

Módulo de fomento al autocuidado

ABRAHAM ROCHA PINO, ADRIAN ROMERO MARTÍNEZ

Resumen— La Ciudad de México es la entidad con mayor demanda en servicios de salud en los Estados Unidos Mexicanos, porque brinda atención, tanto a los residentes del centro del país como de resto de la república. Como consecuencia, muchos servicios de consulta externa de primer nivel están cada vez más saturados. Muchas enfermedades tienen su origen en malos hábitos de los pacientes, incorrecta o mala educación en temas de salud preventiva y/o falta de responsabilidad del paciente, por lo que, corrigiendo estas deficiencias se podrían desahogar las unidades de atención médica, aumentar la calidad de vida del paciente y reducir los costos de atención. Este trabajo se inscribe en la modalidad de proyecto emprendedor y tiene como objetivo diseñar una propuesta de solución viable a partir del diagnóstico sistematizado de esta metodología. La propuesta, implica la creación de un módulo de fomento al autocuidado en el primer nivel de atención, que incluya un programa de visitas a domicilio que identifique el entorno donde los pacientes se desenvuelven, sus hábitos, y como estos, son replicados por las nuevas generaciones, así como sistematizar los hábitos del paciente con el fin de hacerlo conciente y reflexivo de su estado de salud, generando estrategias -desde las unidades médicas- dirigidas a desarrollar hábitos de vida saludable. Este trabajo se inscribe en el ODS 3: Salud y Bienestar.

I. INTRODUCCIÓN

La Ciudad de México, cuenta con 8,918,653 habitantes, es la segunda entidad federativa más poblada, sólo después del Estado de México; sin embargo, es la más densamente poblada a nivel nacional, con 5,967 habitantes por km² (INEGI, 2015). Son evidentes, las necesidades de la población de una urbe con estas características en: seguridad, salud, educación y empleo son altas.

Muchas enfermedades, tienen su origen en malos hábitos de los pacientes, particularmente, las de mayor demanda de atención, como es el caso de las enfermedades infectocontagiosas, y de mayor descontrol, como el de las enfermedades crónico-degenerativas. Lo anterior, resultado de una mala educación en salud, falta de responsabilidad del paciente, o apego a ella. La prevención de enfermedades, a través de la educación y promoción de la salud, es algo que no se ha sistematizado, durante las últimas décadas, se ha hecho a un lado, siempre en la búsqueda de mayor conocimiento en el campo médico y de la salud, dándose énfasis a la especialización, lo cual no es malo, pero ha traído serias consecuencias. Como prueba de esto, los servicios de consulta externa del primer nivel, están cada día más saturados; las consultas con enfoque curativo, más que preventivo, de las diferentes especialidades médicas, tienen cada vez más demanda, y mayor presencia de complicaciones.

La calidad de vida en los pacientes se ve afectada, sin mencionar, los costos de la atención para los mismos pacientes y para las instituciones de salud. La propuesta de crear un módulo de fomento al autocuidado, consiste en retomar, en el primer nivel de atención, la importancia de la prevención con estrategias que ayuden al paciente, de manera sistemática, a ver sus debilidades y responsabilidades respecto al autocuidado, a través de la educación y el registro del número de veces que acude a consulta al año, haciéndolo de su conocimiento y generando en él una meta, máxima y mínima de asistencias, según sea el caso, siempre considerando su bienestar y previniendo posibles complicaciones, así como analizar las causas de asistencia más frecuentes. Conclusiones. Llevar un registro sistematizado, de los pacientes que acuden con mayor frecuencia a consulta y sus causas, a través de un módulo expofeso, en este caso, enfocado al autocuidado. Que ayude a generar estrategias dirigidas a mejorar sus hábitos de vida saludable, a través de la educación y la prevención, poniendo mayor atención y responsabilidad a los factores que puedan desequilibrar su salud, con todos los beneficios que esto conlleva, para el paciente y las Instituciones.

De acuerdo con el Ranking mundial, de la Consultora Internacional Mercer 2018, sobre las Ciudades alrededor del mundo con mejor calidad de vida, la Ciudad de México se encuentra en el lugar 129, de 231, incluso por debajo de la Ciudad de Monterrey, la cual se encuentra en el lugar 112 (Mercer, 2018). La atención Médica en el primer nivel de atención, en los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, Organismo Público Descentralizado dependiente de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, tiene por objetivo, brindar atención en salud a la población que radica en la Ciudad de México, a través de las más de 220 Unidades de Salud, distribuidas en las 16 Alcaldías de la Ciudad.

Conservar la salud de la población es una obligación de los gobiernos alrededor del mundo. En México, la salud, primer principio en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) desde 1946, entrado en vigor en 1948, y vigente a la fecha, definida como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2018), es un derecho, según lo establece el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2019).

En este sentido, es responsabilidad de los profesionales de la salud, brindar un servicio oportuno que logre, ante todo, prevenir la aparición de enfermedades, así como fomentar hábitos de vida saludable, restaurar la salud cuando la enfermedad no se logre evitar y ofrecer cuidados paliativos en aquellos padecimientos crónicos, progresivos, irreversibles y

que no responden a tratamiento curativo, como es el caso de algunas enfermedades terminales.

El proyecto se desarrolla siguiendo el método de caso, en la primera parte se expone el diagnóstico mediante un diagrama de causa y efecto y se cuantifica con un diagrama de Pareto; después se fundamenta y desarrolla la propuesta de solución.

II. DIAGNÓSTICO DE LA PROBLEMÁTICA

En este apartado, mostramos el diagnóstico de la situación de los servicios médicos de primer nivel, en la Ciudad de México, iniciamos mostrando un diagrama de causa-raíz del incremento de la demanda de atención y posteriormente mostramos los valores de Pareto de 11 Centros de Salud de la entidad.

De manera periódica es publicada la información epidemiológica de las principales causas de morbi-mortalidad atendidas en la población de la Ciudad de México, a través del Diagnóstico Epidemiológico Integral de la CDMX (Dirección de Epidemiología y Medicina Preventiva, 2017) (6). Según la CONAPO y la SSA, la población para 2019 de la CDMX fue de 9,031,213 habitantes, de los cuales, la población no asegurada, fue de 3,912,578 habitantes (CONAPO, 2017). Los padecimientos, para su estudio epidemiológico, se dividen primeramente en aquellos de primera vez en el año y los subsecuentes. Generalmente los padecimientos subsecuentes son atribuidos a enfermedades crónico-degenerativas, como dislipidemias, hipertensión arterial, y diabetes mellitus. Los padecimientos de primera vez, usualmente son debidos a alguna patología aguda, y merecen especial atención.

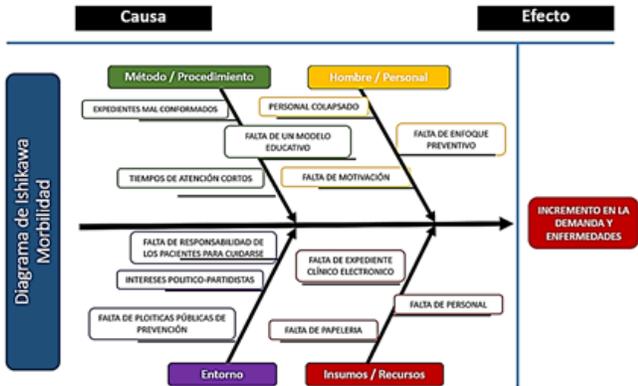


FIGURA 1. CORRESPONDIENTE AL FISHBONE O DIAGRAMA CAUSA-RAÍZ, DEL INCREMENTO DE LA DEMANDA EN LA CONSULTA POR ENFERMEDADES.

El diagrama de causa-efecto (Ishikawa, 1997), simula el esqueleto de un pescado (fishbone), donde en la cabeza se coloca el efecto o el problema principal y en las espaldas las causas y subcausas. El sentido del diagrama, es identificar la causa-raíz de las problemáticas y atenderlas, es decir, solucionar los pequeños problemas, dará por resultado la desaparición de un problema mayor. Del diagrama presentado en la Figura 1, se derivan los siguientes problemas:

- Incremento en la morbi-mortalidad
- Falta de seguimiento de casos
- Citas subsecuentes con periodos prolongados
- Insatisfacción del cliente

Con los datos reportados por el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), para el año 2018 en la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, se analizaron las patologías de primera vez para un total de 11 centros de salud que atienden una población total de 426,116 habitantes, de los cuales, 182,195 no tuvieron seguridad social. Los resultados se muestran en la Tabla 1.

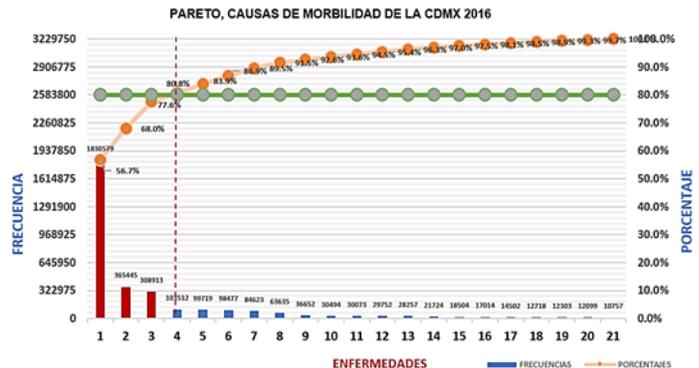
TABLA 1. RESULTADOS DEL DIAGRAMA DE PARETO DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES EN CENTROS DE SALUD DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA VENUSTIANO CARRANZA 2018. (EN PORCENTAJE DE INCIDENCIA)

Enfermedades	Centros de Salud										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Enf. Respiratoria	80	70	72	85	85	85	77	71	62	63	77
Insuf. venosa		10									7
Hipertensión arterial			8								
Conjuntivitis							3				2
Diabetes tipo II								4			
Infección urinaria								4	10	5	
Influenza								1	8		
Mordedura de perro											3
Infecciones intestinales											3

Los centros de salud referidos en la Tabla 1 son:

1. Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán
2. Centro de Salud Juan Duque de Estrada
3. Centro de Salud Luis Enrique Ruiz
4. Centro de Salud Cuchilla Pantitlán
5. Centro de Salud José María Morelos y Pavón
6. Centro de Salud Peñón de los Baños
7. Centro de Salud Arenal Cuarta Sección
8. Centro de Salud Ixnahuatlongo
9. Centro de Salud Revolución
10. Centro de Salud Cuatro Árboles
11. Centro de Salud Ampliación Caracol

En la Tabla 1, se aprecia que el mayor porcentaje de las enfermedades, presentes en el 80% de los problemas vitales, son prevenibles o controlables. Lo que refuerza lo observado en el diagrama de Pareto del Diagnóstico epidemiológico de la CDMX para el año 2016 (Gráfica 1). De manera adicional, se realizó un diagrama de Pareto de los diagnósticos de primera vez del año 2016, para apreciar mejor el panorama general, anual, de las principales 21 causas de morbilidad en la CDMX y los problemas más vitales a resolver (Gráfica 1).



GRÁFICA 1. DIAGRAMA DE PARETO DE LA MORBILIDAD DE LA CDMX EN 2016 (DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA, 2017).

Donde las enfermedades señaladas corresponden a:

1. Infecciones respiratorias agudas
2. Infecciones de vías urinarias
3. Infecciones intestinales
4. Las demás causas
5. Gingivitis y enfermedades periodontales
6. Ulceras, Gastritis y Duodenitis
7. Conjuntivitis
8. Obesidad
9. Vulvovaginitis aguda
10. Insuficiencia venosa periférica
11. Hipertensión arterial
12. Otitis media aguda
13. Diabetes mellitus tipo II
14. Asma y estado asmático
15. Neumonías y bronconeumonías
16. Depresión
17. Mordeduras de perro
18. Quemaduras
19. Varicela
20. Hiperplasia prostática
21. Accidentes de transporte en vehículo

Se logra apreciar que las causas vitales, de acuerdo los números reportados, son enfermedades infectocontagiosas, entre las que resaltan: las infecciones respiratorias, de vías urinarias y las infecciones del tracto gastrointestinal, las cuales, en alto grado son prevenibles.

Llama la atención en esta gráfica, que las enfermedades crónico-degenerativas son las principales causas de mortalidad, como hipertensión arterial y diabetes, así como patologías que dificultan su adecuado control, o apego a tratamiento, como la obesidad y la depresión, quedan distantes a ocupar los primeros sitios. Lo que hace pensar que pudiese existir un subregistro, encontrándose un número importante de pacientes en edades superiores a los 50 años con estas patologías, en las atenciones reportadas en el Programa “El Médico en tu Casa”.

Respecto a los costos de la atención, basándonos en los publicados el 22 de marzo de 2019 en el Diario Oficial de la Federación (IMSS, 2019), a continuación, hacemos mención de los costos más representativos en la Tabla 2.

TABLA 2. COSTOS DE LA ATENCIÓN EN EL AÑO 2019 (IMSS, 2019).

Servicio	Costo en pesos
Consulta de Medicina Familiar	\$783
Consulta Dental (Estomatología)	\$832
Traslado en Ambulancia	\$5,990
Día Paciente en Hospitalización	\$8,333
Día Paciente en Terapia Intensiva	\$37,410

III. PROPUESTA

Una contribución del Programa de Atención Médica Domiciliaria, a manera de realizar un barrido de identificación en las zonas más vulnerables de la Ciudad de México, es que se han identificado grupos vulnerables de la población, entre los que se encuentran: pacientes terminales, postrados, adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas que no

podían trasladarse a las Unidades de Salud a recibir atención médica, así como pacientes con discapacidad, motivo por el cual, el Programa se enfocó en la atención a esos grupos sin cobertura en servicios de salud.

Para el año 2016, el Programa se encontraba operando ya, en las 16 Alcaldías de la Ciudad de México, y por sus resultados y por la noble labor de dar la atención en salud a los grupos más necesitados que no pueden acudir a las unidades de salud por su propio pie, se le asignaron 170 millones de pesos, elevándose a rango de ley.

Actualmente se cuenta con un seguimiento de pacientes anual, que supera los 12 mil, ofreciendo atención por profesionales de la salud, entre los que se encuentran: Médicos, Enfermeras, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Rehabilitadores, Nutriólogos y Odontólogos, con el fin de llevar atención de calidad y con calidez.

No omitimos señalar, el ahorro que este programa genera, no solo a las Instituciones de Salud (tabla 2), si no a los pacientes y familiares que acuden a recibir la atención, en temas de costos de traslado; costos de la atención; costos indirectos a las empresas por pérdida de días laborales y tiempos prolongados en salas de espera Hospitalarias, sin mencionar, las complicaciones secundarias a hospitalizaciones prolongadas e infecciones nosocomiales por estados de desnutrición e inmunocompromiso de los pacientes, así como la presencia de microorganismos oportunistas.

En este sentido, es de vital importancia mantener una atención de calidad para los usuarios y vigilar que los procesos de atención sean los más eficientes, promoviendo la educación como estrategia de prevención de enfermedades y promoción de la salud desde los domicilios.

Todo lo anterior, el tener la oportunidad de conocer el entorno y los hogares que habitan los pacientes, es una importante referencia de todos sus hábitos, buenos y malos, y a los que se puede atribuir, en gran medida, el estado actual de salud de una persona. Esto, ha sido uno de los principales alcances, de desarrollar esta propuesta.

En la siguiente ilustración, se muestra el flujograma de atención preventiva propuesta, a través de un módulo de fomento al autocuidado.

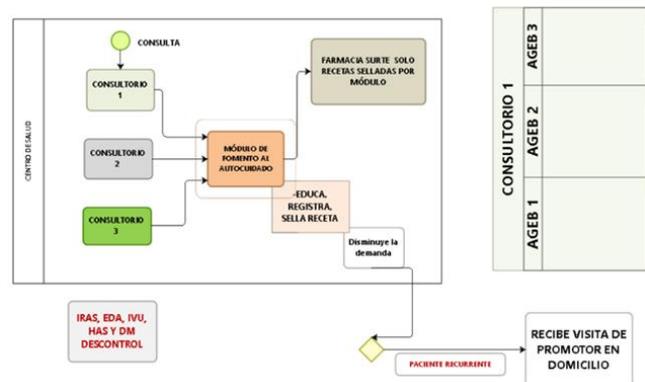


FIGURA 2. MODELO DE ATENCIÓN PROPUESTO, CORRESPONDIENTE AL FLUJOGRAMA DEL MÓDULO DE FOMENTO AL AUTOCUIDADO

Por medio del cual, se propone fomentar educación en prevención de las enfermedades más comunes, y sobre las que generan mayor número de recaídas, descontrol y/o

complicaciones. Como es el caso, de los padecimientos crónico-degenerativos como la Diabetes y la Hipertensión arterial, con especial énfasis en los pacientes que acuden de forma más recurrente o con más descontrol. Reforzando así, la educación que se otorga en los consultorios, pero que actualmente, es de forma muy limitada y de poco impacto, por la gran demanda de atención que deben cubrir.

La forma de operar del módulo de fomento al autocuidado, de manera inicial, es captando a todos aquellos pacientes objetivo, los cuales, inicialmente acudirán por indicación del Médico de consultorio, con la excusa de solicitar un sello en su receta, necesario para canjear sus medicamentos en la farmacia de la Unidad de Salud. Al acudir al módulo, se hará un registro de las fechas en que acude el paciente y las causas. Esto con fines estadísticos, contemplando todas sus comorbilidades, momento que se aprovechara para educar en prevención de enfermedades y complicaciones, así como en temas de promoción de la salud, de las patologías por las cuales los pacientes asisten más, llevando un registro puntual de la información otorgada en cada visita, la cual, además deberá ser dinámica, no repetitiva y de retroalimentación con el paciente. Haciéndolo consciente de sus aciertos y fallas, permitiéndonos conocer que es lo que más le funciona para cumplir su meta y que le falta por saber para lograrlo.

Este modelo educativo, dirigido, sería impartido por personal de salud previamente capacitado y por pasantes de servicio social de todas las áreas afines a la salud, que realizan servicio social o practicas en la institución, en este caso particular, siempre asesorados y en acompañamiento por un Profesional de mayor experiencia. Es importante mencionar que, en esta estrategia, los pasantes de servicio social de carreras como medicina, psicología y nutrición, tendrían un papel fundamental, ya que, al educar a los pacientes en temas de prevención, fortalecemos su formación en estrategias de atención oportuna.

También es importante mencionar, que esta estrategia puede reclutar, de manera alternativa y voluntaria, a pacientes que hayan cumplido con sus metas, pacientes que dominen los temas impartidos y desde luego, pacientes a los que les cueste trabajo cumplir con los objetivos, a manera de empoderarlos más, a través de un servicio voluntario a otros miembros de su comunidad, que les ayude a reforzar el conocimiento adquirido. Involucrando más a la población en replicar la estrategia y reclutar promotores voluntarios de la salud.

Principales enfermedades contempladas de manera inicial:

1. Infecciones de vías respiratorias
2. Infecciones gastrointestinales
3. Infecciones de vías urinarias
4. Hipertensión arterial descontrolada
5. Diabetes descontrolada
6. Obesidad

En el **CANVAS** social se representa el modelo propuesto:

1 OBJETIVO. Crear un módulo de fomento al autocuidado, personalizado, en el primer nivel de atención, a través de generar estrategias dirigidas a desarrollar hábitos de vida saludable, detección oportuna y prevención de enfermedades y/o descontroles, como prioridad, contrarrestando la idea, de que más visitas al médico, se ven reflejadas en mejor estado

de salud, con la finalidad de disminuir la prevalencia de enfermedades de mayor reincidencia, incluyendo los padecimientos crónico degenerativos y las enfermedades infectocontagiosas de mayor impacto. **2 SEGMENTOS USUARIOS.** Pacientes con: a) Infecciones de vías respiratorias, b) Infecciones gastrointestinales, c) Infecciones de vías urinarias, d) Hipertensión arterial descontrolada, e) Diabetes mellitus descontrolada y f) Obesidad. **3**

PROBLEMAS. 1. Incremento de la morbimortalidad. 2. Falta de seguimiento y registro de casos (cuantas veces acude un paciente al año y sus causas más frecuentes). 3. Citas frecuentes al médico que saturan los servicios y no generan impacto. 4. Pocas consultas de promoción de la salud que fomenten la detección oportuna y eviten las enfermedades o descontroles. **4 PROPUESTA DE VALOR.** Fomentar la educación en los padecimientos más comunes y que generan mayor número de recaídas, generar estadísticas confiables que permitan llevar un control de los tiempos prolongados en la cadena de servicio y contar con un registro de número de consultas (en un periodo de tiempo) de los pacientes con mayores solicitudes de atención, con el objetivo de disminuirlas a través de la educación, enfocándonos a la prevención. Incrementar el número de orientaciones dirigidas a la prevención de enfermedades e incrementar las detecciones oportunas de las enfermedades y/o complicaciones con mayor mortalidad. Empoderar a los pacientes que dominen temas educativos en salud y crear un voluntariado que replique la estrategia en su núcleo familiar y comunidad. Sensibilizar y capacitar a las nuevas generaciones de médicos y personal de salud a enfocarse a la medicina preventiva y de detección oportuna, más que a la medicina curativa. **5 SOLUCIÓN.** 1.

Registrar comorbilidades y número de visitas por enfermedad, al año, por paciente. 2. Dar promoción a la salud personalizada y dirigida a las problemáticas que más afectan a la persona, concientizando al paciente respecto al número de veces que acude al año, marcándole una meta y disminuir las consultas con enfoque curativo al médico, mejorando controles y medidas de prevención. 3. Retroalimentación puntual sobre enfermedad y comorbilidad para el paciente y el personal. 4. Retroalimentar y fomentar lo que le ha funcionado al paciente y conocer las debilidades para lograr las metas terapéuticas. **6 CANALES.** El paciente sale del consultorio con la receta, la cual deberá ser sellada obligatoriamente en el Módulo de fomento autocuidado, ya que será requisito indispensable para su canje en la farmacia de la Unidad de Salud. De esta manera, se pretende garantizar la asistencia del 100% de los pacientes que acuden a la consulta externa / medicina familiar a los módulos de fomento al autocuidado. **7 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.** Debido a que el proyecto no eroga presupuesto ya asignado, se puede asegurar la continuidad de la iniciativa. **8 ESTRUCTURA COSTES.** No se generan costos adicionales, debido a que se usa la infraestructura física existente, y periódicamente se reciben nuevos pasantes en la unidad, a los que se puede capacitar en periodos de una semana, con la supervisión de un coordinador Médico. **9 INDICADORES CLAVE.** No. de consultas en pacientes que acudieron al módulo/total de consultas X 100. No. de pacientes en control con diabetes mellitus que

acudieron al módulo/total de pacientes con diabetes mellitus. No. de pacientes con hipertensión arterial controlada que acudieron al módulo/total de pacientes con hipertensión arterial. No. de consultas subsecuentes por paciente por semestre, contemplando una disminución. **10 VENTAJA DIFERENCIAL.** Algunas iniciativas como la PRISM (Pearce, 2016), PAMEC (Lorig, 2014) han tenido cierto éxito, pero ninguna se implementó en Latinoamérica. En México, “Caminando a la Excelencia” (Secretaría de Salud, 2019) y los “Grupos de Ayuda Mútua” han tenido resultados por debajo de sus metas (CENAPRECE, 2019). La educación personalizada a cada paciente, entendiendo las necesidades especiales de atención de los mismos, y la generación de indicadores de desempeño de la cadena de valor (tiempos de consultas, número de veces que acuden por determinado padecimiento, en un periodo de tiempo específico, uso de la capacidad instalada, etc.). En las UNEME EC (Unidades médicas especializadas en crónicos), su tasa de éxito oscila entre el 1.6-9%, con un promedio de 4.3% y una mediana de 3.7%, sin posibilidad de reingreso ante una recaída. **11 IMPACTO.** Un mejor control en los padecimientos y en sus comorbilidades, a través de educación personalizada y no repetitiva. Como consecuencia, mayor disponibilidad de recursos médicos para atender otros pacientes y un mejor flujo en la cadena de valor.

Con la propuesta, esperamos tener resultados que nos ayuden a priorizar la formulación de estrategias en los procesos vitales que se puedan mejorar. Cabe señalar que el uso de estos instrumentos se encuentra en etapa de perfeccionamiento para la mejora continua y a corto plazo esperamos implementar también la metodología Six Sigma.

IV. CONCLUSIONES

Consideramos, que aplicar una sistematización dirigida a la mejora en los procesos institucionales enfocados a la salud, y particularmente, a la promoción de hábitos de vida saludable y prevención de enfermedades, poniendo en práctica los conocimientos del campo de la administración, pueden lograr resultados que repercutan en una mejor calidad de la atención de los usuarios. Una máxima de calidad, hace referencia al hecho, de que todo sistema está diseñado para dar los resultados que está generando, por tanto, cambiar el diseño o la manera en que se realizan las actividades, cambiará los resultados que obtendremos. La propuesta del módulo de fomento al autocuidado, no solo rompe el paradigma de la atención tradicional, sino que, puede repercutir directamente en los resultados actualmente conocidos. Así mismo, se podrá contar con una base de datos más confiable y efectiva, de mayor precisión, sobre qué pacientes han cumplido con sus objetivos de cambio de hábitos, en beneficio de su salud. Pero lo más sobresaliente, es que no se requieren recursos económicos, simplemente solo modificar, el cómo se aplican y/o administran los ya existentes, e implementar la ciencia de la mejora en salud, con un importante ahorro, en gasto de bolsillo para los pacientes, gastos indirectos e indirectos para las empresas que otorgan seguridad social y ahorros institucionales del gasto en salud, entre otros beneficios, los

cuales desde luego, incluyen muchas otras aportaciones en proyectos de investigación.

REFERENCIAS

- [1] INEGI (2015). Encuesta intercensal de Población 2015. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/default.aspx?tema=me&e=09>
- [2] Mercer. (2018). Edición número 20 de calidad de vida internacional 2018. Mercer Latam. Recuperado en: <https://www.latam.mercer.com/our-thinking/health/informe-global-de-tendencias-medicas-2018.html>
- [3] Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la OMS. Junio de 2019, de World Health Organization recuperado en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
- [4] Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (06/06/2019). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. junio 2019, de Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión Recuperado en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_060619.pdf
- [5] Consejo Nacional de Población. (2017). Población de la República Mexicana. junio 2019, de CONAPO Recuperado en: <https://www.gob.mx/conapo>
- [6] Ishikawa, K. (1997). ¿Qué es el control total de calidad? la modalidad japonesa. Bogotá: Norma
- [7] Dirección de Epidemiología y Medicina Preventiva. (2017). Diagnóstico Epidemiológico Integral 2016, de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal Recuperado en: https://drive.google.com/file/d/1ItCg8hfap0eaQn17dnMq_cUFKFn1SBjj/view
- [8] IMSS. (22 de marzo de 2019). Acuerdo, relativo a los costos unitarios por nivel de atención médica actualizados al año 2019. junio 2019, de Instituto Mexicano del Seguro Social Recuperado en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/acuerdos/4165.pdf>
- [9] Pearce G, Parke. (2016). The PRISM taxonomy of self-management support: derivation of a novel taxonomy and initial testing of its utility. *J Health Serv Res Policy*, 2, 73-82.
- [10] Lorig K. (2014). Chronic disease self-management program: insights from the eye of the storm. *Front Public Health*, 2, 253.
- [11] CENAPRECE. (2019). Caminando a la excelencia. Septiembre 2019, de Secretaría de Salud Recuperado en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/bol_camexc/2019/ce_2019_1ertrim.pdf
- [12] Secretaría de Salud. (2019). Lineamientos de los Grupos de ayuda mutua (GAM). Septiembre 2019, de Secretaría de Salud Recuperado en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/LineamientosGAM_2016.pdf