

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Acciones de Intervención del promotor de la salud en el programa Centro de
desarrollo Comunitario de la delegación Gustavo A. Madero**

TRABAJO RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

ROSA MARÍA RAMÍREZ REYES

Directora de trabajo recepcional

Mtra. Natividad Almanza Beltrán

Ciudad de México, abril 2017.

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.

AGRADECIMIENTOS

Gracias dios por tu amor y bondad que me permitiste sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu infinita ayuda. Tú me has dado fortaleza para continuar cuando estuve a punto de caer; por ello con toda la humildad que mi corazón emana te doy gracias por haber permitido terminar con gran éxito este trabajo.

A mi madre que día con día me hace ver que la vida no es tan fácil, que con sacrificios y dedicación se pueden hacer realidad los sueños, metas y logros. A esta gran mujer le doy gracias por haber confiado en mí y apoyarme en cada una de mis decisiones.

A mi padre a quien le doy gracias por haber esperado este momento y por haberme enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue. Gracias por brindarme tu amor y tu apoyo.

A mi hermana que me brindó su apoyo, palabras de aliento cuando estaba a punto de rendirme, por darme un abrazo cuando más lo necesitaba y seguir adelante. Ella es mi fuente de inspiración, es una mujer que no se da por vencida, Gracias hermanita y espero con ansias ese gran angelito que está en camino.

A mi tutora a quien le agradezco de todo corazón las enseñanzas, apoyo, paciencia y tiempo brindado para realizar este trabajo, la admiro y respeto por ser una gran persona y profesionista. Gracias Mtra. Natividad Almanza Beltrán.

A mis lectores les agradezco de todo corazón a cada uno de ustedes por su ayuda incondicional, por dedicarme su tiempo tan preciado, por sus enseñanzas, disponibilidad, por sus palabras de aliento, sin su ayuda este trabajo no hubiera sido posible. Quiero decirle a cada uno de ustedes que los admiro por ser unos excelentes seres humanos y profesionistas. Gracias Mtra. María Eugenia Covarrubias Hernández, Lic. Joyce Britt Rivera Granados, Lic. Cutberto Díaz Avelino y Dr. Ingmar Augusto Prada Rojas.

Gracias Lic. Héctor Barreto Monter aunque ya no se encuentre físicamente entre nosotros, siempre estará en mi corazón, por haberme brindado su ayuda, su apoyo y haber confiado en mí. Gracias por haber sido un excelente ser humano y un gran amigo.

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción..... | 1 |
| Justificación | 4 |
| Apartado 1. Programas..... | 7 |
| 1.1 Programa Centro de Desarrollo Comunitario..... | 7 |
| 1.2 Centro de Atención Integral de Adicciones..... | 8 |
| 1.3 Clínica Integral de la Mujer..... | 11 |
| Apartado 2. Marco Teórico..... | 15 |
| 2.1 Condiciones socio-económicas en México..... | 15 |
| 2.2 Condiciones de salud en México..... | 23 |
| 2.3 Características Sociodemográficas de Delegación Gustavo A. Madero..... | 31 |
| Apartado 3. Promoción de la Salud..... | 36 |
| 3.1 Antecedentes..... | 36 |
| 3.2 Concepto y desarrollo de la Promoción de la Salud | 44 |
| 3.3 Abordaje de la Promoción de la Salud desde los determinantes sociales | 49 |
| Apartado 4. Actividades realizadas en el servicio social..... | 54 |
| Apartado 5. Resultados..... | 61 |
| 5.1 Vinculación con la licenciatura..... | 61 |
| 5.2 Aprendizaje profesional y social..... | 68 |
| Conclusiones..... | 73 |
| Referencias..... | 81 |
| Anexos..... | 88 |

INTRODUCCIÓN

El presente documento es un informe de servicio social realizado en el *Programa Centro de Desarrollo Comunitario* (área de Subdirección de Servicios Médicos) el cual se encuentra en la Delegación Gustavo A. Madero (GAM), durante el periodo de marzo a septiembre de 2014, cubriendo un total de 480 horas¹. Durante mi estancia realicé diversas actividades como; brindar información acerca de los servicios médicos de atención primaria, entrega de medicamentos en el área de farmacia a las personas no derechohabientes de instituciones públicas, recepción de documentación y llenado de formularios para la aplicación de exámenes oftalmológicos por parte del programa *GAM ve por ti*, colaboración en la Jornada semestral de salud que se realiza en la explanada de la delegación en conjunto con el personal médico, se brindó información a la población cuando se realizaron estudios gratuitos sobre mastografías, papanicolaou, revisión dental, vacunación, planificación familiar y se distribuyeron métodos anticonceptivos (condones). Se brindaron pláticas informativas sobre infecciones de transmisión sexual, de cáncer cérvico uterino, cáncer de mama y el cómo prevenir los factores de riesgo.

En mi servicio social impartí pláticas y talleres de grupo en donde se diagnostican y tratan las adicciones de la comunidad, mi intervención se enfocó a la prevención de adicciones, todas estas actividades se organizaron en conjunto con el personal del área de la subdirección de servicios médicos de dicha delegación. Es necesario aclarar que hay diferentes instituciones y programas vinculados al *Programa Centro de Desarrollo Comunitario* como; el *Centro de Atención Integral de Adicciones y la Clínica Integral de la Mujer* de dicha delegación y programas como *FarmaGam* y *GAM Ve por Ti*.

¹ De acuerdo con lo establecido en la Ley Reglamentaria de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) de Servicio Social.

En la *Clínica Integral de la Mujer*, se brindaba información de los servicios con los que cuenta dicha clínica, el tipo de estudios que se realizan (Colposcopia, Mastografía, densitometría entre otros) y, se les proporcionaba indicaciones de cómo deberían presentarse las mujeres para la realización de los estudios.

En las distintas instituciones, vinculadas con el programa, se desarrollaron talleres, pláticas, campañas encaminadas en la orientación y prevención sexual, drogadicción, violencia familiar, detección de VPH (Virus del Papiloma Humano), cáncer cérvico uterino y cáncer de mama. El objetivo era sensibilizarlas para que se realicen estos estudios, que conozcan su importancia, en la prevención, teniendo con ello un diagnóstico oportuno y tratar de aminorar las problemáticas asociadas a dichos padecimientos.

El contenido del informe se organiza en apartados, así, en el apartado uno se mencionan los objetivos, misión y visión del *Programa Centro de Desarrollo Comunitario, Centro Integral de Adicciones y Clínica Integral de la Mujer*. En el apartado dos se desarrolla el marco teórico en donde se revisan las condiciones socioeconómicas y de salud en México, así como de las condiciones en que vive la población de la GAM.

En el apartado tres se conceptualiza a la Promoción de la Salud y se presentan algunos antecedentes de manera general. Se revisa el abordaje que tiene ésta desde el enfoque basado los determinantes de salud, planteado por la OMS.

El apartado cuatro describe las actividades realizadas durante el servicio social, las cuales están encaminadas a la atención primaria de la salud considerando todas aquellas actividades de intervención vinculadas básicamente a la prevención.

En el apartado cinco de resultados se vinculan las actividades realizadas durante mi estancia en el servicio social con mi formación profesional como promotora de salud egresada de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

De igual manera se analiza el aprendizaje profesional y social obtenido a través de poner en práctica los conocimientos adquiridos mediante la formación académica, es decir, conocimientos, habilidades y actitudes las actitudes descritas en el plan de estudios de la licenciatura en Promoción de la Salud.

Finalmente, en la conclusión se pretende realizar una crítica al programa en donde se realizó el servicio social, consistente en dar a conocer sus alcances y limitaciones y el trabajo del prestador de servicio. Es un proceso de reflexión crítica donde no sólo se revisan: 1. los aprendizajes, 2. su coherencia con la formación profesional, 3. las limitaciones de la práctica (a partir del servicio social) y 4. Sus inconsistencias con el perfil.

JUSTIFICACIÓN

El servicio social, es una etapa de transición de gran importancia en cualquier carrera universitaria que marca un paso al conocimiento teórico a la práctica del estudiante y el inicio de la vida profesional. Surge con dos propósitos fundamentales; el primero, vincular al estudiante en su entorno profesional y el segundo, es devolver en forma de acción social los beneficios que haya recibido durante su preparación académica a las personas con las que se tendrá contacto en una vida futura.

Este *Programa Centro de Desarrollo Comunitario* de la GAM fue elegido porque brinda la oportunidad de trabajar con la población en situación de pobreza, la cual no cuenta con un nivel de escolaridad básico, con una vivienda digna y tampoco con seguridad social.

Los problemas señalados se encuentran en un contexto de desigualdad social y de profunda crisis económica, de seguridad social y de pobreza, en el que la población no puede tener acceso a la satisfacción de las necesidades básicas en salud y bienestar en general.

Se habla que en el país el número de pobres aumenta cada día, según datos del CONEVAL (2012) el número de pobres es de 53.3 millones de personas y el desempleo es mayor a los índices publicados por organismos oficiales, por ejemplo, la GAM, de acuerdo con el INEGI, el 52.5% de la población se considera Población Económicamente Activa (PEA) y el 47.5% de la población restante se considera Población Económicamente Inactiva (PEI), este porcentaje tiene que ser revisado cuando se desmenuza en tipos de empleo, remuneración y prestaciones laborales, es decir, el dato no nos habla de las pésimas condiciones en las que se encuentra la PEA. Al respecto la Coalición de Trabajadores del INEGI señalan que al menos 4 millones 18 mil personas laboran sin recibir salario alguno por lo que resulta absurdo se les integre a la tasa de ocupación del país.

Los datos anteriores se encuentran en consonancia con el diagnóstico delegacional en donde el 50.7% de la población no es derechohabiente de Instituciones públicas, por ello acude a los servicios de la Secretaría de Salud (hospitales y centros de salud), o bien a servicios médicos que ofrece la Delegación.

De acuerdo al diagnóstico emitido por el INEGI, el sistema de seguridad social intentó corregir el retardo en la capacidad de respuesta a las necesidades de salud de la población no asegurada, la marcada desigualdad en la distribución del gasto en salud y el gasto innecesario de los hogares más pobres.

Estos problemas están insertos en el contexto nacional en México, en donde además de la desigualdad, las enfermedades tales como: la diabetes, la obesidad y las enfermedades crónico degenerativas forman parte de los problemas más relevantes de la salud pública, donde el cáncer cérvico uterino y el cáncer de mama, ocupan el primer lugar como causa de muerte por tumores malignos en la mujer siendo significativamente más elevada en las mujeres jóvenes (Corcho; 2000. pp. 168-169).

Al igual que el cáncer cérvico uterino y el cáncer de mama, los problemas del uso y/o abuso de sustancias adictivas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y en el desarrollo y la estabilidad social. Para la Promoción de la Salud, los problemas sociales mencionados son un campo de estudio porque se encuentran relacionados con la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la Promoción de la Salud no sólo se centra en el estudio de las causas y de los determinantes en salud, sino también de las acciones prácticas relacionadas con el fortalecimiento e integración de las acciones, la prevención y control de enfermedades, así como de estrategias de autoayuda y educación las cuales tienen que ver con actividades del ámbito social y de salud.

Es importante resaltar en el informe, el trabajo profesional del promotor de la salud, a través del análisis y la descripción de actividades realizadas en el *Programa Centro de Desarrollo Comunitario*, el cual, si tuviera oportunidad de reconocerse el perfil de un profesional de la salud podría generar cambios para ayudar a las personas, grupos o comunidades, a satisfacer sus necesidades a superar las dificultades que impiden o limitan la igualdad de oportunidades, a potenciar las capacidades de las personas; así como a contribuir a promover el bienestar social y la calidad de vida para mejorar la salud colectiva. Estas acciones deberían ser prioridad de las y los promotores de salud, formados en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

La OMS define a la Promoción de la Salud como estrategia que permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud que abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

APARTADO 1. PROGRAMAS

1.1 Programa Centro de Desarrollo Comunitario

Objetivo general

Ofrecer a la población, los servicios acordes a la problemática social que enfrentan en su ámbito territorial a nivel familiar, comunitario y social, para mejorar su calidad de vida.²

Objetivos específicos

- Planeación de actividades según sea la problemática de salud.
- Preparación de material para la realización de cursos, talleres y pláticas según sea la problemática.
- Difusión de actividades en los centros que pertenecen a la Delegación Gustavo A. Madero con ayuda de pláticas y campañas culturales y recreativas.

Se mencionó anteriormente que durante mi estancia en la Delegación Gustavo A. Madero realicé actividades en los diferentes programas e instituciones vinculadas con el *Programa Centro de Desarrollo Comunitario*. A continuación se mencionarán los objetivos de éstas.

El área que se encarga de vigilar las actividades del *Programa Centro de Desarrollo Comunitario* es el área de subdirección de servicios médicos³. En el apartado de anexos se integra el organigrama estructural de las instituciones y programas con las que cuenta la GAM, en las cuales realice mi servicio social.

² Esta información fue extraída de la página que contiene los programas de servicio social que ofrece la UACM SiRASS, la cual contiene las características del programa *Centros de Desarrollo Comunitario*, donde se llevó a cabo el servicio social ubicado en la delegación GAM.

³ Subdirección de servicios médicos: Se encarga de coordinar la política social a implementar en materia de salud, grupos vulnerables y asuntos de género, que contribuya a mejorar la calidad de vida de los maderenses, así como supervisar el funcionamiento y la operación de los centros de bienestar social con los que cuenta la GAM.

1.2 Centro de Atención Integral de Adicciones

La prevención y atención contra las adicciones (Alcoholismo, drogas o fármaco-dependencia) debe constituirse como la serie de acciones que evitan la ocurrencia o evolución del daño a la salud del individuo, la familia y la sociedad.

Bajo esta consideración, se hace el planteamiento del Programa de Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas, que contempla estrategias de educación para la salud, comunicación social, detección oportuna y tratamiento, incluyendo la participación coordinada de las instancias públicas, privadas y sociales con representatividad en la Delegación Gustavo A. Madero.

Objetivo general

Otorgar atención multidisciplinaria en materia de adicciones, a la comunidad de la Delegación Gustavo A. Madero, en el *Centro de Atención Integral a las Adicciones*, a través de acciones sanitarias, psicológicas, socioeducativas y de integración laboral.

En este centro se brinda asesoría, atención y canalización ante las instancias adecuadas, a todas aquellas personas que padecen cualquier grado de adicción al alcohol, drogas naturales y/o sintéticas o fármacos, y en su caso ofrecer servicios de orientación preventiva, a través de pláticas y talleres.

Objetivos específicos

- Promover la participación comunitaria a través de acciones de información, orientación y sensibilización dirigida a padres de familia, maestros, líderes comunitarios y grupos organizados a fin de consolidar la toma de conciencia y corresponsabilidad en la prevención y control del tabaquismo, alcoholismo y fármaco-dependencia.
- Generar estrategias que impulsen la participación comunitaria y consoliden una estructura social en centros educativos, colonias, barrios, fraccionamientos y unidades habitacionales de la Delegación Gustavo A.

Madero, lo que permita conformar un frente común ante el problema de las adicciones.

- Fortalecer los factores protectores como alternativa real para la Prevención y Control de las Adicciones y como elemento específico para el aprovechamiento real de los recursos existentes (sector salud, sector educativo, seguridad pública, organizaciones sociales, infraestructura existente para recreación, cultura y deporte) de la Delegación Gustavo A. Madero.
- Brindar atención adecuada y adaptada a la situación diagnóstica de la Delegación, respecto al consumo de psicoactivos volátiles, alcohol y tabaco.
- Promover y desarrollar programas y servicios comunitarios acordes a las necesidades de niñas (os) y adolescentes de la Delegación, con énfasis a la publicación ubicada en áreas de alto riesgo.

Misión

Con la participación y coordinación de los sectores público, social, privado y de la comunidad, entregar acciones de calidad y con perspectiva de género con el fin de evitar o reducir la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en los grupos poblacionales de riesgo de la Delegación Gustavo A. Madero, incidiendo en los daños y consecuencias de las conductas adictivas que dañan al individuo, a su familia y grupo social.

Visión

Ver consolidado este *Centro de Atención Integral de Adicciones*, como un curso rector que coordine y ordene los recursos y servicios con lo que cuenta la delegación para la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas, siendo sede del consejo Delegacional para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, conformando una red integral de atención al fenómeno y que sustente

su eficacia en tres niveles de acción a partir de la clasificación de los recursos y servicios existentes.⁴

Criterios de intervención del centro de atención integral a las adicciones

Compromiso ético: Todas las acciones realizadas en el marco del proyecto de intervención tendrán en cuenta los principios éticos de responsabilidad, gratuidad e inocuidad.

Enfoque integral: Como un fenómeno multicausal y multifactorial, las intervenciones tendrán en cuenta a los diversos factores que intervienen desde la aplicación de un modelo biopsicosocial, tanto para la intervención de las adicciones como para la asistencia, reinserción social y sus consecuencias en las diversas etapas de la vida de las personas y de su entorno.

Universalidad y equidad: Facilitar, en igualdad de condiciones y sin discriminación, el acceso de toda la población a las acciones preventivas, asistenciales y de integración social, con carácter público y gratuito, según la necesidad particular, presentando especial atención a aquellos grupos sociales más vulnerables o con mayores dificultades para el acceso y aprovechamiento de los servicios y recursos.

Cooperación e interdependencia: Promover la coordinación y cooperación entre las instancias públicas, privadas y sociales, como estrategia para la articulación de respuestas que se amolden al complejo esquema multifactorial para la explicación de las adicciones.

Integración y normalización: Orientar todos los procesos de intervención que se realicen con carácter preventivo, asistencial o de reinserción, hacia el objetivo final de conseguir el mayor grado posible de integración social, fortaleciendo el mantenimiento o la recuperación de los vínculos familiares y sociales.

⁴ Esta información fue proporcionada por el subdirector de Servicios Médicos de la delegación GAM, Dr. Ignacio Jaime Bárcenas Trejo quien es responsable del centro de Atención Integral de Adicciones y director de la Clínica Integral de la Mujer.

Participación comunitaria: Establecer los mecanismos que posibiliten el involucramiento de las instancias públicas, sociales, privadas y de la comunidad y de las personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, así como de sus familias, para facilitar la integración de respuestas adecuadas, integrales y acordes a las necesidades reales.

Calidad: Las acciones del *Centro de Atención Integral a las Adicciones* se orientarán siempre hacia la mejora continua, la búsqueda de la satisfacción, la eficiencia y efectividad del programa por medio de acciones de formación, capacitación, investigación y evaluación continuas, teniendo como directriz la evidencia científica.

Esta institución está vinculada con la delegación GAM cuyo objetivo es el brindar atención adecuada y adaptada a la situación diagnóstica para el mejoramiento de alguna adicción.

1.3 Clínica Integral de la Mujer

La *Clínica Integral de la Mujer* fue creada con el objetivo de detectar oportunamente el cáncer cérvico uterino y de mama, en ella se realizan servicios gratuitos de ultrasonido de mama, mastografía, papanicolaou y colposcopia, utilizando la tecnología más avanzada para estos estudios.

Esta clínica también cuenta con ayuda psicológica, en donde se da apoyo psicológico a las mujeres que sufran maltrato o trastornos psicológicos, también cuenta con ayuda jurídica en caso de problemas legales mediante licenciados en derecho.

Objetivo general

Apoyar en el equilibrio de la comunidad femenina maderense⁵ en su estado de salud enfermedad, tomando en cuenta que el ente humano no solo es un estado físico, sino que tiene más componentes con los que se puede intervenir.

⁵ Se refiere a la comunidad de la delegación Gustavo A. Madero como maderense o maderenses por el lugar de residencia de dicha población.

Justificación

Pese a que en la GAM se cuenta con dos mastógrafos fijos en dos centros de salud y dos mastógrafos móviles en el servicio médico delegacional, éstos son insuficientes para dar cobertura a la demanda de la detección de cáncer de mama, por ese motivo surgió la necesidad de crear la *Clínica Integral de la Mujer* y poder cubrir la demanda de la población femenina.

Asimismo, en esta clínica se cuenta con el servicio de colposcopia, siendo este certero para el diagnóstico de cáncer cérvico uterino y Papiloma Humano. Se trata de evitar enviar a las pacientes hasta la parte sur del Distrito Federal lo cual afectaría a las familias al aumentar los gastos de traslado.

Aunado a los padecimientos físicos la población femenina se encuentra afectada psicológicamente debido al problema del machismo, situación que genera maltrato femenino, infantil y abuso colocándolos en una situación de vulnerabilidad.

Este grupo es el más vulnerable ya que al no contar con recursos monetarios les es imposible contratar a un abogado que los apoye, asesore para defenderse de abusos en contra de ellos.

Misión

Ser una clínica especializada en la prevención y atención integral de las mujeres, con tecnologías efectivas de acuerdo a las normas y políticas públicas en prevención, para la detección oportuna de cáncer mamario y cáncer cérvico uterino, así como la prevención de sobrepeso, maltrato familiar y trastornos emocionales.

Visión

Ser una clínica de vanguardia y con alto sentido de responsabilidad social, que otorgue atención integral de las mujeres, que funja como clínica de atención integral de mujeres en apoyo de las políticas públicas del Gobierno del Distrito Federal en la materia de prevención, a fin de contribuir al mejoramiento del bienestar social de la población.

Métodos y equipos

La clínica cuenta con cinco mastógrafos digitales, y según los documentos consultados los equipos cuentan con una tecnología avanzada que los hace funcionar eficazmente con un mínimo de radiación para los usuarios y el personal técnico.

Ser digitales y ecológicos estos equipos, los cuales permiten ser más efectivos los métodos, los procedimientos y los estudios de mastografía, evitando contaminar el medio ambiente ya que no se utiliza líquidos para el revelado de placas radiológicas, es por eso que para la entrega de resultados de estudios se proporcionan en un CD.

La clínica cuenta con tres equipos para colposcopia para la detección temprana de cáncer uterino y Papiloma Humano, este estudio se hace conjuntamente con la toma de Papanicolaou y de híbridos de papiloma, lo cual permite obtener un diagnóstico certero. Tiene un densitómetro (detección de descalcificación), este diagnóstico se realiza a las pacientes premenopáusicas, para un diagnóstico oportuno y así evitar fracturas en las mujeres al igual que discapacidades.

Infraestructura

La *clínica Integral de la Mujer* cuenta con un consultorio de nutrición, cuyo espacio fue creado para evitar trastornos alimenticios y ayudar a la población a mantener un equilibrio corporal y evitar la aparición de enfermedades crónicas.

Esta clínica cuenta con cuatro abogados los cuales darán asesoría jurídica en caso de maltrato ya sea a la mujer o al infante, en algunos casos que se requiera la canalización de dicha asesoría se hará referencia a otro nivel de atención y/o a otra institución.

Hay un área de atención psicológica con cuatro psicólogos los cuales dan apoyo emocional a las personas que lo soliciten, se busca brindar apoyo emocional a mujeres que han sido diagnosticadas con algún resultado desfavorable, aspecto que evidentemente tendrá un impacto en la vida de ellas.

La *Clínica Integral de la Mujer* posee una ludoteca, espacio que fue creado especialmente para el cuidado de los infantes que acuden con sus madres y no tienen acompañantes, mientras sus madres se encuentran realizándose algún estudio.

Finalmente, cuenta con un auditorio, el cual se utiliza expresamente para prevención, en este lugar se dan pláticas informando de la autoexploración mamaria, el por qué y cómo evitar el cáncer cérvico uterino, el cáncer mamario, el abuso sexual, evitar embarazo en adolescentes, evitar infecciones de transmisión sexual, evitar la violencia en contra de las mujeres y el manejo de emociones, asimismo, se llevan a cabo múltiples talleres para el desarrollo humano de las mujeres.

Políticas y/o normas

De acuerdo a lo señalado en el programa los gastos para las ayudas que se otorgan, están orientados a actividades que se traducen a un mejor beneficio social. Los destinatarios siempre serán la población de menores ingresos y en condiciones de alta vulnerabilidad o marginación, por ello las actividades se vinculan con el interés público conforme a lo dispuesto en el Art. 48 del Decreto de Presupuesto de Egresos de Distrito Federal⁶.

El otorgamiento de ayudas será procedente siempre que se otorgue beneficio social, atendiendo a los Art. 7, 8 de la Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal⁷ de allí la leyenda: “Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por ningún partido político. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos”.

⁶ Artículo 48 del Decreto de presupuesto de egresos de Distrito Federal: este artículo habla acerca de la inversión pública que comprende toda erogación prevista en el Presupuesto de Egresos para el cumplimiento de los programas autorizados en el mismo, que se destina a la construcción, ampliación y/o conservación de la obra pública y a la adquisición de bienes muebles e inmuebles, incluidos los proyectos de infraestructura productiva a largo plazo, así como los programas financiados total o parcialmente con créditos o con transferencias federales.

⁷ Artículo 7 de la Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal habla sobre la prohibición de toda práctica discriminatoria en el otorgamiento de subsidios y beneficios que se otorguen como parte de los programas sociales. Artículo 8 de la Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal: Menciona que toda persona tiene derecho a beneficiarse de las políticas y programas de desarrollo social, siempre que cumpla con la normativa aplicable.

APARTADO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Condiciones socio-económicas en México

México es una sociedad que atraviesa por múltiples formas de fragmentación (económica, política y social) que se interrelacionan y se refuerzan mutuamente en un círculo vicioso. Esta fragmentación trae consigo desigualdad social, laboral, en seguridad social, pobreza y discriminación con un carácter sistemático y persistente, con profundas raíces históricas (Ordorica & Prud'homme, 2012; pp. 22-23).

El desarrollo histórico del capitalismo modificó la dinámica en la estructura socioeconómica de las sociedades, la cual cambió la forma de satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vivienda y vestido, se garantiza una condición de vida mínima en donde la población sólo es poseedora de su fuerza de trabajo, la cual puede ofertar en el mercado de trabajo, en ese sentido la economía capitalista tiene cierto control directo sobre las condiciones de vida de la población.

El crecimiento y desarrollo capitalista ha repercutido en diversos órdenes de la vida social que influyen de manera directa o indirecta, mediata e inmediata en la problemática de salud de la población. Las ciudades se convierten cada vez en lugares más perjudiciales para la salud de la población debido a los procesos de industrialización, urbanización que generan un creciente desempleo y subempleo (Rojas, 1999; p.131).

Se puede observar que desde la década de los años ochenta (inicio de las primeras reformas estructurales⁸) el desempleo se ha agudizado como producto de la crisis económica y trae consecuencias directas en las condiciones económicas de las familias e individuos y les impacta para adquirir diversos satisfactores para evitar problemas de salud tales como: Nutrición adecuada, vivienda cómoda e higiénica, medio ambiente salubre, vestido, acceso a la educación y servicios de salud.

⁸ **Reformas estructurales:** es un término que se utiliza generalmente para describir los cambios de políticas implementadas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial en países en desarrollo.

Ante esta situación, los ingresos de las familias mexicanas se ven afectados por al menos dos eventos económicos: el incremento en los precios de los alimentos y la crisis financiera que tuvo un efecto negativo sobre el mercado laboral del país.

Debido al desempleo, ha aumentado el número de personas que viven en situación de pobreza, trayendo consigo un crecimiento de población que carece de acceso a la alimentación, la cual aumentó sus cifras a 4.2 millones entre 2008 y 2010, llegando así a alrededor de 28 millones de mexicanos, así como a la reducción del ingreso real de los hogares, sobre todo en las áreas urbanas, según reporte del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL; 2011).

Aun en la población con empleo, los datos no son favorables, ya que el Informe de evaluación CONEVAL indicó que el poder adquisitivo del ingreso laboral cayó entre finales de 2008 y finales de 2010, y no ha retomado su nivel previo a la crisis, durante esta crisis el desempleo se incrementó. Este informe también advirtió que el mercado laboral se caracteriza por salarios bajos para un porcentaje alto de la población, falta de competitividad y una muy alta informalidad. Desde hace varias décadas se crean anualmente menos de un millón de empleos formales en el país.

Asimismo, la falta de crecimiento económico en la economía nacional ha influido también en la estructura y en la práctica de empleos, ingresos y salarios. Lo cual tiene repercusiones importantes sobre el desarrollo social de la población, especialmente sobre la población en situación de pobreza, es decir que para que no preceda la pobreza debe de haber empleo y para que este pueda existir tiene que conseguir inversión y ésta solo se realiza si hay ingresos.

La población en situación de pobreza multidimensional⁹ ascendió a 46.2 por ciento en 2010, es decir representando 52 millones de personas, lo cual significó un incremento de 3.2 millones de personas (CONEVAL; 2011).

⁹ **Pobreza multidimensional:** Esta identifica múltiples carencias a nivel de los hogares y las personas en los ámbitos de la salud, la educación y el nivel de vida.

El Secretario Ejecutivo del CONEVAL, Hernández Licona dijo que el ingreso familiar no ha crecido lo suficiente en 25 años. En estos dos últimos años 2012-2014, vemos un cambio en las carencias de rezago educativo que pasó de 19.2 a 18.7 de la población en general; carencia por acceso a los servicios de salud que pasó de 21.5 a 18.2; carencia por acceso a seguridad social de 61.2 a 58.5; carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda no tuvo cambios en los últimos dos años; la carencia por acceso a la alimentación se incrementó una décima y la población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo aumentó de 20.0 a 20.6 (CONEVAL; 2015).

Lo que más destaca en los últimos dos años es que la población con ingreso inferior a la línea de bienestar se incrementó en el gobierno de Enrique Peña Nieto al pasar de 51.6 a 53.2¹⁰.

Desde 1982 hasta el año 2000, el incipiente desarrollo económico y el decremento de los niveles de bienestar material de la mayoría de la población mexicana trajo consigo el gran fracaso de la política económica y de toda la política en general debido a la deuda externa y a la inflación.

Este fracaso es todavía más alarmante pues se hace evidente que desde hace tres generaciones “la economía mexicana ha crecido, en promedio, solamente un 2% cuyo horizonte en la economía mexicana no parece ser muy alentadora” (Aparicio; 2010. p 10).

La situación de pobreza se debe también a los problemas económicos de la crisis coyuntural, también existen problemas económicos de largo plazo, pues el crecimiento del producto interno bruto (PIB) per cápita fue de sólo 2 por ciento anual promedio entre 1950 y 2010. Este es un crecimiento muy bajo para las necesidades económicas de la población.¹¹

¹⁰ Ibidem

¹¹ Ibidem

Por otro lado, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mediante un estudio realizado en 2010, señala que países de Latinoamérica presentan altos índices de inequidad y de pobreza. Este estudio arrojó a grandes rasgos que los países pueden clasificarse en tres grupos: Argentina, Chile y Uruguay, son los tres países con menores tasas de pobreza del 12%; le siguen Costa Rica, Perú y Brasil con tasas de pobreza entre 17% y 22%. El resto de los países con tasas de pobreza que supera el 30% donde México se encuentra dentro de esta clasificación. Por último los países con tasas de pobreza muy bajas, son parte del grupo de países donde el coeficiente de Gini¹² es superior a 0.5.

Las líneas de pobreza en México según el INEGI (2015), se caracterizan por situar al jefe del hogar como punto de referencia para clasificar a los individuos en distintos subgrupos. De acuerdo a los resultados obtenidos por el INEGI, cuando se divide a la población en áreas urbanas y rurales, encontramos que sistemáticamente los pobres moderados y extremos¹³ se concentran en el sector rural donde habita alrededor del 40% de la población total del país. Debido a que la concentración es mayor cuando se utiliza la línea de pobreza más baja¹⁴, se puede concluir que las regiones rurales concentran un nivel mayor de pobreza.

Ante dichos casos podemos observar que “más del 70% de la pobreza extrema, y más del 50% de la pobreza moderada se concentran en hogares cuyo jefe es trabajador rural. Como es de esperarse, el segundo subgrupo en importancia son los trabajadores industriales” (Lustig & Székely; 1997. pp. 22-26).

¹² El coeficiente de Gini es una medida de la desigualdad ideada por el estadístico italiano Corrado Gini. Normalmente se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos, dentro de un país, pero puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual.

¹³ Pobres moderados: Se trata de la población de pobreza moderada la cual se incluyen aquellos hogares que tienen un ingreso total insuficiente para satisfacer el conjunto de las necesidades básicas.

Pobres extremos: Es donde se ubican los hogares que no tienen un ingreso total es decir, es la escasez de recursos materiales para poder satisfacer las necesidades básicas que permitan sobrevivir sanamente al individuo.

¹⁴ Línea de pobreza más baja: Es el valor monetario de una canasta básica de bienes alimenticios, que refleja el costo necesario para satisfacer los requerimientos nutricionales mínimos en donde aquellos hogares cuyo consumo no alcanza a cubrir ni siquiera los requerimientos nutricionales mínimos.

En el caso de la clasificación por nivel educativo del jefe, los resultados tampoco son sorprendentes ya que prácticamente todos los pobres extremos y moderados pertenecen a las categorías de menor educación.

En cuanto a la posición en la ocupación, puede afirmarse que prácticamente todos los pobres pertenecen a hogares cuyo jefe es empleado o trabajador por cuenta propia, pero entre estos dos subgrupos destacan los trabajadores por cuenta propia. Se le llama así a aquellos que realizan trabajos eventuales, es decir, que desarrollan sus labores en su propio domicilio, en puestos fijos, semifijos, también lo realizan en las instalaciones de las empresas que solicitan sus servicios; hay también un número importante que lo hace como ambulante, de casa en casa o en la calle. Ya que concentran una proporción de pobres mucho mayor que de población total.

Respecto a las características demográficas de la población, encontramos que casi todos los pobres pertenecen a hogares con más de cuatro miembros, lo que indica que en general, los hogares más grandes son generalmente los más pobres. “Encontramos que cuando se clasifica a la población de acuerdo a la edad y el género del jefe del hogar, la distribución de la población total y de la población pobre es muy similar” (Lustig & Székely; 1997. pp. 22-26).

Los hogares cuyo jefe es mujer, no concentran una proporción elevada de la pobreza, es algo sorprendente ya que es bien sabido que dichos hogares son especialmente vulnerables. Esto tiene que ver con el diseño de políticas flexibles que incluyen programas alternativos, dirigidos a mujeres, adecuados para beneficiar a familias con diferentes estructuras y composición.

Se le llama jefas de hogar a las mujeres ya que en los últimos años se ha incrementado el número de hogares encabezados por mujeres y a la determinación de la identidad del jefe de hogar a fines estadísticos, es el desempeño del rol de sostén económico.

Los valores culturales prevalecientes en torno a la división de roles por género en la familia, y el hecho de que en la mayoría de los casos el hombre es quien hace el mayor aporte económico al hogar, determinan que la mujer sólo sea registrada como “jefa” por las estadísticas cuando no tiene cónyuge o, en general, cuando en el hogar no hay un hombre adulto. Los cambios de roles parecen producir bajo la presión de condiciones sociales y económicas en mantener la expectativa del cumplimiento del rol de proveedor a la mujer (Fernández; 1997; pp. 10-11).

En términos generales la desigualdad sigue siendo la característica central de México; las grandes brechas entre quienes tienen todo y quienes carecen de lo elemental, es decir, quien cuenta con alimentación, una vivienda digna con todos los servicios básicos como: Sistema de agua potable, sistema de alumbrado público, suelo, sistema de drenaje, así como educación, trabajo y seguridad pública.

Dentro de las evaluaciones que realiza y los indicadores que genera, se encuentran dos medidas de desigualdad usadas a nivel mundial: El Índice de Gini y la razón de ingreso entre dos subgrupos de la población (el ingreso promedio de la población en pobreza extrema entre el ingreso promedio de la población no pobre y no vulnerable). Ambos indicadores junto con el grado de polarización social y el índice de percepción de redes sociales, son utilizados para generar el índice de cohesión social¹⁵ (CONEVAL; 2011).

En 2010 México tuvo un Índice de Gini de 0.509 (niveles más cercanos a 0 indican menor desigualdad) y una razón de ingreso de 0.08 (mientras más lejano de 0 es mejor). Al compararnos con el resto de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), estas medidas de desigualdad nos colocan en las últimas posiciones del conjunto. ¹⁶

¹⁵ La cohesión social adoptada por el CONEVAL incorpora indicadores que ayudan a conocer el nivel de desigualdad económica y social a nivel nacional, estatal y municipal, así como indicadores de redes de apoyo a intercambio social a nivel estatal. Lo que permite aproximarse al nivel de equidad y solidaridad que existe en una sociedad.

¹⁶ Ibidem

México es un país en el que, según la OCDE, el 10% más rico del país gana 29 veces más que el 10% más pobre, y que aún con la existencia de políticas asistencialistas y de desarrollo humano (como la Cruzada contra el Hambre o el Programa Oportunidades) sigue sin mejorar de manera sustancial en la última década sus indicadores de desarrollo social.

Lo anterior visibiliza la profundización de la brecha de desigualdad social, con un Estado que no sólo ha permitido sino ha promovido las condiciones para garantizar el movimiento de los capitales financieros, lo cual aprueba la acumulación de la riqueza en manos de unos cuantos, por ello su reconfiguración de un estado de bienestar a un estado asistencial donde es más barato dirigir políticas a los sectores más empobrecidos del país, es decir que la solución que propone el Estado de dirigir e implementar dichas políticas dan resultados poco eficaces para resolver los problemas derivados de la pobreza (enfermedad, desnutrición, desempleo entre otras).

Para poder adentrarnos al tema de salud, es importante entender la vinculación que existe entre las condiciones socioeconómicas de México con el proceso salud enfermedad, donde este proceso es considerado, un acontecimiento social, el cual explica la problemática de salud que algunos grupos sociales vulnerables y con escasos recursos, así como todos aquellos aspectos que lo relacionan, es decir la esperanza de vida, los problemas de salud, las características de servicios médico y al acceso que estos tienen.

Las causas e implicaciones del proceso salud enfermedad se deben a la estructura y organización de la sociedad. El proceso es una realidad que representa a los individuos o grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida (Rojas; 1999).

En cuanto a la seguridad social, en México encontramos un sector de la población que tiene empleo y por tanto cuenta con seguridad social y otro sector ubicado en el empleo informal o desempleo que recurre a un sistema asistencia de seguridad social, llámese Secretaría de salud o seguro popular, este último sector es el más desfavorecido por la protección del Estado y sus instituciones.

Los problemas de salud enfermedad se entienden a partir de la formación económica social imperante, donde absolutamente todo se encuentra mediado por el mercado. Aunado a ello las diferencias derivadas del sexo biológico y la discriminación alcanzan dimensiones variables en los distintos grupos sociales, las desigualdades de género son más notables en las mujeres y en los niños, quienes suelen ser más vulnerables a padecimientos e incluso la muerte debido a que padecen condiciones de vida desfavorables, en el caso de la mujer lo que la vuelve vulnerable son los riesgos inherentes a la reproducción, la discriminación y la falta de acceso a servicios de atención a la salud. “Esta situación se debe al valor que se le asigna a los individuos del sexo femenino en la sociedad, es decir se le da un trato discriminatorio por género” (Figueroa; 1998; pp. 55-59).

El Estado debe ser el proveedor principal que garantice los derechos de sus ciudadanos en materia de seguridad social y le corresponde a éste, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, no sólo desde el diagnóstico y tratamiento de las patologías, sino desde la implementación de políticas de largo alcance hacia el fomento de la salud que beneficie a amplios grupos poblacionales. El Estado tiene obligación del resguardar el ejercicio de ciudadanía de los sujetos, que implicaría el derecho a la educación, trabajo, vivienda digna, salud y recreación por el simple hecho de ser ciudadano mexicano. (Soto; S/F; p.4)

La relación entre salud y crecimiento económico no es lineal, ya que la dinámica económica tiene que ser capaz de sustentar la generación de empleos suficientes para mantener los beneficios que ayuden a mejorar los niveles de vida y de salud (Venegas; S/F; pp. 39).

Dicho lo anterior para que exista un verdadero vínculo entre salud y el crecimiento económico es necesario obtener mejores niveles de ingreso que favorezcan a la población y a los ámbitos: educativo, laboral, vivienda, etc., también sería importante que existiera un enfoque social en el ámbito médico para poder acceder a mejores niveles de salud.

2.2 Condiciones de salud en México

La salud es una necesidad básica y tendría que ser tomada en cuenta como un elemento de primer orden, los problemas de la misma deben ser generadora de toda instrumentación de política pública por parte del Estado Mexicano y es este quien se ha encargado de generar un sistema de protección en salud¹⁷ para la población

El sistema de salud¹⁸ en México es producto de una larga evolución de casi 60 años. Sin embargo, a comienzos de ésta década dicho Sistema presentaba una importante inequidad: “Casi el 50 % de la población total de país se encontraba sin ningún tipo de cobertura en materia de salud” (Zamboni; S/F. pp 1-2).

Esta situación generaba desigualdad del sistema que creaba a familias en condiciones de pobreza que no podían acceder al cuidado de su salud y a su vez, estas familias pertenecían al porcentaje de la población que realizaba mayores gastos privados en salud en relación a su ingreso.

Es por eso que surge Seguro Social como instrumento clave de la seguridad social, elemento que otorga al sistema de México una singular peculiaridad. El Seguro Social se presenta como una alternativa encontrada por éste país en la búsqueda de una mayor equidad en el acceso a los servicios en salud.

¹⁷ Todos los elementos de salud se pondrán en el apartado de condiciones de salud en México.

¹⁸ La OMS define a un sistema de salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.

El gobierno de Lázaro Cárdenas en 1943 promulgó la ley del Seguro Social, con el objetivo fundamental de mantener y recuperar la fuerza de trabajo industrial y crear fondos financieros que sirvieran para incrementar la infraestructura sanitaria y extender la cobertura. Se inició un proceso selectivo de protección destinado a ciertas fracciones del proletariado urbano industrial con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (Tetelboin & Granados; 2003. p. 7)

Por otro lado, las instituciones estatales de salud han desempeñado un papel importante en la satisfacción de necesidades básicas pero con una fuerte vinculación en torno al cuidado de la fuerza de trabajo creando el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Tetelboin & Granados; 2003. pp. 6-9).

Un sistema de salud necesita personal, financiamiento, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación, dirección general. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. “Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible” (OMS, 2016).

En México tenemos un sistema de salud que se encuentra dividido en dos sectores público y privado:

El sector público a su vez se divide en dos subsistemas siendo la Seguridad Social y la Asistencia Social.

Sector público (Seguridad Social): En este sector se encuentran las instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).

De acuerdo al artículo 4° de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos, así como la Ley de Trabajo, el patrón debe afiliar a los trabajadores de dicha empresa a la que labora. Los beneficiarios en este sector son los trabajadores del sector formal de la economía¹⁹, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a 48.3 millones de personas (Arreola, Becerril, Gómez, Frenk, Knaul & Sesma; 2011, pp. 221-222).

El IMSS cubre a más de 80% de esta población, el ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas.

Los beneficios que ofrece dicho sector según el régimen obligatorio comprende cinco ramos básicos de protección social: seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, prestaciones sociales y seguro de guardería y otros.

El seguro de enfermedades y maternidad garantiza atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primero hasta el tercer nivel, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales (Arreola, Becerril, Gómez, Frenk, Knaul & Sesma; 2011, pp. 223-224).

El financiamiento de los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social a sus afiliados se financian con contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas es el gobierno), las contribuciones del obrero o empleado y las contribuciones del gobierno.

¹⁹ Sector formal de la economía: Se entiende a todas aquellas personas que se desempeñan en cualquier ámbito laboral en el marco de las legislaciones laborales determinadas para cada país.

La asistencia social: Comprende de las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social como: la Secretaría de Salud (SSa)²⁰, Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS).

Los beneficiarios de este subsistema incluye a los autoempleados, los trabajadores del sector informal de la economía²¹, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes es decir Se trata de la población no asalariada.

Este sector es financiado por el gobierno federal, el gobierno estatal y pagos que los usuarios hacen al momento de recibir la atención esto es en el caso de como las instituciones como la SSa y los programas SESA. El IMSS-O se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS. El SPS se financia con contribuciones del gobierno federal, los gobiernos estatales y los individuos.

El sector privado: Este sector comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

Los beneficiarios de este sector encontramos a la población que hace uso de los servicios del sector privado, a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo (Arreola, Becerril, Gómez, Frenk, Knaul & Sesma; 2011, p. 225).

Desde principios de los años ochenta, las nuevas orientaciones económico/políticas neoliberales proponen toda una serie de medidas denominadas de ajuste estructural, estos ajustes han tenido impacto en el sistema de salud cuya orientación tiende a privatizar los servicios.

²⁰ La Secretaría de Salud. Es la máxima autoridad nacional en el área de salud, la Secretaría de Salud es la institución rectora del sistema. La misma tiene a su cargo la elaboración de las normas mexicanas en el área, la actualización de las normas en regulación sanitaria y evaluar la prestación de servicios.

²¹ Sector informal de la economía: Se refiere a todo el empleo laboral que no se está dentro del marco de las legislaciones laborales determinadas para cada país.

Existen también consecuencias negativas en las condiciones de vida de la población, ya que generarían más pobreza, desigualdades socio-económicas y afectarían especialmente la salud de los grupos vulnerables pero estas consecuencias se consideran transitorias como una etapa inevitable para resolver estos problemas.

El financiamiento de este sector encontramos los usuarios que hacen los pagos al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados

Durante la década de los ochenta se reconoce un deterioro desigual de las condiciones y ajustes a la recomposición del papel redistributivo del Estado, mediante la modernización de las políticas sociales, por otro lado en los noventa el rezago social y el incremento de pobreza particularmente en las áreas urbanas trajo consigo una creciente desigualdad respecto a los indicadores de condiciones de vida en zonas más precarias (Blanco, Rivera, López & Rueda; 1996, pp 24-25).

Estas consecuencias, trajeron para México la operación anticipada de la aplicación de las políticas neoliberales, lo cual es notorio en el Sector Salud: a fines de los años setenta y principios de los ochenta el Estado mexicano redujo en un 47% sus inversiones en salud, afectando no sólo a la población "abierta"²² sino también a los que contaban con seguridad social (Menéndez; 2005. p .197).

Ante las acciones mencionadas anteriormente, la participación histórica del presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se situó en un 20%, el Estado mexicano pasó al 10% en la época de los ochenta. En lo que respecta al Sector Salud, las principales propuestas generadas en los ochenta fueron la descentralización de los servicios de salud desde el gobierno federal hacia los gobiernos provinciales, la reducción del papel del gobierno federal en la prestación

²² Población abierta: Segmento de la población total que no es derechohabiente de las instituciones de seguridad social.

de servicios de salud, la redistribución del gasto en salud y la reducción del gasto en salud a nivel federal.²³

Durante los años noventa, las políticas neoliberales completaron la descentralización, promovieron el desfinanciamiento de la seguridad social y aplicaron medidas para favorecer la mercantilización de los servicios de salud. También desarrollaron actividades de salud selectivas en términos de costo/efectividad orientadas hacia los pobres, marginales y vulnerables, proponiendo el desarrollo de un sistema de atención basado en el prepago a través de paquetes diferenciados de servicios de salud (Menéndez; 2005. pp. 199-200).

Estos procesos, junto con la pérdida de capacidad adquisitiva de la mayoría de la población, el mantenimiento de bajos salarios, el incremento de la desocupación y del trabajo denominado informal, determinados cambios demográficos entre los cuales encontramos; el creciente proceso de urbanización, y el encarecimiento constante de la atención médica oficial y privada se contextualiza e incide en las características del proceso salud/enfermedad/atención que se desarrollan durante los años noventa y el dos mil.

En este sentido, solamente los trabajadores del sector formal son los que tienen derecho a seguridad social que incluye la atención médica desde el primer hasta el tercer nivel de atención al trabajador y a su familia, sin existencia de límites o paquetes de prestaciones y abarcando todos los beneficios que puede dar el sistema de atención médica.

Hoy en día los servicios de salud se han ido reformando tanto en la atención a la población abierta, como en la seguridad social buscando imponer el modelo de mercado como mecanismo de satisfacción para las necesidades de salud del individuo provocando luchas sociales.

²³ *Ibidem*

La Organización Mundial de la Salud establece que un sistema de salud abarca cualquier actividad que esté encaminada a promover, restablecer o mantener la salud. Los sistemas de salud se encuentran en el nivel de la organización social y pueden verse como un aspecto o una parte de ellos.

Estos sistemas se forman ante la necesidad de responder a los problemas, necesidades de salud y enfermedad que se forman a partir de la estructura económica y política de la sociedad, todos sus elementos, como en cualquier sistema, se encuentran interrelacionados y los resultados son producto de la dinámica que se da entre todos ellos (Soto; S/F; p.2).

Actualmente en México las principales causas de muerte se han modificado donde las enfermedades transmisibles y los padecimientos ligados a la reproducción que ocupaban los primeros sitios en las causas de mortalidad, fueron desplazadas por las enfermedades no transmisibles y las lesiones (Secretaría de Salud; 2001; pp. 13-15).

México atraviesa una etapa crítica de transición epidemiológica siendo su principal factor de morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles; la obesidad es considerada como el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de este tipo de enfermedades, de tal forma que el consumo de refresco, bebidas hipercalóricas y consumo de comida chatarra aumenta el riesgo de padecer sobrepeso y obesidad así como diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión arterial Sistémica, México ocupa el primer lugar ante estos padecimientos (Boletín epidemiológico; 2016).

No debemos dejar atrás la persistencia de las enfermedades de rezago (enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción) que afectan con frecuencia a las poblaciones pobres, a ello hay que agregar el incremento de los padecimientos que hasta hace poco eran propios de las sociedades desarrolladas y que hoy dominan el perfil epidemiológico de los países de ingreso medio incluido

México. Las enfermedades cardíacas, las enfermedades cerebrovasculares, los tumores malignos, la diabetes y la cirrosis hepática concentran casi el 55% de las muertes ocurridas en el país.

En el 2001 las enfermedades del corazón fueron la primera causa de mortalidad en general, por otro lado, la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares se ha mantenido en niveles relativamente bajos en los últimos diez años, sin embargo el envejecimiento de la población y el incremento de los riesgos asociados a estos padecimientos (obesidad, hipertensión y diabetes) son aquellos que van aquejando con mayor frecuencia a la población.

La mortalidad por tumores malignos va en ascenso destacan en particular los tumores asociados al tabaquismo (tumores de tráquea, bronquios y pulmones) y los tumores malignos de la mujer, como el cáncer de mama y cáncer cérvico uterino, el cáncer cérvico uterino tiene la mayor tasa de mortalidad en México en mujeres de 25 años y más.²⁴

Un estado de salud precario disminuye la capacidad laboral y la productividad de las personas, algo que afecta sobre todo a los pobres, siendo ellos los que realizan los trabajos que exigen un mayor esfuerzo físico. Como consecuencia, esto puede llevar a un fuerte freno ya que las enfermedades imponen al crecimiento económico y al desarrollo en general.

Las inversiones en salud se justifican no sólo porque es un elemento básico del bienestar, sino también por argumentos económicos. La salud contribuye al crecimiento económico y reducen las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores.

²⁴ Ibidem

El sistema de salud se enfrenta asimismo al reto de evitar los gastos innecesarios que, por motivos de salud, presenta un porcentaje importante de hogares en el país, “este fenómeno tiene su origen en el hecho de que un número considerable de mexicanos sigue cubriendo sus necesidades de salud a través de pagos directos en el momento de solicitar la atención, que anualmente representan 54% del gasto total en salud” (Salud México; 2001).

2.3 Características sociodemográficas de la Delegación Gustavo A. Madero

La Delegación Gustavo A. Madero (DGAM) se localiza en la parte nororiente del Distrito Federal, ocupa una posición central con respecto a la Zona Metropolitana del Valle de México y varios municipios conurbados del Estado de México (Tlalnepantla, Tultitlán, Ecatepec y Netzahualcóyotl); es atravesada por importantes arterias que conectan la zona central con la zona norte del área metropolitana. Esta delegación es la segunda más poblada del Distrito Federal.

Los aspectos demográficos a considerar en dicha delegación son: evolución demográfica, índice de desarrollo social y económico, vivienda, nivel de escolaridad, nivel de analfabetismo y la población que habla alguna lengua indígena así como las zonas de ingresos bajos (Programa General de Desarrollo Delegacional de Gustavo A. Madero 2013-2015).

La evolución demográfica de la GAM en el año 2000, la Delegación concentraba a 1, 235,542 habitantes, registrando nuevamente una disminución de la población; en ese año se tenía que las mujeres representaban un 51.83% y los hombres un 48.17% incluyendo todas las edades.

Para el 2005, aglutinaba a 1,193, 161 habitantes, registrando una tasa de crecimiento media anual negativa de 0.7; a pesar de la disminución de la población, las proporciones de hombres y mujeres de todas las edades tuvieron una mínima variación con respecto a las del año 2000 (Programa General de Desarrollo Delegacional de Gustavo A. Madero 2013-2015).

En el 2010, la GAM contaba 1,185, 772 habitantes, donde las mujeres representaban 51.83% y los hombres 48.17% de todas las edades.

En el año de 2015 la población en la GAM es de 1,164, 477 habitantes, es una delegación que cuenta con 128 877 que representan un porcentaje de 11.1% de la población con edad de 65 años o más, la población de niñas, niños y adolescentes ha ido disminuyendo gradualmente y se ha incrementado la población que corresponde a adultos, adultos mayores esta población paso de 6.2 % en el año de 2010 a 7.2 % en 2015 con una edad media de 23 a 33 años de edad y siendo mayor el porcentaje de población de adultos mayores (INEGI; 2015).

El Índice de Desarrollo Social y socioeconómico de la GAM, es considerada a la población maderense dentro de los estratos de más escasos recursos de la ciudad, producto del desarrollo desigual condicionado por el capitalismo, esta población posee un bajo nivel económico y sus viviendas se encuentran en condiciones precarias (de 100 viviendas 1 tiene piso de tierra que representa 0.9%) (INEGI; 2015).

A lo que resta al tema de vivienda, el INEGI determinó que en el año 2000 había 298,142 viviendas, de las cuales 99.96% eran viviendas habitadas. Para el año 2010, la cobertura de viviendas habitadas fue de 90.87%, lo que pone de manifiesto que la población cambia de residencia, a pesar de que la tasa de crecimiento media anual de viviendas ha sido positiva, de 2.2% del año 2000 a 2005 y de 1.2% de 2005 a 2010 (Programa General de Desarrollo Delegacional de Gustavo A. Madero 2013-2015).

Se determinó que el nivel de hacinamiento²⁵ en el año 2000 por cada 100 viviendas había 410 habitantes. De acuerdo al censo emitido por la INEGI del año 2010, en la DGAM se tenía registrado 320,756 viviendas habitadas, de las cuales 320,663 siendo el 99.97% son viviendas de tipo particular y las restantes 93 con un porcentaje de 0.03% son viviendas colectivas²⁶.

En lo que respecta a viviendas particulares, la mayor parte son casas independientes, departamentos en edificios y vivienda en vecindad, estas tres categorías agrupan un 97.45% del total de viviendas de este tipo. En cuanto a las viviendas colectivas, sólo había registradas 93 en toda la Delegación, teniendo 14,469 ocupantes, lo que resulta un hacinamiento de 155.6%²⁷.

Las viviendas particulares cuentan con los tres servicios básicos, como son: agua, drenaje y energía eléctrica representan el 97%.

En cuanto al ámbito escolar, es importante señalar que dentro de la Delegación, el volumen de la población analfabeta se encuentra en la población de 15 y más años de edad que no sabe leer y escribir; mientras que para estimar el rezago educativo se consideró a los habitantes con edad de 15 años y más que no terminaron su educación básica obligatoria, que corresponde a la primaria y secundaria (Arias, C. N., Velázquez I. J., García S. M., Fuentes J. J., Calvo J., Gómez P. L., Chavarría B. R., Gracia H. O., Sánchez P. M., Montoya C. R., Cit. en: Programa General De Desarrollo Delegacional Gustavo A. Madero; 2013-2015, p. 41).

La población analfabeta²⁸ que reside en la GAM del año 2000, ésta ascendía a 27,084 personas, lo que representaba 3.0% de la población de 15 y más años de edad. Para el año 2005, el número de habitantes descendió a 24,171 personas representando el 2.7% de la población mencionada anteriormente.

²⁵ Hacinamiento: se refiere al amontonamiento o acumulación de individuos en un solo lugar.

²⁶ Viviendas colectivas: se refiere al tipo de vivienda que proporciona alojamiento a personas que comparten o se someten a normas de convivencia y comportamiento por motivos de salud, educación, disciplina, religión, trabajo y asistencia social, entre otros.

²⁷ Ibidem

²⁸ Ibidem

En el 2010 se registró 19,630 personas analfabetas, en términos porcentuales este grupo representó el 2.1%.

En la GAM existen grupos y comunidades indígenas los cuales son vistos con exclusión y marginación social, ya que estas adoptaron el bilingüismo para poder comunicarse y adaptarse al sistema de usos y costumbres que prevalece actualmente; este grupo de personas representan el 1.4% de la población que habla alguna lengua indígena y ha adoptado el español.

El 50% del territorio de la delegación encontramos estratos bajos que tienen ingresos familiares insuficientes e inconstantes perteneciendo a la clase baja y media baja, estas colonias están localizadas en la zona norte de la delegación, en las colonias de las faldas de la Sierra de Guadalupe, en las zonas noreste y suroeste de la delegación. Las colonias más representativas de estos estratos son: Los barrios de Cuauhtepac, Vallejo, Santa Isabel Tola, San Felipe, Gertrudis Sánchez, Campestre Aragón, Casas Alemán, Martín Carrera, Estanzuela, etc. (Programa General de Desarrollo Delegacional de Gustavo A. Madero 2013-2015).

La GAM, se enfrenta a problemáticas de salud que aquejan a su comunidad como son: Cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, los problemas del uso y/o abuso de sustancias adictivas que constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y en el desarrollo y la estabilidad social.

Es importante mencionar que los servicios de salud con los que cuenta la delegación GAM son servicios de apoyo para la comunidad de bajos recursos que no cuentan con ningún servicio de seguridad social. Estos servicios se proporcionan de manera gratuita siendo estos consulta médica, diagnóstico y entrega de medicamento. En consecuencia, la población que no cuente con los servicios de salud, está expuesta a padecer con mayor frecuencia la privación de las condiciones mínimas de bienestar.

La delegación GAM cuenta con cinco hospitales y centros de salud de la Secretaría de Salud entre ellos están el Hospital General de la Villa, Hospital General de Ticomán, Hospital Pediátrico San Juan de Aragón, Hospital Pediátrico de la Villa y Hospital Materno Infantil Cuautepec.

Otras de las instituciones con las que cuenta dicha delegación son el área de servicios médicos que se encuentra en sus instalaciones, la Clínica Integral de la Mujer, el Centro de Atención Integral a las Adicciones

Finalmente, otras de las problemáticas que padece la comunidad maderense son el consumo de sustancias como el alcohol, el tabaco y drogas que son una variable determinante de perfiles y niveles de morbimortalidad. La relación entre los efectos sobre la salud y la relación con el género que las consume son considerados determinantes de salud.

APARTADO 3. PROMOCIÓN DE LA SALUD

3.1 Antecedentes

La práctica²⁹ de Promoción de la Salud, se ha transformado a través del tiempo, dando lugar a la aparición de diferentes interpretaciones y tendencias. Su transformación tiene que ver con el contexto en donde se desarrolló, los tiempos se modifican y las prácticas también. Así en la antigüedad parte de creencias y prácticas mágico religiosas para evitar la enfermedad, en medios religiosos así como el pensamiento y prácticas de vida sana, higiene y gozo por la vida de los griegos en medios filosóficos (Duarte; 2014. p. 21).

Los romanos tuvieron una visión más realista de la salud, conservando los principios higiénicos tornados de los griegos y egipcios. La gran contribución del imperio romano es sin duda, el sistema sanitario y las conducciones de agua.

Las casas romanas fueron construidas con cañerías, desagües y baños públicos, lo que se considera un aporte importante para la Promoción de la Salud, ya que fue muy importante que la comunidad contara con agua saludable.

En el siglo XIII surgieron dos aspectos relevantes para la Promoción de la Salud, uno de esos aspectos fue la creación del libro del consejo sobre las causas y naturaleza de la enfermedad por el filósofo judío Maimonides; en donde se hace énfasis en la prescripción del aire libre para conservar la salud, en la relación entre la salud física y mental. El segundo aspecto fue la creación de la política que subsidia a los enfermos hospitalizados, a quienes se les daba una cantidad de dinero suficiente para sostenerse hasta que estuvieran listos a reanudar su trabajo. Durante el renacimiento surge un avance en la historia de la salud pública, se registra un nombre importante: Fracastoro, considerado como el primer epidemiólogo por su interés en las enfermedades epidémicas y sus mecanismos de

²⁹ La promoción de la salud aparece como concepto a partir de la carta de Ottawa en 1986; no obstante, diversos autores hacen referencia a las prácticas de promoción de la salud desde hace muchos siglos.

transmisión, este avance es importante para la intervención de la Promoción de la Salud.

En el siglo XVIII surgieron grandes cambios. En primer lugar resalta nuevamente la importancia tanto de la salud física como de la mental para el individuo y la sociedad, en segundo lugar, este reconocimiento determinó la promoción, la protección de la salud, por medio de leyes y regulaciones policíacas, las cuales deberían ser llevadas por el Estado.

A mediados del siglo XIX surgen con fuerza los conceptos de medicina social, la toma de conciencia sobre las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida (Restrepo & Mágala; 2002. pp. 16-20).

La Promoción de la Salud es un esfuerzo de una comunidad organizada para alcanzar políticas que mejoren las condiciones de salud de la población y de los programas educativos con el fin de que el individuo mejore su salud personal, así como para el desarrollo de una “maquinaria social” que asegure todos los niveles de vida adecuados para el mantenimiento y el avance de la salud Winslow (1920. Cit en Czeresnia & Freitas, 2003, p. 21).

La medicina social realiza una fuerte crítica a la forma en cómo se venían explicando las causas de las enfermedades, considera que el paradigma positivista para explicar los procesos de salud-enfermedad se vuelven limitados y parciales.

Algunas corrientes del pensamiento social hacen énfasis a las prácticas médicas constituidas por el biologismo y el individualismo, estas prácticas ven al proceso salud/enfermedad como mercancía, a la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia. La relación médico/paciente asimétrica, ve al paciente como ignorante portador de un saber equivocado. La medicina es una práctica curativa basada en la eliminación de síntomas, predomina la cantidad y el producto sobre la calidad, es decir está regida bajo la burocracia.

Bajo este contexto capitalista y hegemónico en el siglo XIX se condujo a la creación de un submodelo de emergencia corporativo público, que tendrá que asumir las condiciones sociales y económicas de la atención curativa, que propone criterios de organización social de la prevención y cambios en las relaciones dominantes en el área de salud (Menéndez; 1990, pp. 87 y 92).

Leavell y Clark (1965) usaron el término Promoción de la Salud para identificar un nivel de atención en salud:

La prevención primaria, la cual tiene lugar durante el período pre-patogénico de la historia natural de las enfermedades, este nivel de atención incluía medidas destinadas para desarrollar una salud global óptima destacando la educación y la estimulación sanitaria. Para estos autores la Promoción de la Salud se centraba en el individuo y se proyectaba a la familia o los colectivos (Czeresnia & Freitas; 2003; p. 24).

Años después fueron identificadas cuatro tareas esenciales que debería cumplir la medicina: la Promoción de la Salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación de los enfermos y la rehabilitación. La Promoción de la Salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de ocio y descanso Sigerist (1946. Cit en Czeresnia & Freitas, 2003, p. 21).

Esta nueva forma de entender los problemas de salud pone en evidencia que éstos no pueden ser resueltos únicamente por intervención médica o por un cambio de comportamiento como tal. Es por ello que la Promoción de la Salud toma en cuenta los factores sociales, ambientales y económicos que determinan la salud de la gente, cuyo objetivo es capacitar a la gente para que esta pueda obtener un mejor estado de salud.

Potencialmente surgen nuevas ideas revolucionarias y éstas generan distintas formas de práctica social que impulsan el desarrollo de medidas de orden inespecífico (administración pública, legislación social) para procurar la salud de las poblaciones es ahí donde aparece la Promoción de la Salud como uno de los pilares de la Salud Pública.

La Promoción de la Salud desde su perspectiva transformadora pretende la identificación de aquella porción de realidad que se pretende transformar y sobre la cual se puede ejercer control real. Esta transformación tiene que partir de la conciencia y de la capacidad de cambio que el sujeto posee (Castro; 1997; pp. 35-42).

En décadas más recientes el término Promoción de la Salud aparece en diversas conferencias internacionales:

Carta de Ottawa 1986: Define a la Promoción de la Salud como el proceso de capacitación de la colectividad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mejor capacitación en el control de este proceso (Czeresnia & Freitas; 2003; pp.29-39).

La carta de Ottawa propone cinco campos de acción para la promoción de la salud:

- a) Elaboración e implementación de políticas saludables. Estas políticas incluyen legislación, medidas fiscales, tributaciones y alteraciones organizativas entre otras, y por acciones coordinadas que apuntan hacia la equidad en salud.
- b) Creación de ambientes que favorezcan la salud. Implica el de la complejidad de nuestras sociedades y de las relaciones de interdependencia entre diversos sectores. Así como el reconocimiento, la protección del medio ambiente, de los recursos naturales, todos estos cambios deben aportar un gran impacto en el medio ambiente y en la salud.
- c) Refuerzo de la acción comunitaria. Este punto se centra en la mayor prioridad en la toma de decisiones y en la implementación de estrategias para alcanzar

un mayor nivel salud, lo cual es algo esencial para que las acciones comunitarias sean efectivas y garanticen la participación popular en asuntos de salud.

- d) Desarrollo de habilidades personales. Estas habilidades y actividades personales deben ser propicias para la salud en todas las etapas de la vida. Para esto es imprescindible la divulgación de informes sobre la educación para la salud en los ámbitos de educación, trabajo y cualquier lugar comunitario.
- e) Reorientación del sistema de salud. Tener una visión englobadora e intersectorial al recomendar la apertura de condiciones entre los sectores sociales, políticos, económicos y ambientales.

Esta carta resalta aspectos importantes como la creación de ambientes favorables para la salud, la justicia social, equidad, educación, alimentación e ingresos.

Declaración de Adelaide, Australia en 1988: Políticas públicas saludables. Esta declaración posee una visión global y una responsabilidad internacionalista de la promoción de la salud.

Esta conferencia identificó cuatro áreas prioritarias para sustituir acciones inmediatas en políticas públicas saludables:

- a) Apoyo hacia la salud de la mujer.
- b) Alimentación y nutrición.
- c) Tabaco y alcohol.
- d) Creación de ambientes favorables.

La declaración de Adelaide destaca que los principales propósitos de las políticas saludables son la creación de ambientes favorables para que las personas puedan disfrutar de vidas saludables y que estas políticas faciliten opciones saludables de vida.³⁰

³⁰ *Ibidem*

En la declaración de Adelaide se consideran a las políticas públicas saludables, la participación de la gente y la importancia de la Atención Primaria de la Salud. Mientras que en la Carta de Ottawa se hace alusión al movimiento de las Políticas Públicas y algunos requisitos para la salud como; la paz, un ecosistema saludable, justicia social, equidad, educación alimentos e ingresos.

Declaración de Sundsvall, Suecia en 1991: Creación de ambientes favorables para la salud. Esta conferencia fue la primera en focalizar la interdependencia entre salud y ambiente en todos los aspectos. Esta declaración se refiere a los ambientes favorables, a aquellos espacios en los que las personas viven; la sociedad, su casa, su trabajo, áreas de ocio comprende también las estructuras que determinan el acceso a los recursos para vivir y a las oportunidades para tener un poder de decisión (estructuras económicas y políticas).

En esta conferencia la Promoción de la Salud retoma a las desigualdades sociales en la salud, así como la pobreza, el ambiente degradado tanto en las zonas rurales como en las urbanas como grandes desafíos para alcanzar las metas de salud para todos.

En la conferencia resaltan cuatro aspectos en pro de un ambiente favorable y garantizador de la salud:

- a) Dimensión social: Incluye las normas, costumbres y procesos sociales que afectan a la salud, así como los cambios que están ocurriendo en las relaciones sociales tradicionales que pueden amenazarla.
- b) Dimensión política: Requiere de los gobiernos la garantía de la participación democrática en los procesos de decisión, la descentralización de los recursos y de las responsabilidades, también reclama el compromiso de los derechos humanos y de la paz.
- c) Dimensión económica: Este punto se refiere a fijar nuevos plazos con referencia a los recursos para alcanzar salud para todos, el desarrollo sostenible, lo que incluye la transferencia de tecnología segura y adelantada. Este punto habla sobre la necesidad de reconocer y utilizar la capacidad y el conocimiento de las mujeres en todos los sectores, políticos y económicos.

Esta conferencia buscó la equidad, la igualdad y el respeto hacia las particularidades de los pueblos indígenas.

Esta declaración posee una pirámide de ambientes favorables:

- 1) Educación.
- 2) Alimentación y nutrición.
- 3) Hogar y vecindad.
- 4) Apoyo y atención social.
- 5) Trabajo y transporte.

Esta declaración resalta la situación de pobreza, los usos y costumbres de los pueblos indígenas, también se basan en los ambientes saludables, toma en cuenta todas las dimensiones sociales (política, económica y social) para que se puedan crear dichos ambientes.

Declaración de Yakarta, Indonesia en 1997: La declaración de Yakarta enfatiza el surgimiento de nuevos determinantes de salud, destacando los factores transnacionales:

- ✓ Integración de la economía.
- ✓ Mercados financieros y el comercio.
- ✓ Acceso a los medios de comunicación.
- ✓ Degradación ambiental.

En esta declaración se definieron cinco prioridades en relación con el campo de la Promoción de la Salud:

- a) Promover la responsabilidad social con la salud: Se refiere a un renovado llamamiento hacia las políticas públicas saludables, procurando responsabilizar al sector privado.
- b) Aumentar las intervenciones en el desarrollo de la salud: Define el aumento, la reorientación de inversiones hacia el campo de la salud, la educación, la vivienda, otros sectores sociales que puedan fomentar el desarrollo humano, la salud y la calidad de vida.

- c) Consolidar y expandir asociaciones en pro de la salud entre los diferentes sectores a todos los niveles de gobierno y de la sociedad.
- d) Aumentar la capacidad de la colectividad y fortalecer a los individuos: Implica ampliar la capacidad de las personas para la acción de grupos, organizaciones o colectivos para influir en los factores determinantes de la salud, lo que exige educación en la práctica, capacitación para el liderazgo, acceso a los recursos.
- e) Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud: Propone la definición de espacios/ambientes para la actuación en la promoción de la salud (escuelas, entornos de trabajo, etc.), que requieren abordajes específicos, a partir del marco más general de la promoción de la salud, a través de investigaciones, informes y proyectos en el intercambio de información sobre la efectividad de estrategias en los diferentes ambientes/ territorios, recursos financieros y materiales para la Promoción de la Salud.³¹

Esta conferencia ofrece la oportunidad de reflexionar sobre el trabajo de la Promoción de la Salud, la salud, reconsidera los factores determinantes, así como estrategias de intervención de salud como el acceso a medios de comunicación, la degradación del ambiente con la ayuda de práctica y capacitación de los promotores de la salud.

Salud para todos, Ciudad de México en 2000: Esta conferencia trajo un nuevo enfoque para el área de salud, adoptando ocho elementos esenciales:

- a) Educación dirigida a los problemas de salud prevalentes, métodos para su prevención y control.
- b) Abastecimiento de alimentos y nutrición adecuada.
- c) Abastecimiento de agua y saneamiento básico apropiados.
- d) Atención materno-infantil, incluyendo la planificación familiar.
- e) Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- f) Prevención y control de enfermedades endémicas.
- g) Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y accidentes.

³¹ *Ibidem*

h) Distribución de medicamentos básicos (Czeresnia & Freitas, 2003; pp. 29-39).

En ésta última declaración se proporcionaron indicaciones, orientación para los gobiernos sobre las medidas a tomar para abordar los determinantes de la salud con el propósito de lograr la salud para todos.

El surgimiento de las conferencias internacionales busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general de la población cuyo propósito fundamental es la relación mutua entre la salud, el bienestar, el desarrollo. Generando programas, políticas y leyes de salud con ajustes económicos para enfrentar el deterioro de las condiciones de vida de la población.

3.2 Concepto y desarrollo de la Promoción de la Salud

El término Promoción de la Salud resurgió en las dos últimas décadas en países industrializados, particularmente en Canadá; sin embargo, hay que aclarar que si bien se tienen antecedentes históricos de su ubicación como práctica para promover la salud, es a partir de la Carta de Ottawa (1986) donde se visibiliza como concepto.

En este país se dio uno de los orígenes más importantes de tal surgimiento, cuestionando la eficacia de la asistencia médica curativa de alta tecnología y la falta de solución real ante los distintos problemas de salud que aquejaban a las economías industrializadas.

A raíz de la necesidad de controlar los costes crecientes del modelo biomédico, durante este periodo se abrió el espacio para criticar las condiciones que este modelo produjo en la racionalidad sanitaria, en la recuperación del pensamiento médico social que a mediados del siglo XIX, enfatizaba relaciones más amplias entre salud y sociedad (Czeresnia & Freitas; 2003. pp.11).

Justamente en este periodo, se discuten y se crean nuevas actividades en torno a la salud, las cuales pretendían realizar cambios que apuntaran hacia la disminución en el gasto de los recursos para la recuperación de la salud. Esta perspectiva fue manejada a través del Informe de Lalonde en 1974, en Canadá donde, la Promoción de la Salud surge como estrategia para la ampliación del campo de salud, cuyo objetivo consistía en elaborar un fundamento conceptual viable que permitiera una rápida respuesta ante cualquier situación relacionada con la salud (Xochipa, Castillo & Díaz. 2013; p. 15).

De este modo se propuso un mapa donde el objeto de estudio se clarifica en cuatro grupos que explican el fenómeno salud/enfermedad; en primer lugar el ambiente, en segundo lugar estilos de vida, en tercer lugar lo referente a la biología humana y el cuarto lugar se refiere a la organización de los servicios de salud.

Este informe trajo consigo el resurgimiento del concepto de Promoción de la Salud, adquiriendo un status de política pública, de Estado en Canadá. El informe Lalonde se ha convertido en un clásico de la Salud Pública, ha servido como base de nuevos planteamientos en políticas sanitarias al establecer una relación directa entre los determinantes de la salud y la utilización de los recursos. Este informe trata de conocer los factores que influían en la salud de los/as canadienses con la intención de modificar las causas que determinaban realmente la salud de la población.

La discusión del concepto de promoción de la salud tiene como punto de partida el propio concepto de salud. La salud no es solamente seguridad contra riesgos, sino también la posibilidad de superación de las condiciones y capacidades iniciales.

La salud es mencionada como factor esencial para el desarrollo humano, siendo uno de los campos de acción propuesto en el contexto de promoción de la salud la creación de ambientes favorables (Czeresnia & Freitas; 2003. p. 14).

La promoción de la salud se constituye como un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades, capacidades de los individuos, sino también a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

Posteriormente el concepto de Promoción de la Salud es definido como el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud (OMS, 1998).

La Promoción de la Salud, aún no puede considerarse como una disciplina sino como un campo de conocimientos en proceso de evolución a convertirse en una disciplina científica.

Esta tiene como objetivo fundamental, proporciona información y herramientas necesarias para optimizar los conocimientos, habilidades, actitudes, aptitudes necesarias para mejorar las condiciones de vida de las personas. Al proporcionar dichos conocimientos se generan condiciones en donde las personas y/o población puedan ejercer con mayor control su propia salud, y así utilizar adecuadamente los servicios de salud. También impulsa la participación de la comunidad en la toma de decisiones, elaboración, ejecución de acciones que ayudan a alcanzar un mejor nivel de vida. Asimismo, fomenta el desarrollo de sistemas versátiles que refuercen la participación pública (Subsecretaría de prevención y promoción de la salud; 2016).

Otro de los objetivos que posee la Promoción de la Salud apunta hacia la equidad y su mayor prioridad son los grupos vulnerables y en desventaja como lo son adultos mayores, discapacitados y enfermos mentales.

La promoción de la salud ha sido motivo de análisis y discusión a lo largo del tiempo, esta temática se ha utilizado como estrategia para realizar diversos planteamientos relacionados con la formulación de políticas públicas saludables³² dirigidas a personas, comunidades, para la propuesta y realización de investigaciones en salud (Giraldo, O. A., Toro, R. M., Macías, L. A., Valencia, G. C., Palacios, R. S., 2010 Cit. en: La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables, p. 131). Está considerada en términos de impacto sobre la salud, basadas en las necesidades reales de la población, en el abordaje de los determinantes sociales.

Bajo estos términos, la promoción de la salud es concebida a través de tres elementos según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2010:

- a) Autocuidado: este punto trata sobre las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud.
- b) Ayuda mutua: esto tiene que ver con las acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación en la que está viviendo.
- c) Entornos sanos o creación de condiciones ambientales que favorezcan la salud, tales como escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de capacidades donde a los niños y niñas, en su educación, la Promoción de la Salud, la salud sean opciones pedagógicas para el desarrollo humano y la formación de valores en la niñez.

Desde la perspectiva de la Promoción de la Salud se puede ver una preocupación por la restauración, mantenimiento de la salud de las poblaciones, en donde la sociedad y sus instituciones deben realizar acciones que concreten dicho propósito.

³² Las políticas públicas saludables están dirigidas hacia las personas y la comunidad, con el objetivo de mejorar los niveles de salud, accesibilidad, utilización, distribución y calidad de los servicios de salud, a la vez que la participación activa y la equidad en la prestación de los mismos.

Para la Promoción de la Salud el ambiente físico y social en el que vivimos son indispensables para la salud. Ante ello la Promoción de la Salud es un concepto dinámico, evolutivo que involucra a las personas en el contexto de su vida diaria, por ejemplo en la casa, la escuela, el lugar de trabajo, etc., que promueve que se alcance el máximo nivel de bienestar físico, mental y social para todos.

La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud tienen como propósito mejorar el acceso a la información, acceso a los servicios relacionados con la salud, con el fin de que la gente obtenga un mayor control sobre su propia salud y su propio bienestar.

Un elemento fundamental de los planes y programas de Promoción de la Salud es la acción comunitaria. Una de las iniciativas de dichas políticas se encuentra en las iniciativas locales que apoyan a través del suministro de conocimientos, información, capacitación relevante, reconocer la función de los factores ambientales, sociales para alcanzar y conservar la salud (Promoción de la salud; 2015).

Por otro lado los escenarios, espacios o campos de acción en los que interviene la Promoción de la Salud son diversos pero en cada uno de ellos se busca garantizar la intervención en procesos participativos donde las comunidades adquieran capacidades para identificar, actuar sobre los problemas que los aquejen y así lograr obtener un estado de bienestar. Estos ambientes físicos poseen gran integridad e implantación de estrategias para que la Promoción de la Salud pueda intervenir, en las ciudades o municipios se puede comprometer más a fondo ya que existe un nivel político mediado por el Estado, quien es el que decide e influye en los cambios necesarios para mejorar sus condiciones de vida (Restrepo & Málaga. 2001; p.44).

Otro campo de intervención para la implantación de estrategias de Promoción de la Salud han sido las escuelas, ya que ofrecen gran potencial para conseguir una transformación a largo plazo de condicionantes importantes de la salud, como los estilos de vida, los ambientes, en estas instituciones educativas se busca crear una

nueva cultura de la salud y aunque los programas intentan la participación de alumnos, profesores y padres de familia no se ha logrado una participación conjunta por lo que se termina en actividades de acondicionamiento físico y pláticas informativas.

Además de las escuelas, el campo laboral es un escenario muy adecuado para propuestas de intervención de la Promoción de la Salud, por la influencia que puede tener en la población económicamente productiva, este espacio es un blanco importante para las acciones tanto de prevención de enfermedades como de promoción de vida saludable.

Las condiciones de trabajo determinan la forma en que las personas enferman o mueren, su vínculo con el proceso de salud-enfermedad lo hace un espacio privilegiado para la intervención de los promotores de salud.

En México la Promoción de la Salud, así como las estrategias propuestas por las instituciones como la OMS, la OPS entre otras, aún no se han implementado en las instituciones de salud ya que aún se sigue pensando a la Promoción de la Salud como aquella que se centra en prevenir y curar las enfermedades.

3.3 Abordaje de la Promoción de la Salud desde los determinantes sociales

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del capital, el poder, los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (Wong. S/F; p.1).

Estos determinantes influyen en las condiciones sociales que viven las personas, influyen en poseer la posibilidad de estar sanas o de poseer circunstancias precarias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social,

la mala condición de la vivienda, las condiciones de falta de higiene y la escasa oportunidad de trabajo.

La Promoción de la Salud posee la importancia de dar a conocer el avance que ha surgido en torno a la salud, sus factores determinantes, especialmente para quienes han ingresado recientemente a este campo de actividad. Muchos de los conceptos que actualmente se aceptan como esenciales en la concepción de la Promoción de la Salud, pueden encontrarse en las prácticas higiénicas de civilizaciones anteriores (romanas, cristianas, árabes, entre otras).

La Promoción de la Salud no es sólo el trabajo social de la medicina, esta disciplina realmente trata acerca de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud. Siendo estos el conjunto de factores personales, sociales, políticos, ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones. Kickbusch (1994. Cit. Restrepo, H (S/F), p. 21).

Helena Restrepo, considera que la Promoción de la Salud se encuentra dentro del ámbito social, en donde se plantean acciones para modificar los ambientes físicos, sociales, culturales y políticos, para influir en las determinantes negativas de las condiciones de vida/salud mediante políticas públicas.

Hablar de cambios de estilos de vida comprende no sólo algunos comportamientos reconocidos como saludables (ejercicio físico, dieta sana, ausencia de consumos de sustancias dañinas), sino también otras actitudes, prácticas tales como tolerancia, solidaridad, respeto por las diferencias y los derechos humanos, participación, que inciden en la vida colectiva (Restrepo & Mágala. 2001; p. 41).

El empoderamiento es una pieza clave para lograr cambios favorables en la salud de las personas, el empoderamiento a nivel comunitario posee mayor fuerza en los fines de transformación de los determinantes de la salud y el bienestar.

Para llevar a cabo un cambio en los determinantes de salud, la Promoción de la Salud ha generado un conjunto de investigaciones que permitan entender que la salud se encuentra condicionada por ciertos determinantes, es allí donde se debe actuar para mejorar la salud de los grupos y las comunidades.

El proceso de intercambio de información capaz de generar retroalimentación modificando a los sujetos participantes, constituye el fenómeno conocido como comunicación, reconoce tres tipos: la comunicación interpersonal, que optimiza el empoderamiento, facilita la autogestión; la comunicación grupal, la cual es fundamental para implementar estrategias de participación comunitaria, la masiva que despierta interés, crea opinión e imagen y predispone al público hacia poseer un estado de bienestar. Del Bosque (1988. Cit en Casas L., 2009, p. 50)

La Promoción de la Salud posee estrategias que permiten a la población participar, reconocer, analizar, reflexionar acerca sobre los determinantes sociales en los que se encuentran inmersos a nivel individual y colectivo, así como las situaciones en las que se les permita identificar aquellos determinantes que afecten de manera nociva su salud.

Ante las desigualdades sociales, la Promoción de la Salud necesita que el Estado asuma su responsabilidad con la población en el ámbito de salud, mejorando de manera importante y eficaz su calidad de vida a través de una de las vías más efectivas, relacionada también a la prestación de los servicios públicos domiciliarios, en particular: agua potable, alcantarillado, tratamiento de aguas residuales, recolección y tratamiento de residuos sólidos, drenaje urbano, control de vectores. El Estado también debe de tomar participación en cuanto a financiamiento e infraestructura en seguridad social, asistencia social y todo lo que tenga que ver en cuanto al entorno de prestaciones de servicios de salud, para que las personas puedan gozar de una mejor salud.

Los determinantes sociales de la salud explican en mayor parte las inequidades, las indiferencias sanitarias. Estos determinantes comprenden intervenciones que incidan en las causas directas como indirectas de la salud y la enfermedad (García. 2000; p. 15).

El hecho de abordar los determinantes sociales dentro del sector salud puede generar sistemas más integradores, accesibles, adaptados a las comunidades desfavorecidas, delegar mayor eficacia a la promoción de la salud. Para ello se requiere aumentar la sensibilización de todos los prestadores de servicios de salud en torno a los determinantes de la salud.

Por tal motivo se les invita a los trabajadores del ámbito de salud a contribuir a mejorar las condiciones de vida cotidiana que favorecen a la salud, al bienestar, a generar métodos nuevos, abordar los determinantes, las inequidades en salud. Se debe señalar la necesidad de crear una capacidad de investigación para seguir, medir el impacto de las políticas sobre la equidad en salud. Los elementos que permiten a las personas mantener, mejorar su salud dependen más de las modalidades e impacto que tienen los determinantes sociales en su vida y a los servicios a los que acceden cuando se enferman (Urbina & González; 2012. pp. 16-20).

Cuando los determinantes sociales son realmente objeto de la configuración de políticas públicas, éstas responden a las necesidades de la población de una manera incluyente, los efectos favorables sobre la salud se ven de una manera gradual y contundente.

Entre mayor es el nivel cultural y mejores son las condiciones económicas, sociales de vida, son mayores las posibilidades de acotar las desigualdades, las insuficiencias sanitarias, las posibilidades de corresponsabilidad, de acción social en salud. Asimismo, es mayor la capacidad de las personas de obtener la información que requieren para tomar medidas orientadas a su autocuidado, para comprometerse con la configuración de entornos saludables.

La Promoción de la Salud busca promover condiciones de vida saludables de las comunidades en todos los ámbitos, especialmente en los grupos de población vulnerables (niños, adultos mayores y víctimas de violencia) como son el caso de las personas que padecen alguna adicción el *Centro de Atención Integral de Adicciones* en donde se imparten pláticas y talleres que sensibilizan a las personas con adicciones.

También la *Clínica Integral de la Mujer* brinda atención psicología a mujeres, niños que sufren de violencia, así como el promover la realización de estudios específicos para detección de padecimientos como VPH, cáncer de mama entre otros. El Programa *GAM Ve Por Ti* promueve el estudio oftalmológico para que la comunidad prevenga algún tipo de padecimiento oftálmico.

APARTADO 4. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

En este apartado se describirán las actividades realizadas durante mi estancia en el *Programa Centro de Desarrollo Comunitario* de la GAM durante el periodo de marzo-septiembre de 2014, cubriendo un total de 480 horas. Es importante señalar que dichas actividades se vincularon con algunas instituciones como: el *Centro de Atención Integral de Adicciones y la Clínica integral de la Mujer* creada el 3 de julio de 2014.

El objetivo de las actividades realizadas durante el servicio social están encaminadas a la APS³³ (Atención Primaria en Salud), considerando a todas aquellas actividades de intervención, participación que se realizan con grupos o individuos con características, necesidades e intereses comunes. Las acciones, de acuerdo a lo señalado en el programa, están dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida, el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y los grupos para el control de sus propios problemas, demandas o necesidades.

Centro de Desarrollo Comunitario

(Subdirección de Servicios Médicos *FarmaGam*)

En el área de *FarmaGam* tienen como objetivo proporcionar medicamentos a la población que pertenece al sector de escasos recursos. Una vez que las personas han acudido a los servicios médicos que la delegación brinda, allí el personal médico establece el diagnóstico, tratamiento a seguir.

Durante el primer mes de mi estancia en el servicio social, el personal del área de Subdirección de Servicios Médicos me explicaron acerca del servicio otorgado en *FarmaGam*³⁴ (farmacia), el cual consiste en proporcionar a la comunidad

³³ La Atención Primaria de la Salud: La Secretaría de salud define la Atención Primaria de la Salud como acciones integrales, de promoción de la salud y prevención/atención de la enfermedad, con participación social e involucramiento de las comunidades en donde no solo se combate a la enfermedad, sino ayudar a la transformación de los entornos insalubres y de las condiciones de vida de las personas

³⁴ *FarmaGam* fue el espacio en donde realice la mayor parte de las actividades de mi servicio social.

perteneciente a la Delegación GAM, el tratamiento inicial, el cual consiste en proporcionar sólo una caja del medicamento prescrito por el médico para contrarrestar el padecimiento que cada persona sufra. La farmacia se sustenta a través de donaciones de personas que pertenecen a alguna de las instituciones mencionadas anteriormente principalmente IMSS e ISSSTE y otra forma de abastecimiento son los laboratorios vinculados a la delegación, es por eso que el tratamiento (medicamentos) no se proporciona permanentemente.

Además de brindar servicio en *FarmaGam* de surtir recetas médicas, aplicando mis conocimientos básicos de farmacología para saber las indicaciones terapéuticas del tratamiento prescrito, participé en el programa que se encontraba en función *GAM Ve por Ti*, el cual consiste en realizar exámenes oftalmológicos y a la entrega de lentes a niños en edad escolar y para personas de la tercera edad la delegación. Mi participación en este subprograma consistía en entregar los lentes a la comunidad de la GAM ya mencionados. *FarmaGam* es un programa de medicamento gratuito para todos los niños de 0 a 12 años y adultos de la tercera edad, éstos llevan la receta médica, nosotros proporcionábamos medicamento totalmente gratuito, existe un medibus que es itinerante y lleva el medicamento gratuito a todas las colonias.

Otra de las funciones llevadas a cabo fue proporcionar información acerca de los servicios y/o prestaciones en el ámbito de Servicios Médicos mediante orientación directa dentro de la misma área de *FarmaGam*, así como los horarios de atención de ambas áreas, estos servicios y/o prestaciones consisten en la atención médica, diagnóstico y tratamiento de algún padecimiento (Atención primaria).

FarmaGam se encuentra incorporado al programa Ayudas especiales GAM como lo especifica el nombre y/o incorporación este programa ayuda a las personas por medio de la proporción de medicamentos, los responsables del programa son: La Delegación Gustavo A. Madero, a través de la Dirección General de Desarrollo Social, la Dirección General de Administración, la Dirección de Recursos Financieros, las Direcciones de Educación, de Servicios Médicos y equidad Social.

Por otro lado una de las actividades comunitarias en las que se me permitió participar, con la población, consistió en la inclusión de información mediante trípticos, carteles (realizados por la Dra. Diana Ivette Fuentes Sánchez) para informar a dicha población de padecimientos como; cáncer cérvico uterino, cáncer de mama y VPH, siendo la población de mujeres el foco de interés de la mayoría de estas actividades, las cuales se dirigen a orientar a la comunidad para que opte por conductas más saludables y a potenciar el autocuidado.

El objetivo de la GAM mediante su *Programa Centro de Desarrollo Comunitario y FarmaGam*, consiste en brindar atención a las personas vulnerables (madres solteras, niños y personas de la tercera edad) que no cuentan con seguridad social, esta atención está orientada hacia los principales problemas de salud de la comunidad como: Enfermedades Crónico Degenerativas (Hipertensión, Diabetes, problemas vasculares).

Otras de las actividades del servicio social realizadas consistieron en participar en la Jornada de salud (se llevan a cabo cada seis meses) que se realizó en la explanada de la Delegación, con ayuda del personal médico. Se realizaron estudios gratuitos sobre mastografías, papanicolaou, revisión dental, vacunación, planificación familiar. Mi participación consistió en brindar pláticas informativas sobre infecciones de transmisión sexual como clamidia, gonorrea, sífilis, herpes genital y VIH/SIDA, pláticas informativas sobre cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, cómo prevenir los factores de riesgo, así como repartirles anticonceptivos (condones) a toda la población que estuviese interesada sobre los temas tratados, otorgándoles con mayor énfasis a los jóvenes.

También ofrecí pláticas, en las que se destacaba la importancia de realizarse la autoexploración mamaria, la necesidad de realizarse el papanicolaou de forma anual se les informó cual es el objetivo que tienen estas medidas preventivas; en el caso de la autoexploración mamaria (Guía para autoexploración mamaria)³⁵ para detectar cambios en las mamas o en las axilas, así como vigilar el aspecto, tamaño, la posible aparición de tumoraciones en mamas, axilas. Se les compartió un tríptico

³⁵ Anexos

realizado por la Dr. Diana Ivette Fuentes Sánchez, el cual les enseña de forma visual los pasos a seguir para realizarse la autoexploración.

En el caso de la realización del estudio o prueba de papanicolaou, es importante que la comunidad femenina se concientice acerca de por qué es importante el realizarse esta prueba, es una manera de examinar células recolectadas del cuello uterino y la vagina. Esta prueba puede mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales o cáncer.

Durante la Jornada de salud además de las actividades descritas, se realizaban otras dinámicas/labores proporcionadas por otros miembros de distintas áreas de la Delegación GAM tales como:

- ✓ Podología.
- ✓ Corte de cabello.
- ✓ Manualidades.
- ✓ Atención jurídica.
- ✓ Reparación de electrodomésticos.
- ✓ Campaña de vacunación de perros y gatos.

También se brindó información vía telefónica, de manera inmediata sobre los horarios de atención, los servicios y estudios con los que cuenta la Clínica Integral de la Mujer como:

- ✓ Colposcopia.
- ✓ Mastografía.
- ✓ Ultrasonido de mama.
- ✓ Densitometría ósea.
- ✓ Ayuda Psicológica,
- ✓ Asesoría jurídica.

Para que las personas conocieran más acerca de este nuevo proyecto haciendo referencia a la Clínica Integral de la Mujer, para hacer conocimiento de los servicios con los que cuenta elaboramos carteles, trípticos en conjunto con la Dr. Diana Ivette Fuentes Sánchez en donde se explica ¿Qué es?, ¿Cómo se contrae?, ¿Cuáles son los riesgos?, ¿Cuáles son los signos y síntomas?, ¿Cómo se puede saber si se padece?, el cáncer cérvico uterino y el cáncer de mama.

Además de los programas mencionados anteriormente existen otros programas con los que cuenta la Delegación GAM son: *Grupos Vulnerables*, *GAM Ve por Ti* y *TenGAMos Calidad de Vida*³⁶.

En base a estos y muchos programas se pretende elevar el nivel de bienestar de la población de la GAM, con el compromiso social de garantizar a sus habitantes, en igualdad de condiciones, niveles más altos de satisfacción, bienestar social y de salud tal y como lo menciona la gaceta Oficial del D.F en 2010 (Gaceta Oficial del Distrito Federal; 2010. pp. 129-133).

Centro de Atención Integral de Adicciones

Como se mencionó anteriormente en el apartado 2 que corresponde a la descripción de los programas. Se hablará acerca del objetivo que posee el *Centro de Atención Integral de Adicciones* el cual consiste en brindar asesoría, atención, canalización ante las instancias adecuadas, a todas aquellas personas que padecen cualquier grado de adicción al alcohol, drogas naturales y/o sintéticas o fármacos, en su caso ofrecer servicios de orientación preventiva, a través de pláticas y talleres.

En este centro, mi estancia se centró en impartir pláticas y talleres de sensibilización sobre los efectos de las adicciones, éstos se realizaban en grupo, se utilizó la metodología basada en la formación de grupos de discusión y entrevistas informales. Se realizaban informes los cuales se canalizaban al personal encargado

³⁶ Simplemente se hace mención de estos programas con los que cuenta la delegación solo con fin de conocimiento de que existen diversos programas de ayuda a la población, no porque haya participado en ellos. Con excepción del programa *Gam Ve por Ti* en este realice actividades.

de dar seguimiento a la problemática de la comunidad, el objetivo es realizar diagnósticos situacionales.

Las personas que participaban regularmente en las pláticas, talleres era aproximadamente grupos de 10 a 15 personas, su participación era activa y organizada.

En el primer módulo se explicó que es una adicción, las fases del proceso adictivo, daños, riesgos asociados al consumo de drogas en las personas que padecen algún tipo de adicción, siendo este el primer módulo introductorio de estos talleres.

En el segundo módulo se habla sobre que son las drogas, clasificación, tipos de drogas: cocaína, tachas, alcohol, inhalables, heroína, marihuana. Para el apartado tres y cuatro se describe en qué consiste el uso, abuso y dependencia.

En el último módulo se explica a la comunidad como algunas actividades básicas pueden evitar caer en alguna adicción como; tener un buen autoestima, es decir tener reconocimiento, aceptación de cualidades, virtudes con las que se cuenta, tener confianza en sí mismo, controlar la ira o enojo, ser asertivo, realizar algún tipo de deporte o actividad que sea de agrado. Estas actividades ayudan a los jóvenes a enfrentar de mejor manera las situaciones de la vida cotidiana.

Clínica Integral de la Mujer

MI participación para concluir el servicio social, se llevó a cabo en la *Clínica Integral de la Mujer*, esta institución se dedica a brindar atención ginecológica mediante estudios de mastografías, ultrasonografía mamaria o ecografía de la mama, colposcopia a las mujeres maderenses, para la prevención, diagnóstico de cáncer mamario de acuerdo a la clasificación de BIRADS³⁷, VPH (Virus del Papiloma

³⁷ Clasificación de BIRADS: es un sistema de control de calidad, su uso implica una evaluación en categorías numéricas de una mamografía, asignado por el médico radiólogo, Esto permite que se presente un reporte radiográfico uniforme y conciso que puede ser entendido por múltiples médicos o centros hospitalarios en donde se determina alguna lesión o cáncer en la mama.

Humano) mediante la prueba de Shiller³⁸, así como densitometría ósea la cual ayuda a detectar la aparición de osteopenia, osteoporosis a mujeres en periodo menopaúsico, este estudio detecta una pérdida gradual de calcio, así como cambios estructurales, provocando que los huesos pierdan grosor, se vuelvan más frágiles y con mayor probabilidad de fracturarse.

La institución brinda atención psicológica a mujeres que padecen algún tipo de violencia física, psicológica y/o verbal, o sufra de algún trastorno psicológico esta institución también cuenta con un consultorio de nutrición en donde se encargan de prevenir que las personas padezcan algún tipo de trastorno alimenticio, mediante una evaluación nutricional y una dieta adecuada para cada individuo.

Para poder realizarse algún estudio es importante que los beneficiarios cuenten con la información adecuada, la cual fue brindada por mí mediante un manual con el que cuenta la clínica, sobre cómo deben de asistir las personas antes de ser realizados. (Estudios ginecológicos rutinarios para la mujer)³⁹

³⁸ **Prueba de Shiller:** Esta prueba se utiliza en ginecología, es útil para ubicar los sitios convenientes para hacer biopsias en el cuello uterino donde se coloca una solución y si se tñe alguna zona del cuello uterino indica la aparición de células cancerígenas

³⁹ **Anexos**

APARTADO 5. RESULTADOS.

En este apartado se busca vincular las actividades realizadas durante el servicio social, con la formación profesional de la licenciatura en Promoción de la Salud. Los resultados tienen que ver con los aprendizajes profesionales y sociales en la práctica como promotora de salud en una institución que de entrada desconoce el quehacer profesional de la Promoción de la Salud.

5.1 Vinculación con la licenciatura

La carta de Ottawa (1986) es un primer documento que define de manera clara y consistente el campo de acción de la Promoción de la Salud, así:

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, realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades 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. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas (Dirección General de Promoción de la Salud; 2016).

La Promoción de la Salud surge como reacción a la acentuada medicalización de la salud en la sociedad, en el interior del sistema de salud. El campo de la Promoción de la Salud está caracterizado por la integridad, la valorización del saber y/o conocimiento popular para obtener un mejor entendimiento de los problemas en el proceso salud-enfermedad-atención (Czeresnia & Freitas; 2003. pp 19-20).

Es importante enfatizar que no hay un concepto de Promoción de la Salud único, se pueden encontrar diferentes definiciones, pese a que el movimiento tiene un antecedente en Canadá a partir de las conferencias internacionales; sin embargo, el concepto se explica y se lleva a la práctica a partir del contexto político e ideológico desde donde se define.

Para Marchiori (2003)⁴⁰ los conceptos disponibles para la Promoción de la Salud pueden ser reunidos en dos grandes grupos: Uno dirigido a la modificación de comportamientos de los individuos para transformar sus estilos de vida, por ello los programas basados en esta perspectiva se enfocan a desarrollar componentes educativos, es decir se basa a las estrategias de Promoción de la Salud que están establecidas desde las instituciones como la OMS, Subsecretaria de PS para; educar, asistir a individuos y organizaciones que asuman mayores responsabilidad en materia de salud.

El otro grupo le da un papel protagónico a los determinantes generales de las condiciones de salud, por ello sus actividades se enfocan a la colectividad de los individuos, al ambiente que los rodea, se aplican políticas públicas y entornos favorables para el desarrollo de la salud.

La Promoción de la Salud puede ser definida y/o traducida como expresiones propias referentes a la realidad, como “Políticas públicas saludables”, “Colaboración intersectorial”, “Desarrollo Sostenible”. Se rescata la perspectiva de relacionar salud, condiciones de vida, y se resalta la cantidad de múltiples elementos físico-psicosociales que están vinculados a la conquista de una vida saludable, destacándose la importancia tanto del desarrollo de la participación colectiva como del de habilidades individuales (Czeresnia & Machado; 2003. p.11).

Las estrategias de Promoción de la Salud están establecidas desde los organismos internacionales y las instituciones como la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Subsecretaria de Promoción de la Salud, está las enmarcan en aspectos como: educar, asistir a individuos, impulsar la participación comunitaria e impulsar que las organizaciones asuman mayores responsabilidades en materia de salud. Otras actividades periféricas de la Promoción de la Salud consisten proponer material informativo de promoción y prevención, pláticas informativas, conferencias, talleres de reflexión con grupos de discusión en base a los determinantes de salud, etc.

⁴⁰ Ibidem

A partir del movimiento mundial en promoción de la salud, en los diferentes países se ha impulsado fuertemente la formación de recursos humanos en este campo. Para contribuir a resolver los problemas de salud en individuos, grupos y comunidades.

Para contrarrestar los problemas de salud de los individuos, comunidades y grupos se centra a la Promoción de la Salud como una estrategia que incluye la sensibilización, comunicación educativa cuya meta es promover, facilitar la toma de conciencia de la población en general, así como favorecer su participación en acciones de prevención que contempla tres niveles de acuerdo a su objetivo y alcance, implica distintas actividades que atienden la salud, visualiza a la persona desde los tres ejes fundamentales: biológico, psicosocial y ambiental.

Debemos de dejar claro la diferencia entre Promoción de la Salud y prevención. El enfoque de la Promoción de la Salud es más amplio y englobador, procurando identificar, enfrentar los macrodeterminantes del proceso salud-enfermedad, buscando transformándolos favorablemente en orientación hacia la salud.

En cambio la prevención se orienta más hacia las acciones de detección, control, debilitación de los factores de riesgo causantes de conjunto de enfermedades o de una enfermedad específica; su base es la enfermedad, los mecanismos para atacarla mediante el impacto sobre los factores más íntimos que la generan o aceleran.

Para precisar la diferencia entre ambas disciplinas, el objetivo de la Promoción de la Salud consiste en que las personas cuenten con un óptimo nivel de vida y de salud; por lo tanto, la ausencia de enfermedades no es suficiente, en todo caso la presencia de cualquier nivel de salud registrado en un individuo siempre conllevará algo que debe ser realizado para producir un mejor nivel de salud y condiciones de vida más satisfactorias.

Por otro lado la forma en la que opera la Promoción de la Salud en el país, ha sido mediante la implementación de programas que constituyen distintos escenarios; salud, vivienda, agua potable, saneamiento, nutrición, servicios, etc.

Estos programas buscan alcanzar resultados que se reflejen en las condiciones de vida de la población y en su entorno, mejorando por ende las condiciones de salud.

En México la licenciatura en Promoción de la Salud es la primera en América Latina, cuyo objetivo es formar profesionales en promoción, educación para la salud con una perspectiva interdisciplinaria, que sean capaces de identificar, diseñar, desarrollar modelos que los hagan participar en las acciones del sector salud, social y educativo dirigidos a mejorar la calidad de vida de la población en general; a través de acciones que conlleven a elevar el nivel de conocimientos, habilidades, estructura de valores, conductas en relación con la salud a nivel individual, familiar, grupal, comunitario, de la sociedad en general según el Plan de estudios de la Licenciatura en Promoción de la Salud UACM, 2001.

El perfil del egresado de la licenciatura de Promoción de la Salud se estructura de la siguiente manera:

Contará con conocimientos en:

- ✓ Materias básicas para conocer al ser humano: química, anatomía, fisiología, psicología y nutrición.
- ✓ Teorías epistemológicas y socioeconómicas para la comprensión de la realidad social.
- ✓ Factores condicionantes, factores de riesgo para la salud integral para el individuo y de la comunidad en general.
- ✓ Metodologías de la investigación social, educativa y de salud pública.
- ✓ Paradigmas y tecnologías educativas.
- ✓ Diagnóstico, políticas, planeación, sobre necesidades y problemas que inciden en la salud integral en individuos, grupos como espacios de integración profesional.

En cuanto a habilidades:

- ✓ Promoverá la participación e integración en las acciones, concretas o generales, que se comprendan como individuos, grupos, instituciones, comunidad en general relacionadas con la Promoción y educación para la Salud.
- ✓ Analizará el contexto individual, familiar socioeconómico, cultural, sus efectos sobre la salud integral de las personas, grupos y comunidades.
- ✓ Diseñará y desarrollará modelos de intervención para la prevención, atención, resolución o rehabilitación de problemas específicos que afecten a la salud integral de los miembros de la comunidad.
- ✓ Participará en el fortalecimiento de la Promoción de la Salud comunitaria con la creación de ambientes saludables que contribuirá a reorientar los servicios de salud hacia la equidad, la calidad y la prevención.

En cuanto a actitudes:

- ✓ Mantendrá una actitud de servicio.
- ✓ Será autocrítico y abierto a la crítica.
- ✓ Contará con una formación humanística.
- ✓ Tendrá responsabilidad para aplicar sus conocimientos y habilidades en materia de salud integral en lo individual o colectivo.
- ✓ Mostrará aceptación y colaboración en grupos de trabajo con sectores interinstitucionales e interdisciplinarios.
- ✓ Fomentará los valores que conforman que distinguen al ser humano.

Mi definición de Promoción de la Salud consiste en que las promotoras y los promotores de la salud desempeñan un papel clave en mejorar la salud de las comunidades, grupos e individuos. Su papel es vincularse a las problemáticas relacionados con la salud, a partir de procesos educativos en donde se les permita a las personas experimentar conocimientos mediante sus vivencias y puedan desarrollar habilidades que los conduzca a buscar mejorar sus condiciones de vida.

Si contrastamos el perfil profesional de la licenciatura y lo realizado en el servicio social, se puede observar que no se pudieron llevar a cabo acciones estratégicas para ayudar a las problemáticas que aquejaban a la comunidad maderense.

Un primer obstáculo es el desconocimiento de la institución (GAM) de la existencia del profesional formado en el campo de la Promoción de la Salud. Al no saber en dónde ubicar a una licenciada en Promoción de la Salud en alguna de las áreas o programas de esta delegación, simplemente se guiaron por el nombre genérico de salud, por ello me colocaron en el área de Subdirección de Servicios Médicos donde se realizaron las actividades ya descritas en el apartado 4 como: brindar información sobre los servicios con los que contaba dicha área de Subdirección de Servicios Médicos y *Clínica Integral de la Mujer*, entrega de medicamento las cuales se relacionan con la medicina en donde está tiene por objeto el restablecimiento de la salud, cuidar y asistir en la curación de la enfermedad.

No se me permitió aplicar mis conocimientos, habilidades, actitudes, ya que el *Programa Centro de Desarrollo Comunitario* y las estancias vinculadas a ésta, ya contaban con sus propios programas, diseñados por otras instancias que son ajenas al prestador de servicios, sus dinámicas se encuentran pre-establecidas, se dictan los objetivos, las actividades desde la institución y los prestadores de servicio sólo acatamos instrucciones. Se me asignaron las actividades en función a los programas con los que cuenta la delegación, por lo que mi trabajo como promotora de la salud se enfocó en brindar información (de tipo administrativa) de cualquier tipo que tuviera que ver con la “salud”, siempre mostré una actitud de aceptación y colaboración en grupos de trabajo, ya que siempre mostré disponibilidad, dedicación para realizar las actividades que se me indicaban con los sectores interinstitucionales e interdisciplinarios de dicho programa.

Para que sea reconocido el trabajo de un promotor de la salud la Universidad debe dar a conocer el perfil del egresado en Promoción de la Salud a las distintas instituciones. Vincularse de manera más directa a los programas de servicio social y así se pueda asignar una área en donde se logren llevar a cabo todos los conocimientos adquiridos durante la licenciatura.

Durante mi estancia en la GAM no pude desempeñar mi perfil de promotor de la salud en cuanto a conocimientos como: Estudiar el contexto en donde se desarrolla la población beneficiada, contar con un diagnóstico que refleje las condiciones de salud de los grupos, la comunidad; planear y diseñar acciones desde la promoción de la salud sobre las necesidades, los problemas que aquejan a la salud integral, la delegación GAM consta con un diagnóstico sobre la población con la que mantienen contacto; donde estas personas son de escasos recursos, las cuales padecen de enfermedades crónico degenerativas, problemas de visión, VPH y cáncer de mama. Ante estas problemáticas quienes se encargaban de resolverlas eran los médicos de la institución

Al hablar de las habilidades que posee un promotor de la salud están: Promover, analizar, diseñar, desarrollar, fortalecer la participación de acciones de Promoción de la Salud, educación para la salud en un contexto individual, familiar y socioeconómico. No se desarrolló ninguna de estas habilidades puesto que la GAM y las instituciones vinculadas a ella, el *Centro de Atención Integral de Adicciones*, la *Clínica Integral de la Mujer*, ya contaban con diseños de programas que había que seguir para llevar a cabo las actividades señaladas en los programas.

Para que se puedan desarrollar las acciones de Promoción de la Salud en cada una de las instituciones vinculadas con la GAM sugeriría abrir una mesa de diálogo en donde se tomen puntos importantes sobre el medio que rodea a la población, los factores determinantes, problemáticas de salud y así poder crear o diseñar alguna estrategia que favorezca el modo en el que operan estas instituciones, obtener resultados más satisfactorios para los beneficiarios

Con respecto a las actitudes del perfil de un promotor de salud, éste debe de mantener una actitud de servicio, ser autocrítico, abierto a la crítica, aplicar conocimientos, habilidades en materia de salud en lo individual y en lo colectivo, aceptación, colaboración en grupos de trabajo: en este aspecto si llevé a cabo algunas de las actitudes ya mencionadas, siempre mantuve una actitud de servicio durante las actividades que me eran asignadas, acepté, analicé las críticas que se dirigían hacia mi desempeño durante mi servicio social.

Al finalizar el servicio social, es calificado el desempeño del prestador de servicio durante su estancia, la calificación, las críticas sobre mi desempeño fueron positivas ya que el personal con el que trabajé y mi encargado inmediato les satisfizo mi desempeño en cada una de las áreas en la que fui trasladada.

Persistentemente mantuve una actitud de colaboración con quienes eran mi grupo de trabajo para cualquier aspecto y/o actividad que se me asignaba, mi relación profesional estuvo permeada por el subdirector y director de la subdirección de servicios médicos y la *Clínica Integral de la Mujer*, el Dr. Ignacio Jaime Bárcenas Trejo y la Dra. Diana Ivette Fuentes Sánchez, en donde el trabajo multidisciplinario consistió en colaborar para la distribución de folletos, carteles, resolver dudas de la población sobre los temas impartidos en la GAM, así como la entrega de medicamentos para contrarrestar los síntomas de las enfermedades crónico degenerativas, realizar estudios para detectar VPH, cáncer de mama y comprometerse en un fin y/o objetivo en común.

5.2 Aprendizaje profesional y social

La experiencia obtenida durante mi realización del servicio social en la Delegación GAM, me permitiría constatar que las actividades de Promoción de la Salud siempre están vinculadas al mejoramiento de las condiciones sociales y sanitarias de las comunidades, por ello se requiere del compromiso de los profesionales en salud, en este caso los promotores de salud para comprender los problemas de la población deben diseñar estrategias que mejoren la salud a través de la implementación de modelos basados en modificar los determinantes que afectan la salud.

Para que esto se pueda realizar, es necesario generar espacios de diálogo donde se compartan saberes, experiencias y conocimientos, aceptando e incorporando el saber del otro, respetando la diversidad, el derecho a la información, a la salud que todos los miembros de una comunidad tienen, este es uno de los más importantes aportes a mi formación como profesional de la salud. Esos aprendizajes se pueden conocer en las aulas pero se aplican en la realidad, es allí donde se tienen los mejores aprendizajes de tipo social.

Las instituciones de salud como son los centros de salud, hospitales públicos no cubren las demandas de la población, existe una escasez de servicios médicos como: áreas de especialidades y urgencias, abastecimiento de medicamento, falta de material quirúrgico entre otras cosas.

Retomando el tema del perfil profesional del promotor de la salud se menciona que los promotores de la salud informan, educan sobre los distintos problemas de salud, constituyéndose en nexos entre la comunidad, el equipo de salud. Durante mi desempeño en el servicio social, lo he mencionado anteriormente, mi aprendizaje profesional se mantuvo limitado porque el perfil del promotor de la salud va más allá de brindar información sobre enfermedades o requisitos de acceso a los servicios, repartir folletos, surtir recetas o entregar lentes, siendo estas actividades, en su mayoría, de tipo administrativas.

Se supone que mi desempeño estaría enfocado a aplicar mis conocimientos y habilidades en materia de salud integral en lo individual o colectivo, generar propuestas de intervención para la atención de los distintos problemas de salud, considerando que la población enfrenta un contexto de falta de recursos económicos y marginación, es a partir del estudio de ese contexto que se generarían las intervenciones que no realicé sólo ejecuté lo que me indicaban los encargados del área de subdirección de servicios médicos.

En base a estas actividades una de las habilidades empleadas en el perfil del Promotor de la Salud es promover la participación e integración en las acciones concretas o generales que comprenden a individuos, grupos, instituciones, comunidad en general relacionadas como la Promoción y Educación para la Salud.

Mi aprendizaje sobre esta experiencia de realizar el servicio social me brindó la oportunidad de acercarme a las personas, el cómo tratarlas, como enfrentar mis miedos al pararme frente a un público, realizar pláticas, el saber cómo funciona una farmacia, todo el proceso que se lleva a cabo el mantener un programa como fue el de *Gam Ve Por Tí*, como es el procedimiento.

Las pláticas informativas impartidas por mí y los miembros de la Subdirección de Servicios Médicos sobre VPH, cáncer de mama, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, se pudo obtener un diálogo con los oyentes porque dieron puntos de vista, compartieron vivencias y plantearon dudas sobre dichos padecimientos.

Las herramientas profesionales de un promotor de salud corresponden a las actitudes del perfil profesional en donde se fomenta la aceptación, colaboración en grupos de trabajo con sectores interinstitucionales e interdisciplinarios y aplicar conocimientos en materia de salud integral en lo individual o colectivo.

En el desarrollo académico de la licenciatura de PS aprendí que el disfrute de la salud es un componente indispensable en la calidad de vida de cualquier individuo, grupo o comunidad, es una condición básica para el desarrollo integral y se vincula a la satisfacción de otras necesidades permitiendo el desarrollo de las comunidades.

Este conocimiento me permite contrastar entre lo realizado y lo alcanzado en la aplicación de distintos programas comunitarios. Las actividades realizadas en el servicio social no logran el goce de una mejor calidad de vida ya que la comunidad con la que trabajé son personas de escasos recursos, grupos vulnerables, ya que el programa estaba dirigido a actividades básicas, a corto plazo tales como la entrega de lentes, el inicio del tratamiento de algún padecimiento, que no permitían resolver la problemática de fondo, sé les ayuda a las personas a un nivel muy básico, es decir tratan enfermedades de fácil resolución (gripa, diarrea, problemas de circulación sanguínea, control de glucosa, etc.), son paliativos o acciones asistenciales que no pueden resolver los verdaderos problemas.

La salud es un derecho fundamental de todo ser humano. El derecho a la salud obliga al Estado a generar condiciones, en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible, estas condiciones no abarcan solamente la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud: el acceso al agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, suministro de alimentos sanos, nutrición adecuada, vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo, el medio ambiente, acceso a la educación e información.

El trabajar con personas de escasos recursos es una experiencia muy desconsoladora ya que estas personas y/o comunidad no pueden cubrir con las necesidades básicas, pues para el Estado la inversión en política social no es una prioridad, se desplaza a otros sectores como las fuerzas armadas e inclusive en publicitar hasta el hartazgo los logros del gobierno en turno, dejando de lado a los integrantes de su sociedad en los ámbitos de salud, economía, alimentación, educación, etc. Es por eso que los promotores de la salud debemos de tener una participación ante este tipo de situaciones en las que podamos realizar un análisis del contexto individual, familiar socioeconómico, cultural, así como los efectos sobre la salud integral de los individuos, grupos y comunidades.

También es importante desarrollar, diseñar o rediseñar modelos de intervención, prevención, atención y resolución de los problemas que afecten la salud de los miembros de las comunidades. Así, la Promoción de la Salud se convierte en una profesión capaz de entender, explicar los problemas en salud desde una mirada más global e integradora, aspecto que permite intervenir en esos problemas de salud.

Para poder afrontar los problemas que aquejan a la comunidad es indispensable: Analizar los problemas de la comunidad, conocer los recursos con los que cuenta y los que la comunidad necesita, aportar distintas soluciones desde la formación de la Promoción de la Salud, seleccionar la alternativa más conveniente que permita dar respuesta a los problemas.

No basta con que se desarrollen programas de salud, recursos económicos y humanos especializados. Se requiere además la motivación, el compromiso de la comunidad a quien van dirigidas las acciones, otorgándoles protagonismo a quienes son los que mejor conocen la realidad en que viven, en donde se analice más a fondo la situación por la que las comunidades están padeciendo, teniendo un diálogo en el que se pueda transmitir y brindar las herramientas para que ésta sea capaz de participar activamente en el proceso de cambio que se desea obtener.

CONCLUSIONES

Un programa social se puede evaluar a partir de contrastar los objetivos programados y los alcanzados, el impacto que tiene en la población beneficiada, las necesidades que cubre de la población a la cual va dirigida la intervención. Si bien es cierto durante mi servicio social no participé en la evaluación de algún programa, mi estancia permitió conocer el funcionamiento y explorar los problemas o las limitaciones que enfrentan éstos. Identificar la operatividad de los mismos, tratar de visualizar su relación con la Promoción de la Salud y entender las contradicciones de los mismos.

Durante mi estancia en el *Programa Centro de Desarrollo Comunitario*, así como las instituciones que se encuentran vinculadas al programa (*Clínica Integral de la Mujer, Centro de Atención Integral de Adicciones y FarmaGan⁴¹*), se identificaron distintos problemas sociales y de salud, como consecuencia de las condiciones económicas del lugar; desempleo, inseguridad, bajo nivel escolar.

El programa fue elegido porque brinda la oportunidad de trabajar con la población en situación de pobreza la mayoría de la comunidad pertenece a la delegación GAM que no cuenta con un nivel de escolaridad básico, con una vivienda digna o empleo formal, por lo tanto no cuentan con seguridad social.

Dicho lo anterior y tomando en cuenta las condiciones por las cuales la comunidad vive, no se deben dejar a un lado los determinantes sociales de la salud, las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen, incluido el sistema de salud; en donde dichos determinantes influyen las condiciones sociales en que viven las personas éstas influyen en la posibilidad de estar sanas o de poseer circunstancias precarias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala condición de la vivienda, la deficiente infraestructura, la escasa oportunidad de trabajo.

⁴¹ Actualmente la farmacia se encuentra ubicada en la Clínica Integral de la Mujer

Por ello que se debe de tomar en cuenta la labor de la Promoción de la Salud ya que esta se encuentra dentro del ámbito social, en donde se plantean acciones para contribuir a mejorar los ambientes físicos, sociales, culturales y políticos, que vienen a ser determinantes de la salud.

Los problemas señalados se encuentran en un contexto de desigualdad social, de profunda crisis económica, de seguridad social, de pobreza en donde la población no puede tener acceso a la satisfacción de las necesidades básicas.

Es en el contexto descrito que el *Centro de Desarrollo Comunitario* tiene como objetivo, incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de su familia y de la toda la comunidad para con ello supuestamente impulsar el mantenimiento de su salud. Por ello las acciones generales del programa *Centro de Desarrollo Comunitario*, acciones que también se vinculan con el trabajo realizado en el *Centro de Atención Integral de Adicciones* y la *Clínica Integral de la Mujer*, los cuales atienden problemas de adicción, salud física y emocional de las mujeres, respectivamente.

En sus descripciones de objetivos y acciones de los programas e instituciones dicen cambiar las condiciones de salud de la población perteneciente a la delegación y pareciera ser que las actividades de los prestadores de servicio social tendrían que ir en ese sentido también.

De la experiencia desarrollada en el servicio social, desde la cual realizó mi descripción en el apartado cuatro, puedo decir que las actividades que se realizaron durante el programa se encuentran encaminadas a tareas de índole administrativas, pero que el contacto con la población y mi acercamiento a las necesidades hace pensar que se necesita realizar un trabajo a partir de las estrategias propias de la Promoción de la Salud en donde se reconozca que la participación comunitaria es imprescindible para conseguir mejoras en la salud de las personas. La colaboración comunitaria permite que la intervención a partir de los diferentes programas, proyectos sea efectiva y cumpla sus objetivos porque la población se hace participe no sólo de revisar sus problemáticas sino de encontrar soluciones.

La Promoción de la Salud establece la búsqueda de soluciones ante las problemáticas de salud que la población presenta. Se pretende implementar acciones para mantener un estado de bienestar físico, mental y social de la población.

El *Programa Centro de Desarrollo Comunitario* y las instancias vinculadas a este programa, de cierta manera estarían y/o deberían de estar directamente relacionada con la Promoción de la Salud. Asimismo, sus acciones requieren que vayan dirigidas a individuos, a comunidades y a grupos vulnerables.

Parte importante de las estrategias necesarias para promover la salud, es la educación y capacitación de las personas no sólo para que las personas desarrollen conductas para proteger su salud, sino para tener conocimientos que les permitan una participación comunitaria informada en miras de mejorar su calidad de vida.

Sin embargo, como ya se ha venido señalando, la delegación GAM no cubre satisfactoriamente las necesidades de su propia comunidad, ya que la misma GAM también cuenta con carencias propias como: Económicas (insumos, medicamentos, equipo médico etc.), de personal, material e infraestructura insuficiente. Así sus acciones de Promoción de la Salud también se encuentran limitadas, además de tener una visión de Promoción de la Salud sólo enfocada a modificar los estilos de vida.

La perspectiva de salud en los programas e instituciones es limitada, por lo tanto para definir y entender la Promoción de la Salud, el mayor problema es el desconocimiento del perfil de un licenciado en Promoción de la Salud, su falta de valoración profesional en tanto sus conocimientos, habilidades y actitudes en las que son formados académicamente, así como desconocer en qué campos de trabajo se distribuyen los promotores de la salud; sectores públicos como privados, las comunidades, las instituciones de salud, educativas, preventivas, industriales. En todos los ámbitos se busca colaborar, crear o contribuir a mejorar condiciones que garanticen la salud y el bienestar.

Para los promotores de salud es muy difícil mantener un lugar dentro del sistema de salud, por todas las limitaciones mencionadas anteriormente. Aunque los discursos internacionales (Carta de Ottawa, Declaración de Adelaide, Declaración de Sundsväl y salud para todos) y las instituciones como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, reconocen la importancia de Promoción de la Salud como estrategia para mejorar la condición de salud de los países la realidad es distinta para los profesionales dedicados a la Promoción de la Salud egresados de la Universidad.

Las funciones de los promotores aun no son claras, ni tampoco el propósito de su trabajo, por ello es que se les equipara con técnicos en promoción, enfermeras o personal preventivista enfocada exclusivamente a tareas de vacunación o información a la población sobre servicios o prevención de enfermedades.

Lo anterior fue con lo primero que me enfrenté en el servicio social al presentarme como promotora de salud, egresada de una licenciatura en la UACM, el nombre me vinculó de manera inmediata al área médica, dejando de lado los elementos formativos señalados en el perfil profesional del egresado de la licenciatura de Promoción de la Salud como son: El conocimiento de factores condicionantes, de factores de riesgo para la salud del individuo y de la comunidad en general, de metodologías de investigación social, educativas y de salud pública, el diagnóstico, el entendimiento de las políticas, la planeación sobre necesidades, problemas que inciden en la salud de los individuos y grupos como espacios de integración profesional.

El diseñar, desarrollar modelos de intervención para la prevención, atención, resolución o rehabilitación de problemas específicos que afecten a la salud integral de los miembros de la comunidad, es otro elemento en cuanto a habilidades del perfil profesional del promotor de la salud. Su perfil enfatiza la formación humanística y crítica; sin embargo, en el servicio social no hay posibilidad de diseñar propuestas de intervención.

Por otro lado, cabe señalar que otra dificultad para los promotores de la salud, es la falta de responsabilidad y compromiso que tiene el área de servicio social de la Universidad. No se acerca a las instituciones para difundir y explicitar el perfil del promotor y establecer convenios que favorezcan la formación de los estudiantes.

Durante mi registro y trámite para realizar mi servicio social se mantuvo desinterés por parte del personal del área de servicio social de la Universidad ya que al revisar la carpeta en donde se encuentran los programas e instituciones en donde se puede suscribir para realizar el servicio social, no se percatan de la falta de áreas para desempeñarse como promotor de la salud. En su momento pregunté a dicho personal si existían más instituciones en donde realizar el servicio social y la respuesta que obtuve fue: "realizaremos entrevistas con más instituciones para forjar convenios con la Universidad, pero éstos se harán, tal vez, para el siguiente año". Fue así que decidí realizar mi registro para la GAM en el *Programa Centro de Desarrollo Comunitario* al no tener otras posibilidades en donde se brindarán espacios para el profesional de la promoción de la salud.

Una vez realizado mi registro obtuve documentación la cual debería entregar en la Delegación Gustavo A. Madero, llegando a dicha delegación en el área de servicio social se me preguntó con gran asombro que era la Promoción de la Salud, una vez respondida la pregunta se me asignó el área de Subdirección de servicios Médicos, posteriormente me pidieron buscar al Dr. Ignacio Jaime Bárcenas Trejo para tener una entrevista con él, donde el solo comentó que se me otorgaría un lugar en *FarmaGam*.

En dicha área (*FarmaGam*) no hay vinculación real con el perfil de promotor de la salud, esta área se restringe a realizar trámites administrativos o a entrega de medicamentos a la población sin interesarse por el destino de los estudiantes que se insertan en las instituciones a brindar el servicio social.

Es muy difícil y desalentador observar el entorno de trabajo para los promotores; no reciben remuneración justa porque son ubicados en niveles técnicos o en tareas administrativas, algunos profesionales no los valoran o los subestiman por desconocimiento de su perfil.

Sin embargo, a pesar de todos los obstáculos, los promotores debemos de seguir trabajando por el reconocimiento de nuestro perfil y hacer presencia en los espacios de trabajo.

Lo anterior puede verse reflejado en el salario que ofrecen las instituciones (Secretaría de salud, por medio de Unidades Médicas Familiares (IMSS e ISSSTE) que cuentan con un área para ejercer la Promoción de la Salud⁴² es de \$ 5000 a 8,179 pesos mensuales (Secretaría de Salud: Subsecretaría de Administración y Finanzas; 2015). Hay entonces una subvaloración de la profesión cuando se nos ubica en niveles técnicos con salarios acordes a dicho nivel, además de una precarización de las condiciones laborales.

En mi opinión, los promotores de salud tenemos un arduo trabajo para poder poner en práctica los conocimientos y habilidades adquiridos en la licenciatura ya que en nuestro país no es reconocida como tal la Promoción de la Salud, este trabajo debe ser basado básicamente en la educación para la salud, no por ello se dejan fuera otras estrategias como la organización comunitaria, la investigación para elaboración de diagnósticos de salud y el diseño de modelos de intervención, en donde se pueda responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en la sociedad en las que estamos inmersos.

Considero que las áreas de intervención prioritarias, en este momento, tienen que ver con la educación y Promoción de Salud dirigidos a los problemas en salud individual y colectiva como: enfermedades crónico degenerativas (que fueron los problemas que se observaron con mayor frecuencia en la GAM); los problemas de salud derivados del entorno social como falta de agua, adicciones, etc.; problemas específicos en grupos vulnerables que enfrentan violencia, maltrato y discriminación.

⁴² El servicio de Promoción de la Salud a individuos y familias se brinda principalmente en las unidades de salud tales como: Centros de salud, Hospitales, Albergues en hospitales (asilos, orfanatos, etc.), unidades de asistencia, farmacias, servicios médicos municipales, clínicas particulares y sanatorios así como otras instalaciones de salud (casas de salud). (Mora F. & Tapia R; 2001-2006. p. 35)

Otra propuesta sería ofertar recursos y servicios de la GAM en donde la población pueda ser beneficiada de manera real, se tienen instituciones como la *Clínica Integral de la Mujer* y el *Centro de Atención Integral de Adicciones* que cuentan con la infraestructura y el personal especializado para atender problemas específicos en jóvenes y mujeres, y que por ser de reciente creación puede ser una opción para que la población se integre y aproveche los recursos institucionales a su favor.

Deduzco que en mi servicio social no se cumple el campo de acción de la Promoción de la Salud desde los tres ejes fundamentales que son el biológico, el psicosocial y ambiental, solo se cumple en el área biológica ya que estaba más centrado en las enfermedades, su tratamiento, dejando de lado lo psicológico, social y ambiental. Los factores sociales son importantes ya que provocan desigualdades en la salud por razón de género y nivel socioeconómico: por ejemplo la situación socioeconómica de vulnerabilidad que vive la comunidad maderense, condicionan alteraciones en la salud individual y familiar, los problemas de salud están en función a los determinantes sociales.

Otra propuesta dirigida al *Programa Centro de Desarrollo Comunitario* implementado por la GAM es la importancia de incidir a partir de la educación sobre los problemas de la población.

Finalmente la propuesta que haría para que el promotor de la salud pueda desempeñarse en alguna institución o programas es que se les permita actuar en la atención centrada en el individuo o en la comunidad que se le otorgue la libertad para actuar como profesional de la salud a partir del reconocimiento de su perfil.

La propuesta está basada en atención a la salud, salud pública, atención a la salud individual, familiar, comunitaria, ayudando a partir de las acciones a mejorar las condiciones de salud considerando los determinantes sociales.

Concluyo que las actividades que desempeñe durante mi servicio social se centraron únicamente a la prevención de la salud a través de acciones informativas, ya que solo se buscaba modificar hábitos y costumbres que dañaban la salud y el bienestar de las personas.

Dejando de lado el entorno social en el que desempeñan sus actividades, estas acciones sólo estaban destinadas a tratar de resolver la problemática que aquejaban a la comunidad de la GAM sin tomar en cuenta los determinantes de salud como los aspectos genéticos, biológicos, ambientales, sociales, laborales, escolares, seguridad social y/o atención primaria y todo lo que conlleva los servicios de salud.

REFERENCIAS

Aparicio, A. (2010). Economía Mexicana 1910 – 2010: Balance de un siglo. Recuperado de

<http://www.economia.unam.mx/profesores/aaparicio/Economía.pdf>

Arreola, H., Becerril, V., Frenk, J., Gómez, O., Knaul, F., & Sesma, S., (2011). Sistema de salud en México. Revista Salud Pública, (53).

Atención médica (2016) Niveles de organización; Organización hospitalaria. Recuperado de

http://contenidosdigitales.ulp.edu.ar/exe/educacion_salud/la_atencion_medica_niveles_de_organizacion_organizacion_hospitalaria

Blanco, J., Rivera, A., López, O., & Rueda, F (1996). Polarización de la Calidad de vida y de la salud en la ciudad de México. Revista Salud Problema, (17).

Boletín epidemiológico (2016) Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Sistema Único de Información. Recuperado de

www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/boletin/intd_boletin.html

Casas, L. (2009) Un puente entre la bioética y promoción de la salud: una opción para el cuidado de la vida. Recuperado de

<http://bioeticabosque.edu.co/investigacion/tesis/fundamentos/LUZ-FANNY-CASAS-AMADO.pdf>

Castro, J. (1997). Promoción de la Salud. A diez años de Ottawa: ¿Salud-Mercancía o derecho social?

CEPAL (2015). Redoblar esfuerzos contra la pobreza y la desigualdad en escenario de desaceleración. Recuperado de

<http://www.cepal.org/>

CONEVAL (2011) Informe de evaluación de política social. Recuperado de

<http://www.coneval.org.mx/evaluacion/paginas/InformedeEvaluacionDesarrolloSocialenMexico-2011.aspx>

CONEVAL (2015) Medición de pobreza. Recuperado de

<http://www.excelsior.com.mx/nacional/1107160>

Corcho, A. (2000) Diez problemas relevantes de la salud pública en México. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10642217>

Czeresnia, D. & Freitas, C. (2003). Promoción de la Salud: Conceptos, Reflexiones y tendencias.

Diagnóstico: Delegación Gustavo A. Madero, Dirección General de Administración y dirección de Recursos Financieros. (2012). Recuperado de

http://www.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/5265e87e00585.pdf.

Dirección General de Promoción de la Salud (2016) Concepto de Salud. Recuperado de

<http://www.promocion-salud.gob.mx/>

Duarte C. (2014). Comprensión e implementación de la Promoción de la Salud en Instituciones de educación Superior en Colombia. Recuperado de

<http://www.bdigital.unal.edu.co/40965/1/598948.2014.pdf>

Enciso, A. (2012). El CONEVAL presenta el informe de evaluación de política social. Periódico la Jornada.

Estilos de vida y Promoción de la Salud. Recuperado de <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema6.pdf>

Estudios Económicos de la OCDE México (2015). Recuperado de <http://www.oecd.org/economy/surveys/Mexico-Overview-2015%20Spanish.pdf>

Fernández, J. (1997) Mujeres jefas de hogar. Recuperado de <http://www.Unicef.org/argentina/spanish/ar-insumos-PeMujeresjefasdehogar.pdf>

Figueroa, J. (1998) La condición de la mujer en el espacio de la salud: Colmex.

Fineberg, H. (2007) Reforma de Salud en México: Un trabajo que avanza. Revista Salud pública, (49).

Gaceta Oficial del Distrito Federal (2010). Recuperado de [http:// pro_des_urb_gam.pdf](http://pro_des_urb_gam.pdf)

García, M. (2004) Salud comunitaria y Promoción de la Salud: Universidad de la Ciudad de México.

INEGI (2015) Indicadores de ocupación y empleo. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/iooe/iooe2015_04.pdf

INEGI (2015) Número de habitantes en la Delegación Gustavo A. Madero.
Recuperado de

cuentame.inegi.org.mx

Lusting, N. & Szekely, M. (1997) México: Evolución económica, pobreza y desigualdad. Recuperado de

http://www.alternativasycapacidades.org/sites/default/files/biblioteca_file/M%C3%A9xicoEvoluci%C3%B3n%20econ%C3%B3mica,%20pobreza%20y%20desigualdad.pdf

Menéndez, E. (1990) El modelo hegemónico: estructura, función y crisis. Revista Salud Colectiva

Menéndez, E. (2005) Políticas del sector salud Mexicano (1980-2004): Ajustes estructural y programatismo de las propuestas neoliberales. Revista Salud Colectiva, (1).

Mora, F. & Tapia, R. (2001-2006) Modelo operativo de Promoción de la Salud. Recuperado de

<http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/mops.pdf>

OCDE (2016) estudios sobre sistemas de salud: México. Recuperado de

http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2016/01/ocde_rhsmx_sp.pdf

OMS (2015) Determinantes de salud. Recuperado de

www.who.int/es/oms

OMS (2016) Sistema de Salud. Recuperado de

www.who.int/features/qa/28/es

Ordorica, M. & Prud'homme, J. (2012) Los grandes problemas de México: el Colegio de México.

Organización Panamericana de Salud (1996) Promoción de la Salud: Evolución y nuevos rumbos. Recuperado de

<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v120n4p342.pdf>

Plan de estudios de la Licenciatura en Promoción de la Salud UACM (2001). Recuperado de

[http://www.uacm.edu.mx/portal/0/ofertaacademica/CCHyH/planes/promoción de lasalud.pdf](http://www.uacm.edu.mx/portal/0/ofertaacademica/CCHyH/planes/promoción%20de%20lasalud.pdf)

Programa General de Desarrollo Delegacional de Gustavo A. Madero (2013-2015). Recuperado de

http://www.gamadero.df.gob.mx/transparencia13/datos/articulo14/Fraccion-XXIV/Plan_Desarrollo_Delegacional.pdf

Promoción de la Salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables (2010)

<http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>

Promoción de la Salud (2015) Información del término. Recuperado de

[http://uco.es/servicios/dgppa/imagenes/prevencion/glosariopr/fichas/p/promoción de la salud.html](http://uco.es/servicios/dgppa/imagenes/prevencion/glosariopr/fichas/p/promoción%20de%20la%20salud.html)

Restrepo, H. (S/F) Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. Recuperado de

<http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-005.pdf>

Restrepo, H. & Málaga, H. (2001) Promoción de la Salud: como construir vida saludable: Medica Panamericana

Rojas, R. (1999) Capitalismo y enfermedad: Plaza y Valdez

Salud México (2001) Información para rendir cuentas. Recuperado de

<http://www.salud.gob.mx/>

Secretaria de Desarrollo Económico (2016) Tasa de desempleo en la Ciudad de México por delegación. Recuperado de

<http://reporteeconomico.sedecodf.gob.mx/index.php/site/main/94>

Secretaria de Salud (2001) Panorama general. Recuperado de

http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/salud_20012006/imagenes/pdf/panorama_general.pdf

Secretaria de Salud (2015) Subsecretaria de Administración y Finanzas

<http://www.setssv.org.mx/wp-content/uploads/2015/12/TABULADOR-sueldos-2015.pdf>

Subsecretaria de prevención y promoción de la salud (2016) Promoción y prevención de la salud. Recuperado de

<http://www.gob.mx/salud>

Soto G. (S/F) Rasgos generales del sistema de salud en México. Recuperado de

<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spii/antologia%20III/cap10.pdf>

Tetelboin, C. & Granados A (2003) Lectura del Programa Nacional de Salud 2001-2006 en México: Revista Argumentos (45); Estudios críticos de la sociedad: UAM Xochimilco

Urbina, M. &González, M. (2012) La importancia de los determinantes de la salud en las políticas públicas. Recuperado de

<http://www.enfermeria.org/web/attchments/article/892/la%importancia%20/os%det%20erminates//20sociales.20en%20las%20politicass-politicass.pdf>

Venegas L. (S/F) Los sistemas públicos de salud en México: Necesidad social y viabilidad económica de transitar de la segmentación a la cobertura universal. Recuperado de

<http://doctrina.vlex.com.mx/vid/necesidad-viabilidad-transitar-segmentacion-329473395>

Wong C. (S/F) Determinantes sociales de la salud: La salud es el rostro del desarrollo. Recuperado de

<https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/determinantes-sociales-2012.pdf>

Xochipa V., Castillo L. & Díaz H., (2013) Evolución histórica del concepto de Promoción de la Salud: Instituto Nacional de Salud Pública; Especialidad en Promoción de la Salud. Recuperado de

www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion/cwisBancoPF/SPT--DownloadFile.php?Id

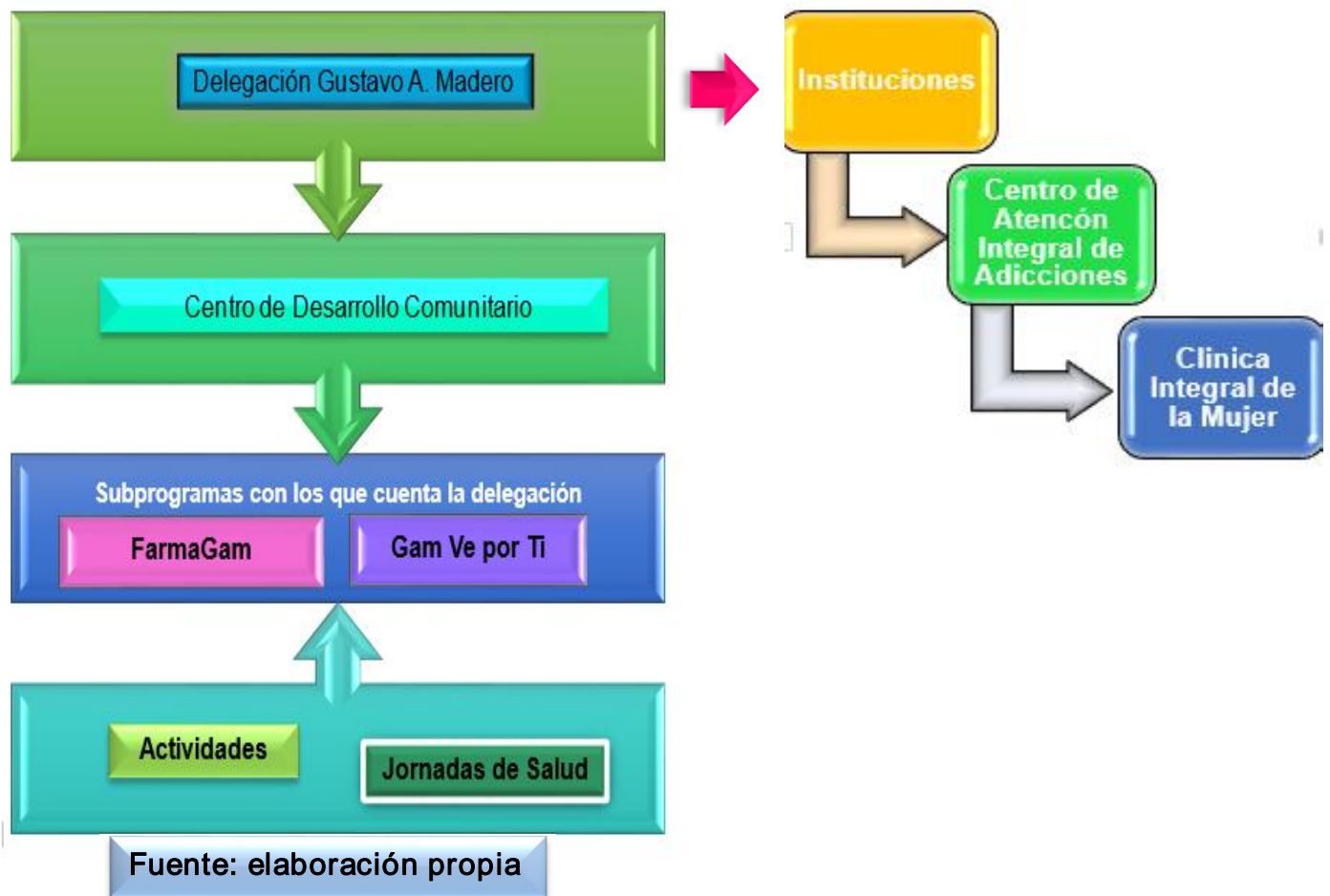
Zamboni, L. (S/F) El Seguro Social como instrumento para la equidad en el acceso a la salud: El caso de México. Recuperado de

www.Asociacionag.org.ar/pdfcap/a/Zamboni.%20Lucia.pdf

ANEXOS

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LAS INSTITUCIONES Y PROGRAMAS CON LAS QUE CUENTA LA GAM

Fue elaborado para explicar las actividades en donde realice mi servicio social en los diversos programas e instituciones que cuenta la Delegación GAM. Este organigrama fue elaboración propia.



GUÍA PARA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

Pasos que se deberán llevar a cabo para realizarse estudios como:

Paso 1: Pararse frente a un espejo con los hombros rectos, hacia delante, flexionar un poco el tronco y mirarse las mamas.

Lo que se debe observar:

- ✓ Mamas de tamaño, forma y color normales.
- ✓ Mamas bien formadas, que no presentan deformaciones ni inflamaciones visibles.

Si notas alguna de las siguientes alteraciones, informa a tu médico:

- ✓ formación de tumoraciones en la mama
- ✓ cambio de posición de un pezón o pezón invertido es decir, que este hacia dentro en lugar de sobresalir).
- ✓ Enrojecimiento, dolor, sarpullido o inflamación.

Paso 2: Levanta los brazos y fíjate si ves las mismas alteraciones.

Paso 3: Presiona el pezón, fíjate si te sale líquido de uno o ambos pezones (puede ser transparente, lechoso, amarillento, o sangre).

Paso 4: Después, acuéstate y pálpate las mamas con las manos invertidas, es decir, la mama izquierda con la mano derecha y viceversa. Procura utilizar un tacto firme y pausado con las yemas de los dedos, manteniendo los dedos rectos y juntos. El movimiento debe ser circular, del tamaño de una moneda aproximadamente.

ESTUDIOS GINECOLÓGICOS RUTINARIOS PARA LA MUJER

MASTOGRAFÍA

- ✓ Este estudio es realizado a mujeres de 40 años.
- ✓ Acudir bañada y depilada.
- ✓ No aplicarse perfume, cremas ni desodorantes.

PAPALICOLAOU

- ✓ Mujeres con vida sexual activa.
- ✓ Acudir bañada (Aseada).
- ✓ Acudir sin haber tenido relaciones sexuales tres días anteriores a la fecha programada.
- ✓ Acudir sin haber aplicado duchas vaginales.
- ✓ No estar en periodo menstrual.
- ✓ No estar en tratamiento ginecológico (Cremas, Óvulos, etc.)

ULTRASONOGRAFÍA MAMARIA O ECOGRAFÍA MAMARIA

- ✓ no aplicar loción, ni talco en las mamas ni en las axilas el día del examen.

COLPOSCOPIA

- ✓ Abstinencia sexual.
- ✓ No utilizar ninguna medicación intravaginal (Cremas, Óvulos, etc.).
- ✓ No haberse realizado ningún examen ginecológico y/o eco transvaginal (es un examen que se utiliza para examinar los órganos genitales de una mujer, incluidos el útero, los ovarios y el cuello uterino).
- ✓ Aseo personal normal
- ✓ Disminuir la altura del vello genital o de preferencia acudir rasurada completamente.