaje bajo pero relevante, ya que puede influir en la confianza hacia el sistema de salud.

Los resultados muestran una valoración favorable respecto a la resolución de consultas; sin embargo, es importante fortalecer la calidad y continuidad de la atención para disminuir los casos en los que la solución es solo ocasional o inexistente.

**Gráfica 50. Resolución del motivo de consulta**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

**3.7.4.15.4 Principales causas de morbilidad en el Centro de Salud**

La Gráfica 51 muestra las principales causas de morbilidad reportadas en la comunidad sobre la población total. Se observa que el 48% refiere no presentar ninguna enfermedad (370 personas), lo que representa casi la mitad de la población encuestada.

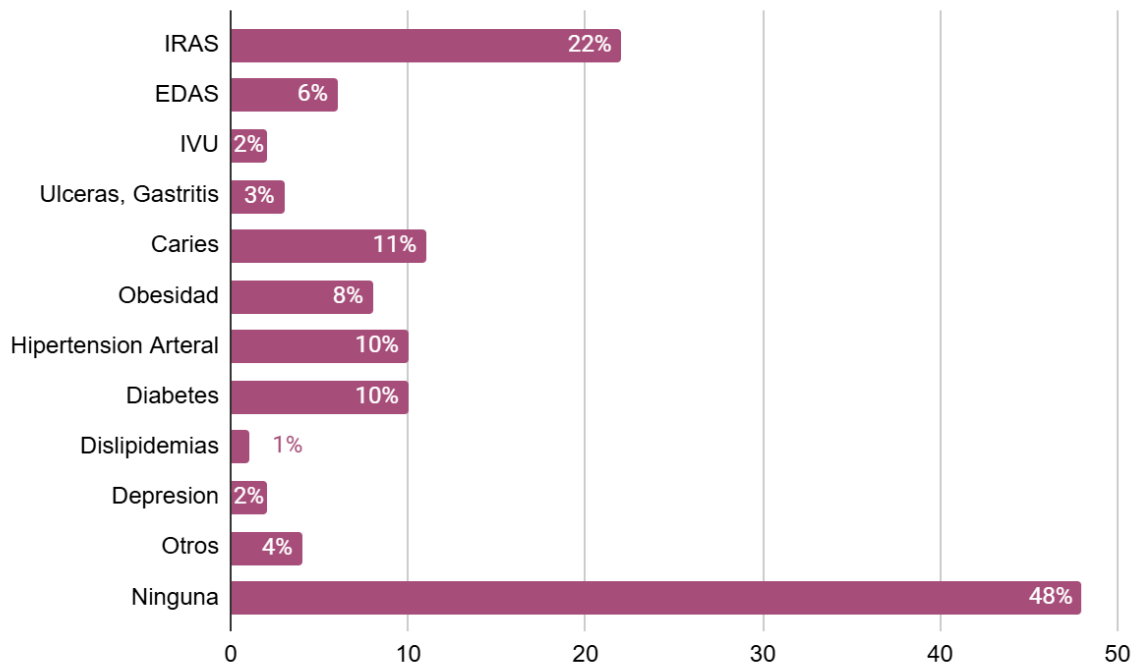
Entre las enfermedades reportadas, destacan:

- IRAS (Infecciones Respiratorias Agudas) – 22%, siendo la causa más frecuente (170 personas)

- Caries – 11% (84 personas)
- Hipertensión arterial – 10% (78 personas)
- Diabetes – 10% (76 personas)
- Obesidad – 8% (63 personas)
- EDAS (Enfermedades Diarreicas Agudas) – 6% (45 personas)

Estos resultados indican que predominan las enfermedades respiratorias agudas y las enfermedades crónico-degenerativas como hipertensión, diabetes y obesidad, las cuales representan un riesgo importante para la salud pública. Esto resalta la necesidad de fortalecer acciones preventivas, promoción de estilos de vida saludables y detección oportuna en la comunidad.

**Gráfica 51. Principales causas de morbilidad reportadas en la comunidad**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

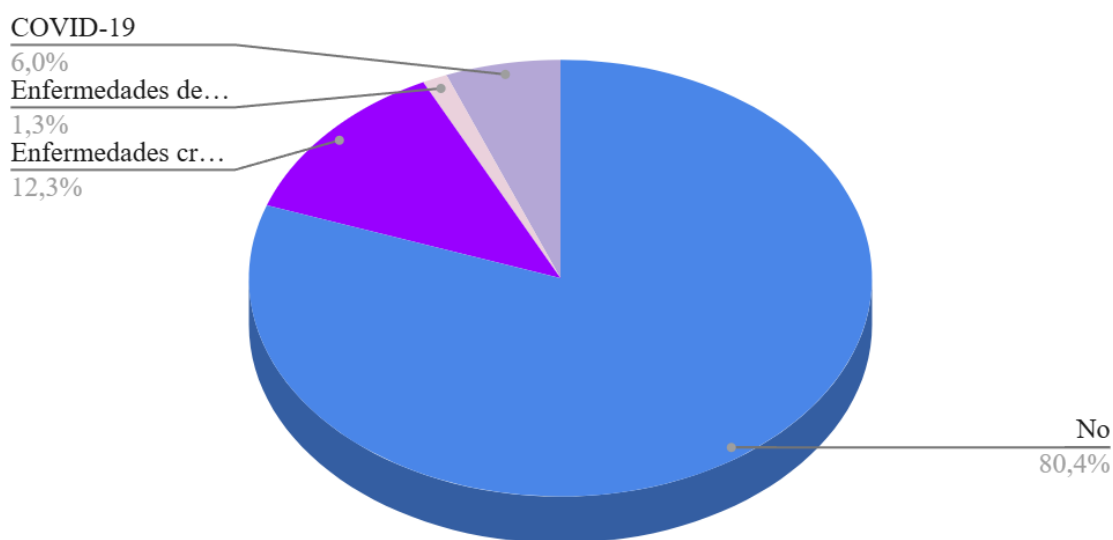
### 3.7.4.16 Daños a la salud y servicios

#### 3.7.4.16.1 Principales causas de mortalidad

Según lo reportado en la Gráfica 52, el 12.3% fueron registrados por Enfermedades crónico-degenerativas como diabetes e hipertensión (95 personas), 6% por complicaciones del COVID-19 (46 personas) y 1.3% enfermedades del corazón (10 personas).

Estos datos indican que, las enfermedades crónicas constituyen la principal causa de fallecimiento dentro de las familias que sí han presentado pérdidas, seguidas por COVID-19. Esto refleja la importancia de fortalecer la prevención, el control y el seguimiento de enfermedades crónico-degenerativas, así como mantener medidas de vigilancia y promoción de la salud en la comunidad.

#### Gráfica 52. Principales causas de mortalidad reportadas por familia



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

#### 3.7.4.16.2 Servicios que recibieron los integrantes, por grupo de edad

##### 3.7.4.16.2.1 De 0 a 9 años

En la Gráfica 53 se muestra los servicios recibidos en pacientes de 0 a 9 años (con un total de 40 niños que recibieron servicios). 58 % recibe todos los servicios (23 niños), siendo esta la categoría con mayor proporción.

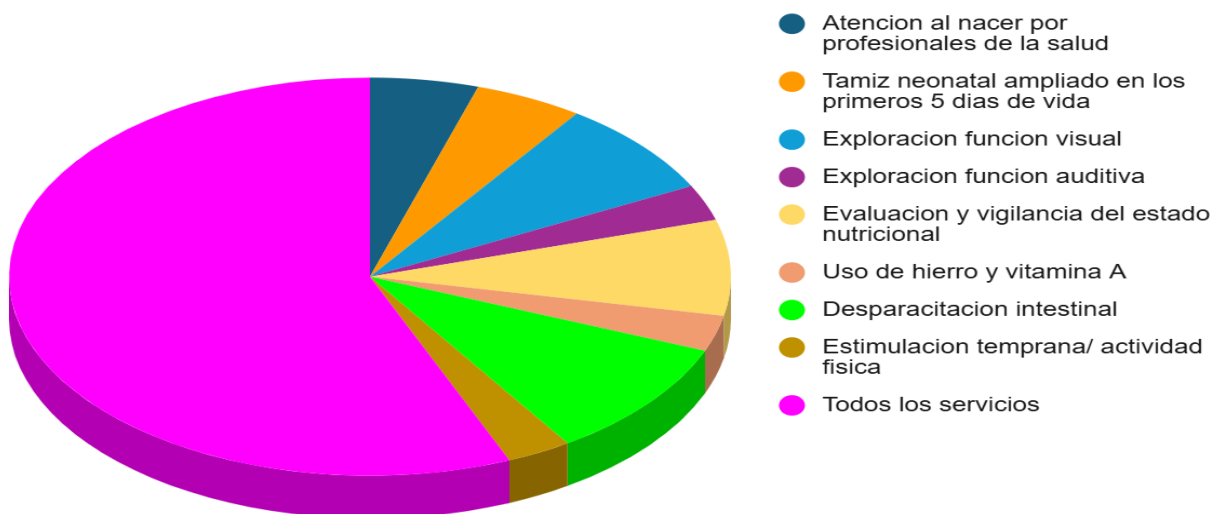
Entre los servicios específicos que se reportan se encuentran:

- Atención al nacer por profesionales de la salud – 5% (2 niños)
- Tamiz neonatal ampliado en los primeros 5 días de vida – 5% (2 niños)
- Exploración de función visual – 8% (3 niños)
- Exploración de función auditiva – 3% (aproximadamente 2 niños)
- Evaluación y vigilancia del estado nutricional – 8% (3 niños)
- Uso de hierro y vitamina A – 3% (aproximadamente 2 niños)
- Desparasitación intestinal – 10 % (4 niños)
- Estimulación temprana y actividad física – 3% (aproximadamente 2 niños)

Aunque algunos servicios individuales presentan porcentajes menores en comparación con la categoría de “todos los servicios”, en general los datos reflejan una adecuada atención preventiva y de seguimiento en la población infantil.

Esto es positivo desde el enfoque de salud pública, ya que la atención integral en los primeros años de vida es fundamental para el crecimiento, el desarrollo adecuado y la prevención de enfermedades a largo plazo.

**Gráfica 53. Servicios recibidos en pacientes de 0 a 9 años**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### **3.7.4.16.2.2 De 10 a 19 años**

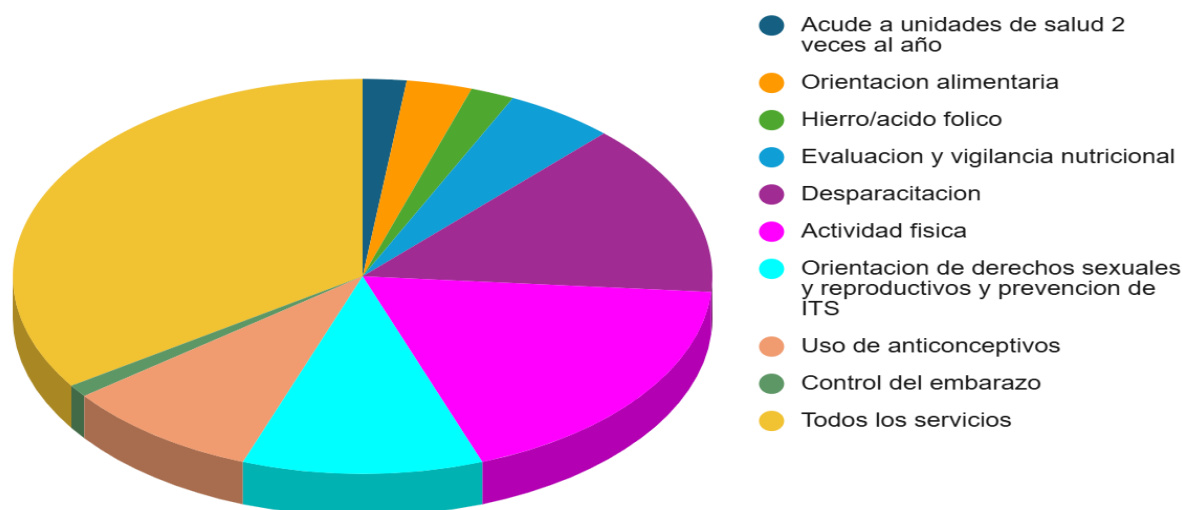
La Gráfica 54 muestra los servicios recibidos en pacientes de 10 a 19 años (99 adolescentes registrados). Se observa que una proporción importante de los adolescentes recibe todos los servicios con 34% (34 adolescentes).

Entre los servicios específicos que se reportan se encuentran:

- Acuden a unidades de salud al menos 2 veces al año – 2% (2 adolescentes)
- Orientación alimentaria – 3% (3 adolescentes)
- Suplementación con hierro/ácido fólico – 2% (2 adolescentes)
- Evaluación y vigilancia nutricional – 5% (5 adolescentes)
- Desparasitación – 14% (14 adolescentes)
- Actividad física – 18% (18 adolescentes)
- Orientación sobre derechos sexuales y reproductivos y prevención de ITS – 11% (11 adolescentes)
- Uso de anticonceptivos – 9% (9 adolescentes)
- Control del embarazo – 1% (1 adolescente)

Desde el enfoque sociosanitario, esto es relevante, ya que la adolescencia es una etapa clave para fortalecer hábitos saludables, prevenir enfermedades, reducir embarazos no planeados y promover el autocuidado.

**Gráfica 54. Servicios recibidos en pacientes de 10 a 19 años**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### 3.7.4.16.2.3 Mujeres de 20 a 59 años

En la Gráfica 55 (de un total registrado de 235 mujeres) se observa que una proporción considerable de mujeres recibe todos los servicios con un 47% (110 mujeres), lo que refleja una cobertura integral en la atención de este grupo etario.

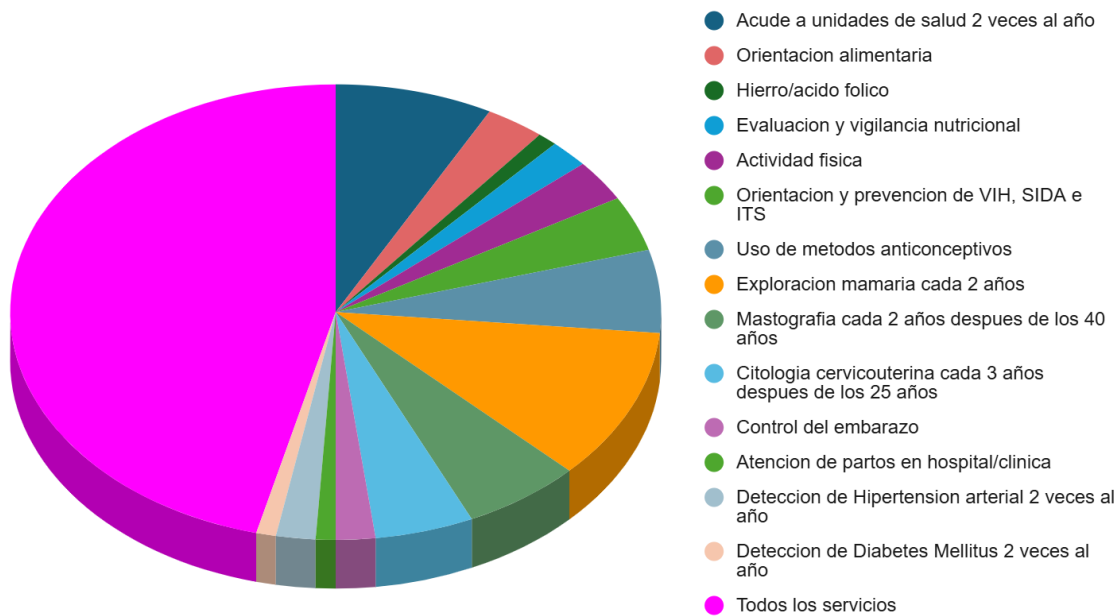
Entre los servicios específicos reportados se encuentran:

- Acuden a unidades de salud 2 veces al año – 8% (19 mujeres)
- Orientación alimentaria – 3% (8 mujeres)
- Suplementación con hierro/ácido fólico – 1% (3 mujeres)
- Evaluación y vigilancia nutricional – 2% (5 mujeres)
- Actividad física – 3% (7 mujeres)
- Orientación y prevención de VIH, SIDA e ITS – 4% (10 mujeres)
- Uso de métodos anticonceptivos – 6% (13 mujeres)
- Exploración mamaria cada 2 años – 11% (25 mujeres)
- Mastografía cada 2 años después de los 40 años – 6% (13 mujeres)

- Citología cervicouterina cada 3 años después de los 25 años – 5% (11 mujeres)
- Control del embarazo – 2% (5 mujeres)
- Atención de partos en hospital o clínica – 1% (3 mujeres)
- Detección de hipertensión arterial (2 veces al año) – 2% (4 mujeres)
- Detección de Diabetes Mellitus (2 veces al año) – 1% (3 mujeres)

Esto es fundamental, ya que las mujeres en este rango de edad requieren atención integral que incluya salud reproductiva, prevención de cáncer, control de enfermedades crónicas y promoción de estilos de vida saludables.

**Gráfica 55. Servicios recibidos en mujeres de 20 a 59 años**



**Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.**

### 3.7.4.16.2.4 Hombres de 20 a 59 años

En la Gráfica 56 se observa que una parte importante de los hombres (de un total de 208 hombres registrados) recibe todos los servicios en un 29% (69 hombres).

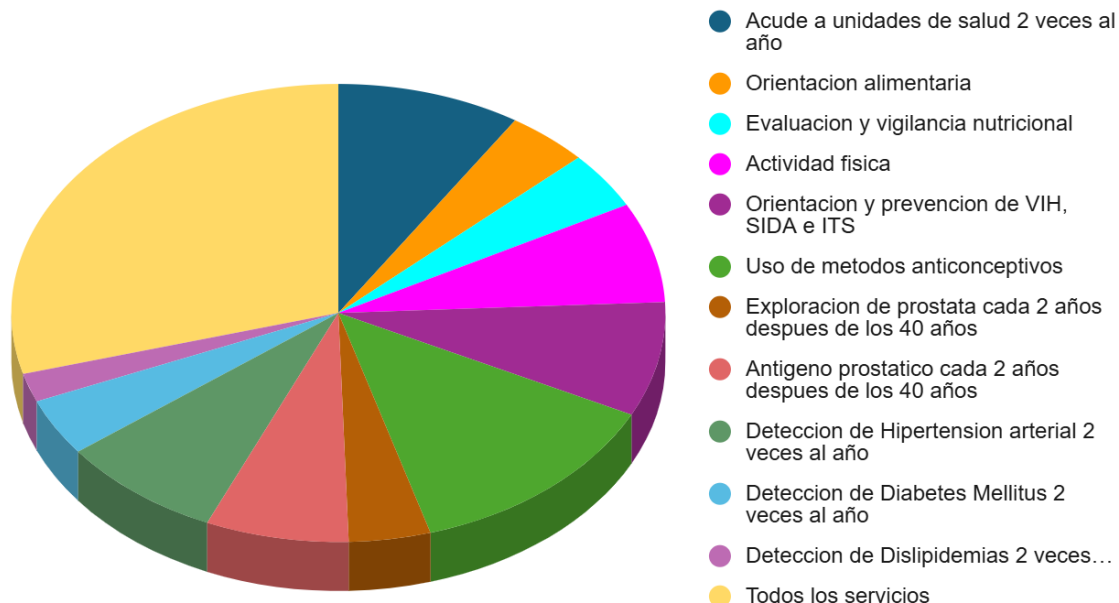
Entre los servicios específicos reportados se encuentran:

- Acude a unidades de salud 2 veces al año – 9% (18 hombres)

- Orientación alimentaria – 4% ( 9 hombres)
- Evaluación y vigilancia nutricional – 4% (8 hombres)
- Actividad física – 7% (15 hombres)
- Orientación y prevención de VIH, SIDA e ITS – 8% (17 hombres)
- Uso de métodos anticonceptivos – 13% (28 hombres)
- Exploración de próstata cada 2 años después de los 40 años – 4% (8 hombres)
- Antígeno prostático cada 2 años después de los 40 años – 7% (15 hombres)
- Detección de hipertensión arterial (2 veces al año) – 8% (17 hombres)
- Detección de Diabetes Mellitus (2 veces al año) – 4% (8 hombres)
- Detección de dislipidemias (2 veces al año) – 2% (5 hombres)

Es fundamental promover la cultura de la prevención en los hombres adultos, especialmente en la detección de enfermedades crónico-degenerativas y padecimientos prostáticos, para reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida.

**Gráfica 56. Servicios recibidos en hombres de 20 a 59 años**



Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### 3.7.4.16.2.5 Adultos de 60 años o más

La Gráfica 57 muestra los servicios recibidos en adultos mayores de 60 años (189 adultos en total). 21% de los adultos mayores recibe todos los servicios (39 adultos).

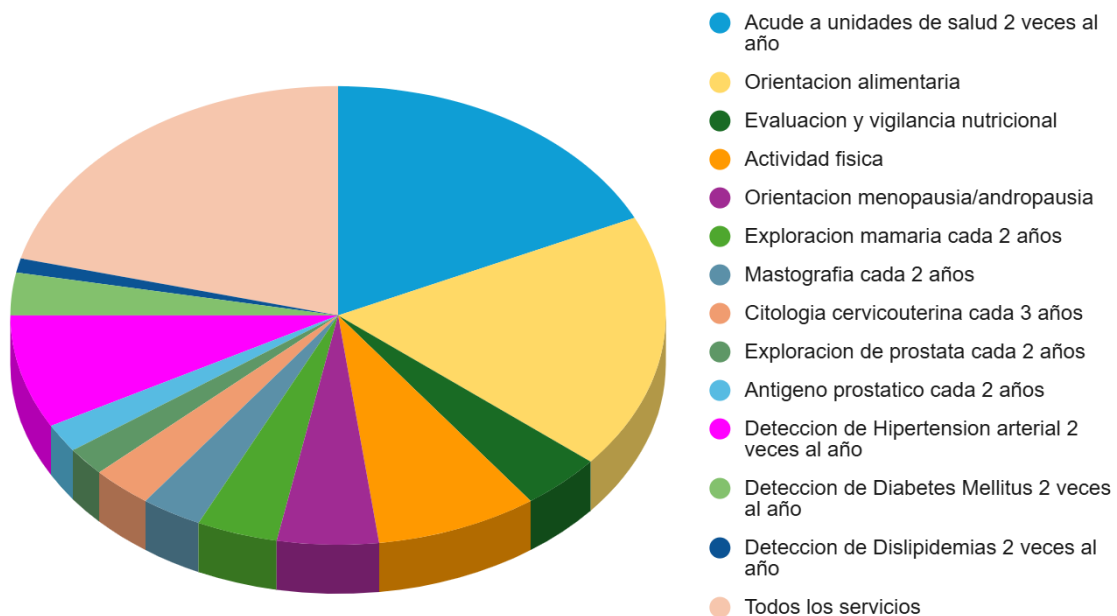
Entre los servicios específicos reportados se encuentran:

- Acuden a unidades de salud 2 veces al año – 18% (34 adultos)
- Orientación alimentaria – 18% (34 adultos)
- Evaluación y vigilancia nutricional – 4% (7 adultos)
- Actividad física – 8% (7 adultos)
- Orientación sobre menopausia/andropausia – 5% (10 adultos)
- Exploración mamaria cada 2 años – 4% (2 adultos)
- Mastografía cada 2 años – 3% (6 adultos)
- Citología cervicouterina cada 3 años – 3% (5 adultos)
- Exploración de próstata cada 2 años – 2% (3 adultos)

- Antígeno prostático cada 2 años – 2% (4 adultos)
- Detección de hipertensión arterial (2 veces al año) – 8% (16 adultos)
- Detección de Diabetes Mellitus (2 veces al año) – 3% (5 adultos)
- Detección de dislipidemias (2 veces al año) – 1% (2 adultos)

Es importante el seguimiento continuo en adultos mayores, ya que esta etapa de la vida presenta mayor riesgo de enfermedades crónicas, complicaciones y deterioro funcional. La prevención y detección oportuna contribuyen a mejorar la calidad de vida y reducir hospitalizaciones.

**Gráfica 57. Servicios recibidos en adultos mayores de 60 años**



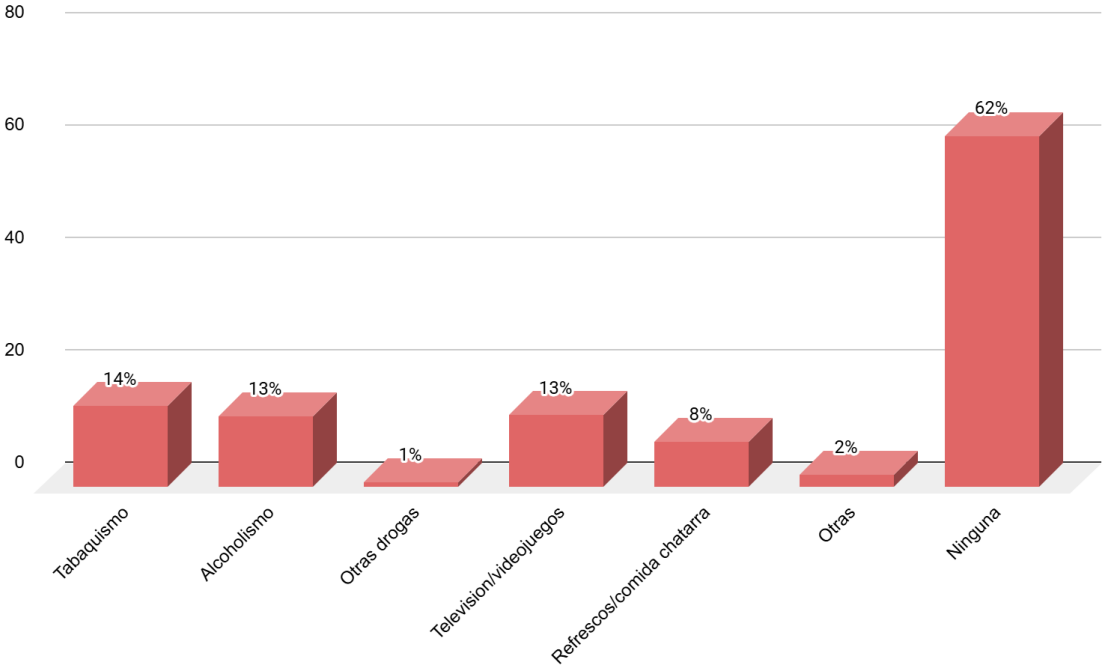
Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### 3.7.4.16.3 Adicciones

De los 771 habitantes del AGEB 420-2 se encontró que la mayor cantidad de personas no tiene ninguna adicción representado por 62% (478 personas), seguido de 14% (110 personas) con adicción al tabaco y una equidad del 13% (100 personas cada uno) entre alcohólicos y aquellos que utilizan aparatos o tecnologías por más

de 12 horas al día, dejando al último 8% (62 personas) con adicción al consumo de bebidas azucaradas y esto debido a la alta comercialización de productos como el tabaco, el alcohol y refrescos, contribuyendo así a enfermedades cardiopulmonares, obesidad, insuficiencia renal o hepática o accidentes automovilísticos siendo las causas más comunes de hospitalización en general.

**Gráfica 58. Tipos de adicciones reportadas por las familias**

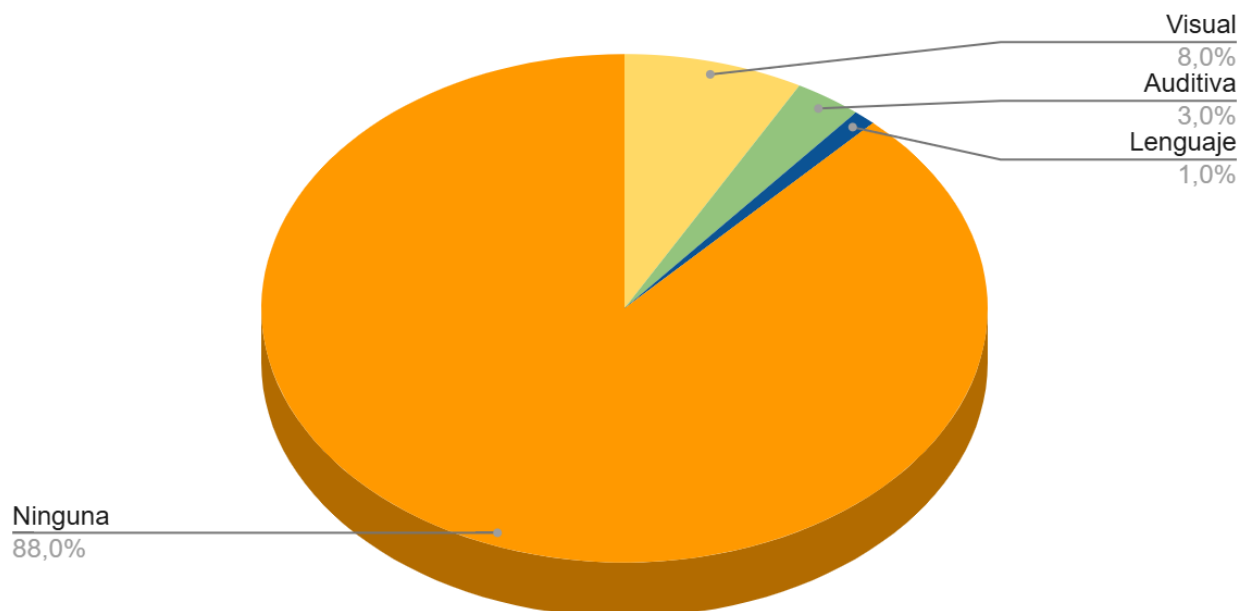


Fuente: Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

**3.7.4.16.4 Discapacidad presente en algún o algunos integrantes de la familia**

Se logra observar que el 88% de los encuestados (680 personas) no cuenta con ningún tipo de discapacidad, sin embargo el 8% (62 personas) de nuestra población total, padece una discapacidad visual, en general las discapacidades representan un reto para la población que las padece debido a las restricciones que llegan a presentar en comparación con el resto de la población, pero en las visuales y tomando en cuenta las condiciones de vivienda de cada persona, existe un riesgo sanitario a causa de caídas a su vez traumatismos o lesiones graves, discriminación y depresión.

**Gráfica 59. Tipos de discapacidad reportadas por familias del AGEB**



**Fuente:** Cédulas diagnósticas de Salud AGEB 420-2. Alcaldía Iztapalapa. Octubre de 2024.

### **3.8 Análisis de resultados significativos**

A partir del examen sistemático de los gráficos elaborados con base en la información recabada mediante las cédulas aplicadas en el AGEB 4202 de la delegación Iztapalapa durante octubre de 2024, se identificaron diversos hallazgos de relevancia.

En primer término, se observó una mayor proporción de población femenina en el área de estudio, con un total de 235 mujeres frente a 208 hombres. Asimismo, se determinó que un 49% de los habitantes cuenta únicamente con estudios de nivel básico (primaria o secundaria), condición que incide de manera sustancial en los indicadores de salud comunitaria, al limitar la apropiación y comprensión de información sanitaria. Esta situación repercute en la adopción insuficiente de medidas higiénico-dietéticas orientadas a la detección oportuna, prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles. De igual forma, se identificó una marcada tendencia al sedentarismo y a patrones alimentarios inadecuados, factores que se asociaron con un incremento del 9% en la mortalidad atribuible a enfermedades crónico-degenerativas dentro de la población analizada.

Las enfermedades crónicas no transmisibles continúan configurándose como un problema prioritario de salud pública, al concentrar el 12% de las defunciones registradas. Entre las afecciones de mayor prevalencia destacan la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, cuya presencia sugiere deficiencias estructurales en los hábitos alimentarios y en la práctica regular de actividad física. Por otra parte, si bien se ha observado una disminución en los casos de COVID-19, persisten secuelas en determinados grupos poblacionales, particularmente en personas con bajo nivel de escolaridad y con comorbilidades preexistentes.

Se identificó que el 60% de la población no acude de manera regular a los servicios de salud, lo que evidencia una limitada cultura de prevención y autocuidado. No obstante, el 75% de los encuestados refirió recibir un trato respetuoso y cordial en las unidades de atención, elemento positivo que contrasta con la falta de adherencia terapéutica observada en algunos pacientes.

En el ámbito social, el 77% de los habitantes manifestó no participar en agrupaciones comunitarias, circunstancia que podría favorecer dinámicas de aislamiento y vulnerabilidad psicosocial. En relación con la percepción de seguridad, el 41% de los encuestados señaló el narcomenudeo como un factor de riesgo presente en su entorno inmediato, situación que incide negativamente en la sensación de seguridad y en el bienestar colectivo.

En conjunto, el análisis efectuado permitió reconocer los principales determinantes que inciden en la calidad de vida de la comunidad, entre los que sobresalen la alta prevalencia de enfermedades crónicas, las condiciones socioeconómicas adversas y las barreras en el acceso efectivo a los servicios de salud. Del mismo modo, se constató la influencia de determinantes sociales tales como el nivel educativo, la inseguridad y la limitada participación comunitaria en la configuración del bienestar integral. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de diseñar e implementar estrategias integrales e intersectoriales que atiendan no solo las dimensiones clínicas, sino también los factores sociales y ambientales, con el propósito de propiciar un entorno más saludable, inclusivo y equitativo para la población.

### **3.9 Conclusiones y recomendaciones**

A partir de los hallazgos obtenidos, se concluye la pertinencia de instrumentar estrategias estructuradas de educación sanitaria orientadas a fortalecer el conocimiento en materia de prevención de enfermedades crónicas y promoción de estilos de vida saludables. Resulta igualmente necesario desarrollar intervenciones específicas de alfabetización en salud dirigidas a sectores con bajo nivel de escolaridad, a fin de favorecer la comprensión, apropiación y aplicación de información relacionada con el autocuidado.

De manera complementaria, se infiere la conveniencia de incentivar la asistencia periódica a los servicios de salud con fines preventivos y de detección oportuna de padecimientos. Asimismo, se propone optimizar la accesibilidad a la atención mediante la implementación de brigadas comunitarias y el aprovechamiento de modalidades de telemedicina, con el propósito de reducir barreras geográficas, económicas y organizacionales.

El análisis integral de los datos también sustenta la necesidad de establecer programas comunitarios de orientación nutricional y activación física encaminados a disminuir la prevalencia de obesidad y enfermedades cardiovasculares. En el ámbito psicosocial, se recomienda promover la conformación de redes de apoyo y espacios de participación colectiva que contribuyan a mitigar el aislamiento social y a fortalecer el bienestar emocional. De igual forma, se sugiere articular estrategias comunitarias para enfrentar problemáticas como el narcomenudeo y la comercialización irregular de bebidas alcohólicas, en coordinación con autoridades locales y mediante programas preventivos de carácter intersectorial.

El diagnóstico de salud efectuado en el AGEB 420-2 de la Iztapalapa permitió identificar múltiples factores determinantes del bienestar comunitario. Se constató una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, particularmente diabetes mellitus e hipertensión arterial, así como limitaciones en el acceso efectivo a los servicios de salud, lo que pone de relieve la urgencia de robustecer las acciones de promoción y prevención.

Adicionalmente, se evidenció que determinadas condiciones socioeconómicas y ambientales —entre ellas el bajo nivel educativo y la percepción de inseguridad— inciden de manera directa en la calidad de vida de la población, generando obstáculos adicionales para la atención médica oportuna y continua.

En síntesis, resulta imprescindible consolidar intervenciones que impulsen la educación para la salud, garanticen un acceso equitativo a los servicios médicos y fortalezcan la participación comunitaria. Se recomienda reforzar el primer nivel de atención mediante campañas sistemáticas de prevención y detección temprana de enfermedades crónicas, así como fomentar la práctica regular de actividad física y la adopción de pautas alimentarias equilibradas. Del mismo modo, es prioritario promover programas de salud mental y mecanismos de integración social que contribuyan a disminuir el aislamiento y elevar la calidad de vida. Finalmente, se considera fundamental establecer una coordinación efectiva con las autoridades locales para mejorar las condiciones de seguridad y propiciar un entorno comunitario más saludable, seguro y sostenible.

### 3.10 Referencias

1. Reyes E. *Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología*. 2ª ed. [Internet]. 2015 [citado 12 oct 2024]. Disponible en: <https://pdfcoffee.com/fundamentos-de-enfermeria-ciencia-metodologia-y-tecnologia-segunda-edicion-pdf-free.html>
2. Organización Panamericana de la Salud. *Directrices de la OMS sobre vivienda y salud* [Internet]. 2018 [citado 12 oct 2024]. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583399/pdf/Bookshelf\\_NBK583399.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583399/pdf/Bookshelf_NBK583399.pdf)
3. Organización Mundial de la Salud. Agua para consumo humano [Internet]. 2023 [citado 13 oct 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>
4. Gaslink. Precio del Gas LP en San Luis Potosí [Internet]. 2019 [citado 13 oct 2024]. Disponible en: <https://gaslink.mx/blog/page/2/>

5. Organización Panamericana de la Salud. Residuos sólidos: el reto de mejorar la gestión desde el diálogo sobre las mejores prácticas y la apuesta por la economía circular [Internet]. 2024 [citado 13 oct 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/19-9-2024-residuos-solidos-reto-mejorar-gestion-desde-dialogo-sobre-mejores-practicas>
6. Secretaría de Gobernación. La rabia, una enfermedad que puede prevenirse [Internet]. 2015 [citado 15 oct 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/la-rabia-una-enfermedad-que-puede-prevenirse>
7. Aparicio C. Diálogo entre religiones: identidad y apertura [Internet]. 2013 [citado 15 oct 2024]. Disponible en: <https://zoboko.com/book/jv8o2v45/dialogo-entre-religiones-identidad-y-apertura>
8. Universidad de Morón. El desafío en el aula frente a los cambios tecnológicos [Internet]. 2024 [citado 17 oct 2024]. Disponible en: [repositorio.unimoron.edu.ar](https://repositorio.unimoron.edu.ar)

## **Capítulo 4. Actividades realizadas en el Servicio Social**

### **4.1 Introducción**

El servicio social constituye una fase determinante en el tránsito de la formación universitaria al ejercicio autónomo de la medicina, al propiciar la inmersión directa en las dinámicas sociales, culturales y epidemiológicas de la comunidad. Más allá del empleo de saberes clínicos previamente adquiridos, este periodo configura un proceso formativo permanente en el que se afianzan competencias comunicativas, criterio clínico, sensibilidad interpersonal y capacidad de colaboración interdisciplinaria, elementos esenciales para un desempeño profesional con enfoque integral.

A lo largo de esta etapa, las actividades desarrolladas no se limitaron al abordaje terapéutico de los padecimientos, sino que incorporaron la comprensión del entorno en el que se desenvuelven los pacientes, reconociendo la incidencia de factores sociales, económicos y ambientales en la configuración del proceso salud-enfermedad. La práctica cotidiana en el primer nivel de atención favoreció la consolidación de una perspectiva preventiva y de promoción del bienestar, además de fortalecer la habilidad para responder de manera flexible y pertinente a las necesidades concretas de la población atendida.

El presente apartado tiene como propósito exponer las funciones desempeñadas desde una visión amplia e integradora, evidenciando tanto las responsabilidades clínicas y administrativas asumidas como la evolución personal y profesional derivada del contacto continuo con usuarios, familias y personal sanitario. Esta experiencia contribuyó a consolidar una concepción del ejercicio médico más consciente de su dimensión ética, social y humana.

### **4.2 Agosto**

Fui asignado al consultorio 8 bajo la supervisión de la Dra. Beatriz Ríos. Su consulta estaba orientada principalmente al seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, lo que me permitió, desde el inicio, involucrarme de manera constante en

la valoración integral de personas con diabetes, hipertensión y otras patologías de larga evolución.

Mis primeras actividades consistieron en la toma de signos vitales, mediciones antropométricas y exploración física dirigida. Sin embargo, lejos de ser tareas mecánicas, se convirtieron en una oportunidad para perfeccionar mi técnica, mejorar mi seguridad al explorar y aprender a correlacionar hallazgos clínicos con el motivo de consulta. Al término de cada jornada, revisábamos los casos atendidos; la retroalimentación que recibía fortalecía mi razonamiento clínico, especialmente en lo referente al interrogatorio dirigido y la adecuada elaboración de notas médicas.

Durante la primera semana me dediqué también a reconocer la dinámica interna del centro de salud: la ubicación de los servicios, el flujo de pacientes y la organización general. Comprender ese entorno me permitió integrarme con mayor claridad a las actividades asistenciales y entender el papel que desempeñaba dentro del equipo.

Al tercer día, la doctora me permitió otorgar consulta de manera autónoma bajo su supervisión indirecta. Elaboraba la historia clínica, realizaba la exploración, proponía diagnósticos y planes terapéuticos, y posteriormente revisábamos juntos cada caso antes de integrar la nota al expediente. Esta experiencia representó un punto de inflexión en mi formación, pues implicó asumir responsabilidad real sobre la atención del paciente.

Recuerdo con especial claridad a mi primera paciente: una mujer joven, madre soltera, que acudía acompañada de su hijo pequeño. Durante el interrogatorio percibí signos de ansiedad al abordar preguntas relacionadas con violencia familiar. Aunque inicialmente negó cualquier situación de riesgo, al realizar la exploración física identifiqué cicatrices compatibles con quemaduras en el cuello. Informé de inmediato a la Dra. Ríos y profundizamos en la valoración. Con mayor confianza, la paciente reveló antecedentes de violencia severa por parte de su expareja, incluyendo un episodio en el que ella y su hijo fueron agredidos con fuego. La magnitud de las secuelas físicas era considerable.

Esa consulta me confrontó con una dimensión de la medicina que trasciende el diagnóstico y la prescripción. Entendí la importancia de la sensibilidad clínica, de saber observar más allá de lo evidente y de generar un espacio seguro para que el paciente pueda hablar. Aunque sugerimos los pasos legales pertinentes, la paciente priorizó su seguridad inmediata. No volví a verla, pero esa experiencia marcó profundamente mi concepción del ejercicio médico.

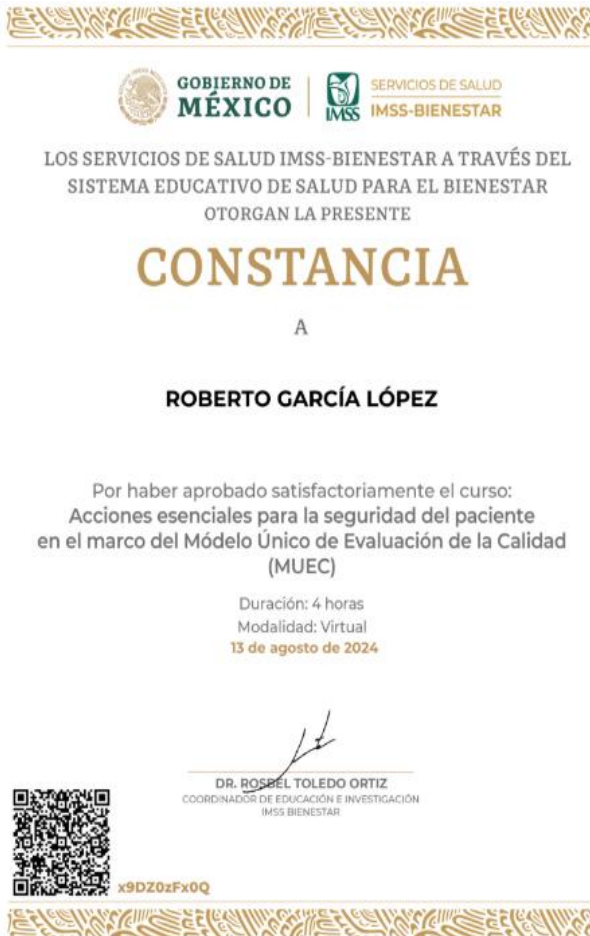
En la segunda semana fui reubicado al consultorio 7 con el Dr. Gasca. Continué participando en la valoración de pacientes crónicos, fortaleciendo mi capacidad para ajustar tratamientos, interpretar estudios de laboratorio y establecer metas terapéuticas individualizadas. Aunque mi autonomía fue menor en comparación con la semana previa, aproveché cada oportunidad para cuestionar decisiones clínicas y consolidar conocimientos.

A mitad de mes, por necesidades operativas, fui asignado al área de atención y aplicación de pruebas para COVID-19. Este periodo representó un reto distinto: enfrenté un alto volumen de pacientes con síntomas respiratorios y, al mismo tiempo, observé situaciones que pusieron a prueba mi postura ética. En varias ocasiones, pacientes que no cumplían criterios para sospecha de COVID eran derivados de manera automática al módulo respiratorio sin una valoración adecuada. Consideré que esto vulneraba la atención integral y el trato digno que merecen los usuarios. Decidí reorientar a los pacientes a consulta general cuando correspondía y notificar la situación a las instancias pertinentes. Aunque ello generó incomodidad en algunos compañeros, reafirmó mi compromiso con una práctica médica responsable y centrada en el paciente.

Al concluir el mes, comprendí que el aprendizaje más significativo no se limitó a perfeccionar habilidades técnicas, sino a desarrollar criterio clínico, sensibilidad social y firmeza ética. Confirmé que ser médico implica asumir responsabilidad no sólo frente a la enfermedad, sino ante las condiciones humanas que la rodean. Este primer mes fortaleció mi identidad profesional y me recordó que la medicina exige conocimiento, pero también carácter y empatía.

En este mes realicé alrededor de 4 cursos impartidos por las plataformas oficiales del sistema de salud:

### Imagen 7. Constancia MUEC



Este curso representó un acercamiento más estructurado al concepto de calidad en los servicios de salud. Aunque durante la carrera escuché múltiples veces el término “seguridad del paciente”, fue hasta este momento que comprendí su aplicación práctica dentro de los procesos diarios del primer nivel de atención. Se abordaron las acciones esenciales orientadas a disminuir riesgos prevenibles, como la correcta identificación del paciente, la comunicación clara entre el personal, la conciliación de medicamentos y la notificación de eventos adversos.

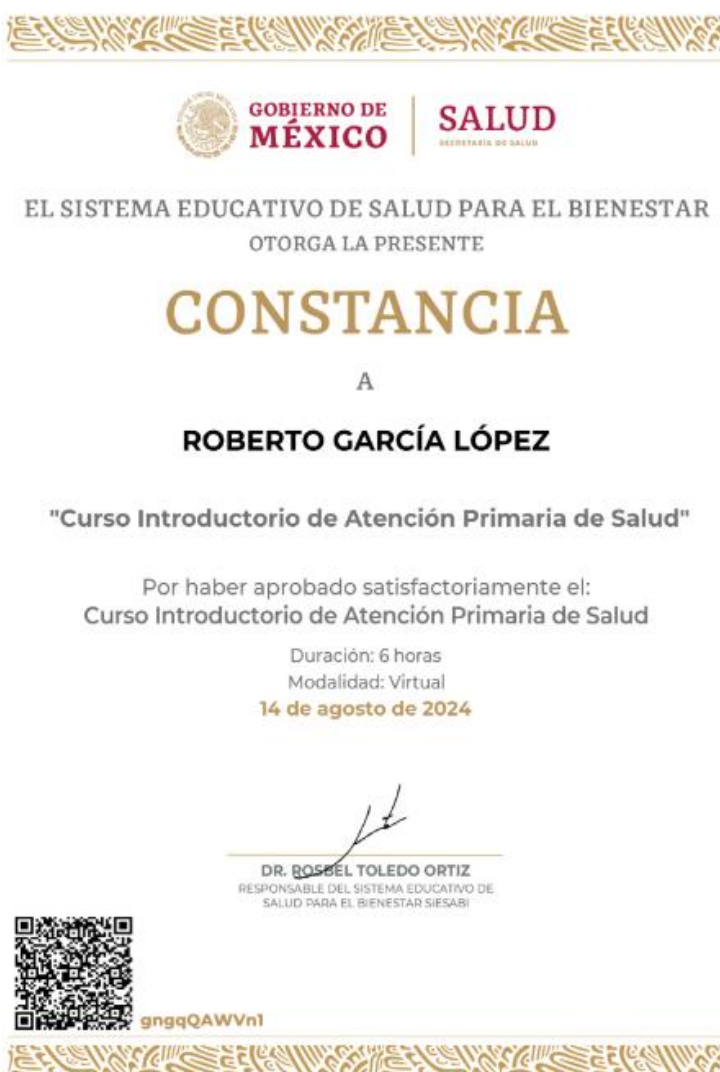
Uno de los puntos que más me hizo reflexionar fue entender que muchos errores no derivan de la falta de conocimiento clínico, sino de fallas en el sistema: registros incompletos, indicaciones verbales mal transmitidas o falta de verificación de datos básicos. El curso enfatizaba la cultura de seguridad, no como una medida punitiva, sino como un compromiso institucional y personal.

A partir de este aprendizaje, reforcé el hábito de verificar siempre nombre completo y fecha de nacimiento antes de cualquier procedimiento, revisar indicaciones

escritas con mayor atención y fomentar una comunicación más clara con enfermería. Comprendí que la calidad no es un concepto abstracto, sino una práctica diaria que comienza con pequeños detalles.

## Imagen 8. Constancia Curso

### Introdutorio de APS



Este curso consolidó la visión integral del primer nivel de atención como base del sistema sanitario. Se profundizó en los principios de accesibilidad, continuidad, integralidad, coordinación intersectorial y participación comunitaria. Más allá de los conceptos teóricos, me permitió contextualizar muchas de las actividades que realizaba cotidianamente en el centro de salud.

Entendí que la Atención Primaria no se limita a resolver padecimientos comunes, sino que implica un enfoque preventivo, familiar y comunitario. La APS busca anticiparse a la enfermedad mediante promoción de la salud, detección oportuna y

seguimiento continuo, lo cual reduce hospitalizaciones y complicaciones a largo plazo.

De manera personal, este curso reforzó mi percepción de que el primer nivel no es un escalón menor dentro del sistema, sino el punto estratégico donde realmente se pueden generar cambios sostenibles en la salud poblacional. Confirmó mi interés por fortalecer competencias en prevención y educación sanitaria.

### Imagen 9. Curso OPS, Higiene de manos



Aunque la higiene de manos es una práctica que repetimos constantemente, este curso permitió comprenderla desde una perspectiva más técnica y basada en evidencia. Se abordaron los cinco momentos clave para la higiene, la técnica adecuada con agua y jabón, así como el uso correcto de soluciones alcoholadas.

Me llamó la atención la evidencia que demuestra la reducción significativa de infecciones asociadas a la atención sanitaria cuando se implementan protocolos estrictos de higiene. También se enfatizó la responsabilidad del personal de salud como modelo para pacientes y familiares.

Desde entonces, procuré ser más meticuloso con la técnica y el tiempo recomendado, además de promover activamente el lavado de manos en talleres y pláticas informativas. Fue un recordatorio de que las medidas más simples pueden tener el mayor impacto preventivo.

### Imagen 10. Constancia APS y Derechos Humanos



Este curso amplió mi comprensión sobre la diversidad cultural en la práctica médica. Se abordó la importancia de brindar atención con enfoque de derechos humanos, reconociendo las diferencias culturales, lingüísticas y sociales de los pacientes.

Comprendí que la relación médico-paciente no debe imponerse desde una postura jerárquica, sino construirse desde el respeto y la escucha activa. Muchas veces, prácticas tradicionales o creencias influyen en la adherencia al tratamiento, y desestimarlas puede generar desconfianza.

Este aprendizaje me ayudó a ser más empático y a preguntar antes de asumir. Entendí que brindar atención de calidad también implica reconocer la identidad

cultural del paciente y buscar estrategias de comunicación que favorezcan el entendimiento mutuo.

### **4.3 Septiembre**

Durante el segundo mes de mi servicio social permanecí, durante la primera semana y media, en el módulo de atención respiratoria destinado a casos sospechosos de COVID-19. En este periodo continué realizando valoraciones clínicas, identificación de signos de alarma, toma de muestras y orientación sobre aislamiento domiciliario. La experiencia me permitió afinar mi interrogatorio enfocado a síntomas respiratorios y fortalecer mi criterio para diferenciar infecciones virales autolimitadas de cuadros que requerían referencia.

Alrededor del 11 de septiembre inició la Campaña Nacional de Vacunación Antirrábica Canina y Felina, coordinada por la Secretaría de Salud. Con la llegada de los biológicos al centro de salud, mi compañero pasante y yo fuimos asignados a apoyar en campo junto con un promotor de salud. En mi caso, acudí al T-I “La Era”, ubicado a aproximadamente 15 minutos de la unidad médica.

Mis funciones consistieron en realizar perifoneo para convocar a la población, organizar el flujo de propietarios con sus mascotas, llevar el registro nominal de las dosis aplicadas y entregar los comprobantes correspondientes. Aunque la actividad pudiera parecer administrativa, representó un acercamiento directo a la realidad comunitaria. Durante cerca de diez días conviví con familias en condiciones sanitarias complejas; observé viviendas con acumulación de residuos, convivencia estrecha con animales sin medidas básicas de higiene y niños jugando descalzos en espacios contaminados con excretas.

Como médico en formación, estas escenas resultaron impactantes. Intentaba orientar a las familias sobre riesgos zoonóticos, manejo adecuado de desechos y medidas preventivas básicas. No siempre encontraba apertura; comprendí entonces que la promoción de la salud no depende únicamente de transmitir información, sino de factores sociales, económicos y culturales mucho más amplios.

Aprendí a comunicar con respeto, sin juicio, entendiendo que el cambio de conductas es un proceso gradual.

Posteriormente acudí, junto con mi compañera pasante y bajo supervisión del Dr. Valentín, a una empresa de alimentos denominada “Chanekes”, donde realizamos valoraciones médicas para la expedición de certificados de salud a los trabajadores. Esta actividad reforzó mi capacidad para efectuar interrogatorios dirigidos, exploraciones físicas breves pero completas y emitir criterios de aptitud laboral con responsabilidad.

Al concluir estas comisiones extramuros, fui reasignado nuevamente al área COVID hasta finalizar el mes, atendiendo en promedio cinco pacientes por jornada. Aunque el volumen era menor en comparación con semanas previas, cada consulta representaba un reto diagnóstico distinto y una oportunidad para consolidar seguridad en la toma de decisiones.

También el levantamiento de cédulas de identificación como parte del diagnóstico de salud comunitario. A cada pasante se nos asignó un AGEB específico; en mi caso correspondió el 420-2. Nos organizamos en dos equipos para cubrir el territorio, considerando que únicamente se nos autorizó ausentarnos del centro de salud un día para realizar esta actividad, por lo que el trabajo de campo debía ser eficiente y bien distribuido.

La meta individual era completar alrededor de veinte cédulas; logré aplicar trece durante la jornada asignada. Aunque pudiera parecer un número reducido, cada entrevista implicaba tiempo, explicación detallada del propósito del estudio y, sobre todo, generar un mínimo de confianza con los habitantes.

El principal obstáculo fue la desconfianza de la población. Al tratarse de una zona con antecedentes de alta delincuencia, muchas personas se mostraban renuentes a proporcionar información, especialmente datos sensibles como ingresos familiares o características del hogar. En algunas calles el ambiente resultaba tenso; era evidente que nuestra presencia generaba sospecha más que apertura. Esta experiencia me hizo comprender que portar una bata blanca o identificarse como

personal de salud no garantiza credibilidad automática. La realidad social actual, marcada por problemas de seguridad, condiciona profundamente la relación entre comunidad y personal sanitario.

Además, percibí que la calidad de la información recabada podía verse afectada por el temor o la reserva de los entrevistados. Esto me llevó a reflexionar sobre la importancia de la comunicación clara, la empatía y el respeto al abordar a la población, así como sobre las limitaciones inherentes a los diagnósticos comunitarios cuando no existe un vínculo sólido previo.

En conjunto, entre la atención clínica en el módulo respiratorio, la participación en la campaña antirrábica, las valoraciones laborales y el levantamiento de cédulas, este mes amplió mi panorama sobre la práctica médica. No sólo consolidé habilidades técnicas, sino que enfrenté de manera directa los retos sociales que influyen en la salud colectiva: marginación, desinformación, inseguridad y desconfianza institucional.

Estas vivencias reforzaron en mí la idea de que ejercer la medicina en el primer nivel de atención implica mucho más que resolver síntomas; supone interactuar con contextos complejos donde el componente social pesa tanto como el biológico. Comprendí que mi formación no se limita al aprendizaje clínico, sino que también exige desarrollar sensibilidad comunitaria, paciencia y capacidad de adaptación. Cada jornada, dentro o fuera del consultorio, ha ido moldeando mi identidad profesional y mi compromiso con una práctica más humana y consciente de la realidad que rodea a mis pacientes.

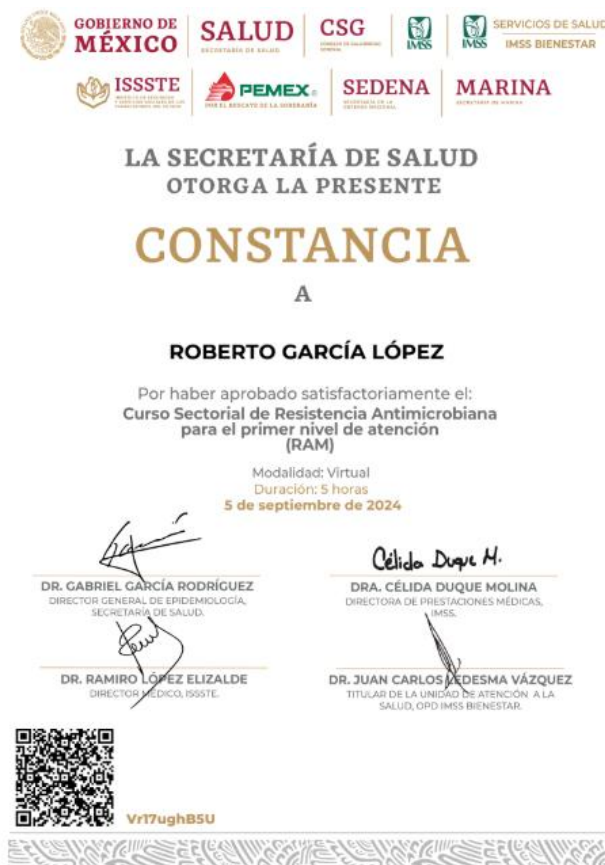
### **Imagen 11. Campaña de vacunación antirrábica. Puesto fijo**



Fotografía. Ubicación: C.S. T – I La Era. Septiembre 2024

Durante este mes realicé alrededor de 3 cursos:

**Imagen 12. Constancia RAM**



La resistencia antimicrobiana es un problema creciente que afecta la efectividad de tratamientos comunes. Este curso explicó los mecanismos por los cuales las bacterias desarrollan resistencia y el impacto que tiene el uso indiscriminado de antibióticos.

Uno de los puntos más relevantes fue reforzar la prescripción basada en criterios clínicos claros y evitar antibióticos en infecciones

virales. También se abordó la importancia de educar al paciente sobre completar esquemas y no automedicarse.

En consulta, muchas veces existe presión para prescribir “algo fuerte”. Este curso fortaleció mi criterio para explicar de manera fundamentada cuándo un antibiótico no está indicado. Me ayudó a asumir una postura más responsable frente a la prescripción.

### Imagen 13. Constancia Dengue



Este aprendizaje me permitió sentir mayor seguridad al valorar pacientes febriles y orientar adecuadamente sobre signos de alarma y medidas preventivas.

Este curso resultó particularmente útil por la frecuencia del dengue en diversas regiones del país. Se revisaron los signos y síntomas iniciales, criterios de alarma, clasificación clínica y lineamientos de manejo.

Comprendí la importancia de identificar oportunamente datos como dolor abdominal intenso, vómito persistente o sangrado, que pueden indicar progresión a formas graves. También se reforzó la necesidad de evitar el uso de antiinflamatorios no esteroideos en casos sospechosos.

## Imagen 14. Curso Cáncer Infantil



Este curso fue uno de los más impactantes a nivel personal. Se abordaron signos clínicos que, aunque pueden parecer inespecíficos, deben alertar sobre la posible presencia de cáncer infantil: pérdida de peso inexplicada, fiebre persistente, adenopatías prolongadas, dolor óseo o cambios neurológicos.

Entendí que en pediatría el tiempo es determinante y que una referencia tardía puede modificar drásticamente el pronóstico. Más que convertirnos en especialistas, el objetivo es sospechar oportunamente.

Este curso reforzó mi responsabilidad diagnóstica y la importancia de no minimizar síntomas persistentes en niños y adolescentes.

### 4.4 Octubre

Durante la primera mitad del mes de octubre continué asignado al módulo respiratorio. La afluencia de pacientes seguía siendo considerable; sin embargo, en la mayoría de los casos, tras realizar un interrogatorio dirigido y una exploración física minuciosa, se trataba de infecciones de vías respiratorias superiores autolimitadas o cuadros gripales sin criterios clínicos de COVID-19. Esta etapa me permitió consolidar mi capacidad para diferenciar diagnósticos probables con base en datos clínicos objetivos, evitando tanto la sobreestimación del riesgo como la minimización de signos de alarma.

Aprendí a estructurar mejor mis preguntas, a identificar antecedentes relevantes y a explicar con claridad a los pacientes por qué, a pesar del temor generalizado, no todos los síntomas respiratorios correspondían a COVID. También reforcé la importancia de la educación sanitaria: insistía en medidas preventivas, automonitoreo de síntomas y criterios para regresar a valoración. En más de una ocasión fue necesario tranquilizar a familias enteras angustiadas por el contexto epidemiológico; comprendí que el médico no sólo atiende enfermedades, sino también incertidumbre.

En el marco del mes de sensibilización sobre cáncer de mama, los pasantes de medicina y enfermería organizamos y brindamos una charla informativa dirigida a las usuarias del centro de salud. Preparamos material sencillo pero claro sobre factores de riesgo, signos de alarma y técnica correcta de autoexploración mamaria. Participar en esta actividad fortaleció mi habilidad para comunicar información médica en un lenguaje accesible, adaptándome al nivel educativo de cada grupo. Observé que muchas mujeres desconocían datos básicos o postergaban la revisión por miedo; este contacto directo reafirmó la relevancia de la prevención y la detección oportuna en el primer nivel de atención.

A mediados de octubre fui reasignado al consultorio 12 con la Dra. Claudia, cuya consulta combinaba el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas y la atención prenatal. Este cambio representó una transición significativa hacia un ejercicio clínico más integral. En el ámbito obstétrico, tuve la oportunidad de practicar y perfeccionar las maniobras de Leopold, correlacionando los hallazgos palpatorios con la edad gestacional y la posición fetal. Cada control prenatal implicaba no sólo evaluar parámetros biomédicos, sino también orientar a las pacientes respecto a signos de alarma, nutrición y preparación para el parto.

Asimismo, participé en procedimientos de colocación y retiro de implante subdérmico anticonceptivo. Bajo supervisión, reforcé la técnica aséptica, la correcta localización anatómica y el manejo de posibles complicaciones, como dificultad en la extracción o reacciones locales. Estas intervenciones me brindaron mayor seguridad manual y criterio para actuar ante situaciones imprevistas.

En el seguimiento de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial profundicé en la identificación temprana de complicaciones: nefropatía, neuropatía, retinopatía o daño cardiovascular. Aprendí a no limitar la consulta a la renovación de recetas, sino a evaluar integralmente el control metabólico, la adherencia terapéutica y los factores de riesgo modificables. Comencé a comprender con mayor claridad el impacto acumulativo de estas enfermedades cuando no existe un control adecuado.

Durante el resto del mes permanecí en este consultorio, lo que me permitió dar continuidad a algunos pacientes y observar la evolución de sus padecimientos. Esta experiencia fue particularmente enriquecedora, pues entendí la importancia del seguimiento longitudinal y del vínculo médico-paciente en el primer nivel.

Octubre representó una etapa de consolidación clínica y crecimiento personal. Pasé de atender principalmente cuadros respiratorios agudos a involucrarme en el cuidado prenatal y el manejo integral de enfermedades crónicas. Confirmé que la medicina familiar exige versatilidad, actualización constante y sensibilidad ante diferentes etapas de la vida. Cada reasignación no sólo amplió mis competencias técnicas, sino que fortaleció mi convicción de ejercer con responsabilidad, criterio y un enfoque preventivo que trascienda la consulta inmediata.

En este mes realicé alrededor de 3 cursos:

### Imagen 15. Curso Burnout



Este curso permitió reconocer los signos de desgaste profesional: agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentido de logro. Me hizo reflexionar sobre la carga laboral durante el servicio social y la importancia del autocuidado.

Aprendí estrategias básicas para prevenir el agotamiento, como establecer límites, fomentar espacios de descanso y buscar apoyo cuando sea necesario. Comprendí que el bienestar del personal de salud impacta directamente en la calidad de atención brindada.

Fue un curso que no solo aportó conocimiento teórico, sino una invitación a reflexionar sobre la propia salud mental.

## Imagen 16. Curso Plomo



Este curso me permitió comprender que la exposición al plomo continúa siendo un problema de salud relevante, sobre todo en población infantil. Aprendí que puede encontrarse en situaciones aparentemente cotidianas, como el uso de utensilios de barro vidriado, viviendas antiguas con pintura deteriorada, talleres mecánicos, reciclaje de baterías o exposición a polvo contaminado. Muchas veces pasa desapercibido si no se investiga de manera intencionada.

En cuanto a manifestaciones clínicas, en niños puede presentarse con irritabilidad, bajo rendimiento escolar, dificultad para concentrarse, retraso en el desarrollo, dolor abdominal recurrente, estreñimiento y anemia; en casos más graves pueden aparecer síntomas neurológicos como convulsiones. En adultos puede asociarse a hipertensión, alteraciones renales y síntomas gastrointestinales.

El curso enfatizó la importancia de un interrogatorio dirigido, preguntando específicamente sobre el tipo de utensilios utilizados para cocinar, ocupación de los padres, condiciones de la vivienda y posibles fuentes ambientales de exposición. También comprendí que el plomo se absorbe principalmente por ingestión o inhalación, se deposita en hueso y su eliminación es lenta, requiriendo quelación en casos severos.

Este aprendizaje reforzó mi enfoque preventivo y la necesidad de considerar el entorno del paciente como parte integral de la valoración clínica.

## Imagen 17. Constancia Hostigamiento sexual



Este curso abordó conceptos clave, tipos de conductas inapropiadas y mecanismos institucionales de denuncia. Se enfatizó la importancia de generar espacios laborales seguros y respetuosos.

Me permitió reflexionar sobre la responsabilidad colectiva para prevenir situaciones de violencia y actuar ante ellas. Comprendí que un entorno laboral sano no solo mejora el desempeño profesional, sino también la dignidad y bienestar de quienes lo integran.

### 4.5 Noviembre

Al iniciar el mes de noviembre fui asignado al consultorio 6, a cargo del Dr. Palacios, cuya consulta se centraba casi en su totalidad en la atención prenatal. Desde el primer día percibí que se trataba de un médico meticuloso y exigente; su estilo de enseñanza era directo y constantemente cuestionaba cada decisión clínica. Durante las primeras jornadas mis actividades se limitaron a la toma de signos vitales, control de peso, medición de altura uterina, exploración física general y realización de maniobras de Leopold cuando la edad gestacional lo permitía.

Aunque en ocasiones me parecía restrictivo no participar de forma más activa, con el paso de los días comprendí que el nivel de exigencia tenía un propósito formativo. Cuando me permitía elaborar la receta médica, no bastaba con escribir el nombre del fármaco: debía justificar la elección, explicar el mecanismo de acción, la indicación precisa en embarazo y detallar la posología correcta. Este ejercicio fortaleció mi razonamiento farmacológico y me obligó a repasar constantemente temas de suplementación con hierro y ácido fólico, manejo de infecciones urinarias en gestantes y control de comorbilidades durante el embarazo.

Más allá del aprendizaje técnico, lo que más me impactó fue la realidad social de muchas pacientes. Observé una alta proporción de mujeres jóvenes, varias de ellas adolescentes, muchas sin pareja estable y con redes de apoyo limitadas. En consulta expresaban dudas básicas sobre autocuidado, alimentación o signos de alarma; en ocasiones también compartían preocupaciones económicas o conflictos familiares. Escuchar sus historias me generaba un conflicto interno: por un lado, sabía que debía mantener objetividad profesional; por otro, no podía evitar sentir empatía ante situaciones de vulnerabilidad tan evidentes. A lo largo de mi formación he intentado equilibrar esa sensibilidad con el juicio clínico, entendiendo que la empatía bien encauzada no debilita al médico, sino que humaniza su práctica.

Con el inicio del periodo vacacional del doctor fui reasignado al área de detecciones. Este servicio abarcaba múltiples tamizajes: cáncer cervicouterino, cáncer de mama, detección de cáncer de próstata, evaluación de enfermedades crónico-degenerativas, pruebas para infecciones de transmisión sexual y aplicación de instrumentos para identificar violencia familiar o infantil. Sin embargo, la actividad predominante era la toma de citologías cervicales y pruebas de PCR. El flujo variaba entre dos pacientes en días de baja demanda y hasta siete en jornadas más activas.

En este espacio comprendí la importancia del tamizaje como herramienta de prevención secundaria. Aunque en este centro la toma de muestras era principalmente responsabilidad del personal de enfermería, mi participación consistía en observar el procedimiento, resolver dudas clínicas y ofrecer orientación complementaria a las pacientes. Noté que muchas solicitaban que fuera personal

femenino quien realizara la toma, lo cual me hizo reflexionar sobre la dimensión cultural y emocional que acompaña estos estudios. Más allá de la técnica, la confianza y la comodidad de la paciente influyen directamente en la adherencia a los programas de detección.

Noviembre representó un mes de contrastes: por un lado, el seguimiento cercano de mujeres embarazadas en contextos complejos; por otro, el enfoque preventivo a través de detecciones oportunas. En ambos escenarios confirmé que el primer nivel de atención es un punto clave para intervenir antes de que aparezcan complicaciones mayores.

Este periodo fortaleció mi disciplina clínica y, al mismo tiempo, me confrontó con mis propias emociones frente a historias difíciles. He entendido que no se trata de endurecerse ante el sufrimiento ajeno, sino de aprender a canalizar esa sensibilidad hacia una atención más consciente y respetuosa. Cada paciente, ya sea una adolescente embarazada o una mujer que acude a su citología anual, representa una oportunidad de ejercer la medicina no sólo con conocimiento, sino con responsabilidad social y humanidad.

#### **4.6 Diciembre**

El mes de diciembre representó una etapa distinta dentro de mi servicio social, no sólo por el cierre de año, sino por los cambios en la dinámica del centro de salud. Durante los primeros días —hasta el 4 de diciembre— permanecí en el área de detecciones, participando en actividades de tamizaje y orientación preventiva. Posteriormente, del 5 al 15 de diciembre, tomé mi periodo vacacional reglamentario.

Al reincorporarme a la unidad médica, el contexto era diferente: varios médicos se encontraban aún de vacaciones, por lo que fui asignado al consultorio 1 para brindar consulta de manera autónoma. Esta decisión respondió a la necesidad operativa del centro y representó, para mí, uno de los momentos de mayor responsabilidad hasta ese punto del servicio social.

Atendía en promedio entre siete y diez pacientes por jornada. La mayoría eran pacientes previamente adscritos al Dr. Valle, además de algunos de nuevo ingreso.

La ausencia de supervisión directa implicó asumir por completo la valoración clínica, integración diagnóstica y plan terapéutico, siempre con apego a las guías y a la normativa institucional. Cada consulta demandaba organización y claridad mental: debía optimizar el tiempo sin sacrificar la calidad de la atención.

Fue en este periodo cuando percibí un avance significativo en mi desempeño. Afiné la estructura de mi interrogatorio médico, aprendiendo a dirigirlo con mayor precisión según el motivo de consulta, evitando preguntas innecesarias pero sin omitir datos relevantes. La elaboración de la nota médica se volvió más ágil y ordenada; comencé a sintetizar la información de manera clara, priorizando hallazgos importantes y justificando mis decisiones terapéuticas. También mejoré la gestión del tiempo dentro del consultorio, entendiendo que la eficiencia no significa prisa, sino organización.

Además del trabajo asistencial, en esas semanas se dio inicio al proyecto de intervención comunitaria, el cual los pasantes que permanecieron durante el primer periodo vacacional comenzaron a estructurar. Al integrarme, colaboré en el desarrollo del enfoque, que decidimos orientar hacia la detección oportuna y el cuidado del pie diabético. La elección no fue casual: la alta prevalencia de diabetes mellitus en nuestra población adscrita, así como la frecuencia con la que observábamos complicaciones prevenibles, evidenciaba la necesidad de intervenir.

El objetivo del proyecto era identificar factores de riesgo en pacientes con comorbilidades, reforzar la educación en autocuidado y dar seguimiento a aquellos con lesiones ya establecidas, buscando mejorar su evolución y reducir el riesgo de amputaciones. Este proceso me llevó a revisar nuevamente criterios clínicos de clasificación de riesgo, técnicas adecuadas de exploración del pie y estrategias educativas efectivas para promover adherencia.

Diciembre marcó un punto de madurez dentro de mi formación. Atender consulta sin supervisión directa me obligó a confiar en mis conocimientos, asumir decisiones con mayor seguridad y reconocer también mis límites. Paralelamente, participar en la planeación de un proyecto enfocado en complicaciones crónicas me recordó que la

medicina no se limita al tratamiento inmediato, sino que requiere acciones preventivas sostenidas.

Al cerrar el año comprendí que el crecimiento más evidente no sólo estaba en la técnica, sino en la confianza profesional que poco a poco he construido. Asumir un consultorio propio, aunque fuera de manera temporal, me permitió dimensionar el compromiso que implica ejercer la medicina con autonomía, criterio y responsabilidad hacia cada paciente que deposita su salud en nuestras manos.

#### **4.7 Enero**

El mes de enero inició con mi reasignación temporal al área de detecciones, en lo que la epidemióloga concluía la organización de los roles mensuales. Permanecí aproximadamente diez días en este servicio, participando principalmente en la realización de pruebas para infecciones de transmisión sexual, así como en el seguimiento de estudios de citología cervical y PCR.

Durante este periodo no sólo reforcé aspectos técnicos relacionados con la toma y el manejo adecuado de muestras, sino que también conocí con mayor detalle el sistema de notificación de resultados. Se me explicó el protocolo para contactar a pacientes con estudios positivos o que requerían repetición: se realizan hasta tres llamadas telefónicas en distintos momentos; si no se obtiene respuesta tras esos intentos, el caso se integra a una lista para seguimiento mediante visitas domiciliarias por el programa “Médico en tu Casa”. Este proceso me permitió dimensionar la importancia del seguimiento oportuno, ya que un resultado alterado pierde impacto si no se logra comunicar adecuadamente a la paciente. Comprendí que el trabajo preventivo no concluye con la toma del estudio, sino con el cierre completo del ciclo diagnóstico y la referencia correspondiente.

Tras esos días iniciales, fui asignado nuevamente al consultorio 12. El hecho de haber trabajado previamente con la doctora facilitó la dinámica; existía mayor confianza en mi desempeño y se me otorgó más libertad para realizar la exploración física, integrar diagnósticos y proponer planes terapéuticos. En algunas ocasiones, cuando la doctora se retrasaba, me permitía iniciar la consulta de ciertos pacientes, lo cual fortaleció mi seguridad y capacidad resolutive.

Continué atendiendo principalmente a pacientes con enfermedades crónicas y controles prenatales. Noté que mi interrogatorio era cada vez más estructurado y eficiente; lograba identificar datos clave con mayor rapidez y organizar mejor mis notas clínicas. También perfeccioné la exploración dirigida según el motivo de consulta, priorizando hallazgos relevantes sin perder integralidad.

Los últimos cinco días del mes regresé al área COVID. Aunque el flujo ya no era tan elevado como en meses anteriores, la experiencia previa me permitió desenvolverme con mayor soltura. Me sentía más seguro al discriminar casos sospechosos reales de cuadros respiratorios comunes y al brindar orientación clara sobre signos de alarma.

Paralelamente, enero marcó el inicio formal de la implementación de nuestro proyecto de intervención enfocado en la detección oportuna y el autocuidado del pie diabético. El grupo seleccionado estuvo conformado por pacientes crónicos, en su mayoría adultos mayores adscritos al consultorio 8 de la Dra. Ríos.

Comenzamos aplicando un cuestionario diagnóstico (pretest) para evaluar conocimientos generales sobre factores de riesgo, identificación de lesiones iniciales y medidas básicas de cuidado. Los resultados iniciales evidenciaron vacíos importantes: varios pacientes desconocían la forma correcta de revisar sus pies o la relevancia de utilizar calzado adecuado.

Posteriormente impartimos una exposición breve, estructurada en lenguaje claro y accesible, abordando definición, complicaciones y medidas preventivas del pie diabético. Intenté adaptar la información a ejemplos cotidianos, buscando que el contenido fuera comprensible y práctico. Después de la parte teórica, realizamos un taller demostrativo de exploración: mostramos paso a paso cómo inspeccionar la piel, identificar cambios de coloración, grietas, lesiones o alteraciones en la sensibilidad. Finalmente, aplicamos un postest para evaluar el aprendizaje adquirido.

Observar la diferencia entre el pretest y el postest fue particularmente satisfactorio; más allá de los números, percibí mayor seguridad en los pacientes al describir cómo

revisar sus pies y cuándo acudir a consulta. Esta experiencia reforzó en mí la importancia de la educación en salud como herramienta poderosa para prevenir complicaciones mayores.

Enero fue un mes dinámico, con cambios constantes de servicio, pero también de consolidación. Alternar entre detecciones, consulta clínica y el desarrollo del proyecto comunitario me permitió integrar prevención, diagnóstico y seguimiento en una misma visión. Poco a poco he comprendido que la medicina en el primer nivel exige flexibilidad, compromiso continuo y la capacidad de adaptarse sin perder el enfoque humano que debe guiar cada intervención.

#### **4.8 Febrero**

Durante este mes, el centro de salud se enfocó en concluir los lotes disponibles de vacuna contra COVID-19, por lo que se instalaron puestos de vacunación exclusivos en la entrada de la unidad. Esta estrategia se mantuvo aproximadamente una semana. Durante ese periodo, mi función principal fue la vigilancia de efectos adversos inmediatos posteriores a la aplicación, manteniendo a cada paciente en observación durante cinco minutos.

Aunque la actividad no implicaba gran complejidad clínica, resultaba larga y por momentos tediosa. La logística exigía reunir primero grupos de cinco personas antes de enviar a descongelar las vacunas, ya que no estaba permitido adelantar el proceso sin contar con el número completo de pacientes. Esto generaba tiempos de espera considerables, pues se debía aguardar tanto a que se completara el grupo como al tiempo de descongelamiento del biológico. En días en los que acudían alrededor de veinte personas, prácticamente toda la jornada transcurría entre la organización de los grupos y la vigilancia posterior a la aplicación.

A pesar de ello, hubo un aspecto positivo: el personal de enfermería me permitió participar en la aplicación de varias dosis, lo cual aportó un componente práctico y dinámico a la actividad. Esta experiencia reforzó mi técnica de aplicación intramuscular y mi capacidad para identificar oportunamente signos de alarma inmediatos, como reacciones alérgicas, mareo o síncope.

Al concluir esa semana, fui reasignado al área de epidemiología. En este servicio, las actividades se centran en el apoyo a la epidemióloga, predominando las labores administrativas y de seguimiento. Entre las tareas realizadas estuvieron el registro y control de casos nuevos, seguimiento de mordeduras de perro, vigilancia de casos de pediculosis, estudio epidemiológico de pacientes con COVID-19 positivo, así como el seguimiento de pacientes con tuberculosis y la administración de tratamiento supervisado.

Aunque durante mi estancia no se presentó ningún cerco epidemiológico, comprendí el procedimiento y la importancia de su implementación ante la presencia de brotes. También participé en actividades administrativas, como la entrega de comunicados de alerta sanitaria o notificaciones relacionadas con fármacos, recabando la firma de enterado en cada consultorio y servicio. Estas tareas, aunque menos visibles que la atención clínica directa, me permitieron entender mejor la estructura organizativa y el papel fundamental de la vigilancia epidemiológica en el primer nivel de atención.

Finalmente, con la incorporación de un nuevo grupo de pacientes geriátricos, se brindó nuevamente la charla educativa y se implementó el taller correspondiente al proyecto de intervención. Esta repetición me permitió desenvolverme con mayor seguridad al explicar los contenidos y coordinar las actividades, fortaleciendo mis habilidades de comunicación y educación para la salud.

En conjunto, este mes representó una experiencia enfocada tanto en la logística operativa de campañas de vacunación como en la importancia del seguimiento epidemiológico, ampliando mi visión sobre el funcionamiento integral del centro de salud.

#### **4.9 Marzo**

Durante este mes se me asignó el consultorio 13. El doctor Bojalil se ausentaría por una semana, por lo que nuevamente quedé a cargo de la consulta sin supervisión directa. La dinámica fue similar a experiencias previas en las que asumí esta responsabilidad; sin embargo, en este consultorio la carga de pacientes era menor, atendiendo en promedio de cuatro a cinco personas por día.

Esta menor afluencia me permitió realizar consultas con mayor detenimiento, profundizando en la anamnesis, la exploración física y la elaboración del plan diagnóstico y terapéutico. Asimismo, pude organizar mejor el tiempo para la adecuada explicación de indicaciones y resolución de dudas, lo que fortaleció mi seguridad y autonomía en la toma de decisiones clínicas dentro del primer nivel de atención.

Al concluir esa semana, fui reasignado nuevamente al área de detecciones debido a la falta de personal de enfermería. En esta ocasión no realicé citologías ni toma de PCR; en cambio, se me indicó llevar a cabo pruebas básicas de detección, así como la entrega de resultados histopatológicos a las pacientes correspondientes.

La entrega de resultados representó una actividad de gran responsabilidad, ya que implicaba explicar de manera clara y sensible los hallazgos, orientar sobre los pasos a seguir y, en caso necesario, reforzar la importancia del seguimiento oportuno. Esta experiencia me permitió desarrollar habilidades de comunicación, especialmente al transmitir información que podía generar preocupación o ansiedad en las pacientes.

Me mantuve en el área de detecciones durante el resto del mes, colaborando en las actividades asignadas y apoyando al equipo en las necesidades del servicio. En conjunto, este periodo reforzó mi autonomía en consulta y mi capacidad para adaptarme a distintas áreas según las necesidades operativas del centro de salud.

#### **4.10 Abril**

Durante el mes de abril se reanudó la campaña de vacunación antirrábica en la unidad. En esta ocasión permanecí en un puesto fijo instalado a las afueras del centro de salud, trabajando en conjunto con un interno y mi compañera pasante. En promedio aplicábamos alrededor de 30 vacunas por día, lo que representaba una jornada activa y demandante.

El trabajo implicaba cierto riesgo, ya que no todos los perros podían ser controlados completamente por sus dueños. En varias ocasiones fue necesario extremar precauciones para evitar mordeduras o movimientos bruscos al momento de la aplicación. Esta experiencia reforzó la importancia de mantener medidas de

seguridad, adecuada sujeción del animal y coordinación con el propietario antes de proceder. A pesar de ello, la campaña se desarrolló sin incidentes mayores y permitió contribuir directamente a la prevención de la rabia en la comunidad.

En otro momento del mes, acompañé a la epidemióloga y a la enfermera encargada del área de Detecciones a un anexo cercano al centro de salud, donde brindamos pláticas informativas sobre tuberculosis a los internos del lugar. La actividad resultó enriquecedora y dinámica; los asistentes realizaron preguntas interesantes y muy directas, lo que permitió generar un espacio de diálogo abierto y reforzar conocimientos sobre transmisión, síntomas, tratamiento y prevención de la enfermedad.

Asimismo, la epidemióloga me solicitó realizar la valoración médica de un paciente referido por la empresa “Chanekes”, quien mencionaba haberse lesionado camino a su domicilio. Tras realizar una exploración física completa y un interrogatorio dirigido, no encontré datos clínicos que sugirieran una lesión de gravedad. Se decidió manejo conservador con antiinflamatorios y reincorporación a sus actividades. Aunque fue una situación poco habitual, me permitió ejercer criterio clínico y actuar con objetividad ante una valoración que implicaba responsabilidad tanto médica como laboral.

Finalmente, junto con mi compañero MPSS1, impartí un taller breve sobre la técnica correcta de lavado de manos en la sala de espera del centro de salud. Fue una actividad sencilla pero significativa, ya que reforzó medidas básicas de prevención de infecciones entre los pacientes mientras aguardaban consulta.

En conjunto, abril fue un mes variado, con actividades tanto preventivas como educativas y clínicas, que fortalecieron mi seguridad en campo, mi capacidad de adaptación y mi compromiso con la promoción de la salud en la comunidad.

**Imagen 17. Puesto fijo de vacunación antirrábica.**



**Fotografía. Ubicación: A un costado del C.S. T – III Quetzalcóatl**

**Imagen 18. Plática dirigida a pacientes sobre lavado de manos no quirúrgico.**



**Fotografía. Ubicación: Sala de espera del C.S. T – III Quetzalcóatl**

**Imagen 18.2 Plática dirigida a pacientes sobre lavado de manos no quirúrgico.**



**Fotografía. Ubicación: Sala de espera del C.S. T – III Quetzalcóatl**

**Imagen 20. Periódico mural realizado por pasantes de ambas promociones.**



**Fotografía. Ubicación: Entrada principal al C.S. T – III Quetzalcóatl**

#### **4.11 Mayo**

Durante el mes de mayo fui asignado de tiempo completo al consultorio 3, bajo la supervisión de la doctora Berenice. Su consulta estaba orientada principalmente a Servicios Amigables, es decir, atención a población adolescente con enfoque en planeación familiar, prevención y detección de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como consulta del niño sano.

No obstante, debido al inicio del periodo vacacional de los pasantes de la generación de febrero, de manera frecuente tenía que ausentarme del consultorio para apoyar al área de Epidemiología. Entre las actividades realizadas se incluía el seguimiento de pacientes con tuberculosis y la supervisión de su tratamiento, atención de casos por mordedura de perro, vigilancia de pediculosis, además de diversas labores administrativas y de papelería. Esta dinámica exigía adaptabilidad constante y organización del tiempo para cumplir con ambos servicios.

Al integrarme a Servicios Amigables esperaba profundizar más en la consulta del niño sano; sin embargo, la doctora enfocaba mayormente su práctica en la atención a adolescentes, especialmente en temas de planeación familiar y prevención de ITS. Fue un espacio valioso para reforzar habilidades de comunicación con este grupo etario, abordando temas sensibles con confidencialidad, empatía y lenguaje adecuado.

De forma paralela, una parte importante de la consulta correspondía a la atención prenatal, siendo incluso una de las más frecuentes. Esto me permitió continuar reforzando los conocimientos adquiridos previamente en el consultorio 6, particularmente en control prenatal, identificación de factores de riesgo, seguimiento de estudios de laboratorio y orientación a las pacientes sobre signos de alarma.

Durante este mes también concluimos la fase de implementación de los talleres correspondientes al proyecto de intervención, dando paso al análisis de los datos obtenidos a través de los pretest y postest aplicados. Esta etapa marcó la transición del trabajo operativo a la evaluación de resultados, permitiéndome participar en una visión más integral del proyecto, no solo desde la ejecución, sino también desde la interpretación de su impacto.

En conjunto, mayo representó un periodo de consolidación de conocimientos en salud reproductiva, atención prenatal y vigilancia epidemiológica, además de cerrar formalmente una etapa importante del proyecto de intervención comunitaria.

#### **4.12 Junio**

Cerca de la finalización del servicio social, la epidemióloga me asignó al servicio de vacunación. Durante la primera mitad del mes fue un servicio relativamente tranquilo, lo que me permitió reforzar conocimientos sobre el esquema de la Cartilla Nacional de Vacunación, incluyendo edades y fechas de aplicación, contraindicaciones, esquemas de rescate y situaciones especiales de vacunación.

En varias ocasiones el personal de enfermería me permitió aplicar vacunas, principalmente en pacientes pediátricos, lo cual representó una experiencia formativa importante. De manera personal, la vacuna que más reto me generó fue la BCG, debido a su técnica intradérmica y la precisión que requiere para lograr la pápula adecuada. Aunque al inicio me generaba nerviosismo, fue también una oportunidad para mejorar mi técnica y ganar confianza.

Durante la segunda mitad del mes, la doctora Berenice me integró a una campaña de exposiciones dirigida a escuelas cercanas al centro de salud. Se organizaron aproximadamente cinco presentaciones sobre temas como infecciones de transmisión sexual (ITS), métodos anticonceptivos, violencia de género, violencia sexual, mitos y realidades de la sexualidad, y uso de drogas.

En total acudimos a tres escuelas primarias, impartiendo pláticas a alrededor de siete u ocho grupos, principalmente de segundo y tercer grado. Para los grupos de primer grado, por planeación de la doctora, únicamente se abordó el tema de violencia. La logística implicó trasladarnos constantemente y adaptar el lenguaje y la profundidad de los contenidos según la edad del alumnado.

Fue una jornada demandante y físicamente cansada, ya que implicaba varias exposiciones consecutivas en un mismo día. Probablemente fue el periodo en el que menos tiempo permanecí dentro del centro de salud, debido a las salidas continuas a las instituciones educativas. Sin embargo, la experiencia fortaleció mis

habilidades de educación para la salud, manejo de grupo y comunicación con población infantil, además de reafirmar la importancia del trabajo preventivo desde edades tempranas.

En conjunto, este último periodo combinó actividades clínicas dentro del servicio de vacunación con intervenciones comunitarias en el ámbito escolar, cerrando mi servicio social con un enfoque preventivo y educativo que complementó la formación adquirida a lo largo del año.

#### **4.13 Julio**

En el último mes de mi servicio social debo admitir que las actividades asignadas fueron considerablemente más tranquilas en comparación con meses anteriores. Durante la primera mitad del mes estuve en Dirección Médica, debido a la ausencia temporal de la directora y la subdirectora por periodo vacacional.

En este lapso me encargué de la distribución de consultorios, la entrega de papelería necesaria para la consulta diaria, la organización de entrega de resultados de PCR y citologías, así como de agendar dichas entregas vía telefónica cuando era necesario. También realicé diversas labores administrativas, como organización y depuración de archivos, clasificación de expedientes vencidos, verificación de que los expedientes estuvieran completos para referencias y, en general, mantener el orden documental del área.

Esta experiencia me permitió conocer con mayor profundidad la parte administrativa y organizativa del centro de salud, comprendiendo que el funcionamiento adecuado de la unidad no depende únicamente de la atención clínica, sino también de una estructura administrativa eficiente y bien coordinada.

En la segunda mitad del mes fui reasignado nuevamente al área de Detecciones, donde permanecí hasta la conclusión oficial de mi servicio. La dinámica fue similar a rotaciones previas, colaborando en las actividades propias del área mientras esperaba el cierre formal de esta etapa.

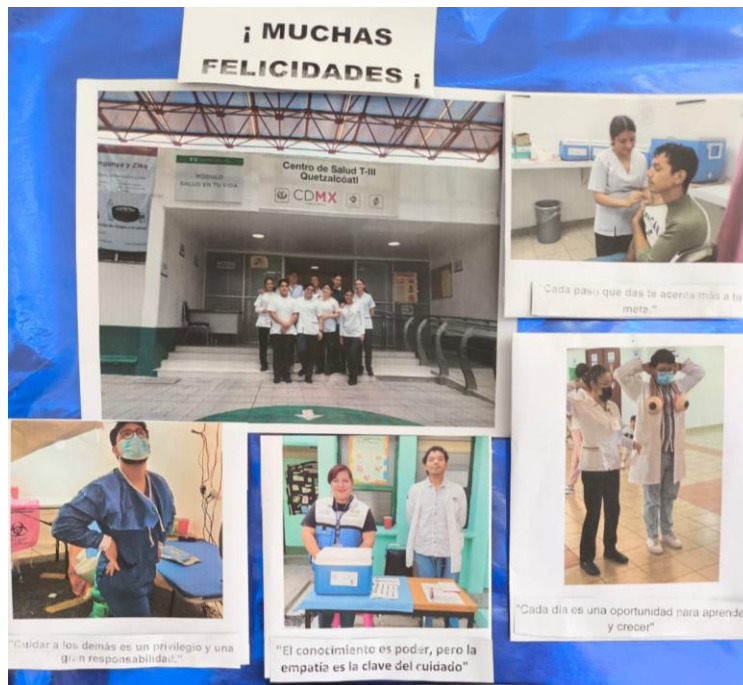
Como parte de la despedida, el personal médico y administrativo organizó una pequeña comida para quienes concluíamos el servicio. Fue un momento

particularmente emotivo para mí, ya que representó el cierre de una etapa que marcó profundamente mi formación profesional y personal. Más allá de las actividades realizadas, fueron las experiencias, aprendizajes y relaciones construidas las que dejaron una huella significativa en mi memoria.

Finalmente, acudimos a la entrega y exposición final del proyecto de intervención. Por cuestiones de logística y dinámica del evento, únicamente expusieron mi compañero de servicio y una compañera de servicio social de enfermería. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios y aprobatorios de acuerdo con los rubros de evaluación establecidos, lo que representó una conclusión positiva al trabajo realizado durante varios meses.

De esta manera concluyó mi año de servicio social en el Centro de Salud Quetzalcóatl, una experiencia única que consolidó mis conocimientos, fortaleció mi carácter profesional y reafirmó mi vocación dentro del ejercicio médico. Sin duda, fue una etapa irrepetible, como ninguna otra.

**Imagen 21. Mural de despedida realizado por personal del C.S. T – III Quetzalcóatl.**



**Fotografía. Ubicación: Planta alta, a un lado de la entrada a Dirección Médica**

## **Capítulo 5. Conclusiones**

### **5.1 Respecto a mi formación como persona**

Este año de servicio social significó mucho más que el cumplimiento de un requisito académico; representó una etapa de crecimiento personal y profesional que marcó profundamente mi manera de ejercer la medicina. Fue, en varios momentos, un reto directo a mi paciencia, a mi tolerancia y a mi capacidad para integrarme de manera efectiva a un equipo de trabajo diverso, con distintas personalidades, ritmos y formas de entender la práctica médica.

Al convivir de manera cercana con personal de distintas áreas —médicos, enfermería, administrativos y promotores de salud— fuera del ambiente hospitalario, pude observar cómo el contexto institucional influye en la actitud y comportamiento de cada integrante. Las cargas laborales, la organización interna, los periodos vacacionales y la presión administrativa generan dinámicas que, en ocasiones, modifican la forma en que las personas interactúan. Comprender esto me ayudó a desarrollar una visión menos reactiva y más analítica ante ciertas situaciones, entendiendo que muchas conductas no son personales, sino resultado del entorno.

A nivel individual, aprendí a regular mejor mis emociones y a priorizar siempre mi responsabilidad profesional por encima de cualquier postura personal. Hubo momentos en los que enfrenté comentarios, rumores o tensiones propias del ambiente laboral; sin embargo, decidí mantenerme enfocado en mis funciones y en el bienestar de los pacientes. Entendí que la madurez profesional también implica saber separar lo personal de lo laboral y no permitir que factores externos interfieran con la calidad de la atención brindada.

Por circunstancias particulares vividas durante el servicio, desarrollé una empatía más profunda tanto hacia los pacientes como hacia mis compañeros. Escuchar historias complejas, conocer contextos familiares difíciles y presenciar situaciones de vulnerabilidad social me sensibilizó de una manera distinta a la experiencia hospitalaria. Hubo casos de violencia y maltrato que me confrontaron emocionalmente y me llevaron incluso a un punto de quiebre interno, al

cuestionarme cómo ciertas realidades pueden normalizarse en algunos entornos. Estas experiencias no me debilitaron; por el contrario, reforzaron mi compromiso ético y humano, recordándome que la medicina no solo trata enfermedades, sino que acompaña procesos de vida marcados por desigualdades y sufrimiento.

En términos de responsabilidad, considero que esta etapa incrementó significativamente mi sentido de compromiso. A diferencia del internado, donde existía supervisión constante, durante el servicio social tuve mayor autonomía. No había indicaciones repetidas ni vigilancia continua; dependía de mi criterio, organización y disciplina cumplir adecuadamente con cada actividad. Esta libertad implicó también una mayor carga de responsabilidad, ya que mis decisiones clínicas y administrativas tenían un impacto directo en la dinámica del centro de salud.

Se me permitió aplicar de manera independiente mi razonamiento clínico, tomar decisiones diagnósticas, resolver problemas cotidianos y adaptarme a distintas áreas según las necesidades del servicio. Si bien el primer nivel rara vez enfrenta escenarios de presión extrema comparables con el ámbito hospitalario, sí exige constancia, organización y capacidad de respuesta inmediata ante situaciones imprevistas.

Al concluir este año, puedo afirmar que no solo fortalecí mis conocimientos médicos, sino también mi carácter, mi criterio y mi sentido humano. Aprendí que ejercer la medicina implica técnica y ciencia, pero también equilibrio emocional, ética y resiliencia. Este periodo dejó una huella que trasciende lo académico y que, sin duda, influirá en mi manera de desempeñarme en las etapas futuras de mi formación profesional.

## **5.2 De la formación como personal de salud**

La comunicación médico-paciente constituye uno de los pilares fundamentales de la consulta médica, no solo como un medio para recabar información clínica, sino como una herramienta esencial para comprender integralmente al paciente. Esta reflexión no surge únicamente de la observación del desempeño de los médicos responsables del servicio, sino, en muchos casos, de identificar áreas de oportunidad en la práctica cotidiana. En diversas ocasiones, al omitir información

que se consideraba “irrelevante”, se pasaban por alto detalles importantes que podían contribuir a una mejor identificación del origen del padecimiento o incluso a la detección temprana de complicaciones, particularmente en pacientes con enfermedades crónicas.

Fue hasta el momento en que comencé a otorgar consultas sin supervisión directa cuando pude aplicar de manera más consciente los conocimientos adquiridos durante mi formación. Esta experiencia me permitió reconocer la gran riqueza de información que puede obtenerse a través de una conversación natural con el paciente, sin limitarse a preguntas mecanizadas o a un guion rígido previamente establecido. Al permitir que el paciente se expresara con mayor libertad, fue posible identificar aspectos relevantes de su contexto personal, social y emocional que influyen directamente en su estado de salud y en la evolución de su enfermedad.

No obstante, es importante aclarar que una comunicación efectiva no implica extender innecesariamente la consulta ni desviarse del objetivo clínico. Por el contrario, requiere la habilidad de identificar información clave y, al mismo tiempo, saber dirigir adecuadamente la conversación en torno al motivo de consulta. El reto consiste en encontrar un equilibrio entre escuchar activamente al paciente y mantener un enfoque clínico claro, permitiendo que la entrevista médica fluya de manera ordenada y eficiente.

Asimismo, esta forma de comunicación favorece una mayor confianza entre el médico y el paciente, lo que se traduce en una mejor adherencia al tratamiento y en una mayor disposición del paciente para compartir información relevante. En el primer nivel de atención, donde el seguimiento continuo es fundamental, esta relación cobra aún mayor importancia, ya que permite detectar cambios sutiles en el estado de salud que podrían pasar desapercibidos en una consulta limitada únicamente a interrogatorios estructurados.

En conclusión, la comunicación médico-paciente no debe concebirse como un simple requisito de la consulta, sino como una competencia clínica indispensable. La experiencia adquirida durante el servicio social reafirmó que escuchar activamente, preguntar con intención y comprender el contexto del paciente son

elementos que enriquecen el acto médico y contribuyen significativamente a una atención más humana, integral y eficaz.

### **5.3 De la aportación a la comunidad**

Como médicos, ocupamos ante la población un rol de autoridad y referencia, de tal manera que, en muchos casos, la palabra del profesional de la salud es percibida como incuestionable. Esta posición implica una gran responsabilidad ética, ya que la información que brindamos influye directamente en las decisiones que los pacientes toman respecto a su salud. Por ello, resulta fundamental ofrecer información verídica, precisa y actualizada, utilizando un lenguaje claro, accesible y comprensible, evitando en lo posible el uso excesivo de jerga médica que pueda generar confusión, miedo o malentendidos en la población general.

La correcta transmisión del conocimiento no solo mejora la comprensión del diagnóstico y del tratamiento, sino que también fortalece la relación médico-paciente y fomenta la confianza. Cuando el paciente entiende lo que sucede con su salud, se convierte en un participante activo en su proceso de atención, lo que favorece una mejor adherencia terapéutica y un mayor compromiso con su autocuidado. En este sentido, la habilidad para adaptar el lenguaje médico a las características socioculturales de cada paciente se vuelve una competencia clínica indispensable.

De igual manera, es esencial brindar una atención médica individualizada, reconociendo que cada paciente presenta necesidades, preocupaciones y contextos distintos. El uso de un guion rígido aplicado de manera uniforme puede llevar a la omisión de aspectos personales relevantes, limitando la calidad de la atención. La consulta debe ajustarse a la realidad de cada individuo, considerando no solo su padecimiento, sino también sus condiciones sociales, emocionales y familiares, lo que permite una atención más integral y humana.

Por otra parte, el desarrollo del proyecto de intervención me permitió identificar el impacto significativo que pueden tener las acciones educativas en salud. A través de un número reducido de exposiciones bien estructuradas, fue posible generar cambios importantes en el conocimiento y la percepción de la población sobre el cuidado de su salud. Estas actividades no solo facilitaron que los participantes

fueran capaces de identificar signos y síntomas de diversos padecimientos, sino que también les proporcionaron herramientas para reconocer situaciones de riesgo dentro de su comunidad.

Este empoderamiento comunitario favorece la detección oportuna y el apoyo temprano entre los propios miembros de la población, fortaleciendo el trabajo preventivo en el primer nivel de atención. De esta manera, se cumple uno de los objetivos fundamentales de la medicina: la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, trascendiendo el enfoque curativo y contribuyendo al bienestar colectivo.

#### **5.4 Respecto a la institución educativa**

De mi Universidad puedo hablar por días, pero me gustaría resaltar desde lo más básico hasta lo más escalado.

El enfoque de la UAM, de primero mezclarnos entre divisiones es necesario para lograr la interdisciplinariedad de las carreras, entendiendo como una carrera, indiscutiblemente se sostiene de la otra, así dejando de lado el pensamiento divisorio de que una carrera es mejor que otra, por ejemplo, o abriendo los ojos de los demás para que vean en que es importante cada rol de los futuros profesionistas.

El sistema modular bien aplicado nos ayuda en cuanto a ser autodidacta, en la teoría; llevándolo a la realidad hace falta que más profesores se comprometan con el sistema y no lo debiliten manteniendo las viejas prácticas de enseñanza donde el maestro dirige por completo el desarrollo de la clase, sin permitir el desenvolvimiento de sus estudiantes o fomentando el trabajo en equipo.

Puedo decir que, en cuestiones de cuidado a sus alumnos, es de las instituciones que mayor apoyo ofrecen, dando seguridad al estudiante de que su casa lo protege, fomentando más el sentimiento de pertenencia a la institución.

La UAM es una universidad demasiado humanista, en cuestión de mi carrera, mucho tiempo las clases siempre han sido con un enfoque hacia el trato correcto del paciente, no nos programan como máquinas de detección y tratamiento de enfermedades, si no en personas con el poder de comunicarse con la comunidad,

y a través de la empatía identificar problemáticas sociales, culturales, demográficas, que desarrollan en una complicación, y como tratar todo, no solo la enfermedad si no el contexto detrás de ello.

Agradezco haber finalizado esta carrera en una gran institución, y sin dudar que los conocimientos adquiridos son para mejorar nuestra comunidad a través de un enfoque más humanitario.