

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

“La intervención como práctica fundamental en la Promoción de la Salud”

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

PAOLA ORTEGA VILLA

Directora del trabajo recepcional

Dra. María de los Ángeles Moreno Macías

México D. F, marzo 2013.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	3
Introducción	4
Capitulo 1 Una mirada al campo de la salud	6
1.Sistema Nacional de Salud.....	6
1.1Servicios de salud del Distrito Federal	9
1.2Servicios de salud pública del DF en Iztapalapa.....	13
1.3Centros de salud de atención primaria.....	18
2.Programas de atención a la salud.....	20
Capitulo 2 Marco teórico de la Promoción de la salud.....	29
1.La Carta de Ottawa.....	30
2.Dos distintas formas de hacer Promoción de la Salud.....	32
2.1La corriente dominante de la Promoción de la Salud.....	33
2.2La corriente alternativa de la Promoción de la Salud	35
3.La Promoción de la Salud y la Intervención.....	38

Capitulo 3 Metodología	44
1.Planteamiento del problema	44
1.1Objetivo	46
2.Metodología cualitativa	46
2.1La entrevista como instrumento de recolección de datos.....	48
2.2La entrevista semiestructurada	50
3.La muestra.....	52
4.El procedimiento	53
Capitulo 4 Las prácticas de Intervención en grupo para la Promoción de la Salud en la Delegación Iztapalapa.....	57
1. En voz de los entrevistados	57
2. Las prácticas de intervención para la promoción de la salud.....	68
Conclusiones	72
Referencias	75
Anexo 1 Conferencias Internacionales	78
Anexo 2 Formato de entrevista semiestructurada	81
Anexo 3 Instituciones de Salud en Iztapalapa	82
Anexo 4 Muestra.....	84
Anexo 5 Reducción de datos	85
Anexo 6 Transcripción de entrevistas	86
Anexo 7 Cuadro de análisis	110

AGRADECIMIENTOS

El comienzo de un viaje te permite conocer, imaginar y cumplir un futuro lleno de logros en donde la constancia y la dedicación son el equipaje perfecto. Por ello dedico esta tesis a:

Dentro de todo viaje hay un timón que representa la inteligencia y la sabiduría, aquella persona que te permite aprender y ser mejor cada día... gracias Dra. María de los Ángeles Moreno Macías por todos sus conocimientos, por su apoyo y por todas las herramientas que me brindo a lo largo de este proceso. Sin olvidar a todos mis profesores que me brindaron sus conocimientos durante mi formación académica.

En la vida de todo ser humano hay personas especiales y en mi caso no es la excepción. Personas que han estado toda la vida conmigo o en los últimos años.

Con mucho cariño principalmente a mis padres Rubén y Teresa que me dieron la vida, por sus consejos y palabras de aliento; son los pilares de mi vida los quiero mucho. A mis hermanos Oscar y Edgar con los que he compartido todos mis sueños, gracias por su apoyo y su compañía. A ti mi amor, Carlos por apoyarme y darme los mejores momentos de mi vida te amo y juntos saldremos adelante.

Este trabajo fue realizado en el marco del convenio del Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal y la Universidad Autónoma de la Ciudad de México para la conclusión de tesis de licenciatura (Convenio número UACM-CSE-ICYTDF/14/2010).

Agradeciendo a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México por el apoyo otorgado para la impresión y/o empastado de este trabajo recepcional dentro del (Convenio número UACM-CSE-ITR/108/2012).

INTRODUCCIÓN

“No cambies la salud por la riqueza, ni la libertad por el poder”
Benjamín Franklin

Según Frenk (2007), de una manera u otra muchas naciones fallan en conseguir las metas básicas en los sistemas de salud como el acceso universal, calidad uniforme y costos razonables compartidos en una manera justa. Aunque dichas metas aplican para todos los lugares, el tipo y grado de deficiencia varían entre países y a través del tiempo. Las condiciones de cada país para progresar y efectuar reformas varían de manera similar, y dependen de la convergencia de los asuntos de interés público, valores sociales básicos, voluntad política, capacidad financiera, coincidencia de intereses, preparación organizativa y profesional y liderazgo. Las lecciones aprendidas pueden ser aplicadas a otros, en especial si tal reforma ocurre en un país de ingreso medio como México, el cual no es tan grande ni tan rico como para que sus logros no sean aplicables.

Actualmente México se enfrenta a grandes problemas de salud, problemas crónicos que requieren de personal médico, de una inversión económica suficiente y de programas e iniciativas que generen cambios, que sean capaces de surtir efecto en la población. Medidas preventivas que garanticen la satisfacción de necesidades de salud.

A raíz de todas estas necesidades, surge una Licenciatura enfocada a transformar y a cambiar la salud en las comunidades; la Licenciatura en Promoción de la salud, donde el promotor mantiene un enfoque interdisciplinario y se apoya de otras ciencias para ayudar, para transformar y generar poder dentro de las comunidades; rescatando todas sus fortalezas, su apoyo mutuo, su trabajo generando con ello recursos que les proporcionen herramientas para transformar su propia salud.

Esta investigación pretende analizar las características de intervención que realizan profesionales encargados del área de promoción de la salud en Instituciones de Salud en la Delegación Iztapalapa, cómo resuelven un problema de salud y de cómo proporcionan información a la población. Siendo nuestra

pregunta de investigación la siguiente: ¿Cuáles son los rasgos predominantes de las prácticas de intervención en las Instituciones públicas de salud que reportan trabajo con grupos en la Delegación Iztapalapa?

El presente trabajo consta de cuatro capítulos que enmarcan y sustentan la investigación y su desarrollo en el campo de la salud. El Capítulo I titulado “Una mirada al campo de la salud“, es un recorrido a través del tiempo en donde encontramos las prácticas de salud, la estructura del Sistema Nacional de Salud, enfocado a la Delegación Iztapalapa y a los programas de salud, para generar un contexto macro y después centrarlo en un problema de salud a nivel Delegación.

El Capítulo II titulado “Marco conceptual de la promoción de la salud “ aquí se presenta que es la promoción de la salud y sus dos vertientes, qué es la intervención dentro del campo de la promoción de la salud, enmarcando aquí aspectos teóricos y la importancia de la intervención dentro de la promoción de la salud.

El Capítulo III titulado “Metodología” donde se plasma todo el método de la investigación, todos los aspectos prácticos y es la parte más sustanciosa de la investigación. Ahí se encuentra el porqué de la investigación, su importancia y trascendencia dentro del campo de la promoción de la salud, asimismo se plantea el problema de investigación.

El Capítulo IV titulado “Las prácticas de intervención en grupo para la promoción de la salud en la Delegación Iztapalapa” es el último capítulo de esta investigación y contiene todo lo obtenido por las entrevistas semiestructuradas. Donde se muestra todo el análisis hecho y las características obtenidas de la práctica de intervención que realizan los entrevistados.

En la última parte, se encuentran las referencias y los anexos correspondientes.

CAPITULO 1 UNA MIRADA AL CAMPO DE LA SALUD

El ser humano a lo largo del tiempo se ha preocupado por ciertas condiciones y estados respecto a su cuerpo; como un mecanismo fundamental de desarrollo, como ser vivo eminentemente social, productor y consumidor, capaz de tomar decisiones y crear comportamientos; tomando en cuenta que en México uno de los Sistemas que nos ayuda a entender la salud en un sentido amplio es el siguiente.

1. Sistema Nacional de Salud

En México el Sistema Nacional de Salud (SNS) desde sus inicios estaba conformado por una variedad de instituciones que atendían de manera exclusiva a diversos grupos de la población;¹ el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a los obreros, la Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA) a los campesinos y la población sin seguridad social, el Instituto Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a los trabajadores del Estado y el privado únicamente a la población que tiene capacidad de pago, lo que ocasiona una segmentación en el sistema. Para entenderlo mejor se presenta a continuación los subsistemas que integran al SNS.

- **Subsistema de Seguridad Social;** constituido por (IMSS), (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaria de la Defensa Nacional (SEDENA), Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
- **Subsistema para la población abierta** constituido por la Secretaria de Salud (SS) y los servicios estatales de salud; establecida en 1938 como Secretaria de Asistencia Social. Esta ha tenido los siguientes cambios de denominación: 1938 – 1940 Secretaria de Asistencia Social, 1940 – 1982

¹ Existiendo todavía en la actualidad esta conformación.

Secretaria de Salubridad y Asistencia, 1982 a la fecha Secretaria de Salud.

- **Subsistema privado** constituido por: las aseguradoras de servicios, empresas médicas, hospitales, clínicas, sanatorios y consultorios generales y de especialidades.

Con base en lo que describe Tamez y Valle (2005) aquí se presenta una síntesis de la historia que inicia en la década de los 40 cuando se estableció el sistema abierto y de derechohabencia de los servicios médicos, en donde se consolida la atención médica como una función del Estado. En 1943 se promulga la Ley del Seguro Social, y en 1944 inicia funciones el IMSS, respondiendo a las políticas de la promoción en la industrialización del país al garantizar y mantener la mano de obra necesaria para la acumulación del capital.

Con su creación, el Estado enfatiza y continua el incremento de la desigualdad social, la aplicación del liberalismo económico en el país tiende a desaparecer las medianas y pequeñas empresas, el país vive una crisis económica por la mala administración, y para justificar la introducción del capital privado en el sector social Miguel Alemán introduce el concepto de subrogación² en el sector salud, donde hubo una reducción del presupuesto estatal en el sector y los fondos de la SSA los administró la Secretaria de Hacienda y Crédito Público (SHCP), quien a su vez los transfiere a otras secretarías.

Se efectúa una disminución del gasto público en el ramo social, alcanzando los niveles más bajos en salud, la cobertura del IMSS es lenta, la prestación de los servicios médicos se expandió básicamente a través de la subrogación.

² “Sustituir o poner alguien en lugar de. En este caso los fondos fueron administrados por la SHCP” (Tamez y Valle, 2005:23).

En el lapso de 1958 a 1964 en el sexenio de Adolfo López Mateos, se experimentaron cambios importantes en México, en busca del bienestar económico y social pos-revolucionario. En este periodo se construye la ciudad de México tres hospitales generales, dos maternos infantiles y nueve pediátricos, fue en ese sexenio donde se crearon más establecimientos de salud en su mayoría pediátricos llamados en ese entonces infantiles por las necesidades de enfermedades presentadas en esa época. Recordemos en la mitad del siglo pasado las infecciones intestinales, las neumonías, las infecciones respiratorias, los accidentes y el paludismo, configuraban las cinco primeras causas de muerte registradas en México (Tamez y Valle., 2005).

Las instituciones de salud se ponen una vez más sobre la mesa de negociaciones entre el Estado y los grupos de interés organizados como la burocracia y los sindicatos disciplinados. En 1959 se crea el ISSSTE, encaminado a ejercer control en los trabajadores, contrarrestando a los grupos opositores que existían y prevenir algún movimiento que llevara a la inestabilidad social y con ello política. La creación de esta institución por una parte establece de manera importante el papel del Estado en la impartición de los servicios de salud, el privilegio de la seguridad social sobre la asistencia pública, pero incrementó aún más la desigualdad en la atención médica de la población.

Ante la crisis económica que enfrentaba el Estado y el incremento de sus gastos operativos, la política de salud de Luis Echeverría Álvarez reforma la Ley del Seguro Social y con ella se brinda atención médica en sus instalaciones a la población de las zonas rurales y grupos marginados, acción que el ejecutivo le da un enfoque político como un programa dirigido a grupos hasta en ese entonces excluidos.

Con base en estos hechos podemos apreciar que el acceso a la seguridad social, se basó no en las necesidad de salud de sus derechohabientes, sino en la situación ocupacional y la capacidad de pago de los mismos, lo que ocasionó

una asignación de recursos y un acceso a los servicios de salud sustentados en la influencia política y económica.

En 1983 CPEUM aprobó el derecho a la salud y de ahí se derivó la Ley General de Salud, la Secretaria de Seguridad y Asistencia modificó su nombre a Secretaria de Salud, sin embargo, este proceso se interrumpió una vez más a raíz de la adversidad económica, ya que los recursos se encontraban en un mínimo histórico.

No obstante las dificultades de lograr la descentralización, en la década de los 90 se pusieron en marcha varias reformas. La conclusión del proceso de descentralización se desarrolló con base en objetivos más ambiciosos: transferir más funciones y responsabilidades, junto con los recursos correspondientes, a fin de completar la descentralización y fortalecer a los servicios de salud.

Existe una incorporación limitada entre las distintas instituciones en términos de la población cubierta y atendida. Los usuarios tienden a acceder a los establecimientos de la institución de la que dependen de acuerdo a su situación de derechohabencia, pero también utilizan otras instituciones y el sector privado.

1.1 Servicios de salud del Distrito Federal

A continuación se presenta la recopilación de datos importantes respecto al Distrito Federal (DF) desarrollada por Tamez y Valle (2005). En el DF se pueden encontrar una gama importante de culturas, industrias, partidos políticos y los tres poderes del país, también es posible identificar condiciones socioeconómicas que van desde zonas de extrema pobreza, zonas de clase media hasta zonas residenciales, zonas rurales hasta urbanas precarias, en donde se conservan tradiciones culturales ancestrales y zonas donde éstas se han perdido.

Esta variedad de condiciones de vida de sus habitantes, evidentemente genera diferencias en sus posibilidades de enfermar y morir, por lo tanto los servicios de salud deben ser más eficientes y de mejor calidad para la población.

La seguridad social, su organización y estructura, debe responder a esta diversidad de condiciones. Es por ello, que el Sistema de Salud local (incluso de cada entidad federativa) tiene que ser cambiante y flexible para adaptarlo a las condiciones, necesidades y particularidades de su colectividad (Tamez y Valle, 2005).

La Dirección de Salubridad del DF nace en el período del Presidente de la República Lázaro Cárdenas (1934 - 1940). En esta etapa se integraron los recursos dispersos y se crearon Centros de Salud con una orientación integral de los servicios, llevando sus beneficios a la población desprotegida con énfasis en la intervención directa con la comunidad.

Entre 1947 y 1952 se subdivide el DF en 12 distritos sanitarios, con el fin de coordinar las acciones de las campañas sanitarias y consolidar actividades técnicas y administrativas. Desde entonces la atención integral tenía como base al expediente clínico familiar y las visitas educativas de campo de la trabajadora social y de la enfermera.

En 1978 la Dirección General de Salubridad en el DF cambia su nombre al de Dirección General de Servicios de Salud Pública del DF, se pone en marcha el Programa de Atención Primaria a la Salud en Áreas Marginadas, que crea los Centros de Salud Comunitarios tipo I, estos contaban con un consultorio de medicina general, una área de inmunizaciones y una sala de espera, las personas eran atendidas por un médico y una enfermera y se caracterizaban por estar en zonas populares.

En este mismo año se inicia la instrumentación de la estrategia de atención primaria de la salud,³ en respuesta al compromiso adquirido en la reunión de Alma Ata (1978) donde los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) convinieron⁴ en aceptar bajo esta estrategia, la estrategia denominada "Salud para todos en el año 2000".

En 1981 nace el Programa de Atención a la Salud para la población Marginada en Grandes Urbes. Este da origen a la creación de los Centros de Salud Comunitarios tipo II y tipo III, los cuales se ubicaron en zonas marginadas.

Los Centros de Salud Comunitarios tipo II, contaban con 6 consultorios de medicina general, servicios de estomatología, inmunizaciones, farmacia y salón de usos múltiples, atendían hasta 3000 familias. Mientras que los Centros de Salud Comunitarios tipo III, tenían de 8 a 12 consultorios, servicio de estomatología, inmunizaciones, farmacia, salón de usos múltiples, laboratorio de rayos x, salud mental, optometría, educación para la salud, epidemiología, estadística y atendía hasta 8000 familias.

En 1983, el crecimiento de la infraestructura crea la necesidad de reorganizar al DF, en cuatro regiones las cuales controlaban las jurisdicciones sanitarias y unidades hospitalarias correspondientes y en 1988, desaparecen las cuatro regiones, y se consolidan las 16 jurisdicciones sanitarias, que corresponden territorialmente a las 16 delegaciones políticas del DF.

³ "Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. OMS, UNICEF, Atención Primaria a la Salud Alma Ata 1978" (Tamez y Valle, 2005:41).

⁴ "La salud es un derecho humano fundamental y un objetivo social para el mundo entero asegurar una distribución más equitativa de los recursos en salud y conseguir que todos los ciudadanos de todos los países alcancen un nivel de salud que le permita llevar una vida social y económicamente productiva" (Tamez y Valle, 2005:52).

En 1992, la Dirección General de la Regulación de los Servicios de Salud realiza la revisión al Modelo de Atención de la Salud para la población abierta elaborado en 1985, el cual se tomó como base para desarrollar el Modelo de Atención a la Salud para la población abierta en el DF, aplicándose de forma piloto en los 210 Centros de Salud Comunitarios.

En el año 2001 se implementa en el DF, el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) como una estrategia al análisis de los obstáculos al acceso a un tratamiento adecuado y eficaz que reveló como elemento crucial las restricciones económicas de la población, particularmente para la compra de medicamentos.

A partir de ese diagnóstico, se decidió impulsar el Programa de los Servicios de Salud Pública del DF, orientado a la población no asegurada residente del DF y constituye el mecanismo central para hacer accesibles los tratamientos e incrementar la eficacia del sistema en su conjunto, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud.

Este programa específico se puso en marcha en julio, después de la publicación del Acuerdo de Carácter General, que ampara la gratuidad de los servicios médicos y de los medicamentos para la población residente en el DF no – asegurada.

Otra política de salud implementada en el DF fue el Seguro Popular de Salud (SPS), se creó en 2001, período en el que se llevó a cabo una prueba piloto en cinco estados del país. Aunado al objetivo de fungir como programa piloto, respondió al menos a tres grandes objetivos fundamentales:

- Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social, a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.

- Crear una cultura de prepago en los beneficiarios y
- Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud.

La estructura del SNS en el DF es la más compleja del país porque están presentes, a parte de las unidades médicas de los SS de salud del DF, los Programas de PSMMG y el SPS ambos en las instalaciones de salud estatales, exceptuando las instalaciones federales estas no han sido trasferidas al gobierno local, 7 hospitales y 9 INS federales; las unidades médicas de seguridad social IMSS, ISSSTE, PEMEX, DIF, SEDENA y; un amplio y heterogéneo sector privado.

1.2 Servicios de Salud Pública del DF en Iztapalapa

La delegación Iztapalapa representa una fuente importante de costumbres, tradiciones y organización por parte de la población, es por ello que es un marco importante de información para comprender los servicios de salud.

En comparación con el resto del Distrito Federal, Iztapalapa presenta indicadores socioeconómicos menos favorables. Si bien alberga a la quinta parte de los capitalinos, su participación en la economía es mucho menor. El sector de los servicios constituye el componente más importante de su PIB, y un número importante de sus habitantes deben trasladarse fuera de la demarcación para conseguir trabajo. La infraestructura y los servicios urbanos se encuentran menos desarrollados o son deficientes, particularmente en el caso de la distribución del agua potable, que es uno de los retos más importantes para los gobiernos locales. En términos generales, la delegación posee una alta densidad poblacional lo que ocasiona mayor demanda de servicios de salud.

Como otras demarcaciones periféricas de la capital mexicana, Iztapalapa recibió las olas inmigratorias provenientes del resto del país, incluyendo el centro

de la Ciudad de México. Esta situación se acentuó en la década de 1960 con el auge económico del país y en la década de 1980 después del terremoto de 1985. Los recién llegados se establecieron en tierras que se habían dedicado al cultivo hasta entonces, incluyendo las chinampas de sus pueblos originarios.

Como lo presenta Ramírez (1999) el nombre de Iztapalapa tiene sus orígenes en la lengua náhuatl, que significa “En el agua de las lajas”, esto explica su demarcación ya que tuvo su asentamiento una parte en tierra firme y otra en agua conforme al conocido sistema de chinampas.

El crecimiento demográfico de la Delegación representa una muy alta proporción del incremento total de población del Distrito Federal. En la década 1970-1980, correspondió al 54.3% del crecimiento del D.F. En la década 1980-1990, la Delegación tuvo un crecimiento de 341,088 habitantes, superior en 1.6 veces al crecimiento total del Distrito Federal, indicando que Iztapalapa fue asiento de numerosas familias que abandonaron las delegaciones centrales y destino de familias procedentes de otras entidades federativas. En los últimos años ha alojado el 83.7% del crecimiento del Distrito Federal, agotando prácticamente su reserva de suelo urbanizable.

La población inmigrante se ha asentado en su mayoría al sur oriente de la Delegación, es decir, en las faldas de la Sierra de Santa Catarina, ocupando terrenos sin vocación para usos urbanos. Lo anterior señala que en los últimos 30 años, Iztapalapa ha sido la principal reserva territorial para el crecimiento urbano del Distrito Federal y que ha cumplido una importante función en la redistribución de la población.

La delegación Iztapalapa tiene una superficie total de 124.4 km² que representan el 7.52% del área total del DF; se ubica al oriente del DF, a una altitud de 2, 240 MSNM, de superficie plana a excepción de la Sierra de Santa Catarina, el Cerro de la Estrella y el Peñón de Marqués. Al norte colinda con la

delegación Iztacalco y el municipio de Netzahualcóyotl, Estado de México. Al este, con los municipios de La Paz y Chalco Solidaridad Estado de México. A sur, las delegaciones Tláhuac y Xochimilco. Al oeste las delegaciones Coyoacán y Benito Juárez (CONAPO, 2011).

Iztapalapa presenta una situación geográfica importante, ya que es el punto de entrada y salida hacia el oriente y sureste de la Ciudad de México, además de ser colindante con, el Estado de México, lo que genera una interrelación de servicios, equipamiento, transporte y actividad económica cotidiana con los municipios de Netzahualcóyotl, Los Reyes - La Paz y Chalco Solidaridad.



Por su superficie 124. 4 km², número de habitantes 1 815 786 (INEGI, 2010) y densidad de población por km² de 15, 0714 habitantes (CONAPO, 2011), así como sus habitantes por vivienda de 4.58 (10) y tasa de nacimiento de 2.2, sus características socioeconómicas son diferentes a otras delegaciones.

- El grado de carencias de su población es: en educación del total de su población, el 4 % es analfabeta, en cuestión ingresos el 20.60% percibe

entre dos y tres salarios mínimos, el 40.15% percibe entre uno y dos salarios mínimos y 10.81% su salario es menor que el mínimo. Existen problemas sociales como la delincuencia, bandas delictivas, narcomenudeo, robo de auto y violencia familiar.

De acuerdo con la composición esta área y partiendo de los datos del año 2005, la población de Iztapalapa puede definirse como estacionaria en la que el conjunto de personas menores a 15 años comenzó a perder importancia frente a los habitantes mayores de 50 años; es decir, la población ha frenado paulatinamente su ritmo de crecimiento o reproducción natural.

En resumen, la Delegación Iztapalapa representa un asentamiento urbano importante porque es cuna de olas inmigratorias provenientes de diversos lugares, lo que demanda mayores y mejores servicios; no obstante a esta situación el agua potable en esta delegación sigue siendo un problema considerable por la falta de esta o por su mala calidad, lo que genera malas condiciones de vida, pobreza y marginalidad. Por ello rescatar todos estos indicadores nos proporciona una visión más amplia para conocer a esta delegación y brindarle una mayor importancia para este trabajo.

A todas estas características (densidad de población, educación, analfabetismo, superficie, crecimiento demográfico etc.), se le denomina índice de marginación y nos permite estratificar a la población en cinco niveles para diferenciarlas entre muy alta, alta, mediana, baja y muy baja marginación (CONAPO, 2010); como se muestra en la siguiente tabla donde podemos ver que Iztapalapa es una delegación con una alta marginación.

Tabla de marginalidad en DF e Iztapalapa

Grado	Iztapalapa		Distrito Federal	
	# Agebs⁵	%	# Agebs	%
Muy alto	116	26.54	374	15.9
Alto	107	24.49	458	19.52
Mediano	126	28.83	623	26.5
Bajo	41	9.38	310	13.19
Muy bajo	43	9.84	570	24.25
No específico	4	0.92	15	0.64
Total	437	100	2956	100

Fuente: Enrique Omaña (2009)

La actividad económica más importante de los habitantes de la delegación es el comercio informal alcanzando un 41.99% en comparación con el DF que es el 23.1%. La derechohabiencia en el 2005 era, que el 50% de sus habitantes no tenían ninguna derechohabiencia, el 31% IMSS, el 11% ISSSTE, el 2% privado, 1% PEMEX, SEDENA y Marina y 1% otra institución (Omaña, 2009).

En esta demarcación existe pobreza, carencia de servicios básicos, un número mayor de integrantes por familia que el del DF. Con respecto a la cantidad de indígenas, existe una riqueza en lo que se refiere a cultura pero una desventaja para ellos al sumarse a las carencias existentes en esta demarcación, sobre todo en lo que respecta en salud (Omaña, 2009:43).

Respecto a los servicios de salud Omaña (2009) menciona; el gobierno de Iztapalapa opera 16 pequeñas clínicas que se conocen con el nombre de Consultorios periféricos, los cuales tienen por objeto atender la crónica carencia de estos servicios en el territorio. La mayor parte de ellos se encuentran en las zonas más marginadas (Santa Catarina, San Lorenzo Tezonco y Paraje San

⁵ AGEB (Área Geo- Estadística Básica) División geográfica mínima empleada con fines estadísticos.

Juan). Estos consultorios periféricos dan servicios elementales de atención a la salud de materno-infantil, consulta odontológica, y enfermedades agudas.

Además el IMSS y el ISSSTE prestan sus servicios de medicina familiar y hospitalización, cada uno en cuatro clínicas y en el año 2005 el Gobierno del DF, construyó el Hospital de Especialidades en San Lorenzo Tezonco con el fin de brindar servicios de salud de alta especialidad y de calidad a la población. Se cuenta también con el Hospital General de Iztapalapa y el Hospital Pediátrico de Iztapalapa, sin embargo, la demanda de servicios médicos no está aún totalmente cubierta en la Delegación (Omaña, 2009).

Las Instituciones de salud son sumamente importantes para combatir los problemas de salud pública de la población ya que en la actualidad la salud se ha convertido en un quehacer diario que demanda atención y sobre todo estrategias que modifiquen las condiciones de vida. Por ello, en la Delegación Iztapalapa se necesitan más instituciones de salud que cubran todas las necesidades de la población para hacer frente a diversos problemas de salud.

A nivel nacional se ha procurado la atención a los grandes problemas de salud a partir de programas que permita un mejoramiento en el proceso salud-enfermedad. Por ello, se rescata la definición de Centros de Salud como parte fundamental preventiva y los Programas de salud como mecanismo articulador para proporcionar herramientas viables que contribuyan a la comunidad.

1.3 Centros de salud de atención primaria

La Secretaria de Salud (1995), define los centros de salud como: unidades de primer nivel de atención en las que se desarrollan acciones dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y a su medio ambiente; los servicios están enfocados principalmente a preservar la salud por medio de actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, cuya resolución es factible con

recursos de poca complejidad técnica, estimulan además las formas de organización y participación comunitaria en los servicios.

La unidad funcional de los centros de salud es el núcleo básico de servicios, conformado por un médico familiar o general y dos enfermeras. La operación y la ubicación de los centros de salud se sustentan en los criterios de regionalización, considerando que un núcleo de servicios de salud puede atender hasta 500 familias.

Los centros de salud, basan su operación en la formulación de un diagnóstico de salud que se establece preferentemente con la participación de la comunidad. La operación y los servicios que proporcionan los centros de salud en México de acuerdo con sus características son los siguientes:

- Centro de salud con un núcleo básico

Tiene una cobertura de 100 a 500 familias; se ubica en áreas rurales o urbanas proporciona atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación, promoción de la salud, saneamiento ambiental y de la vivienda, vigilancia epidemiológica, referencia de pacientes, atención de parto y atención de urgencias médicas. Su infraestructura consta de consultorio, sala de espera, áreas para curaciones e inmunizaciones y con una o dos camas.

- Centros de salud con dos a 12 núcleos básicos

Estos centros de salud son responsables de proporcionar servicios a la población de más de 500 familias; asimismo, proporcionan servicios de complejidad creciente, atención odontológica, de rayos x, desarrollan investigación y capacitación permanente, tiene de uno a seis consultorios. En infraestructura cuenta con sala de espera, laboratorio, inmunizaciones, sala de recuperación, administración y farmacia. Para su operación los centros de salud requieren ajustarse a las necesidades de la población.

Ponte (2006), menciona que Alma Atta ha sido una referencia extraordinaria para todas las generaciones posteriores de activistas de la salud y el concepto de “Atención Primaria Integral” ha sido una de las claves para mejorar los sistemas de salud en muchos países.

Los aspectos esenciales de la declaración de Alma Ata son los siguientes:

- El derecho a la salud requiere la acción colectiva y su garantía es responsabilidad de los gobiernos.
- La importancia de la participación popular en salud como derecho y como responsabilidad.
- La trascendencia de la Atención Primaria en la prevención, promoción, curación y rehabilitación.
- Lograr salud requiere el esfuerzo coordinado de todos los sectores implicados.
- Rechazo de las desigualdades en salud, especialmente entre países ricos y pobres.
- Importancia de la paz y el desarme como fuente de salud y desarrollo.

La declaración de Alma Atta expresa la convicción de que las soluciones técnicas son insuficientes y que el desarrollo económico y social está íntimamente asociado a la salud, defiende la participación colectiva en salud en oposición al individualismo y el consumismo.

2. Programas de Atención a la Salud

Vega y García (1976), realizan una descripción acerca de los componentes que integran los programas de salud pública y mencionan que tienen como propósito utilizar, de manera óptima, los recursos económicos, técnicos y humanos para la solución de problemas de salud y escasos recursos materiales y de personal técnico para resolverlos.

Regularmente el punto inicial en la planeación suele ser una investigación epidemiológica con la cual se establece la magnitud del daño y la naturaleza de los factores; por otro lado se estudian los recursos disponibles de la comunidad. Mediante la información recabada se deciden las acciones que se deberán implementar sin olvidar el orden de las prioridades lo que da lugar a considerar la eficiencia y viabilidad del programa.

Se dice que un programa es eficiente cuando se considera que los recursos disponibles van a ser utilizados en un sentido óptimo; la ejecución simultánea de varios programas tendientes a prevenir las enfermedades y preservar la salud integran lo que se conoce como programa de salud, en términos muy generales se acepta que cuando un programa incluye funciones y actividades de: servicio, investigación y adiestramiento del personal, tiene un mayor éxito en su desarrollo.

El tema es complejo, pero en este caso realizaremos una descripción de algunos programas de salud pública en México partiendo de las enfermedades a las que van dirigidos. Se realiza la selección de problemas de salud a partir de lo que la Secretaria de Salud define como las enfermedades con mayor incidencia en nuestro país.

A continuación se presentan programas de salud, información rescatada de la Secretaria de Salud (2011). Esto se realiza para conocer las prácticas de salud a partir de programas que articulan un conjunto de acciones ó prácticas de la población respecto a su salud:

a) Programa de salud escolar

Objetivo: Pertenece al nivel federal y tiene como objetivo promover la construcción de una cultura de la salud y mejorar las condiciones de salud de los escolares, así como contribuir a su pleno desarrollo. En el año 2006 se trabajó

un total de 170 escuelas Primarias Oficiales, distribuidas por Jurisdicción Sanitaria en el D.F., teniendo como meta 85 escuelas por cada semestre del ciclo escolar, con una matrícula aproximada de 44 695 niños beneficiados por semestre.

Intervención: Tiene como actividades fundamentales detección de padecimientos a través de la revisión médica, así como la prevención de riesgos psicosociales en rubros que abarcan: sexualidad, drogadicción, actos antisociales, consumismo y eventos negativos en la población escolar; para tal efecto se realiza un diagnóstico inicial para medir los niveles de protección/información sobre estos temas y dependiendo del resultado se enfocan las pláticas educativas.

Rumbo: Es importante señalar que se trabaja con niños, promotores, padres y maestros en redes sociales, con el propósito de formar hábitos saludables en los niños y con apoyo de ellos mismos para realizar acciones en bien de ellos, de sus compañeros, así como en el nivel familiar. Considerando de gran importancia la participación de los maestros en las gestiones derivadas del diagnóstico de riesgos.

Metodología: Realización de un diagnóstico inicial que permite conocer los problemas más importantes que muestran los niños, a través de entrevistas con ellos y con sus familias para conocer sus hábitos alimenticios.

Promoción de la salud: Implementación de pláticas educativas con juegos que proporcionen conocimientos y nuevas prácticas de alimentación entre los niños, se trabaja mucho con material didáctico como memoramas, sopas de letras, crucigramas, etc., todo esto para fomentar una educación en salud.

b) Programa 5 pasos por tu salud

Objetivo: Es un programa de nivel federal que promueve el cambio de conductas y la adopción de hábitos saludables para los mexicanos, que impulsa sólo cinco acciones que se pueden realizar en compañía de la familia y amistades. Tiene como objetivo promover en la población la adopción de cinco hábitos fáciles de hacer para tener una vida más saludable.

Intervención: Los cinco pasos son: actívate (30 minutos diariamente), toma agua (de 6 a 8 vasos de agua simple), come frutas y verduras (5 raciones diariamente), mídete y comparte con tu familia los beneficios; este programa se basa en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, además está dirigido varios grupos etarios (adolescentes, adultos y adultos mayores).

Rumbo: Esa dirigido a todos los grupos etarios y a todos los contextos para mejorar las condiciones de salud, enfocado de manera importante a disminuir los problemas de obesidad en la población mexicana.

Metodología: Este programa utiliza música para mover la inquietud de la población realizando spots de radio y comerciales de televisión, difunde información en algunas delegaciones.

Promoción de la salud: Trabaja con recomendaciones para cambiar hábitos alimenticios dando pláticas y repartiendo trípticos en Instituciones de Salud.

c) Programa acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos

Objetivo: Es un programa de nivel distrito federal, dirigido a personas que carecen de seguridad social laboral tiene como objetivo garantizar el acceso a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal ante la misma necesidad, a la

población no-asegurada con residencia en el Distrito Federal, así como de los adultos mayores de 70 años, también residentes en el Distrito Federal.

Intervención: Las 27 unidades Hospitalarias y 1 Hospital de Especialidad, proporcionan y registran las atenciones otorgadas en un formato específico, que de manera mensual envían a la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad con la finalidad de identificar la productividad y dar cumplimiento a los indicadores establecidos en el programa.

Rumbo: Dar seguimiento a la captura de cédulas familiares por unidad hospitalaria; actualmente el avance es del 70 por ciento, debido a la modificación del programa de captura.

Metodología: Suprimir en las unidades hospitalarias en un 90 por ciento el subregistro de las atenciones otorgadas en hospitalización por los servicios de estudios de laboratorio y gabinete. Fortalecer la promoción del programa por el personal de trabajo social en el área de consulta externa y urgencias. Para lograr la prestación de servicios con calidad, la Secretaría debe garantizar el abasto de medicamentos e insumos médicos y promoverá una política de uso de medicamentos con criterios terapéuticos y de fármaco-economía, para lo cual se requiere la actualización de los cuadros institucionales de Medicamentos.

Promoción de la salud: Dentro de este programa se visita a los pacientes que necesiten medicamentos para abastecer sus recetas ya que esta dirigido a adultos mayores y discapacitados; con ello se pretende mejorar el servicio y mejorar la calidad de vida de la población.

d) Programa Muévete y métete en cintura

Objetivo: Es de nivel federal y nivel Distrito Federal y su objetivo es aportar soluciones al grave problema de obesidad, sedentarismo y diabetes que afecta a

la población. Este proyecto está enmarcado en el Plan General “Actívate para vivir mejor”, un programa de actividad física que fue presentado por el propio Presidente de México, Felipe Calderón.

Intervención: Según cifras obtenidas por diversos organismos sociales, un 40% de la población infantil de la capital mexicana padece problemas de obesidad y de sobrepeso. Por ello, el Secretario de Salud del gobierno de la Ciudad de México, firmó un convenio con el Instituto Nacional de Medicina Genómica para realizar investigaciones que determinaran el “mapa” genético de la obesidad y la diabetes de los habitantes del Distrito Federal y poder, así, diseñar medidas de prevención.

Rumbo: En la última Encuesta Mexicana de Salud y Nutrición 2006, las cifras fueron verdaderamente alarmantes: el 72% de las mujeres y 67% de los hombres mexicanos mayores de 30 años sufren algún grado de obesidad y, en general, 70% de los habitantes de México padece algún problema de sobrepeso. De ahí la preocupación y la urgencia de las autoridades.

Metodología: Su objetivo es que los ciudadanos realicen al menos 30 minutos diarios de deporte. El programa representa una cruzada nacional del Gobierno mexicano a favor de la salud de la población, tras el escaso éxito de la campaña contra la obesidad “Vamos por un millón de kilos”. El programa anterior es promovido por el IMSS y ISSSTE, a través de campañas, comerciales televisivos y spots de radio.

Promoción de la salud: Se construye a partir de un marco determinado por campañas en Instituciones públicas de salud que fomentan el ejercicio diario en diversos contextos sin importar la ocupación. Sugiriendo así realizar ejercicio en familia y fomentar buenos hábitos de alimentación.

e) Programa de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial

Objetivo: Pertenece a un programa de nivel federal y nivel Distrito Federal, tiene como objetivo identificar a hombre y mujeres de 20 años con diagnóstico temprano de hipertensión, dar tratamiento oportuno y retrasar la aparición de complicaciones y la aparición de algunas enfermedades correlacionadas, como lo es la enfermedad cerebro vascular.

Intervención: La población a la que se dirige es a personas mayores de 20 años que acuden a las unidades médicas del distrito federal. La campaña está encaminada a la prevención a partir de pláticas y medidas para evitar factores de riesgo que llevan a cabo en las unidades médicas.

Rumbo: Determinado por la ampliación del programa en las Instituciones de salud, a partir de cifras estadísticas que representen un riesgo para la comunidad; para dar seguimiento a los casos.

Metodología: Dentro de los centros de salud la colocación de información y pláticas donde se explica la razón de la enfermedad, el seguimiento y la prevención de la misma.

Promoción de la salud: Las pláticas representan un eje importante ya que la población debe estar informada; generando hábitos alimenticios y combatiendo el sedentarismo en las familias mexicanas.

f) Programa de prevención y control del VIH/SIDA

Objetivo: Es un programa de nivel federal, que tiene como objetivos efectuar la Vigilancia Epidemiológica de las personas detectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana además de proporcionar, difundir y vigilar la

aplicación de las normas oficiales mexicanas de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Intervención: Promover y realizar con instancias competentes mecanismos que faciliten la notificación de casos nuevos con el fin de definir la distribución, dinámica y factores determinantes; es decir, realizar un estudio estadístico detallado con información veraz y oportuna de la distribución de esta enfermedad en México.

Rumbo: Tener una base de datos que permita supervisar nuevos casos para erradicar la enfermedad a partir de medidas preventivas que adopte la población, presentando información en Instituciones de salud.

Metodología: La aplicación de encuestas y una vigilancia epidemiológica por personal capacitado para la realización de campañas para combatir esta enfermedad.

Promoción de la salud: Está determinada por campañas y difusión de información atractiva para la población, la colocación de periódicos murales y la información de métodos anticonceptivos.

El estudio del Sistema Nacional de Salud nos permite conocer la estructura y funcionamiento de las instituciones de salud en México, a partir de eso se puede conocer de manera directa los programas que existen a partir de las enfermedades de salud pública en nuestro país, lo que nos proporciona información relevante; como cuáles son las prácticas de salud que está adoptando la población y como dar solución de manera más oportuna a problemas de salud a partir de una intervención.

Para enfrentar el reto de resolver problemas de salud pública nos valemos del campo de la promoción de la salud en la vertiente que resalta una visión

multidisciplinaria, en la que el proceso inicia con el reconocimiento de prácticas de salud y de ahí se interviene de diversas formas para dar solución a estos problemas.

Como lo presenta Mora y Hersch (1990) en una parte de este capítulo, las prácticas de salud han ido cambiando a lo largo del tiempo, transformaciones que representan avances y ciertos comportamientos de las comunidades. Estas prácticas generan ciertas condiciones de salud- enfermedad que tienen que ser resueltas de manera oportuna y eficaz.

Actualmente en México estas prácticas se representan en políticas públicas, o bien programas de salud encaminados a mejorar y erradicar problemas de salud-enfermedad en la población. Es por ello, que este capítulo trata de enmarcar el camino que se ha ido recorriendo para el reconocimiento de prácticas de salud.

CAPITULO 2 MARCO CONCEPTUAL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

“Investigar es ver lo que todos han visto
y pensar lo que nadie ha pensado”
Albert Szent Gyrgi

Como lo menciona Oblitas (2006), la preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el hombre, pues son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia. En las primeras sociedades, la enfermedad se debía a que los demonios u otras fuerzas espirituales tomaban posesión y controlaban a la persona. La recuperación requería que los espíritus malignos fueran exorcizados del cuerpo afligido. Los griegos estuvieron entre los primeros en comprender la enfermedad como fenómeno natural.

Pero la necesidad de desarrollar actividades para el crecimiento y sobrevivencia de la especie humana llevó al hombre a ocuparse del entendimiento de este proceso que se relacionaba íntimamente con la vida. En la diversidad y transformación de estas representaciones se han creado corrientes teórico-metodológicas que explican a la salud- enfermedad desde diferentes posturas.

De la misma forma a través del tiempo han existido diferencias fundamentales respecto a las concepciones de promoción de la salud que han surgido, con respecto a la definición de las causas específicas de las enfermedades por un lado y por el otro los determinantes de la salud. La promoción de la salud toma diferentes abordajes en el mundo y sus gobiernos la incluyen dentro de sus políticas de salud (Oblitas, 2006).

Las Conferencias Internacionales representan la preocupación de los gobiernos por preservar la salud de la población; el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individualmente y colectivamente en su atención en salud, y las conferencias son importantes, porque representa objetivos dirigidos a mejorar las condiciones de vida que permitan un mejor desarrollo de

capacidades de los individuos. Las Conferencias Internacionales en promoción de la salud se han desarrollado desde 1986, hasta agosto del 2005 y durante ese período se crearon seis Conferencias Internacionales.

1. La Carta de Ottawa

La I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se realizó en Ottawa, Canadá en 1986 y existen cinco conferencias más: la II Conferencia Internacional y la Declaración de Adelaide 1988, la III Conferencia Internacional y la Declaración de Sundsväl 1991, la IV Conferencia Internacional y la Declaración de Yakarta 1997, la V Conferencia Global de Promoción de la Salud México 2000 y la VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Bangkok, Tailandia 2005 (Ver anexo 1), todas las anteriores son sumamente importantes pero le daremos una mayor importancia a la Carta de Ottawa porque es el parteaguas del concepto de promoción de la salud, ya que durante esta conferencia es cuando se generan los elementos que caracterizan a la promoción de la salud, y se reconocen todos los requisitos previos para la salud (vivienda, educación, alimentación, justicia social, equidad etc.).

Como lo presentan Czeresnia y Machado (2006) la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, contó con la participación de treinta y ocho países, principalmente del mundo industrializado; tuvo como principal resultado la Carta de Ottawa, que se convirtió desde entonces, en el punto de referencia básico y fundamental en el desarrollo de las ideas de la promoción de la salud en todo el mundo.

La Carta de Ottawa, discutió las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también se insistió en que se necesitan estrategias definidas, como la participación y las acciones políticas. Además puso de relieve el hecho de que la promoción de la salud va más allá de la asistencia sanitaria, pues subraya que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y en todos

los niveles de gobierno. Así a través de la promoción de salud las comunidades estarán en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorarla.

La carta de Ottawa plantea que:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana (Duncan, 2001: 2).

La carta de Ottawa propone cinco puntos nucleares para definir la promoción de la salud:

- 1.- La necesidad de construir estrategias públicas saludables sustentadas en el fomento y la coordinación de las políticas del sector público de modo que todas contribuyan al logro de la salud universal.
- 2.- La conformación de entornos saludables.
- 3.- La participación de la población y el apoyo a las acciones colectivas. Es fundamental dotar a los ciudadanos de habilidades personales para facilitar la participación.
- 4.- La capacitación de las personas para el cuidado de su salud y el fomento de la ayuda mutua.
- 5.- La necesidad de reorientar los servicios de salud hacia la comunidad.

Las tres estrategias fundamentales de la promoción de la salud según la carta de Ottawa son:

- 1.- La defensa de la salud: consiste en luchar para que los factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, de comportamiento y biológicos, sean cada vez más propicios para la salud.

2.- Capacitación: asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a todas las personas realizar por completo su potencial de salud.

3.- Mediación: los requisitos previos y expectativas para la salud no son asegurados exclusivamente por el sector, lo que demanda una acción coordinada entre todas las partes implicadas: gobierno, sector salud y otros sectores sociales y económicos.

La enfermedad no es el antónimo de la salud, sino parte de un proceso sistemático destructivo que convierte al ser humano en enfermo. La enfermedad es un proceso biológico tan antiguo como la vida porque es una característica de la vida misma. Desde el supuesto de que la salud y la enfermedad son conceptos en evolución, fruto de construcciones sociales y políticas (Ponte, 2006).

La Carta de Ottawa representa el inicio de una etapa dentro de la promoción de la salud oficial y un sustento metodológico dentro de las políticas públicas, por ello tenemos que examinar el campo de la salud en una doble dirección: como el marco de dos corrientes (dominante y alternativa).

2. Dos distintas formas de hacer promoción de la salud

Como menciona Guzmán *et al.* (2011), actualmente encontramos diferentes clasificaciones de la promoción de la salud y se dividen en dos grandes corrientes que caminan en direcciones opuestas.

Una de ellas es la corriente dominante, y agrupa a casi todas las prácticas de promoción de la salud que están sustentadas en el llamado Modelo Médico Hegemónico (MMH). La otra corriente, agrupa prácticas muy diferentes entre sí que tienen como elemento común la voluntad de reconocerse como alternativas

al modelo hegemónico, y los autores mencionan que ocupa un lugar marginal en el campo de la salud, y es una corriente que se encuentra en construcción.

2.1 La corriente dominante de la promoción de la salud

Para entender a la corriente hegemónica conocida también como corriente dominante de la promoción de la salud, es indispensable estudiar su sustento y origen. El término Modelo Médico Hegemónico denomina:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1990).

Como menciona Menéndez (1990) el MMH es el esquema teórico que se acepta y se reconoce como legítimo por la mayoría de las personas para explicar y dar sustento a los estudios y prácticas en el campo de la salud, desde la práctica médica curativa hasta la promoción de la salud.

El MMH se caracteriza por brindar una gama de definiciones con las que se construye una explicación para entender la salud de cierta manera. Esta forma de entender la salud define lo que se produce ideológicamente en el campo de la salud. Las nociones del MMH se reproducen tanto en la visión y en las prácticas de la mayoría de los profesionales de la salud, como en la población.

Las ideas se asumen como si fueran normales o, más bien específicamente, como si fueran naturales verdades absolutas e incuestionables; y son aceptadas como tales por la mayoría de la población. Esto es lo que les da su carácter hegemónico (Menéndez, 1990).

Según Menéndez (1990), el MMH no es la única forma de atención a la enfermedad en las sociedades capitalistas. Sin embargo, la fuerza de este conjunto de supuestos discrimina y subordina otras formas de entender la

enfermedad, y hace lo propio en el campo de la promoción de la salud al dejar fuera otras maneras de entender la salud y su promoción.

Esta corriente dominante tiene a la promoción de salud bajo un esquema de acciones con enfoque preventivo e individualista, que se han convertido en acciones que se mezclan o reemplazan con educación para la salud⁶. El objetivo principal de la educación para la salud es la prevención de la enfermedad orientada fundamentalmente a factores protectores, teniendo como campo de aplicación lo individual y se centra más directamente a la acción del personal de salud.

En tanto, la promoción de la salud dentro de esta corriente (MMH) - según Guzmán (2011)- sólo funciona en el ámbito preventivo reconociendo la importancia en la enfermedad y no en la salud. Toma como pieza importante indicadores cuantitativos, enfocándolos a estadísticas que reflejan problemas de salud.

Para Oblitas (2006), la filosofía inherente al modelo médico, implica un reduccionismo (todos los fenómenos biológicos son reducibles a procesos bioquímicos básicos) y el mantenimiento del dualismo mente-cuerpo, por lo que el cuerpo y la mente son dos entidades separadas. Actualmente en el campo de la salud se está debatiendo cual es el modelo que deberían usar los investigadores y los clínicos. Algunos investigadores han mostrado su insatisfacción con el modelo médico tradicional y han cuestionado su idoneidad. Esa insatisfacción no es un motivo suficiente para provocar un cambio, es necesaria la disponibilidad de un modelo alternativo, que debe reunir la fuerza de dominio del modelo antiguo más la capacidad de resolver los problemas en los que ha fracasado el modelo tradicional.

⁶ La OMS la define como “ el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella” (Vega y García, 1976:89).

2.2 La corriente alternativa de la promoción de la salud

Oblitas (2006), argumenta que para entender el cambio en el campo de la salud debemos observar varios factores que han ido sucediendo a lo largo del siglo XX, estos factores dan entrada a la corriente alternativa.

En primer lugar, la salud ya no se conceptualiza como la ausencia de enfermedad sino que se entiende como un estado positivo de bienestar. Desde el modelo médico se entendía a la salud como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales (accidentes, infecciones). Una conceptualización positiva, lleva a abordar la misma como un concepto multidimensional. Un segundo factor que lleva al cuestionamiento del quehacer en el campo de la salud, ha sido el elevado costo de los cuidados de la salud, derivados del cuidado médico y en tercer lugar, el modelo médico ha significado un importante progreso, pero se cuestiona la limitación al concepto de salud ya que éste se explica en términos de parámetros físicos y biológicos.

Los puntos anteriores son factores que desencadenan cuestionamientos e inquietudes respecto a los enfoques y características del campo de la salud; es ahí donde la corriente alternativa comienza a entretener todos los elementos que le hacen falta al abordaje biológico para crear un enfoque distinto del quehacer de la salud.

Como lo describe Guzmán *et al.* (2011), en oposición a la corriente dominante de la promoción de la salud existe un conjunto de propuestas que cuestionan y critican las prácticas hegemónicas y, en consecuencia proponen otras alternativas que pretenden superar en mayor o menor grado los supuestos del MMH.

Las prácticas alternativas de la promoción de la salud son diversas y no comparten marcos explicatorios comunes. Estos pueden ser derivados de

muchos ámbitos, tales como la medicina tradicional indígena y la medicina oriental, o bien de planteamientos teóricos originados en corrientes de pensamiento que provienen de las ciencias sociales. Por otro lado algunas de las prácticas han surgido directamente de la necesidad de grupos populares organizados por generar estrategias diferentes de atención a sus problemas de enfermedad, sea por la mala calidad o por la ausencia de los servicios proporcionados por el Estado.

En las propuestas alternativas podemos distinguir, por un lado a aquellas prácticas tradicionales de atención a la salud que han estado presentes desde antes del surgimiento del MMH, y que se resisten aunque se vean gradualmente influidas por él y, por el otro lado, a las prácticas alternativas que han sido creadas recientemente como una forma de resistencia y oposición a la corriente dominante.

Para Foucault (1996) la salud es un proceso que incluye aspectos históricos y el desarrollo de la sociedad y solo así es como se explica la salud, porque no se pueden separar los aspectos sociales de la concepción biológica ya que somos seres integrales y complejos por lo tanto, seres sociales. Para poder entender esta concepción debemos saber que para Foucault el problema no reside en la antimedicina, que es la explicación únicamente biológica de la salud sino que el problema radica en el desarrollo del sistema médico porque este no toma en cuenta la clase social, el recurso económico, la educación y el acceso a servicios de salud. Por lo tanto, esta concepción esta dentro de la corriente alternativa porque toma en cuenta aspectos de la vida de forma integral y no sólo biológica donde lo importante es mirar a todo nuestro alrededor.

La corriente alternativa, es una propuesta en construcción en la que la salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. En esta corriente la salud es tratada como un recurso social y personal donde la salud es mirada de manera integral. Por consiguiente, dado que la

propuesta conceptual de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud, en la corriente alternativa, no concierne exclusivamente al sector sanitario. Uno de los objetivos de esta corriente es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud y dentro de esta corriente alternativa la propuesta conceptual de salud es:

"...la capacidad del sujeto individual o colectivo de mirar al pasado para gobernar el presente, para la construcción de futuros viables" (Chapela, 2001:21).

Dentro de esta corriente alternativa se considera al ser humano como un ser con dos dimensiones: una dimensión biológica constituida por un cuerpo con características anatómicas que permiten determinadas capacidades y una dimensión simbólica constituida por todos aquellos símbolos escritos en el cuerpo producto de las experiencias del ser humano con su medio. Ambas dimensiones definen lo humano y son interdependientes, ya que la dimensión simbólica no es posible sin un cerebro apto (como parte del cuerpo) y un cuerpo sin símbolos no puede tener conciencia de sí y por lo tanto existencia (Chapela, 2003).

En esta perspectiva el proceso salud-enfermedad, no se basa en la necesidad del individuo sino en las necesidades que tiene la sociedad en su conjunto, se mira al colectivo como sujetos que trascienden y tienen capacidades para tomar sus propias decisiones respecto a su salud y a la capacidad integral de los sujetos.

Siguiendo la lógica que describe Chapela (2001), encontramos que existen otras categorías dentro de la corriente alternativa, la promoción de la salud empoderante y la promoción de la salud emancipatoria. La promoción de la salud empoderante aplica el sentido de la Carta de Ottawa y en la práctica toma elementos de la pedagogía de Paulo Freire (1972), utiliza concepciones de salud hegemónica pero dentro de discursos críticos y considera a la persona como un usuario.

Mientras que la promoción de la salud emancipatoria considera a la persona como sujeto ético, busca que el sujeto se apropie de su poder, decida y tome sus propias decisiones y que este ejercicio se exprese como inscripciones en su cuerpo para mostrar cambios favorables al desarrollo de su salud (Chapela, 2001). Dentro de la promoción emancipatoria encontramos la categoría de intervención como una forma de trabajar con los individuos, que permite provocar un cambio en sus vidas a partir del poder.

3. La promoción de la salud y la intervención

La corriente emancipatoria está fundamentada en una manera distinta de entender y transformar los problemas de salud. El elemento práctico central bajo esta corriente es la intervención en las relaciones pedagógicas con la finalidad de mejorar o generar las condiciones para el desarrollo de las capacidades humanas (Chapela, 2001).

Cualquier acción en Promoción de la Salud requiere del entendimiento de los distintos sujetos que interactúan en las relaciones pedagógicas. Estos sujetos son sujetos sociales, pues los sujetos sólo son posibles en sus procesos de socialización y en sus formas construir las relaciones sociales. Los profesionales de la salud requieren entonces del entendimiento de los procesos de socialización y de la sociedad misma de la que forman parte como profesionales y como personas que viven día a día en sociedad (Chapela, 2004).

Ardoino (1981), explica que la intervención es el acto de un tercero que sobrevive en relación con un estado existente. La intervención puede ser vivida como intrusión o como interacción o como dispositivo que abre la participación.

Intervenir (del latín *interventio*) es venir entre, interponerse. En el lenguaje corriente, la intervención es sinónimo de mediación, de intercesión, de buenos oficios, de ayuda, de apoyo, de

cooperación; pero también, al mismo tiempo o en otros contextos, es sinónimo de intromisión, de injerencia, de intrusión en las que la intención violenta, o cuando menos correctiva, se puede convertir en mecanismo regulador, pueden asociar la coerción y la represión para el mantenimiento o el restablecimiento del orden establecido (Ardoino, 1981: 13).

Para Moreno (2011), la intervención es encontrada en una enorme gama de campos y ámbitos del quehacer humano, en donde la intervención se mueve dependiendo de la práctica y el enfoque que se le dé; por lo que, la intervención es un concepto flexible que se adapta a diversas circunstancias y acciones para crear significados diferentes. Según Salazar (2002) el marco de racionalidad en el que se constituye cada disciplina permite generar formaciones profesionales en las que la intervención adquiere características distintivas.

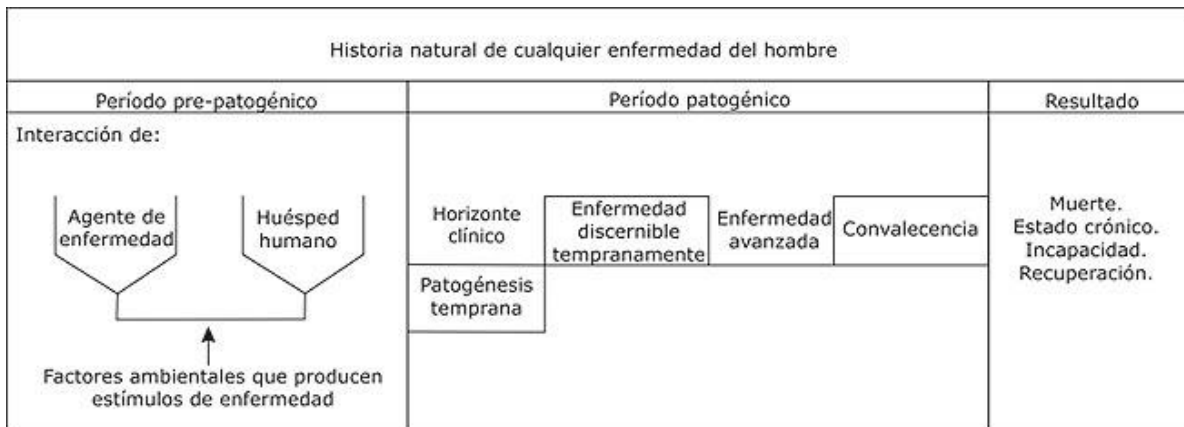
En el campo de la salud las diferentes prácticas de intervención están íntimamente ligadas a la forma en que se concibe al proceso salud-enfermedad, el momento histórico, el contexto social y la institución en donde la práctica de intervención se lleve a cabo.

La Historia Natural de la Enfermedad explica el curso que toman las medidas de prevención que responden a las dinámicas de las enfermedades infecto-contagiosas (Vega y García 1976) y dentro de este término encontramos la intervención preventiva.

La Historia Natural de la Enfermedad muestra el desarrollo de una enfermedad en dos periodos:

- Periodo Pre –patogénico: En esta fase se inicia la enfermedad, pero el ser vivo no presenta manifestaciones clínicas, ni cambios celulares, tisulares u orgánicos. Está conformado por las condiciones del huésped, el agente y el medio ambiente.

- **Periodo Patogénico:** Es la etapa en la que hay cambios celulares, tisulares u orgánicos, pero el paciente aún no percibe síntomas o signos de enfermedad, es una fase sub-clínica. En las enfermedades transmisibles se habla de período de incubación, ya que los microorganismos se están multiplicando y produciendo toxinas, es de rápida evolución, puede durar horas o días.



Fuente: Diagrama que representa la historia natural de las enfermedades en el hombre Leavell y Clark 1969 (citado en Vega y García 1976).

Por ejemplo dentro de una institución de salud las intervenciones preventivas incluyen un conjunto muy amplio y diverso de actuaciones en las que es difícil encontrar unos métodos y estrategias comunes, y por este motivo es útil disponer de un marco teórico para ordenar las ideas relevantes (López, 2003).

De acuerdo con López y Chacón (2003) la clasificación de intervenciones preventivas más citada y conocida es la presentada por Caplan en 1964 en contexto de la psiquiatría preventiva, en la que distingue entre prevención primaria, secundaria y terciaria. A decir del mismo autor en este contexto la intervención está encaminada a partir de la prevención y de modelos específicos a través del método y del área científica. Como en el caso de la promoción de la salud también la práctica de intervención tiene diferentes abordajes.

El concepto de intervención está encaminado a la disciplina de la que se hable de manera directa (López, 2003); como sucede con las dos corrientes de la promoción de la salud. La intervención preventiva esta encaminada a resolver problemas dentro del campo de las ciencias biológicas y la intervención alternativa está ubicada dentro de las ciencias sociales, sin embargo no se encuentran separadas porque convergen en la finalidad de resolver problemas de salud.

Las vertientes que rodean el campo de lo social, cuando se desarrolla alguna práctica por parte de un profesional, sean de investigación o sea de interacciones con colectivos, encaminadas a producir un cierto impacto sobre ellas, suelen afirmar que desarrollan alguna forma de intervención donde se produce un cambio en beneficio del colectivo (Salazar, 2002). Se interviene porque se aspira a transformar lo dado por el grupo, es decir, se trabaja con lo que el grupo construye y de esta forma se respeta el valor de la autonomía (Miranda 2011).

Baz (1996), describe que la cuestión de la intervención en relación al colectivo abre una variedad de preguntas que excede con creces la descripción de sus condiciones técnicas y de las estrategias posibles de aplicación, de similar manera que toda noción de lo grupal

“(…) supera la simple idea de agrupamientos que responden a criterios cuantitativos o de índole práctica. La visibilidad de los procesos que están en juego demanda un posicionamiento crítico en cuanto al problema de la acción psicosocial, los saberes que la fundamentan y las finalidades a las que apunta” (Baz, 1996:23)

La intervención en grupos exige al profesional ver al otro de manera completa tomando en cuenta su historia, su sentido amplio de reconocimiento como ser social, sus vínculos y las instituciones que regulan el intercambio social. Al participante le demanda el abrirse a un espacio de experiencia que así como le

brinda atención también le impone una responsabilidad. Las formas grupales de intervención se desenvuelven en este contrasentido de sostén e incertidumbre, de resistencias y deseo, de aperturas y de encierros (Freire, 1974 citado en Baz, 1996).

El trabajo con grupos es “la práctica sostenida por la noción de una subjetividad colectiva⁷ que puede construir formas enriquecedoras de mirar y asumir los procesos en que está implicada” (Baz, 1996:23). El trabajo con grupos es, sin duda, un trabajo muy enriquecedor donde se disfruta cada paso, cada momento y donde se reflejan capacidades y cualidades; donde se involucra una responsabilidad y un respeto inminente por los otros.

El proceso de aprendizaje que nos permite el trabajo con grupos, no es cuestión de aprender una técnica o una serie de técnicas, implica más bien un movimiento subjetivo en donde uno experimenta una revisión detallada sobre su postura frente al conocimiento que involucra niveles teóricos y empíricos. Por tanto, es impensable utilizar el trabajo con grupos como técnica sin poner en juego las concepciones teóricas (Baz, 1986).

El punto inicial de la práctica de intervención puede formularse como la capacidad de observar procesos grupales y aprender a mirar al grupo; como menciona Castoriadis “El sujeto no está de regreso, porque nunca se había ido. Siempre ha estado aquí, ciertamente no como sustancia, sino como cuestión y como proyecto” (Castoriadis, C. 1998 citado en Anzaldúa, R. 2008). Por lo tanto el sujeto o los sujetos que conforman el grupo deben mirarse con sensibilidad, no como objetos sino, como seres capaces de aportar, de pensar, de desear y de entender su realidad.

⁷ La subjetividad colectiva son todas las significaciones que son instituidas y construidas por la misma sociedad, donde los integrantes de la misma llegan a ciertas convicciones para que éstas sean valoradas e interpretadas por el mundo y la cultura a la que pertenezca cada persona (Nava, 2009:6).

Durante este proceso surge sin duda la intersubjetividad “conjunto organísmico que se mantiene por las relaciones horizontales, dentro del cual se da el encuentro de una pluralidad de iguales” (Lenkersdot, 2002:13); es decir, la relación entre sujetos que no son iguales pero donde los saberes si pueden estar en el plano de igualdad. Es ahí donde se establecen las relaciones, donde se conectan los saberes de los sujetos y es lo que permite establecer una relación con el otro.

Para Pichon-Rivière (citado en Baz, 1996), la modalidad de intervención se puede definir como “un proceso dialéctico de esclarecimiento”; que se produce por las devoluciones que apuntan a que el grupo vaya aprendiendo a ver su propio proceso, aprenda a escucharse. Esto quiere decir que siempre y exclusivamente se intervendrá a partir del material que el grupo produzca.

Después de haber mostrado una serie de formas, modelos y concepciones acerca de la intervención es importante rescatar un concepto de intervención que permita definir y defender este trabajo de manera articulada con la promoción de la salud.

En ese sentido, este trabajo rescata la intervención con grupos desde la perspectiva de una psicología social que trabaja a partir de lo que el grupo va produciendo sin imponer ideas ni concepciones de salud; se trabaja de una forma diferente ya que el propio grupo demanda lo que necesita, bajo el principio de que el grupo es capaz de la autorregulación, la reflexión y la toma de decisiones por sí mismo.

No con esto quiero decir, que las demás concepciones de intervención sean incorrectas o insuficientes, simplemente la intervención con grupos me permite en este caso mirar lo que ya está, siendo esta intervención una herramienta fundamental para mejorar condiciones de vida de la población y generar estrategias para disminuir problemas de salud.

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA

1. Planteamiento del problema

La organización y reunión entre personas representa un factor indispensable en todos los aspectos de la vida. Por ello, es importante resaltar, que el conocimiento y la práctica con comunidades forman parte esencial del promotor de la salud, tanto en su campo teórico como en su campo laboral donde se vivencia la participación y los intereses en común.

Las intervenciones en educación y promoción de la salud adoptan distintas modalidades, dependiendo si ellas corresponden a políticas, planes, programas de salud y proyectos específicos (Arrollo, 2004:178).

López y Chacón (2003) mencionan que:

“Las intervenciones preventivas incluyen un conjunto muy amplio y diverso de actuaciones en las que es difícil encontrar unos métodos y estrategias comunes, y por este motivo es útil disponer de un marco teórico para ordenar este ámbito de actuación” (López, 2003: 113).

Una buena parte de la confusión entre promoción y prevención proviene del gran énfasis en modificaciones de comportamiento individual y de la base, casi exclusiva, en factores de riesgo para determinadas enfermedades. Esta convergencia sobre el individuo y su comportamiento tiene su origen en la tradición de intervención clínica y en el paradigma biomédico (Czeresnia y Machado, 2006), donde se responsabiliza al individuo de sus acciones respecto a su estado de salud.

Dentro de la corriente dominante existe el llamado paradigma médico que se basa en la explicación sólo biológica de la salud, donde la prevención es un núcleo importante para mantener la salud. Cada individuo se hace cargo de sus prácticas de salud y por lo tanto de sus consecuencias.

Para poder fundamentar que una intervención es propia de una corriente dominante, es importante conocer las características de una intervención preventiva. Stachtchenko y Jenicek 1990 (citado en Czeresnia y Machado, 2006) describen las características de una intervención preventiva a partir de las siguientes categorías.

1. Concepto de salud: Ausencia de enfermedad
2. Modelo de intervención: Médico
3. Objetivo: Se enfocan principalmente en individuos y grupos de personas
4. Incumbencia: Patología específica
5. Estrategias: Generalmente única
6. Abordajes: Direccionado y persuasivo
7. Direccionamiento de las medidas: Impuestas a grupos – objetivo
8. Ejecutores de los programas: Profesionales de la salud

Chapela (2001) menciona “las intervenciones de promoción de la salud no pretende informar a los individuos, sino, como sostiene Krumeich (2001), devolver poder a las culturas” (Chapela, 2001:22), por lo tanto, señala que la intervención va más allá de la prevención, que más bien va encaminada a establecer acciones sociales y se ubica dentro de la corriente alternativa.

Para sostener esta concepción también es importante conocer las características de una intervención alternativa Stachtchenko y Jenicek 1990 (citado en Czeresnia y Machado, 2006) describen las características a partir de ciertas categorías.

1. Concepto de salud: Positivo y multidimensional
2. Modelo de intervención: Participativo
3. Objetivo: Cambios en la situación de los individuos y de su ambiente
4. Incumbencia: Red de asuntos de salud
5. Estrategias: Diversas y complementarias

6. Abordajes: Facilitación y capacitación
7. Direccionamiento de las medidas: Ofrecidas a la población
8. Ejecutores de los programas: Organizaciones, movimientos sociales

Es decir, se establecen dos polos contrarios en donde uno señala que la intervención sólo está encaminada a brindar atención a partir de factores de riesgo y el polo contrario dice no, la intervención es realizar acciones en el campo de lo social en relación con el vínculo con el otro a través de la reflexión y la escucha, donde la práctica profesional establece un diálogo, una relación pedagógica donde el profesional y el sujeto mantienen un mismo margen de poder y de decisión, donde lo importante es realizar cambios profundos y significativos. Es por ello que se establece la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los rasgos predominantes de las prácticas de intervención en las Instituciones públicas de salud que reportan trabajo con grupos en la Delegación Iztapalapa? Y el supuesto del cual se partió fue que las prácticas de promoción de la salud realizadas en grupo tendrían a propiciar acciones en el campo de lo social como lo plantea la concepción de intervención alternativa que señala Czeresnia y Machado, 2006.

1.1 Objetivo

- Analizar las características predominantes de las prácticas de intervención en grupos para la promoción de la salud en la Delegación Iztapalapa.

2. Metodología Cualitativa

Como lo presenta Taylor y Bogdan (2002) la investigación cualitativa o metodología cualitativa es un método de investigación usado principalmente en las ciencias sociales que se basa en cortes metodológicos basados en principios teóricos tales como la fenomenología, hermenéutica, la interacción social empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos, con el

propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los correspondientes.

La investigación cualitativa requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan. A diferencia de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento. En otras palabras, investiga el por qué y el cómo se tomó una decisión, en contraste con la investigación cuantitativa la cual busca responder preguntas tales como cuál, dónde, cuándo.

La investigación cualitativa se basa en la toma de muestras pequeñas, esto es la observación de grupos de población reducidos. La metodología cualitativa

“Es aquélla que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 2002: 20) y sus características son las siguientes:

- Es inductiva porque los investigadores siguen un diseño de investigación flexible.
- Ve al escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.
- Sensibles a los efectos que los propios investigadores cualitativos causan sobre las personas que son objeto de estudio.
- Tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
- Suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
- Todas las perspectivas son valiosas.
- Los métodos cualitativos son humanistas.
- Los métodos cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación.

- Todos los escenarios y personas son dignos de estudio.
- La investigación cualitativa es un arte.

Blasco (2001) menciona que la metodología cualitativa está tomando cada vez más relevancia entre las investigaciones llevadas a cabo en el ámbito de la salud. Esto es debido a la necesidad que surge de incorporar en la investigación de salud estrategias metodológicas que permitan estudiar la complejidad de los fenómenos de salud y enfermedad.

2.1 La entrevista

Como lo describe Blasco (2001) el origen de la entrevista puede rastrearse en los terrenos de la antropología, la sociología, la psicología y el periodismo. Sin embargo, es a partir del siglo XIX y principios del XX cuando se emplea conscientemente en la investigación social.

En sociología y en otras disciplinas afines, la entrevista es una técnica de investigación bien establecida. Las entrevistas no son meras conversaciones cotidianas, aunque se aproximan a ellas. Se trata de conversaciones profesionales, con un propósito y un diseño orientados a la investigación social, que exige del entrevistador gran preparación, habilidad y capacidad analítica.

Resulta complejo presentar un único concepto de entrevista, ya que, tanto su conceptualización, como la práctica de la entrevista van a estar determinadas por las diferentes perspectivas y posturas que se adopten respecto de la investigación cualitativa. En este sentido, y desde la perspectiva fenomenológica defendida por autores como Taylor y Bogdan (2002), la entrevista debe entenderse como:

“Los reiterados encuentros, cara a cara, entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas o situaciones” (Taylor, 2002:45).

Tipos de entrevista

La entrevista es un acto de comunicación oral que se establece entre dos o más personas con el fin de obtener una información o una opinión, o bien para conocer la personalidad de alguien. En este tipo de comunicación oral debemos tener en cuenta que, no todas las entrevistas son iguales, esto depende de la circunstancia y de los fines de cada investigación

a) Entrevistas estructuradas

Consiste en proporcionar cuestionarios estructurados, en los cuales las preguntas están predeterminadas tanto en su secuencia como en su formulación. Es decir, el entrevistador formula -en la mayoría de los casos- un número fijo de preguntas de forma estándar y en el mismo orden. Las respuestas también están prefijadas de antemano.

b) Entrevista semiestructurada

Es aquella en la que, como su propio nombre lo indica, el entrevistador despliega una estrategia mixta, intercalando preguntas estructuradas con preguntas espontáneas. Esta forma es más completa ya que, mientras que la parte preparada permite comparar entre los diferentes puntos de vista, la parte libre permite profundizar en las características específicas. Por ello, permite una mayor libertad y flexibilidad en la obtención de información.

c) Entrevistas en profundidad

También denominada por algunos autores como entrevista abierta. Generalmente suelen cubrir solamente uno o dos temas pero en mayor profundidad. El resto de las preguntas que el investigador realiza, van emergiendo de las respuestas del entrevistado y se centran fundamentalmente en la aclaración de los detalles con la finalidad de profundizar en el tema objeto de estudio. Aunque es la que más se caracteriza por la carencia de estructura – salvo la que el sujeto le de- y por la no-dirección, no hay que olvidar que las

entrevistas deben desarrollarse bajo la dirección y el control sutil del investigador.

2.2 La entrevista semiestructurada

Dentro de esta investigación se utilizará metodología cualitativa y la técnica de la entrevista semiestructurada ya que es especialmente útil porque nos interesa recoger la visión subjetiva de los encargados del área de promoción de la salud en las diferentes instituciones de salud para conocer los diversos puntos de vista y con ello caracterizar las prácticas de intervención. La entrevista semiestructurada nos permite manejar mejor la situación dependiendo del fluir de la entrevista, cambiando de orden algunas preguntas e incluyendo otras.

En la entrevista semiestructurada las preguntas están definidas previamente en un guión de entrevista pero la secuencia, así como su formulación puede variar en función de cada sujeto entrevistado. Es decir, el investigador realiza una serie de preguntas (generalmente abiertas al principio de la entrevista) que definen el área a investigar, pero tiene libertad para profundizar en alguna idea que pueda ser relevante, realizando nuevas preguntas.

Hernández y Fernández (2008) describen que la entrevista semiestructurada dentro de la metodología cualitativa es íntima, flexible y abierta que se define como una reunión para intercambiar información, que se basa en una guía de preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. Cada entrevista es una experiencia de diálogo única, que permite enriquecer una investigación.

Para la realización de la entrevista semiestructurada en esta investigación (anexo 2), se realizó un cuadro para identificar las categorías bajo las cuales se

marcaría el curso de las preguntas; estas categorías⁸ están dadas a partir de dos miradas dentro de la salud, una mirada basada en la prevención y otra mirada dentro de la visión alternativa que tiene como propósito la gestión de la autonomía, cada una contiene una concepción distinta de la salud como se presenta en el capítulo 2 de este trabajo. El cuadro es el siguiente:

CATEGORÍA	PREVENCIÓN	ALTERNATIVA	PREGUNTA(S)
CONCEPTO DE SALUD	Ausencia de enfermedad	Positivo y multidimensional	¿Qué es la salud para usted? ¿Qué variables pueden influir, positivamente o negativamente, en la salud? ¿Cómo valora su salud? ¿Qué hace usted para atender su salud?
PERSPECTIVA DE INTERVENCIÓN	MMH (relación médico - paciente)	Corriente alternativa (participativo)	¿Qué tipo de trabajo realiza? ¿Qué problemas de salud atiende? ¿De qué forma realiza su trabajo? ¿Cómo se relaciona con las personas que atiende? Cuándo una persona le platica sobre sus problemas personales ¿qué hace usted?
POBLACIÓN QUE ATIENDE	Principalmente grupos de alto riesgo	Toda la población en su ambiente total	¿Con qué tipo de población trabaja? ¿En dónde trabaja? ¿Trabaja sólo con personas con enfermedades de alto riesgo? ¿Cómo son las personas con las que trabaja?
ESTRATEGIAS UTILIZADAS	Generalmente única	Diversas y complementarias	¿Qué tipos de materiales utiliza para realizar su trabajo? ¿Cómo selecciona los contenidos a trabajar con los usuarios de los servicios de salud? ¿Qué estrategias utiliza en su trabajo? ¿Cómo hace partícipes a las personas con su trabajo? ¿Qué productos resultan de su trabajo?

⁸ Tomadas de Stachtchenko y Jenicek 1990 (citado en Czeresnia y Machado, 2006)

CATEGORÍA	PREVENCIÓN	ALTERNATIVA	PREGUNTA(S)
ABORDAJE	Direccionado y persuasivo	Facilitación y capacitación	¿Qué tipo de ejemplos pone cuando da la información? ¿A la población que atiende le da instrucciones o le da orientación? (pedir un ejemplo) ¿Qué hace usted cuando los usuarios de los servicios de salud no siguen sus instrucciones?
DIRECCIONAMIENTO DE LAS MEDIDAS	Impuestas a la población	Ofrecidas a la población	¿De qué forma proporciona las instrucciones u orientaciones? ¿Cómo acerca a la población para asistir a un taller o plática? ¿Cómo motiva a la población para que se preocupe por su salud? ¿Recurre a la familia como factor de atención complementaria para el paciente?
OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS	Responsabilizar a los individuos de sus acciones	Cambios en la situación de los individuos y de su ambiente	¿Es el paciente el único responsable de atender y cuidar su salud? ¿Cómo ayuda usted a la población que atiende a mejorar sus condiciones para favorecer su salud? ¿Qué tipo de cambios busca en la población que atiende? Describa cómo es el mejor "paciente" que ha tenido Describa cómo es el peor "paciente" que ha tenido

3. La muestra

Como lo presenta Flick (2004), la muestra es un subconjunto de casos o individuos de una población estadística, que se obtienen con la intención de inferir propiedades de la totalidad de la población, para lo cual debe ser representativa de la misma. Para cumplir esta característica, la inclusión de sujetos en la muestra debe seguir una estrategia de muestreo.

En esta investigación se partió de una población de Instituciones de Salud en Iztapalapa de siete Hospitales, seis Unidades de Medicina Familiar y veintidós Centros de Salud. La técnica de muestreo que nos fue útil para esta investigación es la muestra de casos-tipo que se utiliza en investigaciones de tipo cualitativo, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización (Hernández, 2008).

El muestreo por casos-tipo nos permitió seleccionar a la muestra a partir de la atención que brindan las instituciones de salud en Iztapalapa, seleccionando sólo aquellas que brindan atención en grupo por ser ésta la característica central de la concepción de intervención en esta investigación.

4. El procedimiento

- Para obtener la información

En un primer momento se identificaron todas las Instituciones de salud en Iztapalapa. Encontrando tres Hospitales de la SS.DF., dos hospitales del IMSS y dos hospitales ISSSTE; tres unidades de Medicina Familiar del IMSS, dos Clínicas de Medicina Familiar del ISSSTE y una Clínica del SS.DF. y por último veintidós Centros de Salud (Ver anexo 3).

Después se seleccionaron sólo aquellas que realizan trabajo con grupo, este proceso se determinó a partir de una visita de campo en cada una de las instituciones de salud en Iztapalapa observando las estrategias utilizadas y el tipo de atención que prestan a la comunidad (Ver anexo 4).

Identificadas las instituciones de salud que realizan trabajo con grupo, se pidió a la coordinación del plantel San Lorenzo Tezonco de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México una carta institucional que nos permitiera el acceso a las instituciones y así se llevaron a cabo las entrevistas semiestructuradas con el personal que labora en las instituciones de salud.

El siguiente cuadro muestra las instituciones de salud en las cuales se les realizó la entrevista semiestructurada, así como en cuales hubo personas que accedieron y en cuales no a dicha entrevista. Se tomo solo una persona por Institución de salud y se realizaron en total ocho entrevistas semiestructuradas.

INSTITUCIÓN DE SALUD	SUJETO	PROGRAMAS EN LOS QUE PARTICIPA
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez.	Sujeto A Enfermera	Programa de salud escolar
Hospital General Iztapalapa	Sujeto D Psicóloga Clínica	Programa acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos
Unidad de Medicina Familiar Núm. 31	No accedió a entrevista	No accedió a entrevista
Unidad de Medicina Familiar Núm. 43	No accedió a entrevista	No accedió a entrevista
Clínica de Medicina Familiar Iztapalapa	Sujeto B Médico	Programa 5 pasos por tu salud
Centro de Salud T-III Dr. Guillermo Román Carrillo	Sujeto C Trabajadora social	Programa de prevención y control del VIH SIDA
Centro de Salud T-II Santa María Aztlahuacán	Sujeto E Enfermera	Programa muévete y métete en cintura
Centro de Salud T-II Buenavista	Sujeto F Trabajadora social	Programa de salud escolar
Centro de Salud T-I Peñas	Sujeto G Enfermera	Programa de prevención y control de la hipertensión arterial
Centro de Salud T-I Apatlaco	Sujeto H Trabajadora social	Programa de prevención y control del VIH SIDA

- Para analizar la información

Rodríguez y Gil (1999) describen que el proceso de análisis de datos constituye la tarea más fascinante dentro de la investigación, los datos recogidos en campo son un fragmento que utilizará el investigador para mostrar evidencias que dan cuenta de la realidad estudiada. El análisis de datos constituye una de las actividades más complejas y requiere cierto esfuerzo por parte del investigador.

El dato encierra un contenido informativo, soporta una información acerca de la realidad externa o interna a los sujetos estudiados que será utilizada con propósitos indagativos (Rodríguez, 1999: 198).

El reunir los datos no es suficiente para alcanzar las conclusiones en la investigación, los datos son sólo un material en bruto, a partir del cual se debe estructurar y organizar para permitir la salida de los datos más relevantes.

Dentro del proceso general de análisis encontramos que la reducción de datos, transformación de datos y verificación de conclusiones son tareas que no definen un proceso lineal de análisis sino que a veces puede darse de manera simultánea. El análisis de los datos recopilados en esta investigación se realizó por reducción de datos, esto para facilitar el manejo de la información generada a partir de las entrevistas semiestructuradas.

- Reducción de datos

Se recoge abundante información acerca de la realidad sobre la que se centra la investigación pero la primera tarea es la simplificación, la selección de la información para hacerla abarcable y manejable. Es decir, codificar y categorizar la información para identificar los elementos enriquecedores para la investigación, la separación de unidades puede darse bajo ciertos criterios (Rodríguez, 1999). Para la reducción de datos en esta investigación, se realizó un cuadro que manejara todas las categorías; esto para tener concentrada la

información de manera más ordenada y que permitiera una mejor facilidad para manejarla (Ver anexo 5).

La codificación de la información es la operación concreta por la que se asigna una letra a cada sujeto para mantener la información en un margen de confidencialidad que permita exponer la información para los fines de investigación necesarios. Las categorías pueden ser definidas a medida que se examinan los datos, es decir siguiendo un proceso en donde la información muestra todas sus relevancias.

Según Rodríguez y Gil (1999) la identificación y clasificación de elementos están estrechamente unidos a la síntesis, cuando categorizamos estamos ubicando diferentes unidades en un mismo concepto teórico. Esto permite reducir un número determinado de unidades a un solo concepto que las representa.

Uno de los procedimientos usados con frecuencia es el diseño de matrices que puede agrupar diferentes tipos de información y adoptar distintos formatos, este diseño consiste en tablas cuyas celdas alojan una breve información verbal, utilizándolos para sintetizar los fragmentos codificados en una misma categoría.

La realización del cuadro (ver anexo 5) nos permitió manejar mejor la información rescatando todo lo relevante para la investigación e identificar si la información de los entrevistados se colocaba dentro de la categoría prevención o en la categoría alternativa sin olvidar que esta última categoría tiene propósitos para el desarrollo de la autonomía. Los entrevistados fueron identificados con una letra como se muestra en el anexo 6, todo esto para la realización del análisis.

La realización del análisis representa una tarea complicada ya que es momento de procesar la información y mostrar lo relevante para la investigación, en este caso toda la información rescatada en las entrevistas fue muy importante porque se rescató la voz de los profesionistas de la salud, su trabajo y sus herramientas para la realización de su trabajo.

CAPÍTULO 4 LAS PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN EN GRUPOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA DELEGACIÓN IZTAPALAPA

El trabajo de campo nos permitió explorar diversas prácticas a través de la observación y del trato directo, esto permitió obtener información valiosa y de primera mano. Las herramientas necesarias para la investigación, como el escuchar y reflexionar nos abrieron las puertas a un mundo diferente que nos mostraron un abanico de opciones y en este caso de prácticas de intervención dentro de las Instituciones de Salud en la Delegación Iztapalapa.

El análisis que a continuación se presenta nos permite explorar la voz de los entrevistados, un elemento muy enriquecedor dentro de esta investigación, donde es posible rescatar la percepción, que cada sujeto tiene respecto a su salud y al trabajo que brindan dentro de las Instituciones de salud en la Delegación Iztapalapa.

1. En voz de los entrevistados

Sujeto A: El Concepto de salud dentro del nivel de la prevención que se concibe como ausencia de enfermedad:

La salud es un completo bienestar y un balance que permite sentirse bien⁹

Donde su perspectiva de intervención se centra en la relación médico paciente:

Mi trabajo se centra en la vacunación... atendí enfermedades respiratorias... Trato de ser paciente con los niños de informar a las mamás de lo importante que es vacunar a sus hijos... No me gusta meterme en la vida de mis pacientes porque no me gusta que se metan en mi vida tampoco, guardo una distancia siempre con el paciente...

⁹ De esta forma se presentaran las palabras de los entrevistados.

La población que atiende está limitada ya que trabaja solo con niños y algunas veces trabaja en campañas de anticoncepción, por lo que solo trabaja con personas de alto riesgo aquellas que necesitan una vacuna. Las Estrategias utilizadas están ubicadas en el primer nivel donde es una estrategia única; este caso proporcionar sólo información:

Cuando tengo la oportunidad de dar información la baso a partir de trípticos que nos envía la Secretaria de Salud...

El abordaje del personal de salud hacia los pacientes es direccionado y la información va encaminada a cambiar ciertas conductas:

Quisiera poder dar orientación, pero no uso las instrucciones. Un ejemplo es cuando a las mamás les pido que deban lavarles las manos constantemente a sus niños para evitar enfermedades... Me molesto mucho [cuando no siguen sus instrucciones] porque uno utiliza parte de su tiempo en brindarles información...

El direccionamiento de las medidas está dado por la institución de salud y los objetivos de los programas en este caso un programa de vacunación es bajar los niveles estadísticos de la población.

Bajar los indicadores en estadísticas sobre enfermedades... Los cambios son relativos todo depende de sus conductas, mi trabajo no es de brindar orientación simplemente aplico vacunas... Como mis pacientes son niños el mejor que he tenido no llora, se deja vacunar sin problemas y hasta lo premio con un dulce... Claro, que me han tocado son impertinentes y lloran de todo...

Sujeto B: El concepto de salud se queda dentro de la prevención y como ausencia de enfermedad y mantiene una relación con la triada ecológica:

La salud es un equilibrio entre tres esferas físico, mental y ambiental...

Su perspectiva de intervención dentro del nivel de prevención y una relación médico paciente:

El cuerpo ya entra en un periodo adaptativo... atención primaria entonces atiendo problemas de bajo nivel como vacunación, colocación de dispositivos y en menor proporción enfermedades gastrointestinales o ahorita que está el brote enfermedades respiratoria... Los dejo hablar, lo que necesita la mayoría de ellos es hablar aunque no les des ningún consejo pero el simple hecho de que los escuches es suficiente. Me pasa muy seguido con adultos mayores...

La población que atiende son niños y jóvenes, las estrategias utilizadas dentro de su intervención, es proporcionar información a partir de lo que la institución de salud proporciona:

Dentro de la institución la información ya es dirigida... siempre pongo videos...

Dentro del abordaje la información está direccionada y dirigida al individuo, para que el otro cambie conductas y estilos de vida.

Cambios de actitud dirigidos hacia la responsabilidad en todos los aspectos...

El direccionamiento de las medidas se da por hecho, no hay una motivación ni un acercamiento a la población para que se involucre en su salud.

Se colocan avisos para que la población se atienda, realmente yo no tengo problemas con la asistencia los pacientes se prestan muy bien...

Las instrucciones médicas se basan en responsabilizar a los individuos de sus acciones, cambiar conductas y no mirar la raíz del problema.

Una vez saliendo de aquí sí. Y además si yo ya proporcione las medidas necesarias para su enfermedad y al salir de aquí no sigue las instrucciones como debe es mitad y mitad de responsabilidad...

Sujeto C: Este concepto de salud es el más cercano a la promoción de la salud porque habla de determinantes, es decir factores que condicionan el estado de salud:

La salud es un proceso cambiante que depende de los determinantes sociales de la salud...

Su perspectiva de intervención es integral ya que atienden a toda la población y forma grupos para trabajar con ellos, es una intervención participativa.

Somos un nivel preventivo hacemos mucho formación de grupos... sesiones educativas se maneja ahora mapas de conversación que son algunos auxiliares didácticos en donde se va reforzando el conocimiento que se va adquiriendo, tenemos la fortaleza de contar con cañón con material de apoyo para facilitar el proceso educativo...

Trabajan con talleres de discusión y debate, su abordaje de la información es facilitar y capacitar a la población a partir de lo que ellos obtienen durante sus secciones.

Cursos se dan una serie de sesiones educativas técnico prácticas... grupo de personas obesas y se fomenta mucho el ejercicio físico... sesiones psicológicas y tenemos el servicio de nutrición... Las estrategias son varias el hacer un mapa conceptual, utilizar mapas mentales el hacer una discusión en rondas, el trabajar en equipo, el manejar una técnica manual...

Utilizan todos los recursos permitentes la familia como factor protector del paciente utilizan las emociones y sentimientos. El direccionamiento de las medidas es ofrecer a la población las herramientas necesarias para contribuir:

... el convencimiento se va generando en los grupos que le den importancia y la ayuda mutua y el recibir conocimientos y habilidades... Lo derivo con otra persona porque quiere decir que no hay empatía y que el mensaje que yo trate de dar como comunicador no esta llegando al receptor y entonces hay que saber reconocer que no tenemos esa capacidad entonces yo prefiero derivarlo para el usuario pueda tener una respuesta a su necesidad...

Tienen como objetivo principal sensibilizar a la población para que trate sus problemas de salud de manera adecuada, busca cambios en la situación del individuo:

La motivación es algo que viene de adentro hacía afuera entonces yo mas bien hablaría de sensibilización a través de dar una información verdadera una información clara que esa al alcance de ellos conceptos que se entienda... le

toca la mayor parte de responsabilidad pero responsables somos todos y que hay un artículo de la constitución que marca que es un derecho partiendo desde ahí y que el tiene derecho a esa salud y que las instituciones como esta es una organización publica como esta tiene la obligación de aportar su granito de arena en ese proceso de salud enfermedad...

Esta entrevista logro mostrar que dentro de las instituciones de salud si hay alguien que realiza trabajo de promoción de la salud dentro de la corriente alternativa, que se preocupa por el otro que manifiesta su interés por la población de manera activa y que trabaja con la práctica de intervención de manera eficaz, porque de esta forma se producen cambios verdaderos. En donde el otro es capaz de sacar sus habilidades para mejorar su estado de salud.

Sujeto D: Su concepto de salud muestra una ausencia solo de enfermedad:

Es un estado positivo en donde la mente y las emociones se entrelazan...

La población que atiende es un grupo de alcohólicos anónimos, donde su perspectiva de intervención es dar pláticas y orientaciones psicológicas para superen su adicción. Mantiene una relación medico-paciente.

Mi especialidad es brindar orientación psicológica realizo test de perfil de personalidad, de conducta y platico con ellos para encontrar el principio del problema... La escucho y la tranquilizo y si la puedo ayudar lo hago sin embargo una persona que tiene problemas de adicción tiende a hacer muy vulnerable lo que ellos necesitan es atención y orientación para salir adelante...

Las estrategias utilizadas permiten la complementación porque escucha al grupo y parte de eso para la realización de sus estrategias y entra esta parte en la promoción de la salud.

Dentro de este problema utilizamos métodos en los cuales los miembros del grupo se ayudan y se apoyan unos a otros compartiendo experiencias similares en el sufrimiento de su adicción...

Su abordaje parece ser facilitador pero la capacitación ya no entra porque solo realiza algunas secciones, no hay un seguimiento. Mientras que el direccionamiento de las medidas son impuestas a la población, no hay una motivación:

Si algunas veces, porque hay casos de que un paciente es alcohólico por la presión de la propia familia, esto va a depender de varias circunstancias...

El objetivo de los programas es responsabilizar a los individuos de sus acciones, cambiando su estilo de vida.

Siempre busco lo mejor para ellos así que yo demando por parte de ellos responsabilidad y su pronta recuperación... El paciente es el único responsable de su salud, porque si uno no pone límites ni frena cosas que están mal ya no hay retroceso la responsabilidad es importante y el auto cuidado...

Sujeto E: El concepto de salud encaminado indudablemente al campo preventivo:

La salud según la OMS el estado de bienestar físico, social y mental...

La población que atiende son niños y mujeres con problemas de cáncer de mama por lo que atiende a la población de alto riesgo. Su perspectiva de intervención dentro de la prevención manteniendo una relación medico-paciente:

Estoy en el área de inmunizaciones, donde algunas veces doy información sobre cáncer de mama...

Estrategias utilizadas son únicas y determinadas por la institución de salud quien proporciona la información.

La información ya esta, lo que yo hago es realizar materiales como carteles, trípticos y periódicos murales con información y dibujos... Ese es el problema, lo que sucede es que como no se prepara sino de un momento a otro la jefa de enfermeras dice vas a dar tu platica en 10 minutos, entonces se las doy a las personas que están esperando su consulta. No me da tiempo de invitar...

El abordaje es direccionado hacia la población para adoptar medidas preventivas:

No pongo ejemplos, explico algunas medidas de prevención a algunas conductas que deben adoptar el paciente para no caer en esta enfermedad... La escucho porque tampoco la puedo ignorar... Me enojo mucho porque yo si me esfuerzo para dar información...

El direccionamiento de las medidas, esta encaminado a la imposición de información y conductas, y los objetivos de los programas es responsabilizar al otro de su propia salud.

El paciente es el único responsable de su salud, porque si el no hace cambios en la vida nadie los hace por el... El mejor paciente es responsable y se acerca a nosotras a

pedir información se preocupa por su salud y claro acude a nuestras pláticas... Bueno es todo lo contrario a lo que le dije del mejor...

Sujeto F: El concepto de salud, es insuficiente por lo que cae en el ámbito preventivo y no integral:

La salud es el estar bien física y emocionalmente...

La perspectiva de intervención se queda corta y se mantiene solo una relación médico paciente como se utiliza en el MMH de la promoción de la salud

Es ayudar a hacer un trámite para que adquieran la pensión que otorga el gobierno del DF... Finalmente si tienes la información necesaria la orientas o le das un consejo le haces ver que tiene la capacidad de detener ciertas cosas para ya no permitir las y cuesta un poco de trabajo...

La población que atiende son adultos mayores, donde la estrategia utilizada es única ya que solo ayuda a realizar un trámite para adquirir una pensión alimentaria:

La institución te capacita para que tu puedas dar un mejor servicio y de cierta forma si uno de tus adultos te puede... te confía algún problema para que lo asesores o lo ayudes basado en las capacitaciones que nos dan y trabajo con información editada por la Secretaría de Salud...

El abordaje es direccionado y no hay un interés que permita una motivación por parte de la población:

Mira se habían programado hacer talleres, pero ahorita por la carga de trabajo se nos complica lo poco o mucho que uno puede platicar o convivir con los pacientes es la

manera en que se puede ayudar al otro y ellos platican su situación emocional sus problemas familiares...

El direccionamiento de las medidas permite observar que se recurre a la familia dependiendo de las circunstancias del adulto mayor y el programa esta ofrecido a la población. El objetivo del programa es que el individuo se responsabilice de su salud a partir de cambiar conductas en este caso adoptar medidas de alimentación mas sanas:

Yo creo que es una parte de la población más vulnerable que necesita atención y que la población en general debería hacer una toma de conciencia...

Sujeto G: El concepto de salud dentro del concepto preventivo y de la ausencia de enfermedad:

La salud es un equilibrio homeostático del cuerpo que está determinado por factores biológicos...

La perspectiva de intervención solo entra en un nivel de prevención:

Dentro de mi trabajo aplico vacunas, tomo signos vitales y realizo una vez al mes pláticas sobre métodos anticonceptivos...

Población que atiende a jóvenes que requieren orientación sexual, las estrategias utilizadas son únicas es decir, solo proporcionar información sin hacer participe al otro de sus necesidades de salud:

Regularmente siempre somos dos enfermeras una da la platica y otra reparte material y al final se realiza una ronda de preguntas si hay alguna duda... Generalmente rotafolio en donde no me gusta poner mucha letra prefiero colocar imágenes...

El abordaje es direccionado a mantener ciertas conductas y a responsabilizar al individuo de sus acciones:

Trato de ser clara y reflejar la vida cotidiana, lo que busco es disminuir los embarazos no deseados, la verdad es que a pesar de que hay mucha información pareciera que no existe, no refleja nada porque aun sigue habiendo muchos casos...

Sujeto H: Concepto de salud dentro de una perspectiva en donde el individuo no es capaz de tener salud, porque no hay nada que se lo permita:

La salud para mí como tal no existe porque un no puede estar completamente sano todo el tiempo son momentos pequeños de la vida...

La perspectiva de intervención dentro de un nivel preventivo donde el otro solo proporciona un servicio:

Mi función es afiliar a la gente al seguro popular, que beneficia a personas que no cuentan con seguridad social... Cubre la mayor cantidad de enfermedades y es gratuito, para las personas que no tienen para atenderse pues es suficiente...

Atiende a toda la población que requiera algún servicio medico, las estrategias utilizadas no se definieron muy bien porque solo nombro los requisitos para poder contar con el seguro popular, dentro de esta entrevista no se conto con respuestas suficientes para determinar el abordaje, el direccionamiento de las medidas ni el objetivo del programa.

2. Las prácticas de intervención para la promoción de la salud

El siguiente análisis nos permite agrupar todos los elementos encontrados en las entrevistas semiestructuradas, y generar con ello un resultado general de la mirada de los entrevistados.

El problema planteado para esta investigación se centró en la forma de intervención del personal de salud dentro de las Instituciones, los resultados encontrados muestran diversos elementos que utiliza el personal de salud para realizar una intervención.

En el conjunto de las entrevistas se observó que la salud se concibe como un estado de equilibrio, visto equilibrio entre:

- a) Lo biológico, lo social y lo mental
- b) El agente, el huésped y el medio ambiente

Este estado de equilibrio puede ser influido negativamente o positivamente y por ello no se puede estar completamente sano permanentemente.

Estas concepciones de salud se vieron reflejadas en las dos modalidades de intervención que se identificaron en las Instituciones de salud en la Delegación Iztapalapa:

- a) Una modalidad dentro de información individual y preventiva que utiliza como recurso pláticas, orientaciones psicológicas, trámites (pensiones) y afiliación (seguro popular). Encontrando como elemento de intervención la atención primaria en salud y en especial la vacunación como contacto directo con la población.
- b) La segunda modalidad está encaminada al trabajo con grupos donde se utiliza la reflexión y la educación como elementos base para modificar condiciones de salud en la población, se utiliza como recurso sesiones educativas, grupos de reflexión y talleres de película, pero todos estos elementos con enfoque preventivo.

La práctica de intervención que realizan la mayor parte de los entrevistados, en las Instituciones de Salud en Iztapalapa, es una práctica con propósitos preventivos esto quiere decir, que se realiza un trabajo de manera individual o en grupo, donde se enfatiza el cambio de estilos de vida y de conductas que dañan el estado de salud de la población, atendiendo a la población que cuenta y que no cuenta con seguridad social, a niños a los cuales se les aplican vacunas y a grupos específicos como: jóvenes, alcohólicos anónimos, adultos mayores y mujeres embarazadas.

Lo que más predominó durante la investigación fue una práctica de intervención dentro de un marco preventivo en donde la información es el elemento más importante, en la intervención preventiva se pueden distinguir dos tipos de prácticas respecto al manejo de la información:

- a) **Trasmisión de la información:** centrada en informar a la población sobre atención primaria en salud, donde los profesionales de la salud implementan diversas técnicas como el uso de material didáctico, carteles, trípticos, periódicos murales y gestión de trámites como el de la pensión alimentaria y seguro popular.
- b) **Reflexión sobre la información:** esta estrategia se caracteriza por la impartición de pláticas, sesiones educativas técnico-prácticas, audiovisuales y grupos de reflexión en donde se busca dar información de manera grupal.

Un elemento importante es la información pero otro elemento que articula el proceso de intervención es el papel del coordinador él mira al grupo pero este acto debe ser entendido como: “un acto, un movimiento; es una acción o bien es la satisfacción de ese acto” (Nasio, 2001:12). Es decir, desvanecer a los individuos para mirar eso que los trasciende; no significa que no se reconozca que hay diferencias, historias particulares o bien estructuras propias de cada individuo. Más bien significa trabajar en un campo distinto al individual; esta es

una pieza clave para que surjan aquellos acontecimientos significativos del proceso dentro del campo de la promoción de la salud.

De acuerdo a lo obtenido por los entrevistados, la información que ellos proporcionan durante una plática está dada por la Institución es decir, trabajan con un temario de actividades, ellos abordan los temas dependiendo del cronograma de actividades, pero no trabajan con lo que la población demanda. La demanda expresa lo que el grupo necesita y que se conoce a partir de lo que el grupo va arrojando durante un taller o una plática, durante este proceso se mira y se mantiene un margen de horizontalidad donde hay una relación sujeto – sujeto.

La mayor parte de los entrevistados mostraron una mirada individualista, porque no trabajan con grupos ya que las actividades preventivas están encaminadas de manera directa, es decir una consulta individual; pero una entrevista mostró el trabajo con grupos dentro de una intervención preventiva en donde se tiene como propósito la reflexión de la información.

Respecto al direccionamiento de las medidas los profesionales de la salud buscan que la educación y la familia sean elementos importantes para mejorar la salud de los pacientes. Utilizando la sensibilización y la información verdadera y clara para el fomento de hábitos alimenticios que mejoren el entorno familiar. Esto propicia que los objetivos de los programas estén encaminados a disminuir indicadores estadísticos, buscando cambios de conducta a partir de que los profesionales de la salud brinden pláticas, información e instrucciones a los pacientes.

Los programas de salud permiten explorar las necesidades de los usuarios de los servicios de salud para hacer frente a una intervención que genere resultados dentro de la comunidad.

El abordaje de la práctica de intervención es importante para poder transmitir lo que el paciente necesita, dentro de los resultados obtenidos encontramos ejemplos de la vida cotidiana, ayuda mutua, fomento de conocimientos y

habilidades y la escucha como pieza clave para generar cambios de actitud y de responsabilidad en los pacientes. Todos estos elementos esenciales para realizar un cambio significativo en la salud de la población.

A la práctica de intervención alternativa y a la práctica de intervención preventiva las distingue además de su finalidad la concepción de salud de cada una. Ya que cada intervención tiene distintos matices dentro del campo de la salud y distintas necesidades, por lo que es importante conocer todos esos matices para realizar una práctica de intervención eficaz y oportuna.

Los grupos son efímeros y son también creaciones para vivir. Asumir que los grupos nacen y terminan, nos permite seguir ensayando y creando formas creativas para mejorar la intervención y permitir nuevas ideas de mejoramiento.

CONCLUSIONES

En México y en especial en la Delegación Iztapalapa representa un reto sin precedentes el lograr la equidad en salud y el acceso universal a los servicios de salud para mejorar las condiciones de vida de la población. Esto puede ser posible con el acceso y la calidad de los servicios de salud, e incrementando las acciones de promoción de la salud para el fomento de estilos de vida y ambientes saludables.

La promoción de la salud parte de un concepto integral de la salud y busca convocar a la sociedad en su conjunto a desarrollar e implantar políticas, planes y programas de acción para lograr un desarrollo humano y social más equitativo. La promoción de la salud, como estrategia, fortalece el marco operativo de la atención primaria en salud.

El propósito de esta investigación ha sido revisar el concepto y la práctica de intervención dentro del campo de la promoción de la salud, con el fin de conocer las características de esta práctica. El Sistema Nacional de Salud en México permite contextualizar el marco de esta investigación para conocer las Instituciones de salud que son la referencia más importante para la metodología de esta investigación.

Lo importante de una intervención es mejorar las condiciones de salud de la población a partir de sus necesidades. La intervención en salud es una herramienta muy importante que permite explorar un marco propio en donde se observa, se conoce y se experimentan acciones diferentes; que permiten al otro conocer su auto-cuidado respecto a su salud.

Una opción diferente es la promoción de la salud donde, la intervención implica un trabajo y una atención colectiva, en donde el otro es capaz de identificar su problema de salud y el coordinador es capaz de trabajar con la demanda de la comunidad. La intervención es diferente a las prácticas de salud, ya que la intervención se genera a partir de la práctica considerada esta como la

necesidad de la población es decir, primero es la práctica después el problema de salud y al final la intervención.

Muchas actividades de promoción de la salud encontradas a partir de las entrevistas semiestructuradas recalcaron la responsabilidad individual sobre la conducta, los hábitos y comportamientos; especialmente por no contemplar la influencia de las condiciones económicas, sociales y culturales; sobre las decisiones y acciones de las personas. Las actividades de promoción de la salud se enfocaron a impartir información, elaborar mensajes y producir materiales para convencer a las personas de que modifiquen sus hábitos y conductas. Este enfoque evade la responsabilidad política, económica y social, lo que no permite realizar profundas transformaciones en todos los niveles, particularmente en las Instituciones de salud, estructuras organizativas y la distribución de los recursos.

Dentro de la investigación se encontraron dos modalidades de intervención, a pesar de que dichas intervenciones se realizan en contextos distintos (individual y grupo), ambas comparten al menos dos elementos fundamentales: el interés por hacer frente a los problemas de salud y la preocupación por mejorar las condiciones de salud de la población.

El tipo de intervención que se implemente dentro de una Institución o de cualquier contexto social, no está determinada por ciertas características ya que todas las prácticas de intervención son importantes y todas cumplen con el objetivo de contribuir al campo de la salud.

La intervención con grupo puede ser preventiva o autogestiva, ya que la práctica preventiva no sólo puede generarse de manera individual; lo importante aquí es el enfoque de la intervención es decir, la forma de proporcionar la información. En el estudio realizado se encontró al Modelo Médico Hegemónico este generando intervenciones preventivas la mayoría de ellas individuales, pero una grupal distinguiéndose por la reflexión en la información.

Con esto no quiero decir, que la práctica de intervención dentro de una visión preventiva sea insuficiente o que no pueda erradicar problemas de salud,

simplemente quiero mostrar una práctica de intervención distinta que también debería estar dentro de las Instituciones de Salud. Esta práctica de intervención distinta o alternativa tiene propósitos encaminados a la gestión de la autonomía en donde el otro es capaz de reconocer su problema de salud y hacer frente a él, solo utilizando a las Instituciones de salud como una herramienta que le permita recobrar su estado de salud.

Dentro de la investigación nos encontramos con obstáculos, uno de ellos fue no poder completar la muestra, ya que dos profesionistas de las Instituciones de Salud se negaron a darnos la entrevista. Un segundo obstáculo fue la falta de interés de algunas de las autoridades sobre el trabajo de investigación por explorar en su campo para rescatar sus conocimientos.

Los alcances de la investigación fueron poder realizar las entrevistas semiestructurada al personal de salud y caracterizar la práctica de intervención. Los pendientes a futuro son poder entrevistar a promotores de salud egresados de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, para conocer su práctica de intervención y compararla con los resultados obtenidos de esta investigación.

El asumirse como promotor de la salud egresado de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, y el mostrar habilidades y herramientas humanísticas que permitan abrir nuevos campos de actuación dentro del campo de la salud, nos permite explorar más que el campo preventivo, no porque este mal sino mas bien realizar un trabajo distinto más enriquecedor que nos caracterice y nos distinga dentro del campo de la salud.

REFERENCIAS

- Anzaldúa, A. (2008) "Pensar al sujeto a partir de Castoriadis". *En Fragmentos del caos* pp.55 – 66. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Ardoino, J. (1981) "La intervención: ¿imaginario del cambio o cambio del imaginario?". *En La intervención institucional* pp. 13-42. México: Editorial Folios.
- Arrollo (2004) "Un panorama crítico a la salud en México" México: Editorial Trillas.
- Baz, M. (1996) "Intervención grupal e investigación". *En Cuadernos del Tipi*. México: UAM Xochimilco.
- Blasco, T. (2001) "Técnicas cualitativas: la entrevista". *En revista Nure Investigación*, No.33, Marzo – Abril.
- Chapela, MC et al. (2001) "Promoción de la salud, siete tesis del debate". *En Cuadernos Médico Sociales* pp. 34- 56 México: UAM.
- Chapela, MC et al. (2003) "Los problemas de la investigación en promoción de la salud". *En Salud problema* pp. 69 – 79. México: Editorial Nueva época.
- Chapela, MC et al. (2004) "Educación en la Teoría de la Reproducción de Pierre Bourdieu". Diplomado en promoción de la salud UAM, México.
- CONAPO. (2011). "Proyecciones de la población de México 2000 - 2050 Delegación Iztapalapa perfil socio demográfico". Consejo Nacional de Población. Recuperado el 17 de septiembre del 2011 en <http://www.conapo.com/>
- Czeresnia, D., y Machado, C. (2006) "Una introducción al concepto de promoción de la salud". *En Promoción de la salud conceptos, reflexiones, tendencias* pp.19 – 46. Argentina: Editorial Lugar.
- Foucault, M. (1996) "Historia de la medicalización". *En La vida de los hombres infames*. Ensayo sobre desviación y dominación pp. 56 -70. Argentina: Editorial Altamira.
- Frenk, J. (2001) "El sistema de salud de México". *En Revista de salud pública*, No. 7, pp. 123 – 128.
- Frenk J. (2007) "Lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias" *En Revista de salud pública*, No. 23 pp34-56 México: Salud Publica.
- Friedler, R. (1977) "Vínculo Diccionario de psicoanálisis" pp. 17- 19 México: Amorrortu.
- Flick, U. (2004) "Estrategias de muestreo". *En Introducción a la investigación cualitativa*. pp. 75- 86 Madrid: Editorial Morata.

García, D. (2010) "Introducción al enfoque emancipatorio de la promoción de la salud", documento de circulación interna de la academia de promoción de la salud de la UACM.

García, D. (2004) "Salud Comunitaria y promoción de la salud", documento de circulación interna de la academia de promoción de la salud de la UACM.

Guzmán, L. et al. (2011) "Un panorama crítico al campo de la promoción de la salud". *En Introducción de la promoción de la salud* pp.71- 104. México: Materiales educativos UACM.

Hernández, R. y Fernández. C. (2008) "Recolección y análisis de datos cualitativos". *En Metodología de la investigación*. pp. 581-683 México: Editorial Mac Graw Hill.

INEGI, (2010) Estadísticas Delegación Iztapalapa Recuperado el 17 de septiembre del 2011 en http://vpn.inegi.df.gob.mx:88/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=100&Itemid

Lenkersdot, C. (2002) "Filosofar en clave tojolabal", pp. 32-45 México: Editorial Miguel Ángel Porrúa.

López, M. y Chacón, F. (2003) "Intervención psicosocial y servicios sociales un enfoque participativo".pp.45-56 Madrid: Editorial Síntesis.

Menéndez, E. (1990) "El modelo médico hegemónico estructura, función y crisis. En Morir de alcohol saber y hegemonía médica" pp. 83- 117 México: Editorial CNCA-AEM

Mendoza, J. (2009) "Una mirada médico - social de la promoción de la salud" documento interno academia de promoción de la salud, UACM.

Miranda, R. y Robles, M. (2011) "Intervenir a favor de la autonomía" pp.75-78 UAM-X México Tramas numero 35

Mora, F. Y Hersch, P. (1990) "Historia de los conceptos y las prácticas de la salud". *En Introducción a la medicina social y salud pública*. pp. 13-22 México: Editorial Trillas

Moreno, A. (2011) "Pulsar la imposibilidad: el ejercicio de la intervención", En *Autonomía e intervención* numero 35, México: Editorial Tramas.

Nasio, J. (2001) "La mirada en psicoanálisis". Barcelona: Editorial Gedisa.

Nava, C. (2009) "La interrelación individuo-sociedad en la constitución del sujeto como ser social", *En Contribuciones a las Ciencias Sociales* pp. 1- 7 Recuperado el 30 de noviembre en www.eumed.net/rev/cccsc/05/cmnf3.htm

Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311. Organización Mundial de la Salud marzo de 2011.

Oblitas L. (2006) "Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas". *En psicología de la salud* pp.15 – 56. México: Editorial Plaza y Valdes.

Omaña, E. (2009) Diagnostico de salud en Iztapalapa. México: Editorial Trillas.

Organización Panamericana de la Salud, Atención primaria a la salud Alma Atta 1978, Conferencia Internacional.

Ponte, C. (2006) "Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente". *En Asociación para la defensa de la sanidad pública de Asturias*. Pp.13-23 México: Editorial: Síntesis

Portal de la delegación Iztapalapa, Recuperado el 17 de septiembre del 2011 en <http://www.iztapalapa.gob.mx/index1.html>.

Pocock, G. (2005) "Fisiología Humana". *En la base de la medicina* pp.12- 15 España: Editorial Plaza y Valdes.

Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud (1986), Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Una Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública. 17 – 21 de noviembre de 1986. Ottawa, Canadá.

Ramírez, B. (1999) "La parroquia de San Lucas Evangelista: historia de un pueblo". *En Ciudad de México* Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.

Rodríguez G. y Gil J. (1999) "Aspectos básicos sobre el análisis de datos cualitativos". *En Metodología de la Investigación cualitativa* pp. 197 – 218. Málaga: Editorial Aljibe.

Salazar, C. (2002) Intervención: trabajo sobre lo negativo pp. 99- 112 México.

Secretaria de salud (2011), "Modelo de atención a la salud para la población abierta Subsecretaria de servicios de la salud" Recuperado el 17 de septiembre del 2011 en <http://portal.salud.gob.mx/>.

Tamez, S. y Valle, R. (2005) "Desigualdad social y Reforma neoliberal en salud". *Revista Mexicana de Sociología* No. 2 (abril - junio) pp. 241 – 263.

Taylor, S. Y Bogdan. (2002) "Ir hacia la gente". *En Introducción a los métodos cualitativos de investigación* pp. 15 – 23. México: Editorial Paidós.

Vega, L. y García, H. (1976) Programación en salud pública. *En Bases esenciales de la salud pública* pp. 13 – 22. México: Editorial La prensa Médica Mexicana.

Vega, L. (2000) "Glosario de términos, conceptos y notas biográficas". *En La salud en el contexto de la nueva salud pública* pp. 143 – 146. México: Editorial El Manual Moderno.

ANEXO 1 CONFERENCIAS INTERNACIONALES

La II Conferencia Internacional y la Declaración de Adelaide, Australia 1988

Como lo describe Czeresnia y Machado (2006), la construcción de políticas públicas saludables fue explorada profundamente en esta Conferencia y se produjo el documento “Recomendaciones de Adelaida sobre Políticas Públicas favorables a la Salud”. Las políticas públicas en todos los sectores influyen los determinantes de la salud, y son un importante vehículo para reducir inequidades sociales y económicas asegurando el acceso equitativo a bienes y servicios, así como la atención a la salud.

Fueron identificadas cinco áreas prioritarias de acción

- Apoyo a la mujer;
- mejoramiento de la seguridad e higiene alimentaria;
- reducción del consumo del tabaco y el alcohol;
- la creación de ambientes saludables a la salud.

La III Conferencia Internacional y la Declaración de Sundsvall 1991

Esta Conferencia enfatizó la importancia del desarrollo sostenible y reclamó la acción social en el ámbito comunitaria, la creación de ambientes favorables a la salud se convirtió en el tema central de la Conferencia de Sundsvall, fueron señalados como factores perjudiciales a la salud:

- Los conflictos armados;
- El rápido crecimiento de la población;
- La alimentación inadecuada;
- La falta de medios para la autodeterminación y
- La degradación de los recursos humanos.

La IV Conferencia Internacional y la Declaración de Yakarta 1997

Durante esta Conferencia se discutió sobre las nuevas alianzas que se requieren para garantizar la adopción de la promoción de la salud en el nuevo siglo con un

asunto y responsabilidad que concierne a todos. El tema fue Nuevos actores para una nueva era: promoción de la salud para el siglo XXI.

Se contó con la participación de la OMS y en ella participaron representantes de 76 países. Es la primera vez que en una conferencia internacional de promoción de salud se involucra al sector privado y se reafirma que la pobreza es la mayor amenaza para la salud de las comunidades.

Sin embargo, declara que se requiere nuevas respuesta y formas de acción, el reto para los próximos años es incorporar el potencial para la promoción de los numerosos sectores de la sociedad, de los municipios y comunidades locales y de las familias. Existe una clara necesidad de romper los límites tradicionales entre sectores gubernamentales; gobierno, sociedad civil, el sector público y privado.

Finalmente la Conferencia de Jakarta postuló cinco áreas prioritarias para el desarrollo de la promoción de la salud:

- Promover la responsabilidad social de la salud
- Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud
- Expandir y consolidar alianzas para la salud
- Incrementar la capacidad comunitaria y el empoderamiento individual
- Abogar y asegurar una infraestructura para la promoción de la salud

La V Conferencia Global de promoción de la salud, México 2000

Los países miembros de la OMS asignaron "Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud de las ideas de acción" y se comprometieron a:

- Fortalecer la planificación de actividad de promoción de la salud, asignándoles alta prioridad en las políticas y los programas locales, regionales y nacionales.
- Desempeñan una función de liderazgo para asegurar que todos los sectores gubernamentales y los actores de la sociedad civil participen en la ejecución de actividades de promoción que fortalezcan y amplíen las alianzas a favor de la salud.

- Emplear todos los medios disponibles para apoyar la preparación de planes de acción nacionales de promoción de la salud adaptada a las circunstancias de cada país.
- Establecer o afianzar las redes nacionales de promoción de la salud.

La VI Conferencia Internacional sobre promoción de la salud en Bangkok, Tailandia 2005

Durante esta Conferencia surge la Carta de Bangkok que establece las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud. Esta carta afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en esta materia deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional.

Los compromisos claves son que la promoción de la salud logre:

- Un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial.
- Una responsabilidad esencial de todo el gobierno.
- Un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil.
- Un requisito de las buenas prácticas empresariales

Se dirigen a las personas, los grupos, y las organizaciones cuya intervención es crucial para el logro de la salud en particular:

- Gobiernos y políticos de todos los niveles
- La sociedad civil
- El sector privado
- Las organizaciones internacionales
- La comunidad de salud pública

En todas las Conferencias Internacionales, Globales y las Asambleas Mundiales de Salud se reafirma que la salud influye poderosamente en el desarrollo económico y en la paz de los países.

ANEXO 2 FORMATO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Guión de entrevista semiestructurada

Fecha: _____

Hora: _____

Lugar: _____

Entrevistador:

Nombre del entrevistado:

Formación en el campo de la salud:

Institución para la que trabaja:

Puesto y área que ocupa:

Introducción

El propósito de esta investigación es conocer el trabajo que se realiza en el área de promoción de la salud en esta institución.

Características de la entrevista

Esta entrevista será grabada con fines de investigación, con un nivel estricto de confidencialidad y tendrá una duración de 45 minutos aproximadamente.

Preguntas:

(Adaptadas al ritmo del entrevistado, o bien a lo que el entrevistado va produciendo)

Observaciones:

ANEXO 3 INSTITUCIONES DE SALUD EN IZTAPALAPA

Hospital		¿Quién hace PS?	Estrategias utilizadas (visibles)	Tipo de atención
SS. DF.	Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez	Enfermeras	Pláticas sobre cuidados recién nacidos	Grupo
	Hospital General Iztapalapa	Trabajadoras sociales	Periódicos murales cáncer de mama	Grupo
	Hospital Pediátrico Iztapalapa	Enfermeras	Trípticos sobre cuidados en el recién nacido	Individual
IMSS	Hospital General de Zona Núm. 25	Trabajadoras sociales	Periódico mural sobre violencia	Individual
	Hospital General de Zona Núm. 47	Psicólogos	Carteles sobre violencia en el noviazgo	Individual
ISSSTE	Hospital Regional General Ignacio Zaragoza	Enfermeras	Información sobre métodos anticonceptivos	Individual
	Hospital General José María Morelos y Pavón	Enfermeras	Información sobre métodos anticonceptivos	Individual

Unidad de Medicina Familiar		¿Quién hace PS?	Estrategias utilizadas (visibles)	Tipo de atención
IMSS	Unidad de Medicina Familiar Núm. 31	Trabajadoras sociales	Pláticas sobre cáncer de mama	Grupo
	Unidad de Medicina Familiar Núm. 43	Trabajadoras sociales	Actividad física con adultos mayores	Grupo
	Unidad de Medicina Familiar Núm. 35	Enfermeras	Toma de glucosa, TA, peso, talla	Individual
ISSSTE	Clínica de Medicina Familiar Iztapalapa	Trabajadoras sociales	Plática sobre métodos anticonceptivos	Grupo
	Clínica de Medicina Familiar Oriente	Enfermeras	Métodos anticonceptivos	Individual
SS. DF.	Clínica de Displasias	Enfermeras	Información en carteles	Individual

Centros de Salud		¿Quién hace PS?	Estrategias utilizadas (visibles)	Tipo de atención
SS. DF.	Centro de Salud T-III Dr. Guillermo Román Carrillo	Psicólogas clínicas	Talleres y platicas	Individual y en grupo
	Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda	Enfermeras	Vacunación	Individual
	Centro de Salud T-III Chinapac de Juárez	Enfermeras	Repartición de preservativos	Individual
	Centro de Salud T-III Dr. Rafael Carrillo	Odontólogos	Cepillado dental y aplicación flúor	Individual
	Centro de Salud T-III Dr. Francisco J. Balmis	Psicólogas	Orientación Psicológica	Individual
	Centro de Salud T-II San Andrés Tomatlán	Psicólogas	Platica violencia familiar	Individual
	Centro de Salud T-II Quetzalcóatl	Trabajadoras sociales	Folletos y trípticos	Individual
	Centro de Salud T-II Santa María Aztahuacan	Trabajadoras sociales	Programa de medicamentos gratuitos	Grupo
	Centro de Salud T-II Buenavista	Enfermeras	Platicas sobre cáncer de mama	Grupo
	Centro de Salud T-II Ejido los Reyes	Trabajadoras sociales	Información en carteles	Individual
	Centro de Salud T-II San Miguel Teotongo	Enfermeras	Vacunación a niños	Individual
	Centro de Salud T-II Santiago Acahualtepec	Psicólogas	Orientación Psicológica	Individual
	Centro de Salud T-I Renovación	Odontólogos	Cepillado dental y aplicación flúor	Individual
	Centro de Salud T-I Santa Cruz Meyehualco	Enfermeras	Carteles y trípticos salud mental	Individual
	Centro de Salud T-I Peñas	Trabajadoras sociales	Orientación sobre violencia familiar	Grupo
	Centro de Salud T-I Campestre Potrero	Enfermeras	Vacunación	Individual
	Centro de Salud T-I Margarita Maza de Juárez	Trabajadoras sociales	Folletos y trípticos	Individual
	Centro de Salud T-I Francisco Villa	Enfermeras	Repartición de preservativos	Individual
	Centro de Salud T-I Xalpa	Trabajadoras sociales	Platicas sobre métodos anticonceptivos	Individual
	Centro de Salud T-I San Andrés Xicoténcatl	Enfermeras	Vacunación a niños	Individual
	Centro de Salud T-I Apatlaco	Trabajadoras sociales	Platicas sobre adicciones	Grupo
	Centro de Salud T-I Aculco	Trabajadoras sociales	Folletos y trípticos	Individual

ANEXO 4 MUESTRA

INSTITUCIÓN DE SALUD	¿QUIÉN HACE PS?	ESTRATEGIAS UTILIZADAS (VISIBLES)	TIPO DE ATENCIÓN
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez	Enfermeras	Pláticas sobre cuidados recién nacidos	Grupo
Hospital General Iztapalapa	Trabajadoras sociales	Periódicos murales cáncer de mama	Grupo
Unidad de Medicina Familiar Núm. 31	Trabajadoras sociales	Platicas sobre cáncer de mama	Grupo
Unidad de Medicina Familiar Núm. 43	Trabajadoras sociales	Actividad física con adultos mayores	Grupo
Clínica de Medicina Familiar Iztapalapa	Trabajadoras sociales	Platica sobre métodos anticonceptivos	Grupo
Centro de Salud T-III Dr. Guillermo Román Carrillo	Psicólogas clínicas	Talleres y platicas	Grupo
Centro de Salud T-II Santa María Aztahuacan	Trabajadoras sociales	Programa de medicamentos gratuitos	Grupo
Centro de Salud T-II Buenavista	Enfermeras	Platicas sobre cáncer de mama	Grupo
Centro de Salud T-I Peñas	Trabajadoras sociales	Orientación sobre violencia familiar	Grupo
Centro de Salud T-I Apatlaco	Trabajadoras sociales	Platicas sobre adicciones	Grupo

ANEXO 5 REDUCCIÓN DE DATOS

CATEGORÍA	PREVENCIÓN	ALTERNATIVA
Concepto de salud	(Identificación de sujetos con respuestas de esta naturaleza)	(Identificación de sujetos con respuestas de esta naturaleza)
Perspectiva de intervención	(Identificación de sujetos con respuestas de esta naturaleza)	(Identificación de sujetos con respuestas de esta naturaleza)
Población que atiende	(Identificación de sujetos con respuestas de esta naturaleza)	(Identificación de sujetos con respuestas de esta naturaleza)
Estrategias utilizadas	(Identificación de sujetos con respuestas de esta naturaleza)	(Identificación de sujetos con respuestas de esta naturaleza)
Abordaje	(Identificación de sujetos con respuestas de esta naturaleza)	(Identificación de sujetos con respuestas de esta naturaleza)
Direccionamiento de las medidas	(Identificación de sujetos con respuestas de esta naturaleza)	(Identificación de sujetos con respuestas de esta naturaleza)
Objetivos de los programas	(Identificación de sujetos con respuestas de esta naturaleza)	(Identificación de sujetos con respuestas de esta naturaleza)

ANEXO 6 TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS

ENTREVISTA 1

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Enfermera

Sujeto A

P: Mi nombre es Paola Ortega y estudio la Licenciatura en promoción de la salud en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, el objetivo de la investigación es conocer el trabajo que realizan en promoción de la salud en esta institución. Comenzare preguntando ¿Qué es la salud para usted?

A: La salud es un completo bienestar y un balance que permite sentirse bien.

P: ¿Qué variables pueden influir, positivamente o negativamente, en la salud?

A: Un factor que puede influir negativamente en la salud es no hacer caso a las indicaciones que el médico señale.

P: ¿Cómo valora su salud?

A: La valoro demasiado ya que es la que me permite trabajar y sacar adelante a mi familia.

P: ¿Qué hace usted para atender su salud?

A: Trato de cuidarme porque hay momentos en que me descuido mucho por preocuparme por los demás, pero como trabajo para una institución de salud procuro aprovechar que tengo cerca a un médico todos los días.

P: ¿Qué tipo de trabajo realiza?

A: Mi trabajo se centra en la vacunación de niños especialmente, y algunas veces apoyo campañas de anticoncepción.

P: ¿Qué problemas de salud atiende?

A: Al inicio de este año atendí enfermedades respiratorias básicamente

P: ¿De qué forma realiza su trabajo?

A: Trato de ser paciente con los niños de informar a las mamás de lo importante que es vacunar a sus hijos.

P: ¿Cómo se relaciona con las personas que atiende?

A: No me gusta meterme en la vida de mis pacientes porque no me gusta que se metan en mi vida tampoco, guardo una distancia siempre con el paciente.

P: Cuando una persona le platica sobre sus problemas personales ¿qué hace usted?

A: Trato de cambiar el tema, no me gusta enterarme de vidas ajenas simplemente realizo mi trabajo y ya.

P: ¿Trabaja sólo con personas con enfermedades de alto riesgo?

A: A veces ya que las vacunas que aplico están determinadas por grupos de edad.

P: ¿Cómo son las personas con las que trabaja?

A: Bueno hay de todo, pero un factor determinante es el nivel socioeconómico ya que atiendo regularmente a niños de escasos recursos.

P: ¿Qué tipos de materiales utiliza para realizar su trabajo?

A: Los materiales que utilizó son jeringas, vacunas y material de protección, o el material que me proporcione la institución.

P: ¿Cómo selecciona los contenidos a trabajar con los pacientes?

A: Mi trabajo se centra en la aplicación de vacunas y cuando tengo la oportunidad de dar información la baso a partir de trípticos que nos envía la Secretaría de Salud.

P: ¿Qué productos resultan de su trabajo?

A: Bueno los productos que resultan de este trabajo es bajar los indicadores en estadísticas sobre enfermedades respiratorias.

P: ¿Qué tipo de ejemplos pone cuando da la información?

A: Busco ejemplos de la vida cotidiana porque la población a la que atiendo no tiene un nivel de educación alto.

P: ¿A la población que atiende le da instrucciones o le da orientación? (pedir un ejemplo)

A: Quisiera poder dar orientación, pero no uso las instrucciones. Un ejemplo es cuando a las mamás les pido que deban lavarles las manos constantemente a sus niños para evitar enfermedades.

P: ¿Qué hace usted cuando los pacientes no siguen sus instrucciones u orientaciones?

A: Me molesto mucho porque uno utiliza parte de su tiempo en brindarles información.

P: ¿Es el paciente el único responsable de atender y cuidar su salud?

A: Por supuesto.

P: ¿Qué tipo de cambios busca en la población que atiende?

A: Los cambios son relativos todo depende de sus conductas, mi trabajo no es de brindar orientación simplemente aplico vacunas.

P: Describa cómo es el mejor “paciente” que ha tenido

A: Como mis pacientes son niños el mejor que he tenido no llora, se deja vacunar sin problemas y hasta lo premio con un dulce.

P: Describa cómo es el peor “paciente” que ha tenido

A: Claro, que me han tocado son impertinentes y lloran de todo, me desesperan.

P: Agradezco mucho su tiempo y su colaboración.

ENTREVISTA 2

Clínica de Medicina Familiar Iztapalapa

Médico

Sujeto B

P: Mi nombre es Paola Ortega y estudio la Licenciatura en promoción de la salud en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, el objetivo de la investigación es conocer el trabajo que realizan en promoción de la salud en esta institución. Comenzare preguntando ¿Qué es la salud para usted?

B: Mira hay dos conceptos para la salud desde el punto de vista médico es un equilibrio entres tres esferas importantes el físico, el mental y el ambiental, cuando hay un equilibrio entre las tres partes es cuando el individuo esta plenamente saludable o sano como se le llama. Salud como lo entienden ustedes es que no estén enfermos de nada es algo diferente a lo que nosotros entendemos porque incluso para nosotros tener salud es tener medicina preventiva por eso se dice que es el equilibrio entre tres esferas.

P: Entonces usted ve la salud de manera integral.

B: Si, claro

P: Entonces, ¿Que variables cree usted que influyen positivamente o negativamente en la salud?

B: Cualquiera de las tres, de esa triada ecológica que te menciono, si mentalmente alguien no está bien aunque el ambiente sea favorable o aunque físicamente este bien no va a tener salud y este caso sería no tener salud mental. Si no tiene salud física que presente una herida o algo así y aunque el ambiente este positivamente no hay salud. Las tres varían positivamente o negativamente.

P: y ¿Cómo valora usted su salud?

B: he... Para serte sincera todos los médicos no somos saludables

P: ¿Por qué?

B: Llevamos una vida un poco distorsionada porque siempre es en pro que nos estamos adaptando a las circunstancias.

P: ¿Por ejemplo?

B: No dormimos ocho horas como siempre recomendamos porque no lo hacemos dormimos cada tercer día cuando se puede también te dijo que por ejemplo no comemos tres veces al día como nosotros decimos porque no tenemos tiempo por las circunstancias en el punto muy estricto nosotros no somos personas saludables. Mi salud a lo mejor es buena con respecto a mi ambiente que es favorable, es bueno, me gusta lo que hago, físicamente me siento bien, mentalmente no hay nada que me este distorsionado pero no muchas de las cosas ambientales que tenemos que hacer las hacemos correctamente.

P: Entonces a partir de lo que usted ve que no puede hacer, ¿qué hace para compensarlo?

B: Lo que pasa es que el cuerpo ya entra en un periodo ya adaptativo entonces no es necesario que hagas algo tu externo para compensarlo si no tu cuerpo lo hace, por ejemplo nosotros estamos acostumbrados a ya no dormir 8 horas todos los días entonces el cuerpo se acostumbra a ya no dormir. Para mí con dormir 2 horas es suficiente pero es la forma en que mi cuerpo lo compensa.

P: Entonces ¿dentro de su trabajo que problemas de salud atiende?

B: Aquí ahorita el medio en el que estoy es mas de atención primaria entonces atiendo problemas de bajo nivel como vacunación, colocación de dispositivos y en menos proporción enfermedades gastrointestinales o ahorita que esta el brote enfermedades respiratorias.

P: He trabajado en áreas preventivas o de promoción de la salud anteriormente

B: si, claro cuando te mandan al internado acudes a un centro de salud y ahí realmente haces medicina preventiva porque estas con esos pacientes que llegan de primera vez, pero si hacemos medicina preventiva en una parte de nuestra formación.

P: Recuerda cómo fue su trabajo en esa área

B: Pues en realidad no sé si era correcta pero en el centro de salud en donde me toco rotar eran muy organizadas las cosas entonces, no había de que llegara un paciente y no se le hiciera nada y se les tomaba muestras de sangre para checar triglicéridos, colesterol etc. Y aparte en nuestra formación académica hay un área que se llama medicina preventiva que es enfocada a brindar ayuda en las comunidades y en colonias marginadas.

P: En algún momento dentro de su trabajo ha hecho una plática o un taller

B: Si he hecho platicas pero en comunidades y cuando hice una fue sobre el dengue. Antes que llegara la temporada del dengue tenia que hacer promoción y decir que tiene que dejar las llantas libres de agua y quitar todo el material que este oxidado etc. Porque era parte de mi función como responsable de esa comunidad.

P: ¿Cuándo da un taller o una plática como selecciona los contenidos?

B: Aquí dentro de la institución la información ya es dirigida, ellos me dicen tienes que cumplir con la plática tal para este mes, uno escoge el tema pero los materiales didácticos la jurisdicción me los proporciona. Realmente yo no hago mis materiales más bien son materiales que ya están muy bien definidos, pero la información debe ser clara porque hay información muy pesada para ellos, dar explicaciones muy desmenuzadas para que puedan entender los contenidos.

P: Entonces que tipo de ejemplos pone cuando da información

B: Realmente siempre pongo videos porque hay videos muy específicos que sirven para complementar la información. Algunas veces utilizo pancartas y explicaba bueno aquí pasa esto de forma representativa.

P: Entonces toda la información ya estaba estructurada

B: La información como tal la estructura uno a partir del cocimiento para que tu puedas dar a entender, el material didáctico es el que te dan para que tu des la información. Y en todos lados es igual la institución es la que se encarga de darte el material a trabajar a menos que quieras poner algo más pero depende del nivel cultural de las personas. No puedes poner muchas cosas pero al menos lo básico para poder prevenir la enfermedad que queremos que disminuya

P: ¿Cómo se relaciona con las personas a las que atiende?

B: En la forma de simpatizar me acerco a ellos me gusta trabajar con pacientes jóvenes porque me ven como autoridad y tengo más bien problemas con gente adulta porque son más desesperados muchas veces no ponen atención. Pero realmente a los que les tengo que dar el servicio no tengo problemas a parte empatizó muy bien con ellos incluso a veces bromeo pero por esa misma dinámica a parte ya llevo cinco años trabajando aquí. Ya estoy acostumbrada a lo que me voy a encontrar que tipo de personalidades, como viene cuando de veras les duele realmente vas conociendo a los pacientes.

P: ¿Cuando una persona le platica sobre sus problemas que hace usted?

B: Los dejo hablar, lo que necesita la mayoría de ellos es hablar aunque no les des ningún concejo pero el simple hecho de que los escuches es suficiente para desaojarse. Me pasa muy seguido con adultos mayores.

P: ¿Que hace cuando su paciente no sigue sus orientaciones?

B: Depende si aquí un niño viene por algún medicamento y le indico como tiene que tomárselo, cuantas veces al día, el reposo todo eso y regresa al tercer día por la misma enfermedad entonces le pregunto a ver te saltaste alguna pastilla porque luego viene en tono de su medicamento no me hizo o su vacuna me provoco reacciones y usted tiene la culpa. Entonces es porque el paciente no siguió las instrucciones.

P: ¿Entonces cree usted que el paciente es el único responsable de cuidar su salud?

B: Una vez saliendo de aquí sí. Y además si yo ya proporcione las medidas necesarias para su enfermedad y el saliendo de aquí no sigue las instrucciones como debe es mitad y mitad de responsabilidad.

P: ¿Como ayuda usted a la población que atiende para mejorar su salud?

B: Nos ayudamos con una enfermera para dar las pláticas de fomento a la salud, como debes de lavarte los dientes, si ya estás en edad reproductiva orientación sobre métodos anticonceptivos nos enfocamos con cada persona y su problemática.

P: La enfermera que da las pláticas las da de manera individual o en colectivo

B: No colectiva, nosotros escogemos la información ella nos ayuda en el aspecto que hoy es el mes de enfermedades de transmisión sexual, uno da el contenido y ella se encarga del material didáctico, esto cuando no hay información proporcionada por la jurisdicción.

P: ¿Como acerca a la población a acudir a su plática?

B: Se colocan avisos para que la población atienda, realmente yo no tengo problemas con la asistencia los pacientes se prestan muy bien.

P: ¿Qué tipo de cambios busca en la población que atiende?

B: Cambios de actitud dirigidos hacia la responsabilidad en todos los aspectos, muchas de esas no son mis funciones pero trato de ayudar a mis pacientes.

P: ¿Me podría describir al mejor paciente que ha tenido?

B: No hay un mejor paciente, tal vez que siga las instrucciones y que sea muy respetuoso pero no puedo catalogar a un paciente mejor o peor mi obligación es ver pacientes y ya. No te puede decir hay buenos y malos pacientes.

ENTREVISTA 3

Centro de Salud T – III Dr. Guillermo Román Carrillo

Trabajadora social

Sujeto C

P: Mi nombre es Paola Ortega y estudio la Licenciatura en promoción de la salud en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, el objetivo de la investigación es conocer el trabajo que realizan en promoción de la salud en esta institución. Comenzare preguntando ¿Qué es la salud para usted?

C: La salud es un proceso cambiante que depende de lo que nosotros le llamamos los determinantes sociales de la salud en donde fluyen varias situaciones que pueden ser los factores que van a predecir que una persona pasa en ese proceso de estar enfermo a estar sano, no me quedaría únicamente con el concepto de la OMS (estado de bienestar físico social y mental) sino que es algo que va mas allá y de muchos factores que condicionan esta situación.

P: ¿Y cuáles son los determinantes de la salud?

C: Bueno hay varios tipos de determinantes económicos, ambientales y en el área de trabajo social que es el área que nosotros manejamos nos enfocamos mas a los determinantes de tipo social que tienen que ver con la vivienda, con la cultura, con la educación y con varias situaciones que pueden determinan que una persona este sana o enferma.

P: ¿Y qué variables pueden influir positivamente o negativamente en la salud?

C: Que variables no entiendo cómo, ¿a qué te refieres con variables?

P: Por ejemplo, usted piensa que la salud está determinada a partir de los determinantes de la salud, ¿entonces las variables para usted son los determinantes de la salud?

C: Si, los determinantes que pueden ser sociales, económicos, culturales, ambientales y hasta de tipo epidemiológico.

P: ¿Cómo valora su salud?

C: A través de concebirlo como algo que es mío que es mi responsabilidad y que yo debo de trabajar para mantenerme lo más sano posible.

P: ¿Que hace para atender su salud?

C: Acudo al médico me informo investigo y también soy replicador de estas acciones educativas que es una de las principales acciones que tengo aquí.

P: ¿Su área es de trabajo social?

C: Si

P: ¿Qué tipo de trabajo realiza en su área?

C: Yo soy la jefa de trabajo social y tengo a mi cargo 10 personas en los 2 turnos 10 trabajadores sociales soy la encargada de hacer la planeación la coordinación y de supervisar el trabajo de organizar de verificar lo que mis compañeras están haciendo hago la planeación desde un cronograma de sesiones educativas hasta una planeación anual elaboración de programas y todo lo que tiene que ver con el área de trabajo social.

P: ¿Qué problemas de salud atiende?

C: Nosotros somos un primer nivel de atención por lo tanto estamos dedicados a la prevención que actualmente en México si ha habido una modificación y realmente la gente no utiliza el primer nivel o los centros de salud como preventivos, vienen cuando ya tienen el problema de salud encima entonces nos hemos dedicado hacer prevención de complicaciones atendemos a toda la población que no tienen seguridad social por trabajo nosotros los afiliamos al sistema de protección social en salud que es el seguro popular o al programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos entonces esos programas fueron hechos para aquellos que no tienen derechohabencia por trabajo si no por el derecho a la salud se crean estos programas, se atiende a la población abierta y tenemos una zona geográfica que atendemos a todo lo que llega, la morbilidad está basada en mujeres en casos de personas que están enfermas de algún padecimiento crónico, como lo es diabetes hipertensión son los motivos de consulta más frecuentes.

P: ¿Trabaja solo con personas con enfermedades de alto riesgo?

C: No, con todo, aparte que somos un nivel preventivo hacemos mucho formación de grupos es un centro que se caracteriza por tener el numero mas alto en formación de grupos, hacemos mucha prevención de factores de riesgo de mujeres embarazadas, hacemos ahorita 8 grupo de mujeres embarazadas 4 en la mañana y 4 en la tarde ahorita iniciamos uno 13 de febrero entonces en este cursos se dan una serie de sesiones educativas técnico practicas sobre el embarazo y tenemos lo que nosotros denominamos grupos de ayuda mutua de pacientes que tienen alguna enfermedad crónica diabetes hipertensión y obesidad o las 3 que se consideran el síndrome metabólico. Y en pacientes crónicos tenemos 4 grupos que se reúnen en diferente horario porque el número de

personas con esos padecimientos es muy elevado entonces un solo grupo estaríamos hablando de que no tenemos ni la capacidad ni la cobertura por ello tratamos de incrementar el número de grupos para tener mayor cobertura. Tenemos un grupo de personas mayores, grupo de personas obesas y se fomenta mucho el ejercicio físico y tenemos lo que se llama un activador que da orientación de ejercicio físico dependiendo de su padecimiento.

P: ¿y que trabajan con esos grupos?

C: Hay manuales institucionales por ejemplo con los pacientes crónicos se maneja el curriculum del diabético en donde se les enseña desde las causas que desencadenaron su padecimiento hasta las complicaciones que queremos evitar, entonces se da sesiones educativas se maneja ahora mapas de conversación que son algunos auxiliares didácticos en donde se va reforzando el conocimiento que se va adquiriendo, tenemos la fortaleza de contar con cañón con material de apoyo para facilitar el proceso educativo. Se maneja mucho el trabajo de alimentación y ejercicio, pero vemos a la enfermedad como algo integral se les da sesiones psicológicas y tenemos el servicio de nutrición y buscamos que no se quede solo aquí buscamos apoyo al INAPAN que es gente experta para los grupos de mujeres embarazadas buscamos gente experta como son las licenciadas enfermería obstetricia que ponen los ejercicios de desarrollo gestacional y cosas de ese tipo. Se trabaja con el área de educación para la salud.

P: ¿Como selecciona los contenidos con los que trabaja?

C: El primer parámetro para elegir está determinado por las Normas Oficiales Mexicanas, estas nos indican los temas básicos que se deben cubrir, pero nosotros también a lo largo de la experiencia hemos aplicado encuestas de salud, por ejemplo con los pacientes que son crónicos se va modificando el programa el contenido conforme a la necesidad del usuario, se hacen pequeños talleres de discusión y debate en donde se les pide que manifiesten la necesidad educativa que tienen. Entonces en base a eso y a la normativa que tenemos hacemos un complemento por ejemplo con las personas diabéticas hacemos una reunión semanal, cuatro al mes, como cuarenta al año entonces tenemos mucho tiempo para poder hacer una selección de temas que hablen de una atención integral y eso nos ha funcionado mucho.

P: ¿Qué estrategias utiliza en su trabajo?

C: Nosotros utilizamos estrategias que van desde una sección educativa en donde llega un ponente y da una sección utilizando una computadora o hasta el uso de modelos anatómicos dependiendo el tema, de hacer cine debate y foros tratamos de buscarle porque el tratar de orientar y sensibilizar a los adultos es más

difícil hemos utilizado todas las herramientas que podemos tener. Hay compañeras que tiene mucha habilidad y hacen hasta encuestas en hojas reciclables, a los pacientes los ponen a dibujar a manejar sentimientos, emociones que ayudan al tratamiento. Las estrategias son varias el hacer un mapa conceptual, utilizar mapas mentales el hacer una discusión en rondas, el trabajar en equipo, el manejar una técnica manual.

P: ¿Cómo hace participes a las personas en su trabajo?

C: Las hacemos participes desde el momento en que las inscribimos, a todas las personas que asisten a consulta médica si el médico determina que tiene una enfermedad crónica la manda a trabajo social y trabajo social con expediente en mano hace una invitación a los diferentes grupo que hay ofertando y tratando de convencer a la gente la importancia que tiene el acudir a esas sesiones todo esto está basado en normatividad por ejemplo se anota en el expediente la invitación y el pase se siente comprometido y por eso acude la primera vez y una vez que acude el convencimiento se va generando en los grupos que le den importancia y la ayuda mutua y el recibir conocimientos y habilidades porque el paciente como tal no puede desarrollarlas en casa.

P: ¿Cuando una persona le platica sobre sus problemas usted que hace?

C: Depende el área de jefatura de trabajo social no tiene mucho contacto con los pacientes lo tenemos cuando tenemos una actividad cada uno de nosotras tienen diferentes habilidades porque se han capacitado en diferentes cosas depende la problemática que este exponiendo la persona. Por ejemplo yo soy, tome curso de tanatología y diplomados en violencia familiar y entonces tengo un poquito más de conocimiento entonces si el caso es de violencia familiar yo oriento a las personas que tengan esos problemas y dependiendo el caso cada una de nosotros toma la medida que considera si nosotros fungimos como escucha las mandamos al área de psicología agenda una cita y sensibilizar al usuario para que asista. Una cualidad del área de trabajo social es derivar al usuario a alguna institución y que se cuenta un directorio hasta para tramitar una acta de nacimiento porque solicitan la información.

P: ¿Cómo se relaciona con las personas con las que trabaja?

C: Cuando tengo la oportunidad de trabajar con ellos aquí tenemos la idea tenemos que bajarnos hasta en la forma de hablar para que la gente nos entienda y el trato es muy cordial muy de amigos así se trabaja en los grupo de ayuda mutua si el usuario no tiene esa confianza no va asistir muy marcada la line entre el personal y ellos no asiste la confianza se gana a través del trabajo que se tiene con ellos

P: ¿Que hace cuando un paciente no sigue sus orientaciones?

C: Lo derivo con otra persona porque quiere decir que no hay empatía y que el mensaje que yo trate de dar como comunicador no está llegando al receptor y entonces hay que saber reconocer que no tenemos esa capacidad entonces yo prefiero derivarlo para el usuario pueda tener una respuesta a su necesidad.

P: ¿De qué forma proporciona las orientaciones?

C: Aquí una fortaleza que tenemos es contar con espacios individuales tenemos 3 oficinas individuales lo cual nos permite tener una privacidad con el usuario entonces cuando se presenta una problemática tenemos esa facilidad de utilizar esa área cerrada para que ellos se sientan seguros de si mismos sin interrupciones y con la confianza que se presta el ambiente para que expresen libremente.

P: ¿Como motiva a la población para se preocupe por su salud?

C: La motivación es algo que viene de adentro asía afuera entonces yo mas bien hablaría de sensibilización a través de dar una información verdadera una información clara que esa al alcance de ellos conceptos que se entienda y que sean cotidianos para que ellos de alguna manera asuman la responsabilidad que les toca en ese proceso de salud enfermedad y entonces empieza a llegar a lo que nosotros llamamos el acto cuidado de la salud pero ese es un trabajo si no a mediano o largo plazo y que habla de mucho trabajo con acciones educativas pero en donde las podamos comprobar que las personas están recibiendo el mensaje que queremos darles.

P: ¿Recurre a la familia como factor de atención complementario para el paciente?

C: Claro que si aquí hay unas sesiones en donde se invita a los familiares a una sesión para que ellos sepan porque el diabético tiene ciertas características como por ejemplo un carácter difícil y lo importante que es que la familia comparta hábitos alimenticios es un factor muy importante que tiene que ver con el apego y con el mejoramiento del paciente en su enfermedad.

P: ¿Usted cree que el paciente es el único responsable de su salud?

C: Yo creo que le toca la mayor parte de responsabilidad pero responsables somos todos y que hay un artículo de la constitución que marca que es un derecho partiendo desde ahí y que el tiene derecho a esa salud y que las instituciones como esta es una organización pública como esta tiene la obligación de aportar su granito de arena en ese proceso de salud enfermedad.

P: ¿Que tipos de cambios busca en la población que atiende?

C: Buscamos esa toma de conciencia informada queremos que la gente cambie de hábitos y que haga nuevas cosas pero sin informarles el porqué se tiene que hacer sin que ellos se sensibilicen tomen conciencia y ahí viene el cambio es un trabajo que tenemos que hacer toda la gente que trabaja en salud.

P: ¿Me podría describir al mejor paciente que ha tenido?

C: A lo largo de 22 años que tengo aquí recuerdo mucho a una señora que se llama Elena que acabo de ver hace dos semanas y ella tiene una hija de 4 años que se llama Leslie y esa niña cuando nació se hizo un examen que aquí se llama tamiz neonatal que busca un problema de hipotiroidismo por retraso mental en los niño y ella salió mal con un posible retraso y la mama siendo una mujer de pueblo analfabeta joven y hasta ahora me entere que su esposo vive en estados unidos y que ella vive sola aquí con su hija Elena asume esa parte que le corresponde de cuidar a su hija y que aparentemente este programa es gratis Elena venia y me comentaba que el del hospital infantil la habían mandado a un privado y tenía que pagar 1,000 pesos por un examen y Elena me decía que aunque tuviera que trabajar de sirvienta iba a salir. Y hace dos semanas que la vi su hija se encuentra bien y entonces habla de la sensibilización y de asumir por parte de Elena su responsabilidad con su hija.

P: ¿Y cuál es el peor paciente que ha tenido?

C: No le llamaría así, son pacientes incómodos porque caen en una exageración de la demanda hemos tenido pacientes que no son peores sino por su condición psiquiátrica ya hasta los tenemos bien ubicados que caen en el límite de la exigencia y la impertinencia.

Entrevista 4

Hospital General Iztapalapa

Psicóloga Clínica

Sujeto D

P: Mi nombre es Paola Ortega y estudio la Licenciatura en promoción de la salud en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, el objetivo de la investigación es conocer el trabajo que realizan en promoción de la salud en esta institución. Comenzare preguntando ¿Qué es la salud para usted?

D: Es un estado positivo en donde la mente y las emociones se entrelazan para sentirse bien

P: ¿Que variables pueden influir positivamente o negativamente en la salud?

D: Yo creo que puede influir el estado de ánimo, los sentimientos y el entorno social

P: ¿Cómo valora su salud?

D: Mi salud es buena porque en el entorno en el que me encuentro me siento ajusto

P: ¿Que hace para atender su salud?

D: Acudo muy frecuentemente al médico, ya que actualmente estoy enferme de la ulcera gástrica y aunque no quiera debo acudir para revisarme y para ir por mi medicamento.

P: ¿Qué tipo de trabajo realiza?

D: Actualmente dirijo un grupo de alcohólicos anónimos, a los cuales les doy pláticas y orientaciones psicológicas para que superen su adicción.

P: ¿Que es el alcoholismo?

D: Es una enfermedad progresiva, emocional y física de una persona.

P: ¿De qué forma realiza su trabajo?

D: Dentro de este problema utilizamos métodos en los cuales los miembros del grupo se ayudan y se apoyan unos a otros compartiendo experiencias similares en el sufrimiento de su adicción. Las pláticas que se realizan siempre son en grupo y todos participan.

P: ¿Con que tipo de población trabaja?

D: Los miembros pueden ser hombres, mujeres de todas las clases sociales y de todas las edades. Es un problema que se encuentra en cualquier etapa de la vida.

P: ¿Que estrategias utiliza?

D: Mi especialidad es brindar orientación psicológica realizo test de perfil de personalidad, de conducta y platico con ellos para encontrar el principio del problema, no es fácil se requiere de mucho tiempo y de disposición del paciente.

P: ¿Como selecciona los contenidos con los que trabaja?

D: Los selecciono a partir de lo que ellos vayan hablando durante su sección, regularmente en cada sección un paciente va contando su proceso y así todos dan su punto de vista. La información y algunos materiales didácticos me los proporciona la institución.

P: ¿Qué hace usted cuando una persona le platica sobre sus problemas?

D: La escucho y la tranquilizo y si la puedo ayudar lo hago sin embargo una persona que tiene problemas de adicción tiende a hacer muy vulnerable lo que ellos necesitan es atención y orientación para salir adelante.

P: ¿Que hace cuando los pacientes no siguen sus orientaciones?

D: Algunas veces me enoja pero bueno es parte del proceso todo depende de la actitud.

P: ¿Qué tipo de cambios busca en la población que atiende?

D: Siempre busco lo mejor para ellos así que yo demando por parte de ellos responsabilidad y su pronta recuperación.

P: ¿Recurre a la familia como factor protector para sus pacientes?

D: Si algunas veces, porque hay casos de que un paciente es alcohólico por la presión de la propia familia, esto va a depender de varias circunstancias.

P: ¿Cree que el paciente es el único responsable de su salud?

D: Si porque si uno no pone límites ni frena cosas que están mal ya no hay retroceso la responsabilidad es importante y el auto cuidado.

Entrevista 5

Centro de Salud T-II Santa María Aztahuacan

Enfermera

Sujeto E

P: Mi nombre es Paola Ortega y estudio la Licenciatura en promoción de la salud en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, el objetivo de la investigación es conocer el trabajo que realizan en promoción de la salud en esta institución. Comenzare preguntando ¿Qué es la salud para usted?

E: Yo si me quedo con el concepto de la OMS el estado de bienestar físico, social y mental.

P: ¿Me podría decir porque se queda con ese concepto?

E: Bueno dentro de esta institución es aceptable este concepto ya que si uno entiende que la salud es un concepto integral y todo eso ya no entra en estos parámetros.

P: ¿Que variables pueden influir positivamente o negativamente en la salud?

E: Yo pienso que muchas, todas aquellas que alteren el estado de salud, como la temperatura extrema, la mala alimentación.

P: Esas que menciono anteriormente influyen positiva o negativamente

E: Esas influyen negativamente

P: ¿Y positivamente cuales?

E: Bueno una rutina de ejercicio diariamente, una alimentación adecuada y el dormir.

P: ¿Cómo valora su salud?

E: Mi salud es buena, me cuido, cuido mi cuerpo acudo al gimnasio todos los días antes de venir a trabajar.

P: A parte de hacer ejercicio ¿Que hace para cuidar su salud?

E: Acudo al médico a realizarme chequeos

P: ¿Qué tipo de trabajo realiza?

E: Estoy en el área de inmunizaciones, donde algunas veces doy información sobre cáncer de mama

P: ¿Que problemas de salud atiende?

E: Regularmente atiendo a niños pequeños que vienen por sus refuerzos, entonces las vacunas que coloco previenen neumococo, hepatitis, poliomielitis.

P: ¿De qué forma realiza su trabajo?

E: La institución me capacito durante algún tiempo para aplicar las vacunas, tengo apenas 3 años aquí, me gusta más dar pláticas pero aquí como se realiza un cronograma de actividades por mes a veces se mueven las cosas y deja a un lado las pláticas. Cuando doy la plática de cáncer de mama me gusta doy información muy entendible.

P: ¿Como selecciona los contenidos con los que trabaja?

E: Para ser sincera la información ya esta, lo que yo hago es realizar materiales como carteles, trípticos y periódicos murales con información y dibujos.

P: ¿Como hace partícipes a las personas con su trabajo?

E: Ese es el problema, lo que sucede es que como no se prepara sino de un momento a otro la jefa de enfermeras dice vas a dar tu plática en 10 minutos, entonces se las doy a las personas que están esperando su consulta. No me da tiempo de invitar.

P: ¿Qué tipo de ejemplos pone cuando da la información?

E: No pongo ejemplos, explico algunas medidas de prevención a algunas conductas que deben adoptar el paciente para no caer en esta enfermedad.

P: ¿Cuando una persona le cuenta sobre sus problemas usted que hace?

E: La escucho porque tampoco la puedo ignorar pero no me gusta meterme en vidas ajenas.

P: ¿Que hace cuando un paciente no sigue sus instrucciones?

E: Me enoja mucho porque yo si me esfuerzo para dar información

P: ¿Recorre a la familia como factor protector del paciente?

E: Depende de las circunstancias porque a veces la familia no quiere ayudar

P: ¿El paciente es el único responsable de su salud?

E: Si, porque si él no hace cambios en la vida nadie los hace por él.

P: Me puede describir al mejor paciente que ha tenido

E: El mejor es responsable y se acerca a nosotras a pedir información se preocupa por su salud y claro acude a nuestras pláticas

P: Y el peor paciente que ha tenido E: Bueno es todo lo contrario a lo que le dije del mejor.

Entrevista 6

Centro de salud T -II Buenavista

Trabajadora social

Sujeto F

P: Mi nombre es Paola Ortega y estudio la Licenciatura en promoción de la salud en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, el objetivo de la investigación es conocer el trabajo que realizan en promoción de la salud en esta institución. Comenzare preguntando ¿Qué es la salud para usted?

F: Que es la salud para mi he... sería el estar bien física y emocionalmente.

P: ¿Que variables cree que puedan influir positivamente y negativamente en la salud?

F: Yo creo que es el estado de ánimo ¿no crees? Las emociones dependiendo de tu estado de ánimo, el estado emocional en el que encuentres a veces es lo que atrae que bajen tus defensas bajen y de esta forma contribuye a que tu salud no esté como debería.

P: ¿Cómo valora usted su salud?

F: Pues, buena muy buena...

P: ¿Qué hace usted para atender su salud?

F: Pues mira, por parte del trabajo uno de los requisitos, el hecho de atenderte no cuando estés enfermo sino realizarte por lo menos una vez al año estudios de rutina, verificando que todo esté bien y si hay alguna anomalía solucionarlo.

P: ¿Qué tipo de trabajo realiza?

F: Pues mira, somos profesionales de adultos mayores nosotros nos enfocamos a lo que es el adulto mayor, la población de 68 y más.

P: ¿Y qué problemas de salud atiende con esas personas?

F: Pues hay miles desde estado emocional, diabetes, hipertensión, cáncer te podría enumerar muchísimas pero dependiendo de la condición en la que te encuentres.

P: ¿De qué forma realiza su trabajo, que hace con los adultos mayores?

F: Ha pues bueno lo que yo realmente hago, es ayudar a hacer un trámite para que adquieran la pensión que otorga el gobierno del DF.

P: ¿Cómo se relaciona con los adultos mayores?

F: como me relaciono en qué momento

P: Si, cuando tiene el trato directo con ellos, únicamente los ayuda para que tengan su pensión.

Interrupción...

F: Yo creo que abarca mucho, aparte de ser la persona que lleva a cabo el tramite realizó un diagnostico sobre su estado de salud, su estado emocional, la gente con la que convive realmente es trabajar en su entorno del adulto mayor, no solo contribuir a dar una pensión sino averiguar su calidad de vida.

P: ¿Trabaja de manera individual o en grupo?

F: Se supone que es un grupo pero solo me relaciono con una cierta cantidad de pacientes.

P: ¿Les da talleres o platicas?

F: Mira se habían programado hacer talleres, pero ahorita por la carga de trabajo se nos complica lo poco o mucho que uno puede platicar o convivir con los pacientes es la manera en que se puede ayudar al otro y ellos platican su situación emocional sus problemas familiares.

P: ¿Cuándo tiene la oportunidad de trabajar con los adultos que contenidos trabaja?

F: La institución te capacita para que tú puedas dar un mejor servicio y de cierta forma si uno de tus adultos te puede... te confía algún problema para que lo asesores o lo ayudes basado en las capacitaciones que nos dan y trabajo con información editada por la Secretaria de Salud.

P: ¿Solo trabaja con personas de alto riesgo?

F: Como la pensión es general trabajo con personas de alta, media y baja marginalidad nosotros lo calificamos las condiciones varían.

P: ¿Como describe el concepto marginalidad dentro del adulto mayor?

F: Bueno aquella persona que no cuenta con recursos económicos, para sostenerse adecuadamente que dentro de su hogar no cuenta con los servicios necesarios.

P: ¿Cuándo un adulto mayor le cuenta sobre sus problemas usted que hace?

F: Finalmente si tienes la información necesaria la orientas o le das un consejo le haces ver que tiene la capacidad de detener ciertas cosas para ya no permitir las y cuesta un poco de trabajo.

P: ¿Recurre a la familia como factor protector para el paciente?

F: Pues te varea, es entrar en formas de pensar diferentes, a lo mejor los hijos puede ser un factor importante, te basas en un entorno familiar si hay una buena

relación si los hijos son consientes con el adulto, de llevarlo, de atenderlo, de cuidarlo bien pero, si los hijos trabajan o simplemente no les importa es cuando surgen los problemas y se complica.

P: ¿Como caracterizaría al adulto mayor en este momento y aquí dentro de la delegación Iztapalapa?

F: Yo creo que es una parte de la población más vulnerable que necesita atención y que la población en general debería hacer una toma de conciencia.

P: ¿Cree que el paciente es el único responsable de su salud?

F. En parte un 80% si es nuestra responsabilidad nuestra salud el hecho de que tu estés consciente de que tienes un padecimiento y de que estés mal, entonces tu comienzas a atenderte y a preocuparte por ti mismo. Pero la mayoría de los adultos dicen ya no quiero ya no puede y está determinado por la cultura.

P: ¿Cual es el programa que maneja?

F: Pensión Alimentaria de adultos mayores de 68 años o más. Bueno disculpa pero tengo mucho trabajo y ya no puedo seguir contestándote.

P: Si está bien y gracias...

Entrevista 7

Centro de salud T -I Peñas

Enfermera

Sujeto G

P: Mi nombre es Paola Ortega y estudio la Licenciatura en promoción de la salud en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, el objetivo de la investigación es conocer el trabajo que realizan en promoción de la salud en esta institución. Comenzare preguntando ¿Qué es la salud para usted?

G: La salud es un equilibrio homeostático del cuerpo que está determinado por factores biológicos.

P: ¿Que variables pueden influir positiva o negativamente en la salud?

G: La variables pueden ser la temperatura del cuerpo, la presión arterial, los niveles de glucosa y de colesterol.

P: ¿Cómo valora su salud?

G: Bueno yo la valoro dependiendo en el momento en que me encuentre, de mi estado de ánimo y de ciertas circunstancias de mi entorno.

P: ¿Qué hace usted para atender su salud?

G: Procuero llevar una buena alimentación, realizo ejercicio cada vez que puedo y cada vez que el trabajo me lo permite.

P: ¿Qué tipo de trabajo realiza?

G: Dentro de mi trabajo aplico vacunas, tomo signos vitales y realizo una vez al mes pláticas sobre métodos anticonceptivos.

P: ¿De qué forma realiza su trabajo?

G: Tengo 10 años trabajando en centros de salud, por lo que trabajo con el primer nivel de atención en donde la prevención es un núcleo sumamente importante, por lo que mi trabajo es orientar a jóvenes sobre su vida sexual y mostrarles todos los métodos anticonceptivos que existen. Realizo pláticas con grupos de jóvenes que se acercan a pedir información.

P: ¿Como selecciona los contenidos con los que trabaja?

G: La información está dada por la institución, pero hay momentos que me es insuficiente y cuando yo realizó materiales didácticos para que los jóvenes me entiendan mejor, realizo crucigramas o sopas de letras.

P: ¿Que estrategias utiliza?

G: Primero realizo mi ponencia, hablo en una plática solo de un método porque si hablo de todos a la vez ellos no entienden la información, regularmente siempre somos dos enfermeras una da la plática y otra reparte material y al final se realiza una ronda de preguntas si hay alguna duda.

P: ¿Qué tipo de ejemplos pone cuando da la información?

G: Trato de ser clara y reflejar la vida cotidiana, lo que busco es disminuir los embarazos no deseados, la verdad es que a pesar de que hay mucha información pareciera que no existe, no refleja nada porque aun sigue habiendo muchos casos.

P: ¿Por qué piensa usted que la información no sirve?

G: Primero es porque la educación en la familia es fundamental para que ciertas medidas se lleven a cabo y en este momento histórico la libertad ha traído consecuencias significativas, y no hablo de no tener relaciones sino más bien de tenerlas pero con protección y responsabilidad.

P: ¿Qué tipo de materiales utiliza para su trabajo?

G: Generalmente rotafolio en donde no me gusta poner mucha letra prefiero colocar imágenes para que los jóvenes no se aburran, y de regalo les obsequio condones.

P: ¿Como hace participes a las personas con su trabajo?

G: Unos días antes de la plática volanteo afuera del centro de salud, la verdad es que me interesan muchos los jóvenes hay momentos en que me recuerdan mucho a mis hijos y por eso me entusiasma.

P: ¿Cuando un joven le platica sobre sus problemas usted que hace?

G: Lo escucho y si puedo lo ayudo pero no es muy frecuente que eso suceda, los jóvenes son muy penosos y no preguntan sería maravilloso que lo hicieran porque así podría ayudarlos.

P: ¿Recurre a la familia como factor protector para el paciente?

G. Sin duda la familia es el cimiento de todo y puede ser de gran utilidad para muchos problemas de salud en nuestro país.

P: ¿Cree usted que el paciente es el único responsable de su salud?

G: En gran medida si porque aunque nosotras realizamos muchas pláticas pero si ellos no ponen nada de su parte será inútil la información.

P: ¿Qué tipo de cambios busca en la población que atiende?

G: Bueno más que nada busco cambios de actitud basados en responsabilidad, de que los jóvenes sean capaces de tomar buenas decisiones que dejen de ser inmaduros y escuchen la información.

P: Me podría describir al mejor y al peor paciente que ha tenido

G: Si, el mejor es un joven que recuerdo muy bien su nombre Alfredo un muchacho muy amable que asistió a varias platicas y que ahora ya termino su carrera y es una buena persona. Y el peor, no es que sea peor simplemente es aquella persona que toma decisiones a la ligera sin pensar en las consecuencias.

Entrevista 8

Centro de Salud T-I Apatlaco

Trabajador Social

Sujeto H

P: Mi nombre es Paola Ortega y estudio la Licenciatura en promoción de la salud en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, el objetivo de la investigación es conocer el trabajo que realizan en promoción de la salud en esta institución. Comenzare preguntando ¿Qué es la salud para usted?

H: La salud para mí como tal no existe porque un no puede estar completamente sano todo el tiempo son momentos pequeños de la vida.

P: ¿Que variables pueden influir positivamente o negativamente en la salud?

H: Las variables muchas, condición física, el no tener agua potable, el no tener una vivienda y muchas más.

P: ¿Cómo valora su salud?

H: La valoro cuando llego a tenerla por completo porque es la que me permite trabajar

P: ¿Que hace para atender su salud?

H. Procuro cuidarme alimentarme bien y de vez en cuando hacer ejercicio, eso porque no tengo mucho tiempo libre

P: ¿Qué tipo de trabajo realiza?

H: Mi función es afiliar a la gente al seguro popular, este otorgado por el gobierno que beneficia a personas que no cuentan con seguridad social.

P: ¿Me podría decir cuáles son los requisitos?

H: Si el primero es que vivas en el DF y que no tengas seguridad social, acta de nacimiento, CURP, identificación oficial y comprobante de domicilio. Es muy rápido lo realizo en la computadora y ya teniéndolo puedes sacar una cita.

P: ¿Cómo funciona el seguro popular?

H: Cubre la mayor cantidad de enfermedades y es gratuito, para la personas que no tienen para atenderse pues es suficiente.

P: ¿Cómo se relaciona con las personas con las que atiende?

H: Soy amable con ellas, y les ayudo porque ay personas que no saben escribir, es difícil aquí llega toda clase de personas regularmente población muy vulnerable.

Interrupción.

Termino la entrevista porque la jefa de trabajo social, llamo al entrevistado.

Después de un rato de esperarlo..... Regreso

Me comento que su jefa se enojo porque estaba dando la entrevista, se disculpo.

P: No te preocupes y gracias por tu tiempo.

ANEXO 7 CUADRO DE ANALISIS

CATEGORÍA	PREVENCIÓN	ALTERNATIVA
<p>CONCEPTO DE SALUD</p>	<p>A “La salud es un completo bienestar y un balance que permite sentirse bien”... “Un factor que puede influir negativamente en la salud es no hacer caso a las indicaciones que el médico señale”... “Trato de cuidarme porque hay momentos en que me descuido mucho”...</p> <p>B “es un equilibrio entres tres esferas importantes, de esa triada ecológica [agente, huésped y medio ambiente]”...</p> <p>D”Es un estado positivo en donde la mente y las emociones se entrelazan para sentirse bien”...”puede influir el estado de ánimo, los sentimientos y el entorno social”... “Acudo muy frecuentemente al medico”...</p> <p>E “Yo si me quedo con el concepto de la OMS el estado de bienestar físico, social y mental”... “aquellas que alteren el estado de salud, como la temperatura extremosa, la mala alimentación”</p> <p>F “seria el estar bien física y emocionalmente”... “el estado emocional en el que encuentres a veces es lo que atrae que bajen tus defensas”...</p> <p>G “La salud es un equilibrio homeostático del cuerpo que esta determinado por factores biológicos”... “La variables pueden ser la temperatura del cuerpo, la presión arterial, los niveles de glucosa y de colesterol”...</p> <p>H “La salud como tal no existe porque uno no puede estar completamente sano”</p>	<p>B “es un equilibrio entre tres esferas importantes el físico, el mental y el ambiental”... “la salud de manera integral”...</p> <p>C “salud es un proceso cambiante que depende de lo que nosotros le llamamos los determinantes sociales de la salud”... “los determinantes de tipo social que tienen que ver con la vivienda, con la cultura, con la educación”... “A través de concebirlo como algo que es mío que es mi responsabilidad y que yo debo de trabajar para mantenerme lo mas sano posible”... “Acudo al médico me informo investigo y también soy replicador de estas acciones educativas que es una de las principales acciones”...</p> <p>H “Las variables muchas, condición física, el no tener agua potable, el no tener una vivienda”...</p>

CATEGORÍA	PREVENCIÓN	ALTERNATIVA
<p>PERSPECTIVA DE INTERVENCIÓN</p>	<p>A “Mi trabajo se centra en la vacunación”... “atendí enfermedades respiratorias”... “Trato de ser paciente con los niños de informar a las mamás de lo importante que es vacunar a sus hijos”... “No me gusta meterme en la vida de mis pacientes porque no me gusta que se metan en mi vida tampoco, guardo una distancia siempre con el paciente”...</p> <p>B “el cuerpo ya entra en un periodo adaptativo”... “atención primaria entonces atiendo problemas de bajo nivel como vacunación, colocación de dispositivos y en menos proporción enfermedades gastrointestinales o ahorita que esta el brote enfermedades respiratorias”...” Los dejo hablar, lo que necesita la mayoría de ellos es hablar aunque no les des ningún concejo pero el simple hecho de que los escuches es suficiente para desaojarse. Me pasa muy seguido con adultos mayores”...</p> <p>D “Actualmente dirijo un grupo de alcohólicos anónimos, a los cuales les doy pláticas y orientaciones psicológicas para que superen su adicción”... “Mi especialidad es brindar orientación psicológica realizo test de perfil de personalidad, de conducta y platico con ellos para encontrar el principio del problema”... “La escucho y la tranquilizo y si la puedo ayudar lo hago sin embargo una persona que tiene problemas de adicción tiende a hacer muy vulnerable lo que ellos necesitan es atención y orientación para salir adelante”...</p> <p>E “Estoy en el área de inmunizaciones, donde algunas veces doy información sobre cáncer de mama”... “Regularmente atiendo a niños pequeños que vienen por sus refuerzos, entonces las vacunas que coloco previenen</p>	<p>C “somos un nivel preventivo hacemos mucho formación de grupos”... “sesiones educativas se maneja ahora mapas de conversación que son algunos auxiliares didácticos en donde se va reforzando el conocimiento que se va adquiriendo, tenemos la fortaleza de contar con cañón con material de apoyo para facilitar el proceso educativo”...</p>

	<p>neumococo, hepatitis, poliomielitis"... "La institución me capacito durante algún tiempo para aplicar las vacunas, tengo a penas 3 años aquí, me gusta más dar pláticas pero aquí como se realiza un cronograma de actividades por mes a veces se mueven las cosas y deja a un lado las pláticas"...</p> <p>F "lo poco o mucho que uno puede platicar o convivir con los pacientes es la manera en que se puede ayudar al otro"... "somos profesionales de adultos mayores nosotros nos enfocamos a lo que es el adulto mayor, la población de 68 y más"... "estado emocional, diabetes, hipertensión, cáncer te podría enumerar muchísimas pero dependiendo de la condición en la que te encuentres"... "es ayudar a hacer un tramite para que adquieran la pensión que otorga el gobierno del DF"... "Finalmente si tienes la información necesaria la orientas o le das un consejo le haces ver que tiene la capacidad de detener ciertas cosas para ya no permitir las y cuesta un poco de trabajo"...</p> <p>G "Dentro de mi trabajo aplico vacunas, tomo signos vitales y realizo una vez al mes pláticas sobre métodos anticonceptivos"... "Tengo 10 años trabajando en centros de salud, por lo que trabajo con el primer nivel de atención en donde la prevención es un núcleo sumamente importante, por lo que mi trabajo es orientar a jóvenes sobre su vida sexual y mostrarles todos los métodos anticonceptivos que existen"... "Lo escucho y si puedo lo ayudo pero no es muy frecuente que eso suceda, los jóvenes son muy penosos y no preguntan sería maravilloso que lo hicieran porque así podría ayudarlos"</p>	
--	---	--

	<p>H “Mi función es afiliar a la gente al seguro popular, que beneficia a personas que no cuentan con seguridad social”... “Cubre la mayor cantidad de enfermedades y es gratuito, para la personas que no tienen para atenderse pues es suficiente”... “Soy amable con ellas, y les ayudo porque ay personas que no saben escribir, es difícil aquí llega toda clase de personas regularmente población muy vulnerable”...</p>	
POBLACIÓN QUE ATIENDE	<p>A “niños especialmente”... “las vacunas que aplico están determinadas por grupos de edad”... “atiendo regularmente a niños de escasos recursos”...</p> <p>B “me gusta trabajar con pacientes jóvenes porque me ven como autoridad”...</p> <p>D “Grupo de alcohólicos anónimos”...</p> <p>E “niños pequeño y señoras con problemas de cáncer de mama”...</p> <p>F “nos enfocamos a lo que es el adulto mayor, la población de 68 y más”... “trabajo con personas de alta, media y baja marginalidad nosotros lo calificamos las condiciones varían”...</p> <p>G “Realizo pláticas con grupos de jóvenes que se acercan a pedir información”...</p> <p>H “Atiendo a toda la población que dese tener un servicio de salud”...</p>	<p>C “nos hemos dedicado hacer prevención de complicaciones atendemos a toda la población que no tienen seguridad social por trabajo”... “nivel preventivo hacemos mucho formación de grupos es un centro que se caracteriza por tener el numero mas alto en formación de grupos, hacemos mucha prevención de factores de riesgo de mujeres embarazadas, hacemos ahorita 8 grupo de mujeres embarazadas 4 en la mañana y 4 en la tarde ahorita iniciamos uno 13 de febrero entonces en este cursos se dan una serie de sesiones educativas técnico practicas sobre el embarazo y tenemos lo que nosotros denominamos grupos de ayuda mutua de pacientes que tienen alguna enfermedad crónica diabetes hipertensión y obesidad o las 3 que se consideran el síndrome metabólico”...</p>
ESTRATEGIAS UTILIZADAS	<p>A “informar a las mamás de lo importante que es vacunar a sus hijos”... “cuando tengo la oportunidad de dar información la baso a partir de trípticos que nos envía la Secretaria de Salud”</p>	<p>C “cursos se dan una serie de sesiones educativas técnico practicas”... “grupo de personas obesas y se fomenta mucho el ejercicio físico”... “sesiones psicológicas y</p>

	<p>B “atención primaria entonces atiendo problemas de bajo nivel como vacunación, colocación de dispositivos”... “Dentro de la institución la información ya es dirigida”... “siempre pongo videos”...</p> <p>E “la información ya esta, lo que yo hago es realizar materiales como carteles, trípticos y periódicos murales con información y dibujos”... “Ese es el problema, lo que sucede es que como no se prepara sino de un momento a otro la jefa de enfermeras dice vas a dar tu platica en 10 minutos, entonces se las doy a las personas que están esperando su consulta. No me da tiempo de invitar”...</p> <p>F “es ayudar a hacer un tramite para que adquieran la pensión alimentaria que otorga el gobierno del DF”... “Se supone que es un grupo pero solo me relaciono con una cierta cantidad de pacientes”... “La institución te capacita para que tu puedas dar un mejor servicio y de cierta forma si uno de tus adultos te puede... te confía algún problema para que lo asesores o lo ayudes basado en las capacitaciones que nos dan y trabajo con información editada por la Secretaria de Salud”...</p> <p>G “La información esta dada por la institución, pero hay momentos que me es insuficiente y cuando yo realizó materiales didácticos”... “regularmente siempre somos dos enfermeras una da la platica y otra reparte material y al final se realiza una ronda de preguntas si hay alguna duda”... “Generalmente rotafolio en donde no me gusta poner mucha letra prefiero colocar imágenes”...</p> <p>H “Si el primero es que vivas en el DF y que no tengas</p>	<p>tenemos el servicio de nutrición”... “Las estrategias son varias el hacer un mapa conceptual, utilizar mapas mentales el hacer una discusión en rondas, el trabajar en equipo, el manejar una técnica manual”</p> <p>D “Dentro de este problema utilizamos métodos en los cuales los miembros del grupo se ayudan y se apoyan unos a otros compartiendo experiencias similares en el sufrimiento de su adicción”...</p>
--	---	---

	<p>seguridad social, acta de nacimiento, CURP, identificación oficial y comprobante de domicilio. Es muy rápido lo realizo en la computadora y ya teniéndolo puedes sacar una cita”...</p>	
<p>ABORDAJE</p>	<p>A “Los cambios son relativos todo depende de sus conductas, mi trabajo no es de brindar orientación simplemente aplico vacunas”... “Busco ejemplos de la vida cotidiana porque la población a la que atiendo no tiene un nivel de educación alto”...”Quisiera poder dar orientación, pero no uso las instrucciones. Un ejemplo es cuando a las mamás les pido que deben lavarles las manos constantemente a sus niños para evitar enfermedades”... “Me molesto mucho [cuando no siguen mis instrucciones] porque uno utiliza parte de su tiempo en brindarles información”...</p> <p>B “Cambios de actitud dirigidos hacia la responsabilidad en todos los aspectos”... “Realmente siempre pongo videos porque hay videos muy específicos que sirven para complementar la información. Algunas veces utilizo pancartas y explicaba bueno aquí pasa esto de forma representativa”... “Depende si aquí un niño viene por algún medicamento y le indico como tiene que tomárselo, cuantas veces al día, el reposo todo eso y regresa al tercer día por la misma enfermedad entonces le pregunto a ver te saltaste alguna pastilla porque luego viene en tono de su medicamento no me hizo o su vacuna me provoco reacciones y usted tiene la culpa. Entonces es porque el paciente no siguió las instrucciones”...</p> <p>D “Algunas veces me enoja pero bueno es parte del proceso todo depende de la actitud”...</p>	<p>C “vez que acude el convencimiento se va generando en los grupos que le den importancia y la ayuda mutua y el recibir conocimientos y habilidades”... “Lo derivo con otra persona porque quiere decir que no hay empatía y que el mensaje que yo trate de dar como comunicador no esta llegando al receptor y entonces hay que saber reconocer que no tenemos esa capacidad entonces yo prefiero derivarlo para el usuario pueda tener una respuesta a su necesidad”...</p>

	<p>E “No pongo ejemplos, explico algunas medidas de prevención a algunas conductas que deben adoptar el paciente para no caer en esta enfermedad...” La escucho porque tampoco la puedo ignorar”... “Me enojo mucho porque yo si me esfuerzo para dar información”...</p> <p>F “Mira se habían programado hacer talleres, pero ahorita por la carga de trabajo se nos complica lo poco o mucho que uno puede platicar o convivir con los pacientes es la manera en que se puede ayudar al otro y ellos platican su situación emocional sus problemas familiares”...</p> <p>G “Trato de ser clara y reflejar la vida cotidiana, lo que busco es disminuir los embarazos no deseados, la verdad es que a pesar de que hay mucha información pareciera que no existe, no refleja nada porque aun sigue habiendo muchos casos”...</p> <p>H “No contesto”</p>	
<p>DIRECCIONAMIENTO DE LAS MEDIDAS</p>	<p>A “guardo una distancia siempre con el paciente”...</p> <p>B “Se colocan avisos para que la población se atienda, realmente yo no tengo problemas con la asistencia los pacientes se prestan muy bien”...</p> <p>C “para elegir esta determinado por las Normas Oficiales Mexicanas, estas nos indican los temas básicos que se deben cubrir”...</p> <p>D “Si algunas veces, porque hay casos de que un paciente es alcohólico por la presión de la propia familia, esto va a depender de varias circunstancias”...</p>	<p>C “La motivación es algo que viene de adentro así afuera entonces yo mas bien hablaría de sensibilización a través de dar una información verdadera una información clara que esa al alcance de ellos conceptos que se entienda”... “si aquí hay unas sesiones en donde se invita a los familiares a una sesión para que ellos sepan porque el diabético tiene ciertas características como por ejemplo un carácter difícil y lo importante que es que la familia comparta hábitos alimenticios es un factor muy importante que tiene que ver con el</p>

	<p>E “Depende de las circunstancias porque a veces la familia no quiere ayudar”...</p> <p>F “Pues te varea, es entrar en formas de pensar diferentes, a lo mejor los hijos puede ser un factor importante, te basas en un entorno familiar si hay una buena relación si los hijos son consientes con el adulto, de llevarlo, de atenderlo, de cuidarlo bien pero, si los hijos trabajan o simplemente no les importa es cuando surgen los problemas y se complica”...</p> <p>G “Primero es porque la educación en la familia es fundamental para que ciertas medidas se lleven a cabo y en este momento histórico la libertad ha traído consecuencias significativas”... “Bueno más que nada busco cambios de actitud basados en responsabilidad, de que los jóvenes sean capaces de tomar buenas decisiones que dejen de ser inmaduros y escuchen la información”... “Sin duda la familia es el cimiento de todo y puede ser de gran utilidad para muchos problemas de salud en nuestro país”...</p> <p>H “No contesto”</p>	<p>apego y con el mejoramiento del paciente en su enfermedad”...</p>
<p>OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS</p>	<p>A “bajar los indicadores en estadísticas sobre enfermedades”... “Los cambios son relativos todo depende de sus conductas, mi trabajo no es de brindar orientación simplemente aplico vacunas”... “Como mis pacientes son niños el mejor que he tenido no llora, se deja vacunar sin problemas y hasta lo premio con un dulce”... “Claro, que me han tocado son impertinentes y lloran de todo”</p> <p>B “Una vez saliendo de aquí si. Y además si yo ya</p>	<p>C “le toca la mayor parte de responsabilidad pero responsables somos todos y que hay un articulo de la constitución que marca que es un derecho partiendo desde ahí y que el tiene derecho a esa salud y que las instituciones como esta es una organización publica como esta tiene la obligación de aportar su granito de arena en ese proceso de salud</p>

	<p>proporcione las medidas necesarias para su enfermedad y el saliendo de aquí no sigue las instrucciones como debe es mitad y mitad de responsabilidad"... "Nos ayudamos con una enfermera para dar las pláticas de fomento a la salud, como debes de lavarte los dientes, si ya estas en edad reproductiva orientación sobre métodos anticonceptivos nos enfocamos con cada persona y su problemática"... "No hay un mejor paciente, tal vez que siga las instrucciones y que sea muy respetuoso pero no puedo catalogar a un paciente mejor o peor mi obligación es ver pacientes y ya. No te puede decir hay buenos y malos pacientes"...</p> <p>D "Siempre busco lo mejor para ellos así que yo demando por parte de ellos responsabilidad y su pronta recuperación"... "El paciente es el único responsable de su salud, porque si uno no pone limites ni frena cosas que están mal ya no hay retroceso la responsabilidad es importante y el auto cuidado"...</p> <p>E "el paciente es el único responsable de su salud, porque si el no hace cambios en la vida nadie los hace por el"... "El mejor paciente es responsable y se acerca a nosotras a pedir información se preocupa por su salud y claro acude a nuestras platicas"... "Bueno es todo lo contrario a lo que le dije del mejor"...</p> <p>F "Yo creo que es una parte de la población más vulnerable que necesita atención y que la población en general debería hacer una toma de conciencia"... "En parte un 80% si es nuestra responsabilidad nuestra salud el hecho de que tu estés consiente de que tienes un padecimiento y de que estés mal, entonces tu comienzas a atenderte y a preocuparte por ti mismo. Pero la mayoría de los adultos dicen ya no quiero ya no puede y esta</p>	<p>enfermedad"... "Buscamos esa toma de conciencia informada queremos que la gente cambie de hábitos y que haga nuevas cosas pero sin informarles el porque se tiene que hacer sin que ellos se sensibilicen tomen conciencia y ahí viene el cambio es un trabajo que tenemos que hacer toda la gente que trabaja en salud"...</p>
--	---	--

	<p>determinado por la cultura”...</p> <p>G “lo que busco es disminuir los embarazos no deseados, la verdad es que a pesar de que hay mucha información pareciera que no existe, no refleja nada porque aun sigue habiendo muchos casos”...</p> <p>“En gran medida si porque aunque nosotras realizamos muchas pláticas pero si ellos no ponen nada de su parte será inútil la información”...</p> <p>H “No contesto”</p>	
<p>OTRAS RESPUESTAS</p>	<p>B “Para serte sincera todos los médicos no somos saludables”... “Llevamos una vida un poco distorsionada porque siempre es en pro que nos estamos adaptando a las circunstancias”... “No dormimos ocho horas como siempre recomendamos porque no lo hacemos dormimos cada tercer día cuando se puede también te dijo que por ejemplo no comemos tres veces al día como nosotros decimos porque no tenemos tiempo por las circunstancias en el punto muy estricto nosotros no somos personas saludables”...</p>	

