

31921
71



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

PSICOLOGIA Y SALUD EN MEXICO

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
JACQUELINE GONZALEZ RUIZ

ASESORA: LIC. MA. DE LOS ANGELES CAMPOS HUICHAN
DICTAMINADORES: MTRA. PATRICIA SUAREZ CASTILLO
LIC. CAROLINA ROSETE SANCHEZ



IZTACALA

ENERO, 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora: Angeles Campos y demás psicólogas que contribuyeron de manera de manera directa en este trabajo. Mil gracias por su apoyo y comprensión.

Agradezco a todos aquellos profesores que han contribuido a mi formación y deformación a lo largo de mi vida y que de alguna manera son parte de este proyecto.

A mis amigos y compañeros de todos esos años de estudiante que tuvieron su parte fundamental y fueron piezas claves en su momento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B

DEDICATORIA

*A mi amigo, compañero y
gran amor HÉCTOR.*

*Eres parte crucial en
Este proyecto te amo.*

A mis hijas

*NAOMI y DAPHNE
Por esos momentos
que de su tiempo me
han dado, para realizar
mi proyecto.
Gracias hijas las amo.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO 1	9
CONCEPTO DE SALUD	
1.1 Proceso de salud-enfermedad	16
1.2 Factores que influyen en el proceso salud-enfermedad	19
CAPITULO 2	23
SISTEMA MEXICANO DE SALUD	
2.1 Ofertas de servicio de salud	29
2.2 Niveles de prevención	33
2.3 La participación del psicólogo en el área de la salud	40
CAPITULO 3	44
PROPUESTAS	
3.1 Panorama General de salud	44
3.2 Análisis	49
Conclusiones	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
ANEXOS	58

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

La crisis actual que enfrentan los países latinoamericanos ha acentuado las contradicciones sociales imperantes en nuestras sociedades subdesarrolladas. Las dificultades que enfrentan nuestros países para resolver los problemas socioeconómicos de la mayoría de la población muestra el fracaso de políticas estatales inscritas en un modelo de desarrollo dependiente; caracterizado por formaciones socioeconómicas sujetas a las necesidades y dinámica de otros países y el anclaje a una relación de intercambio internacional que subordina aún más las posibilidades de su desarrollo a las de los países hegemónicos, y la salud no está exenta de estas situaciones. Por lo que el presente trabajo realizó una revisión bibliográfica con la intención de dar a conocer la situación de nuestro país en cuestión de salud, así como la posición del psicólogo, considerando el nivel y la estructura de las organizaciones así como salud y enfermedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Sin duda los fenómenos socioeconómicos están relacionados de manera importante con los problemas de salud de la población del mundo, sobre todo con las clases trabajadoras.

Los países latinoamericanos no están excluidos de estos fenómenos puesto que hay una tendencia a la replica de patrones en cuanto a la movilidad del capital. De la misma manera se acentúan las contradicciones sociales.

Y es que en todas las sociedades humanas, sin excepción, la morbilidad es extremadamente alta y el gasto de tipo curativo insostenible.

El origen de estos fenómenos radica en la actual mala calidad de vida humana tanto en los países más desarrollados como en los subdesarrollados.

En toda la humanidad es evidente el malestar social, la insatisfacción de las verdaderas necesidades de la especie humana, la actuación progresiva de riesgos biológicos, sociales, y mentales que afectan constantemente a las poblaciones.

Hagamos hincapié en los factores sociales y del medio ambiente que afectan a la población y que son parte influyente en el proceso de salud-enfermedad.

Como puede ser la relación entre los comportamientos humanos y la salud, la relación entre el sistema de salud y la economía, el desarrollo técnico y administrativo del sistema de salud y de la medicina como instituciones sociales y como necesidades primarias de toda la población.

En el caso de México la crisis económica le ha pegado a las llamadas clases medias, que enfrentan condiciones de trabajo y de vida cada vez más difíciles, situación que origina el incremento de problemas de salud.

El desempleo, la explotación infantil, la inflación, la alimentación insuficiente e inadecuada, la vivienda insalubre y sin los servicios necesarios, la contaminación ambiental, las condiciones de trabajo enajenantes, el transporte inseguro, etc., generan un campo propicio para que surjan mayor número de enfermedades infecciosas y parasitarias, más accidentes y suicidios, alcoholismo, desnutrición, estrés, agresividad etc.

Pero, ¿qué es la salud?; para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud "es el perfecto equilibrio biopsicosocial y no sólo la ausencia de enfermedad". Y el campo de la salud es descompuesto en 4 amplios componentes: la biología

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

humana, medio ambiente, estilo de vida y la organización de la atención de la salud (Marc Lalonde, 1983).

Este concepto permite elaborar un mapa que señala las relaciones más directas entre los problemas de salud y sus causas básicas, así como la importancia relativa de los diversos factores que constituyen a ellas.

Estos componentes se identificaron mediante el examen de las causas y los factores básicos de la morbilidad y mortalidad así como el grado de afectación de cada componente en la salud de la población Canadiense.

Para Carol Buck (1985), el entorno es el más importante de los cuatro elementos del concepto de la salud de Lalonde, y dice que el entorno afecta o incide en la biología humana, por ende afecta el estilo de vida y la organización de la atención de la atención sanitaria.

Nosotros concordamos con esta interpretación ya que partimos de la idea de que la personalidad humana se desarrolla, nutre y sostiene en un contexto social; este contexto social es un determinante de la salud.

Por ejemplo en nuestras sociedades, pueden identificarse distintos factores, del entorno que constituyen grandes obstáculos para la salud.

Entre los factores peligrosos del entorno podemos encontrar a la violencia, la cual sigue siendo una de las causas más importantes de mortalidad.

Pero la violencia desde distintos puntos de vista como la que enfrentamos en las inseguras carreteras, automóviles, aviones, edificios, calles y que ya se ha vuelto de alguna manera tolerable hasta la de la contaminación, la de empleos inseguros y la falta del mismo; por otro lado, las necesidades básicas no cubiertas y la falta de amenidades, los trabajos estresantes, no gratificantes y despersonalizados.

Todo esto nos lleva a encaminarnos hacia la pobreza y la diferencia de clases y es que México se caracteriza por el hecho de concentrar una gran proporción de la riqueza en un reducido porcentaje de la población, mientras que millones de mexicanos enfrentan serios problemas de pobreza y miseria extrema. Pero la pobreza no es el único factor de importancia aunque si es pieza clave de la presente situación de salud.

Lo que nos lleva a hablar de salud pública que por mucho tiempo se llamó "higiene pública" y "sanidad" que aunque en un principio no se encargaba de la asistencia de los enfermos, era lo que teníamos como referente a lo público.

La salud pública estudia y aplica las necesidades que tienden a corregir las medidas de causa y efecto entre los problemas sociales y los padecimientos, en función de la comunidad. (Fajardo, Ortiz, 1983).

Algunos de los problemas sociales a los cuales se dirige la salud pública son: madres solteras en abandono o que trabajan; niños en vagancia, mendicidad; dependencia; prostitución; desviaciones sexuales; delincuencia; violencia; accidentes, y suicidios.

Los servicios médicos, deben otorgar una integral, oportuna, accesible y eficaz. La forma en la que lo logran es mediante un procedimiento llamado niveles de atención médico.

Los niveles de atención médica son instrumento de implementación en el que hay una racionalización de servicios, los cuales se otorgan escalonadamente e identificando recursos, necesidades y aspiraciones dentro de una región o comunidad.

Habitualmente se consideran tres niveles de atención: primer nivel: promueve la salud, se previenen, tratan y curan los padecimientos "banales", y se controlan ciertos padecimientos "crónicos".

Se ocupan de la población sana, protegiendo y promoviendo su salud y cierto tipo de enfermedades crónicas. Está ubicado en la propia comunidad, su cobertura es para la comunidad en que se ubica.

Segundo nivel. Da servicio de consulta extrema y hospitalización general, cuenta con médicos familiares o generales, algunos especialistas, atención materno infantil, epidemiología básica, saneamiento ambiental básico, dental, laboratorio elemental, educación sanitaria.

Nivel tres: cierto grado mayor de especialización, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La salud pública es una ciencia aplicada en su definición y pragmática en su aplicación; su objeto y metodología deben por lo tanto, ajustarse a las condiciones de cada lugar y ciudad. (Alvarado, en Soberón, 1987).

Pero, ¿La salud es para todos o es un sueño pensar en la igualdad a la hora de hablar de la calidad de los servicios?. Ya sea a nivel de atención, prevención, curación o rehabilitación.

Por esto el estado de salud-enfermedad de una población no constituye el efecto de ciertas "causas" o "factores", sino es producto global de los procesos sociales, complejos y dinámicos, que suceden en la formación social y que actúan como "determinantes", con dimensiones y relaciones diferentes en cada caso.

La teoría social de la salud enfermedad enfoca el problema desde la condición humana del hombre como ser vivo eminentemente social y productor, capaz de tomar decisiones y de producir comportamientos adquiridos en la sociedad, situación única entre seres vivos.

Por lo tanto, puede que el modo de producción y distribución de nuestra forma sociocultural dependiente repercute en diversos órdenes de la sociedad, creando serios problemas que no pueden encontrar solución dentro de la estructura social existente en nuestro país.

Ejemplo de esto es el punto de vista de Daniel López (1986) quien dice que en México las tareas necesarias a realizar por la salud, es la creación de una política sanitaria y para ello es necesario conocer, investigar y ampliar el territorio específico. Ya que existen numerosos reflejos condicionados entre los trabajadores de la salud y entre la población general, que sin duda alguna, baluartes ideológicos del poder médico, de los nexos que éste tiene con quienes dominan el escenario social, y de las funciones económicas, políticas y socialmente desempeña la práctica de la salud en una colectividad como la nuestra: "la reverencia jerárquica a los santones médicos; la subordinación irrestricta al funcionamiento de la maquinaria productiva de servicios de salud; la relación de poder que establece entre quienes proporcionan servicios desde la arrogancia del saber exclusivo y quienes hacen uso de ellos por las necesidades que les han generado los accidentes, la enfermedad, la invalidez o el riesgo de muerte"; (López, D.A., 1986), la actitud casi Pavloviana que conduce a identificar a los médicos y a sus acciones como sinónimo de salud.

La salud se puede plantear en dos dimensiones, por un lado médico biológico, con su enfoque de la historia natural de la enfermedad y la dimensión sociocultural, con su enfoque epidemiológico y de los procesos sociales que establece la distribución de las enfermedades por las condiciones físico-socioculturales del medio ambiente que rodea al individuo.

Y, ambos puntos conectan en la explicación de los procesos de salud-enfermedad en el comportamiento, ya que éste lo lleva a cabo el individuo como organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales.

Al respecto encontramos distintas formas de interpretarlo, por ejemplo para Ribes (en Salinas, 1995) las diferentes maneras de bienestar o malestar de los individuos como organización y condición del ambiente, como ambiente práctico definido por una sociedad y sus formas culturales. Aquí es patente que las formas de producción, lo que se produce y consume, además del lugar que ocupan los individuos dentro de la organización social, determinan las condiciones físicas a las que se expone un organismo. Y debe considerarse que los sistemas reactivos posibilitan su respuesta, las cuales, a su vez, median los estados dinámicos del organismo y medio ambiente, las relaciones medio ambiente y conducta determinan en gran medida las condiciones de salud enfermedad de los individuos.

Así desde la postura de Ribes (1989) se señala que el ingreso económico, el desarrollo cívico-industrial de una sociedad, sus prácticas culturales y los niveles educativos son consustanciales a la determinación del estado salud-

enfermedad, biológico no obstante la influencia de todos estos factores socioculturales es mediada por la conducta de los individuos.

Pero cada autor tiene su enfoque y este se adapta desde la concepción del mismo y su interpretación de la psicología; para los psicólogos socioculturales, los comportamientos actuales de nuestra especie humana son socioculturales. Esto significa que nuestro peculiar comportamiento se genera en la cultura en la nos encontramos y se adquiere y desarrolla por aprendizaje social. Es un comportamiento adquirido, no genético; se trata de un proceso complejo y variable debido a que está condicionado por muchos factores biológico, psicológico, culturales, sociales que al interactuar se dificulta identificarlos.

Por lo tanto, considero al comportamiento humano como un sistema organizado, con estructura, funciones e historia.

Y esto lo lleva a concebir al factor social (clase social, relaciones de producción, estructura económica, etc.) no como una variable más, sino una constante básica y compleja en el proceso de formación y expresión de nuestra conducta.

Por ello, explican la conducta humana teniendo en cuenta el marco social e histórico de fondo, a través de las variables causales (estructura socioeconómica y cultural de la sociedad específica) y de sus asociaciones y de las variables que norman el control posterior del comportamiento.

Es lógico pensar, con base en esta línea de razonamiento, que el problema de la ausencia o baja propensión a la enfermedad constituya el meollo de la prevención en el campo de la salud.

Siendo el comportamiento el mediador directo o indirecto, mediato o inmediato, de los efectos del ambiente sobre el organismo, la prevención de la enfermedad biológica descansa en la disponibilidad de formas de comportamiento eficaces para tales propósitos. Es decir, toda acción preventiva de la enfermedad requiere de criterios y programas fundamentados en el comportamiento de los individuos.

Y esto lo podemos observar en los estudios realizados en Australia (Don Nutbeam y Marilyn Wise, 1993) donde el objetivo era promover la salud a través del desarrollo de objetivos y metas de salud nacional. Esta investigación define a la promoción de la salud como el proceso que capacita a individuos y comunidades para ejercer un mayor control sobre determinantes de salud y lograr así la mejor de éstas. La salud se considera como un recurso para la vida y no un fin en sí mismo.

Dicho estudio comienza su investigación analizando la mortalidad y morbilidad, los estilos de vida y factores de riesgo, los entornos de la población. Para posteriormente hacer una propuesta para la mortalidad y morbilidad prevenibles, los estilos de vida saludables y los factores de riesgo, los conocimientos y

capacidades en salud y por último el tipo de entornos familiares para realizar un panorama de salud para los Australianos.

Por otro lado, en Canadá la promoción de la salud (John. B. Mc kinlay, 1992) se realiza por medio de políticas públicas saludables, como por ejemplo al analizar el problema del tabaquismo se resuelve por medio del aumento del precio del tabaco y así disminuir un poco el tabaquismo, y prevenir el incremento de nuevos fumadores (adolescentes), etc.

En este planteamiento se plantea una estrategia de modificación del entorno con finalidad de incidir en la conducta individual del ser humano.

Las estrategias para la promoción de la salud se llevan a cabo mediante la modificación de los entornos peligrosos por medio de políticas de salud.

Es decir se analizan los factores que influyen en una enfermedad y se inciden en ellos a nivel nacional.

Siguiendo estos procedimientos de las grandes potencias y su forma de examinar los porque de la salud. Ubiquemos en México, en nuestro país hay una gran desigualdad de distribución de la riqueza y de las clases sociales.

Por ello presenta una forma clasista de enfermar, ya que la patología de la pobreza (enfermedades infecciosas y parasitarias) la manifiestan principalmente las clases desprotegidas, pero su posición social también repercute en sus posibilidades reales de detección oportuna y adecuada atención de dichos padecimientos. (López, 1986)

Lo anterior nos ubica en la forma en la que los mexicanos abordamos el problema de nuestra salud, por un lado las diferencias de clases y obviamente lo que conllevan de acuerdo a sus entornos.

La situación que enfrentan las clases de bajos recursos; es cada vez más difícil ya que, por un lado, están las condiciones de empleo que les impone el modo de producción centrado en el capital y, que, está sujeto a las exigencias del mismo; por el otro las condiciones de vida adversas generan daños a la salud al no permitirles contar con los elementos básicos (alimentación, vivienda y servicios) para la producción de su fuerza de trabajo.

El grado de avance del desarrollo socioeconómico de un país lo establece la estructura de su perfil epidemiológico; tal avance es pobre e inequitativo, manifestándose en un perfil que tiende a ser alto a pesar de los esfuerzos que se han hecho en materia de salud.

Por lo cual el presente aborda los problemas de salud desde la perspectiva del psicólogo sociocultural dando aportaciones a la problemática de salud en México.

CAPITULO I

CONCEPTO DE SALUD

La era que nos ha tocado vivir se caracteriza por un cambio social rápido e irreversible.

Y los cambios son a todo nivel, por ejemplo en el pasado la salud se definía como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, a mediados de los años ochenta ya habíamos reducido la incidencia de muchos de estos cambios, y la salud se había convertido en algo más que el mero hecho de no estar enfermo.

Así la salud se definió como un estado de bienestar físico, mental y social completo (Organización Mundial de la Salud, O.M.S.).

Esta definición presenta un objetivo a obtener pero el objetivo formulado es difícilmente alcanzable aún para los países más desarrollados, es completamente inalcanzable en los países menos desarrollados donde la mayoría de la población vive en condiciones ambientales infrasanitarias y donde, lógicamente, el bienestar debe ser concebido de manera distinta.

Algunos países del tercer mundo, especialmente los africanos, han propuesto la llamada "definición estratégica de la salud" que dice "el mejor estado de salud de la población de un país corresponde al mejor estado de equilibrio entre los riesgos que afectan la salud de cada individuo y de la población y los medios existentes en la colectividad para controlar estos riesgos, teniendo en cuenta la cooperación activa de la población". (OMS, Ginebra, 1972).

Esta definición se acerca más a la realidad de cada país o región.

Por otro lado, Milton Terris (en San Martín, 1983) dice que la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo que se refiere a " sentirse bien" y el otro objetivo que implica "la capacidad para la función". Por lo tanto para Terris la definición de la OMS se modificaría de la siguiente manera: "salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para funcionar en las mejores condiciones en este medio".

Como vemos, esta definición no opone la salud a la enfermedad y suena más bien a una definición de tipo ecológico.

Pero hay distintos autores que consideran que el problema con la definición no nada más es el de oponer la salud a la enfermedad, también la subjetividad que se le da, que de alguna manera crea la ambigüedad y las aleja del absolutismo y del criterio de evaluable y objetivista. Y este es el caso del profesor Comillo (1978, en San Martín) para quien "la salud es una noción perfectamente objetiva: no

reposando sobre ningún criterio objetivo de carácter biomédico o socioeconómico, la salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social fuera del cual toda otra situación es percibida como enfermedad”.

En resumen la salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social, alegría de vivir), aspectos objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo). Ya que siempre está relacionada con el ambiente de vida de la población y del individuo, con su cultura y su educación, con los comportamientos sociales, con el nivel de desarrollo social.

Una nueva perspectiva acerca de la salud de las personas destaca que la salud depende de muchos factores: la biología humana, el estilo de vida, la organización de la atención de la salud y los entornos físicos y sociales que lo rodean. (Marc Lalonde, 1983)

En la actualidad, estamos trabajando con un concepto que considera a la salud como una parte de la vida diaria, una dimensión esencial de la calidad de nuestras vidas. En este contexto, la “calidad de vida” supone la oportunidad de elegir y de obtener satisfacción por el hecho de vivir. La salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la posibilidad de manejar e incluso modificar su entorno. Esta visión de la salud reconoce la libertad de elección y subraya el papel del individuo y de la comunidad en la definición de su propia salud. Con esta perspectiva, la salud deja de ser mensurable tan sólo con los términos estrictos de enfermedad y muerte, y pasa a ser un estado que tanto individuo como comunidades intentan lograr, mantener o recuperar y no algo que sucede únicamente como consecuencia del tratamiento o de la curación de las enfermedades y lesiones. Es una fuerza básica y dinámica de nuestro vivir cotidiano, en la que influyen nuestras circunstancias, nuestras creencias, nuestra cultura y nuestro marco social, económico y físico.

Ahora bien, descompongamos o seccionemos cada uno de los componentes del concepto de salud para explicarlos y apreciarlos a plenitud. Los cuales son componente de biología humana, medio ambiente, estilo de vida y la organización de la atención de la salud. (Marc Lalonde, 1983).

El componente de biología humana incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo, como el esquelético, el nervioso el muscular, el cardiovascular, el endocrino y el digestivo.

El medio ambiente incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre las cuales la persona tiene poco o 10

ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, cosméticos, dispositivos o abastecimientos de agua, por ejemplo tampoco está en sus manos el control de lo peligroso que para la salud representan la contaminación del aire y del agua, ni los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación de enfermedades transmisibles.

El componente de estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo.

La cuarta categoría del concepto, la organización de la atención de la salud, consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de la salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios, de atención de la salud, las ambulancias el tratamiento dental y otros servicios sanitarios como, la optometría, la quiropráctica, y la podología. Este cuarto componente del campo de la salud se define generalmente como sistema de atención de salud.

Para autores como Carol Buck (1985) el entorno es el más importante de los cuatro elementos del concepto de campo de la salud ya que si el entorno no es el adecuado, tampoco lo serán la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención sanitaria.

En nuestra sociedad, pueden identificarse distintos factores del entorno que constituyen grandes obstáculos para la salud. Como los entornos peligrosos; ya que la violencia sigue siendo una de las causas más importantes de mortalidad. Y llamamos violencia a ese conjunto de circunstancias que tolera nuestra sociedad, como las carreteras, los automóviles, ferrocarriles, aviones y edificios.

Otro ejemplo es el empleo que en muchos casos, y ante el miedo al desempleo, los trabajadores se ven obligados a aceptar condiciones de riesgo manifiesto en sus centros de trabajo.

En el centro de las grandes ciudades, las agresiones se han hecho tan frecuentes que las personas ya no pueden moverse libremente en su entorno.

La contaminación también pone en peligro el entorno, pero de una forma menos llamativa.

Sin embargo hay otro tipo de entornos más subjetivos pero que de igual manera afectan al individuo. Como las necesidades básicas y la falta de amenidades.

Se dice que las necesidades básicas del hombre son comer, arroparse, y un lugar donde habitar, hecho, la ropa es, primero, una forma de cobijarse y después una especie de arte. Sin embargo en distintos grupos de nuestra población no se

satisface esta necesidad básica, de la misma manera que muchas personas tienen una ingesta alimenticia deficiente y viven en condiciones deplorables. La otra necesidad básica, la de habitación, apenas necesita comentario. En México existen barrios marginados denominados ciudades perdidas, así como lugares en ruinas y en los casos más extremos alcantarillas donde las personas viven en hacinamiento. Y de estos problemas poco hablamos, sobre el efecto de vivir a la intemperie en invierno o en época de calor, en donde los alimentos apenas y es posible conservarlos y procesarlos.

Aquí poco se desarrollan enfermedades como el cáncer, el alzheimer y otras enfermedades que están de moda en la actualidad, pero si otro tipo de problemas de salud, como las parasitarias o infecciosas etc., que en países desarrollados ya son poco frecuentes. (López, D.A, 1986).

Y ¿qué hay con las amenidades? ¿qué es una amenidad?. Una amenidad es algo que contribuye a facilitar y hacer agradable la vida. Requerimos algunas tales como el transporte, el esparcimiento, la belleza y la distracción, para poder desarrollar nuestro potencial humano.

El transporte se ha vuelto costoso y difícil, en particular para los trabajadores menos privilegiados, obligados a marcar sus tarjetas en el reloj, llevar a sus hijos a la guardería, buscar alimentos baratos, y muy a menudo acudir a centros de salud, muy alejados de sus comunidades.

Para los desempleados que deben buscar empleo cada día, el transporte resulta un gasto prohibitivo, disponen del tiempo pero no del dinero. El esparcimiento es difícil de conseguir en el entorno urbano moderno. Las instalaciones para practicar cualquier deporte y los gimnasios, son caros y pocas personas tienen acceso a ellos.

Además es difícil que el trabajador manual, que ha estado haciendo esfuerzos todo el día, comprenda la necesidad de seguir ejercitándose, por muy sano que pueda resultar. En cuanto a los niños el deporte ha dejado de ser pasatiempo y se ha transformado en competiciones.

Y qué decir de las comidas en restaurantes o los cines o teatros u otro tipo de amenidad como los antros, o los centros nocturnos que también han pasado a ser elitistas o exclusivos de ciertas clases sociales.

Por otro lado, el recreo intelectual se ha venido dando en un sólo medio, la televisión, la que ha pasado ha ser el medio fundamental de acceso a la literatura, el arte y la música.

El objetivo de la televisión comercial es la venta de productos. Por tanto, el contenido de sus programas se orienta hacia el potencial de consumo del espectador y no hacia su enriquecimiento intelectual y emocional.

La comedia y la tragedia literaria ha sido sustituida por la telenovela que además de carecer de un buen guión convierte la vida rutinaria en diálogos de horror.

El trabajo estresante, no gratificante y despersonalizado. Que consiste en procesos repetitivos y limitados además de una sucesión de cambios de turno que producen efectos nocivos para la salud física y mental, ya que la vida de un empleado oscila entre el trabajo no gratificante y el desempleo.

También existe el aislamiento y la alineación. Hay muchas personas aisladas en nuestra sociedad particularmente entre los ancianos, los viudos, los padres sin pareja y los trabajadores desarraigados que buscan empleo.

Pero aun más angustiante que el aislamiento es la experiencia de vivir al margen de la sociedad, donde las oportunidades, valores, expectativas y costumbres del individuo no son los de la sociedad. Que sólo afecta a las minorías étnicas, a los inmigrantes recientes, a los trabajadores migratorios y a todos los que son rechazados o dislocados, por el cambio cultural y ejemplo de esto son los clásicos pueblos que viven de los "mojados" o "braseros", hombres y mujeres que trabajan de ilegales, quienes no tienen sedentariedad ni aquí, ni allá.

Y este es el momento perfecto para hablar de pobreza, la que trae consigo todos los obstáculos para la salud que he descrito. Evidentemente son los pobres los que viven en entornos peligrosos, los que no pueden satisfacer sus necesidades básicas y carecen de amenidades, los que ocupan puestos de trabajo, cuando los ocupan, estresantes y no gratificantes y los que están aislados de las fuentes de información y de estímulo. Además de todo esto la pobreza es intrínsecamente degradante y alienante.

La pobreza embrutece al hombre como una inyección continua de veneno. Adormeciéndolo poco a poco, lo incapacita para darse cuenta de las mejores cualidades de su carácter, le roba su sentido de propósito, mina su confianza e impide que extienda partes esenciales de sí mismo hacia la vida del mundo que le rodea.

Para Carol Buck (1985) no es posible mejorar la salud y ninguno de sus componentes si no mejoramos el entorno. Ella dice que las células, los tejidos y los órganos del cuerpo humano responden al entorno. Si el entorno es peligroso, pueden resultar destruidos a causa de una lesión (en el caso de la biología humana). Que sólo es posible adoptar un estilo de vida sano cuando se cuenta con los conocimientos, las oportunidades y la voluntad de hacerlo.

Por otro lado, la desigualdad de acceso y calidad de la atención de salud provocados por el entorno, es evidente no nada más en los países subdesarrollados (como México donde la desigualdad es marcadísima) si no también en los países desarrollados.

De acuerdo con las ideas de Carol Buck (1985) la salud de una persona no sería ajena a la de otros miembros del grupo humano al que pertenece; lo que es lo mismo a su comunidad. Es por ello que se habla de promocionar la salud. Que la promoción de la salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo, mejorar su estado de salud (OMS).

Esta perspectiva deriva de un concepto de "salud" que la define como una magnitud en la que, el individuo o grupo pueden, por una parte, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades, y por otro lado, cambiar su entorno o afrontarlo.

Por tanto, la salud se considera un recurso aplicable a la vida cotidiana y no como el objetivo de esa vida; es un concepto positivo que se apoya en los recursos sociales y personales y también en la capacidad física.

La O.M.S contempla en su documento libro "verde" (para Europa) cinco puntos básicos para la promoción de la salud.

- 1.La promoción de la salud afecta a la población en su conjunto en el contexto de su vida diaria y no se cuenta en las personas que corren el riesgo de sufrir determinadas enfermedades.
- 2.La promoción de la salud pretende influir en las determinantes o causas de la salud.
- 3.La promoción de la salud combina métodos o enfoques distintos pero complementarios.
- 4.La promoción de la salud se orienta específicamente a conseguir la participación concreta y específica de la población.
- 5.Los profesionales de la salud (particularmente en el campo de la atención primaria) deben desempeñar un papel de gran importancia en la defensa y facilitación de la promoción de la salud.

Al respecto se señalan 5 áreas temáticas:

1. Acceso a la salud.
- 2.Desarrollo de un entorno facilitador de la salud.
- 3.Refuerzo de las redes y apoyos sociales.
- 4.Promoción de los comportamientos positivos para la salud y de las estrategias de afrontamiento adecuadas, un objetivo esencial para la promoción de la salud.
- 5.Aumento de los conocimientos y difusión de la información relacionada con la salud (Kenneth E. Powell, y otros, 1991).

En el contexto de la promoción de la salud, se considera a ésta no tanto como un abstracto, sino sobre todo como la capacidad de desarrollar el propio potencial y responder de forma positiva, la salud se considera como un recurso para la vida diaria, pero no como el objetivo de la vida y es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en las capacidades físicas.

Los recursos básicos para la salud son los ingresos, la vivienda y la alimentación. La mejora de la salud requiere alcanzar un nivel satisfactorio en estos aspectos fundamentales, pero supone también disponer de información y habilidades personales; requiere asimismo de un entorno que la promueva y ofrezca oportunidades para poder realizar elecciones saludables entre los bienes de consumo, los servicios y de más posibilidades; se necesitan finalmente, condiciones que favorezcan la salud en el entorno económico, social y físico -en el entorno global- (Kenneth E. Powell, Marshall W., Kreuter E., Tomas Stephens y otros, 19991).

Esta inseparable relación entre la persona y su entorno constituye la base para una concepción sociológica para la salud, que es a su vez esencial para el concepto de promoción de la salud. Bajo esta perspectiva se subraya la importancia de las interacciones entre los individuos y su entorno, así como la necesidad de conseguir un cierto equilibrio dinámico entre ambas partes (Bernard Marti, 1991 en Keneth E. Powell y otros).

Este concepto destaca asimismo el carácter subjetivo y la realidad del concepto de salud, así como el hecho de que las experiencias personales sobre la enfermedad y la salud están muy influenciadas por el contexto cultural en que tienen lugar.

Así promocionar la salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir.

Y al hablar de forma de vida, hablamos de comportamiento humano. Y el comportamiento desde nuestra perspectiva, vale decir es sociocultural. Esto significa que nuestro peculiar comportamiento se genera en la estructura social en que vivimos y se adquiere y desarrolla por aprendizaje social (Vigotski en García González). Es un comportamiento adquirido, no genético.

Se trata de un proceso muy complejo y variable debido a que está influido por muchos factores biológicos, psicológicos, culturales, sociales, que interactúan y dan forma al comportamiento humano como un sistema organizado, con estructura, funciones e historia.

De tal manera que para estudiar el proceso de salud-enfermedad hay que analizar distintos factores.

1.1 PROCESO DE SALUD ENFERMEDAD

Considerar la salud como un estado biológico y social estático no es realista: la noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continuas.

Salud y enfermedad, dos grandes extremos en la variación biológica, son, pues, la resultante del éxito o el fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total, incluyendo las variaciones puesto que ningún estado biológico es definitivo, salvo la muerte; en tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo. Se trata entonces de un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo, estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y las diferencias en sus condiciones de vida.

Considerada en esta forma, la salud no es un hecho inevitable que recibimos por herencia o que no recibimos. Lo que recibimos por herencia es una estructura biológica, más concretamente un programa, que puede desarrollarse bien, mal o medianamente en relación a nuestro equipamiento biológico.

Desde nuestro punto de vista los factores más importantes para lograr esto, es el nivel de vida y la calidad del ambiente en el que vivimos; así como el nivel de educación para la salud y nuestro comportamiento en relación a la misma.

Existen distintos enfoques para considerar las nociones de salud enfermedad. Primeramente hablaremos del modelo biomédico que es en el que están basados o diseñados las políticas, acciones y organización de la salud.

El modelo biomédico a evolucionado desde la segunda mitad del siglo pasado, inicialmente se basó en un enfoque únicausal que considera un solo tipo de causas de la enfermedad ya que el interés radica en eliminar él o los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que ocasionan la alteración de las funciones normales o las condiciones anatómicas del organismo (para este enfoque fueron relevantes los hallazgos de microbiología de Koch y Pasteur). Sin embargo, y a partir de la década de los sesenta las ciencias sociales permiten mostrar que el modelo únicausal es insuficiente para explicar el origen de las enfermedades ya que existen otros elementos del medio ambiente que influyen en el proceso salud enfermedad (Salinas, 1995).

La historia natural de la enfermedad es el enfoque que actualmente está inmerso en las conceptualizaciones de los procesos de salud enfermedad que el modelo biomédico ha desarrollado. A través de este enfoque, las explicaciones de la salud se hacen considerando tres factores que se hallan interrelacionados en un

constante equilibrio: el agente, el huésped y el medio ambiente cuando el equilibrio se rompe viene la condición patógena.

Quedando de la siguiente manera el enfoque biomédico.

Salud= Relación ecológica normal o favorable a la biología humana dentro de un proceso permanente de variación biológica y de adaptación-desadaptación del hombre a su ambiente total.

Posteriormente se da el periodo prepatógeno donde el hombre está aparentemente sano y normal, pero en realidad está variando del estado de salud al estado de enfermedad debido a una desadaptación (física, mental o social). Se ha producido ya una asociación causal entre factores del ambiente y del individuo.

Pero también el organismo humano puede anular la acción patógena movilizándolo sus defensas o puede que el ambiente no proporcione los factores asociados necesarios. En estos casos la enfermedad no continúa su curso.

Si sucede lo contrario la enfermedad pasa al estado patógeno.

El periodo patógeno:

Patogénesis temprana: enfermedad inaparente no diagnosticable clínicamente.

Patogénesis subclínica: Diagnosticable con ayuda del laboratorio.

Patogénesis avanzada: Sintomatología completamente diagnosticable.

Patogénesis grave: Convalecencia, invalidez o cronicidad.

Y por último el periodo de solución que es el reestablecimiento de la salud; o la muerte.

Desde la salud pública o comunitaria el enfoque biológico ecológico, (Hernan San Martín, 1983); establece que para el equilibrio dinámico entre salud y enfermedad: está de por medio el potencial genético del individuo, más la capacidad de adaptación del hombre y la población a su ambiente, más los riesgos y peligros para la salud en el ambiente.

De esta manera, la noción de salud es también el reflejo de capacidades orgánicas de tolerancia, de compensación y de poder de adaptación.

A la inversa, el pasar a un estado patológico es la expresión de un desequilibrio, de una descompensación, de una intolerancia, a los agentes agresores externos, de una desadaptación.

Ahora bien, existen otros enfoques que también explican el proceso salud enfermedad.

Como lo es la ecología humana (Burgess y Park, 1921, en San Martín op. Cit.) que hace un símil entre la ecología y su forma de estudio y la ecología humana.

Es decir, el estudio de la ecología es el estudio de la estructura y funcionamiento

de la naturaleza incluyendo en ella a todos los seres vivos y al ambiente en interrelación.

Para los ecologistas el hombre utiliza dos tipos de energía: la energía interna para mantener en funcionamiento de su organismo, energía que proviene básicamente de los alimentos; la energía externa para mantener en funcionamiento sus dispositivos industriales, los transportes, la calefacción, la iluminación; etc. De tal modo que para ellos lo que en esencia llamamos "vida" es un sistema de interdependencia dinámica entre la materia viva organizada y el ambiente.

La salud-enfermedad como un fenómeno ecológico es representada por dos grandes extremos en la variación biológica, con una imperceptible graduación entre los dos polos. (Hernán San Martín, 1983).

Esto es en términos de adaptación, es decir dos grandes tipos de factores generales influyen sobre nuestra capacidad de tolerancia y de adaptación a los factores del ambiente: las imperfecciones biológicas (anatómicas, fisiológicas, hereditarias y congénitas) y los factores adversos a nuestra biología que pueden existir en el ambiente externo; ya sea en su cantidad o calidad y en el sentido de incapacidad relativa o absoluta del organismo humano para adaptarse a ellos.

Desde nuestro punto de vista el sistema ecológico del hombre tiene 2 diferencias que constituyen una ventaja y una desventaja al mismo tiempo; el mayor desarrollo de la cultura adquirida en la especie humana (ventaja) y la posibilidad de introducir no sólo modificaciones sino transformaciones en nuestro ambiente de vida (ventaja y desventaja) según el sentido que se le dé.

La salud enfermedad como fenómeno, comportamental o desde la psicología se adopta desde la concepción del psicólogo y su interpretación de la psicología.

Para los psicólogos socioculturales, el peculiar comportamiento del ser humano se genera en la cultura en la que nos encontramos y se adquiere y desarrolla por aprendizaje social.

Haciendo de este un comportamiento adquirido no genético; tratándose de un proceso complejo y variable debido a que esta condicionado por muchos factores, biológicos, psicológicos, culturales, sociales que al interactuar se dificulta identificarlos.

Por esto resulta de gran valor el análisis de los distintos factores que influyen en el proceso de salud enfermedad para la mayor comprensión del mismo.

1.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

El mecanismo de transformación de un estado de salud hacia la enfermedad, abarca distintos aspectos y para comprenderlos es necesario hacer alusión nuevamente al concepto de salud, pues los componentes de este concepto son los factores que también intervienen en el proceso de salud enfermedad y comenzamos con lo referente al entorno.

El entorno ha sido considerado por Carol Buck (1985), como el elemento con mayor afectación en incidencia.

El entorno para nosotros será lo referente a economía nacional e internacional política social, de salud, publicitaria y sobre todo la interacción, de todas estas áreas de la política así como de la economía desde un enfoque macro.

La situación de México a nivel económico, se puede dividir, para su entendimiento en dos niveles, nacional e internacional. A nivel internacional seguimos siendo un país en vías de desarrollo que, al igual que otras precarias economías, somos arrastrados por las decisiones de las grandes potencias, somos la masa que baila al son que le toque la potencia con la que más estemos comprometidos.

A nivel nacional, podemos visualizar los efectos de este comportamiento globalizado, que no se detiene a ver los requisitos de nuestra población así como se van entrelazando nuestras desigualdades económicas sociales y sobre todo culturales, como también educativas; que de alguna manera repercuten en nuestra salud. (Soberón, A.G. , 1985).

Como se ha visto en el desarrollo histórico de las sociedades humanas, los distintos grupos o clases sociales que, en un momento dado, han tenido el poder de controlar a otras clases o grupos sociales, han impuesto sus reglas de distribución del conocimiento ya sea el que nos produce salud, como el caso de la medicina, o el que nos da poder y control sobre nosotros mismos.

El proceso salud-enfermedad de la población y la respuesta organizada para atender al mismo, están condicionadas por la formación socioeconómica del país y la nuestra como la de muchos países latinos, se caracteriza por ser dependiente de otros más desarrollados.

La distribución de la morbilidad y la mortalidad general del país es el fiel reflejo de la organización social del mismo, la desigualdad e injusticia; la coexistencia de "padecimientos del desarrollo" (en zonas urbanas principalmente) que evidencian el crecimiento de los modos de producción industrial, con padecimientos propios de la pobreza (enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias) en zonas de producción marginadas (salinas, 1995).

La formación socioeconómica que enfatiza los procesos de industrialización está asociada a la situación de deterioro de las condiciones de vida de la población (vivienda, medio ambiente, desnutrición, desempleo y pobreza extrema, etc.).

Y ejemplo de esto son las condiciones epidemiológicas, que se caracterizan en su evolución histórica, por cuatro aspectos relevantes y que según Frenk (en Salinas, 1993) son:

A) el solapamiento de etapas (la coexistencia de altos niveles de patología "pre-transicional" y "post-transicional").

B) Contraposiciones (movimientos regresivos donde resurgen algunas enfermedades ya controladas, como la malaria, la fiebre del dengue, cólera y tuberculosis).

C) Prolongación (la carencia de una resolución definitiva de la transición) y;

D) La polarización epidemiológica que se intensifica por las desigualdades sociales en la salud, de tal forma que la población rural sigue sufriendo principalmente de desnutrición e infecciones comunes, mientras que los habitantes urbanos, niveles elevados de enfermedades no infecciosas (producto de estilo de vida hábitos nocivos y lesiones).

Así es como se anteponen problemas de salud nuevos a otros ya existentes que no se ha resuelto. Y esto determina la existencia de rezagos socioeconómicos que configuran, junto con sus patrones culturales, la vulnerabilidad de la población.

También, el estrés está presente en todas partes y contribuye a la manifestación de una gama amplia de reacciones funcionales del comportamiento.

Las enfermedades del rezago son los daños a la salud evitables, que generalmente se relacionan con nutrición insuficiente, las infecciones comunes y la reproducción, (Programa nacional de salud 2001-2006) la causa fundamental de estos problemas es la pobreza.

Y es que en México, existen lugares con insuficiencia de agua potable, drenaje, inadecuado, y mala vivienda.

Además que una gran parte de la población sigue sufriendo los problemas del rezago del subdesarrollo. Y al mismo tiempo se enfrentan a los problemas derivados del crecimiento industrial y urbano, como las enfermedades del corazón, la diabetes, el cáncer, las enfermedades mentales, las lesiones producto de los accidentes y la violencia.

Como ejemplo está lo que nos muestran las estadísticas (INEGI, 1999) al respecto de las principales causas de muerte determinadas. En primer lugar están las enfermedades cardíacas, en específico, los padecimientos isquémicos; el 20

segundo sitio lo ocupan lo ocupan los tumores (cancerígenos) y el tercero la diabetes mellitus.

Y es que la salud de una persona es un proceso altamente complejo y en evolución continua.

Por lo tanto, un individuo debe guardar un equilibrio en el ambiente en que vive con otros seres vivos (comunidad) en armonía con sus relaciones e interacciones.

Inevitablemente los riesgos y tensiones del entorno adquieren importancia creciente a medida que el individuo se socializa. A este se agregan los grandes cambios fisiológicos, las crisis emocionales de la vida. Para hacer frente a todo esto, el individuo depende de su constitución, (heredada y adquirida) y de las ayudas artificiales, de la ciencia y la sociedad (cultura, saneamiento, medicina, etc.).

El comportamiento actual de nuestra especie es un fenómeno esencialmente humano, vale decir sociocultural. Esto significa que nuestro peculiar comportamiento se genera en la estructura social en que vivimos, se adquiere y desarrolla por aprendizaje social. (Vygotsky, procesos psíquicos superiores en James, Wertsch). Lo anterior mencionado, significa que no pueden estudiarse los procesos de salud enfermedad, como se ha hecho hasta ahora, separadamente del hombre concreto, o social, y de la estructura de la sociedad específica en que ese hombre vive, lo social, (léase social, relaciones de producción, estructura económica, organización de la atención de la salud, etc) no es una variable más, sino una constante básica, y compleja, en el proceso de formación, y expresión de nuestra conducta.

Es evidente que existen variaciones, socioculturales, de los comportamientos humanos en relación a los problemas de salud que enfrenta la comunidad y cada individuo. Por ejemplo, se ha demostrado que no es uniforme la manera en la cual las personas de una misma comunidad define los problemas de salud, participan en los programas de salud, utilizan los servicios, la forma en que reaccionan frente a la enfermedad, la forma en la que perciben el dolor, el retraso en buscar tratamientos curativos, el uso de tratamientos folklóricos o automedicación, la conducta preventiva en relación a la salud.

Y estas variaciones de comportamiento frente a la salud enfermedad, se relacionan a las diferentes actitudes presentes en los grupos biológicos y sociales de la población, grupos ya sea de edad, sexo, profesión, educación, trabajo y cultura.

Detrás de todos estos factores existen varios procesos socio psicológicos, que se pueden interpretar de distintas forma, (según la postura psicológica y la interpretación de sus objetos de estudio). Por ejemplo, como los modelos motivacionales que explican la manera en la que las personas perciben los problemas (ya sea de salud o de otro tipo) en sus consecuencias y en sus posibilidades de que ocurra.

Aplicando esto a la "conducta preventiva" Rosanstock, (en San Martín 19883) dice que está estaría mediada por un individuo con la valoración de que los eventos ocurran, sus consecuencias y su posibilidad de que sucedan, la conducta individual será guiada por la interrelación entre motivaciones más intensas y logros más útiles.

Zola (en San Martín, 1983) piensa que la decisión de una persona para obtener atención médica pasa por tres etapas, (crisis interpersonal) luego vive la interferencia social, cuando los síntomas provocan una situación en contraposición con su actualidad social, o con valores sociales establecidos, por último la acción es precipitada por presiones sociales en relación al tipo de enfermedad, los síntomas, el pronóstico, etc. Todo este proceso es muy diferente de un grupo social, a otro y de un grupo etnocultural a otro y varía también con la edad, sexo, profesión, educación, etc.

Estas interpretaciones centralizan el problema individual, sólo en la persona afectada por la enfermedad, conceden poca influencia al medio institucional médico-sanitario sobre la respuesta, en circunstancias en las que se ha demostrado la influencia en la naturaleza de los servicios que se ofrecen a la población, y la forma como se constituye, el costo de los servicios al público de la propaganda farmacéutica, médica y el consumo de la misma, etc.

Y en el caso específico de México y América Latina, de los tradicionales remedios de los abuelos (herbolaría) y los curanderos así como de las medicinas o remedios de las costumbres de cada etnia y poblados indígenas, etc.

Por eso considero importante conocer como está constituido el sistema mexicano de salud.

CAPITULO 2

SISTEMA MEXICANO DE SALUD.

La evolución de nuestro sistema de salud puede resumirse en cuatro etapas.

En una primera etapa se contempla desde la independencia hasta la constitución de 1917, Donde no se concebía un sistema público de prestación de servicios de salud, ya que el gobierno de la republica, se limitó a llevar a cabo acciones de control epidemiológico, fundamentalmente en puertos y fronteras.

Por otro lado las organizaciones eclesiásticas prestaban asistencia social asi como las instituciones de beneficencia privada y los particulares.

Después cuando viene la desamortización de los bienes del clero, la asistencia para el Distrito Federal quedó bajo el control del gobierno federal, por medio de la secretaría de gobernación (1849) . En 1846 se crea el Consejo Superior de Salubridad, el cual en 1872, fue transformado. Poco después se crearon juntas de salubridad en cada uno de los estados asi como las juntas de sanidad en los puertos.

Cabe señalar que el Estado no asumió ninguna responsabilidad de prestar atención médica conforme a un criterio de universalidad, las acciones de prevención y restauración de la salud seguían estando constituidas por algunos grupos .

La segunda etapa se inicia con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la cual el artículo 73 prevé la creación de dos autoridades en materia de la salud, el Departamento de Asistencia, y el Consejo de Salubridad General, (cuya formación y reforma que en este año iniciaron fueron terminadas hasta 1982 por que sus cambios y reformas siguieron). Por otro lado el artículo 123 establece las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores.

En 1934 entró en vigor La Ley de la Coordinación y Cooperación de servicios de salubridad que realizó convenios entre el Departamento de Salubridad y los gobiernos de los Estados para que se crearan los servicios coordinados de salud pública.

En 1947 se crea la Ley de Secretarías y Departamentos la cual otorga a la Secretaría de Salubridad y Asistencia facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar, la prestación de servicios de salud la asistencia y la beneficencia pública.

En 1954 a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por decreto (en ese año se crea la Comisión Nacional de Hospitales), se le encomendó la tarea de orientar los programas de construcción y organización de unidades hospitalarias y se declaró de interés y beneficio social la campaña para erradicar el paludismo.

En 1977 se estableció el Sector Salud, entendido como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud.

En 1978 se instituyó la Comisión Intersecretarial de Saneamiento Ambiental para apoyar la coordinación de las acciones de mejoramiento del ambiente que llevaban a cabo las distintas dependencias y entidades competentes.

Lo que caracteriza a esta segunda etapa de los servicios de salud, es que se desarrollaban acciones importantes pero que no estaban programadas en forma integral, lo que generaba la dificultad de definir en ella un sector de salud formal.

Lo que concierne a la tercera etapa puede considerarse que surge en 1982 cuando el artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983) consagra el derecho a la protección de la salud como una garantía social al señalar que la ley establecerá las bases y modalidades del acceso a los servicios de salud y distribución entre la salubridad general y las entidades federativas, así como la federación.

Asimismo, fue reformado el código sanitario para coordinar las acciones de la S.S.A. y las distintas entidades y dependencias y así lograr un uso más racional de los recursos.

En ese sentido se reformó la fracción 1 del artículo 39 de la ley orgánica de la Administración Pública Federal para encargarse de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general y de coordinar los programas de servicios de salud de la administración pública federal así como los agrupamientos por funciones y programas afines, que se determinen.

De esta manera, el sector salud quedó integrado (el 7 de febrero de 1984) con la publicación de la ley general de salud, (Diario Oficial de la Federación 1984) que define la naturaleza y composición del sistema nacional de salud, así como las facultades que se atribuyen a la Secretaría en su carácter de coordinadora de dicho sistema.

En cuya ley también queda definido lo que se entiende por salubridad general, atención médica, salud pública, y asistencia social y redistribuye, con 24

intenciones centralizadoras, la competencia sanitaria entre la federación y las entidades federativas, define la naturaleza del derecho a la protección de la salud e instituye qué deberá utilizar el estado para disponer de las condiciones que asegurarán su cumplimiento.

El 30 de agosto de 1983 el Ejecutivo Federal establece las bases sobre las que se ejecutará el programa de descentralización de los servicios de salud. Con base en ello, en Febrero de 1984, los gobiernos federal y estatal acordaron promover la descentralización de la vida nacional así como la integración de los servicios de salud en los estados y posteriormente la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta a cargo de la SSA, del IMSS COPLAMAR (8 de marzo 1984) y de la propia entidad.

El 7 de agosto de 1984 fue aprobado por el Ejecutivo Federal el Programa Nacional de Salud. Este programa se genera de las estrategias básicas de descentralización, sectorización modernización administrativa, coordinación interestatal y participación de la comunidad, (Diario Oficial de la Federación 16 de agosto de 1984).

La cuarta etapa se puede considerar a partir de la reforma de la ley orgánica de la administración pública federal (21 de enero de 1985) con lo cual la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre por Secretaría de salud.

En esta etapa se elaboró el Programa Nacional de Salud 1990-1994 (Diario Oficial de la Federación 11-01-91), durante 1991 se transfirió, con todos sus recursos, la Junta de Asistencia Privada al Departamento del Distrito Federal; el 24 del mismo mes, se creó el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) que tenía como propósito fundamental el establecimiento y coordinación del programa de vacunación universal.

Una de las acciones importantes fueron las modificaciones a la Ley General de Salud (14 de julio de 1991) en lo referente a planificación familiar, efectos del ambiente en la salud, control sanitario de medicamentos, estupefacientes, psicotrópicos, publicidad, control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, así como autorizaciones sanitarias y sanciones administrativas.

En julio de 1991 se establecieron nuevos esquemas legislativos en la organización de la Secretaría para la atención de las necesidades de salud del país.

Para el periodo de 1994-2000, y en cumplimiento de la política de racionalización del presupuesto federal, se encuentran dos momentos importantes en la estructuración orgánica y funcional de la Secretaría.

En el primero la Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, cambia de denominación por Subsecretaría de Planeación a cuyo tramo de control se le

adscriben las direcciones generales de Asuntos Internacionales de Estadística e Informática y de Evaluación y Seguimiento.

Se crea la Dirección General de Normas, Supervisión y Desarrollo de los Servicios de Salud, con el propósito de establecer la normatividad para la operación y desarrollo de los servicios de atención materno infantil y de planificación familiar. Se crea la Dirección General de Salud Reproductiva, con el propósito de verificar criterios y dar seguimiento a los programas de planificación familiar, y de atención materno infantil.

Asimismo la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, cambia su denominación por Coordinación Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, dependiente del área del C. Secretario.

El Laboratorio Nacional de Salud público, en ese primer momento, surge como un órgano administrativo desconectado, dependiente de la Subsecretaría de Fomento Sanitario. Se descentraliza el Hospital General de México (11-mayo 1995. Diario Oficial de la Federación).

Y se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) (3 de junio de 1996) con el propósito de contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos, y los prestadores de dichos servicios, otorgándole autonomía técnica para recibir quejas.

Por otro lado se llega al Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud en las 31 entidades federativas. (25 de septiembre 1996. Diario Oficial de la Federación). La Secretaría de Salud transfiere al Gobierno del Distrito Federal los recursos humanos materiales y financieros que integraban la Dirección General de Salud Pública, en el Distrito Federal también lo correspondiente al Hospital General de Ticomán, con la finalidad de continuar con la descentralización de los servicios de salud para la población abierta.

También se realizaron los cambios de nombre y nuevas ubicaciones en la mayoría de sus áreas centrales como el caso de la Coordinación Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud por el de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud. En un segundo momento de esta etapa se presentan cambios importantes en la estructura orgánica de la secretaría.

Publicándose (Diario Oficial de la federación) el nuevo Reglamento Interior de la Secretaría de salud y el Acuerdo de Adscripción de sus Unidades Administrativas (6 de Agosto y 8 de Diciembre de 1997) las cuales reflejan los cambios en la estructura orgánica.

Se unen al C Secretario las direcciones de asuntos Jurídicos y de Comunicación social, la Unidad de contraloría interna y el órgano desconcentrado Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

La Subsecretaría de Servicios de Salud cambia su nombre por el de Subsecretaría de Coordinación Sectorial de la cual dependen:

El Secretario interno del Consejo Nacional de Salud.

Las Direcciones Generales de Asuntos Internacionales de extensión de cobertura y enseñanza en Salud.

Así como los nuevos órganos desconectados de nueva creación: Coordinación de Salud Mental. A la cual pertenecen los hospitales psiquiátricos: Fraile Bernardino Álvarez. DR. Juan N. Navarro.

DR Samuel Ramírez Moreno. Y el Centro Nacional de Rehabilitación. Cuya creación deriva a su vez en: El Instituto Nacional de Ortopedia. Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación. Instituto Nacional de la Comunicación Humana.

Y se integran estas especialidades en este centro nacional y también depende de esta subsecretaría el órgano descentralizado Hospital Juárez de México.

Desaparece la Subsecretaría de Planeación y se crea la Subsecretaría de Prevención y control de Enfermedades y se le adscriben las direcciones de: Salud Reproductiva. De promoción a la salud, de Estadística e Informática.

Así como los órganos desconcentrados:

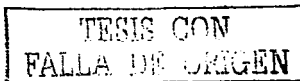
Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Integrada por la dirección adjunta de epidemiología; el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicas. El Laboratorio Nacional de Vacunación, El Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Por último a la Secretaría de Regulación y Fomento Sanitario, se adscriben :La Dirección General de Insumos para la Salud, de Calidad Sanitaria de Bienes y Servicios, de Salud Ambiental, de Regulación de los Servicios de Salud, Dirección de Control Sanitario de la Publicidad.

Así como el órgano desconcentrado Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

Cabe señalar que la Dirección de Regulación de los Servicios de Salud así como el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea dependían de la extinta Subsecretaría de Servicios de Salud.

En el área de la oficialía mayor se encuentran inscritas la direcciones:



Generales de Programación y Organización y Presupuesto. De recursos materiales y servicios generales de recursos humanos y de obras, conservación y ocupamiento.

Así como los órganos desconcentrados: Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

Gerencia General de Biológicos Y Reactivos, está última dependencia de la actual Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1 OFERTAS DE SERVICIOS DE SALUD

Como ya vimos el Sistema Mexicano de Salud Con el fin de hacer realidad el precepto constitucional de protección a la salud, oferta los servicios de salud a la comunidad bajo tres modalidades, las cuales se encuentran íntimamente vinculadas al sistema de economía mixta que caracteriza a nuestra nación.

Por un lado, se cuenta con los servicios de asistencia pública, que integran la secretaría de salud, el sistema DIF (Desarrollo Integral de la Familia), los servicios médicos que ofrece el gobierno del Distrito Federal, así como las juntas estatales y los servicios municipales. Estas instituciones atienden a la población abierta (personas que no están protegidas por los regímenes de seguridad social, ni tienen la capacidad económica para acceder a los servicios privados), y obtienen la mayor parte de sus ingresos (más del 80% en promedio) de la aportación que hace el Estado, vía el impuesto federal.

También se obtienen recursos a través de las cuotas de recuperación que se aplican a los usuarios por la prestación de los servicios ofrecidos (Valdés y Cruz, 1992 en Cruz Velasco, 1999).

Por otro lado, la seguridad social esta representada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El Sistema de las Fuerzas Armadas (ISSFAM) y Petroleos Mexicanos (PEMEX).

En el caso del IMSS sus ingresos proceden de tres fuentes; los patrones (que aportan el 70%), los trabajadores (con un 25%), y el Estado (con el 5%). Para las otras dependencias, sus ingresos provienen de las cuotas que aportan tanto el trabajador como las dependencias y entidades públicas. Aquí también se ubican diferentes Institutos de seguridad social para empleados de los gobiernos estatales que trabajan en distintas entidades federativas del país.

Y por último el sector privado, integrado por personas o agrupaciones que participan y ejercen la medicina en forma libre los cuales se rigen por las leyes de la oferta y la demanda. Bajo esta modalidad las personas compran servicios a los particulares que ofrecen la atención médica al resto de la población, misma que tiene capacidad de pago y demanda de este tipo de servicio.

Como vemos cada grupo prestador de servicios, tiene formas diferentes de ofrecer sus servicios de atención a la salud, debido a sus compromisos institucionales y a las coberturas de su población.

Sin embargo la capacidad de respuesta de las instituciones públicas de salud se ha visto limitada en su capacidad de acción debido a la escasez de recursos financieros que demandan sus programas prioritarios y esto lo vemos reflejado en los millones de personas que no tienen acceso real a los servicios de salud (Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como explicación a esta incapacidad de los servicios de salud para enfrentar sus demandas de atención a la salud, existen distintas propuestas como las que consideran que el presupuesto federal que se destina al sector salud es insuficiente y además se ha visto disminuido, ejemplo de esto es que en 1978 se destinaba el 2.24% del Producto Interno Bruto, mientras que en 1987 alcanzó el 1.83%, porcentaje que se encuentra muy lejos de la cifra estándar que de acuerdo con la OMS debería ser del 5% (OPS,1980).

También se ha visto reducido el gasto programable que se destina a aquellas dependencias que atienden a la población abierta, esto es, a los grupos sociales que no cuentan con seguridad social ni recursos económicos para acceder a la atención médica privada. (Valdés y Cruz, 1992 en Cruz Velasco, 1999).

Pero no sólo la situación financiera representa el único problema del sector salud, también la ausencia de procesos efectivos de planeación de los servicios y la forma cómo se administran los recursos médicos que se ofrecen a la comunidad, lo que ocasiona duplicidad en las funciones médicas e institucionales, así como desperdicios de recursos valiosos, (Cruz Velasco, 1999); así como deficiencias cuantitativas y cualitativas en la prestación y formación de recursos humanos orientados a la salud.

Donde el área de recursos humanos no cuenta con la planificación adecuada y por lo tanto no coincide con las necesidades sociales; ejemplo de esto es que hasta la fecha el ISSSTE sigue realizando un censo (censo nacional 2002) para conocer de manera precisa el número de usuarios de los servicios de salud y su distribución geográfica; Con la finalidad de organizar una asignación óptima del personal médico, en el marco del programa de medicina familiar. Con esta medida el Instituto pretende incrementar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención. (El universal, 2002).

Y hablando de falta de planificación para Navarro (1986, en Cruz Velasco, 1999) también existe falta de planificación en la enseñanza, de la profesión médica y por lo tanto una desconexión con las necesidades de la comunidad. Y esto es que el modelo en el que se forma el profesional de la medicina enfatiza los aspectos individuales, curativos y hospitalarios, con poco interés en los aspectos preventivos de la enfermedad y la promoción de la salud, así como el desprecio a la contribución independiente de otras disciplinas (May y Mejía, 1989 en Cruz Velasco, 1999).

A este respecto en México existe una hegemonía del modelo biomédico en los servicios de salud, tanto de visión como de ejecución profesional, que por ende conlleva al desinterés y desprecio hacia la participación de otros profesionales que puedan contribuir con su formación y conocimientos a atender las necesidades que demanda la población en materia de salud.

Y es que hemos vivido la presencia y aumento continuo de padecimientos graves que afectan a la población. El programa Nacional de Salud (1990-1994), señala que el 22.8% de la población consume tabaco, lo cual debe alertar sobre el

incremento de problemas como enfisema pulmonar, cáncer y afecciones bronquiales en general.

Por otro lado, existe información acerca de que la prevalencia de las enfermedades mentales tenderán al aumento debido, entre otros factores, al incremento de la urbanización, al desempleo, la pobreza y las tensiones crecientes en la vida cotidiana (Programa Nacional de Salud 1990-1994).

En relación al alcoholismo para el período 90-94 ocupaba la tercera parte de las camas de hospitalización, la cirrosis hepática ocupaba el 9°. Lugar en las causas de muerte. El 4.3% de la población, entre 18 y 65 años, cumple criterios de dependencia, siendo la mayor proporción de hombres varones.

Las enfermedades cardiovasculares se han aumentado así, como las enfermedades traumáticas, debido a los frecuentes accidentes laborales y de tránsito, ocupando el segundo lugar en la tasa de mortalidad general -(55 por 100,000 habitantes)- (Programa nacional de salud 19990-1994). De estas, la hipertensión arterial aparece como factor de riesgo en 39% de las defunciones, y está presente en 14% de los males del corazón (P.N.S. 1990-1994).

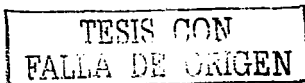
Con base a las estadísticas más recientes (1999) emitidas por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), las principales causas de muerte en México, están determinadas por tres padecimientos: En primer lugar están las enfermedades cardíacas, en específico, los padecimientos isquémicos; el segundo sitio lo ocupan los tumores y el tercero la diabetes mellitus.

Por otro lado en la actualidad, se estima que más de 44mil personas mueren cada año por enfermedades provocadas por el consumo de tabaco. A este respecto la Secretaría de salud promueve los derechos de los no fumadores (P.N.S. 2002-2006).

Con respecto al consumo de drogas el 4,3% de la población entre 18 y 65 años, cumple criterios de dependencia, siendo la mayor proporción de varones. Además se considera que los consumidores de drogas, como la marihuana, inhalantes y drogas médicas, se constituyen en un problema social y de salud cada vez más creciente (P.N.S. 1990-1994).

A partir del 26 de junio de 2001, fecha en que todas las naciones del mundo celebraron el Día Internacional de la Lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, en nuestro país se inició una intensa campaña nacional para la prevención del consumo de fármacos (El Universal, mayo 2002).

En México la Secretaría de Salud, por conducto del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) promueve el programa contra la fármaco dependencia que tiene como prioridad reducir el consumo experimental, es decir, aminorar el número de personas que prueban alguna droga y así evitar que la curiosidad se convierta en el detonante de la adicción.



El programa contra la fármaco dependencia plantea un reforzamiento de las políticas vigentes en las vertientes principales, primero controlar y prevenir el consumo de drogas en los niños y jóvenes, y segundo, garantizar la atención de los efectos a la salud asociados al consumo de drogas (P.N.S. 2002-2006).

Aquí se habla de dos aspectos muy importantes controlar y prevenir.

¿Qué es control? Se entiende por control sanitario el conjunto de acciones de orientación, educación, muestreo, verificación y, en su caso, aplicación de medidas de seguridad y acciones que ejerce el organismo.

El control sanitario está estipulado por la ley general de la salud (Art. 174). Y, junto con la prevención, son términos referentes a lo que conocemos como promoción de la salud.

Pero ¿Que es la prevención? El término prevención de la enfermedad se utiliza por lo general para designar a las estrategias para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad.

La prevención y el control son elementos utilizados por las instituciones de los servicios de salud para asegurar la aplicación óptima de los recursos disponibles a la consecución de una salud mejor para la población.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2 NIVEL DE PREVENCIÓN

Pero para hablar de prevención, necesitamos definir algunos de los conceptos como ¿qué es la promoción de la salud?

Existen distintas posturas, con respecto al concepto de promoción de la salud, una hipótesis plantea que las diferencias del concepto de promoción de salud, surge de la dualidad de la teoría de la causalidad de las enfermedades, es decir, por un lado, las causas específicas de las enfermedades y por otro, las causas generales.

Para William P. Alison (en Milton Terris, 1992) estas causas estarían en estrecha asociación existente entre la pobreza y la enfermedad. Y la solución estaría en atacar las causas de la miseria.

Hay autores que coinciden con él, desde épocas antiguas en Francia (1826) Louis Renee, en Alemania, Rudolf Virchow (1847). Quienes opinan que las causas de las epidemias son sociales, económicas, así como físicas. El remedio que proponen consiste en prosperidad, educación y libertad. (Milton Terris, 1992).

Pero el término de promoción de la salud, se utilizó por primera vez, en 1945, por Henry E Sigerist, quien definió las cuatro tareas, esenciales de la medicina:

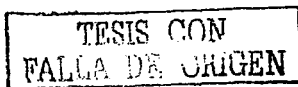
- 1- La promoción de la salud.
- 2- La prevención de la enfermedad.
- 3- El restablecimiento de los enfermos.
- 4- La rehabilitación.

Y afirmó, que "la salud, se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso.

Posteriormente el informe Lalonde, (publicado en Canadá en 1974) fue la primera declaración teórica general de la salud pública, surgida de los descubrimientos hechos en el campo de la epidemiología de las enfermedades no infecciosas.

Este es un concepto de salud mas cumplió de forma que en el campo de la salud consta de cuatro grandes elementos:

- 1- Biología Humana.
- 2- Medio Ambiente.
- 3- Estilos de vida .
- 4- Organización de la atención sanitaria.



Con base a este concepto, se propusieron 5 estrategias :

- 1- Promoción.
- 2- Regulación.
- 3- Investigación.
- 4- Eficiencia.
- 5- Atención sanitaria.

La estrategia de promoción de la salud, se orienta hacia la modificación de los estilos de vida. En este concepto, la promoción de la salud se considera una de varias estrategias preventivas.

Otro concepto diferencia, la promoción de la salud, de la prevención de la enfermedad, dándoles igual importancia.

Entonces la promoción de la salud, se define en relación con los cambios de estilos de vida, mientras que la prevención se refiere a la protección de la salud, frente a las distintas amenazas procedentes del medio ambiente (Milton Terris 1992)

En la carta de Ottawa (para la prevención de la salud, 1986) se define la promoción de la salud como el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

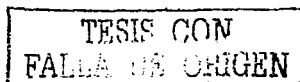
Afirma claramente que la promoción de la salud, "trasciende la idea de formas de vida sanas" para incluir "las condiciones y requisitos para la salud" que son: La paz, la vivienda, la educación, la alimentación, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad.

Como vemos esta orientación contiene los 3 componentes de las estrategias de promoción de salud del concepto de Lalonde.

Afirmación de la función activa de la población en el uso de sus conocimientos sobre la salud para hacer elecciones saludables y para obtener mayor control sobre su propia salud y ambiente.

Y la acción comunitaria por los ciudadanos a nivel local, ósea el fortalecimiento de la participación de la población y de la dirección de los temas relacionados con la salud. Ahora bien, ya hemos visto la relación entre los factores sociales y medioambientales y la salud, pero, como, cuando y donde intervenir para modificar los factores de riesgo, y como evaluar la efectividad, la relación costo-beneficio y la aceptación-socio-cultural de tales intervenciones de la salud pública.

En la actualidad , el intento de resolver los problemas de salud pública, y de evaluar las intervenciones centra entorno al cambio individual. En primer lugar, las intervenciones de salud pública, se dirigen hacia la obtención de cambios voluntarios de los estilos de vida individuales.



Algunos han sugerido que la importancia dada al cambio individual surge del modelo tradicional, en el cual el profesional de salud establece la hipótesis de una vía biológica, causal, y trata en consecuencia al sujeto expuesto al riesgo (John B Mckinlay, 1992).

Pero otros expertos en salud pública defienden la opinión humanitaria, de que todas las personas, nacen iguales. Las desigualdades o diferencias en el estado de salud, se deben a diferencias sociales, (entorno, oportunidades, movilidad social, diferente acceso a la salud). Sin embargo, esta opinión en materia de salud, resultaría errónea pues hay enfermedades en la biología humana que son determinante como por ejemplo, la cardiopatía isquémica, en los hombres de edad mediana hay factores no modificables que justifican hasta un 50% de la varianza de esta enfermedad. A la modificación de ciertos factores de riesgo, como el tabaco. El ejercicio y la dieta pueden, desde luego ofrecer cierta protección, pero la gran contribución de los antecedentes familiares el sexo masculino y la edad todos ellos factores de riesgo no modificables, son en este caso los más influyentes (John, B. Mckinley 1992)

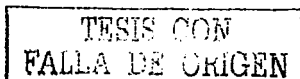
Con esta idea lo que pretendo afirmar es que tan importante es la contribución de los procesos biofisiológicos como la de los comportamientos sociales. Por eso para Mckinley (1992) la intervención dirigida, hacia el cambio de los comportamientos individuales, podría no ser el camino correcto.

Así pues, el reto consistiría en olvidar, los atributos personales para buscar la forma de incorporar los cambios planificados y graduales del sistema sociopolítico las estrategias de prevención primaria y secundaria. Sin embargo las dimensiones de la promoción de la salud son vistas desde la postura de las conductas individuales. Por ellos la promoción de la salud, es una combinación de apoyos educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen a la salud.

Cumple sus objetivos mediante una variedad de actividades cuyo objeto es moldear los comportamientos normales de las personas y poblaciones. Cubre las posturas de pensamiento identificables y a menudo opuestas, la que se centra en las acciones y responsabilidades personales y la que se basa en el cambio social y del medio.

La promoción de la salud no es un sinónimo de educación para la salud. La educación para la salud, procura informar a las personas sobre los temas relacionados con la salud y proporciona una información que las personas motivadas pueden utilizar para su acción. Por otra parte la promoción de la salud pretende no solo informar, también persuadir a diferentes grupos en distintos ámbitos.

Para Powell, Marshall y otros (1991) la promoción de la salud trabaja con el llamado cubo de la promoción de la salud al que pertenecen los ambientes



como: el hogar, comunidad, escuela, lugar de trabajo atención de la salud. Las estrategias son el compromiso de los líderes, la información, cambio del medio, las destrezas y la legislación. Y los grupos Diana que están compuestos por sectores de la población hacia quien va dirigida la promoción: obesas, estratos socioeconómico bajos adultos, niños.

Un medio importante del cubo de la promoción de la salud que puede influir en la población de maneras distintas, es el sistema de atención sanitaria, que puede influir en las actitudes y hábitos de sus pacientes al aconsejarlos directamente.

Por otro lado, entre los aspectos importantes de la promoción de la salud se encuentra la necesidad de que los gobiernos asuman el liderazgo y actúen para asegurar la adopción de políticas saludables, sobretodo de aquellas orientadas a la creación de entornos que favorezcan la salud.

Por ejemplo en el Canadá se realizan campañas de promoción de salud, para incrementar la actividad física, entre las mas destacadas están "la participación" que es una empresa sin fines lucrativos, (creada en 1971, con financiamiento inicial del gobierno canadiense) que tiene como misión promover la actividad física como esparcimiento y alentar a los canadienses a asumir mayor responsabilidad personal por su propio estado de salud y bienestar.

En Australia, la promoción de la salud tuvo un primer intento de realizarse a nivel nacional, con el informe Health of All Australians (salud para todos los australianos 1988) en el que se encontraban 20 objetivos y 65 metas que se agrupaban en tres categorías, grupos de población, causas principales de muerte-enfermedad, factores de riesgo.

Se proponían 5 campos para la acción a nivel nacional: mejorar la nutrición, actuar sobre el cáncer prevenibles, actuar sobre la hipertensión, prevenir accidentes, mejorar la salud de los ancianos.

Se estableció un programa nacional para la salud mejor, financiado con fondos de la Mancomunidad del estado. Dicho informe también contenía una meticolosa exploración sobre el estado de salud de los australianos, las necesidades percibidas de la comunidad y de la infraestructura , los mecanismos de financiamientos y la dirección que había que tomar para mejorar el estado de salud (Don, Nutbeam y Wise, 1993).

Como hemos visto los niveles de prevención están basados en distintos aspectos. Uno promueven los entornos, la sociología y las políticas y otros los estilos de vida y los comportamientos humanos. Su diferencia, estaría en la manera de concebir el problema de salud y de ahí la forma en la que la abordan

El Medico comienza con la existencia del problema, se basa en la enfermedad, las acciones suelen consistir en tratar los síntomas, erradicar la enfermedad y prevenir que el proceso se agrave.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La perspectiva de la salud pública previene el comienzo del problema, se basa en la conducta, (estilos de vida) Las acciones suelen consistir en promover los comportamientos saludables, empezando en etapas tempranas del ciclo vital (por ejemplo programas de prevención contra el tabaquismo en las escuelas de instrucción primaria) trata con personas sanas e intenta prevenir enfermedades.

Los socio ambientalistas intentan crear entornos sociales y físicos que favorezcan la salud y el bienestar de los individuos. Se orienta hacia el cambio social (políticas públicas saludables) y es la dirección que están siguiendo los profesionales de la salud pública con la "nueva" promoción de la salud (en Canadá EUA Y Europa)

Las acciones se basan en la comunidad, a menudo abarcan medidas de políticas y no dependen solo de los profesionales de la salud (Ronald, Labonte, 1987). Dentro de las acciones de la promoción de la salud, hay un punto muy importante del que no hemos hablado la publicidad, pero cualquier intento de conseguir la creación en los países menos desarrollados un entorno social, político, económico, que facilite la promoción de la salud y apoye el desarrollo de políticas de salud eficaces esta relacionado con la publicidad. (Lawrence, y otros, 1992).

Ya que la creación del entorno con características como las anteriores depende del desarrollo económico de los países que pueden restringir su publicidad. Algunos autores argumentan que la publicidad explota a las poblaciones de los PMD y destruye las culturas autóctonas, otros afirman que desempeña un papel necesario y beneficioso además que contribuyen a la modernización y al cambio social.

Y esto se debe al impacto que la publicidad cause en la salud pública. Puesto que la publicidad esta intimamente relacionada con la cultura, la economía y la política de las naciones, al mismo tiempo conviene recordar que la publicidad es una parte de la comercialización y que esta contiene otros elementos claves tales como la política de precios los canales de distribución y el desarrollo de los productos y que debe ser considerada contextos mas amplios (Wallack y Montgomery ,1992).

Sin embargo la publicidad de los productos internacionales (los productos mas anunciados: alimentos procesados, refrescos, cigarrillos cervezas y vinos, fármacos, y productos para la higiene personal) que aunque difícil de abrir , centros económicos nacies. (La Revista Fortune, Wallack y Montgomery, 1992)

Pero, cual es la forma en la que la publicidad puede influir en la salud pública. A través de productos mortales, o dañinos para la salud, como fármacos, pesticidas, tabaco y alcohol.

Se cree que uno de los efectos desfavorables mas notables de la publicidad es que impide el desarrollo de los sistemas adecuados de atención sanitaria, puesto que obliga a desviar los recursos que serian necesarios para la promoción de la

2.3 Participación del psicólogo en el área de la salud.

Por otro lado, uno de los objetivos fundamentales de la promoción de la salud publica consiste en modificar el comportamiento de la población para cambiar los estilos de vida que y amenazan el bien estar individual, para lograr entornos saludables en los casos que es imprescindibles lograr comportamientos que representan elecciones políticas o de consumo al fin en las decisiones organizativas.

Y en este punto en el que la participación del psicólogo se ha insertado.

El psicólogo puede colaborar en la detención de sus factores que afectan al proceso salud-enfermedad y los determinantes de la conducta de salud y enfermedad los cuales son importantes para la prevención.

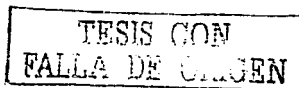
El psicólogo participa en el campo de la salud en el análisis de proceso psicofisiológicos, el interés sobre las dimensiones sociales y ecológicas para prevenir o aminorar la enfermedad.

La actividad del psicólogo se concreto de manera formal y uniforme, a labores de evaluación y tratamiento de los pacientes, actividades que caracterizan al psicólogo clínico, y sin embargo, de manera informal, también ha dado accesoria a médicos, psiquiatras, enfermeras y administradores como una constante de su labor profesional. Los psicólogos que han estado inscritos en actividades del cuidado de la salud física tienen principalmente una formación clónica, como parte de su interés en tratar la salud mental, sin embargo hay otros que son psicólogos sociales y del desarrollo (Salinas, 1999).

Para Cruz Velasco (1999) dentro del ámbito de la salud, el psicólogo puede desempeñar diversas acciones, como presentar estrategias para preservar la salud en niveles ya sea individual, familiar y comunitario.

Ya que cuanta con los principios psicológicos para promover el cambio de actividades y conductas en relaciones al cuidado de la salud, así como también desarrollo de la salud (Rodríguez en Cruz Velasco).

En el presente trabajo se analizaran las propuestas anteriores en cuanto a la participación del psicólogo ya que consideramos que este puede apartar su conocimiento en el terreno de la prevención y promoción de la salud de la detección de los diferentes comportamientos (o estilo de vida) que interviene en el proceso de salud-enfermedad. Y por lo consiguiente en la educación para la salud, analizando los patrones historicos culturales de las distintas poblaciones para el desarrollo de estrategias formativas en repertorios que fortalezcan a la salud.



salud, hacia el tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas, prevenibles que se asocian con los productos anunciados.

Para Wallack y Montgomery, la lógica de este modelo se basa en dos premisas básicas, en primer lugar la publicidad incrementa el consumo de productos nocivo para la salud como el alcohol el tabaco, en segundo lugar, el uso creciente de estos productos contribuye a elevar la morbilidad y la mortalidad y toda una gama de problemas sociales.

En países como Canadá y Australia (Jake epp 1986) (Ilona Kickbush , 1986) ya es evidente que las limitaciones y prohibiciones a la publicidad por parte de las políticas generales dirigidas a resolver problemas del alcohol y del tabaco, resultan eficaces.

Pero en los países menos desarrollados no es posible, pues ha sido objeto de campañas dirigidas a aumentar el consumo de estos productos potencialmente mortales, y es que hasta en la aldea o pueblo mas remoto es posible identificar la tienda del lugar gracias a los espectaculares anuncios de la marca mas popular de cigarrillos o vino , cervezas etc.

Esta promoción penetrante y agresiva, asocia el consumo de productos potencialmente dañinos con estilos de vida atractivos, explota la alineación y la desesperación de las poblaciones mas pobres.

La expansión de la publicidad en los países de Asia y América, Latina se ha asociado con un aumento general del habito de fumar especialmente en las mujeres y los niños.

Y la ironía esta en que mientras el consumo de alcohol y tabaco deshaciendo en los países industrializados, en las naciones en vias de desarrollo es agresiva y generalmente utilizan distintas actividades de acontecimientos, deportivos y culturales. En los PMD las enfermedades causadas por tabaco y el alcohol cobraran su costo antes de que hayan podido erradicarse las enfermedades transmisibles y la desnutrición.

Y es que la publicidad occidental también puede alterar de forma importante las practicas culturales lo que a su vez, tiene una gran influencia, en la salud publica, Lori Collins (en Wallock y Montgomery1992) afirma que "la publicidad transnacional trabaja para perpetuar los ideales y objetivos de occidente y sustituye asi sin esfuerzo, las identidades tradicionales de los pueblos del tercer mundo por una versión única homogeneizada de la cultura occidental, que a menudo resulta totalmente inadecuada en su situación".

Por otro lado, la publicidad en los PMD influye en gran medida en las formas en que la información sobre la salud llega a la población, por una parte proporciona los ingresos necesarios para finalizar las empresas de comunicación de masas, y aumenta asi la facilidad con que estas se pueden comunicar con su audiencia.

Por otra parte, sin embargo puede presentar datos insuficientes o inexactos , particularmente sobre productos potencialmente nocivos, también puede limitar la calidad y cantidad total de la información que se transmite sobre salud, gracias a la influencia que adquiere al financiar los medios de comunicación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se puede implementar programas en escuelas, familias, centros de trabajo y comunidades en los resultados obtenidos de dichos trabajos y comunidades con los resultados obtenidos de dichos análisis.

Y por ultimo también ayudar a la organización de las instancias que presentan el servicio de la atención a al salud.

Lo que proponemos es abarcar el terreno de la salud desde la perspectiva de la psicología social pues consideramos que un es producido históricamente en el sueño de una formación social dada, y en una cierta coyuntura histórica, ideológica, política y económica, social en el la que se crea y no puede ser abordado ningún "tema" referente a el, ya sea salud o enfermedad al margen o independientemente del proceso de construcción de el sujeto. Por lo que consideramos relevante explicar un poco de la formación del sujeto para entender con mayor claridad lo procesos de salud-enfermedad.

Y es que para entender al individuo, primero debemos entender las relaciones sociales en las que este se desenvuelve.

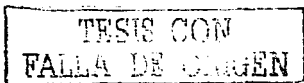
Puesto que en la historia del desarrollo cultural del individuo (desde niño) encontramos dos veces el concepto estructura. En un primer momento lo podemos identificar en el mismo comienzo del desarrollo cultural del niño, constituyendo el punto inicial o de partida de todo el proceso. En segundo lugar, el propio proceso del desarrollo cultural a de comprenderse como un cambio de la estructura fundamental inicial y la aparición en su base de nuevas estructuras que se caracterizan con una nueva correlación de las partes.

Vigotsky (en García González, 2000), denomino "estructura primitiva" a las estructuras heredadas de la psique, las cuales se presentan como una relación del sujeto a los estímulos de su medio que se hayan en el mismo plano, y están dotadas tan bien de un marcado matiz afectivo.

Apartar de estas estructuras originales, heredada biológicamente, "comienza la destrucción y la reorganización de la estructura primitiva y el paso a estructuras de tipo superior". Todo esto es resultado de la acción de la sociedad y de la cultura.

En el proceso del desarrollo, el niño no solo se apropia de lo elementos de la experiencia cultural, sino también de las costumbres y de las formas de comportamiento cultural, es decir, de los métodos culturales de razonamiento. Sobre este punto Vigotsky hizo algunas menciones. Si bien es cierto que respecto al contenido y a los procesos que utilizamos al pensar, la cultura ejerce un poder preponderante, Vigotsky señala que la estructura mental de todos los seres humanos es similar y comprende dos niveles de funcionamientos: el alto y el bajo.(James V. Wentsh, 200).

Los procesos mentales interiores o bajos consisten en habilidades tales como atención reactiva que nos facultan para reaccionar ante calores, ruidos o cambios en nuestra internos la memoria asociativa que nos permite desarrollar



actividades sencillas como de tenernos alto una luz roja, las formas de pensamiento sensoromotor o general . estas son innatas , forman parte de nuestra herencia biológica incluso compartimos algunas de estas con ciertos animales (García González , 2000).

El nivel mental alto , es decir los procesos mentales (psicológicos) superiores, son estructuras exclusivas de los seres humanos que han sido moldeadas a lo largo de muchas generaciones y cuyas formas específicas varían de una cultura a otra . dichas funciones, por ejemplo la atención localizada, la cual nos promete concentrarnos en una tarea a penas de las distracciones, o la memoria deliberada que nos permite relacionar cierta información como relevante para saber determinados problemas , así como el pensamiento simbólico general son un producto cultural desarrollado y transmitido a través de cientos de generaciones de seres humanos.

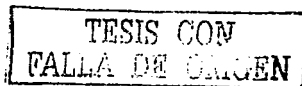
Lo anterior para algunos podría, resultar como teoría sin embargo autores como OLE DREIER (1996) en su artículo "trayectorias personales de participación a través de contexto de practica social" .

Propone la adaptación del concepto de "participación" como concepto clave para establecer una conexión, suficientemente fuerte entre la teorización psicológica sobre la persona las estructuras socio-culturales de practica en que viven los sujetos. Luego se sostiene la estructuración compleja de la practica social con una variedad de contextos sociales convierte en un desafío vital la configuración de la conducción cotidiana y el despliegue de una trayectoria de vidas personal en y a través de dichos textos. No obstante con frecuencia sea desconocido este (contexto) como un rasgo básico de lo que es e implica llegar a ser persona y de lo que cabalmente queremos decir con términos como subjetividad , personalidad , yo he identidad.

Para abordar los problemas socio-cultural de salud desde la psicología , social , es necesario contemplar los contextos de practica de los sujetos y podríamos contemplarlos con los siguientes ejemplos:

Como ya hemos venido hablando, los enfoques que tiene la OMS podrían dividirse en Biología Humana, Medio Ambiente, Estilo de Vida , Organización de la Atención de la Salud. De los cuales podemos sacar subte mas para facilitar el abordaje desde los contextos de practica. Ciclos de vida, (Biología Humana) en lo que encontramos problemáticas a distintas edades , niñez, adolescencia , juventud, adultos, adultos maduros. Que podrían contener aspectos psicosociales de la reproducción, aspectos psicosociales de la sexualidad, la familia , y la sociedad , las mujeres y la sociedad a si como los ámbitos nocivos y distinguen los ámbitos que sean producto de las practicas derivadas de las costumbres regionales o de distintas poblaciones.

En lo referente al ambiente, la psicología podría incorporarse a este tema como una opción a conocimiento de las condiciones ambientales que influyen en las enfermedades o la salud resaltando la importancia de la deficiencia ambiental como social de la desventaja en la salud, aspectos como la clase social los



ingresos económicos el tipo de asistencia medica a la que se puede ascender el tipo de familias, comunidades, regiones, etc..

Los procesos y las formas de relaciones de las culturas con los elementos económicos analizados desde un punto de vista.

Los estilos de vida y los eternos abordados desde este enfoque, cobran un nuevo sentido al hablar de delincuencia, drogadicción, desempleo, crecimiento demográfico de la senectud, los problemas geriátricos, la depresión enfermedades crónicas, estrés emocional, trastornos sexuales y del comportamiento destructivo etc.. Ya que existe una relación estrecha y tiene una gran influencia, (los entornos y los estilos de vida) y la psicología social se integra con la independencia de explicar, desde otro lugar, los aspectos del riesgo social para la salud: que consideramos no se resuelven por la hegemonía del conocimiento positivista al igual que a través de su metodología he investigativo que solo permiten realizar observaciones particulares.

Pero analicemos desde el panorama de la salud y organización en México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO III

3.1 PANORAMA GENERAL DE LA SALUD EN MÉXICO

Como ya hemos visto, según los datos de la secretaria de salud (SSA) las enfermedades que asta hace unos años eran consideradas exclusivas de los países desarrollados se han convertido ya en la principalmente en la causa de muerte en México.

La enfermedades del corazón, tumores malignos (cáncer) y la diabetes mellitus. Y esto es que con el ritmo de la vida, los mexicanos casi no hacen ejercicio, en grandes cantidades de fritangas, además del alcohol y tabaco en grandes cantidades.

Esto es lo que esta causando su muerte y aunque ahora tenemos la posibilidad de vivir mas tiempo,. Cada vez mas lo hacemos en condiciones y estilos de vida que nos llevan a desarrollar estas enfermedades consideradas del primer mundo.

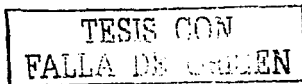
Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en el país. Según el INEGI y la SSA , en promedio mueren al año cerca de 70,000 mexicanos por enfermedades del corazón. Las investigaciones atribuyen el aumento de estos padecimientos al estudio de vida adquirido por la sociedad contemporánea donde el tabaquismo los hábitos alimenticios inadecuados y el excesivo estrés e inactividad física se hacen presentes ganado lugar a alteraciones en la salud , como son los casos de hipertensión e hipercolesterolemia. Todos estos factores de riesgo deterioran el corazón y dando lugar al infarto(134,000 por año)

Por desgracia, la mayoría de las personas que mueren por infarto nunca llegaron a recibir atención hospitalaria, ya que es muy probable que no tuvieran conocimiento de su enfermedad; ya que los factores de riesgo que desencadenan un infarto del corazón comienzan con la ausencia de síntomas.

Por otro lado, alrededor de 54 mil mexicanos mueren al año a causa de algún tumor maligno.

El cáncer ocupa el segundo lugar en problemas de salud publica nacional, a pesar de los avances en investigación y tratamiento. Anualmente fallecen en el mundo mas de 6 millones de personas por este mal. La situación es tan critica que de no desarrollarse estrategias de prevención, para el año 2025 se presentaran 15.5 millones de nuevos casos, advierte la OMS.

Las entidades con mayor incidencia de cáncer en México son: Morelos, Querétaro, Chiapas Guerrero y el DF , y se dividen en niños, mujeres, hombres.



CAPITULO III

3.1 PANORAMA GENERAL DE LA SALUD EN MÉXICO

Como ya hemos visto, según los datos de la secretaria de salud (SSA) las enfermedades que asta hace unos años eran consideradas exclusivas de los países desarrollados se han convertido ya en la principalmente en la causa de muerte en México.

La enfermedades del corazón, tumores malignos (cáncer) y la diabetes mellitus. Y esto es que con el ritmo de la vida, los mexicanos casi no hacen ejercicio, en grandes cantidades de fritangas, además del alcohol y tabaco en grandes cantidades.

Esto es lo que esta causando su muerte y aunque ahora tenemos la posibilidad de vivir mas tiempo,. Cada vez mas lo hacemos en condiciones y estilos de vida que nos llevan a desarrollar estas enfermedades consideradas del primer mundo.

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en el país. Según el INEGI y la SSA , en promedio mueren al año cerca de 70,000 mexicanos por enfermedades del corazón. Las investigaciones atribuyen el aumento de estos padecimientos al estudio de vida adquirido por la sociedad contemporánea donde el tabaquismo los hábitos alimenticios inadecuados y el excesivo estrés e inactividad física se hacen presentes ganado lugar a alteraciones en la salud , como son los casos de hipertensión e hipercolesterolemia. Todos estos factores de riesgo deterioran el corazón y dando lugar al infarto(134,000 por año)

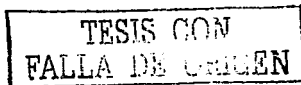
Por desgracia, la mayoría de las personas que mueren por infarto nunca llegaron a recibir atención hospitalaria, ya que es muy probable que no tuvieran conocimiento de su enfermedad; ya que los factores de riesgo que desencadenan un infarto del corazón comienzan con la ausencia de síntomas.

Por otro lado, alrededor de 54 mil mexicanos mueren al año a causa de algún tumor maligno.

El cáncer ocupa el segundo lugar en problemas de salud publica nacional, a pesar de los avances en investigación y tratamiento. Anualmente fallecen en el mundo mas de 6 millones de personas por este mal. La situación es tan critica que de no desarrollarse estrategias de prevención, para el año 2025 se presentaran 15.5 millones de nuevos casos, advierte la OMS.

Las entidades con mayor incidencia de cáncer en México son:

Morelos, Querétaro, Chiapas Guerrero y el DF , y se dividen en niños, mujeres, hombres.



Según datos del instituto nacional de cancerológica (INC) los casos de mujeres entre 30 y 60 años de edad ocurren por mayor de cancel cervico-uterino, con 32.2% , de mama 16.4% esto significa que 6 de cada 10 mujeres con estos tipos de cáncer en estado avanzados seguramente fallecerán. En lo que toca a la población masculina, el cancel de próstata es mas frecuente en los hombres de 40 años y la primera causa de muerte entre ellos los que rebasan los 65 años.

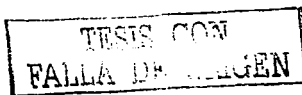
Por otro lado, los canceres que mas afectan a la población infantil como el Linfático, de huesos, glándulas, testiculos, entre otros tienen una incidencia mayor entre los 4 y 7 años de edad. Aun cuando no hay estadísticas precisas informes médicos apuntan que la tasa aproximada de esta padecimiento en menores de 11 años son de 20 casos anuales y de cada 4 niños 3 son hombres sin embargo el cáncer de niños podría curarse hasta el 70 % , siempre y cuando se detecte a tiempo y se brinde el tratamiento adecuado .

Datos resientes han dejado al descubierto , que muchas enfermedades que hasta hace poco no se habían relacionado con el cáncer son resultados de infecciones crónicas. Botón de muertes es el cáncer cervico _ uterino que esta asociado a la infección por el papiloma virus humano. también se sabe ahora que la hepatitis B y C infecciosas puede producir el cáncer de hígado Lo que corresponde a la diabetes mellitus en cifras oficiales son y terribles en términos absolutos , la diabetes se incremento en los mexicanos en los últimos 30 años. Mientras que en la década de los 50 se registraron 1500 muertes anuales por esta causa, en el 2000 el numero creció hasta cerca de 48000 fallecimientos. Es decir el país paso de 0.4% de mortalidad por diabetes a mas de 10% lo que coloca a este mal en la tercera causa de muerte en México.

Datos del centro nacional de Vigilancia y Epidemiología de SSA, revelan que actualmente hay cerca de 5 millones de mexicanos que sufren de diabetes de las cuales, 20% (un millón de personas) desconoce que la padece. La desgracia es que si estas personas no se tratan a tiempo seguramente morirán ya que la enfermedad no es curable pero es posible de controlar

Otro dato alarmante , es que la OMS , México ocupa ya el noveno lugar mundial en la prevalencia de diabetes, considerada una epidemia universal ante esto en la s instituciones nacionales de salud lanzan voces de alerta a través de campañas preventivas así, la SSA puso en marcha desde el año pasado el programa "MEXICO POR LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES " con el fin de informar de educar y sobre todo prevenir a al población en general haciendo hincapié en niños y adolescentes por ser un segmento susceptible l cambio de hábitos , como la obesidad y el sedentarismo como factores importantes de riesgo.

Otra opción para la diabetes es acudir a cualquier institución publica o privada para aplicar el llamado " Cuestionario de factores de riesgo " creado por el Centro Nacional de Vigilancia epidemiológicas junto con los hospitales del ISTE; IMSS e Instituciones privadas.



De esta manera luego de responder a dicho cuestionario, los resultados serán analizados en laboratorios; se determina que aplica es candidato a tener diabetes o simplemente la sufre, estos centros de salud ofrecen tratamientos adecuados al paciente.

Es importante destacar que las personas diabéticas viven en promedio de 66.7 años , a diferencia de la que no lo son, que llegan a cumplir los 75 años .

El tabaquismo es otra de las enfermedades por las que cada año mueren cuatro millones de personas según reportes de la OMS . Y se estima que para años del 2030 la cifra será de 10 millones, el 80% de estas muertes ocurrirá en los países en vías de desarrollo.

En lo que toca a México, durante el 2001 mueren 40,000 personas (cerca de 722 por día) debido a padecimientos relacionados con el tabaquismo las cifras siguen en ascenso, de 9 millones de mexicanos que fumaban hace 10 años ahora se han pasado a 13 millones lo que representa el 28% de la población de entre 12 y 65 años . también a crecido el grupo de fumadoras : antes la relación era de 4 hombres fumadores por cada mujer , ahora la relación es de 2 hombres por cada mujer . además , los adolescentes fuman cada vez mas hace 10 años la edad promedio del inicio de los fumadores estilaba entre los 18 y 20 años ahora es de los 14 y 16 años según datos de la SSA .

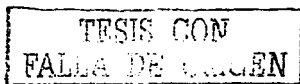
Lo mismo ocurre en la obesidad, en México aumenta el numero de gente gorda, el sobrepeso y la obesidad son trastornos del organismo aunque cada vez ocupa mas la atención y la preocupación del sector salud , ya que debido a su alto despunte, tanto en los países desarrollados como en vías de serlo, se les considera una de las epidemias del siglo XXI.

Las autoridades de salud informan que el 30% de la población mexicana pódese obesidad en diferentes grados lo mas grave que el sobre peso podría generar enfermedades como ciertos tipos de cancera, daños en las articulaciones, trastornos pulmonares, respiratorias y problemas cardiovasculares entre otros.

Las encuestas nacionales de nutrición aplicadas en el país en 1988 en 1999 revelación en un crecimiento considerable como problema de salud publica. El las mujeres de 12 a 49 años las cifras predominantes aumentaron el 35.1% en 1988 y el 52.2 el 1999.

Esto supone que actualmente existen mas de 11 millones de mujeres en edad productiva con sobre peso.

En lo que respecta a los niños y adolescentes las cifras en el programa nacional de salud 2001 y 2006 indican que el 5.3% de los menores de 5 años y el 27.5% entre 5 y 11 presentan sobre peso y obesidad, lo cual sugiere que los problemas de peso en adultos mexicanos podrían ser mayores en el futuro. La obesidad se relaciona con predeposición familiar determinada por los genes. En segundo lugar



esta la forma de comer de cada persona o familia, así como la falta de ejercicio.

Existen también las llamadas enfermedades mortales a las que México no escapa. Tan sólo en 1999 se reportaron en todo el país más de 352 mil nuevos casos de infecciones respiratorias agudas (neumonía, bronquitis, laringitis, entre otras), y más de 10,500 nuevos casos de amibiasis intestinal, que son, por mucho, los males más difundidos en nuestro país, según la Secretaría de Salud.

Y, precisamente, algunas de estas enfermedades respiratorias conducen a males peores tales como la invalidez, el cáncer, enfisema y tuberculosis, entre otros. De aquí la importancia de reducir los riesgos que conducen a su desarrollo, principalmente el factor tabaco.

Investigaciones del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) reportan que los males respiratorios de las vías altas como laringitis, faringitis, amigdalitis, resfriados o gripes se originan, en su mayoría, por virus, mientras que las enfermedades de las vías respiratorias bajas como bronquitis crónica, enfisema pulmonar, neumonías, y asma bronquial se deben a complicaciones de afecciones que no fueron atendidas a tiempo con un buen tratamiento.

Las instituciones de salud hacen hincapié en cuestiones como el saneamiento y el abastecimiento de agua, la prevención ante los cambios ambientales y climáticos, sin dejar de tomar en cuenta factores como la educación, el desarrollo industrial y la vivienda. Y es que todo tiene relación con la salud. Sin ir más lejos, actualmente más del 10% de todos los trastornos evitables se debe a la mala calidad del medio ambiente: vivienda insalubre, hacinamiento, contaminación del aire de locales, insuficiencia del saneamiento y utilización del agua no potable, como lo indica la O.M.S.

Tiene relevancia el dato que señala a las mujeres y a los niños de las zonas rurales pobres como seres susceptibles a sufrir algún padecimiento de las vías respiratorias debido a que inhala humo nocivo procedente de la combustión de madera y otros productos que los expone a infecciones respiratorias agudas, en particular la neumonía.

Además, la carencia de agua potable abre, el camino a las enfermedades diarreicas y parasitarias.

Otra de las enfermedades que se presentan actualmente en México es el VIH/sida con cerca de 50mil casos registrados; aunque si se toma en cuenta los subregistros, esta cantidad asciende a 64mil, según información proporcionada por CONASIDA (consejo nacional del síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Por su parte la Secretaría de Salud asegura que hay 23 mil enfermos vivos con esta enfermedad y son atendidos en las instituciones de salud cerca de 16 mil.

Según ONUSIDA (Organización de Naciones Unidas y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida) por cada caso de sida deben considerarse de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tres a cuatro casos de VIH sin haber desarrollado la enfermedad; de acuerdo a esto en México hay, además, 304,278 casos de VIH, de los cuales 90% desconoce que tiene el virus.

Pero lo importante de mostrar este panorama radica en la "radiografía" que de alguna manera pretendemos tomar de la distribución de la salud y las enfermedades que existen en México con el propósito de dar margen a lo que el presente trabajo propone como lo concerniente al psicólogo en materia de salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2 ANÁLISIS

Al mostrar el panorama de salud de México, me resulta oportuno para hacer referencia a lo particular (México) con el bosquejo de lo que es a nivel mundial el área de la salud. Desde el concepto, hasta la manera que otras naciones ubican sus problemas de salud-enfermedad así como la forma en que resuelven lo concerniente a los problemas de enfermedad. Modelos de los que hemos imitado incluyendo la creación de nuestro programa nacional de salud. Sin embargo desde mi parecer no es mala la imitación sino la recreación que hemos hecho de ellos, que deja de lado a la contextualización de dichos programas en nuestro país sin las modificaciones correspondientes a la ideosincracia, cultura, problemas políticos, y condiciones de la distribución de las distintas enfermedades así como otras circunstancias referentes al entorno de los individuos. Es decir no ha habido un previo análisis de el contexto, y la circunstancia de nuestro país, análisis que nos llevara a la correcta aplicación de dichos modelos así como su eficaz funcionamiento.

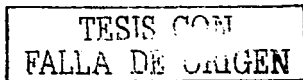
Y es que en México los contrastes y las desigualdades son parte de sus realidades que se hacen evidentes en el desempleo, rezago educativo, analfabetismo, falta de servicios e inequidades ya que cada una de las entidades federativas tiene un perfil peculiar que junto con los demás, integra un mosaico diverso en ingreso, cultura y población.

Pero ¿cómo somos los mexicanos?

El mexicano del nuevo siglo es una nación mayoritariamente femenina y con una creciente esperanza de vida, en la que, incluso a tenido mayor conciencia del carácter multi étnico, la mayoría de los pueblos indígenas, esos que centraron las bases de la raza que hoy somos aun sobreviven en el olvido.

Los contrastes de México son mas evidentes cuando se ponen en cifras. Las estadísticas sociales y económicas nos marcan como país, y nos dicen que el lugar donde se vive y el color de la piel aun son la ventaja en la carrera hacia la oportunidad. Oportunidad en educación , empleo, desarrollo y calidad de vida.

Usando la "radiografía" de Ana L. Cárdenas (Revista Día Siete,2002) en la que en cada estado nos muestra su población descomponiéndola en analfabetas, indígenas, (los que no hablan español) la esperanza de vida (años en promedio), derecho habitante IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN, OSM, derecho ambiente no afiliado se atiende en las clínicas de SSA población abierta o en el IMSS solidaridad, y el rezago educativo que se refiere a la población mayor de 15 años que no completa la secundaria. (de los basados en el resultado del censo del 2000 y no incluyen estimaciones ni para el 2001, ni 2002) Anexo. 1 y 2 .



De la que podemos concluir que tenemos una población total, al 2000 de 97. 5 millones de personas, de las cuales 48.4% son hombres, 51.2% son mujeres, 25.4% viven en zonas rurales, 74.6% en zonas urbanas, 60% de la población (58.9 millones) tienen entre 15 y 64 años de edad.

Y la entidad mas poblada es el Estado de México con 13,097,700 personas, la entidad menos poblada es Baja California Sur (424,000) personas. La población penitenciaria en todo el país es de 154,765 personas y solo en el D . F es la entidad con el mayor número de personas (20,854).

A nivel de educación 5,942,100 personas son analfabetas (6.09% de la población). La población considerada en el rezago educativo, es decir, mayor de 15 años sin instrucción, con primario o secundaria incompleta, es de 33.9% de ese núcleo poblacional. De ese total, 68.3% son hombres y 74.4% son mujeres.

De las entidades Chiapas es la que tiene un mayor porcentaje de analfabetismo entre la población mayor de 15 años (22.9%) y el DF tiene el menor porcentaje de analfabetas (2.9%)

La población indígena que habla alguna lengua (indígena) o dialectos asciende a 6,004,500 personas. Mientras que 1,002,200 no hablan español. Del total de personas que no hablan español 252,385 son mayores de 50 años.

La lengua indígena mas, hablada es el Nahuatl con 1,448,936 personas. La Etnia con el mayor porcentaje de personas que no hablan español es la de los Amuzgo (44.7%) es monolingüe.

La segunda entidad en esa misma categoría es la de los Tzeltales, con 46.5% de la población bilingüe.

La entidad con el menor porcentaje de personas que no hablan español es la de los Chontales en Oaxaca, con solo 0.5%. el porcentaje de población indígena es mayor de 15 años que no a completado la primaria es de 51.6% .

En cuanto el empleo en México la población económicamente activa da un total de 39,633,800 personas.

El estado de México es la entidad con mayor proporción de población, empleada activa (PEA).

Baja California Sur (BCS) es la entidad con menor proporción de PEA.

Chiapas es la entidad con mayor proporción de población ocupada que percibe menos de un salario mínimo de (38.5%). Baja California Norte es la entidad con la mayor proporción de población ocupada con mas de 5 salarios(24.7%).Guerrero es la entidad con la mayor proporción ocupada que no percibe ingresos. Sonora, entidad con la menor proporción que no percibe ingresos. el DF es la entidad

50

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

con mayor porcentaje de población ocupada respecto al total nacional. Baja California Sur es la entidad con menor porcentaje de población ocupada respecto al total nacional.

Lo anterior nos da como indicadores generales que mientras Chiapas tiene la mayor tasa de natalidad (26.0% cifra que se refiere al número de nacidos vivos por cada mil habitantes), Oaxaca tiene la de mayor mortalidad (5.4% por cada mil). El DF tiene la mayor esperanza de vida (77.2 años de vida), la menor tasa de fecundidad (con 1.8) y el menor rezago educativo (2.9%) el estado de México es la entidad más poblada del país, en tanto que Baja California Sur es la menos poblada y es cuestiona e servicios Veracruz es la entidad con el mayor número de personas sin servicios de agua potable y alcantarillado (2,062,100 personas y 2,451,200 respectivamente).

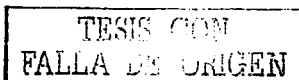
¿Y de que le sirve esta información a un psicólogo?

Desde mi perspectiva un psicólogo necesita este tipo de información para contextualizarse, y situarse para desde ahí poder hacer un análisis de lo que el sistema mexicano de salud propone así como el PNS 2001-2006, con un a visión de país, cultura y de desarrollo socio-histórico de lo que hasta hoy se ha hecho para poder proporcionar su síntesis que en un conjunto con otras disciplinas proporcionemos un panorama de soluciones multidisciplinarias, y acabar con la hegemonía de ciertas disciplinas en materia de salud (médicas), así como también mediar con el pensamiento positivista latinoamericano que coarta la visión de las investigaciones y mina los avances en la misma. Así mismo considerar a la salud enfermedad como un proceso dinámico de constantes, como costumbres, creencias, que se da bajo el marco o contexto donde vivimos los individuos que a su vez involucra creencias y características personales que conforman la cultura mexicana.

Del mismo modo observar nuestra historia y analizar nuestras fallas administrativas a nivel de calidad del servicio o sea calidad en la atención de los servicios de salud. Así como calidad y la relación medico-paciente y ello obviamente daría como resultado una mejor distribución y utilización de los recursos.

Y aunque la propuesta pudiese sonar insípida o de poco alcance, a mi parecer implica planeación y perseverancia dos de las acciones con las que no hemos contado. Por ejemplo implicaría hacer un alto relativo puesto que internamente sería absurdo además, de imposible, pero este alto nos llevaría a avances reales, no ideales inconclusos como cada cambio de administración (ya sea gubernamentales o institucionales dicho alto estaría lleno de innovaciones desde niveles educativos hasta aplicativos). En las educativas estaríamos hablando de cambio en los currículos de las disciplinas relacionadas a la salud, como la medicina, la psicología, la enfermería.

Y de manera aplicada inmiscuirnos en las áreas de la salud de una manera más activa para quebrantar esa hegemonía de la medicina.



CONCLUSIONES

La concepción de la psicología y su interpretación de la misma; para los psicólogos socioculturales, comprende a los comportamientos de nuestra especie humana como socioculturales. Esto significa que nuestro peculiar comportamiento se genera en la cultura en la nos encontramos y se adquiere y desarrolla por aprendizaje social. Es un comportamiento adquirido, no genético; se trata de un proceso complejo y variable debido a que está condicionado por muchos factores biológico, psicológico, culturales, sociales que al interactuar se dificulta identificarlos.

Por lo tanto, puede que el modo de producción y distribución de nuestra forma sociedad dependiente (de otras economías mundiales) repercute en diversos órdenes de la sociedad, creando serios problemas que no pueden encontrar solución dentro de la estructura social existente en nuestro país. Y ello también es reflejado en la salud de la población así como también en la organización en la atención de la misma que en teoría se expresa:

Habitualmente se considerando tres niveles de atención: primer nivel: promueve la salud, se previenen, tratan y curan los padecimientos "banales", y se controlan ciertos padecimientos "crónicos".

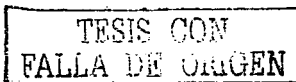
Se ocupan de la población sana, protegiendo y promoviendo su salud y cierto tipo de enfermedades crónicas. Está ubicado en la propia comunidad, su cobertura es para la comunidad en que se ubica.

Segundo nivel. Da servicio de consulta extrema y hospitalización general, cuenta con médicos familiares o generales, algunos especialistas, atención materno infantil, epidemiología básica, saneamiento ambiental básico, dental, laboratorio elemental, educación sanitaria.

Nivel tres: cierto grado mayor de especialización, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Pero que en la práctica no funciona debido a una serie de vicios burocráticos que entorpecen el cumplimiento de los mismos. Y esto también podría ser de la incumbencia del psicólogo pues el problema es a nivel del recurso humano que labora en las instituciones de salud.

Ya que lo que encontramos en los comportamientos humanos son formas diferentes de manifestar bienestar o malestar de los individuos. Así como las instituciones y su particular forma de organizarse estructuralmente; y las



condiciones del ambiente, como ambiente práctico se definen por una sociedad y sus formas culturales. Aquí es patente que las formas de producción, lo que se produce y consume, además del lugar que ocupan los individuos dentro de la organización social, determinan las condiciones físicas a las que se expone un organismo. Y debe considerarse que dicho organismo o sistema biológico responde al entorno que lo rodea, y a las circunstancias las cuales, a su vez, median los estados dinámicos del organismo y medio ambiente, las relaciones medio ambiente y comportamiento determinan en gran medida las condiciones de salud enfermedad de los individuos.

Ejemplo de esto, es el lugar que ocupamos en el mundo (que al igual que América Latina, somos países en vías de desarrollo) que determina la forma en la que las grandes potencias nos invaden de productos, así como de la publicidad de los mismos, alterando nuestras prácticas culturales, haciéndonos un gran mercado de compradores así como alterando los hábitos del país llevándonos a una globalización cultural para la que no estamos preparados en muchos aspectos y que por lo tanto determina una mayor acentuación de nuestros rezagos como nación ya sean de tipo económicos o de salud.

Por eso concluimos que para que México tenga otras alternativas en salud necesitaríamos realizar un estudio dicho estudio tendría como finalidad el análisis de la mortalidad y morbilidad, los estilos de vida y factores de riesgo en los entornos de la población. Para posteriormente hacer una propuesta para la mortalidad y morbilidad prevenibles, los estilos de vida saludables y los factores de riesgo, los conocimientos y capacidades en salud y por último el tipo de entornos familiares, que nos llevan a realizar un panorama de salud-enfermedad actualizado de los Mexicanos que por ende nos lleva a nuevas estrategias para promocionar la salud de México, obviamente realizando esto con un equipo multidisciplinario en el que cada disciplina tome una posición y desempeñe un papel sin cargar todo el peso en exclusiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buck, C. "Después de Lalonde: La creación de la salud". Canadian Journal of Public Health, 1985, 6-13pp.

Cárdenas, A. L. "¿Cómo somos?". Rev. Día Siete, semanal (119), 2002, Pag. 28-33.

Cruz, Velasco, J. A. (1999). Satisfacción Laboral en Médicos y su relación con la calidad en la atención a los usuarios. Tesis para Licenciatura. Campus Iztacala. UNAM.

Diario Oficial de la Federación, 3-Febrero-1983, Secretaría de salud, México.
WWW.ssa.gob.mx

Diario Oficial de la federación, 7-Febrero-1984, Secretaría de Salud, México.
WWW.ssa.gob.mx

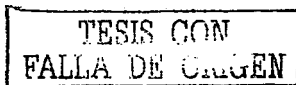
Diario Oficial de la Federación, 16-Agosto-1984, Secretaría de Salud, México.
WWW.ssa.gob.mx

Diario Oficial de la Federación, 21-Enero-1985, Secretaría de Salud, México.
WWW.ssa.gob.mx

Dreier . Ole. "Trayectorias personales de participación a través de contextos de práctica social". Rev. Psicología y Ciencia Social. 1996, vol.3, Pag. 28-49.

Epp, Jake. "Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud". Health Canadian, 1986 (noviembre), Pp 25-36.

Fajardo, Ortiz, G. (1986). Atención Médica Teoría y Práctica Administrativas. Edt. Científicos La Prensa Médica Mexicana, S. A. México.



García, González, E. (2000), "Vigotsky. La construcción histórica de psique". México, ED. Trillas.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Censo nacional de Población 1999, México, 1999. INEGI/SSA. WWW.ssa.gob.mx

Kickbusch, I. "Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud". Rev. International Journal of Health Services, vol.4, 1986, Pag. 573-578.

Labonte, R. "Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad". Rev. Health Promotion, 1986, vol.1(summer), 153-165.

Lalonde, M. "el concepto de campo de la salud, una perspectiva canadiense". Boletín Epidemiológico (Canadá), 1983, 3-13pp Vol.4.

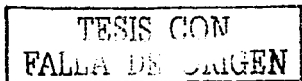
Lawrence, W. Y Montgomery, K. "Publicidad para todos en el año 2000: Implicaciones de salud para los países menos desarrollados". Journal of Public Health Policy. 1992; 13, Pp 200-204.

Ley General de Salud. (Marzo, 1996) **Reglamento interior de la secretaría de salud**. Edt. Sista, México.

López, Acuña, D. (1986) **La salud desigual en México** . Edt. Siglo XXI.

López, G. R. Y Alarcón, A. M. (1995). "El papel del psicólogo en la prevención del trastorno de salud". Rev. Salud pública en México, Vol.15.

Mc kinlay, Jonh. B. "Promoción de la salud por medio de políticas públicas saludables". Rev. Canadian Journal of Public Health, 1992, vol.1, Pag. 811-819.



Mckinlay, J. B. "Promoción de la salud por medio de políticas públicas saludables: la contribución de los métodos complementarios de investigación". Canada Journal of Public Health, 1992 (Notario Canadá) 811-1819pp.

Nutbeam, Don y Wise, Marilyn. "Australia: planificación para una salud mejor", publicación del departamento de salud de Sidney Australia. (Australia), 1993, 19-24pp.

Nutbeam, D., Christopher, S. ; Catford, J. y Epp, J. "La evaluación en la educación para la salud. Una revisión de sus progresos, posibilidades y problemas". Rev. Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 14. Pag. 83-89.

OPS, 1980. Salud para todos en el año 200. México: Secretaria de salud.

Organización Mundial de la Salud. Educación de la estrategia de la salud para todos en el año 2000. Séptimo informe sobre la situación sanitaria mundial. Vol. 1 Análisis mundial . Ginebra, 1987.

Programa Nacional de Salud (1990-1994) Secretaria de Salud. México.

Programa Nacional de Salud (2001-2006) Secretaria de Salud. México.

Programa de reformas del Sector Salud 1995-2000. Diario Oficial de la Federación, Marzo, 1996. México.

Powell, Kenneth E., Marshall W., Kreuter, Stephens, T; Marti, B. y Lothar Heimemann. "Dimensiones de la promoción de la salud aplicadas a la actividad física" Rev. Journal of Public Health Policy, 1991, vol. 42 (winter), Pag. 492-508.

Ribes, E. Psicología y Salud: Un análisis conceptual. (inédito), México, 1989.

Salinas, R. J. (1995) El psicólogo en la atención a la salud. Tesis de Maestría. Campus Iztacala. UNAM.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

San Martín, H. (1983) **Salud y Enfermedad**. Prensa médica, México

Secretaría de Salud. "Hacia un sistema justo y de calidad". El universal, México, D. F. Mayo de 2002.

Soberón, A. G. (1985) **El cambio estructural en la salud en México**, México, ed. Porrúa .

Terris, Milton. "Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública". Rev. Journal of Public Health, 1992, vol. 13 (3 autumn) Pag. 267-276.

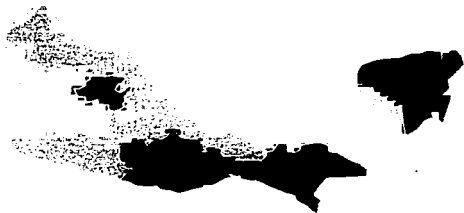
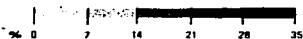
Wertsch, J. V. (2000). "Vigotsky y la formación social de la mente". México, Ed. Trillas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

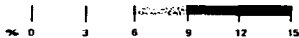
ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

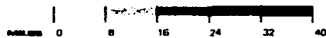
PORCENTAJE DE POBLACIÓN INDÍGENA*



PORCENTAJE DE POBLACIÓN ANALFABETA*



PIB PER CÁPITA AL 2000 (EN MILES DE PESOS)*



MUNICIPIO	POBLACIÓN	ABUNDANTES	INTERMEDIOS	NO CLÍNICA ESPAÑOL	DEFICIENTES DE VIDA VITAL	DEFICIENTES (MÉTODOS)	NO DEFICIENTES (MÉTODOS)	DEFICIENTE
ARMADILLOS	944,388	28,888	1,388	0	78.4	78.1	28.9	48.3
BAJA CAL. NORTE	2,487,488	53,788	37,388	1,188	78.3	71.7	28.2	44.8
BAJA CAL. SUR	424,888	12,888	5,488	188	78.3	77.1	31.0	44.6
CABRECO	888,788	52,388	88,888	5,388	74.7	43.1	58.9	57.8
COAHUILA	2,288,188	88,888	3,888	0	78.2	88.0	31.8	43.8
COLIMA	842,888	24,388	2,388	188	78.4	88.7	41.4	51.4
GUERRERO	3,888,888	822,888	888,888	288,888	72.4	18.1	88.9	71.4
GUAYMAS	2,882,888	84,888	84,888	14,888	78.8	88.8	52.0	53.8
GUAYMAS PRINCIPAL	8,888,888	188,888	141,788	788	77.2	88.8	38.4	33.8
GUAYMAS	1,488,788	48,888	24,888	4,388	74.8	58.4	58.4	58.7
GUAYMAS SUR	4,883,888	248,388	18,788	188	78.1	57.8	42.8	63.7
GUAYMAS	3,878,888	388,888	387,188	128,288	73.3	38.5	81.5	84.0
GUAYMAS	2,728,888	212,588	128,888	88,288	74.2	28.8	74.2	58.8
JALISCO	6,322,888	288,388	38,388	3,388	78.3	88.0	34.0	53.8
NOA DE ATOCHA	1,887,788	528,888	382,888	4,888	78.3	53.8	48.4	48.3
MOCTEZUMA	3,888,788	248,888	121,888	15,488	74.8	27.4	72.8	88.2
MOCTEZUMA	1,188,388	82,888	38,888	888	78.8	53.1	48.8	47.4
MOCTEZUMA	928,388	54,388	37,388	8,888	78.2	48.0	54.8	53.2
MUSYU LOMA	3,824,188	88,888	15,488	1,888	78.8	71.3	28.8	37.4
NEHAHA	3,428,888	484,488	1,128,288	218,288	72.5	21.8	78.0	78.1
NEHAHA	5,878,788	484,388	588,588	78,888	74.1	33.1	88.8	88.4
ORIZABA	1,484,388	88,788	28,288	1,788	78.3	88.5	48.5	51.0
ORIZABA SUR	878,888	42,188	178,888	12,788	78.8	81.8	38.5	47.8
SAN LUIS POTOSÍ	2,288,888	182,788	288,388	28,888	74.2	48.2	58.7	58.2
ORIZABA	2,528,888	132,888	48,788	4,888	78.4	58.1	41.8	52.7
ORIZABA	2,217,888	88,188	88,788	4,388	78.1	87.8	32.0	48.0
ORIZABA	1,881,888	117,488	82,888	888	78.0	33.4	88.5	58.4
TAMALAPA	2,732,288	88,888	17,188	188	78.5	88.8	28.1	47.7
TAMALAPA	882,888	48,488	28,788	488	78.4	37.5	62.5	58.6
VERACRUZ	6,888,888	688,888	828,488	77,888	74.8	38.1	61.8	62.3
VERACRUZ	1,888,288	138,888	548,888	48,188	74.3	58.4	48.8	58.7
ZACATECAS	1,283,888	88,888	1,888	188	74.4	38.3	68.7	68.8

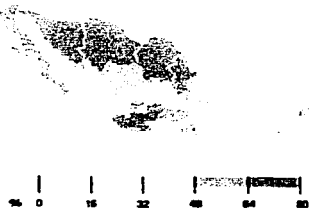
(1) SE ATENDEN EN EL IME, IMESTE, PEMEX, SON O IM

(2) NO AFIRMADOS. SE ATENDEN EN LAS CLÍNICAS DE LA SIA PARA POBLACIÓN ABORÍGENA O EN IMES SOLIDARIOS

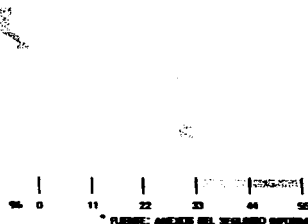
(3) SE REFIERE A LA POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS QUE NO COMPLETO LA SECUNDARIA

TODOS LOS DATOS ESTÁN BASADOS EN LOS RESULTADOS DEL CENSO DEL 2000 Y NO INCLUYEN ESTADÍSTICAS NI PARA EL 2001, NI 2002

PORCENTAJE DE POBLACIÓN DESCONOCIMIENTO*



PORCENTAJE DE HABITANTES NO NACIDOS EN EL ESTADO*



FUENTE: ANEXOS DEL SEGUNDO INFORME DE CENSO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿QUÉNES SOMOS? (21)