



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

“LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

EMILIA LIRA RUIZ



DIRECTORA DE TESIS: MTRA. SOFÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ PIÑA

ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MÉXICO, D. F. - EN-GLARIT

MARZO DE 2004



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.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES: porque este trabajo es el resultado de su esfuerzo, comprensión, paciencia y amor hacia mi. Y porque los quiero y siempre les agradeceré el haberme ofrecido el tesoro de una carrera profesional.

A MIS HERMANOS: por estar conmigo, por soportar mi carácter y por compartir nuestras vidas y sobretodo momentos tan especiales como este.

A toda mi familia Abuelos, Tíos, Primos, por su apoyo incondicional y gran cariño.

A Todos mis amigos por creer en mi, por su apoyo, por compartir conmigo tantos momentos y por formar parte de la historia de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A mis queridas maestras, gracias por su apoyo, por su confianza y afecto.
Mtra. Teresa Pérez, Mtra. Evertina Ramírez, Mtra. Beatriz Carmona.

A mi querida Doctora Patricia Casasa, por su paciencia, por su apoyo incondicional y por su gran cariño.

A mi querida Maestra y Asesora Sofía Sánchez Piña, por sus enseñanzas, por su comprensión y por ofrecerme la oportunidad de conocer mas de cerca algo tan apasionante como lo es el área de la salud comunitaria.

A mi querido Maestro Víctor Cabello, por sus consejos, su sabiduría, por su apoyo total y por ser una persona que me inspira e impulsa a ser siempre una mejor persona y un excelente profesional.

A la UNAM por ser el alma de mi formación y a la ENEO por haberme dado la oportunidad de pertenecer a esta maravillosa e intensa profesión.

Por haber sido parte de un gran proyecto como lo fue el PAPIIT, en donde además de convivir con mis maestros y amigos, tuve la oportunidad de desarrollarme en el mundo mágico de la investigación.

Y para no dejar a nadie sin mención, agradezco a todas aquellas personas que directa o indirectamente me impulsaron a la realización de este trabajo.

ÍNDICE

	PAG.
I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Justificación -----	3
1.2 Planteamiento del Problema -----	5
1.3 Objetivos -----	6
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes y Evolución de la profesión de Enfermería -----	7
2.2 Conceptos Básicos -----	10
2.3 Contribución Social de la Profesión -----	13
2.4 Formas de Organización de los Profesionales -----	14
2.5 Antecedentes Históricos de la Promoción de la Salud -----	16
2.6 Conceptos de Promoción de la salud -----	23
2.7 Referentes Internacionales de la Promoción de la Salud -----	31
III. MARCO REFERENCIAL	
3.1 Antecedentes de la Promoción de la salud en México -----	53
3.2 Instancias en México encargadas de la Promoción de la Salud --	62
3.2.1 Secretaria de Salud -----	62
3.2.2 Instituto Mexicano del Seguro Social -----	85
3.2.3 Instituto de salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado -----	97
3.3 Participación de la Profesión de Enfermería -----	99
3.4 Retos para la Promoción de la Salud en México -----	109
3.5 Bases legales para el desarrollo de la profesión en la promoción de la salud -----	111

IV.	ENSAYOS	(Estos ensayos son resultado de mi participación en los seminarios permanentes del programa PAPIIT)	
4.1	El marco de la Globalización en la Salud	-----	119
4.2	Las comunidades del futuro	-----	122
4.3	La profesión de Enfermería y la Promoción de la Salud en México	-----	125
V.	METODOLOGÍA		
5.1	Tipo de Estudio	-----	130
5.2	Definición del Universo	-----	130
5.3	Variables	-----	130
5.4	Método de recolección de datos	-----	132
5.5	Fuentes de datos	-----	132
5.6	Cronograma de actividades	-----	133
VI.	RESULTADOS		
6.1	Descripción y análisis	-----	134
6.2	Descripción y análisis de entrevistas	-----	160
VII.	CONCLUSIONES	-----	162
7.1	Sugerencias	-----	165
	ANEXOS		
	• Instrumento de Recolección de datos	-----	168
	• Formato de entrevista	-----	172
	GLOSARIO DE TERMINOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	-----	174
	BIBLIOGRAFÍA	-----	183

I. INTRODUCCIÓN

En el umbral del siglo XXI el mundo se enfrenta a graves problemas de salud, que no sólo incluyen las enfermedades tradicionales mal llamadas de la pobreza; el hambre, las infectocontagiosas, etc., sino también a las de la abundancia, como la obesidad, diabetes, etc.; y del desorden físico y mental.

La salud pública ha experimentado una evolución en los últimos años, relacionada con los cambios producidos en las causas de mortalidad y morbilidad ligados al propio desarrollo de la sociedad, los cambios en las políticas sanitarias, originados por crisis económicas de diversa naturaleza, la aparición de nuevas causas de mortalidad; como los accidentes de tráfico o el SIDA y el aumento de la esperanza de vida, que ha llevado a las enfermedades crónico-degenerativas y al cáncer a las primeras causas de morbilidad.

Todos estos cambios declaran la importancia que los estilos de vida y el medio ambiente tienen en el inicio y evolución de ciertas enfermedades y que han motivado un fuerte desarrollo de disciplinas ligadas a las conductas de las personas como individuos y como integrantes de una comunidad y una mayor atención por parte de las administraciones sanitarias hacia actividades como la Atención Primaria, la Educación para la salud y la Promoción de la salud.¹

Durante la historia de nuestro país, la Enfermería se ha ocupado por la atención a los enfermos, el mejor ejemplo es que su hacer y desempeño se basa prioritariamente en centros hospitalarios, donde se ofrece atención a los enfermos y su enfermedad, ahora con las actuales políticas de salud, dictadas por las grandes Organizaciones dedicadas a la procuración de la salud mundial, se nos presentan campos y actividades que debemos tomar en cuenta para podernos integrar y de esa manera desarrollar nuestro hacer profesional en áreas dedicadas a la atención de la salud.

La presente investigación forma parte del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT con el Proyecto IN-302900 de la DGAPA-UNAM, Con la investigación institucional ENEO-FFyL, titulada: "La transición de la profesión de Enfermería frente a las encrucijadas de la globalización". La cuál dentro de sus objetivos tiene el identificar los rasgos más significativos de nuestra profesión que se destacan en el análisis de su formación, en la forma como se gestiona su hacer en las instituciones en las que

¹ Doc. Curso Postgrado de Promoción y Educación para la salud. (Programa 2001-2002. Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Lleida. España. P.1.

primordialmente labora y en la diversidad de concepciones que tienen de la práctica profesional.

Al ser parte de dicho proyecto, este estudio incluye dichos rasgos, pero analizados en el área de Promoción de la Salud, siendo está como ya se mencionó anteriormente, una estrategia derivada de las actuales políticas en salud mundial.

Así, en el marco teórico se pretende dar a conocer en la primera parte del segundo Capítulo lo referente a la base conceptual de nuestra profesión y su hacer profesional y en su segunda parte un panorama general de lo que ha sido y son actualmente las políticas de promoción de la salud. En el Tercer Capítulo se incluye como Marco referencial lo que se lleva a cabo en México sobre este tema en las tres grandes instituciones prestadoras de servicios de salud (SSA, IMSS e ISSSTE), y cuál es la participación del personal de enfermería. En el Cuarto Capítulo se esbozan las bases legales determinadas por la Ley General de Salud para el desarrollo de la profesión en el área de Promoción. La metodología se describe en el Quinto Capítulo. Los resultados empíricos de la investigación de campo se contemplan en el Sexto Capítulo. Finalmente en el Séptimo Capítulo tenemos las conclusiones y sugerencias. Se incluyen en los anexos el formato del instrumento de recolección de datos, así como tres ensayos relacionados con la temática, resultado de mi participación en los seminarios del proyecto PAPIIT, además entrevistas de opinión aplicadas a dos enfermeras vinculadas directamente al área directiva de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud. Incluyo también el Glosario de términos sobre La promoción de la Salud.

Espero que este trabajo sirva como elemento de consulta y referencia para posteriores investigaciones respecto a la temática.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Al tratar durante las prácticas en el desarrollo de la carrera con los pacientes en el área hospitalaria se nos plantea la realización de actividades encaminadas a restablecer su salud, atacando las consecuencias de las enfermedades ó la enfermedad misma, de esta circunstancia, siempre compleja, surge la inquietud de saber porqué atendemos múltiples casos de enfermedades que pudieron haber sido en su mayoría prevenibles, ya sea por una adecuada atención, educación o promoción de la salud.

Esta inquietud por conocer el sentido de las enfermedades se acrecentó al participar como becaria en el proyecto PAPIIT, ya que al analizar la situación de nuestra profesión en un mundo globalizado sujeto a la influencia directa o indirecta de los cuestionamientos económico-político específicamente en el área de la salud pude identificar algunas variables que determinan ó determinarán nuestra participación "profesional" en diversos ámbitos que modifican las competencias de las profesiones.

Es evidente que la promoción de la salud es un tema actual, que responde a exigencias mundiales, ya que los costos de la atención hospitalaria cada vez se alejan de las posibilidades de las mayorías, es por esa razón que los gobiernos están ocupándose en desarrollar este campo, que se vislumbra como una de las estrategias futuras para la obtención y/o conservación de la salud de los pueblos y por consecuencia la enfermería profesional tiene mucho que desarrollar en ese ámbito.

Así el presente estudio responde a la necesidad de identificar y analizar algunos de los efectos y las causas que acompañan los problemas de la promoción de la salud, el por qué no tiene impacto en la salud de las personas, que factores influyen para que no se le dé la importancia que tiene por parte de los trabajadores de la salud y qué sucede con la participación del personal de enfermería en esa área.

Existen en esta búsqueda e inquietud razones de índole profesional que permitan sostener que el Lic. En Enfermería debe buscar el desarrollo de su profesión con actividades en donde tenga pleno dominio de su hacer profesional, contar con un espacio que nos brinde la oportunidad de planear, organizar, desarrollar, y evaluar, etc, nuestra función y objetivos, ello a la vez, nos proporcionará independencia.

De igual modo, puedo identificar ideas relacionadas con la necesidad de fortalecer la educación del profesional de la Enfermería, ya que sí bien es básica para todo ser humano por ser una manera de conocer su entorno y su propio ser en el terreno de la profesión es indispensable para el mantenimiento de una calidad de vida humana. En nuestra sociedad en particular y ante las nuevas exigencias globales en cuanto a demanda de salud, es prioritario actuar en la promoción de la salud, ello nos proporcionará un amplio desarrollo profesional y a la vez se resuelven muchos de los múltiples problemas, que se pueden evitar y con ello disminuir todas las consecuencias que de ello se derivan y recordar que la salud individual es la base de la salud comunitaria.

Finalmente diría que en este momento nos encontramos ante un proceso social y económico en el ámbito mundial muy importante para la Enfermería del cuál se deriva la necesidad de contar con profesionales de excelencia, capaces de desarrollar el más alto rendimiento y calidad en su trabajo, al incorporar el conocimiento científico y la experiencia a sus actividades, fortaleciendo así el significado de la formación Universitaria. La razón principal para realizar este trabajo es de alguna manera contribuir a reorientar, reorganizar, a visualizar nuevas expectativas y porque no, en su momento desarrollarlas. Considero que hay mucho que podemos hacer, y qué mayor satisfacción que trabajar para promocionar y atender la salud y así contribuir a lograr el desarrollo integral y pleno del ser humano.

Nuestro sistema de salud requiere de una nueva orientación, la Enfermería Profesional le puede ofrecer opciones, para que de esta manera todos juntos profesionales, políticos, comunidad, participemos en la producción social de salud.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La promoción de la salud, como estrategia de la salud pública se vislumbra como una prioridad que se hace presente en nuestro país, sin embargo se desconoce operacionalmente el desarrollo de los programas específicos, así como quienes conforman el equipo encargado de dicho desarrollo e impacto.

Es como surge entonces la pregunta de investigación ¿La promoción de la Salud es ejercida por personal de Enfermería profesional, el cuál reconoce y destaca la importancia de esta estrategia y sus programas?

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ◉ Dar a conocer el panorama general de la promoción de la salud en México, enfatizando la participación de Enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◉ Identificar como se operacionalizan los programas de promoción de la salud, en la SSA, IMSS e ISSSTE.
- ◉ Analizar si la profesión de Enfermería, puede transitar de la atención de la enfermedad a la atención de la salud tomando como base la estrategia de promoción de la salud.

Conocer las opiniones de expertos de la Enfermería que se dedican a la promoción de la Salud.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA.

La enfermería durante el último siglo se puede dividir en tres grandes etapas.

PRIMERA ETAPA

Durante las últimas décadas del siglo XIX y primeras del siglo XX, en el contexto económico predominaban las actividades vinculadas al desarrollo agrícola, llevadas a cabo por la burguesía rural, campesinos, peones y jornaleros; las de la industria minera, ligadas a la exportación; y las de desarrollo de la infraestructura portuaria y ferroviaria, necesarias para promover el comercio internacional, mismas en las que se gestaba de manera acelerada la incipiente clase obrera.

Los cuidados en los hospitales privados y de caridad eran proporcionados gratuitamente por congregaciones de religiosas dotadas de preparación casual en los servicios de enfermería, lo que dificultó el comienzo de esa ocupación como tarea remunerada. Los avances en materia de salud en nuestro país comenzaron a manifestarse con una acelerada construcción de hospitales, donde se fundaron diversas escuelas de enfermería, todas organizadas y dirigidas por personal médico que definía los currículos a partir de los modelos imperantes para su propia profesión.

Durante esa etapa comenzó a desarrollarse la enfermería técnica, bajo los modelos americano y de Nightingale; surgió también la auxiliar de enfermería mediante el entrenamiento casual y la práctica en el servicio; finalmente apareció la enfermera sanitarista, que requería de cursos organizados de capacitación. Las parteras empíricas vieron confinado su campo de acción al medio rural y para 1935 el título de enfermera constituía ya un requisito para cursar la carrera de partera.

SEGUNDA ETAPA

A partir de los años treinta, la modificación del contexto económico, político y social, dieron como resultado el aumento de la clase obrera y la consecuente creación de la medicina social.

El enfoque de atención pasó de la salud pública a la atención curativa e individualizada; se comenzó a desarrollar la medicina especializada y se crearon los Centros de Salud como unidades aplicativas en todo el país.

Esta etapa se caracterizó por el predominio de la práctica de la enfermería en los hospitales. Durante ella creció la necesidad de profesionales capaces de asumir funciones complejas de carácter administrativo. Hacer frente a tal demanda implicó delegar en auxiliares de enfermería las funciones de atención directa, incrementándose esta población de manera considerable.

En este periodo aumentó el número de escuelas de enfermería, y los programas académicos se orientaron a la preparación de profesionales capacitadas para asumir las jefaturas de servicios y el desarrollo de la enseñanza de la profesión. Se avanzó en la identificación y adiestramiento de la partera empírica y se inició la etapa de especialización de la enfermería, todavía estrechamente ligada a las demandas de los prevalecientes modelos curativos de atención médica.

TERCERA ETAPA

El empobrecimiento del campo produjo gran migración de la población rural hacia las zonas urbanas; la hegemonía del sector industrial y la proliferación de las empresas multinacionales se consolidó; finalmente, se dio principio a la globalización de la economía.

La enfermería hospitalaria continuó desarrollándose, apareciendo diversas prácticas especializadas como la materno-infantil, la pediátrica y la médico-quirúrgica, entre otras. Los programas de formación de enfermeras generalizaron el requisito de secundaria, posteriormente se comenzó a instruir a enfermeras con bachillerato simultáneo y se crearon los primeros programas de enseñanza superior en Guanajuato, el Distrito Federal y Nuevo León.

Ante la urgente necesidad de organizar los servicios en función de los requerimientos de salud de la comunidad, se promovió la práctica de la enfermería comunitaria con énfasis en la atención primaria. Las escuelas reorientaron sus currículos e incrementaron los esfuerzos hacia la formación comunitaria, no obstante el escaso reconocimiento y baja remuneración, situación que aún prevalece, para las enfermeras de las unidades de primer nivel de atención a la salud.

Los servicios de salud actualizan sus programas y crean nuevas estrategias para enfrentar los problemas con una activa participación de la enfermería, demandando una elevada calidad profesional para la consecución de los objetivos. De ahí que en los distintos ámbitos académicos se realicen esfuerzos continuos para alcanzar la profesionalización, que se concretan en la

consolidación de la licenciatura, el comienzo de los estudios de postgrado y el fortalecimiento de las organizaciones gremiales.

Aparecen los sistemas de universidad abierta y a distancia como opciones para complementar la formación técnica y la de grado y postgrado. Finalmente con la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, que considera la apertura de fronteras para la práctica de los servicios de enfermería, se incrementa la necesidad de avanzar en la evaluación de la calidad, por lo que se emprenden serios esfuerzos para establecer criterios de acreditación de los programas educativos y la certificación de los profesionales, a través de las agrupaciones gremiales que conforman el Consejo Mexicano de Acreditación y Certificación de Enfermería.¹

¹ Documento de la DGP, Fascículo 9, p. 7-9

2.2 CONCEPTOS BÁSICOS

SER PROFESIONAL

Al igual que otras profesiones la enfermería está integrada por representaciones culturales, normas, valores, creencias, actitudes y signos necesarios para la reproducción y la transformación de su quehacer. Dentro de las numerosas definiciones elaboradas en torno a ella, existe coincidencia en considerarla una actividad encargada de prestar en diversos niveles de preparación servicios esenciales para fomentar, conservar y restablecer la salud del individuo, familia y comunidad; así como proteger, prevenir, tratar y rehabilitar a las personas con afectación de su estado de salud.

Para lograr esas tareas, la enfermería circunscribe su práctica a cuatro funciones genéricas: asistencial, docente, administrativa y de investigación, mediante un conjunto de intervenciones con características afines que definen el ejercicio de la profesión.

Para alcanzar su posición de profesión, la enfermería adquirió el compromiso de seguir una formación académica reglamentada y la obtención de un título y cédula profesional, como requisitos indispensables para su ejercicio.

PERFIL PROFESIONAL

Las características más significativas de una disciplina se expresan a partir del perfil, del cual en la práctica se identifican tres tipos: el de egreso, el académico-profesional y el laboral. Las características de cada uno dependen del ámbito de aplicación y, en consecuencia, de la instancia que los define.

El perfil de egreso representa el conjunto de requisitos que debe satisfacer una persona para que se le considere capaz de ejercer su profesión.

El perfil laboral se refiere a los requisitos académicos, de experiencia y de las actividades que deben ser desempeñadas para atender las necesidades de la institución para la cual se trabaja.

El perfil académico-profesional logra conjuntar las características del perfil de egreso con las características del perfil laboral y representa el patrón ideal para el desempeño profesional de los integrantes de la disciplina de enfermería. Se considera la expresión más completa de la competencia profesional.

Para el profesional en enfermería la competencia en su ámbito está determinada por un conjunto de características y capacidades generales y específicas que definen su práctica desde el punto de vista de lo que debe conocer y ser capaz de efectuar; de las actitudes y valores que debe poseer en su campo de acción laboral. Dichas capacidades se articulan con la práctica a través de experiencias en el espacio clínico y comunitario, con acciones de **promoción de la salud**, prevención y rehabilitación de las enfermedades, así como el tratamiento de las enfermedades de bajo riesgo. Destaca también su participación en la asistencia a largo plazo de las personas con enfermedades crónico-degenerativas y en los cuidados paliativos a pacientes en fase terminal. En cada una de estas acciones incorpora los procesos de investigación, educación y administración del cuidado, cuyo eje es el método de la atención en enfermería.

Los ámbitos de desarrollo profesional son diversos en enfermería: desde la práctica institucionalizada en unidades de atención médica, o privada en unidades de atención a la salud, empresas, escuelas, hasta instituciones educativas, guarderías y estancias geriátricas, entre otras, con acciones independientes e interdependientes, en la comunidad y con la comunidad.

ROLES PROFESIONALES

Para el cuidado de la persona el profesional de enfermería asume los papeles de proveedor de cuidados, educador para la salud e investigador, utilizando herramientas de la administración para planear, organizar, controlar y evaluar sus acciones; así como para coordinar y establecer la relación intra e interdepartamental que da congruencia y coherencia a la prestación del servicio.

Proveedor del cuidado:

Se relaciona con las capacidades para atender las necesidades físicas, psicológicas y sociales del individuo en sus diferentes etapas de desarrollo.

Investigador:

Este papel guarda relación con las capacidades para aplicar la metodología científica y las técnicas para la obtención, análisis, interpretación y aplicación de datos y resultados.

Educador para la salud:

Es el papel vinculado a las capacidades que posee el personal de enfermería para llevar a cabo mediante un proceso intencionado y dinámico, actividades educativas, informativas y de difusión orientadas a la promoción de la salud, la

prevención y tratamiento de la enfermedad, con la finalidad de desarrollar entre los individuos el sentido de responsabilidad para el autocuidado de la salud.

Además de la función asistencial, el personal de enfermería tiene en la práctica acceso a puestos de responsabilidad en gestión y administración del cuidado, en actividades de educación continua y formación de profesionales de la enfermería.²

² Ibidem, p. 3-6.

2.3 CONTRIBUCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN.

Pocas profesiones tienen la posibilidad de ser modelos integradores en su práctica. La enfermería reconoce y conjuga la multidimensionalidad de los factores que influyen en el cuidado enfermero; las ciencias biológicas, las ciencias sociales y del comportamiento se enlazan para dotarla de elementos sólidos que la ayudan a concebir al ser humano en su dimensión holística.

Con el propósito de reforzar la atención a los problemas prioritarios de salud, año con año cientos de pasantes de enfermería se incorporan al sistema correspondiente para realizar su servicio social y retribuir a la sociedad lo invertido en su preparación.

La enfermería, desde su ámbito de competencia, coadyuva a mantener, restaurar la salud y elevar el nivel de vida de la fuerza de trabajo, ayudando al hombre a situarse en su papel de ente productivo y a desarrollarse en sus diferentes facetas sociales como parte de una sociedad, comunidad o familia.

El papel que las enfermeras han desempeñado en sus diferentes campos de especialidad, con la ampliación y diversificación de técnicas y procedimientos específicos dirigidos a individuos en las diferentes etapas de la vida, en las áreas de terapia intensiva, quirófano, pediatría, gerontogeriatría, cardiología, oncología, neurología y Perinatología, entre otras, constituyen para la sociedad uno de los baluartes más importantes para la atención de problemas de salud específicos, y con ello una importante contribución social.

En su carácter humanístico, la enfermera brinda orientación y confianza, apoyo que se requiere ante situaciones de incertidumbre y angustia, asumiendo la responsabilidad del cuidado a la salud más allá de la mera tarea laboral, facilitando la adaptación del paciente a los diferentes ambientes, defendiendo los derechos de éste e impulsando la reintegración a los ámbitos social y familiar.

Con la preocupación por reconceptuar la práctica de la atención a la salud mediante la estrategia de atención primaria, la enfermería revalora su práctica y retoma el interés por la salud pública, comprometiéndose con los grupos geográfica y socialmente marginados, logrando con esto una de las mayores contribuciones de la profesión a la sociedad.³

Tomemos en cuenta que una importante aportación social de nuestra profesión, es sin duda que corresponde al 60% del personal de salud total del sistema.

³ Ibidem, P. 10-11

2.4 FORMAS DE ORGANIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES.

A lo largo de su evolución, la enfermería ha enfrentado múltiples problemas derivados de la práctica laboral, la formación educativa y la condición femenina de la mayor parte de sus integrantes; más aún, a estos factores se suman el contexto familiar, social, cultural, político y económico. Ante tal situación, las enfermeras han buscado y aplicado soluciones que si bien en algunas ocasiones han erradicado los conflictos, la mayoría de las veces sólo han funcionado como paliativos. Es así, como han aprendido que ante circunstancias adversas deben hacer frente común, agrupándose para lograr objetivos concretos que favorezcan a la enfermería como grupo profesional.

Es así como en 1947 se establece legalmente la Asociación Mexicana de Enfermeras (AME), con carácter civil. En 1955 dicha agrupación plantea la necesidad de instituir el Colegio Nacional de Enfermeras "Micaela Ayanz". El Colegio se disuelve posteriormente y sus afiliados se agremian a la AME, que permanece como tal hasta 1966, cuando se constituye formalmente en Colegio Nacional de Enfermeras, A. C (CNE) y afilia a profesionales de enfermería

Cabe señalar que la fundación del CNE impulsó la de otras 43 corporaciones gremiales de enfermería en los estados, las cuales se convirtieron en filiales con autonomía en su administración para lograr con efectividad los objetivos y propósitos planteados.

En virtud de los problemas para la formación, capacitación y desarrollo de las enfermeras, en 1967 se fundó la Asociación Nacional de escuelas de Enfermería, A. C., que en 1980 se convirtió en Federación Nacional de asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A. C., y que para 1998 se transformó en la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería, A. C. (FEMAFEE), que incorpora a diez asociaciones en todo el país.

Las demandas sociales han condicionado la necesidad de contar con enfermeras profesionales con mayor preparación académica. Ello condujo en 1987 a la creación de la Asociación Mexicana De Licenciados en Enfermería, A. C., que se transformó en Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C. (COMLE) en 1997.

El Colegio Nacional de Enfermeras Militares, A. C. (CONEM), otra agrupación importante, se formó en 1990 para promover el desarrollo profesional de las

enfermeras dedicadas a la atención de los miembros de las fuerzas armadas de México.

Además de las anteriores, existen agrupaciones que de forma independiente o afiliadas a otros cuerpos colegiados impulsan el desarrollo de la enfermería en diferentes campos de la profesión.

La reglamentación formal de los colegios de profesionales en las Leyes de Profesiones, ha permitido a los profesionistas de la disciplina ofrecer apoyo al gobierno federal, a las instituciones asistenciales, a las formadoras de recursos humanos y a la comunidad, convirtiéndose en un medio para fortalecer la disciplina.⁴

⁴ Ibidem, P. 14-16

2.5 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Al referir los antecedentes de la promoción de la salud, necesariamente tendremos que mencionar algunos referentes históricos de cómo mantener la salud ó del concepto de lo saludable y es que dicho concepto está influenciado por las ideologías y corrientes de pensamiento que han dominado en las distintas civilizaciones a través del tiempo.

Se cree que desde los tiempos más primitivos han existido prácticas para no enfermarse tales como el uso de talismanes, amuletos, hechizos etc. que aún hoy día se siguen utilizando en muchas culturas, y que son una muestra de la importancia que tiene conservar la salud como un bien fundamental.

LOS GRIEGOS

Para los griegos la higiene era fundamental, y debía existir un equilibrio en todas las cosas, ese equilibrio lo concedían los dioses, así existió Esculapio (Asclepios) era el Dios de la salud y tuvo dos hijas; Panacea conocida como la diosa de la curación relacionada así con las medicinas y los procedimientos terapéuticos e Hygea conocida como la diosa de la salud quién precisamente dio origen a la palabra "higiene" y relacionada ésta con el arte de estar sano ó el orden natural de las cosas. Ese equilibrio entre ambas, que en aquellos tiempos determinaba el estado de salud, ahora se ha perdido.

En el siglo de Oro (VI y V a.c) se pedía a los dioses una larga vida y si era posible morir sin dolor ó una vejez sana, así los grandes filósofos griegos consideraban a la salud como un altísimo don de los dioses. Platón decía que era mejor estar sano y tener poco dinero que ser rico y estar enfermo. Se considera a Hipócrates como el máximo representante del pensamiento griego sobre la vida sana como fuente de riqueza y que hoy es fundamental para la concepción de promoción de la salud. Pitágoras fue otro representante de lo saludable en la época de los griegos y sus seguidores, no fueron médicos, sino de orden religioso que recomendaban una vida pura, adquirida a través de dietas y prácticas especiales como el uso de la música para restablecer el equilibrio. Pero desgraciadamente como sucede todavía en nuestros días, toda esta información fue elitista, porque dichas recomendaciones de vida sana eran sólo para los aristócratas ricos que podían y tenían con que dedicarse al cultivo del cuerpo y al placer, que les aseguraba una vida saludable, pero también esto

llegó a ser en algún momento insano, al volverse exageración y ello les llegó a ocasionar críticas por parte de Platón quién llegó a calificar de enfermizos los exagerados cuidados de la salud.

EL IMPERIO ROMANO

Los romanos tuvieron una visión más realista de la salud, a pesar de conservar principios higiénicos de los griegos y egipcios. El excesivo cuidado del cuerpo era considerado "afeminado" e inútil y apareció entonces un concepto de salud donde interviene la mente y el ejemplo más contundente es la celebre frase "mente sana en cuerpo sano".

No se puede olvidar mencionar a Galeno el más famoso de los médicos romanos, fue el primero en considerar que la libertad y la independencia económica eran pre-requisitos para la salud, muy por encima de la buena salud física.

El imperio Romano contribuyo enormemente a la salud pública por su sistema sanitario y las conducciones de agua, desde el siglo III se inició la construcción de los maravillosos acueductos y así las casas romanas fueron construidas con cañerías y desagües, baños públicos y piscinas para nadar; Y todo ello es de gran importancia, porque nos recuerda lo importante que es el agua para mantener una comunidad y una vida saludables. Sin ser menos importante, otra contribución de los romanos fue la institucionalización de hospitales y clínicas en el sector público.

Pese a todo lo anterior, no todo pudo ser siempre así, gracias a la corrupción moral y política, problemas que también hoy en día amenazan a la salud colectiva.

CRISTIANISMO Y LOS ÁRABES

Recordemos que el cristianismo exaltó el espíritu como principal elemento de la salud, anulando la importancia del cuidado del cuerpo, pero sin olvidar que el cuerpo es el vehículo para llegar al alma y así en la Edad Media existieron espacios colectivos para la higiene, y entonces el baño represento importancia en la conmemoración de la resurrección y en los monasterios existían baños de vapor, los famosos baños turcos para los peregrinos.

De entre las aportaciones para la promoción de la salud se encuentra el filósofo judío Maimónides quién escribió una guía para la salud personal llamada "Libro del consejo" y hace énfasis en la prescripción de aire libre y la relación entre la salud física y mental para la conservación de la salud. Y de los Musulmanes debemos mencionar el concepto de sus hospitales, que contaban con bibliotecas,

jardines, patios para la lectura, narradores de cuentos para la distracción de los enfermos y por las noches se tocaban suaves músicas, pero la aportación más interesante para la promoción de la salud, fueron los subsidios que se les daban a los enfermos hospitalizados, que se les daba una cantidad de dinero suficiente para mantenerse hasta que se encontraran recuperados para reanudar sus labores. Pero también en el periodo de la Edad Media, se presentó la gran epidemia que se conoció como la "peste negra" ó "muerte negra" que devastó al mundo en el siglo XIV y de la cuál apareció el concepto de cuarentena, la única medida de protección válida hasta hoy para evitar las epidemias causadas por los viajeros.

EL RENACIMIENTO

El renacimiento dejó huella con sus expresiones artísticas y creativas del cuerpo humano. Y un personaje, Fracastoro es considerado como el primer epidemiólogo por interesarse en las enfermedades epidémicas y sus mecanismos de transmisión escritos en su obra " De Contagione" publicada en 1546.

El mundo tuvo una expansión con el descubrimiento del nuevo mundo (América) y se presenta así un choque entre los conocimientos y las prácticas de las distintas culturas y que tuvo grandes repercusiones para la salud, no sólo por las enfermedades ya que los contagios se expandieron sino también por los hábitos que trajeron y los que se llevaron, como principal ejemplo el tabaco.

SIGLOS XVII Y XVIII

Es en esta época el descubrimiento del microscopio y con él reconocer a los seres vivos como causantes de enfermedades, casi todo el siglo XVII se dedicó a ello y es por eso que ahora se tienen las bases de la bacteriología y la microbiología que han dominado por mucho tiempo el enfoque de la medicina; y por el contrario el siglo XVIII resaltó la importancia de la salud física y mental para el individuo y su sociedad.

Se presentaron entonces varios movimientos de características distintas, por un lado una corriente absolutista y autoritaria que consideraba que la protección de la salud debía ser dirigida por el estado con la aplicación de leyes y regulaciones políticas, y el principal exponente de este movimiento fue Johann Peter Frank en Alemania a él se le deben múltiples aportes a la salud pública, se encargó de reorganizar hospitales, trato pacientes, enseñó a estudiantes así como a los monarcas a cómo proteger la salud de sus súbditos, y aún así denunció que la pobreza en Pavia era la causante de múltiples enfermedades.

Otra corriente típica, se inspiró en la filosofía de la Iluminación que se centraba en el individuo y trataba que el hombre era sabio y que sólo él podía cambiar su

situación, pero que era ignorante y no sabía como hacerlo, sólo necesita que se le del conocimiento. Fue entonces la educación la panacea, y uno de sus mejores exponentes fue Jonh Locke quién formuló un programa de salud física y mental a través de la educación. Entre las obras destacadas de esta época se encuentran "El catecismo de la salud"*, publicada en 1794 y escrita por Bernhard Christoph Faust

Médico general de un pequeño pueblo alemán y que dedicó su vida a promover la salud y el bienestar general de su pueblo, fue escrito para maestros, padres y niños, sus mensajes son muy claros y simples tan aplicables a su tiempo y también en la actualidad, que resalta aspectos de la promoción de la salud y del bienestar.

Junto a Faust hubo otros humanistas e idealistas en materia de salud a los que sus aportaciones a pesar de ser importantes, se les criticó que los mensajes fueran sólo para las personas que sabían leer y en aquel entonces como ahora, dichos beneficios sólo llegaban a las clases medias y los analfabetos o sea los pobres que son los más necesitados no tenían acceso a ello.

SIGLO XIX

Esta época se caracterizó por su gran riqueza en adelantos científicos, microbiología, patología, medicina clínica, fisiología y medicina preventiva así como lo que ahora conocemos como medicina social, y es precisamente a mediados de ese siglo que esta última toma gran fuerza y la conciencia de las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida.⁵

En el año 1820 William P: Alison, Profesor de Jurisprudencia Médica en la Universidad de Edimburgo fue de los primeros que describió la estrecha relación que existe entre la pobreza y la enfermedad y con sus experiencias en las epidemias de tifus y fiebre recurrente en 1827-1828 y de cólera en 1831-1832 se lo reafirmaron así como otros informes procedentes de la misma Escocia que apoyaban la postura de Alison en otras palabras defendían la necesidad de atacar las causas de la miseria. Un poco más tarde Louis René Villermé, en Francia de 1826 escribió su informe "Sobre la mortalidad en los distintos barrios de París, demostración de la relación entre la pobreza y la enfermedad" y él mismo pero en 1840 publicó la "encuesta sobre las condiciones físicas y morales de los obreros de las fabricas de algodón, lana y seda, en la cuál demostraba que las condiciones de vida de estos trabajadores eran las que causaban su muerte prematura.⁶

⁵ Restrepo / Málaga. Promoción de la salud: Como construir vida saludable, p. 16-20.

⁶ OPS. Promoción de la Salud: Una Antología 1996, p. 37

Así mismo por otro lado la Revolución Industrial de Inglaterra puso en evidencia las terribles condiciones de vida de los trabajadores incluyendo mujeres y niños y que tuvo como consecuencia mortalidad prematura y por consiguiente pérdida del capital humano. Entre ellos Edwin Chadwick (1842) quién realizó una revisión de Las Leyes de los Pobres y se colocó como los pioneros de la salud pública inglesa.

Otro nombre no contemplado en la literatura especializada de la salud, es el de Federico Engels quién no siendo del área, escribió varias obras sobre las enfermedades y condiciones de vida de los trabajadores, entre ellas describió los padecimientos ocupacionales, las enfermedades infecciosas, la tuberculosis, los efectos de las toxinas ambientales, el alcoholismo, los accidentes, etc. todas aquellas condiciones que causaban la enfermedad y muerte prematura de los trabajadores en Inglaterra.

También en Alemania en 1847 Rudolf Virchow, patólogo alemán muy conocido por sus hallazgos científicos sobre los cambios patológicos en las células humanas, llegó a la misma conclusión al investigar una epidemia en los distritos industriales de Silesia. Se le considera a Virchow como el más grande representante de esta época y es considerado el padre de la medicina social, en términos prácticos lo que recomendaba era lo que hoy la promoción de la Salud reconoce como pre-requisitos para ser saludables y que lo podemos trasladar a nuestra época: que la gente oprimida de Silesia tuviera derecho a comunicarse en su propia lengua polaca, a tener un gobierno autónomo elegido por ellos, además de la separación Iglesia / estado, que los impuestos se trasladaran de los pobres a los ricos, que se mejorara la agricultura y las vías de acceso, y que se crearán asociaciones (cooperativas); Es decir que sé "empoderaran" esos grupos de excluidos y la finalidad e importancia de este trabajo fue que se declaro abiertamente que las causas o determinantes de las enfermedades y epidemias se encontraban en las condiciones de vida inadecuadas de la gente pobre.

Posteriormente este prestigioso médico, político, antropólogo y sanitarista, se envolvió en un movimiento de reforma de la medicina criticando duramente la práctica médica inhumana basada en el "amor por el dinero". (creo que hoy en día esta condición por lo menos en nuestro país no ha cambiado, si no todo lo contrario se ha acrecentado y se ha convertido en la finalidad de la mayoría no sólo de los médicos, sino de muchos de los actores de la salud y no creo que la política neoliberal sea la justificación, simplemente es inhumano) ^ε

^ε (comentario personal del tesista

Por esta razón, él desarrolló un activismo político y fundó un periódico llamado "reforma Médica" en el que se debatían los temas de una necesaria reforma de la medicina y la necesidad de una verdadera salud pública ejercida por el Estado

para garantizar la corrección de las condiciones que afectaban la salud de los más desfavorecidos, pero su movimiento fracasó y tuvo que retirarse de la política y volver resignado a la vida académica; Sigerist hace una opinión muy interesante sobre las razones del fracaso del movimiento y Virchow y de sus seguidores Alemanes, dice que se debió a que fue un movimiento proyectado desde los médicos para la gente, pero sin la gente como su principal protagonista.

Otro personaje importante de ese siglo fue William H. Duncan primer jefe local de salud de Liverpool, considerado como el precursor de los proyectos de ciudades sanas en Europa, lideró un movimiento de mejora de estándares de vida, centrado en un cambio ambiental principalmente. Y se toma como principal referente hoy para las propuestas de ciudades y municipios saludables.

ANTECEDENTES EN EL SIGLO PASADO (SIGLO XX)

Después de citar los más importantes antecedentes que se consideran para la construcción teórica de la promoción de la salud, sin hablar hasta ese entonces de dicho término, la historia más reciente ahora sí a la construcción teórico-práctica de la promoción de la Salud inicia con Henry Sigerist uno de los más grandes salubristas de todos los tiempos.⁷

El término como tal de "promoción de la salud" se utilizó por vez primera en 1945 cuando el gran historiador médico Henry E. Sigerist definió las cuatro esenciales tareas de la medicina: 1) la promoción de la salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) el restablecimiento de los enfermos y 4) la rehabilitación y afirmó que la salud se promueve proporcionando buenas condiciones de vida y trabajo, educación, cultura física, esparcimiento y descanso; señaló también que indudablemente una promoción eficaz exige medidas especiales por parte de las organizaciones comunales, gubernamentales, etc., todas aquellas entidades relacionadas con el desarrollo de los pueblos, como son alcantarillado, control de enfermedades transmisibles, la salud materno-infantil, de los trabajadores, etc. Este mismo autor al elaborar los aspectos fundamentales para incluir en un programa nacional de salud en 1942 incluyó en primer lugar la educación gratuita de todas las personas, incluso la educación para la salud, seguida de las mejores condiciones de trabajo y vivienda posibles, en tercer lugar los mejores medios posibles de descanso y esparcimiento, lo interesante es que la atención médica quedó en cuarto lugar y en quinto la investigación y la formación; la realizó de esta manera dando énfasis a la prevención, y la atención médica sólo en los casos donde está fallando y para el restablecimiento de la misma.⁸

⁷ Restrepo / Málaga. Op Cit R. p.21 y 22

⁸ OPS, Promoción de la Salud: Una Antología 1996, p. 38

También se le puede considerar como el precursor de las "Escuelas Saludables". Otro nombre importante también de este siglo es Thomas McKcown quién documentó científicamente los hechos que prueban que la reducción de la mortalidad en Inglaterra después de 1840 se debió en mayor proporción al desarrollo económico, a una mejor nutrición y a los cambios favorables en el nivel de vida de los ingleses y no a las intervenciones de tipo médico.

En América Latina, son dignas de mención las corrientes de medicina social y de epidemiología social en las décadas de los 60s' y 70s' que hicieron importantes cuestionamientos críticos a la teoría y práctica de la salud pública y que contaron con grandes pensadores especialmente en Ecuador, México y Brasil.⁹

⁹ Restrepo / Málaga. Op Cit p. 22

2.6 CONCEPTOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Si recordamos un poco, se menciono en el punto anterior que el termino como tal de "promoción de la salud" se utilizó por vez primera el 1945 con Henry Sigerist que definió las cuatro tareas esenciales de la medicina. 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" y para lo cuál era necesario el apoyo y esfuerzo coordinados de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos, y 40 años más tarde esta petición se repitió en la Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. (Que se analizará más adelante) ¹⁰

Y así en los últimos 40 años el concepto biomédico ha hecho crisis y se ha generalizado un nuevo paradigma que considera a la salud como un concepto holístico positivo que encierra todas las características del "bienestar humano" y que además considera dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones que todo ser humano o grupo desea poseer; es decir que además de tener donde vivir, qué come, adonde acudir si se está enfermo, y contar con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud, tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de esa vida; la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer; de tener acceso al arte y la cultura y en fin, de llegar a una vejez sin discapacidades y con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine.¹¹

La salud pública así como los epidemiólogos se han encargado de las enfermedades transmisibles, sus causas, distribución y prevención, y la Medicina social de las causas generales, las condiciones de vida, las causas específicas, los factores nocivos del entorno físico y social que determinan el estado de salud de un grupo o clase social, sin embargo estas dos disciplinas tienen mucha historia, pero a partir del Informe Lalonde, publicado por el gobierno de Canadá en 1974, por el político y entonces ministro del mismo nombre, fue la primera declaración teórica de la salud pública que describe en el campo de la epidemiología las enfermedades no infecciosas, que la salud pública no contemplaba y de un concepto hasta ese entonces de medicina como arte y ciencia para el progreso de la salud, que cambió a uno más amplio de campo de la salud y que consta de cuatro grandes elementos: Biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de la atención sanitaria, debido a la visión de las enfermedades más

¹⁰ OPS. Promoción de la Salud: Una Antología 1996, p. 38

¹¹ Restrepo / Málaga. Op. Cit. P 24

prevalentes y responsables de la mayor mortalidad de los canadienses (enfermedades crónicas no transmisibles tales como cardiovasculares, cáncer, diabetes, accidentes), etc. Sin embargo se consideró que aunque tuvo repercusiones para el naciente movimiento de la Promoción de la salud, para algunos críticos formuló muy pocas recomendaciones que obligarán al gobierno a modificar los mayores determinantes de la situación de la población afectada.

Otra influencia positiva para la construcción de la Promoción de la salud, son los estudios epidemiológicos de intervención sobre factores de riesgo para Enfermedad Coronaria de Carelia del Norte, Finlandia en 1995, cuyo éxito fue ampliamente difundido en los años 70 y 80. Y se basa en un enfoque poblacional para influenciar los comportamientos y en el impulso a políticas públicas saludables, tales como producción de alimentos, educación en las escuelas y control del tabaquismo, entre otras. El investigador principal fue Peka Puska, fue politólogo antes que epidemiólogo y utilizó todos los enfoques políticos para el diseño de las intervenciones y lamentablemente muchos de los proyectos de este tipo, están enfocados a cambios de comportamiento individual y menos a su estrategia política poblacional.

Y no debemos olvidar la influencia de la estrategia de la OMS sobre la Atención Primaria de Salud en Alma Ata (1977) y de la filosofía de "Salud para Todos en el año 2000", que fueron inspiración de muchas iniciativas en todos los países del mundo, para mejorar las condiciones de salud de los más desprotegidos. A partir de aquí han surgido múltiples documentos, numerosos artículos y libros, que constituyen el bagaje con que cuenta la Salud Pública actual para jugar un papel más comprometido con los principios éticos de la vida en la comunidad y que aun está en proceso de construcción conceptual y metodológico. Algunos de estos documentos se analizarán en el siguiente capítulo.

En las últimas décadas la Promoción de la Salud ha tenido un gran auge en la implantación de proyectos y programas que persiguen mejorar no sólo la cantidad sino la calidad de vida de la gente, pero ha traído también grandes confusiones para definir cuál es realmente su campo de acción y ubicación dentro de la salud pública. Esta confusión surgió a raíz de la publicación del Documento del Cirujano General de los Estados Unidos en 1979, titulado "Gente Saludable: informe del cirujano general sobre Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad" (Healthy People: The Surgeon- General's Report on Health Promotion and Disease Prevention) que definió la primera en términos de estilos de vida y, la prevención de la enfermedad, como la protección de la población de los riesgos ambientales y ello provocó que se tomara a la promoción de la salud sólo como los cambios en los estilos de vida y de la misma forma el surgimiento de dos corrientes, cada una privilegiando una dimensión de la promoción de la salud; Una de ellas principalmente en los Estados Unidos, prioriza los cambios de comportamientos o estilos de vida mediante

intervenciones más individuales; la otra, defiende la acción socio-política que involucra más actores y trasciende al sector de la salud, podemos contar aquí principalmente a los Canadienses y los Europeos, con el desarrollo de experiencias más integradas y multisectoriales como las de ciudades saludables, y de esta manera la falta de claridad sobre los fines últimos de la promoción de la salud, que se dirigen a conseguir sociedades más saludables en el sentido más holístico; y de entender que se implanta con modelos socio-ecológicos para obtener respuestas a los problemas de tipo socio-político, han dificultado el desarrollo y aplicación de la promoción de la salud en nuestros países.

Para muchos no es claro si la promoción de la salud es una ciencia, una disciplina, una política, o un programa. La mejor concepción sobre la PS, en opinión de Bunton Y Macdonald (1992), es que se acerca más al concepto de una "disciplina académica o mejor aún a un conjunto (set) de varias disciplinas académicas", es decir, que la promoción de la salud incorpora una serie de disciplinas dentro de su marco teórico-práctico, entre las cuales se identifican las siguientes: Política social, Educación, Sociología, Psicología, Epidemiología, Comunicación, Mercadeo Social, Filosofía y Economía. Se considera entonces un producto nuevo que tiene identidad propia y aplica técnicas y metodologías que requieren un alto grado de experticia, creando así una fuerza multidisciplinaria para producir "bienes sociales" en la forma más efectiva, ética y equitativa posible.

Se preguntan que relación tiene la medicina y se menciona que como medicina social tiene mucho que ver y no hay confusión, donde se podría encontrar es en la salud pública por aquello de la llamada "nueva salud pública" (Ashton y Seymour 1988, Kickbush 1994), se basa en los nuevos conceptos, estrategias y métodos de la promoción de la salud y como tal, ofrece las mejores potencialidades para fortalecer y apoyar un movimiento social, que busque un mejor nivel de salud y de calidad de vida de los diversos grupo de población en los diferentes territorios. Se le reconoce por ello, el carácter unificador que reúne diversos campos de estudio para lograr múltiples acciones; esto es, lo que le da el carácter de política, por cuánto envuelve aspiraciones que implican transformaciones profundas en los ambientes, los individuos y los grupos, para cambiar las condiciones negativas a su pleno desarrollo.

Por estas razones, la salud pública orientada con su estrategia en promoción de la salud no puede seguir dirigiéndose de la misma manera, sino que se tiene que realizar en los espacios y gabinetes de gobernantes locales, líderes políticos, gerentes de otros sectores, organizaciones comunitarias de diversa índole, empresas privadas, organizaciones no-gubernamentales, etc. Esta nueva forma de actuar para conseguir el más alto compromiso de lograr una sociedad no sólo más productiva, sino más justa y equitativa, constituye la esencia de lo que persigue la promoción de la salud y por ende la nueva salud pública.

Por ende, a está falta aún de unificación, existen varias definiciones de promoción de la salud:

✓ CARTA DE OTTAWA (1986):

"La promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" así, más que una definición es un llamado la gente de que sólo ella puede llegar a alcanzar el poder de transformar su realidad y de tomar las decisiones para ello.

✓ OPS/OMS (1990):

"La promoción de la salud es concebida, cada vez e mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva" Esta definición fue aprobada por los Ministros de salud de los países miembros de la OPS/OMS en 1990, lo que revela que tuvieron que pasar 4 años desde Ottawa, antes que en esta región se hicieran los compromisos gubernamentales para incluir la promoción de la salud como un componente de las políticas nacionales de salud.

✓ HANCOCK (1994) (Seminario dictado en la división de promoción y protección de la salud de OPS/OMS, Washington, D, C)

" La promoción de la salud es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder". "Puede decirse que la promoción de la salud es acerca del poder a dos niveles: el primero, como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, y el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política".

✓ NUTBEAM (1986):

"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 este modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, par poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir".

✓ KICKBUSH (1994):

"Promoción de la salud no es el trabajo social de la medicina, por el cual pueden conseguirse unos pocos dólares extras. Realmente trata acerca de

una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud”.

Sin duda son innumerables los conceptos y definiciones de la promoción de la salud, pero lo interesante es analizar que la mayoría de ellas se enfocan a la colectividad, sin dejar de lado la importancia que tienen las intervenciones individuales, eso es lo importante, es que ambos niveles estén conectados, porque no es posible concebir actividades educativas dirigidas al individuo para que cambie su comportamiento, separadas del marco de políticas públicas saludables y de procesos participativo de empoderamiento.

Así como existe la parte positiva de la promoción de la salud, también ha sido criticada y tiene autores en contra, y existen argumentos que se esgrimen para debilitar a la promoción de la salud y que para algunos autores son “estándares” (Downie, Tannahill 1996) y los clasifican en varias categorías que vale la pena considerar:

- × La promoción de la salud asume una posición de “superioridad moral”, como la que define lo positivo en salud, en oposición a la medicina clínica y desprecia al modelo biomédico. Este argumento se combate aclarando la importancia de ambas materias, el espacio para cada una de ellas y la necesidad de ampliar los modelos “médicos” en el quehacer de la salud.
- × La promoción de la salud propone intervenciones “gratuitas” sin suficiente comprobación científica. Este argumento tiene validez y debe entonces impulsarse la investigación evaluativa, y dar a las acciones una base sólida demostrativa.
- × La promoción de la salud asume un papel “fascista” al imponer ciertos estilos de vida. Esta crítica también tiene base verdadera cuando el trabajo de promoción de la salud se limita a promover cambios de estilos de vida, sin un enfoque amplio de políticas públicas, intersectoriales y participación comunitaria.
- × La promoción de la salud se convierte en el “imperialismo de la salud” cuando se apodera de todo lo positivo de la vida, es decir del “bien-estar” como su producto. Es necesario tener una posición más flexible y menos protagónica cuando se trata de reconocer otras contribuciones a ese bienestar; pero también, argumentar que esta crítica es un sofisma, porque justamente lo que reconoce la promoción de la salud es que el bienestar se consigue con la acción de todos.
- × La OMS ha declarado que la promoción de la salud es un recurso para la vida; esto puede interpretarse como “auto-suficiencia” (self-absorption);

lo relevante según Downie y Tannahill Tannahill (1996), es que la "salud es un valor, pero no el valor supremo". Este argumento de auto-suficiencia es fácil de refutar, teniendo claro que la promoción de la salud trata de lo "saludable" y, como todo el mundo acepta, esto implica muchos otros campos de acción y de producción de bienes sociales.

- × La promoción de la salud es vista como la "comercialización de la salud". Este argumento, es válido si al trabajar en promoción, no se tiene muy claro su valor ético y se disfrazan programas "seudo-educativos" como de promoción de la salud. La educación para la salud tiene bases metodológicas serias, que implican incrementar la conciencia social y empoderar a los grupos para que puedan hacer los cambios en sus comportamientos. Reducir la promoción de la salud al uso de "gimnasios" que venden "salud" como una mercancía, se opone totalmente a la filosofía de la verdadera promoción (Milio 1988)
- × En el contexto actual de reformas en el Sector salud, un argumento nuevo que puede atentar contra la promoción de la salud es el de la "competencia por recursos financieros". En este sentido, los defensores de las políticas de salud circunscritas al desarrollo y mantenimiento de "buenos servicios de salud", temen que un énfasis en promoción de la salud lleve a la distracción de recursos a otros sectores y actores sociales, mientras que los servicios de atención a la enfermedad se debilitan y sufren la escasez de recursos del Estado. Esto último puede ser posible, a juzgar por lo que se observa al menos en Colombia, pero no se debe a la asignación de recursos a otras instancias fuera del sector salud, sino a otras causas complejas de organización del nuevo sistema.
- × Un argumento similar que puede ser interpretado como "anti-promoción", es esgrimido por Lamata (1994), quien se refiere al Informe Lalonde, ya comentado, y al modelo de Dever (1976), sosteniendo que éstos introducen una "minusvaloración del impacto del sistema sanitario sobre la salud y enfermedad; y discute los efectos favorables para la producción de salud, de "una política pública responsable de producir buenos servicios de prevención, de diagnóstico y de tratamiento a un coste razonable". Se cree que este tipo de servicios es el que busca la promoción de la salud y están muy claras las acciones re reorientación de los servicios de salud en la carta de Ottawa, y el énfasis de múltiples trabajos no es de reducir recursos ni reconocimientos a la atención de la enfermedad, sino admitir que hay muchos otros protagonistas cuyas acciones son necesarias para mejorar la salud, y que el sector debe activar todas esas fuerzas a través de estrategias diferentes a las intervenciones tradicionales de la medicina. Tampoco es posible negar como lo sugiere Lamata, que la atención medica y su tecnología, cuando

crecen en forma alarmante arrastrando altísimos costos, se convierten en un determinante de las condiciones de salud y que "una sociedad que gasta en asistencia sanitaria tanto como para no poder, o no querer gastar lo adecuado en otras actividades de mejora de la salud, podría realmente estar reduciendo la salud de su población".

De esta manera se tomarían como conclusión cuatro puntos básicos:

- La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos que actúen más "salutogénicamente", alcanzando mayor bienestar con equidad social.
- La unión de los esfuerzos de todos los actores sociales y productivos para lograr producir más salud, no implica el desconocimiento de las responsabilidades de la persona en su nivel individual para con su salud y la de los demás, pero prima el trabajo con las comunidades mediante nuevos modelos y escenarios de acción.
- La discusión sobre las bases conceptuales y los argumentos que se esgrimen en su contra, es útil y necesaria para continuar la construcción teórica y práctica de la promoción de la salud, y para apropiarse de conceptos, estrategias y métodos que permitan mejores acciones de la nueva salud pública.
- La promoción de la salud no se opone al mejoramiento de los servicios de salud para la atención de riesgos y enfermedades, pero señala la necesidad de reorientarlos para que cumplan un mejor papel en el mejoramiento de la salud colectiva.

Comenta la autora que la crítica más fuerte hacía la promoción de la salud ha salido del área médica, y relata los argumentos de estudiantes de medicina, en un ejercicio de la Cátedra de promoción de la salud en la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, "Es una utopía, inútil e irrelevante para el médico ε que debe atender cosas más importantes como tratar el trauma y las enfermedades; es una carga adicional y difícil para los médicos porque ellos no pueden hacer que la

ε (El subrayado es personal, ya que me gustaría con ello mostrar como la enfermería tiene más ventajas respecto al médico para desempeñarse en este ámbito, debido a la diferencia en nuestras formaciones, no volvamos a dejar que sea el quién se siga adueñando de nuestros campos de acción, y este de la promoción a la salud es uno muy rico y nos daría autonomía, ya

que nos da la oportunidad de recobrar nuestro objetivo y fortaleza, nosotros atendemos y cuidamos la salud, ellos como profesionales atienden la enfermedad.

gente asuma su responsabilidad por su salud; es imposible de implantar en Sociedades capitalistas; contraviene la búsqueda de la felicidad y el placer por las prohibiciones sobre comer cosas ricas, fumar un buen cigarrillo, y contraviene la búsqueda de la felicidad” Estas opiniones son de futuros médicos, que reflejan las tendencias de su formación médica hacia lo asistencial en términos de curación como su único papel, pero también reflejan el concepto tan limitado que tienen de la promoción de la salud, muy individualista y sin proyección social, únicamente orientada a lograr que la persona cambie los comportamientos nocivos para la salud.¹²

¹² Restrepo / Málaga. Op Cit, p. 25-32

2.7 REFERENTES INTERNACIONALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la promoción de la salud tiene antecedentes históricos que no precisamente nos remiten al término, sin embargo lo reconocemos como tal a partir de las primeras aplicaciones concretas con el Informe Lalonde en 1974, posteriormente en la Declaración de Alma Atta en 1978, y para no perder continuidad, en el Informe del Cirujano General. Gente Sana.

En promoción y prevención de la enfermedad en 1979, hasta este momento y con todo lo anterior, se describían acciones para PROMOVER la salud, aquellas dirigidas a cambiar estilos de vida y PROTECCION de la salud así como las acciones dirigidas al medio ambiente físico; también en 1983 se estableció la comisión mundial de ambiente y desarrollo, dirigida por la primera ministra noruega. Gro. Harlem Brundtland, en 1987 se publicó su documento final "Nuestro Futuro Común" ¹³ el cuál contiene la propuesta de combinar la economía y la ecología para obtener un desarrollo sostenible. En esta propuesta se encuentran conceptos e ideas que se reflejaron en la propuesta de ciudades saludables, que viene siendo impulsada por la OMS en Europa y por la OPS en la Región de las Américas. Así estas orientaciones predominaron hasta 1986, siete años después, con la que sería la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud 1986. CARTA DE OTTAWA, de aquí a la fecha se llevan ya 5 conferencias Internacionales.

La carta de Ottawa parte de una concepción socio ecológica de la salud y de sus factores determinantes. Coherentemente, entonces, las acciones para promover la salud no pueden dejar de lado el reconocimiento multicausal de la salud y por tanto, además de la promoción de comportamientos individuales sanos deben dirigirse esfuerzos a la modificación del ambiente global, que a su vez se encuentra determinado por el contexto político, cultural y económico.

La Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud reunida en **Ottawa** el día 21 de Noviembre de 1986. "*Salud para todos en el año 2000*".

Promocionar la salud: La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto

¹³ Del Bosque..., Manos a la Salud, 1998, p. 64-65-

positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Así tratare de comentar los aspectos más importantes de las conferencias Internacionales, comenzare con la primera y así sucesivamente.

Prerrequisitos para la salud: se mencionaron anteriormente que son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social, y la equidad.

Promocionar el concepto: Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien a favor o en detrimento de la salud.

Promocionar los medios: Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud.

Actuar como Mediador: Los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

Así la participación activa en la promoción de la salud implica: La elaboración de una política pública sana; La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos, si bien complementarios, entre los que figuran la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio.

La creación de ambientes favorables: El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la

conservación de los recursos naturales, deben formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

El reforzamiento de la acción comunitaria: El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias.

El desarrollo de las aptitudes personales: Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

La reorientación de los servicios sanitarios: Exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

Irrumpir en el futuro: La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El compromiso a favor de la salud: Los participantes de la conferencia en esa ocasión se comprometen a:

- ◆ A intervenir en el terreno de la política de la salud pública ya abogar en favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores;
- ◆ A oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Asimismo se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas;
- ◆ A eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, ya tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades;

- ◆ A reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos y sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general;
- ◆ A reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo;
- ◆ A reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen la mejor meta e inversión posibles ya tratar de la cuestión ecológica global que suponen nuestras formas de vida. La Conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza en favor de la salud.

La presente Carta fue elaborada y adoptada por una conferencia internacional organizada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública.

Doscientos delegados de 38 países se reunieron en Ottawa del 17 al 21 de noviembre de 1986 para intercambiar experiencias y conocimientos dirigidos a la promoción de la salud.

La Conferencia favoreció un diálogo abierto entre profanos y profesionales de la salud y de otros sectores, entre representantes de los organismos gubernamentales, comunitarios y asociaciones benéficas, así como entre políticos, administradores y técnicos sanitarios. Los participantes coordinaron sus esfuerzos para definir claramente los objetivos futuros y reforzar su compromiso individual y colectivo hacia el objetivo común de la "Salud para Todos en el año 2000".

Esta Carta para la acción refleja el espíritu de las cartas que la precedieron, en las cuales se reconocieron y trataron las necesidades de los pueblos. La Carta presenta los enfoques y estrategias para la promoción de la salud que los participantes consideraron indispensables para que se produzca un progreso auténtico. El informe de la Conferencia examina en detalle las cuestiones que se discutieron, ofrece ejemplos concretos y sugerencias prácticas para avanzar en el progreso real y apunta a la acción que se exige de las naciones y los grupos interesados.

El avance hacia un nuevo concepto de la salud pública es ya evidente en todo el mundo. Este avance se ha visto confirmado no solo por las experiencias sino

también por los compromisos concretos de los individuos invitados a participar en calidad de expertos.

Los países que estuvieron representados en la Conferencia fueron los siguientes: Antigua, Australia, Austria, Bélgica, Bulgaria, Canadá, Checoslovaquia, Dinamarca, Escocia, España, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Ghana, Holanda, Hungría, Inglaterra, Irlanda del Norte, Islandia, Israel, Italia, Japón, Malta, Nueva Zelanda, Noruega, País de Gales, Polonia, Portugal, República Democrática de Alemania, República Federal de Alemania, República de Irlanda, Rumania, Saint Kitts y Nevis, Suecia, Sudán, Suiza, Unión Soviética y Yugoslavia.¹⁴

La Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud reunida en Adelaide, Sur de Australia, del 5 al 9 de Abril de 1988; "*Políticas Públicas Favorables a la salud. (Recomendaciones de Adelaide)*"

La Conferencia de Adelaide continúa con la dirección que se dio en Alma Ata y posteriormente en Ottawa para la elaboración de políticas públicas saludables.

Políticas Públicas Saludables: Estas políticas se caracterizan por la conciencia que se tiene de equidad y salud para de esa manera lograr impacto, lo primero en señalar es que estas políticas se crean bajo un ambiente que permite ser guía para la vida saludable de las personas.

Tales políticas se hicieron con la posibilidad de ser modificadas dependiendo los pueblos, y los medios donde estas políticas se pueden comprobar y tener una aprobación, conciernen a varios sectores como agricultura, comercio, educación, industria y comunicaciones, ya que necesitan contar con la formulación de políticas específicas y que las decisiones dependerán de mucho de las consideraciones económicas alrededor de ellas.

El valor de la salud es parte fundamental para la humanidad y una gran inversión social. Así los gobiernos necesitan investigar el nivel de salud con que cuentan sus medios, ya que se debe partir del principio básico de justicia social y del acceso que se tenga para satisfacer las necesidades esenciales de salud, tomando en cuenta la productividad de la sociedad y la economía. Las políticas públicas saludables deben traer en poco tiempo beneficios sociales y a largo

¹⁴ OPS, Promoción de la Salud: Una Antología, p.367-372

plazo beneficios económicos basándonos en los estudios de casos presentados en esta conferencia.

Equidad: acceso y desarrollo

Deben desaparecer las inequidades en la sociedad, cerrar los rezagos en la salud y educación y alejar las desventajas sociales con políticas bien estructuradas, para dejar atrás el poco acceso que se tiene de los centros y traducirlo a buenos servicios.

Deben estar privilegiadas las políticas y tener prioridad a los grupos vulnerables; los indígenas, las etnias, los inmigrantes, etc. que el acceso particularmente a los servicios de salud sea de calidad y debe ser un aspecto vital si creemos en la equidad en salud.

Sin duda hay factores que no permiten que haya equidad, ejemplos de ello es el desarrollo tecnológico que tienen algunas regiones como Europa que tienen una buena calidad de salud, pero no así los países o regiones que están en proceso de desarrollo y que su nivel de salud está muy por debajo de lo que se espera.

Lo que se examinó en esta conferencia tiene como objetivo impulsar el desarrollo de las ciudades y señalar que tienen la obligación de crear políticas saludables que tengan un impacto positivo en las naciones.

La responsabilidad de la salud debe ser un eje para la creación de políticas saludables por los pueblos y para los pueblos.

Esta conferencia podría establecer parámetros para crear políticas saludables, pero su finalidad no es esa, sino crear conciencia y dar ideas sobre como elaborarlas; los participantes en el proceso de las políticas, juegan un papel muy importante y tienen gran influencia y por ello deben actuar los grupos de mayor poder como los empresarios, los cuerpos de gobierno y las organizaciones de comunidad, ellos tienen un gran potencial de actuación y participación para promover la salud, sin embargo también los grupos sociales deben participar conjuntamente, como la unión de comerciantes, el comercio y la industria, también las asociaciones académicas y religiosas tienen muchas oportunidades por su influencia en la comunidad. Crear nuevas alianzas para fortalecer y proveer poder a las acciones de salud.

Áreas de Acción: La conferencia identifica cuatro áreas claves prioritarias para la acción inmediata de las políticas públicas saludables.

El soporte de salud de la mujer: las mujeres son las principales promotoras de la salud en todo el mundo y muchas de ellas trabajan en el área con bajos salarios. Las mujeres como proveedoras de las familias y ahora con su creciente participación en las economías, trabajan además de atender a sus familias que

son el sustento productivo del país, también participan activamente como grupo minoritario en el apoyo a otros grupos igualmente vulnerables como los grupos étnicos, indígenas, etc.

Esta conferencia propone incluir a las mujeres en las agendas de creación de políticas saludables.

- ✓ Igual participación y reconocimiento de su trabajo en la sociedad.
- ✓ La natalidad debe ser practicada por ellas respecto a sus necesidades
- ✓ Ofrecer mecanismos que soporten sus cargas de trabajo, apoyo a madres con niños y suponer permisos de salud.

Alimentos y nutrición: Eliminar el hambre y la malnutrición debe ser una de los principales objetivos de las políticas públicas saludables, y se debe tomar en cuenta que se garantice el acceso universal y adecuado de los alimentos dependiendo la cultura para que sea viable. Las políticas para la nutrición y alimentos, debe considerar nuevos métodos de producción y distribución, ya sea por la vía de lo público o lo privado pero el acceso siempre equitativo y asequible en los precios de los alimentos básicos

Considerando los lugares básicos para proveer de una adecuada nutrición, como sea escuelas, hospitales, lugares de trabajo etc.

Tabaco y alcohol: Considerar el control de estas sustancias, ya que intervienen en parte de la vida de los pueblos, el abuso de dichas sustancias merma enormemente la calidad de salud de los ciudadanos, y se deben aplicar políticas al respecto, a su consumo y también a su comercialización.

Creación de un mejor medio ambiente: Exhortar a los pueblos a tomar conciencia de la importancia que tiene cuidar el ambiente en el que vivimos, la creación de políticas favorables al respecto debe ser prioritario, no sólo en el ámbito local, sino mundial, y las políticas deben estar enfocadas a controlar la emisión de contaminantes, por los efectos biológicos adversos que traen a modificar el clima y algunos factores físicos y que forman parte del ecosistema. Las políticas de promoción deben enfocarse a crear estrategias ecológicas en el ámbito global, local y regional.

Compromiso global para las políticas saludables.

Los prerequisites para lograr la salud de la sociedad, el desarrollo de la paz y la justicia social; nutrición y alimentación, agua limpia, cobertura a la educación y conservación y protección del ecosistema; por ahora son las principales políticas comentadas, pero la prioridad debe establecerla cada pueblo.

RETOS FUTUROS:

1. Asegurar una distribución equitativa de recursos ante circunstancias adversas y retos para las naciones.
2. Procurar la creación y/o conservación de los empleos, calidad para el trabajo que se traduce en la base del sustento y felicidad de la gente. Recordar el impacto y relación que tienen el trabajo y la salud.
3. Siempre tener presente la cooperación entre las naciones para procurar la paz humana con justicia social, atenta a la ecología y considerar los retos alrededor del mundo.
4. En todas las ciudades cosechar la salud como responsabilidad de los diferentes grupos creadores de políticas a distintos niveles y siempre buscando la colaboración mutua con las naciones.
5. Un reto será la tecnología, de nosotros depende tenerla a nuestro favor en los procesos para procurar una mejor salud.¹⁵

La Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la

Salud, reunida en Sundsvall, Suecia, los días 9-15 de Junio de 1991. *"Entornos propicios para la salud"*. (Declaración de Sundsvall.

Las condiciones bajo las cuales la gente vive son de vital influencia para el estado en la salud. La fuerza social debe crear condiciones para una vida saludable de la gente.

La conferencia considera cuatro grandes aspectos para apoyar el entorno.

1. La dimensión social, sobre la cuál se desarrollan los medios es indispensable para mantener un equilibrio con la cultura y los propósitos comunes.
2. La dimensión política, los requerimientos gubernamentales ayudan a garantizar la participación democrática para la convivencia humana y mantener la paz.

¹⁵ www.inta.cl/promosalud/conferencias/adelaida.pdf
Texto en inglés, traducido por tesista..

3. La dimensión económica, los requerimientos indispensables para la salud, fomentar un desarrollo sustentable y real ante la tecnología.

En resumen, el poder de la gente debe estar en la participación comunitaria, como un factor esencial de la democracia para conseguir un desarrollo en la promoción de la salud. Los participantes a esta conferencia reconocen como un factor humano básico la educación, un elemento clave para construir políticas, económicas y sociales necesarias para hacer posible la salud total, bajo un principio de equidad particularmente tomando en cuenta la cultura, la clase social y el género.¹⁶

CONJUNTAMENTE CON LAS DECLARACIONES INTERNACIONALES, SE HICIERON 2 DECLARACIONES EN TORNO A LA PROMOCION DE LA SALUD.

Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la salud realizada en Santa fe de Bogotá del 9-12 de Noviembre de 1992, "*Promoción de la salud y Equidad*".

Contó con la asistencia de los ministros de salud de Bolivia, Colombia, Ecuador y Nicaragua; los viceministros de salud de Cuba, Guatemala y Panamá, y el Alcalde de la paz. En suma, 550 representantes de 21 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela) se reunieron para definir el significado de la promoción de la salud en América Latina.

Promoción de la Salud en América Latina: La región, desgarrada por la inequidad que se agrava por la prolongada crisis económica y los programas de políticas de ajuste macroeconómico, enfrenta el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, junto con un aumento de los riesgos para la salud y una reducción de los recursos para hacerles frente.

La región presenta una situación epidemiológica caracterizada por la persistencia o el resurgimiento de endemias como la malaria, el cólera, la tuberculosis y la desnutrición; por el incremento de problemas como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y por la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA o las resultantes del deterioro ambiental.

¹⁶ www.inta.cl/promosalud/conferencias/sundsvall.pdf
Texto en inglés, traducido por tesista.

El desarrollo integral y recíproco de los seres humanos y las sociedades es la esencia de la estrategia de promoción de la salud en el continente. En consecuencia, esta asume las tradiciones culturales y los procesos sociales que han forjado nuestras nacionalidades posibilitando, además, enfrentar creativa y solidariamente la adversidad, los obstáculos estructurales y las crisis recurrentes. Reconocer, recuperar, estimular y difundir estas experiencias es indispensable para la transformación de nuestras sociedades y el impulso a la cultura de la salud.

Estrategias:

1. Impulsar la cultura de la salud modificando valores, creencias, actitudes y relaciones que permiten acceder tanto a la producción como al usufructo de bienes y oportunidades para facilitar opciones saludables.
2. Transformar el sector salud poniendo de relieve la estrategia de promoción de la salud, lo cuál significa garantizar el acceso universal a los servicios de atención, modificar los factores condicionantes que producen morbimortalidad e impulsar procesos que conduzcan a nuestros pueblos a forjar ideales de salud mediante la plena toma de conciencia de la importancia de la salud y la determinación de realizar acciones trascendentales de impacto en este campo.
3. Convocar, animar y movilizar un gran compromiso social para asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad.

Compromisos: El derecho y el respeto a la vida y la paz son los valores éticos fundamentales de la cultura de la salud.

- ✓ Impulsar el concepto de la salud condicionada por factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos, y la promoción de la salud como estrategia para modificar estos factores condicionantes.
- ✓ Convocar a las fuerzas sociales para aplicar la estrategia de promoción de la salud, supeditando los intereses económicos a los propósitos sociales, a fin de crear y mantener ambientes familiares, físicos, naturales, laborales, sociales, económicos y políticos tendientes a promover la vida, no a degradarla.
- ✓ Incentivar políticas públicas que garanticen la equidad y favorezcan la creación de ambientes y opciones saludables.

- ✓ Afinar los mecanismos de concentración y negociación entre los sectores sociales e institucionales para llevar a cabo actividades de promoción de la salud, con miras a avanzar hacia el logro de bienestar, propiciando la transferencia de recursos de inversión social a las organizaciones de la sociedad civil.
- ✓ Consolidar una acción comprometida y efectiva para reducir gastos improductivos, tales como los presupuestos militares, la desviación de fondos públicos hacia la generación de ganancias privadas, la profusión de burocracias excesivamente centralizadas, y otras fuentes de ineficiencia y desperdicio.
- ✓ Fortalecer las capacidades de la población para participar en las decisiones que afectan su vida y para optar por estilos de vida saludables.
- ✓ Eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer. La participación de la mujer, gestora e vida y bienestar, constituye un eje indispensable de la promoción de la salud en América Latina.
- ✓ Estimular el diálogo de saberes diversos, de modo que el proceso de desarrollo de la salud se incorpore al conjunto del patrimonio cultural de la Región.
- ✓ Fortalecer la capacidad de convocatoria del sector salud para movilizar recursos hacia la producción social de salud, estableciendo la responsabilidad del quehacer de los diferentes actores sociales en sus efectos sobre la salud.
- ✓ Reconocer como trabajadores y agentes de la salud a las personas comprometidas con los procesos de promoción de la salud, de la misma manera que a los profesionales formados para la prestación de servicios asistenciales.
- ✓ Estimular la investigación en promoción de la salud, para generar ciencia y tecnología apropiada y diseminar el conocimiento resultante de forma que se transforme en instrumento de liberación, cambio y participación.
- ✓ LEMA: El nuestro es un continente de esperanza y de futuro. Realizar la esperanza, vivir en paz con dignidad es el compromiso que asumimos.¹⁷

¹⁷ OPS, Promoción de la Salud Una Antología, Op Cit. p. 373-378.

Carta del Caribe para la Promoción de la Salud, celebrada en Puerto España, Trinidad y Tobago, *La primera conferencia de Promoción de la salud del Caribe*. Del 1-4 de Junio de 1993.

Con la participación de 125 personas procedentes del sector salud.

Promoción de la salud: Es ese enfoque nuevo que, en el contexto caribeño, fortalecerá la capacidad de los individuos y las comunidades para controlar, mejorar y mantener su bienestar físico, mental, social y espiritual.

Oportunidades: El caribe se halla bien equipado para enfrentar los desafíos que deben producirse tras la aceptación de la promoción de la salud como enfoque idóneo. Las oportunidades para el éxito de la acción proceden de:

- × Las estructuras e instituciones existentes, nacidas de la rica variedad de experiencias y recursos que han adquirido sus pueblos.
- × La singularidad de su cultura, su tolerancia racial y religiosa, su reconocimiento del papel valioso que desempeñan la familia y los amigos.
- × La personalidad de su población, conocida por su sentido del humor y por el orgullo que despiertan en ella su música, sus danzas y sus deportes;
- × Los avances demostrables que sus pueblos han hecho para mejorar muchos aspectos de su salud.

Estrategias:

- × Formulación de normas públicas saludables
- × Reorientación de los servicios de salud
- × Potenciación de las comunidades para lograr el bienestar
- × Creación de ambientes saludables
- × Fortalecimiento e incremento de las destrezas personales relacionadas con la salud
- × Construcción de alianzas, con hincapié en los medios de comunicación.¹⁸

¹⁸ OPS, Promoción de la Salud Una Antología, Op Cit, pp. 378-382

Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, celebrada en Yakarta, Indonesia del 21 al 25 de Julio de 1997, *"Nueva era, nuevos actores: Adaptar la promoción de la salud al siglo XXI"*. (declaración de Yakarta)

La promoción de la salud es una valiosa inversión.
La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico.

Con frecuencia cada vez mayor, se reconoce que la promoción de la salud es un elemento indispensable del desarrollo de la misma. Se trata de un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. Por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud para derivar el máximo beneficio posible para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y acumular capital social. La meta final es prolongar las expectativas de salud y reducir las diferencias en ese sentido entre países y grupos.

Factores determinantes de la salud: nuevos desafíos

Los requisitos para la salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Sobre todo, la pobreza es la mayor amenaza para la salud. Yo Considero que también la ignorancia es una gran amenaza contra la salud.

Estas estrategias son elementos básicos de la promoción de la salud y son de importancia para todos los países.

Se necesitan nuevas respuestas

Para combatir las amenazas nacientes para la salud, se necesitan nuevas formas de acción.

En los años venideros, la dificultad estará en liberar el potencial de promoción de la salud inherente a muchos sectores de la sociedad en las comunidades locales y dentro de las familias.

Existe una obvia necesidad de cruzar los límites tradicionales dentro del sector público, entre las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y entre los sectores público y privado. La cooperación es fundamental. En la práctica, esto exige la creación de nuevas alianzas estratégicas para la salud en pie de igualdad entre los diferentes sectores de todos los niveles de gobierno de las sociedades.

Prioridades para la Promoción de la Salud en el Siglo XXI

1. Promover la responsabilidad social por la salud

Las instancias decisorias deben comprometerse firmemente a cumplir con su responsabilidad social. Es preciso que los sectores público y privado promuevan la salud siguiendo políticas y prácticas que:

Eviten perjudicar la salud de otras personas, protejan el medio ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos, restrinjan la producción y el comercio de bienes y sustancias intrínsecamente nocivos, como el tabaco y las armas, así como las tácticas de mercado y comercialización perjudiciales para la salud, protejan al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo, incluyan evaluaciones del efecto sobre la salud enfocadas en la equidad como parte de la formulación de políticas.

2. Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud

En muchos países, la inversión actual en salud es insuficiente y a menudo ineficaz. El aumento de la inversión en el desarrollo de la salud exige un enfoque verdaderamente multisectorial, que comprenda más recursos para los sectores de educación, vivienda y salud. Una mayor inversión en salud y la reorientación de la existente en las esferas nacional e internacional pueden fomentar mucho el desarrollo humano, la salud y la calidad de la vida.

Las inversiones en salud deben reflejar las necesidades de ciertos grupos, como las mujeres, los niños, los adultos mayores, los indígenas y las poblaciones pobres y marginadas.

3. Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud

La promoción de la salud exige alianzas estratégicas en pro de la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores en todos los niveles del gobierno y de la sociedad. Es preciso fortalecer las alianzas estratégicas establecidas y explorar el potencial de formación de nuevas.

Las alianzas estratégicas son de mutuo beneficio en lo que respecta a la salud por el hecho de compartir conocimientos especializados, aptitudes y recursos. Cada una debe ser transparente y responsable y basarse en principios de ética acordados y de entendimiento y respeto mutuos. Es preciso observar las directrices de la OMS.

4. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo

La promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé. Amplía la capacidad de la persona para obrar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud.

La ampliación de la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud exige educación práctica, adiestramiento para el liderazgo y acceso a recursos. El empoderamiento de cada persona requiere acceso seguro y más constante al proceso decisorio y los conocimientos y aptitudes indispensables para efectuar cambios.

Tanto la comunicación tradicional como los nuevos medios de información apoyan este proceso. Se deben aprovechar los recursos sociales, culturales y espirituales de formas innovadoras.

5. Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud

Para consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud, es preciso buscar nuevos mecanismos de financiamiento en las esferas local, nacional y mundial. Hay que crear incentivos para influir en las medidas tomadas por los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas y el sector privado para asegurarse de maximizar la movilización de recursos para la promoción de la salud.

Los "ámbitos, espacios y/o entornos para la salud" son la base organizativa de la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. Los nuevos desafíos que presenta la salud significan que se necesita crear nuevas y diversas redes para lograr colaboración intersectorial. Estas redes deben proporcionarse asistencia en los ámbitos nacional e internacional y facilitar el intercambio de información sobre que estrategias surten efecto en cada entorno o escenario.

Conviene alentar el adiestramiento y la práctica de los conocimientos de liderazgo en cada localidad para apoyar las actividades de promoción de la salud. Se necesita ampliar la documentación de experiencias de promoción de la salud por medio de investigaciones y preparación de informes de proyectos para mejorar el trabajo de planificación, ejecución y evaluación.

Todos los países deben crear el entorno político, jurídico, educativo, social y económico apropiado para apoyar la promoción de la salud.¹⁹

Quinta Conferencia Internacional de promoción de la salud,
celebrada en la Ciudad de México del 5 al 9 de Junio del año 2000. *"Hacia una Mayor Equidad"*. (Declaración Ministerial)

Firmada por Ministros de Salud y Jefes de Delegación de 94 países.

Declaración:

1. Reconocemos que el logro del grado máximo de salud que se pueda alcanzar, es un valioso recurso para el disfrute de la vida y es necesario para el desarrollo social y económico y la equidad.
2. Consideramos que la promoción del desarrollo sanitario y social es un deber primordial y una responsabilidad de los gobiernos; que comparten todos los demás sectores de la sociedad.
3. Somos conscientes de que, en los últimos años, gracias a los esfuerzos persistentes y conjuntos de los gobiernos y las sociedades, se han registrado importantes mejoras sanitarias y progresos en la prestación de servicios de salud en muchos países del mundo.
4. Observamos que, a pesar de esos progresos, aún persisten muchos problemas de salud que entorpecen el desarrollo social y económico y que, por tanto, deben abordarse urgentemente para fomentar la equidad en el logro de la salud y el bienestar.
5. Somos conscientes de que, al propio tiempo, las enfermedades nuevas y reemergentes amenazan los progresos realizados en la salud.

¹⁹ <http://www.msc.es/salud/home.htm>

6. Reconocemos que es urgente abordar los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud y que esto requiere mecanismos reforzados de colaboración para la promoción de la salud en todos los sectores y en todos los niveles de la sociedad.

7. Concluimos que la promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos.

8. Comprobamos que existen abundantes pruebas de que las buenas estrategias de promoción de la salud son eficaces. Habida cuenta de lo que antecede, suscribimos lo siguiente:

ACCIONES

A. Situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales.

B. Ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil en la aplicación de medidas de promoción de la salud que refuercen y amplíen los vínculos de asociación en pro de la salud.

C. Apoyar la preparación de planes de acción de ámbito nacional para la promoción de la salud, recurriendo; si es necesario, a los conocimientos de la OMS y de sus asociados en esta esfera. Esos planes variarán en función del contexto nacional, pero se ajustarán a un marco básico que se acuerde en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y que podrá incluir, entre otros aspectos, lo siguiente:

- La identificación de las prioridades de salud y el establecimiento de programas y políticas públicas sanos para atender dichas prioridades.
- El apoyo a la investigación que promueva los conocimientos sobre prioridades determinadas.
- La movilización de recursos financieros y operacionales a fin de crear capacidad humana e institucional para la elaboración, la aplicación, la vigilancia y la evaluación de planes de acción de ámbito nacional.

D. Establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud.

E. Propugnar que los organismos de las Naciones Unidas se responsabilicen de los efectos en la salud de sus programas de desarrollo.

F. Informar a la Directora General de la Organización Mundial de la Salud, para los fines del informe que ésta presentará al Consejo Ejecutivo en su 107a

reunión, de los progresos realizados en la ejecución de las acciones arriba mencionadas.

CUESTIONES CLAVES:

- × Reafirmación de la importancia de la promoción de la salud
- × Focalizar en los determinantes de la salud
- × Hacia una mayor equidad
- × La promoción de la salud es científicamente apropiada
- × La promoción de la salud es socialmente relevante
- × La promoción de la salud es políticamente sensible
- × El rol de las mujeres en el desarrollo de la salud

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

- × Fortalecimiento de "La ciencia y el arte" de la promoción de la salud; para ello se requerirá de: Inversión continua en investigación y evaluación apropiada, para incrementar el entendimiento de los determinantes de salud y la efectividad de las estrategias de promoción de salud para abordar estos determinantes; también el desarrollo de indicadores que sean más sensibles y relevantes para la salud (en oposición a la enfermedad), determinantes de salud, equidad en salud, y el impacto a corto plazo de estrategias particulares de promoción de la salud y procesos de cambio; Incrementar la interacción, cooperación y participación entre investigadores, responsables del diseño de políticas, personal operativo y comunidades con quienes se trabaja; Identificación de estrategias prácticas que puedan ser utilizadas para lograr la mejor ubicación, ensamblaje, síntesis y difusión de los resultados de la evaluación, con distintos métodos como: conferencias, redes comunitarias de base y publicaciones periódicas así como con el uso de nuevas tecnologías incluyendo el Internet.
- × Fortalecimiento de habilidades políticas y acciones para la promoción de la salud, para ello se requerirá de: procesos democráticos que enfaticen en la descentralización del poder, los recursos y responsabilidades por la salud; Continuo activismo político y social donde sea necesario influenciar las políticas gubernamentales y fortalecer los poderes y responsabilidades de las comunidades para determinar y controlar su propia salud; Uso de un sistema de estudios de impacto en salud con un enfoque de equidad particularmente de políticas públicas a todos los niveles gubernamentales y de prácticas y políticas del sector privado, que

el soporte de la responsabilidad social para la salud sea entre gobiernos, sector privado, ONG's y comunidades; Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención primaria; Una mejor interacción entre los políticos, los responsables del diseño de políticas, los investigadores y el personal operativo, de esta forma se tendrá por un lado acciones de promoción de la salud basadas en mayor información de realidades políticas prevalentes y avances científicos; Planes y estructuras que fortalezcan la capacidad existente para implementar estrategias de promoción de la salud, y apoyar sinergias entre los diferentes niveles local, nacional e internacional.

Firmada en la Ciudad de México, el 5 de junio de 2000, en árabe, chino, español, francés, inglés, ruso y portugués, versiones todas ellas igualmente auténticas.²⁰

Durante el desarrollo de la Quinta Conferencia, se llevaron a cabo seis sesiones plenarias, con su respectivo informe técnico que considero de importancia, ya que son las líneas a seguir para México:

1. Base de evidencias en promoción de la salud.
2. La Inversión en salud.
 - × Invertir en desarrollo humano y social
 - × Alcanzar inversiones integrales y multisectoriales por la salud
 - × Comprender mejor la relación entre inversión y salud
 - × Mejorar la calidad de los indicadores
3. Responsabilidad Social por la Salud
 - × Que constituye la responsabilidad Social
 - × Como medimos la responsabilidad social y con que base de evidencia contamos
 - × Genero y equidad
 - × El énfasis en la comunidad. Estudios de caso
 - × Diversidad cultural.
4. Construcción de la capacidad comunitaria y Empoderamiento del Individuo.
 - × Capturar la evidencia acerca de los resultados y el valor de la construcción de capacidades en la comunidad

²⁰ OMS /OPS, Quinta Conferencia Mundial en Promoción de la Salud, P. 20.

- × Fortalecer las capacidades de los promotores de salud comunitarios
 - × Las claves de la construcción de capacidades en la comunidad
 - × Gobierno y percepciones del sector salud
 - × El rol de la mujer
5. Asegurando una infraestructura para la promoción de la salud
- × Infraestructuras apropiadas para la promoción de la salud
 - × Equidad
 - × Desarrollo de los recursos humanos
 - × Construyendo colaboración
6. Reorientación a los servicios de salud
- × Construyendo un camino para la reorientación
 - × La articulación entre el sector público y privado
 - × Como impulsar las acciones.²¹

De esta manera nos centraremos en esta última Conferencia, ya que se llevó a cabo en nuestro país y sus estrategias servirán de guía para la promoción de la Salud de todas las naciones; se tuvo una participación por parte del Presidente de la República donde comenta las circunstancias que rodean a nuestro país respecto al evento. Y porque marca la base para la implementación comprometida de la promoción de la Salud en nuestro país, y así pasa a ser una estrategia a desarrollar de ahora en adelante y que obliga a elaborar programas adecuados para nuestra población, pero también exige la formación de recursos humanos para tal fin.

En este sentido manifestó que la cooperación internacional es indispensable para seguir avanzando hacia un mundo en el que cada hombre y cada mujer, de todos los rincones de la Tierra, tengan acceso a buenos servicios de salud, y que para resolver los desafíos que implican la pobreza y el aislamiento, que han sido y continúan siendo los mayores obstáculos para que cada ser humano tenga la posibilidad efectiva de cuidar su salud y curar sus enfermedades, se requiere de una estrecha colaboración entre los distintos grupos sociales de cada nación y su respectivo gobierno.

Tras reconocer que ciertamente queda mucho camino por recorrer para llegar al sistema de salud suficiente y eficiente que merece el pueblo de México, el primer

²¹ www.who.ch/hpr/conference

mandatario se refirió a los avances que se han tenido como resultado de la reforma que en la materia se ha llevado a cabo desde el inicio de su gobierno, como la aportación de mayores recursos presupuestales, cuyo crecimiento en términos reales representa el gasto por habitante más alto de la historia.

Asimismo, destacó la descentralización de los servicios de salud para población no cubierta por las instituciones de seguridad social, que ha dado una mayor eficacia en el gasto, más fortaleza y agilidad, estando los recursos donde más se necesitan y permitiendo que las decisiones se tomen donde mejor se conocen los problemas: en cada localidad, en cada municipio y en cada estado, por lo que las respuestas son ahora más directas, oportunas y eficaces que en el pasado.

Enfaticó la importancia del Programa de Ampliación de Cobertura, mediante el cual al terminar este año, 99 de cada 100 personas en el país tendrán acceso a cuando menos los servicios esenciales de salud, y en este sentido dio a conocer que la OPS ha certificado ya la cobertura universal de éstos en 16 de las 32 entidades federativas, esperando que en este año queden certificados 13 estados más.

La capacidad del sistema de salud, añadió, se ha apoyado en la construcción de 156 hospitales y más de 2 mil 800 clínicas y centros de salud en los últimos cinco años, lo que equivale a haber construido más de un hospital cada dos semanas y más de dos unidades médicas cada día hábil. Para atender la nueva infraestructura y reforzar el personal de la ya existente, en estos mismos años se contrataron a más de 45 mil nuevos médicos y enfermeras, dijo.

El presidente de la República informó que en este año se construyen 316 centros de salud, 20 unidades de segundo nivel y 12 unidades de especialidad, e indicó que no basta con que haya servicios de salud disponibles, sino que es preciso que la población sepa y quiera aprovecharlos.

Habló también del PROGRESA, programa que están recibiendo 2 millones 600 mil familias, y cuya experiencia calificó como muy alentadora, ya que efectivamente están mejorando los hábitos de salud de la población de menores recursos, e hizo mención de otro instrumento que apoya la nueva cultura de salubridad e higiene en el país, como es el de municipios saludables, conformado por más de mil 300, más de la mitad de los que existen en la república.

Dentro de la Reforma del Sector Salud, el primer mandatario citó los alcances que se han tenido en cuanto a la prevención de enfermedades, mediante el esquema de vacunación que es el más completo de Hispanoamérica, y cuya cobertura llega a 98 de cada 100 niños menores de cinco años. Asimismo consideró importantes otros componentes como el de la salud de la mujer y lo que se realiza para elevar la calidad de los servicios.

En lo correspondiente a la reforma a la seguridad social, señaló que ésta incluyó una mucho mayor aportación de recursos públicos para el sostenimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, una mejor organización de los distintos ramos de aseguramiento y un sistema de pensiones basado en cuentas individuales capitalizables para cada trabajador. Por su parte, el secretario de Salud, José Antonio González Fernández tras dar la bienvenida a los participantes, señaló el agradecimiento de México por haber sido designado como sede de una historia que se inició con la Carta de Ottawa, en donde se realizó la primera Conferencia en 1986, y que continuó en 1988 en Adelaida, en 1991 en Sundvall y en 1997 en Yakarta.

Informó que la Declaración Ministerial de México sobre Promoción de la Salud se reconocerá que el grado máximo de salud que se puede alcanzar es un derecho fundamental de todo ser humano y que la salud es un valioso recurso, indispensable para el disfrute de la vida.

Que también se considera que la promoción de la salud es un deber primordial y una responsabilidad de los gobiernos compartida con todos los demás sectores de la sociedad, y que en esta Declaración se hacen patentes los esfuerzos persistentes y conjuntos de los gobiernos y las sociedades, que han dado importantes mejoras sanitarias y progresos en la prestación de los servicios de salud en muchos países del mundo.

Sin embargo reconoció que no obstante los avances aún persisten muchos problemas de salud que entorpecen el desarrollo social y económico, y que por tanto deben abordarse urgentemente para fomentar mejores y más equitativas condiciones para el disfrute de los bienes sociales.

Tras mostrar su beneplácito por contar en esta Conferencia con más de 800 especialistas de todo el mundo, entre ellos 200 mexicanos, sostuvo que ésta servirá de plataforma para discutir el carácter de una Alianza Mundial para la Promoción de la Salud, para aprovechar el potencial de muchos sectores de la sociedad en esta materia, creando nuevos vínculos de asociación en pie de igualdad entre los diferentes sectores en todos los niveles de gobierno.

Por último, agradeció a la Organización Mundial de la Salud, a través de la doctora Gro Harlem Brundtland y a la Organización Panamericana de la Salud, en la persona del doctor George Alleyne, por su entusiasmo, por la eficacia con que han ayudado a conducir y a consolidar este encuentro, que sin duda augura el mayor de los éxitos.²²

²² SSA, Boletín No. 253 (Dirección General de Comunicación Social)

III. MARCO REFERENCIAL

3.1. ANTECEDENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO.

EL MÉXICO PRECORTESIANO

La historia del México ó lo que sabemos de la historia es por los escritos y narrativas que han dejado los historiadores españoles, porque es difícil creer que lo que se narra ahora sea recopilado de los protagonistas de la misma historia prehispánica, pero lo tomaremos como referencias, así los compiladores nos cuentan que: El 29 de abril de 1519, 1 Acatl, Moctezuma II vio que el aspecto del cielo era diferente del de otros amaneceres: presentaba una coloración rojo intenso, como presagio de la catástrofe que se cernía sobre su gran imperio. En efecto, aquel día desembarcó en las costas del actual Veracruz el intrépido Hernán Cortés, al mando de la primera expedición invasora, de las varias que sufriría nuestro país en el curso de su historia. Con Cortés no sólo llegaban nuevos conceptos filosóficos, religiosos, y económicos; infortunadamente los españoles, también trajeron terribles males que no se conocían en el Nuevo Mundo, como la tifo, la viruela o lepra grande, la tosferina, el sarampión o lepra pequeña, el paludismo y la fiebre amarilla. La población de la América Precortesiana no disponía de elementos para combatirlos.



Imagen 1. CAMACHO Solís, El fomento de la salud, p. 15

La medicina entre los aztecas aparte de tener un alto nivel científico, con el conocimiento profundo de la herbolaria, también se amalgamaba con magia y religión.

Hoy interpretamos el concepto de fomento de la salud como un proceso social orientado hacia el logro de la autorresponsabilidad en materia de conservación y mejoramiento de la calidad de vida y, por ende, de la salud. Hemos de reconocer que los aztecas tenían una noción clara del ideal al cuál los habitantes de la populosa Tenochtitlan debían conformar sus acciones. En efecto, se había legislado en el sentido de imponer severas penas a quienes encendieran fogatas sin causa que lo justificara; también había sanciones para quien arrojara objetos en las calzadas, se castigaba duramente al mancebo que apareciera en la vía pública en estado de ebriedad, o que yaciera borracho en la calle; el castigo era más estricto para los nobles; a los plebeyos les daban una segunda oportunidad en cambio, a los nobles que cometían este delito se les aplicaba la pena de muerte. El consumo del tabaco, casi exclusivo para las clases dirigentes, se hacía después de las comidas y rara vez en otras ocasiones.

En cuanto a las costumbres higiénicas, Tenochtitlan carecía de albañales; Como la mayoría de las ciudades de aquella época, las aguas negras se vertían por los canales en la alguna, pero gracias a las corrientes lacustres, se aseguraba su dispersión. Los aztecas aprovechaban los desechos obtenidos de las letrinas públicas para abonar las tierras de labor.

Los hábitos de higiene se cuidaban escrupulosamente; el baño era una obligación diaria (el autor comenta que los aztecas no utilizaban el jabón como ahora lo conocemos, pero lo sustituían con dos productos vegetales detergentes: el fruto del copalxócotl y la raíz de la saponaria americana), y sólo por alguna circunstancia excepcional, como una manda o promesa para obtener algún favor de los dioses, dejaban de hacerlo. Hasta los cautivos destinados a ser sacrificados a Huitzilopochtli se sometían a un baño ritual, por ello les daban el nombre de "Tlaaltitlin", es decir, "los que han sido bañados". En Tenochtitlan eran afectos a la limpieza, que antes de servir los alimentos, a los invitados se les proveía de un aguamanos; y al terminar el banquete, volvían a lavarse las manos y se enjuagaban la boca.

En ninguno de los códices conocidos encontramos referencias de que se hayan presentado grandes epidemias en México-Tenochtitlan.

La primera gran epidemia, de trágicas consecuencias que azotó a la América Continental, fue la viruela, que introdujo un negro cubano de nombre Francisco Eguía, quién desembarcó en 1520 de uno de los navíos que formaban parte de la flota de Pánfilo de Narváez.

Al comenzar los aztecas la defensa de su ciudad ante el embate de Cortés y sus aliados, la epidemia de viruela los había diezclado. Esta fue una de las causas de la caída de Tenochtitlan, 13 de agosto de 1521.

Los conquistadores, "después de consumir la destrucción de templos y palacios, cegar pozos y canales, no sólo habían destruido una ciudad; con ella, concluía también una gran cultura.

EL VIRREINATO

A partir de 1521, los mexicanos tuvieron que aprender a vivir en nuevas condiciones lo cuál redundó en circunstancias adversas para su salud, pues grandes epidemias, hambrunas, inundaciones y terremotos llegaron a devastar considerablemente a los indígenas.

La mortandad habría sido mucho mayor, de no ser por la fundación de hospitales en la nueva España durante el periodo colonial, en el mismo año de la conquista se inicia la construcción del primero el hospital de Jesús, Cinco años después se erige el de la Tlaxpana y en 1530 se funda el Hospital de San José de los Naturales.

Durante la dominación española diversos padecimientos asolaron periódicamente a la población: principalmente el tifo, la viruela, el sarampión y la fiebre amarilla, había nosocomios dedicados a la atención exclusiva de leprosos, la de males venéreos, para enfermos mentales, etc. Algunas ordenes religiosas se dedicaron a estas labores humanitarias: los franciscanos, los betlemitas, los hipólitos, los Juaninos. En la construcción y en el sostenimiento de estos centros hospitalarios colaboraron reyes, virreyes, cabildos, indios principales y acaudalados filántropos. Estos hechos documentados nos confirman que, desde la época colonial, la atención de las enfermedades no era responsabilidad exclusiva del estado, sino que la comunidad participaba activamente en las acciones del cuidado de la salud pública.

En 1628 se crea el Protomedicato, junta encargada de regular y velar por el buen ejercicio y la enseñanza de la medicina y de otras artes afines, y de vigilar todo lo relacionado con la higiene y la salubridad publicas. El protomedicato estuvo en vigor hasta el tercer decenio del siglo XIX. En las Ordenanzas de la Ciudad de México, impresas en 1755, se lee " Que ninguna persona sea osada a echar basura, si servicios en las calles, ni en plazas, ni en acequias, ni pilas de esta ciudad, so pena de dos pesos por cada vez que la echarán; y si no pudieren ver quién lo ha hecho, al vecino más cercano de donde se hallare la dicha basura, se le mande la quite dentro de tres horas o pague un peso, y se evite a su costa"²³

²³ CAMACHO Solís, El fomento de la salud, p. 23

Por otro lado, existía en esas leyes la intención de mejorar servicios públicos, como el empedrado de calles, el alumbrado y la limpieza de acequias o zanjas, plazas y cañerías.

En 1813 se decretó que la Policía de Salubridad, adscrita a los ayuntamientos, debía cuidar de la limpieza de calles, mercados y plazas públicas; vigilar la calidad de los alimentos y verificar que los cementerios estuviesen adecuadamente ubicados.

Así se veló durante la época virreinal por la salud de la población, con disposiciones y establecimiento de acciones donde intervenían diversos niveles de gobierno, y en las cuales también participaba la población.

EL MÉXICO INDEPENDIENTE

La libertad, anhelo supremo de los pueblos, tardó tres siglos en conseguirse y se alcanzó después de once años de lucha cruenta. Sin embargo, los comienzos de la nación libre y soberana no transcurrieron con la tranquilidad que se esperaba, pues el México independiente, en su primera etapa, hubo de enfrentar más de diez invasiones armadas internacionales, y más de veinte rebeliones intestinas para derrocar al gobernante en turno.

En esta época, la silla presidencial fue ocupada más veces que el total de virreyes que gobernaron a la Nueva España en los trescientos años de la colonia. Tras la intervención militar de Estados Unidos de América, México vio mutilado su territorio en la mitad de lo constituía su superficie total.

El ir y venir de tropas por el territorio nacional, en grandes y constantes movilizaciones, fue causa de que en el periodo de 1821 a 1910 cundiera en el país graves enfermedades, en efecto, afligió a la población mexicana cerca del doble de epidemias registradas durante toda la época virreinal. En cuanto al sarampión, la fiebre amarilla y la influenza, su incidencia fue casi igual que la registrada en aquellos 300 años, la del tifo fue ligeramente superior, la viruela se manifestó en brotes epidémicos cuatro veces mayores y aparecieron nuevas epidemias, como las del paludismo, difteria y dengue. Sin embargo la que causó más estragos fue la del cólera morbo.

(El autor comenta que a sólo seis meses de haber cubierto de gloria las armas nacionales, fallece Ignacio Zaragoza víctima de tifoidea)²⁴

²⁴ Ibidem, p. 26

En cuanto a medidas sanitarias, son memorables los Bandos de Policía y de Buen Gobierno, promulgaron en 1822 y 1824, estas disposiciones gubernamentales tendían a continuar las prácticas de buenas costumbres y de protección de la salud pública que ya había ordenado el gobierno virreinal; a ambos los revocó y adicionó el Bando de 1825 donde se disponía pena de multa en contra de quien arrojara a la calle trastos, basura, tiestos, etc., el denunciante recibiría una tercera parte del monto de la multa. También prohibía verter agua, sucia o limpia, por ventanas, balcones o puertas; constituía una falta administrativa sacudir alfombras, petates, ropa o demás cosas que causaran incomodidad en la vía pública, quedaba prohibido limpiar carruajes con riego de agua en las calles y bañar allí caballos, así como fregar trastos y lavar ropa en las fuentes públicas.

Mediante este ordenamiento, los vecinos estaban obligados a mandar barrer el frente, los costados, la parte posterior y los lugares aledaños a sus casas los lunes, miércoles y sábados, durante todo el año, aún en días festivos, de 6 a 8 de la mañana; y regar las calles, excepto cuando lloviera; la misma obligación regía para los conventos, las iglesias y los hospitales. Los vecinos debían salir, en cuanto oyeran la campanilla de los "carros de limpia", a vaciar en ellos la basura; si la arrojaban a la calle, se hacían acreedores a una multa.

El citado Bando, entre otras disposiciones también castigaba con multa a quienes colocaran en la vida pública letreros con faltas de ortografía y a los cocheros de sitio se les prohibía expresamente cobrar de más, aunque estuviera lloviendo. La Junta de Vacunación de la Ciudad de México expidió un reglamento donde se indicaban los días, horas y sitios para vacunación, generalmente las parroquias y se hacían responsables de su cumplimiento al presidente del protomedicato.

Con la intención de recuperar cierto número de delincuentes y dedicarios a una actitud útil a la población, se dispuso que "los reos pueden emplearse en el servicio de los hospitales".

(El autor comenta: La Academia Nacional de Medicina, fundada en 1864, tuvo antecedentes en otras corporaciones desde 1836, como resultado de la inquietud que existía para mejorar la salud)²⁵

En 1831 se expidió la Ley de Cesación del Tribunal del Protomedicato y se creó la Facultad Médica de la Ciudad de México, con la obligación de elaborar el Código Sanitario. Dos años después se creó el Consejo Superior de Salubridad.

En 1848 se fundó en la Ciudad de México el Hospital Juárez, denominado San Pablo; pasarían cuarenta años para que empezaran a funcionar otros nosocomios, como el de la Beneficencia Española, el Americano y el Francés. En aquellos años ejercían en la Ciudad de México 120 médicos cirujanos, 25 médicos o cirujanos y

²⁵ Ibidem, p. 27

54 personas de otras disciplinas relacionadas con la medicina. Esto convertía a la medicina en la segunda rama profesional en importancia, pues los abogados llegaban a 430, en tanto que el total de arquitectos era de 14 y el de los ingenieros de sólo 7.

Poco después de la restauración de la República, Don Benito Juárez, que anteriormente había demostrado interés por los hospitales, promulgó en 1869 la Ley Orgánica de la Instrucción Pública donde se incluía en el programa de estudios de niños de primaria las asignaturas de moral, urbanidad e higiene y en el de las niñas, adecuaba las labores femeninas; para la instrucción secundaria, materias como higiene y economía doméstica, deberes de la mujer en la sociedad y de la madre para con la familia y el Estado.

(El autor comenta: El licenciado Benito Juárez, siendo diputado, formó parte de la Junta Superior de Sanidad del estado de Oaxaca en 1834 y en 1856 como gobernador, estableció el Consejo Superior de Salubridad del estado.²⁶

En 1872, el Reglamento del Consejo Superior de Salubridad fijaba, entre sus atribuciones, las de dictar medidas de salud Pública, tanto en tiempos normales como en épocas de tribulaciones y epidemias; la obligación de efectuar visitas periódicas a hospitales, cárceles, establecimientos públicos, industriales o mercantiles y cuidar que las sustancias alimenticias no estuvieran adulteradas.

Otro paso importante lo dio Don Manuel Septién y Llata, quién en 1879 señaló la relación de causa-efecto entre el buen estado de salud de un pueblo y la vigilancia médica constante; Aquel mismo año, el Consejo Superior de salubridad realizó estadísticas razonadas sobre mortalidad, observaciones de climatología médica y señalamientos de deficiencias en los hospitales. Promovió al máximo el uso generalizado de la vacuna antivariolosa.

El reglamento del consejo Superior de Salubridad de la República Mexicana, prescribía las reglas higiénicas a que se someterían los hospitales, las escuelas y otros establecimientos públicos, el suministro de agua potable, el tratamiento de los desechos humanos; también imponía normas de higiene en cuanto a alimentos y viviendas.

A finales del siglo pasado se emitieron otras disposiciones normativas orientadas hacia el mejoramiento de la salud pública; por ejemplo, la que ordenaba que "para conseguir un saneamiento gradual de todas las casas de la Ciudad, la persona que construya o reconstruya deberá someter a la población del Consejo Superior de Salubridad el plano de edificio, para que este organismo verifique los detalles de la higiene de la vivienda.

²⁶ Ibidem, p. 29

Aunque los inicios de la vida independiente de México fueron dramáticos y registraron muchas carencias en materia de salud pública, poco a poco y mediante el interés que manifestaron los buenos gobernantes con la labor del Consejo Superior de Salubridad, con la colaboración creciente de los ciudadanos, el país fue modificando sus hábitos, para acceder a un mayor nivel de bienestar social.

EL PERIODO POSREVOLUCIONARIO

De la Constitución de 1917 surgió un organismo técnico centralizador de las acciones gubernamentales en materia de salud. Se denominó al principio Consejo Superior de Salubridad Pública y fue el origen del Departamento De Salubridad Pública, cuyas funciones primordiales eran educar a la población para que colaborara en la resolución de problemas de salud e higiene pública; aplicar las medidas pertinentes para protegerse de las enfermedades y fomentar hábitos sanos, orientados a llevar una vida higiénica, con bienestar individual y social.

En 1921 se instituyó la Sección de Educación Higiénica; imprimía folletos, carteles y volantes; filmaba y exhibía películas de índole documental-recreativa; publicada en periódicos con artículos en materia higiénica. En 1926, organizó la Primera Semana Nacional de Higiene del niño y al año siguiente, la Semana contra las Drogas Enervantes.

A través de la Comisión de Propaganda Educativa-Brigada Móvil, en aquellos años se inició una amplia labor de difusión para apoyar la lucha contra las enfermedades venéreas, la tuberculosis pulmonar y otras enfermedades transmisibles, que tenían gran incidencia.

En 1931, con la organización del Departamento de Educación Higiénica, intercambio y Bioestadística, se crearon los puestos de médicos misioneros, que realizaron una amplia labor, en coordinación con las Misiones Culturales instituidas en la Secretaría de Educación Pública.

En 1934, durante el gobierno del general Lázaro Cárdenas, se redactó y promulgó el Código Sanitario, el cual señalaba al Departamento de Salubridad Pública las funciones de educación constante de la población en materia de higiene individual y social.

Durante el mandato del general Manuel Ávila Camacho (1940-1946) se intentó implantar educación higiénica permanente en las primarias, mediante comités juveniles de higiene.

En octubre de 1943 se fusionaron el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia Pública, formando la Secretaría de Salubridad y Asistencia, una de cuyas dependencias, la Dirección de Educación Higiénica, se convirtió en el centro de orientación técnica al servicio de las oficinas sanitarias de la república.

El periódico Higiene fue sustituido por la publicación Salud; en la prensa diaria y las revistas se insertaron artículos y gacetillas sobre temas de salud. Una novedad publicitaria surgió en 1946 y 1947 con la edición del Calendario de Higiene y Medicina, de tipo exfoliador, el cual contenía en cada una de sus páginas un lema o una máxima destinados a promover medidas de higiene.

Hasta 1952, la Dirección de Educación Higiénica tuvo funciones eminentemente prácticas; sus acciones eran en especial informativas, y las cumplía en forma independiente de las demás dependencias de la Secretaría del ramo; a partir de aquel año, imprime un cambio cualitativo a sus atribuciones; con criterio más técnico, conforme a un esquema de trabajo más armónico y en vinculación más estrecha con los programas de salubridad de todo el país. En 1955, esta Dirección se transforma en un servicio técnico-normativo, que suministra a otras dependencias, los materiales necesarios para promover actividades educativas en materia de salud pública.

Durante el gobierno del Licenciado Adolfo López Mateos (1958-1964), México dispuso de más de los servicios sanitarios en poblaciones aisladas; se fundó el Centro de Producción de Material Audiovisual, el cual filmó películas que se exhibieron en los barcos Mensajeros de la Salud I y II, que navegaban a lo largo de las márgenes de los ríos Grijalva, Usumacinta y Hondo.

(La importancia de mencionar esta película por parte del autor es porque en 1959 la misma obtuvo un premio internacional como la mejor película educativa de cortometraje) y comenta también: Maximiliano Ruiz Castañeda, médico e investigador, descubrió la vacuna contra el tifo; por su labor científica fue condecorado por varios países.²⁷

Durante el mandato del licenciado Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970), se dio preeminencia a la comunicación educativa a través de la radio, la prensa, la televisión, el cine, y de la publicación de libros y diversos impresos. Se elaboraron, para las escuelas de enseñanza primaria, tres unidades pedagógicas: fiebre reumática, Tuberculosis y Saneamiento.

Durante la gestión del licenciado Luis Echeverría Álvarez (1970-1976) las políticas se fundamentaron en el principio de que es necesaria la participación activa de todos los ciudadanos en los procesos de promoción y conservación de la salud.

²⁷ Ibidem, p. 38

Una labor sobresaliente fue la publicación de las cartillas de salud; abarcaban aspectos importantes de la promoción de la salud, así como medidas pertinentes para evitar las enfermedades.

En el periodo presidencial del licenciado José López Portillo (1977-1982), la Secretaría comenzó el proceso de desconcentración administrativa; en el ámbito de Educación para la salud los esfuerzos se orientaron a racionalizar su organización, por la reducción de los recursos que se le destinaron.

En la administración del licenciado Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988), se elabora el documento unificador de criterios de operación el cual se materializa en la Norma Técnica de Educación para la Salud. Se promueve la organización del Sistema Nacional de Salud, para elevar la coordinación entre las instituciones relacionadas.

Se utilizaron los medios de comunicación de masas y se establecieron los Días Nacionales de Vacunación; se firmaron convenios para este efecto.²⁸

Todos estos años de historia y estas experiencias acumuladas nos muestran que es necesario que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto, reciban cada vez mejor información en salud; pero esto no es suficiente, es preciso influir sobre las actitudes y desarrollar las habilidades para que todos actuemos, siempre a favor del bienestar individual y colectivo, y en la protección del medio.

Sentido de auto cuidado y solidaridad, conciencia social ecológica, eficacia y equidad son los principios fundamentales en la consecución del ideal de vivir en un México sano.

Bueno como podremos notar, en nuestro país no tenemos una historia relacionada con la promoción de la salud, si acaso se inició a darle presencia, con el licenciado Miguel de la Madrid, durante su periodo presidencial, pero notamos que no fue creado por inquietud interna, fue obligado por solicitud de instancias mundiales, ya que llama la atención la mención de equidad y eficacia, principios que rigieron la carta de Ottawa y que influye bastante en las estrategias de salud para esos años.

²⁸ ibidem, p. 38

3.2 INSTANCIAS EN MÉXICO ENCARGADAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En nuestro país son tres las instituciones que desarrollan la promoción de la salud, los analizaremos como sigue: primero la Secretaría de Salud, después el Instituto Mexicano del Seguro Social y por último el Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado.

En los apartados que a continuación se presentan, se incluyen los modelos operativos de promoción de la salud de cada institución.

3.2.1 SECRETARIA DE SALUD

ANTECEDENTES

La Secretaría de Salud decidió crear una Dirección General encargada de definir y conducir la política nacional en la materia. En este contexto, se definió el fomento como un proceso social que se orienta a lograr la autor responsabilidad en la conservación y el mejoramiento de la calidad de vida y, consecuentemente, de la salud. Su objetivo consiste en convertir la educación para la salud y la participación social en los ejes fundamentales para que la población se incorpore a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, con acciones de información, comunicación, capacitación y movilización social.

HACIA UNA CULTURA DE LA SALUD; Con el surgimiento de la Dirección General de Fomento de la salud, se pretendió impulsar las tareas de promoción de la participación social con las de educación para la salud como estrategias básicas para la consolidación de una cultura, en la cual la vida sea el valor supremo y la salud, la condición fundamental para disfrutarla a plenitud.

En el siglo XX en el campo demográfico se desaceleró el crecimiento a poco menos del 2%, pero persisten alta fecundidad, embarazos tempranos y tardíos, y sin suficiente periodo intergestacional; la población ha entrado en un proceso de envejecimiento progresivo.

A pesar de la transición rural-urbana, existen más de 100,000 comunidades de menos de 500 habitantes y en las concentraciones urbanas se tienen áreas marginadas en rápida expansión. Tanto éstas como aquellas rebasan la capacidad de los servicios básicos o se carece de ellos. En el campo de la educación, el analfabetismo ha disminuido alrededor de 6%, los niños en edad escolar tienen acceso a la educación básica, sin embargo la eficiencia terminal es baja y la calidad insuficiente.

El estado nutricional de nuestra población se ha afectado con la incorporación de patrones externos: el consumo de productos de bajo valor nutritivo, aunado a la retracción del poder adquisitivo amenazan con agravar la situación, por otra parte el sedentarismo y otros hábitos nocivos favorecen el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles.

Los accidentes, las violencias y las adicciones escalaron rápidamente para ocupar lugares preponderantes, las enfermedades cardio-vasculares, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, persisten los tumores malignos más frecuentes, aquellos que son abatibles, son inaceptables las diferencias entre regiones de nuestro país, las cuales pueden ser tan significativas como 12 años en esperanza de vida o 2.4 veces en la mortalidad infantil, también lo son, las desigualdades entre el medio urbano y el rural.²⁹

Como podremos observar y analizar, el anterior texto, fue escrito en el periodo de 1989-1994, y hoy 8 años después, nos damos cuenta que las necesidades de salud siguen siendo las mismas, que la instancia en esa época que se encargaba de ofrecer la promoción de salud, se llamaba "Dirección de Fomento a la Salud" que hoy día sigue existiendo, pero con otro nombre sólo para responder a exigencias actuales, "**Dirección General de Promoción para la Salud**", pero que administrativa y en organización sigue con los rezagos de hace 8 años, se sabe de las necesidades y la problemática, porque es visible y reconocida por la población ampliamente, pero de las estrategias, programas, recursos materiales y humanos, no se tienen hasta ahora avances significativos, pero considerando que a raíz de la quinta conferencia internacional de promoción de la salud celebrada en México, se obliga a este a desarrollar activamente las estrategias y acciones que ahí se mencionaron.

MISIÓN:

La Dirección General de Promoción de la Salud es la Unidad Técnico Normativa, dependiente de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, cuya misión es normar, planear, coordinar, supervisar, evaluar y asesorar las acciones

²⁹ CAMACHO Solís, El fomento de la salud, p. 49-51

para promover la salud de la población en las entidades federativas, por medio de la elaboración y difusión de normas, modelos operativos, documentos técnicos y materiales de apoyo, así como la capacitación del personal responsable en el ámbito estatal.

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando a la población el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo; Coadyuvando de esta manera en el desarrollo de los programas y acciones sustantivas.

ESTRATEGIAS:

Tomando en cuenta que la promoción de la salud implica una gama de acciones formales y no formales, intra e intersectoriales, para desarrollar sus programas (componentes) se han implementado diversas estrategias que permiten alcanzar sus objetivos:

- × Educación para la Salud
- × Participación social
- × Comunicación educativa.
- × Capacitación.
- × Coordinación y concertación.

ESTRATEGIAS

- ✓ Educación para la salud.

Impulsa por medio de los sistemas de educación formal e informal, acciones para fortalecer o modificar actitudes y desarrollar hábitos saludables benéficos en el auto cuidado de la salud de la población.

- ✓ Participación social.

Esta estrategia constituye uno de los pilares fundamentales de la Promoción de la Salud, logrando involucrar a la población y organizaciones locales, así como a las instituciones locales de los sectores público, privado y social en la planeación,

programación, ejecución y evaluación de los programas, proyectos y acciones de promoción de la salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

- ✓ Comunicación educativa.

Se sustenta en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos, basados en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar una cultura de la salud.

- ✓ Capacitación.

Estrategia que incorpora nuevos conocimientos y prácticas, así como métodos y técnicas didácticas que permiten al personal de la salud y a los recursos humanos comunitarios, modificar hábitos, actitudes y comportamientos de la población, con el propósito de lograr una mejor calidad de vida.

- ✓ Coordinación y concertación.

Además de la participación social, estas son estrategias imprescindibles que formalizan y garantizan las acciones conjuntas entre diferentes organismos públicos, privados y sociales, para desarrollar programas, proyectos y acciones conjuntas.³⁰

PROGRAMAS

- ◆ SALUD FAMILIAR
- ◆ SALUD INTEGRAL DEL ESCOLAR
- ◆ SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE
- ◆ SALUD MUNICIPAL
- ◆ PROESA (PROGRAMA DE EJERCICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD)
- ◆ DESARROLLO DE CONTENIDOS EDUCATIVOS

SALUD FAMILIAR

- ◆ LA SALUD EMPIEZA EN CASA
- ◆ ORIENTACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
- ◆ MUJER, SALUD Y DESARROLLO

³⁰ www.ssa.gob.mx/unidades/dgps/q1.htm

El programa está enfocado a sensibilizar a las familias para que se responsabilicen del cuidado de su salud, ejerzan un mejor control sobre ella, desarrollen estilos de vida saludables y no solamente eviten enfermedades, sino que logren un real beneficio de la salud.

♦ LA SALUD EMPIEZA EN CASA

El propósito de este subprograma es propiciar la participación del núcleo familiar en el auto cuidado de la salud, tomando como eje principal a la ama de casa, a la que se capacita para que participe como procuradora o como agente de salud. Se inicia con un proceso de sensibilización a la madre de familia para que reconozca su papel como agente de cambio a favor de la salud al interior del seno familiar.

Posteriormente se le capacita en 26 temas relacionados con higiene y medio ambiente, embarazo, lactancia materna, crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de cinco años, así como temas que se refieren a la prevención y atención de enfermedades, todos ellos vinculados al Paquete Básico de Servicios de salud; al final de este proceso se reconoce al padre o a la madre como procuradora o agente de salud.

Con esta estrategia es posible incorporar al mayor número de familias en el auto cuidado de la salud.

Para la capacitación se cuenta con un tarjetero de la salud que incluye 26 tarjetas con los temas de salud correspondientes que se distribuyen a los participantes en cada sesión y un manual de capacitación.

OBJETIVOS

Reducir los riesgos de la salud en el hogar, por medio de la participación activa de todos los miembros de la familia, fortaleciendo las acciones preventivas.
Fomentar la revaloración y la autoestima de la mujer.

♦ ORIENTACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Este subprograma promueve el mejoramiento de los hábitos alimentarios de la población, mediante la capacitación de los recursos humanos institucionales y no institucionales, tomando en consideración la cultura alimentaria, los estilos de vida actuales, la disponibilidad y accesibilidad de alimentos.

La Orientación Alimentaria es considerada como pilar fundamental de la prevención de enfermedades derivadas del deficiente o excesivo consumo de alimentos, como es la desnutrición, la obesidad, diabetes, hipercolesterolemia, enfermedades del corazón, anemias, osteoporosis, entre otras.

OBJETIVOS:

- Fortalecer la participación de la población en acciones orientadas a mejorar su estado nutricional.
- Intensificar la participación de los medios de comunicación en materia de nutrición y alimentación, por medio de campañas educativas.
- Fomentar la producción de alimentos para autoconsumo, promoviendo aquellos autóctonos y regionales que mejoren la alimentación y nutrición.
- Fomentar el consumo de alimentos ricos en hierro, yodo y vitamina "A".
- Coadyuvar a prevenir enfermedades originadas por exceso o deficiencia en el consumo de alimentos.

♦ MUJER, SALUD Y DESARROLLO:

Este subprograma tiene el propósito de contribuir a mejorar la salud de la mujer a lo largo de su ciclo de vida y de constituirse en un elemento básico para impulsar su desarrollo. Actualmente cuenta con diagnósticos nacionales y estatales de salud de la mujer que proveen información para su atención y educación en salud.

Actividades:

- Fomentar el auto cuidado de la mujer en los ámbitos laboral, escolar y familiar
- Capacitar a los profesionales de la salud sobre las necesidades y problemas específicos de las mujeres.
- Promover el desarrollo de programas de promoción y prevención dirigidos a las niñas y a las mujeres para favorecer su desarrollo integral.

OBJETIVOS:

Promover la prevención de la violencia intra familiar
Incorporar el enfoque de género en las acciones de promoción de la salud.³¹

³¹ DGPS, SSA, Modelo Operativo de salud Familiar

SALUD INTEGRAL DEL ESCOLAR

- × SALUD INTEGRAL DEL PREESCOLAR Y ESCOLAR
- × ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD
- × RED LATINOAMERICANA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

Este programa abarca la promoción y cuidado de la salud de menores en educación preescolar y primaria.

Impulsa el desarrollo de cuatro lineamientos generales: la educación para la salud, la atención de problemas de salud, la promoción de ambientes escolares saludables y la participación social, ampliando su ámbito de acción a los niveles local y municipal.

El objetivo general del programa es contribuir a la promoción y el cuidado de la salud de los escolares para su mejor desarrollo físico, mental y social, con la participación de docentes, padres de familia y sociedad en general

La Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría de Educación Pública están llevando a cabo en toda la República Mexicana este Programa de Salud Integral del Escolar y además, colabora en la revisión permanente de los contenidos de salud en los libros de texto para alumnos y maestros de educación básica.

Asimismo, la Dirección General de Promoción de la Salud, a través de este programa, es miembro de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud.

× SALUD INTEGRAL DEL PREESCOLAR Y DEL ESCOLAR

Este programa tiene como finalidad contribuir al bienestar físico, mental y social de las y los alumnos, maestros y las madres y padres de familia, mediante acciones que se realizan en el entorno escolar. Tiene como propósito el cuidado de la salud física, mental y social de los niños que acuden a los centros de educación preescolar. Comprende acciones educativas, de detección y atención de problemas de salud y cuidado del ambiente, así como capacitación a las madres para una mejor atención del niño en el hogar.

OBJETIVOS:

- × Fomentar en la comunidad escolar el desarrollo de conductas y actitudes orientadas a la práctica y conservación de la salud como un bien social y cultural.
- × Prevenir los problemas y riesgos a la salud que afectan el desarrollo y el aprendizaje de los escolares y promover su atención.
- × Lograr que la escuela y su entorno sean ambientes que favorezcan el desarrollo físico, mental y social de los escolares.
- × Consolidar la participación organizada de la comunidad escolar y la sociedad en general, para el cuidado y mejoramiento de la salud en los escolares.

ACTIVIDADES:

Capacitar y apoyar a los educadores en el desarrollo de acciones de educación para la salud.

Establecer mecanismos para la dirección de riesgos y atención oportuna de problemas de salud.

Proponer contenidos de salud para los programas de estudio, manuales y guías de trabajo.

Promover ambientes saludables en las escuelas mediante actividades de participación social.

Fomentar la venta de alimentos que favorezcan la salud del escolar.
Capacitar a las madres de familia.

ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han venido impulsando desde 1990 la Promoción de la Salud mediante las escuelas, como una estrategia diseñada para mejorar la salud de los estudiantes, del personal docente, de los padres de familia y de los miembros de la comunidad. La escuela es un ambiente donde las personas viven, aprenden y trabajan; la salud se vive y se aprende en la vida cotidiana, por lo que la escuela es uno de los escenarios más importantes donde se promueve la salud.

El movimiento de Escuelas Promotoras de la Salud se inició en México a partir de 1996, fecha de constitución de la [Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud], celebrada en San José, Costa Rica. Al formar parte de la Red Latinoamericana nos comprometimos a formar escuelas promotoras y una Red Nacional que las fortalezca e interrelacione.

× RED LATINOAMERICANA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

Escuelas Promotoras de la Salud

Las escuelas que fomentan el desarrollo humano saludable y las relaciones humanas constructivas y armónicas, que promueven aptitudes y actitudes hacia la salud, que cuentan con un edificio seguro y confortable, con agua potable e instalaciones sanitarias adecuadas, y una atmósfera psicológica positiva para el aprendizaje, se consideran "Escuelas Promotoras de la Salud".³²

SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE.

- × ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DENTRO DEL SISTEMA EDUCATIVO FORMAL
- × FORMACION DE PROMOTORES ADOLESCENTES
- × EDUCACIÓN NO FORMAL PARA GRUPOS ESPECIFICOS

El Programa tiene como principal propósito coadyuvar al fomento de una cultura de la salud, que permita a los y las adolescentes adquirir información y desarrollar conocimientos, valores, hábitos, actitudes y habilidades para tomar decisiones

³² DGPS, SSA, Modelo Operativo de Salud Integral del Escolar

acertadas sobre el auto cuidado de su salud y que sean capaces de promoverla en sus medios familiar, escolar y comunitario.

Su Objetivo general es coadyuvar al logro y conservación de un adecuado estado de las y los adolescentes, fortaleciendo sus capacidades para que asuman un alto grado de responsabilidad en el cuidado de su salud y opten por estilos de vida saludables.

× ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DENTRO DEL SISTEMA EDUCATIVO FORMAL

Este programa está orientado al desarrollo de acciones de educación para la salud y detección de factores de riesgo, así como para mejorar su ambiente físico y social en la escuela, y promover la atención de algunos problemas que afectan a las y los adolescentes, incluyendo la salud reproductiva, las adicciones, las enfermedades de transmisión sexual, la nutrición, enfermedades de la piel, la salud bucal, la higiene personal y problemas posturales, de agudeza visual y auditiva. Sus destinatarios son principalmente los alumnos de 5to y 6to grado de primaria, así como aquellos que cursan la secundaria.

OBJETIVOS:

- × Fomentar hábitos, conductas, actitudes y habilidades para establecer estilos de vida saludables
- × Promover una cultura de la salud que permita a la comunidad escolar alcanzar mejores niveles de salud y coadyuvar en la reducción de los índices de ausentismo y reprobación.
- × Consolidar la participación organizada de la comunidad escolar y la sociedad en general, en el cuidado y mejoramiento de la salud de los escolares.

ACTIVIDADES.

- Fortalecer la coordinación con la Secretaría de Educación Pública.
- Capacitar y asesorar a docentes y personal de apoyo de las escuelas secundarias
- Elaborar propuestas de contenidos educativos para planes y programas de estudio, así como guías para el maestro.

- Orientar a padres de familia y comunidad en general sobre las características de los adolescentes, sus principales problemas de salud y medidas preventivas.
- Elaborar diagnósticos situacionales para detectar problemas de salud y condiciones ambientales que afectan al adolescente y determinar las prioridades de atención.
- Promover la atención oportuna de riesgos y problemas de salud.

× FORMACIÓN DE PROMOTORES ADOLESCENTES

Los destinatarios de este subprograma son los adolescentes de secundaria y preparatoria, al igual que jóvenes que han abandonado la escuela. Se pretende hacer llegar información básica y elemental sobre temas que se relacionan con su crecimiento y desarrollo, sus principales problemas de salud y la forma de prevenirlos, prioritariamente a jóvenes que han abandonado el sistema educativo; con el objeto de promover la toma de decisiones de manera informada, reflexiva, responsable y segura, por medio de sus pares, adolescentes comprometidos que previa capacitación puedan fungir como promotores de salud.

OBJETIVOS

- Impulsar la formación de adolescentes para que difundan entre sus pares la información básica y valores de vida positivos para promover estilos de vida saludables.
- Detectar, mediante promotores adolescentes, riesgos y problemas de salud de sus pares y promover la atención de los mismos.
- Proporcionar elementos que permitan a los adolescentes participar en la formación y mejoramiento de su ambiente.
- Organizar la participación de los adolescentes en diversos eventos que fortalezcan la promoción de la salud.

ACTIVIDADES:

- ✓ Fortalecer la coordinación con la Secretaría de Educación Pública
- ✓ Capacitar a instructores de promotores adolescentes
- ✓ Identificar a aquellos adolescentes que deseen colaborar con promotores para detectar riesgos y problemas de salud
- ✓ Organizar grupos de trabajo para la realización de campañas, jornadas, ferias de la salud y otros.
- ✓ Elaborar y distribuir material educativo sobre salud.

× EDUCACIÓN NO FORMAL PARA GRUPOS ESPECÍFICOS

A través de este subprograma, se pretende aprovechar los espacios y grupos organizados para capacitar, asesorar, orientar, establecer acciones de consejería y transmisión de información que favorezca la toma de decisiones sobre el auto cuidado y de la salud de los y las adolescentes.

OBJETIVOS:

- × Fomentar hábitos, conductas, actitudes y habilidades para promover estilos de vida saludables.
- × Proporcionar elementos que faciliten a los adolescentes el auto cuidado de su salud y promuevan su participación en el mejoramiento de su ambiente.
- × Consolidar la participación social, con énfasis en los grupos organizados.
- × Establecer líneas metodológicas para trabajar con los adolescentes de grupos específicos.

ACTIVIDADES:

- ✓ Impulsar La coordinación con diversas instancias que trabajan a favor de los adolescentes, especialmente la Secretaría de Educación Pública.

- ✓ Asesorar el desarrollo de contenidos en salud para la elaboración de folletos y otros materiales informativos.
- ✓ Colaborar en la capacitación de personal que intervenga en acciones educativas orientadas a los adolescentes.³³

SALUD MUNICIPAL

- × MUNICIPIOS SALUDABLES
- × AMBIENTES SALUDABLES
- × LA RED MEXICANA DE MUNICIPIOS POR LA SALUD

En el municipio confluyen condiciones políticas y administrativas que permiten concretar en la acción, la participación de las personas, organizaciones y autoridades en favor del bienestar y la salud. Esta situación generó la propuesta institucional de promover al municipio como ámbito estratégico, sin dejar de hacerlo en otros y por todos los medios posibles.

Su objetivo general consiste en contribuir a mejorar los niveles de salud de la población en el municipio, mediante la realización de proyectos definidos, ejecutados y evaluados con la participación de los habitantes, los sectores y las autoridades locales.

MUNICIPIOS SALUDABLES:

Con esta propuesta se busca informar y motivar a los presidentes municipales acerca de la relevancia de la organización comunitaria y de la conveniencia de que ubiquen a la salud como la más alta prioridad de su agenda política y de gobierno. Asimismo, se pretende incorporar, en la realización comunitaria de proyectos de salud, a la mayor parte de los municipios del país, capacitando al total del personal de salud que labora en éstos.

OBJETIVOS:

- × Contribuir a mejorar los niveles de salud de la población en el municipio mediante la realización de proyectos definidos, ejecutados y evaluados con la libre participación de los habitantes, los sectores y las autoridades locales.
- × Promover que el municipio dicte y difunda políticas públicas en favor de la salud.

³³ DGPS, SSA, Modelo Operativo de Salud Integral del Adolescente

- × Impulsar y consolidar la participación de los ciudadanos en los planes y programas de salud, mediante comités locales, municipales y otras formas de organización.

ACTIVIDADES

- ✓ Sensibilizar y capacitar a alcaldes, presidentes municipales y personal de los ayuntamientos en el programa de municipios saludables.
- ✓ Propiciar la integración de comités de salud municipal y locales.
- ✓ Apoyar los proyectos municipales de promoción de la salud y de prevención de enfermedades.
- ✓ Planear, ejecutar y evaluar proyectos de bienestar y salud municipal.

Los requisitos de ingreso al programa son:

- 1.- Contar con un Comité Municipal activo.
- 2.- Realizar un diagnóstico municipal de salud
- 3.- Efectuar un taller intersectorial para la elaboración de un proyecto de salud y bienestar

El calificativo de saludable para un municipio debe entenderse como una meta o un desafío, más que como un estado ya alcanzado, pues aun cuando en un municipio se hayan logrado avances importantes en los niveles de salud de sus habitantes, siempre será posible mejorar.

AMBIENTES SALUDABLES

Una de las tareas de la promoción de la salud es procurar que los puntos de encuentro, de convivencia, de recreación, de trabajo y en general de todos aquellos espacios importantes en la vida social de las comunidades, sean ambientes favorables para la salud, ya que éstos pueden generar un número importante de riesgos para la salud, pero también pueden ser fuente de bienestar.

Dentro del Programa de Salud Municipal, la promoción de ambientes saludables es una forma importante de concretar acciones tanto educativas como de participación social y obtener resultados a corto y mediano plazo, puesto que se puede trabajar en mercados, escuelas, colonias, barrios, fábricas, etcétera.

OBJETIVOS:

Favorecer la salud de las personas mediante la modificación de los factores físicos y psicosociales de los ambientes naturales y construidos.

Promover actitudes y hábitos que favorezcan la creación y mantenimiento de ambientes saludables y que impulsen una cultura de la salud.

LA RED MEXICANA DE MUNICIPIOS POR LA SALUD

La Red Mexicana de Municipios por la Salud es una agrupación de presidentes municipales cuyo objetivo es el intercambio de experiencias entre sus miembros, así como la búsqueda de apoyos para el mejor desempeño de sus planes y programas de salud y bienestar. Tiene como principio básico la libre adhesión y la participación voluntaria. Los requisitos de incorporación son:

1. Trabajar conforme a los lineamientos del Programa de Municipios Saludables.
2. Firmar la Carta Compromiso por la Salud.
3. Solicitar por escrito a los Servicios de Salud en su entidad federativa, su incorporación a la Red Mexicana, avalada por el acuerdo del Cabildo.
4. Obtener la certificación como municipio incorporado a la Red, emitido por la Dirección General de Promoción de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

La Red es un importante movimiento que propicia el intercambio de experiencias y una mutua colaboración en lo técnico, operativo y motivacional. Es importante mencionar que todo municipio que desee integrarse a la Red Mexicana de Municipios por la Salud debe estar incorporado al Programa de Municipios Saludables.³⁴

PROESA "PROGRAMA DE EJERCICIOS PARA LA SALUD"

- ◆ QUE ES EL PROESA
- ◆ ACTIVATE
- ◆ POR TU SEGURIDAD RECUERDA
- ◆ GUIAS DE EJERCICIOS

³⁴ DGPS, SSA, Modelo Operativo de Municipios Saludables

¿QUE ES EL PROESA?

Programa de Ejercicios para el Cuidado de la Salud

Un Programa para ti, porque la práctica adecuada, segura y permanente de las actividades físicas contribuye a:

- ◆ Mejorar y mantener los niveles de salud.
- ◆ Sentirse bien y a verse mejor.
- ◆ Prevenir algunos padecimientos asociados al sedentarismo.

ACTIVATE:

30 minutos al día de actividad física pueden marcar la diferencia en su vida. No importa la edad que tenga, basta que decida activarse para cambiar su vida.

Empiece poco a poco y vaya aumentando el tiempo y el esfuerzo.

Lo importante es realizar actividades que le gusten y que las pueda llevar a cabo casi todos los días, pudiendo hacerlo en períodos de 5, 10 ó 15 minutos en el día según resista, hasta lograr acumular 30 minutos diarios de actividad. Cuando logre esto 5 días a la semana, entonces ya podrá iniciar con su programa de ejercicios A Caminar con Vigor, incluido en las guías de ejercicios programas que más adelante se describen.

¿Por qué es bueno caminar?

- Porque el corazón y los pulmones van a trabajar mejor.
- Para verse bien.
- Para fortalecer los huesos.
- Para dormir mejor y tener buen humor.
- Porque ayuda a prevenir y controlar la diabetes y la presión arterial alta.
- Para elevar la autoestima.
- Porque nos hace sentir muy bien.

¿Qué se necesita para caminar?

- Un par de tenis ligeros, con buen soporte.
- Ropa cómoda de acuerdo al clima.
- Escoger un lugar seguro.
- Hacerlo progresivamente e irse deteniendo poco a poco si hay cansancio.
- Permanecer erguido y no inclinarse demasiado para no entorpecer la respiración.
- Caminar sobre pasto, tierra o en una pista.
- Beber agua purificada o hervida, al tiempo, durante y después de caminar.

POR TU SEGURIDAD RECUERDA

- No usar ropa o fajas de goma o plástico.
- Aumentar la distancia poco a poco, como se indica.
- No realizar ejercicio estando enfermo.
- Acudir al médico si llega a presentar molestia al caminar; en este caso se debe disminuir la velocidad poco a poco.
- Realizar los ejercicios de calentamiento que se indican.

Para no correr riesgos:

Durante la caminata, es importante detectar a qué ritmo está trabajando el corazón. Esto se puede saber tomándose el pulso según se indica: Contar las pulsaciones durante 15 segundos poniendo dos dedos sobre la muñeca izquierda. La cantidad obtenida multiplicarla por 4.

El pulso durante la caminata no debe ser menor ni mayor a lo que se señala en la siguiente tabla de acuerdo a la edad.

GUÍAS DE EJERCICIOS

GUARDA COMPOSTURA

Niños de 6 a 12 años de edad

- Para favorecer el desarrollo armónico de los niños.
- Para auxiliar en la prevención de alteraciones posturales.
- Para impulsar la conformación de un hábito saludable.
- Para mejorar habilidades físicas y sociales

UNA FORMA JOVEN DE SER SALUDABLE

Para jóvenes y adultos de 13 a 29 años de edad

- Para favorecer el desarrollo físico y psicológico
- Para promover el auto cuidado de la salud
- Para disminuir riesgos de algunos padecimientos crónicos
- Para disminuir riesgos de conductas adictivas

HOY EMPIEZO A HACER EJERCICIO

Para adultos de 30 a 50 años de edad

- Para mejorar los niveles de salud
- Para auxiliar a disminuir riesgos de enfermedades del corazón
- Para auxiliar en la prevención y control de la tensión arterial alta
- Para incrementar el bienestar físico y psicológico

PARA RECUPERAR LA FORMA

Para adultos de 51 a 70 años de edad

- Para mantener los niveles de salud
- Para conservar la movilidad y la flexibilidad
- Para disminuir los efectos dañinos de las enfermedades crónicas
- Para incrementar el bienestar físico y psicológico

PARA SENTIRTE MEJOR

- Personas con problemas con hipertensión arterial y diabetes.
- Para mantener el bienestar físico y psicológico para auxiliar en el control del padecimiento³⁵

CONTENIDOS EDUCATIVOS

- APOYO A PROGRAMAS PRIORITARIOS DE LA SECRETARIA DE SALUD
- EL MENSAJERO DE LA SALUD
- DE CORAZÓN A CORAZÓN.

Con el fin de incidir en la modificación de conductas y prácticas para el auto cuidado de la salud de los mexicanos, se han realizado esfuerzos haciendo hincapié en las acciones de comunicación educativa, con la incorporación de materiales gráficos y audiovisuales; los cuales a través de sus particulares vías de penetración, configuran y refuerzan los mensajes de salud.

³⁵ DGPS, SSA, Modelo Operativo de PROESA

El objetivo principal de este componente es el diseño, producción y difusión de materiales y medios educativos que contribuyan al logro de las metas planteadas en materia de promoción de la salud.

APOYO A PROGRAMAS PRIORITARIOS DE LA SECRETARIA DE SALUD

El subprograma de apoyo a programas prioritarios, tiene como propósito desarrollar estrategias de comunicación educativa, con el fin de sensibilizar a la población sobre la importancia y características de los diferentes padecimientos y de esta manera educar a la población acerca de los principales acciones que deben seguir para el auto cuidado de la salud.

Algunos ejemplos:

- Cáncer Cérvico uterino, Rabia, Cólera, Tuberculosis, etc.

En todos éstos la **Dirección General de Promoción de la Salud**, participó en la elaboración de materiales didácticos como son: rota folios, trípticos, dípticos, carteles, entre otros.

EJEMPLOS DE ALGUNAS CAMPAÑAS:

DE CORAZÓN A CORAZÓN

En el año de 1996, la Secretaría de Salud (SSA) y destacadas empresas privadas firmaron un convenio de colaboración en el que se comprometieron a desarrollar una campaña de comunicación educativa denominada De Corazón a Corazón. Con el valioso apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, autora de la iniciativa, y la participación del Patrimonio de la Beneficencia Pública, se propusieron promover la adopción de estilos de vida saludables para la prevención de afecciones cardiovasculares, impulsando la disminución del tabaquismo, la práctica regular de ejercicio físico y una adecuada alimentación.

Ejercicio físico y una adecuada alimentación.

La campaña comprende el diseño y difusión de mensajes impresos en carteles, trípticos, manteletas de restaurantes y bolsas de supermercado, para ser distribuidos entre la población del Área Metropolitana de la Ciudad de México. Asimismo, incluye promocionales de radio y televisión. También deben mencionarse los empaques de cereales que portan el emblema y los mensajes de la campaña.

EL MENSAJERO DE LA SALUD

Consiste en un proyecto radiofónico que representa una forma rápida y eficaz de incidir en la población sobre diversos factores de riesgo que son susceptibles de modificar mediante la difusión oportuna, veraz y confiable de algunos temas de salud.³⁶

Insisto en que la solución del mantenimiento de la salud no debe continuar por la vía de la asistencia médica, tiene que ir más allá de la prevención de enfermedades y trascender en el fomento ó promoción (para la finalidad el término no influye negativamente) de una vida saludable y de mayor calidad, necesitamos de una población mejor informada, sí con la participación del gobierno, de las instancias encargadas de la salud, de la misma comunidad y de cada individuo. Los mejores servicios médicos, el equipo más sofisticado, el personal mejor capacitado y una inagotable cantidad de recursos pueden prevenir y curar enfermedades, pero la salud sólo se puede mantener y acrecentar con la participación conciente, intencionada y constructiva de cada quién, de la familia, los grupos organizados de la comunidad, que convergen con esfuerzos institucionales y del gobierno por vivir mejor.

La Secretaria de salud desde sus oficinas centrales en el DF. , Coordina las acciones a realizar por parte de la Promoción de la salud. La organización es primero a Nivel Nacional, en segundo a nivel Estatal, tercero a nivel Jurisdiccional y por Último a Nivel Local.

En el organigrama se encuentra en primer lugar Un Director de Área y el orden descendente Un coordinador de Promoción de la Salud, un Subdirector y por último los responsables de programas.

Dentro de la República Mexicana, los 31 Estados tienen una organización estatal y Local dependiendo sus comunidades.

Y en el Distrito Federal se encuentran en las 16 Delegaciones con la representación de una jurisdicción sanitaria y donde se cuentan centros de tipo T3, T2 y T1.

Los Recursos Humanos se organizan dependiendo los programas que se desarrollen en dichos centros, todos manejan 11 programas sustantivos, con su personal médico y paramédico dentro del centro, los cuáles son:

- Salud Reproductiva
- Atención a la salud del adulto mayo

³⁶ DGPS, SSA, Modelo Operativo de Desarrollo de Contenidos Educativos

- Enfermedades transmitidas por vectores
- Zoonosis
- Micobacteriosis
- Cólera
- Urgencias Epidemiológicas y Desastres
- VIH SIDA y otras enfermedades de Transmisión Sexual
- Atención a la salud del niño
- Nutrición
- Contra las adicciones:
 - Alcoholismo
 - Tabaquismo
 - Fármaco dependencia.

Y los programas generales de Promoción de la Salud mencionados anteriormente, que sólo los aplican algunas jurisdicciones dependiendo de las necesidades de su población.

Para ello participa el personal Médico de los centros, ya que en las consultas puede canalizar a los individuos dependiendo sus necesidades y el personal operativo es de Enfermería y promotores de la salud.

Las actividades que ellos realizan, se mencionaran posteriormente.

EVALUACIÓN:

La forma como se evalúan dichos programas, es con un sistema llamado **SISPA** "Sistema de Información en Salud para Población Abierta", mediante el cuál se reportan las actividades realizadas, por individuo y dependiendo el programa, esto se realiza en forma de reporte diario, para entregar a la Dirección de promoción de la Salud de forma Mensual, Trimestral, semestral, anual y Sexenal.

El nivel Estatal:

1. Establece un programa de supervisión y una cédula. Realiza al menos dos visitas al año a cada jurisdicción.
2. Mantiene una comunicación sistemática y permanente con los coordinadores de participación social para identificar necesidades de apoyo, capacitación y asesoría, así como informar sobre aspectos novedosos y acuerdos con otras instituciones, entre otros.
3. Establece un plan de asesoría y facilita la entrega de documentos básicos sobre la salud escolar y las escuelas promotoras de la salud.
4. Establece una estrategia para mantener actualizada la situación sobre las escuelas promotoras de la salud en su estado, así como un plan para su seguimiento.
5. Revisa y valida, en su caso, los concentrados del SISPA que le entrega el personal de estadística. Aclara con el nivel jurisdiccional los errores o incongruencias, e identifica necesidades de asesoría sobre el manejo del SISPA.
6. Realiza la evaluación con base en el SISPA mediante tres cortes al año y establece las medidas pertinentes.
7. Realiza con personal de educación una evaluación al término del ciclo escolar orientada a evaluar las actividades desarrolladas en el ámbito escolar y el trabajo coordinado entre personal de salud y educación.
8. Realiza con personal de educación y los coordinadores de participación social la evaluación anual (cuantitativa y cualitativa), que servirá de base a la programación del siguiente año o ciclo. Se toman en cuenta indicadores de educación y salud. Se diseña una estrategia para dar a conocer los resultados.

En el ámbito jurisdiccional:

1. Establece un plan de supervisión para realizar al menos una visita a cada unidad de salud.
2. Recibe la visita de supervisión del nivel estatal y en su caso la supervisión integral del nivel nacional.

3. Aprovecha reuniones y otros eventos para mantener comunicación con el nivel local.
4. Valida los concentrados mensuales de salud escolar que le presenta el personal de estadística y aclara errores e incongruencias con el nivel local.
5. Establece un plan para asesorar al nivel local en los aspectos identificados a través de la supervisión y del SISPA; entrega los documentos básicos de salud escolar.
6. Asesora al nivel local respecto a la formación de escuelas promotoras de la salud y mantiene actualizada la información sobre las acciones realizadas. Desarrolla un plan de seguimiento.
7. Evalúa con base en el SISPA mediante tres cortes al año y establece las medidas pertinentes.
8. Realiza con personal de educación y local de salud, una evaluación anual (cuantitativa y cualitativa), que servirá de base a la siguiente programación. Se toman en cuenta indicadores de educación y salud. Se diseña una estrategia para dar a conocer los resultados de la evaluación.

A Nivel Local:

1. Mantiene comunicación permanente con las escuelas del programa, asesora y apoya.
2. Recibe la visita de supervisión del nivel jurisdiccional y en su caso, del nivel nacional.
3. Revisa los resultados del SISPA y los compara mes a mes. Analiza la situación de las actividades en relación con lo planeado y hace los ajustes que considere pertinentes.
4. Realiza al menos una sesión de evaluación al año junto con los responsables de los programas. Se diseña una estrategia para dar a conocer los resultados de la evaluación.³⁷

Cabe mencionar que dicha información es privada y restringida, por esa razón no podemos presentar un ejemplo de ello.

³⁷ DGPS, SSA, Manual para Personal de Salud, "Entre todos a cuidar la salud", p. 131-134

3.2.2 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

Seguridad y solidaridad social

El programa relacionado con la promoción de la salud en este instituto, se llama programas Integrados de Salud; en las campañas de medios de comunicación se maneja como Preve-IMSS.

Desde hace varios años han surgido iniciativas, en México y en otros países, para reordenarlos mediante agrupamientos lógicos, conocidos como programas integrados, con el propósito de facilitar las tareas de los trabajadores de salud, pero también para elevar su impacto, al concentrar acciones preventivas antes dispersas, en grupos poblacionales específicos.

Al terminar la década pasada en el Instituto Mexicano del seguro Social se desarrollaban actividades relacionadas con más de 30 programas de salud pública. Para facilitar su cumplimiento y de acuerdo con políticas de salud bien documentadas, todos ellos se han agrupado en cinco grandes programas integrados, *Salud del niño, Salud del Adolescente, Salud de la Mujer, Salud del Hombre y Salud del Adulto Mayor*.

Es conveniente señalar que además de estos cinco programas integrados de salud, el Instituto Mexicano Del Seguro Social lleva a cabo otros programas de carácter preventivo que son los relativos a Prevención y control de Enfermedades Transmitidas por Vector (paludismo y Dengue), Urgencias Epidemiológicas, Apoyo en Desastres y seguridad e Higiene en el trabajo, de enorme importancia sanitaria, pero que por su naturaleza no se incluyen dentro de esta estrategia, asimismo, es necesario destacar que el programa de Fomento de la salud que el Instituto realiza en beneficio de sus propios trabajadores, incorporará plenamente los programas relativos a la salud del adolescente, de la mujer, del hombre y del adulto mayor.

PROGRAMAS

SALUD DEL NIÑO: 0 – 9 AÑOS

PROMOCIÓN DE LA SALUD	
COMPONENTES.	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Promoción de los programas integrados de salud. ○ Capacitación de la madre. - Desarrollo psicomotor - Estimulación temprana - Prevención de muerte súbita - Prevención de accidentes y violencias ○ Incorporación de la madre a grupos de ayuda - Violencia familiar 	<p>Permanente</p> <p>Al nacimiento y en cada consulta.</p> <p>Cuando se identifique.</p>
<i>NUTRICIÓN</i>	
COMPONENTES.	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Capacitación de la madre - Lactancia materna - Prevención de raquitismo -Alimentación complementaria - Integración del niño a la dieta familiar al año de edad ○ Vigilancia del crecimiento y condición nutricia - Menores de un año. - Entre 1 y 2 años. - 2 a 9 años. ○ Administración de hierro - Con bajo peso al nacimiento. - Con peso normal al nacimiento. ○ Administración de vitamina "A" 	<p>Al nacimiento y en cada consulta</p> <p>Cada dos meses. Cada 6 meses. Cada año.</p> <p>A partir de los 2 meses de edad. A partir de los 4 meses de edad.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Niños de 6 meses a 4 años en áreas de riesgo. <ul style="list-style-type: none"> o Desparasitación intestinal - Niños de 2 a 9 años en áreas de riesgo <ul style="list-style-type: none"> o Incorporación de la madre a grupos de ayuda - Desnutrición - Sobrepeso y obesidad 	<p style="text-align: center;">Dos veces al año, en semanas nacionales de salud.</p> <p style="text-align: center;">Cuando se identifique la condición señalada.</p>
--	--

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES.

COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> o Evitables por vacunación - BCG, dosis única. - SABIN, dosis preliminar <ul style="list-style-type: none"> = Primera dosis. = Segunda dosis. = Tercera dosis. = Adicionales en menores de 5 años. - PENTAVALENTE (DPT+HB+Hib) <ul style="list-style-type: none"> = Primera dosis. = Segunda dosis. = Tercera dosis. - DPT (refuerzos) - TRIPLE VIRAL (SRP) <ul style="list-style-type: none"> = Primera dosis. = Segunda dosis. - SR (adicionales) o Enfermedades prevalentes - Enfermedades diarreicas <ul style="list-style-type: none"> = Promoción de la terapia de hidratación oral. = Capacitación de la madre en la identificación de signos de alarma. - Infecciones respiratorias agudas <ul style="list-style-type: none"> = Capacitación de la madre en la identificación de signos de alarma. - Caries <ul style="list-style-type: none"> = Capacitación en la técnica del cepillado dental = Detección y remoción de placa dentobacteriana 	<p style="text-align: center;">Al nacimiento.</p> <p style="text-align: center;">Al nacimiento.</p> <p style="text-align: center;">A los 2 meses de edad.</p> <p style="text-align: center;">A los 4 meses de edad.</p> <p style="text-align: center;">A los 6 meses de edad.</p> <p style="text-align: center;">En semanas nacionales de salud.</p> <p style="text-align: center;">A los 2 meses de edad.</p> <p style="text-align: center;">A los 4 meses de edad.</p> <p style="text-align: center;">A los 6 meses de edad.</p> <p style="text-align: center;">A los 2 y 4 años de edad.</p> <p style="text-align: center;">A los 12 meses de edad</p> <p style="text-align: center;">A los 6 años de edad.</p> <p style="text-align: center;">En semanas nacionales de salud.</p> <p style="text-align: center;">En cada episodio diarreico.</p> <p style="text-align: center;">En cada episodio de infección respiratoria aguda.</p> <p style="text-align: center;">Cada año a partir de los 3 años</p>

=Aplicación tópica de flúor.

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES.

COMPONENTES.	FRECUENCIA
○ Hipotiroidismo congénito.	Al nacimiento en la primera semana de vida.
○ Luxación congénita de cadera	Al nacimiento y durante los 2 primeros años de la vida.
○ Escoliosis	
○ Asimetría de miembros	
○ Defectos visuales	A los 6 meses, al año y a los 4 y 6 años de edad.

SALUD DEL ADOLESCENTE: 10 – 19 AÑOS

PROMOCIÓN DE LA SALUD

COMPONENTES	FRECUENCIA
○ Promoción de los programas integrados de salud.	Permanente.
○ Educación para el cuidado de la salud <ul style="list-style-type: none">- Actividad física- Accidentes y violencia- Salud bucal- Adicciones- Salud sexual con enfoque de género.	
○ Incorporación a grupos de ayuda. <ul style="list-style-type: none">- Adicciones- Violencia familiar	

NUTRICION.

COMPONENTES	FRECUENCIA
○ Educación para la alimentación	En cada contacto con los servicios programar la asistencia.
○ Detección y control de sobrepeso y obesidad.	Por lo menos una vez al año

<ul style="list-style-type: none"> ○ Incorporación al grupo de ayuda de sobrepeso / obesidad. ○ Desparasitación intestinal - de 10 a 14 años en áreas de riesgo ○ Administración de ácido fólico - Periodo preconcepcional. - Durante el primer trimestre de la gestación. 	<p>Cuando se identifique la condición señalada.</p> <p>Dos veces al año, en semanas nacionales de salud.</p> <p>Mínimo durante 3 meses.</p> <p>En cada embarazo.</p>
PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	
COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Evitables por vacunación - SR, a partir de los 12 años. - Td (refuerzo) =En municipios en fase de ataque. =En municipios en fase de mantenimiento. - Hepatitis B =Primera dosis. =Segunda dosis. ○ Enfermedades prevalentes - VIH /SIDA e infecciones de transmisión sexual - Dotación de condones. 	<p>Permanente o en campañas.</p> <p>A los 12 años, en semanas nacionales de salud.</p> <p>Cada 5 años.</p> <p>Cada 10 años.</p> <p>A partir de los 12 años</p> <p>Al mes de la primera dosis.</p> <p>A demanda previa educación en sexo protegido.</p>
DETECCIÓN DE ENFERMEDADES	
COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Defectos visuales ○ Defectos de columna, de extremidades posturales y de la marcha. 	<p>A los 12 y 15 años de edad o al ingreso a la secundaria y nivel medio superior.</p>
SALUD REPRODUCTIVA	
COMPONENTES.	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ información para: - Prevención del embarazo - Identificación de signos de alarma de complicaciones en el embarazo y el puerperio. 	<p>En cada contacto con los servicios de salud programas la asistencia a sesiones.</p>

- Vigilancia prenatal y puerperal.	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Otorgamiento de métodos anticonceptivos. ○ Vigilancia prenatal y puerperal. 	<p>Permanente.</p> <p>En cada embarazo.</p>

SALUD DE LA MUJER: 20 – 59 AÑOS

PROMOCIÓN DE LA SALUD	
COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Promoción de los programas integrados de salud. ○ Educación para el cuidado de la salud <ul style="list-style-type: none"> - Actividad física - Salud bucal - Sexualidad - Adicciones - Accidentes y violencias ○ Incorporación a grupos de ayuda. <ul style="list-style-type: none"> - Adicciones - Violencia familiar 	<p>Permanente.</p> <p>En cada contacto con los servicios de salud programar la asistencia a capacitación.</p> <p>Cuando se identifique cualquiera de las condiciones señaladas</p>
<i>NUTRICION.</i>	
COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Educación para la alimentación ○ Detección y control de sobrepeso y obesidad. ○ Incorporación al grupo de ayuda de sobrepeso / obesidad. ○ Detección de anemia ○ Administración de sulfato ferroso <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres con anemia 	<p>En cada contacto con los servicios programar la asistencia.</p> <p>Anual</p> <p>Cuando se identifique la condición señalada.</p> <p>Cuando se identifiquen signos, síntomas ó factores de riesgo.</p> <p>Durante 3 meses.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - A partir del diagnóstico de embarazo. ○ Administración de ácido fólico - Periodo preconcepcional. - Durante el primer trimestre de la gestación. 	<p>Mínimo durante 3 meses. En cada embarazo.</p>
---	--

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Evitables por vacunación - SR, una dosis en menores de 45 años - Td, dos dosis (inicio de esquema) - Una dosis en cada embarazo (refuerzo) - En municipios, según área de riesgo. (refuerzo) 	<p>Permanente o en campañas. Con intervalo d 4 a 8 semanas. Hasta completar 5 dosis Cada 5 o 10 años.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermedades prevalentes - VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, - Detección y tratamiento de sífilis. - Detección de VIH /SIDA en casos sospechosos y embarazadas con sífilis o factores de riesgo. - Dotación de condones 	<p>En cada embarazo</p> <p>Cuando se requiera</p> <p>A demanda, previa educación en sexo protegido.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tuberculosis Pulmonar - Detección en sospechosos con tos y expectoración de más de 15 días y en contactos de TB. - Tratamiento estrictamente supervisado 	<p>Cuando se requiera.</p> <p>Cuando se diagnostique.</p>

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES

COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Cáncer de mama - Capacitación en la autoexploración - Exploración clínica, a partir de los 25 años. - Mamografía, a partir de los 50 años. 	<p>Indique que se efectúe cada mes</p> <p>Cada año Cada 2 años.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Cáncer Cérvico Uterino - Papanicolaou, a partir de los 25 años. 	<p>Cada 3 años, después de 2 años consecutivos con resultado normal.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes Mellitus - De los 30 a 45 años sin sobrepeso, 	<p>Cada 3 años.</p>

<p>obesidad o hipertensión. - De los 30 a 45 años con sobrepeso, obesidad o hipertensión. - En mayores de 45 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hipertensión arterial <p>- A partir de los 30 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Incorporación a l grupo de ayuda de diabetes mellitus e hipertensión arterial. 	<p>Cada año. Anual.</p> <p>Anual</p> <p>Cuando se identifique la condición señalada.</p>
<i>SALUD REPRODUCTIVA</i>	
COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> o Información para: <p>- Prevención del embarazo - Identificación de signos de alarma de complicaciones en el embarazo y el puerperio. - Vigilancia prenatal y puerperal. - Atención del climaterio y prevención de las complicaciones de la menopausia.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Otorgamiento de métodos anticonceptivos. o Vigilancia prenatal y puerperal o Atención del climaterio, de la menopausia y uso de terapia hormonal d reemplazo. 	<p>En cada contacto con los servicios de salud programas la asistencia a sesiones.</p> <p>Permanente.</p> <p>En cada embarazo</p> <p>Permanente.</p>

SALUD DEL HOMBRE: 20 – 59 AÑOS

PROMOCIÓN DE LA SALUD	
COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> o Promoción de los programas integrados de salud. Permanente. o Educación para el cuidado de la 	<p>Permanente</p>

<p>salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividad física - Salud bucal - Sexualidad - Enfermedad Prostática -Adicciones - Accidentes y violencias <p>○ Incorporación a grupos de ayuda</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adicciones - Violencia familiar 	<p>En cada contacto con los servicios de salud programas la asistencia a capacitación.</p> <p>Cuando se identifique la condición señalada.</p>
---	--

NUTRICION.

COMPONENTES	FRECUENCIA
○ Educación para la alimentación	En cada contacto con los servicios programar la asistencia.
○ Detección y control de sobrepeso y obesidad.	Anual
○ Incorporación al grupo de ayuda de sobrepeso / obesidad.	Cuando se identifique la condición señalada.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES.

COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Evitables por vacunación - Sarampión, una dosis en menores de 45 años - Td, como profilaxis en caso de heridas 	<p>Permanente o en campañas.</p> <p>2 dosis, con intervalo d 4 a 8 semanas</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermedades prevalentes - VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual - Detección de Seropositivos en casos sospechosos o con factores de riesgo. - Dotación de condones 	<p>Cuando se requiera.</p> <p>A demanda, previa educación en sexo protegido.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tuberculosis Pulmonar - Detección en sospechosos con tos y expectoración de más de 15 días y en contactos de TB. - Tratamiento estrictamente supervisado 	<p>Cuando se requiera.</p> <p>Cuando se diagnostique</p>

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES

COMPONENTES.	FRECUENCIA
--------------	------------

<ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes Mellitus <ul style="list-style-type: none"> - De los 30 a 45 años sin sobrepeso, obesidad o hipertensión. - De los 30 a 45 años con sobrepeso, obesidad o hipertensión. - En mayores de 45 años. ○ Hipertensión arterial <ul style="list-style-type: none"> - A partir de los 30 años. ○ Incorporación a l grupo de ayuda de diabetes mellitus e hipertensión arterial. 	<p>Cada 3 años.</p> <p>Cada año</p> <p>Anual.</p> <p>Anual</p> <p>Quando se identifique la condición señalada.</p>
<i>SALUD REPRODUCTIVA</i>	
COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Otorgamiento de métodos anticonceptivos 	Permanente

SALUD DEL ADULTO MAYOR: 60 y Más años

<i>PROMOCION DE LA SALUD</i>	
COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Promoción de los programas integrados de salud ○ Educación para el cuidado de la salud. <ul style="list-style-type: none"> - Actividad Física - Salud Bucal - Sexualidad - Enfermedad Prostática - Accidentes y violencias ○ Incorporación al grupo de ayuda de violencia familiar 	<p>Permanente</p> <p>En cada contacto con los servicios de salud programas la asistencia a capacitación.</p> <p>Quando se identifique la condición señalada</p>
<i>NUTRICIÓN</i>	
COMPONENTES	FRECUENCIA

<ul style="list-style-type: none"> ○ Educación para la alimentación ○ Detección y control de desnutrición, sobrepeso y obesidad ○ Incorporación al grupo de ayuda de sobrepeso / obesidad. 	<p>En cada contacto con los servicios programar la asistencia.</p> <p style="text-align: center;">Anual</p> <p>Cuando se identifique la condición señalada.</p>
---	---

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Evitables por vacunación <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antineumocócica, <ul style="list-style-type: none"> - Primera dosis - Refuerzos ▪ Anti-influenza ▪ Td, como profilaxis en caso de heridas ○ Enfermedades Prevalentes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuberculosis Pulmonar <ul style="list-style-type: none"> - Detección en sospechosos con tos y expectoración de más de 15 días y en contactos de TB. - Tratamiento estrictamente supervisado. 	<p>A partir de los 60 años, cada 5 años</p> <p style="text-align: center;">Una dosis, cada año.</p> <p>2 Dosis, con intervalo de 4 a 8 semanas</p> <p style="text-align: center;">Cuando se requiera.</p> <p style="text-align: center;">Cuando se diagnostique</p>

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES

COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Cáncer de mama <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación en la autoexploración - Exploración clínica, hasta los 69 años. - Mamografía, hasta los 69 años. ○ Cáncer Cérvico Uterino <ul style="list-style-type: none"> ▪ Papanicolaou, hasta los 65 años. ▪ Papanicolaou en mayores de 	<p style="text-align: center;">Indique periodicidad mensual</p> <p style="text-align: center;">Cada año</p> <p style="text-align: center;">Cada 2 años</p> <p style="text-align: center;">Cada 3 años, después de 2 años consecutivos con resultado normal</p> <p style="text-align: center;">Anual por dos años</p>

<p>65 años sin antecedentes del mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes Mellitus. ○ Hipertensión arterial. ○ Incorporación al grupo de ayuda de diabetes mellitus e hipertensión arterial. 	<p>Cada año</p> <p>Cada año</p> <p>Cuando se identifique la condición señalada.</p>
--	---

3.2.3 INSTITUTO DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. ISSSTE.

Sistema institucional de servicios de salud.

Se organiza y opera por niveles de atención, a través de 35 Delegaciones Regionales y Estatales distribuidas a nivel nacional.

La caracterización de cada unidad, permite identificar la capacidad física instalada, el equipamiento, la dotación de insumos y la asignación de personal particularmente médicos y enfermeras, que garanticen la atención a la demanda de los derechohabientes con servicios modernos y de alta calidad técnica y humana.

El marco general para la clasificación de las unidades médicas del Instituto, está representado por el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) para estructurar los servicios en tres niveles de atención:

PRIMER NIVEL

Representa el primer contacto del derechohabiente con el sistema; proporciona servicios básicos y ambulatorios; atiende los padecimientos de mayor frecuencia y de menos complejidad de resolución; resuelve el 85% de la patología general.

CONSULTORIOS AUXILIARES (C.A.)

Cuentan con un consultorio, instalados en centros laborales gubernamentales y en unidades habitacionales; no tienen población adscrita y sólo otorgan consulta externa de medicina general.

UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR (U.M.F.)

De uno a cinco consultorios; proporcionan consulta externa de Medicina Familiar y Odontológica, en algunos casos agregan a su infraestructura física módulos resolutivos que comprenden servicios de urgencias médico-quirúrgicas, ginecología y obstetricia, laboratorio y rayos "X".

CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR (C.M.F.)

Unidades con mayor capacidad resolutive de ocho a veinte consultorios, de uno a dos consultorios de odontología general, uno de Epidemiología y Medicina Preventiva, dos secciones de laboratorio y una sala con equipo fijo de rayos "X"; además de estos servicios se agregan Planificación Familiar, Trabajo Social, así como Ultrasonografía, Nutrición y Gerontología. Proporcionan atención ambulatoria de problemas de salud comunes y de mayor frecuencia.

El diseño médico-arquitectónico actual de este tipo de unidad, mejora y dignifica especialmente el servicio, configurándola en módulos de cuatro consultorios con un ámbito de mayor privacidad, independencia y atención personalizada al paciente.

La medicina preventiva tiene la finalidad de proteger, promover y mantener la salud de sus derechohabientes, así como prevenir, identificar y controlar oportunamente sus enfermedades. Para lograrlo desarrolla este programa en los campos de:

- ⊗ Educación y fomento para la salud
- ⊗ Control de enfermedades evitables por vacunación
- ⊗ Control de enfermedades transmisibles
- ⊗ Detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas
- ⊗ Atención materno-infantil
- ⊗ Planificación familiar
- ⊗ Salud bucal
- ⊗ Nutrición
- ⊗ Salud mental
- ⊗ Saneamiento básico
- ⊗ Higiene del trabajo y prevención de accidentes
- ⊗ Vigilancia epidemiológica

Estas acciones se realizan en:

- ⊗ Unidades médicas
- ⊗ Estancias para el bienestar y desarrollo infantil
- ⊗ Planteles educativos
- ⊗ Centros de trabajo
- ⊗ Lugar de residencia de los derechohabientes
- ⊗ Sitios de reunión institucional³⁹

³⁹ WWW. issste. gob. mx.

3.3 PARTICIPACIÓN DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

Mencionaremos parte de las múltiples actividades que lleva a cabo.

En general las actividades son las siguientes: aunque varían dependiendo la institución y el nivel de atención o lugar donde se desarrolla.

¿CÓMO PARTICIPA EL PERSONAL DE SALUD?

- ❖ Capacita al personal docente mediante estrategias establecidas con el sector educativo y a través de la elaboración e cursos que puedan ser reconocidos por Carrera Magisterial.
- ❖ Asesora a los docentes sobre los contenidos de salud integrados a los libros de texto y a los libros para el maestro.
- ❖ Orienta en los centros para maestros sobre el manejo de los contenidos de salud.
- ❖ Promueve y participa en ferias de salud, concursos, periódicos murales, festivales, mensajes, teatro guiñol, socio dramas y desfiles, entre otras actividades que se realizan en las escuelas, así como en la celebración de las fechas alusivas a la salud.
- ❖ Imparte a las madres y padres de familia el curso "La salud empieza en casa" para formarlos como procuradoras y procuradores de la salud y los motiva para que se informen y participen en las escuelas para padres.
- ❖ Orienta a las madres y padres de familia, las alumnas y los alumnos a través de pláticas que amplíen los contenidos de salud, aborden los factores de riesgo, señales de alarma y problemas de más los afectan.
- ❖ Promueve actitudes positivas ante las medidas preventivas.
- ❖ Enseña con el ejemplo.

SE RECOMIENDA AL PERSONAL DE SALUD:

- ↪ Aplique en su intervención en cualquier actividad escolar, una metodología participativa que se basa en situaciones cotidianas de la vida, en necesidades sentidas, en conocimientos y experiencias previas y la auto comprensión del individuo como sujeto social transformador.
- ↪ No pierda de vista el enfoque integral de la educación para la salud.
- ↪ Promueva la participación social.
- ↪ Desarrolle las estrategias regionales y locales que considere pertinentes.
- ↪ Conozca y estudie los libros de texto y los libros para los maestros: los de preescolar, los libros de 1ro. Y 2do año de primaria; los de ciencias naturales, biología y formación cívica y ética, en lo relativo a los contenidos de salud.
- ↪ Prepare mensajes y frases sobre la salud para ofrecerlas al personal docente.
- ↪ Proponga un plan de trabajo de acuerdo al programa, al calendario escolar y al calendario epidemiológico y lo revise con los directores y docentes.
- ↪ Invite al personal de otras instituciones y grupos de la comunidad en las actividades de educación para la salud.
- ↪ Identifique qué materiales se pueden utilizar, revise sí los tiene la unidad de salud y realice gestiones ante la jurisdicción y otras organizaciones para contar con él.⁴⁰

¿CÓMO PARTICIPA EL PERSONAL DE SALUD? PARA APOYAR LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD: EN GENERAL REALIZA ESTAS ACCIONES:

1. SENSIBILIZACIÓN.

⁴⁰ DGPS, Manual para personal de salud, Entre todos a cuidar la salud, p.36,37.

- ◆ Sensibiliza y motiva al personal docente para que realice las detecciones gruesas y practique la observación de señales de alerta sobre los problemas que más afectan a los individuos.
- ◆ Motiva a las madres y padres de familia para que autoricen las detecciones en sus hijos e hijas y los lleven de inmediato a la unidad de salud en caso de que se haya detectado algún problema.
- ◆ Motiva a la comunidad a participar en las Semanas Nacionales de Salud y otras actividades y jornadas intensivas.
- ◆ Invita a las madres y padres de familia a pláticas y talleres con especialistas para analizar y discutir los problemas de salud física y mental, los síntomas a observar y su atención.

2. CAPACITACIÓN.

- ◆ Participa en la capacitación del personal docente de acuerdo a las diversas estrategias que se establezcan con las autoridades educativas: pueden ser sesiones durante el mes de agosto, durante los recreos en la escuela, mediante cursos de Carrera Magisterial o en otros horarios que no interrumpan las clases. Los procedimientos para detectar trastornos de agudeza visual y auditivos están descritos en el libro de ciencias Naturales del maestro de 4º. Grado.
- ◆ La capacitación debe orientarse a las técnicas de detección y la observación de señales de alerta. Otro aspecto es el proceso de referencia y contrarreferencia muy importante para que los escolares con problemas lleguen a la unidad de salud y sean atendidos adecuadamente; asimismo, regresen a su escuela con el tratamiento y rehabilitación indicados.

El crecimiento y desarrollo de los preescolares, escolares y adolescentes es otro aspecto de la capacitación, así como los problemas de conducta para los que es importante contar con la participación de personal preparado en la materia.

- ◆ Se coordina con el personal de educación para dotar a las maestras y los maestros del Manual y video "Entre todos a Cuidar la salud del Escolar", las guías de ejercicio, cartillas de Snellen, cintas CIMDER y nutricintas para escolares de 6 a 10 años de edad, abate lenguas y el material para elaborar el somatoscopio y tomar la huella del pie.

- ◆ Establece coordinación con otras instituciones, grupos y asociaciones para lograr su colaboración y apoyo a las escuelas en el proceso mismo de la detección y los materiales que se requieren.

3. ASESORIA

- ◆ Visita con regularidad las escuelas para asesorar sobre las técnicas de detección y las señales de alerta y apoyar si es necesario. Promueve que las detecciones se realicen durante octubre y noviembre, y la observación de señales de alerta durante todo el ciclo escolar.
- ◆ Propone estrategias que faciliten y logren una mayor cobertura en las detecciones como las ferias de la salud escolares o ínter escolares, jornadas, festivales y otros. Participa y apoya en su realización.
- ◆ Identifica con el personal docente de la secundaria, las estrategias más adecuadas para detectar problemas entre los adolescentes.
- ◆ Orienta sobre la importancia de una detección adecuada, para no dejar fuera de la atención a los escolares que lo requieran, pero también no saturar los servicios de salud, sin necesidad.

En el caso de las secundarias, la asesoría se orienta hacia los prefectos, personal de apoyo, las maestras y los maestros de asignatura, otro personal que desee participar y hacia los promotores adolescentes.

- ◆ Da a conocer a los docentes la Guía "Guarda Compostura" (6 a 12 años); y la Guía de Ejercicio "Una forma joven de ser saludable" (13 a 19 años), para que la utilicen durante las clases y actividades de educación física.
- ◆ Da a conocer a los docentes la Guía de Orientación Alimentaría el Manual "Cómo mejorar en la escuela la alimentación de niñas y niños".
- ◆ Orienta sobre soluciones prácticas, mientras los problemas de los escolares sean resueltos. Por ejemplo, sentar adelante a

quienes se les haya detectado algún trastorno de agudeza visual o auditiva.

4. SEGUIMIENTO

- ◆ Visita las escuelas, para darle seguimiento junto con el personal docente a las alumnas y los alumnos que fueron referidos. Revisa si efectivamente fueron atendidos, y en caso contrario indaga las causas; asimismo constata que quienes lo necesiten cuenten con las prótesis requeridas.
- ◆ Conversa con las madres y padres de familia sobre la importancia de atender y rehabilitar a los escolares. Para ello aprovecha las reuniones de las asociaciones de padres de familia o cuando éstos visiten la escuela. Es muy conveniente analizar y discutir el estado de salud encontrado en la consulta médica.
- ◆ Realiza las actividades de seguimiento en coordinación con los docentes, las autoridades educativas y también con promotores voluntarios; en el caso de las secundarias, con promotores adolescentes.
- ◆ Apoya la revisión de las cartillas de salud escolar donde se registra el problema detectado, así como si fuera atendido y rehabilitado.
- ◆ Apoya a los docentes en la referencia de alumnos a la unidad de salud y da seguimiento a la contrarreferencia.⁴¹

AL PERSONAL DE LOS NIVELES ESTATAL Y JURISDICCIONAL LE CORRESPONDE:

- ◆ Establecer la coordinación interinstitucional:

⁴¹ DGPS, Manual para personal de salud, Entre todos a cuidar la salud, p.64-68.

- ◆ Con la secretaría Estatal de Educación Pública, para realizar acciones de mantenimiento y cuidado de los ambientes escolares.
- ◆ Con los presidentes municipales, para gestionar recursos económicos, materiales y humanos, destinados a lograr un ambiente escolar seguro y saludable.
- ◆ Con otras instituciones gubernamentales, para asesorar a los docentes sobre: purificación de agua, limpieza de tanques elevados, mantenimiento de redes, uso correcto de la infraestructura sanitaria; procesamiento, distribución, conservación y consumo de alimentos; reciclaje de residuos sólidos, riesgos del inmueble y simulacros de evacuación.
- ◆ Con grupos y asociaciones, para que apoyen las acciones a favor de los ambientes saludables.
- ◆ Diseñar acciones de capacitación para el personal de salud, directores y docentes y acordar su ejecución con las autoridades educativas.
- ◆ Elaborar, producir y distribuir materiales educativos, para promover los ambientes escolares saludables.

EL PERSONAL DE LAS UNIDADES DE SALUD PARTICIPA A TRAVES DE DIFERENTES ACCIONES:

- ◆ Promueve y acompaña los recorridos para detectar riesgos en las instalaciones y servicios.
- ◆ Apoya las gestiones para conseguir recursos que solucionen los riesgos detectados.
- ◆ Sensibiliza a la comunidad para que colabore en el mejoramiento y cuidado del ambiente.
- ◆ Promueve la vigilancia permanente del entorno.
- ◆ Asesora y apoya en:

- El desarrollo de contenidos de salud relativos al ambiente
- La vigilancia sobre el consumo y cuidado del agua potable
- La disposición adecuada de las excretas, la basura y los desechos.
- La vigilancia sobre la cooperativa escolar para que expendan alimentos nutritivos de bajo costo e higiénicos.
- La promoción de campañas para enseñar a los escolares el cuidado de sus mascotas.
- La realización de campañas de reforestación.
- Las campañas periódicas e intensivas para limpiar tinacos y clorar el agua; así como mantener limpios los sanitarios y las letrinas.⁴²

¿CÓMO PARTICIPA EL PERSONAL DE SALUD EN LA PROMOCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL?

- Sensibiliza a la comunidad, autoridades municipales, clubes sociales, asociaciones, instituciones públicas y privadas, grupos organizados, comités y la comunidad en general, sobre la importancia de la salud de los escolares y los motiva a participar en el establecimiento y desarrollo del programa de salud integral del escolar y del adolescente: para ello aprovecha.
 - Las reuniones de trabajo que se llevan a cabo en las zonas durante el mes de agosto con inspectores, supervisores, directores y docentes
 - Reuniones de la mesa directiva.
 - Asambleas y otras reuniones comunitarias.
 - Las reuniones de los comités municipales y locales de salud.
 - Propicia la interrelación entre el personal de salud, el educativo y los padres de familia a través de las organizaciones ya formadas y activas en la escuela.
 - Propicia la interrelación entre la escuela y la comunidad mediante los comités locales y municipales de salud.

⁴² Ibidem, p. 80-83.

- Promueve la formación del Consejo de Participación social o lo apoya y fortalece, si ya existe.
- Apoya y fortalece formas de organización como clubes, comités, brigadas, comisiones y otros.
- Promueve la formación de promotores adolescentes, su capacitación y desarrollo
- Propicia la organización de docentes, alumnas, alumnos, padres de familia y personal de salud para la realización del diagnóstico de salud con el propósito de identificar los problemas que afectan a la escuela y al desarrollo. El diagnóstico es un elemento primordial de la escuela promotora de la salud.
- Promueve y apoya en coordinación con la mesa directiva, el Consejo de participación social u otra organización, la realización de un proyecto participativo es lo que caracteriza a una escuela como promotora de la salud.
- Apoya la organización de la comunidad para la ejecución del proyecto participativo de salud durante el ciclo escolar.
- Identifica las necesidades de capacitación.
- Apoya las gestiones ante otras instituciones, grupos, comités y autoridades para obtener su colaboración en el desarrollo del proyecto escolar.
- Promueve la realización de reuniones semestrales con la mesa directiva, Consejo Escolar de Participación Social u otra organización que apoye la ejecución de las acciones, para analizar y evaluar los resultados obtenidos de las actividades realizadas; al final del ciclo escolar se elabora un informe sobre los avances y logros que se presenta ante la propia comunidad y sus autoridades.⁴³

PARA EL PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE, SE CAPACITAN PROMOTORAS Y PROMOTORES ADOLESCENTES; UN EQUIPO JOVEN A FAVOR DE LA SALUD.

⁴³ Ibidem, p. 90-104

Esta capacitación tiene como objetivos:

- ☑ Propiciar que las y los adolescentes sean individuos informados, críticos, solidarios, reflexivos y capaces de tomar decisiones acertadas y asertivas sobre su salud.
- ☑ Establecer estrategias que permitan que las acciones de salud lleguen a las y los adolescentes escolarizados y no escolarizados.
- ☑ Aprovechar las cualidades de las y los adolescentes, su capacidad de liderazgo y de comunicación entre sí, la influencia y presión que ejercen unos sobre otros y la facilidad para insertarse en el ámbito social.

LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE SALUD SON:

- × Capacitarse en los temas de salud relativos a la adolescencia
- × Capacitarse en técnicas didácticas
- × Promover y formar grupos de instructores
- × Capacitar a los instructores y mantenerlos actualizados
- × Proporcionar a los instructores el material didáctico y educativo
- × Elaborar un plan de trabajo
- × Facilitar la referencia de las y los adolescentes a la unidad de salud y establecer y/o fortalecer los servicios de consejería existentes
- × Apoyar a las promotoras y los promotores adolescentes en las necesidades que surjan y promover su participación en otras actividades de salud.
- × Coordinarse con otras instituciones y grupos que cuenten con programas dirigidos a los adolescentes

El personal de salud debe capacitarse y capacitar en torno a cinco ejes temáticos:

- ✓ Promoción de la salud integral (salud integral, proyecto de vida de las y los adolescentes)
- ✓ Factores que influyen en la salud integral (alimentación, seguridad, higiene, tiempo libre y valor de la vida)

- ✓ Factores psicosociales (sexualidad, autoestima, derechos de las y los adolescentes, adicciones, relaciones interpersonales, paternidad y maternidad responsables, asertividad, relaciones familiares, tabaquismo, alcoholismo, noviazgo, relación de pareja)
- ✓ Factores biológicos (adolescencia, conocimiento y cuidado del cuerpo humano femenino y masculino)
- ✓ Factores sexuales (salud reproductiva, ETS/ VIH, prevención de embarazos)⁴⁴

⁴⁴ Ibidem, p. 112-117.

3.4 RETOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

Con la presentación de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en México, nuestro país presenta los programas que tiene en materia de promoción de la salud, los cuales son:

1. Por parte de la Subsecretaría de Prevención y control de Enfermedades; los programas presentados incluyeron, salud del anciano con especial atención a diabetes e hipertensión; un programa para promover la actividad física; la prevención y control de vectores al igual que el importante papel que tiene la comunidad en el mejoramiento de la vivienda y el desarrollo de la salud. El programa suministra instrumentos para las acciones comunitarias en pro de la salud. Estrategias de comunicación tales como el "Mensajero de la Salud" el cual suministra información vía radio para motivar el adecuado uso de los servicios de salud y el auto cuidado; la campaña "Corazón a Corazón" para prevenir las enfermedades no transmisibles.
2. La estrategia de promoción de la salud en el programa de inmunización, este programa provee protección a los niños, jóvenes y mujeres embarazadas, este se extiende a los ancianos.
3. Los enfoques de promoción de la salud para los ancianos. El programa de salud de los ancianos llevado a cabo por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) se focaliza en la prevención primaria y secundaria con un enfoque de riesgo. Este programa enfatiza el auto cuidado y la actividad física. Una actividad importante es el establecimiento de un sistema de información que controle los resultados e informe sobre los factores de riesgo identificados por el sistema de vigilancia.
4. Los paquetes básicos de atención a la salud; PROGRESA, es un programa que suministra un paquete de servicios básicos, su objetivo es extender la cobertura de los servicios de salud. Una estrategia de comunicación que usa mensajes persuasivos para prevenir el uso del tabaco. El programa promueve el auto cuidado. La capacitación de los trabajadores de la salud para suministrar el paquete básico de servicios de salud está en proceso. Este modelo de atención primaria de salud provee un paquete de servicios básicos y reduce el costo de los servicios de salud.

5. Los componentes de la educación a la salud en los libros de texto gratuitos suministrados por la Secretaría de Educación Pública. Las escuelas públicas distribuyen 3 millones de libros de texto gratuitos, los contenidos se centran en el desarrollo de habilidades para la vida, valores, actitudes y prácticas para una vida saludable y plena, esto incluye el fortalecimiento de la autoestima, el auto respeto y el respeto para los demás, equidad de género y tolerancia. Los niños desarrollan un concepto integral de salud y de desarrollo, aprenden como expresar y manejar sus sentimientos, y aprenden a establecer relaciones maduras, y aprenden sobre los cambios de sus cuerpos y como proteger el ambiente.⁴⁵

Como podemos observar nuestro país aún no tiene una base fuerte en cuestiones de promoción para la salud que de verdad impacten al desarrollo de la salud, muchos de los anteriores programas, no tienen la suficiente difusión, y por ello desconocemos su impacto real.

Considero que aún hay mucho por hacer en cuestión de promoción, pero si de alguna manera no se hace en el ámbito gubernamental, se puede crear en el ámbito local, como asociaciones no gubernamentales o civiles, organizaciones de profesionales, etc.

⁴⁵ Promoción de la Salud: Quinta Conferencia Mundial en Promoción de la Salud, p. 19-21

3.5 BASES LEGALES PARA EL DESARROLLO DE LA PROFESIÓN EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La influencia del mundo globalizado, obliga a las profesiones y profesionales a someterse a calificaciones, y certificaciones; y ante los cambios que se vislumbran para la profesión en un campo de acción que puede ser independiente, necesitamos conocer las bases legales que sustentan nuestro quehacer profesional.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ARTICULO 5º. "A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos; El ejercicio de esta libertad solo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial. La ley determinará en cada Estado, cuales son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo.

Nadie podrá ser obligado a prestar trabajos personales sin la justa retribución y sin su pleno consentimiento".⁴⁶

LEY DE PROFESIONES:

Relacionado con el ejercicio profesional se señala en el Capítulo V de esta Ley.

Artículo 24. "Se entiende por ejercicio profesional, para los efectos de esta ley, la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto, o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque solo se trate de simple consulta o la ostentación del carácter profesionista por medio de tarjetas, placas, insignias o de cualquier otro modo".

⁴⁶ Constitución Política, colección Porrúa, México 1995.

ARTICULO 25. "Para ejercer en el Distrito Federal cualquiera de las profesiones requiere:

I Estar en pleno goce y ejercicio de los derechos civiles.

II Poseer títulos legales expedidos y debidamente registrados, y

III Obtener de la Dirección General de Profesiones Patente de ejercicio".

ARTICULO 33: "El profesionista esta obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como el desempeño del trabajo convenido. En caso de urgencia inaplazable los servicios que se requieran al profesional, se presentarán a cualquier hora y en el sitio que sean requeridos".

ARTICULO 40. "Los profesionistas podrán asociarse, para ejercer, ajustándose a las prescripciones de las leyes relativas: pero la responsabilidad en que incurran será siempre individual."⁴⁷

LEY GENERAL DE SALUD

TITULO PRIMERO

Disposiciones Generales

Capítulo Único

ARTÍCULO 1º. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

ARTÍCULO 2º. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

⁴⁷ Ley General de profesiones, México, 1998.

- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

ARTÍCULO 3º. En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

- I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley;
- II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
- III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II;
- IV. La atención materno-infantil;
- V. La planificación familiar;
- VI. La salud mental;
- VII. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;
- VIII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;
- IX. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos;
- X. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país;
- XI. La educación para la salud;
- XII. La orientación y vigilancia en materia de nutrición;
- XIII. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;
- XIV. La salud ocupacional y el saneamiento básico;
- XV. La prevención y el control de enfermedades transmisibles;
- XVI. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;
- XVII. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos;
- XVIII. La asistencia social;
- XIX. El programa contra el alcoholismo;
- XX. El programa contra el tabaquismo;
- XXI. El programa contra la fármaco dependencia;
- XXII. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación;
- XXIII. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas

funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos;

XXIV. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en las fracciones XXII y XXIII;

XXV. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley;

XXVI. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos;

XXVII. La sanidad internacional, y

XXVIII. Las demás materias que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4º Constitucional.

ARTÍCULO 4º. Son autoridades sanitarias:

- I. El Presidente de la República;
- II. El Consejo de Salubridad General;
- III. La Secretaría de Salud, y
- IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Departamento del Distrito Federal.

TÍTULO TERCERO
Prestación de los servicios de salud
Capítulo I
Disposiciones comunes

ARTÍCULO 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;
- IV. La atención materno-infantil;
- V. La planificación familiar;
- VI. La salud mental;
- VII. La prevención y el control de las enfermedades buco dentales;
- VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;
- IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición, y

X. La asistencia social a los grupos más vulnerables.

TÍTULO TERCERO
Prestación de los servicios de salud
Capítulo II
Atención médica

ARTÍCULO 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

ARTÍCULO 33. Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

TÍTULO TERCERO
Prestación de los servicios de salud
Capítulo III
Prestadores de servicios de salud

ARTÍCULO 36. Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas.

Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario.

Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud.

A los extranjeros que ingresen al país con el propósito predominante de hacer uso de los servicios de salud, se cobrará íntegramente el costo de los mismos, excepto en los casos de urgencias.

ARTÍCULO 38. Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materia de tarifas, se aplicará lo dispuesto en el artículo 43 de esta Ley.

Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos.

ARTÍCULO 40. Las modalidades de acceso a los servicios de salud privados y sociales se regirán por lo que convengan prestadores y usuarios, sin perjuicio de los requisitos y obligaciones que establezca esta Ley y demás disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 43. Los servicios de salud de carácter social y privado, con excepción del servicio personal independiente, estarán sujetos a las tarifas que establezca la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud.

ARTÍCULO 46. La construcción y equipamiento de los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud, en cualquiera de sus modalidades, se sujetará a las normas oficiales mexicanas que, con fundamento en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables, expida la Secretaría de Salud, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes.

ARTÍCULO 47. Los establecimientos de servicios de salud deberán presentar aviso de funcionamiento a la Secretaría de Salud, en el supuesto previsto en el primer párrafo del artículo 200 bis de esta Ley. En el aviso se expresarán las características y tipo de servicios a que estén destinados y, en el caso de establecimientos particulares, se señalará también al responsable sanitario. El aviso a que se refiere el párrafo anterior deberá presentarse dentro de los diez días posteriores al inicio de operaciones y contener los requisitos establecidos en el artículo 200 bis de esta Ley.

En la operación y funcionamiento de los establecimientos de servicios de salud se deberán satisfacer los requisitos que establezcan los reglamentos y normas oficiales mexicanas correspondientes.

ARTÍCULO 48. Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias y en

coordinación con las autoridades educativas, vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos.

TÍTULO CUARTO
Recursos humanos para los servicios de salud
Capítulo 1.
Profesionales, Técnicos y Auxiliares

ARTICULO 78. El ejercicio de los profesionales, de las actividades técnicas, auxiliares y de especialidades para la salud, estará sujeto a:

La Ley reglamentaria del artículo 5 Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal,

Las bases de coordinación que, conforme a la ley, se definan entre las autoridades educativas y autoridades sanitarias;

Las disposiciones de esta Ley y demás normas jurídicas aplicables.

ARTICULO 79. Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la Enfermería ...y sus ramas... se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes...Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la ...Enfermería...y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

TÍTULO SÉPTIMO
Promoción de la salud
Capítulo I
Disposiciones comunes

ARTÍCULO 110. La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

ARTÍCULO 111. La promoción de la salud comprende:

- I. Educación para la salud;
- II. Nutrición;
- III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- IV. Salud ocupacional, y
- V. Fomento sanitario.

TÍTULO SÉPTIMO
Promoción de la salud
Capítulo II
Educación para la salud

ARTÍCULO 112. La educación para la salud tiene por objeto:

- I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;
- II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y
- III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la fármaco dependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.⁴⁸

⁴⁸ Ley General de Salud, México 2000.

IV ENSAYOS

Estos ensayos son resultado de los seminarios permanentes del programa PAPIIT.

4.1 EL MARCO DE LA GLOBALIZACIÓN EN LA SALUD

Emilia Lira Ruiz

La política neoliberal sobre todo en América Latina se ha desarrollado a otro ritmo, a diferencia de los otros continentes, y en nuestro país se ha tenido un profundo proceso de ajuste, acompañado de una reestructuración política, para continuar con la denominada globalización.

Ello ha llevado a la imposición de la privatización del sector financiero y de la industria, la entrega al capital privado de nuestros servicios hasta hace poco denominados públicos, como son las telecomunicaciones, la educación, la seguridad social, el transporte, la construcción de vivienda social, y por supuesto los servicios de salud.

La política a la cuál le hacen llamar la apertura o de apertura, ha ocasionado en el ámbito tributario, que haya aumento de los impuestos indirectos (como ejemplo los famosos impuestos a objetos suntuosos y de lujo) y por el contrario disminución, eliminación ó justificación de los impuestos a la propiedad y al gran capital.

La reorganización del Estado, supone la reducción de los gastos de inversión, sobre todo de la seguridad social y al perder el control de las variables macroeconómicas, sólo le queda el recurso de disminuir los gastos y aumentar los impuestos.

Sobre todo los cambios que más nos interesan se han generado en el campo laboral, donde observamos fenómenos como la precarización del trabajo, aumento del desempleo ó en su defecto subcontrataciones, menor estabilidad, reemplazo del empleo permanente por el temporal, disminución de los salarios reales, etc y una serie de cuestiones más que debilitan la participación del sindicalismo, que era el principal defensor de los trabajadores y el poder adquisitivo de sus salarios, y que ahora ya no participa como gestor y defensor de condiciones laborales del trabajador, sino como defensor del trabajo mismo, bajo las condicionantes que le ofrezcan los propios patrones.

La crisis económica mundial y en especial la de países del tercer mundo como lo es el nuestro tiene su expresión en la tasa de ganancia, lo que significa para el

proceso productivo, primero redefinir el trabajo y por ende disminuir el salario real, lo primero se refiere al ritmo y tiempo de producción, así el ritmo define el volumen logrado por el trabajador y el tiempo se determina por la prolongación de la jornada y distribución de turnos y horarios. En este sentido, también el desarrollo tecnológico tiene gran influencia.

En materia de salud el estado maneja la descentralización de los servicios, con un enfoque de apertura, donde pareciera que ello determina la calidad y la cobertura, pero se convierte en una manipulación que cubre la incapacidad del Estado para ofrecer servicios suficientes y de esa manera también su abandono en vitales responsabilidades.

“En su documento 94.1 la OPS menciona que las nuevas recomendaciones del Banco Mundial respecto a los servicio de salud enfatiza la “focalización, que consiste en la sustitución de políticas generales redistributivas, por programas estrictamente selectivos”, ello pensando en los sectores afectados por la extrema pobreza, pero ello por parte del Estado es que concede nueva prioridad a la privatización de los servicios de salud para los sectores no vulnerables, con los cuales los beneficios de la llamada “Apertura” darían capacidad de pago para comprar salud . Y así la estrategia principal es privatizar la acción curativa, ya que no ofrece beneficios sociales, más bien individuales y entonces concentrar los deficientes recursos estatales a la acción preventiva con la atención a la mal llamada “extrema pobreza” que de antemano al ser pobreza, ya lo consideramos como algo extremo, entonces resulta redundante.

Con el visible deterioro en el nivel de vida de la población, que podemos observar por condiciones como el aumento del desempleo y por ende del crecimiento de la economía y negocios informales, que sin duda marcan nuevas características de población, con condiciones de alimentación muy particulares, y también de patologías, esta población que no está contemplada por la seguridad social que sólo incluye al sector formal, es parte de la transformación a las nuevas políticas de salud.

En lo que a Enfermería respecta como trabajadores de la salud también se ven afectados, como los demás, por el visible deterioro de las condiciones laborales, la inestabilidad, la ausencia de recursos de capacitación, la disminución en el salario real. Y de manera particular las restricciones al derecho de organización, como los sindicatos y la disminución del gasto público les afecta dado que la mayoría de dichos profesionales, son empleados por el Estado.

Para que la enfermería participe efectivamente en la defensa de sus condiciones de trabajo y de salud, debe partir del conocimiento y análisis de todos los aspectos relacionados con la forma, contenido, organización y factores de riesgo específicos de su trabajo.

Así el abandono de la preocupación estatal por la salud y hoy en día la difusión de sistemas de medicina "prepagada", la privatización de la salud, la descentralización y la despreocupación por la calidad en los servicios de salud, ubica a la profesión en un mar de contradicciones y obstáculos. Sus raíces históricas, la división del trabajo y los intereses de grupos dominantes hacen marcada la relación que ha existido entre el trabajo intelectual y puramente manual, donde enfermería no sólo pierde espacios, sino se encuentra en franca desventaja con los demás miembros del equipo de salud, en los puestos de toma de decisiones, enfocando su hacer sólo en lo que el sistema necesita de ellos como, administración de los servicios y enseñanza de futuros profesionales.

Y no es desconocido por el gremio que su falta de poder se percibe dentro del círculo de la jerarquía que se encarga del cuidado de la salud y su participación se restringe sólo al cuidado y protección de los demás y de esa manera su autonomía, liderazgo y toma de decisiones no ha sido parte fundamental de su formación.

Y así ante esta situación hace falta implementar estrategias derivadas a políticas y programas que se orienten al desarrollo de la enfermería como profesión independiente, con plena toma de decisiones para su hacer y objetivos profesionales y pensado en las necesidades de cada país en el contexto de los actuales modelos, donde la recuperación de la salud no se concibe como parte del proceso del ciclo vital del ser humano y su sociedad, se restringe así básicamente a la atención médica-hospitalaria, a la cuál se le da la mayor parte del apoyo en recursos financieros y humanos, mientras que estrategias de suma importancia como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades quedan siempre en el olvido.

Ante este marco de la globalización en la salud, la necesidad de salud y bienestar que demandan los pueblos, hace prioritaria la contribución de la profesión de enfermería en la investigación e implementación de modelos de salud, que concreten la creación de fundamentos teóricos, principios básicos y metodologías que se concreten con la interacción de otras profesiones con objetivos comunes, para lograr así construir la salud como un bien social.

4.2 LAS COMUNIDADES DEL FUTURO

Emilia Lira Ruiz

La contemplación actual de nuestro mundo globalizado, nos lleva sin duda a preguntarnos que pasará con nuestros pueblos en un futuro no muy lejano.

Hoy día en nuestro país nos encontramos ante un escenario de múltiples cambios, sobre todo la tecnología, sobre todo la tecnología marca esos cambios, porque al ser parte de nuestra vida cotidiana, nos obliga a conocer más acerca de ella, marcando la necesidad de personal altamente calificado. Sí trasladamos este hecho a la salud y principalmente a los centros hospitalarios, la tecnología en medicina o biotecnología, avanza enormemente demandando personal técnico capacitado, que requiere habilidades técnicas, pero pocos o nulos conocimientos, claro que este hecho en cifras significa aumentar los costos para instrumental y recursos humanos y por ende menos acceso para la gente que menos recursos tiene.

Cierto es que la tecnología marca el ritmo hacia el futuro, en lo que a la medicina respecta está dominando el futuro para la salud, que yo opinaría que es para la enfermedad, porque dicha tecnología sólo se utiliza para la terapéutica en los grandes centros hospitalarios, y la protección de la salud como tal, no requiere de alta tecnología. Nuestra profesión tiene muchos retos que enfrentar al respecto, ya que las exigencias de especialización ante la tecnología, demandan mayor preparación en cuestiones que la profesión no contempla como es el conocimiento de otros idiomas, de otras ciencias como son la física, mecánica, computación, etc. exigencias que en un futuro serán necesarias para poder ejercer.

Por un lado la tecnología es un recurso muy importante, pero desgraciadamente muy costoso, sobretodo para un país en vías de desarrollo como el nuestro, es por ello que otra opción para mantener comunidades y pueblos saludables en el futuro, está en la misma comunidad.

Nosotros como profesionales de la salud, tenemos un lugar muy importante, para la creación de las comunidades del futuro; comparto la opinión de Francés Hessebein en su libro "La comunidad del Futuro", Pág. 22, donde hace mención que sólo la institución del sector social, es decir las organizaciones no gubernamentales, no empresariales y sin fines de lucro son las que pueden crear lo que necesitamos; comunidades para los ciudadanos y en especial para los trabajadores intelectuales altamente capacitados que dominan cada vez más las sociedades desarrolladas. Una de las razones de ello es que sólo las organizaciones sin fines de lucro pueden crear la enorme variedad de

comunidades que necesitamos, ya sean iglesias o asociaciones profesionales, organizaciones comunitarias para la gente más necesitada, crear los clubes para cuidar la salud, donde participen los profesionales universitarios que tienden a convertirse en el grupo dominante en la urbe del siglo XXI, para que sean ellos que se desarrollen en un ámbito controlado por él y desde el cual puede realizar una obra útil.

Así entonces la comunidad próspera del futuro será aquella que descubra mediante un proceso de diálogo y de liberación de los elementos fundamentales para el terreno común, esto si es posible, porque ya en otra época se dio y funcionó, sería como una especie de versión de la Polis Griega, en donde la gente conversa sobre los problemas y las estrategias que afectan su futuro común; esto será posible si los sistemas sociales trabajan con los recursos que tienen, pero de manera eficiente, en lugar de ahogarse en los subsidios, pero ello dependerá de cómo los integrantes en estos sistemas definen y realizan su trabajo cotidiano, y de las prioridades que establezcan sobre la vida en común y ser accesible, que contemplen la integración de diversidad de razas, credos e ideas que conformen dicha sociedad.

Las comunidades más fuertes se construyen sobre sus bienes, piensan estratégicamente en el futuro y en los problemas que le darán forma, crean oportunidades para que los ciudadanos se relacionen y encuentren aspectos de interés común, valoran la diversidad en toda su riqueza y en última instancia actúan.

Ya existen experiencias de este tipo en algunos países, mencionamos a España, porque en ese país la Profesión de Enfermería tiene un gran desarrollo, Programas como Atención Primaria orientada a la Comunidad tiene relevancia como organización privada de profesionales de la salud donde enfermería tiene gran desenvolvimiento laboral.

La pobreza , la violencia, las migraciones a las grandes urbes, las continuas agresiones al medio ambiente, como los comportamientos de la gente hacia su salud, marcan la necesidad de nuevas orientaciones en la forma de entregar u ofrecer los servicios de salud.

Estas orientaciones se enfocan como hacia la promoción, prevención y protección de la salud, enfatizando la participación comunitaria, la educación para la salud y el auto cuidado. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deben entonces ser parte integral de la práctica y formación de todo recurso humano en salud y, en especial , del recurso de enfermería ya que este por sus características de trabajo con la comunidad como su tradición en el desarrollo de dichas acciones, se encuentra en posición privilegiada para implementar con fuerza y éxito los nuevos enfoques hacia la promoción de la salud.

Para que las comunidades del futuro sean saludables, la Enfermería tiene que actuar, pero en una sociedad como la Mexicana, nos vamos a enfrentar a múltiples frenos de tipo social, cultural, tradicional, religioso, político, etc. Pero sin embargo ello no debe frenar que nuestro desarrollo laboral se pueda edificar en relación a la procuración de estilos de vida saludables.

La promoción de la Salud se vislumbra como la estrategia más viable de desarrollo para la salud Pública, en sus programas a nivel mundial y nacional, pero ello no quiere decir que sólo se desarrolle en esos planos, se puede construir de forma particular, y nosotros como profesionales, con toda la capacidad académica y legal (que se analizará más adelante), que tenemos como profesión y teniendo como referentes todo lo anteriormente mencionado.

4.3 LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO.

Emilia Lira Ruiz

Nuestro país al ser parte de la región de las Américas, comparte características muy generales, con algunas variaciones por distintos factores en cada lugar, pero por ejemplo los cambios demográficos, la calidad en las condiciones de vida y el acceso a los servicios de salud, han cambiado el perfil epidemiológico observado en los últimos años.

Simultáneamente se han generado procesos socio-económicos, algunos como la inclusión de las mujeres a la educación superior y prácticamente a la fuerza laboral, lo cuál aumenta la población productiva expuesta a riesgos ocupacionales. Aunado al acelerado crecimiento urbano, provocado por el fenómeno migratorio rural-urbano y de la presencia de las industrias en la urbe, son sólo algunos de los responsables del detrimento de las condiciones y la calidad de vida de los seres humanos.

Ello a conducido a la incidencia de enfermedades crónicas, cardiovasculares, los tumores, la violencia y los accidentes y cada día se incrementan las enfermedades crónico-degenerativas, todas ellas irán en aumento en la medida que crece la población como producto de una mayor esperanza de vida al nacer y del avance científico y tecnológico.

Así entonces existe la necesidad de que la gente reconozca la importancia de un estilo de vida sano y de que los gobiernos identifiquen alternativas para mejorar las condiciones de vida y promover el bienestar de la comunidad, Pero sin duda el equipo de salud deberá examinar las condiciones de salud de la comunidad e identificar las alternativas apropiadas para establecer entonces particularmente la promoción de la salud.

Actualmente los Profesionales de la Enfermería están en una mejor posición para responder a los problemas de salud de la comunidad porque son ellos quienes poseen un mejor conocimiento de los valores, la cultura y las costumbres que inciden en la conducta de las personas, saben como hacer llegar los mensajes a la población (Ya que tradicionalmente la profesión conoce los mecanismos de socialización más usados por la comunidad) y por pertenecer a esta profesión en transformación son más permeables a los cambios.

Lo anteriormente mencionado, conlleva cambios así en la prestación de servicios y especialmente en la práctica de enfermería, porque al ser integrante de los servicios de salud, debe reorientar su trabajo como un campo de acción

interdisciplinario y así entrar a jugar un papel protagónico en la implementación de cambios requeridos para la divulgación y aplicación de modelos de atención al adulto con énfasis en la promoción de la salud y esta participación no solo se justifica por el costo social traducido en la pérdida de capacidad de producción económica de las personas y el aumento en el costo de los servicios hospitalarios, sino por la necesidad de incidir en estilos de vida y ambientes favorables que permitan mejorar la calidad de vida de la población.

Aunque la Profesión de Enfermería tradicionalmente ha estado influenciada por el modelo biológico de salud y se ha centrado en el cuidado individual y curativo, también ha venido trabajando en el diagnóstico de la comunidad y en el estudio de sus características durante varios años, que han dado buenos resultados, pero ahora con el nuevo enfoque de participación social y promoción de la salud, la Enfermería requiere entrenamiento específico en sociología, antropología principalmente y algunas otras disciplinas para que pueda comprender mejor la historia de la comunidad y sus patrones de comunicación y barreras al cambio.

En México para que esta estrategia aplicada a la profesión sea un hecho exitoso, hace falta que se modifiquen o reorienten los planes de estudio de las escuelas que imparten la profesión; se puede integrar a los planes actuales, o incluirlo como educación continua; así los y las enfermeras necesitan el conocimiento y las habilidades en la valoración física, psicológica y social del individuo, la familia y la comunidad.

Algunos ejemplos son conocer los antecedentes sociales y antropológicos para entender el proceso salud-enfermedad como un producto social e integrar los principios básicos de la atención primaria, el conocimiento de la estructura y función de la familia para entender el papel de la familia como unidad básica en el cuidado de atención primaria, conocimientos del proceso de comunicación social y su relación con la salud de la comunidad y habilidades en la detección temprana de casos, hallazgo de casos, tratamiento de enfermedades comunes y seguimiento de personas a riesgo, planeación y desarrollo de programas de prevención primaria y de protección a la salud usando estimación de riesgo individual y comunitario, manejo de stress y organización de grupos de apoyo, resúmenes e interpretaciones estadísticas vitales, desarrollo y participación en investigaciones sobre población, valoración del riesgo e identificación de grupos de alto riesgo, identificación de los factores y determinantes de problemas de salud, análisis prospectivos, planeaciones estratégicas, metodologías de investigación, cuidados ambulatorios, cuidados a domicilio y promoción de cambio social, entre otros aspectos; esto no quiere decir que no se enseñe, sí se enseña, pero de forma muy superficial y en el primer año de la carrera cuando al alumno le hacen falta conocimientos muy generales sobre la profesión y también porque durante el resto de la misma ya no se retoma, y es entonces cuando no es significativa esta enseñanza para los egresados y por ende no hay interés para desarrollar su trabajo en este ámbito, una opción sería darle más

participación en los planes corrientes, u otra implementarla como educación continua, seminarios o diplomados, a donde los interesados puedan dirigirse.

Además de la adecuación académica, también el contexto social de nuestro país es de suma importancia, y debemos considerar que las clases sociales influyen en la distribución de las enfermedades. Por ejemplo la alta mortalidad, la baja de esperanza de vida, la malnutrición y el envejecimiento fisiológico temprano en las personas de bajos recursos económicos, son resultado de las condiciones de vida a que está expuesto el individuo, así la calidad de la dieta ingerida o los hábitos alimenticios aprendidos por el individuo, Una contradicción muy grande, pero que también es un gran problema, es que mientras la desnutrición proteica es una característica de los niveles socioeconómicos bajos en países subdesarrollados, el comer en exceso es una característica de los niveles socioeconómicos medios y altos en los países desarrollados, es entonces de suma importancia tomar en cuenta que las clases sociales determinan las opciones disponibles en la selección de alimentos y el tipo de intervenciones que debemos considerar para una modificación de los hábitos alimenticios.

En México como ya sabemos, aunque sí influyen las clases sociales en esa determinación, tradicionalmente nuestra dieta es rica en grasas saturadas y carbohidratos y sin duda las circunstancias en que se desarrolla la vida de la familia es un factor que marca las conductas del individuo respecto a su alimentación y salud y sin duda están determinadas por las condiciones económicas, sociales y culturales que rodean el núcleo familiar, sin olvidar también la disponibilidad de información y/o conocimientos apropiados que la población tenga, independientemente de la educación formal que posea.

Sin duda todo lo expuesto anteriormente parece muy difícil de modificar, pero nosotros como profesionales nos encargaremos de fomentar los estilos de vida en la conducta, a los gobiernos les corresponde la parte de la seguridad social, como empleo, vivienda, alimentación, educación, justicia social y equidad, que lo ideal sería que lo hicieran y fuera benéfico para todos, pero como no es ni tan fácil ni tan probable, debemos adaptarlos a lo actual y cambiar o mantener lo que en nuestras manos podamos, como un ambiente estable y limpio, la paz, etc. hacer entre todos lo posible para lograrlo.

La participación de enfermería en la promoción de la salud en México, como ya se menciona en el capítulo anterior es muy limitada, participa en algunos programas, pero orientados hacia la curación y rehabilitación, o sea tendientes a actividades más de prevención secundaria, sin embargo no ha tenido el impacto que provoque un reconocimiento de la profesión en esta área.

Las actividades de prevención primaria para Enfermería según la OPS en su documento No. 97 de la Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, deben estar

enfocadas al papel de enfermería en la identificación de riesgos poblacionales específicos de la comunidad, incluyendo el diagnóstico de la comunidad, la identificación de los medios de comunicación social, la identificación de estrategias de concientización, el desarrollo de intervenciones que promueven no sólo estilos de vida sanos sino también ambientes sanos y la participación en acciones sociales a nivel individual, profesional y comunitario.

La práctica de Enfermería comunitaria está orientada hacia la prevención y promoción de la salud. Esta práctica incluye el uso de la historia natural de la enfermedad para definir estrategias de prevención en cada uno de los niveles. A nivel de prevención primaria, la enfermera proporciona al individuo, la familia y comunidad, la información requerida por estos para identificar las alternativas apropiadas respecto a su salud y cuidado del ambiente, Además proporciona educación para la salud a grupos de personas con problemas e intereses específicos de salud, tales como obesidad, diabetes, hipertensos, etc, así también promueve y asiste a la comunidad en el establecimiento de redes o grupos de apoyo, como grupos de mujeres, madres de familia, etc.

La estrategia de promoción de salud llevará a enfermería a proporcionar educación a los usuarios y al personal de salud respecto al autocuidado y cuidado del medio ambiente como también respecto al uso adecuado y oportuno de los servicios, incluirá también actividades orientadas a reforzar la acción comunitaria a nivel local y a promover cambios sociales que protejan la salud. Tendrán la responsabilidad de planear, proporcionar y evaluar los servicios de salud a nivel primario, y se convertirán en parte activa en el seguimiento y la detección temprana de casos, lo mismo que en las actividades relacionadas con asegurar un ambiente sano para la comunidad y / o la provisión de servicios de salud y de esa forma se basará en la planeación estratégica, la vigilancia epidemiológica de los problemas de salud en la comunidad para determinar cambios en la salud o comportamiento relacionados con la salud, la acción intersectorial, el liderazgo para trabajar dentro de un marco intra disciplinario e interdisciplinario.

Las enfermeras cumplirán un papel importante en las investigaciones de los problemas de salud de la comunidad, de los resultados de las intervenciones de enfermería y de la evaluación de los servicios de salud a través del uso de métodos epidemiológicos y de la investigación-acción. Adicionalmente necesitan realizar investigación en el auto cuidado, cuidados de enfermería en casa y cuidado del adulto, como también en factores ambientales que inciden en la salud del individuo/ comunidad, en las necesidades de educación permanente y en el diseño de instrumentos que permitan la evaluación de riesgos que influyan en la calidad de vida de la comunidad.

Estas y muchas más actividades se van a empezar a realizar por personal de enfermería o deberían iniciar, ya que la promoción de la salud forma parte del contenido temático del Actual Plan Nacional de Salud.

Sin duda alguna es un compromiso que el gobierno debe asumir ante las exigencias de la OMS /OPS, en materia de Salud, pero a nosotros como Profesionales del cuidado a la salud debe causarnos interés, ya que contamos con los conocimientos suficientes para desarrollar nuestro trabajo en este nuevo campo laboral, también contamos con las bases legales y políticas, sólo nos hace falta intentarlo.

V. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO: EXPLORATORIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL.

5.2 DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Personal de Enfermería que labora en los programas de promoción de la salud en la, SSA, el IMSS e ISSSTE.

El universo fue definido dependiendo las instancias donde se llevan los programas de Promoción de la Salud, como es así el primer nivel de atención.

MUESTRA: Convencional a 45 enfermeras, 15 de cada institución de ambos turnos, para encuestas y 2 directivos de Enfermería para entrevista: 1 jefa de enfermeras de la SSA a nivel Nacional, y 1 jefa de Enfermeras de los Programas de Promoción de la Salud de la SSA a nivel Nacional.

Criterios De Inclusión: Personal de Enfermería que labora en los programas de la promoción de la salud.

Criterios de exclusión: Personal que no desee participar en el estudio.
Personal que no labore en los programas de promoción de la salud.

5.3 VARIABLES:

VARIABLE	TIPO	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Cualitativa	Femenino o masculino	Nominal
Edad	Cuantitativa	Años cumplidos	Numérica
Edo. Civil	Cualitativa	Condición	Nominal
No. de hijos	Cuantitativa	No. de hijos	Numérica
Cuántas personas dependen económicamente	Cuantitativa	No. de dependientes económicos	Numérica
Salario por Quincena	Cuantitativa	Cantidad en pesos	Numérica
Vivienda	Cualitativa	Condición	Nominal

Servicios de la Vivienda	Cualitativa	Agua, Drenaje, Luz, teléfono	Nominal
Sostén económico de la Vivienda	Cualitativa	Quienes aportan	Nominal
Institución de formación básica	Cualitativa	Nombre de la institución	Nominal
Nivel Máximo de estudios	Cualitativa	Nivel académico	Nominal
Otro tipo de estudios	Cualitativa	Tipo de estudios	Nominal
Año de ingreso a laborar	Cuantitativa	Año	Numérica
Turno Laboral	Cualitativa	Matutino o vespertino	Nominal
Tipo de Contratación	Cualitativa	Contrato, honorarios, etc.	Nominal
Categoría Laboral	Cualitativa	Auxiliar o General	Nominal
Actividades que desempeña	Cualitativa	Abierta	Opinión
Actualización	Cuantitativa	No. de cursos	Numérica
Habilidades en la Formación	Cualitativa	Abierta	Opinión
Habilidades en su servicio	Cualitativa	Abierta	Opinión
Tiempo en los programas de PS	Cuantitativa	En años	Numérica
Como ingreso a laborar a los programas de PS	Cualitativa	Condición	Nominal
Porque prefiere el 1er. Nivel	Cualitativa	Abierta	Opinión
Es indispensable Enfermería en PS	Cualitativa	Abierta	Opinión
Cambiaría este trabajo por 2º. o 3er. nivel	Cualitativa	Abierta	Opinión
Retos para Enfermería en la PS	Cualitativa	Abierta	Opinión

5.4 METODO DE RECOPIACIÓN DE DATOS:

- × Investigación en literatura
- × Encuesta
- × Entrevista Estructurada y dirigida.

5.5 FUENTE DE DATOS

- × Revisión bibliográfica
- × Visita a bibliotecas y redes documentales

TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS:

- × Entrevista Directa

La estrategia para la realización de la entrevista fue solicitar con toda atención y respeto el apoyo para la integración de mi trabajo de tesis y con la ayuda de una audio grabadora pude llevar a cabo las 2 entrevistas.

- × Cuestionario de preguntas cerradas y abiertas.

La elaboración del cuestionario fue relativamente fácil, primero ordene las preguntas claves y desarrollarlo; lo complicado fue al aplicarlo, ya que primero que nada la entrada a las instituciones no es sencilla, así en la SSA fue fácil ya que el acceso es libre y el abordar al personal también, aunque tuve que insistir mucho para que me ayudaran a contestar el cuestionario, ya que en esta institución el personal de Enfermería es en su mayoría técnico, entonces al presentarme y referirles que era Licenciado en Enfermería de la ENEO y que era para mi trabajo de tesis, algunos se excusaban diciéndome que con mucho gusto me ayudaban, pero que si podía regresar otro día porque tenían mucho trabajo. En el IMSS, el acceso fue también relativamente fácil, con el apoyo de mi asesora y con la ayuda de mi carnet de esa institución que dicho sea ya tenia 5 años sin vigencia, pero me sirvió para entrar a algunos centros, el personal fue accesible, algunos hicieron un espacio dentro de sus actividades para contestarlo, otros me solicitaron que regresara mas tarde, a la hora de su salida. En el ISSSTE, la entrada fue un poco mas complicado, ya que tuve que conseguir un carnet con una amiga, y al abordar al personal, a algunos les daba flojera escribir para contestarlo, porque eran 3 hojas, entonces tuve que dirigir el cuestionario. Pero en fin estas son algunas de las complicaciones que tuve, y las estrategias que utilice para poder realizar mi trabajo de campo, además que visite varias unidades, de las cuales no obtuve resultados, entonces mi muestra no pudo ser estructurada.

PLAN DE ANÁLISIS: El primer paso después de obtener el trabajo de campo, fue elaborar un libro de códigos y entonces codificar los cuestionarios para poder vaciar los datos en el programa estadístico, el cual fue el SPSS versión 10.0;

sacar las frecuencias simples a cuadros de salida, y realizar así el análisis general cruzando algunos datos y llegar de esa forma a las conclusiones.

En lo que a las entrevistas se refiere, primero fue transcribir del casete de audio para llegar finalmente al análisis y conclusiones de las mismas.

5.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MARCO TEÓRICO E INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL	PRIMERA FASE
ENTREVISTAS DE OPINIÓN.	SEGUNDA FASE
PROCESO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS CONCLUSIONES	TERCERA FASE

VI. RESULTADOS

6.1 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE CUESTIONARIOS

DESCRIPCIÓN:

Con el objeto de conocer cuál es la participación del personal de enfermería en los programas de promoción de la salud, así como saber su opinión al respecto; se realizó este estudio con la aplicación de cuestionarios en 15 Unidades de Salud, 5 de la Secretaría de salud, 5 del IMSS y 5 del ISSSTE.

Se aplicó un total de 45 cuestionarios de la manera siguiente:

Secretaría de salud:

- ⊗ 5 cuestionarios a personal de enfermería de: Jurisdicción Sanitaria Cuauhtémoc. Centro de Salud T-1 "Dr. José Ma. Rodríguez".
- ⊗ 3 Cuestionarios a personal de enfermería de: Centro de Salud T-3 "Dr. Atanasio Garza Ríos".
- ⊗ 4 Cuestionarios a personal de enfermería de: Centro de Salud T-1 "Juventino Rosas".
- ⊗ 3 Cuestionarios a personal de Enfermería de: Centro de Salud T-2 Coyoacán.

IMSS

- ⊗ 3 Cuestionarios a personal de Enfermería de: UMF No. 45
- ⊗ 4 Cuestionarios a personal de Enfermería de: UMF No. 15
- ⊗ 5 Cuestionarios a personal de Enfermería de: UMF No. 4 " Dr. Vertiz"
- ⊗ 2 Cuestionarios a personal de Enfermería de: UMF No. 31 "Vicente Guerrero"
- ⊗ 1 Cuestionario a personal de Enfermería de: UMF No. 10 "Tlalpan"

ISSSTE

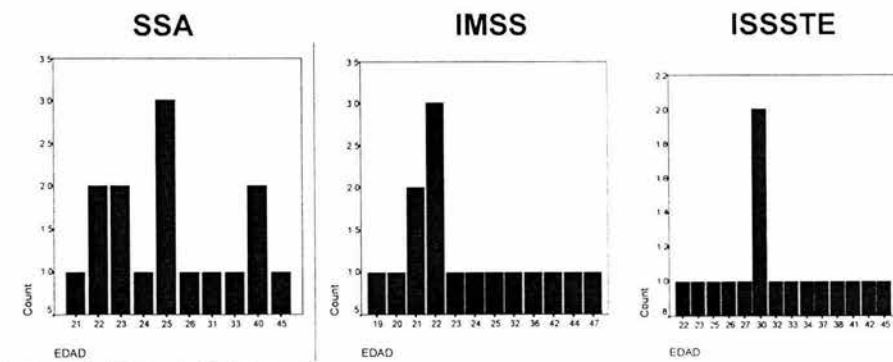
- ⊗ 3 Cuestionario a personal de Enfermería de: CMF, 5 de Febrero No. 111.
- ⊗ 3 Cuestionario a personal de Enfermería de: CMF, Balbuena, Av. del Taller, No.611
- ⊗ 3 Cuestionario a personal de Enfermería de: CMF, Morelos, Circunvalación No. 60
- ⊗ 3 Cuestionario a personal de Enfermería de: CMF, Juárez, Jalapa No. 252.
- ⊗ 3 Cuestionario a personal de Enfermería de: CMF, San Rafael, Ignacio M. Altamirano No. 115.

CUADRO 1

EDAD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19	1	2.2	2.2	2.2
	20	1	2.2	2.2	4.4
	21	3	6.7	6.7	11.1
	22	6	13.3	13.3	24.4
	23	4	8.9	8.9	33.3
	24	2	4.4	4.4	37.8
	25	5	11.1	11.1	48.9
	26	2	4.4	4.4	53.3
	27	1	2.2	2.2	55.6
	30	2	4.4	4.4	60.0
	31	1	2.2	2.2	62.2
	32	2	4.4	4.4	66.7
	33	2	4.4	4.4	71.1
	34	1	2.2	2.2	73.3
	36	1	2.2	2.2	75.6
	37	1	2.2	2.2	77.8
	38	1	2.2	2.2	80.0
	40	2	4.4	4.4	84.4
	41	1	2.2	2.2	86.7
	42	2	4.4	4.4	91.1
	44	1	2.2	2.2	93.3
	45	2	4.4	4.4	97.8
	47	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

D: El 48.8% tiene entre 19 y 25 años de edad, que representa la mayoría de nuestra población, tenemos además personas desde 30 hasta 47 años, la diversidad depende de las condicionantes de la institución.



CUADRO 2

SEXO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	FEMENINO	41	91.1	91.1	91.1
	MASCULINO	4	8.9	8.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Descripción: Tenemos un 91.1% de población femenina, ello determinado por la mayoría que representa en la población total del personal de enfermería, referido en el Documento del SIARHE de 1999, donde nos menciona que el 80% de la población total de enfermería en el país es femenina.

CUADRO 3

EDO. CIVIL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SOLTERA(O)	29	64.4	64.4	64.4
	CASADA(O)	15	33.3	33.3	97.8
	4	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

D: Mas de la mitad es soltera, representado por un 64.4%, que depende en gran parte de la relación que tiene directamente la edad para dicha condición. El Estado civil, así como la edad influyen, en el desarrollo de algunos programas de promoción, ya que existe por ejemplo el dirigido hacia las madres de familia, las cuales se consideran históricamente como proveedoras de educación a la familia, debido ello a que una enfermera con familia, puede ofrecer mejor orientación a una madre de familia. Y algo similar sucede con los programas para adolescentes.

CUADRO 4

TIENE HIJOS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	18	40.0	40.0	40.0
	NO	27	60.0	60.0	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

CUADRO 5

¿CUANTOS?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	UNO	9	20.0	20.0	20.0
	DOS	3	6.7	6.7	26.7
	TRES	6	13.3	13.3	40.0
	NO APLICA	27	60.0	60.0	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

D: Considerando que más de la mitad de nuestra población tiene menos de treinta años y es soltera, encontramos que tampoco tienen hijos, con un 60%. Y así las enfermeras casadas, tienen entre 1 y 2 hijos.

CUADRO 6

¿CUANTAS PERSONAS DEPENDEN ECONOMICAMENTE DE USTED?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	UNA	13	28.9	28.9	28.9
	DOS	11	24.4	24.4	53.3
	TRES	7	15.6	15.6	68.9
	CUATRO	3	6.7	6.7	75.6
	NADIE O NINGUNA	10	22.2	22.2	97.8
	NO CONTESTO	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

D: Observamos que un 22.2% no tiene ningún dependiente económico, mas que su persona, pero sin embargo tenemos un 75.6% que tienen de uno hasta cuatro dependientes económicos, las cuales podríamos considerar que sea un hijo o ambos padres.

CUADRO 7

LA VIVIENDA EN QUE HABITA ES

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OTRO	1	2.2	2.2	2.2
	PROPIA	23	51.1	51.1	53.3
	RENTADA	11	24.4	24.4	77.8
	COMPARTIDA	10	22.2	22.2	100.0
	CON FAMILIARES				
	Total	45	100.0	100.0	

D: El hecho de que más de la mitad, representado por el 51.1%, viva en casa propia, puede responder a que todavía viven en casa de sus padres.

CUADRO 8

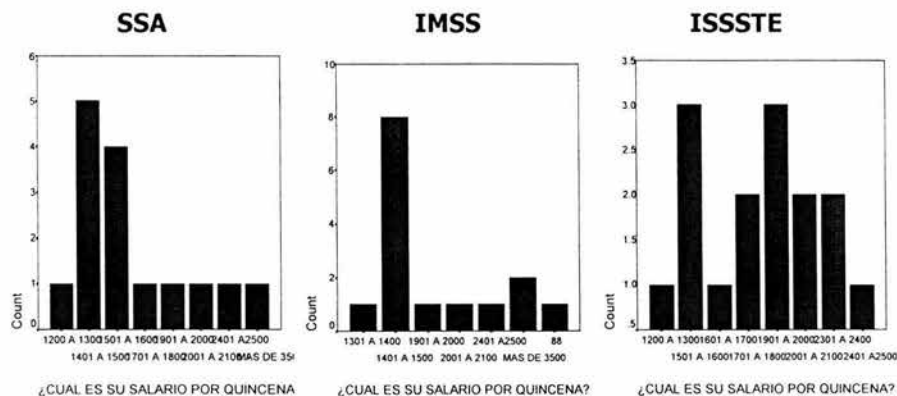
¿CUAL ES SU SALARIO POR QUINCENA?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1200 A 1300	2	4.4	4.4	4.4
	1301 A 1400	1	2.2	2.2	6.7
	1401 A 1500	13	28.9	28.9	35.6
	1501 A 1600	7	15.6	15.6	51.1
	1601 A 1700	1	2.2	2.2	53.3
	1701 A 1800	3	6.7	6.7	60.0
	1901 A 2000	5	11.1	11.1	71.1
	2001 A 2100	4	8.9	8.9	80.0
	2301 A 2400	2	4.4	4.4	84.4
	2401 A 2500	3	6.7	6.7	91.1
	MAS DE 3500	3	6.7	6.7	97.8
	88	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

D: El salario depende directamente con el tabulador y escalafón de la institución que emplea el personal, podemos considerarlo como mínimo lo equivalente a un salario mínimo, hasta seis o más.

(1 salario mínimo por quincena corresponde a \$825.00 Pesos, según la tabla de la comisión de salarios mínimos del año 2002).

Así en la encuesta se les solicito anotar cual es su salario por quincena, incluyendo prestaciones.



Como podemos observar por institución, existe variación constante, la diferencia recae dependiendo de la antigüedad y las prestaciones que los trabajadores reciben dependiendo de la institución.

CUADRO 9

SERVICIOS CON QUE CUENTA LA VIVIENDA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	AGUA,DRENAJE,LUZ Y TELEFONO	43	95.6	95.6	95.6
	AGUA,DRENAJE Y LUZ	1	2.2	2.2	97.8
	NO CONTESTO	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

D: Como podemos observar el 95.6% cuenta con los servicios básicos de la vivienda, lo cual nos habla de un aceptable nivel de vida.

CUADRO 10

EN SU FAMILIA,¿CUANTAS PERSONAS AYUDAN ECONOMICAMENTE PARA EL MANTENIMIENTO DE LA MISMA?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SOY LA UNICA	10	22.2	22.2	22.2
	MI PAREJA Y YO	13	28.9	28.9	51.1
	MIS PADRES Y YO	16	35.6	35.6	86.7
	MIS HERMANOS Y YO	6	13.3	13.3	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

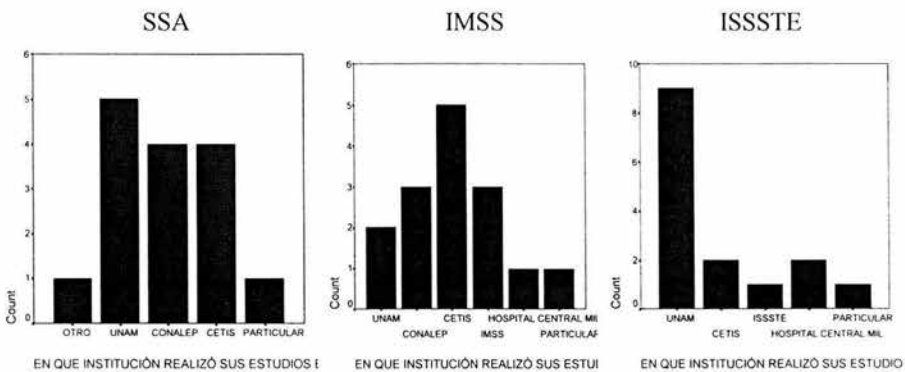
D: Con un 35.6% la ayuda es compartida con los padres, ello determinado por la edad y el estado civil de aproximadamente el 60% de nuestra población. El 28.9% es para las personas casadas que comparten los gastos con su pareja. Y es de llamar la atención un 22.2 % de casos que refieren que es la única en solventar los gastos, esto nos referiría a personas que viven solas o que sus padres no aportan nada económicamente. Si contemplamos que el 77.8% aportan económicamente para el mantenimiento de la familia y dadas las cifras de los salarios podemos darnos una idea de la situación económica en general de las enfermeras promotoras.

CUADRO 11

EN QUE INSTITUCIÓN REALIZÒ SUS ESTUDIOS BÀSICOS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OTRO	1	2.2	2.2	2.2
UNAM	16	35.6	35.6	37.8
CONALEP	7	15.6	15.6	53.3
CETIS	11	24.4	24.4	77.8
IMSS	3	6.7	6.7	84.4
ISSSTE	1	2.2	2.2	86.7
HOSPITAL CENTRAL MILITAR	3	6.7	6.7	93.3
PARTICULAR	3	6.7	6.7	100.0
Total	45	100.0	100.0	

D: Lo interesante de este cuadro es que tenemos un 35.6% que estudiaron en la UNAM, sin embargo el 40% estudio en Conalep y Cetis donde se forman profesionales técnicos.



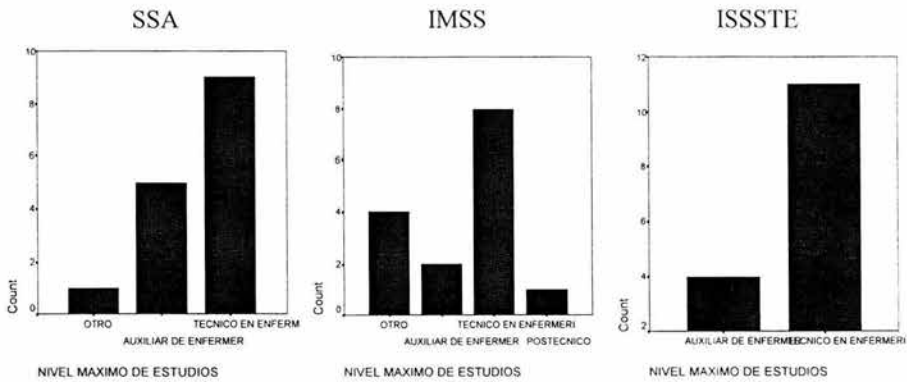
Encontramos una distribución por institución, muy equitativa, sin embargo llama la atención el predominio de la UNAM en el ISSSTE.

CUADRO 12

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OTRO	5	11.1	11.1	11.1
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	11	24.4	24.4	35.6
	TECNICO EN ENFERMERIA	28	62.2	62.2	97.8
	POSTECNICO	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Así tenemos que el 86.6% del personal encargado de desarrollar los programas de Promoción de la Salud es personal técnico.



Como ya se menciona en el cuadro de arriba, la mayoría es personal con estudios técnicos, y se encuentran equilibradamente distribuidos en las tres instituciones.

El rubro otros se refiere a aquellos que no especificaron nivel máximo de estudios.

CUADRO 13

ACTUALMENTE ESTA REALIZANDO ALGÚN TIPO DE ESTUDIOS PROFESIONALES

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SI	6	13.3	13.3	13.3
NO	39	86.7	86.7	100.0
Total	45	100.0	100.0	

CUADRO 14

SI SU RESPUESTA ES SÍ, QUE TIPO DE ESTUDIOS? SI SU RESPUESTA ES NO, NO APLICA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SUA LICENCIATURA	1	2.2	2.2	2.2
BACHILLERATO	4	8.9	8.9	11.1
OTRA LICENCIATURA	1	2.2	2.2	13.3
NO APLICA	39	86.7	86.7	100.0
Total	45	100.0	100.0	

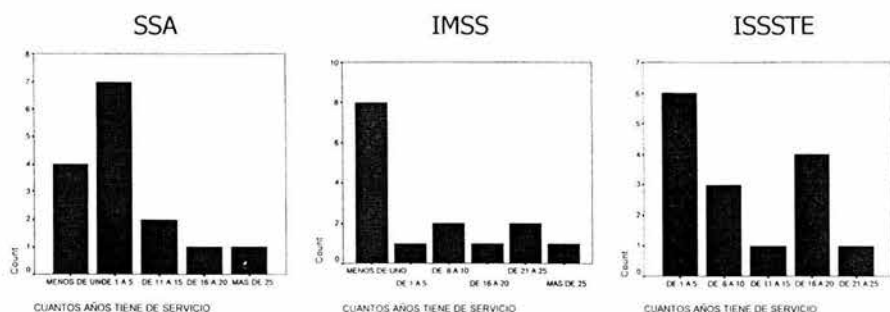
D: En base al cuadro anterior, encontramos que el 86.7% no esta realizando ningún tipo de estudios profesionales, ello puede estar determinado por la situación económica que representan.

CUADRO 15

CUANTOS AÑOS TIENE DE SERVICIO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid MENOS DE UNO	12	26.7	26.7	26.7
DE 1 A 5	14	31.1	31.1	57.8
DE 6 A 10	5	11.1	11.1	68.9
DE 11 A 15	3	6.7	6.7	75.6
DE 16 A 20	6	13.3	13.3	88.9
DE 21 A 25	3	6.7	6.7	95.6
MAS DE 25	2	4.4	4.4	100.0
Total	45	100.0	100.0	

D: Lo relevante de este cuadro es que más de la mitad o sea el 57.8% tiene entre 3 meses y un periodo de cinco años laborando, lo cual no significa que sea el mismo que llevan en los programas de promoción, sin embargo observamos que es personal con poco tiempo laborado.



Como vemos, en las tres instituciones, la mayoría tiene entre 1 y 5 años laborando, y es en el ISSSTE donde se encuentra el personal con mayor antigüedad. Y es la institución donde no se llevan a cabo los programas de promoción de la salud, así que concluimos que el personal que labora en los programas, tiene poca o nula experiencia en los programas.

CUADRO 16

TURNOS EN QUE LABORA

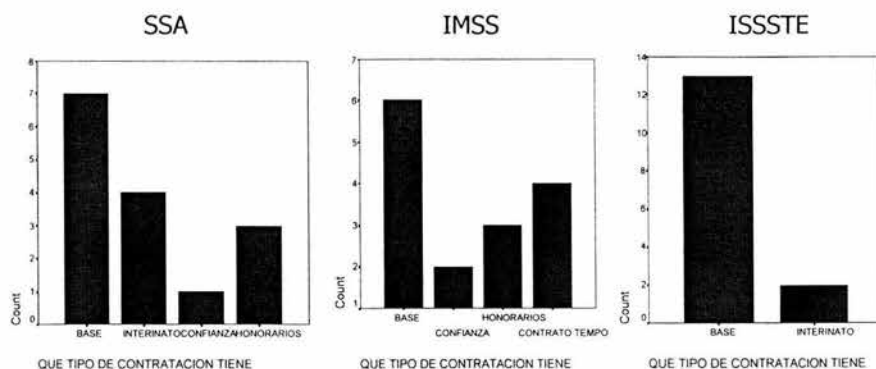
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MATUTINO	42	93.3	93.3	93.3
	VESPERTINO	3	6.7	6.7	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

D: Sin duda los datos son relevantes, para considerar que la promoción de la salud se desarrolla por la mañana, ya que al realizar las encuestas se nos comento que los programas solo se llevan a cabo en el turno matutino, lo comprobamos con el 93.3% del personal, labora en dicho turno. Contamos también con un 6.7% del turno vespertino, pero cabe resaltar que es personal que labora en el servicio de Medicina Preventiva.

CUADRO 17
QUE TIPO DE CONTRATACION TIENE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BASE	26	57.8	57.8	57.8
	INTERINATO	6	13.3	13.3	71.1
	CONFIANZA	3	6.7	6.7	77.8
	HONORARIOS	6	13.3	13.3	91.1
	CONTRATO TEMPORAL	4	8.9	8.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

D: Encontramos que el 57.8% tiene contratación de base, debido al sistema laboral que tienen las instituciones de salud. Sin embargo llama la atención que para el desarrollo de la promoción de la salud, se contempla personal contratado por el régimen de honorarios con 13.3% con el mismo porcentaje para personal que cubre interinatos.



Encontramos que un poco mas de la mitad, tiene contratación de base y corresponde al personal de mas antigüedad concentrado en las tres instituciones, sin embargo hay personal de honorarios, con interinatos y del régimen de contratación temporal que solo se encuentra en el IMSS y corresponde al personal contratado recientemente para el desarrollo y promoción de los programas de promoción de la salud.

CUADRO 18
CATEGORIA O PUESTO QUE OCUPA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OTRO	2	4.4	4.4	4.4
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	22	48.9	48.9	53.3
	ENFERMERA GENERAL	15	33.3	33.3	86.7
	ENFERMERA ESPECIALISTA	1	2.2	2.2	88.9
	PROMOTORA DE SALUD	5	11.1	11.1	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

D: El tipo de contratación, responde también a los sistemas de escalafón que rigen las instituciones de salud para el personal de enfermería, así tenemos que el 48.9 % esta con categoría de auxiliar de enfermería, por sus estudios y un 30.3% que tiene categoría de enfermera general, que a pesar de corresponder también a personal técnico, por el escalafón y antigüedad pueden cambiar de categoría.

Encontramos solo un 11.1% que tiene categoría de promotora de salud y solo la encontramos en el IMSS y el personal que tiene contratación temporal.

CUADRO 19
FUNCIONES O ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ACTIVIDADES DE PROMOCION	11	24.4	24.4	24.4
	INMUNIZACIONES	7	15.6	15.6	40.0
	TOMA DE SIGNOS VITALES	4	8.9	8.9	48.9
	PLATICAS U ORIENTACIÓN	16	35.6	35.6	84.4
	DETECCIONES	3	6.7	6.7	91.1
	TECNICAS DIVERSAS	1	2.2	2.2	93.3
	MANEJO DE GRUPOS	2	4.4	4.4	97.8
	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

FUNCIONES O ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OTRO	1	2.2	2.2	2.2
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN	3	6.7	6.7	8.9
INMUNIZACIONES	3	6.7	6.7	15.6
PLATICAS U ORIENTACIÓN	4	8.9	8.9	24.4
DETECCIONES	10	22.2	22.2	46.7
MANEJO DE GRUPOS	1	2.2	2.2	48.9
NO CONTESTO	23	51.1	51.1	100.0
Total	45	100.0	100.0	

D: El personal considera en orden de importancia derivado del orden al escribir, que el dar orientación o platicas es prioridad de sus actividades de promoción de la salud, seguido de aplicar vacunas y realizar detecciones en tercer lugar. Pero si consideramos que las inmunizaciones y las detecciones son acciones preventivas, podemos deducir que la única actividad que consideran de promoción es dar orientación.

Es sorpresivo observar que aunque son las actividades que realizan todos los días, no los pueden definir, y un 51.1% no contesto.

CUADRO 20

CUANTOS CURSOS DE ACTUALIZACIÓN DE MAS DE 20 HORAS HA TOMADO EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NINGUNO	10	22.2	22.2	22.2
UNO	8	17.8	17.8	40.0
DOS	7	15.6	15.6	55.6
TRES	8	17.8	17.8	73.3
CUATRO	4	8.9	8.9	82.2
CINCO	5	11.1	11.1	93.3
MAS DE CINCO	3	6.7	6.7	100.0
Total	45	100.0	100.0	

D: Debido probablemente a sus condiciones económicas y educativas, el personal no se capacita, tenemos así un 22.2% que no ha tomado ningún curso y un 17.8% que solo ha tomado uno y lo consideran así a su curso de capacitación o inducción al puesto.

CUADRO 21

¿CUALES FUERON LAS 3 HABILIDADES MAS IMPORTANTES QUE ADQUIRIO EN ESCUELA PARA SU PROFESIÓN?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid CONOCIMIENTOS TEÓRICOS	9	20.0	20.0	20.0
TECNICAS Y/O PRACTICA	23	51.1	51.1	71.1
DAR PLATICAS	3	6.7	6.7	77.8
PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS	5	11.1	11.1	88.9
HUMANISMO	1	2.2	2.2	91.1
NO CONTESTO	4	8.9	8.9	100.0
Total	45	100.0	100.0	

¿CUALES FUERON LAS 3 HABILIDADES MAS IMPORTANTES QUE ADQUIRIO EN SU ESCUELA PARA SU PROFESIÓN?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OTRO	1	2.2	2.2	2.2
CONOCIMIENTOS TEÓRICOS	1	2.2	2.2	4.4
TECNICAS Y/O PRACTICA	2	4.4	4.4	8.9
TRATO CON EL PACIENTE	3	6.7	6.7	15.6
DAR PLATICAS	2	4.4	4.4	20.0
PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS	1	2.2	2.2	22.2
HUMANISMO	4	8.9	8.9	31.1
ETICA	2	4.4	4.4	35.6
HISTORIA	2	4.4	4.4	40.0
NO CONTESTO	27	60.0	60.0	100.0
Total	45	100.0	100.0	

¿CUALES FUERON LAS 3 HABILIDADES MAS IMPORTANTES QUE ADQUIRIO EN SU ESCUELA PARA SU PROFESIÓN?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	CONOCIMIENTOS TEÓRICOS	12	26.7	26.7	26.7
	TECNICAS Y/O PRACTICA	11	24.4	24.4	51.1
	TRATO CON EL PACIENTE	2	4.4	4.4	55.6
	DAR PLATICAS	1	2.2	2.2	57.8
	PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS	10	22.2	22.2	80.0
	PUNTUALIDAD	2	4.4	4.4	84.4
	NO CONTESTO	7	15.6	15.6	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

D: Igualmente en orden de importancia, definen como prioritario, las técnicas y la practica, con un 51.1% seguido de humanismo con 8.9%. Aquí sorprende encontrar un 60% que no contesto, lo cual significa que solo consideran las técnicas y practicas como única habilidad por parte de su escuela. Aun así en tercer lugar enunciaron la parte teoría y de conocimientos, con un 26.7%.

CUADRO 22

¿CUALES SON LAS 3 HABILIDADES BASICAS DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA PROMOCIÓN PARA LA SALUD?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OTRO	2	4.4	4.4	4.4
	SER EFICIENTE	4	8.9	8.9	13.3
	TENER CONOCIMIENTO	5	11.1	11.1	24.4
	DAR ORIENTACION	7	15.6	15.6	40.0
	SER AMABLE	3	6.7	6.7	46.7
	CONOCER LOS PROCEDIMIENTOS	17	37.8	37.8	84.4
	DAR PLATICAS	1	2.2	2.2	86.7
	SER RESPONSABLE	2	4.4	4.4	91.1
	SER ORGANIZADO	1	2.2	2.2	93.3
	NO CONTESTO	3	6.7	6.7	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

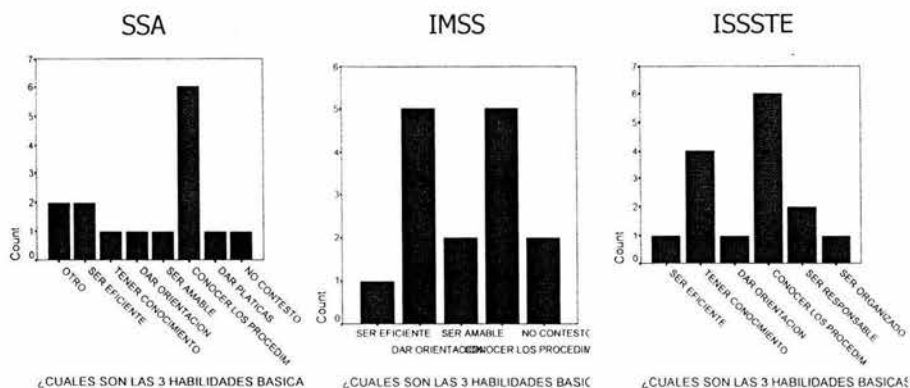
¿CUALES SON LAS 3 HABILIDADES BASICAS DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA PROMOCIÓN PARA LA SALUD?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TENER CONOCIMIENTO	6	13.3	13.3	13.3
	DAR ORIENTACION	7	15.6	15.6	28.9
	SER AMABLE	7	15.6	15.6	44.4
	CONOCER LOS PROCEDIMIENTOS	4	8.9	8.9	53.3
	DAR PLATICAS	4	8.9	8.9	62.2
	SER RESPONSABLE	1	2.2	2.2	64.4
	SER ORGANIZADO	1	2.2	2.2	66.7
	SABER EXPRESARSE Y CONVENCER	4	8.9	8.9	75.6
	EDUCAR	1	2.2	2.2	77.8
	NO CONTESTO	10	22.2	22.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

¿CUALES SON LAS 3 HABILIDADES BASICAS DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA PROMOCIÓN PARA LA SALUD?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OTRO	1	2.2	2.2	2.2
	SER EFICIENTE	2	4.4	4.4	6.7
	TENER CONOCIMIENTO	2	4.4	4.4	11.1
	DAR ORIENTACION	1	2.2	2.2	13.3
	SER AMABLE	2	4.4	4.4	17.8
	CONOCER LOS PROCEDIMIENTOS	4	8.9	8.9	26.7
	SER ORGANIZADO	1	2.2	2.2	28.9
	ELABORAR MATERIAL	2	4.4	4.4	33.3
	SABER EXPRESARSE Y CONVENCER	1	2.2	2.2	35.6
	SER PUNTUAL	1	2.2	2.2	37.8
	NO CONTESTO	28	62.2	62.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

D: De igual manera que en el cuadro anterior, corresponde a primer lugar con 33.8% conocer los procedimientos, seguido de dar orientación y ser amable, cada condición con un 15.6%, aquí vuelve a aparecer con un 22.2% la opción no contesto. Y en tercer lugar la no-respuesta tuvo un 62.2%.



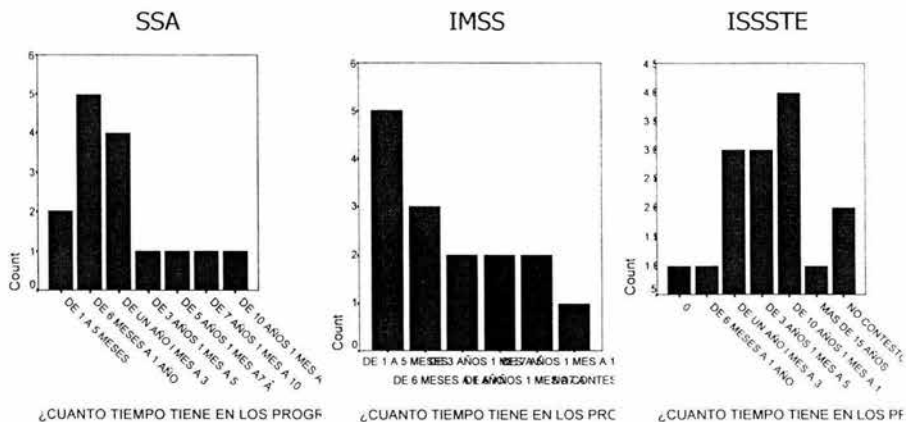
Para las tres instituciones la habilidad básica mas importante es conocer los procedimientos del servicio, si consideramos que las respuestas fueron en base a la operacionalidad de los programas, con los resultados podemos concluir que desconocen cuales son las actividades prioritarias y objetivos de la promoción así como un desconocimiento del ser profesional de Enfermería.

CUADRO 23

¿CUANTO TIEMPO TIENE EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	2.2	2.2	2.2
DE 1 A 5 MESES	7	15.6	15.6	17.8
DE 6 MESES A 1 AÑO	9	20.0	20.0	37.8
DE UN AÑO 1 MES A 3 AÑOS	7	15.6	15.6	53.3
DE 3 AÑOS 1 MES A 5 AÑOS	6	13.3	13.3	66.7
DE 5 AÑOS 1 MES A 7 AÑOS	3	6.7	6.7	73.3
DE 7 AÑOS 1 MES A 10 AÑOS	3	6.7	6.7	80.0
DE 10 AÑOS 1 MES A 15 AÑOS	5	11.1	11.1	91.1
MAS DE 15 AÑOS	1	2.2	2.2	93.3
NO CONTESTO	3	6.7	6.7	100.0
Total	45	100.0	100.0	

D: Bueno, cabe resaltar que más de la mitad, un 51.2% tienen de 1 mes a 3 años en los programas, esto responde a que los programas son de recién ingreso a las instituciones, y las personas que contestaron mas de 3 años, incluso mas de una, se refieren a su desempeño pero en el servicio de Medicina Preventiva, donde ellas mismas destacan que siempre ahí se ha realizado la promoción de la salud; pero considero que no es promoción, sino educación para la salud.



Como sabemos, es en la SSA donde se llevan a cabo los programas de promoción como tal y el tiempo que se tiene laborando en ellos, corresponde a su introducción en nuestro país, sin embargo encontramos que en el IMSS e ISSSTE, existe personal que refiere tener mas de 5 años laborando en la promoción de la salud, considerando dichos programas como lo mismo que el servicio de medicina preventiva.

CUADRO 24

¿COMO INGRESO A TRABAJAR A LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	POR PROPUESTA	7	15.6	15.6	15.6
	POR CONTRATO	31	68.9	68.9	84.4
	PO CONTRATACION TEMPORAL	5	11.1	11.1	95.6
	88	2	4.4	4.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

D: Tenemos a un 68.9% que ingreso por contrato, esto significa que desde que entraron las orientaron a ese servicio, ello corresponde con el cuadro anterior, ya que más de la mitad tiene menos de 3 años ahí.

CUADRO 25

ERA INDISPENSABLE LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE SALUD?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SOMOS EL PERSONAL QUE REALIZA TODAS LAS ACTIVIDADES ENFOCADA	25	55.6	55.6	55.6
SOMOS EL PERSONAL QUE TIENE EL PRIMER CONTACTO CON LOS PACIENTES	8	17.8	17.8	73.3
ES IMPORTANTE LO QUE HACEMOS	9	20.0	20.0	93.3
SOMOS EL APOYO PARA TODOS LOS SERVICIOS	3	6.7	6.7	100.0
Total	45	100.0	100.0	

D: Este cuadro es interesante, ya que podemos observar que las respuestas están determinadas por el discurso que las enfermeras han tenido sobre la participación en la salud pública. Un 55.6% respondió que sí es indispensable porque es el personal que realiza todas las actividades enfocadas a la promoción y prevención. Pero solo en su discurso, porque operativamente no se puede definir si es indispensable o no, ya que no existe una participación activa y mucho menos una evaluación del impacto.

CUADRO 26

¿CAMBIARIA SU TRABAJO AQUI PARA TRASLADARSE A UN HOSPITAL DE 2o. Ò 3er. NIVEL?
SÍ, PORQUE?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PARA TRABAJAR CON OTRO TIPO DE PACIENTES	3	6.7	6.7	6.7
	PARA PODER REALIZAR PROCEDIMIENTOS MAS ESPECIFICOS	4	8.9	8.9	15.6
	PARA NO PERDER PRÁCTICA EN LAS TÉCNICAS	2	4.4	4.4	20.0
	PARA LOGRAR SUPERACIÓN EN MI PROFESIÓN	4	8.9	8.9	28.9
	PARA TENER LA EXPERIENCIA DE TRABAJAR EN OTROS SERVICIOS	6	13.3	13.3	42.2
	NO APLICA	26	57.8	57.8	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

D: En este cuadro esta la población que respondió que si se cambiaria y la razón en cuestión, con un 13.3% para poder tener la experiencia de trabajar en otros servicios. Y cabe mencionar que consideran, que les gustaría trabajar en otro nivel para desempeñar actividades que les ofrezcan superación profesional. Así que no consideran que el primer nivel les ofrezca eso.

¿CAMBIARIA SU TRABAJO AQUI PARA TRASLADARSE A UN HOSPITAL DE 2o. Ò 3er. NIVEL?
NO, PORQUE?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	CONSIDERO IMPORTANTE MI DESEMPEÑO AQUI Y ME AGRADA	6	13.3	13.3	13.3
	EL TRABAJO EN LOS OTROS NIVELES ES PESADO Y ESTRESANTE	2	4.4	4.4	17.8
	EL PRIMER NIVEL ES LA BASE PARA LA SALUD DEL INDIVIDUO	6	13.3	13.3	31.1
	FALTA POCO PARA JUBILARME	2	4.4	4.4	35.6
	NO ME INTERESA CAMBIARME	5	11.1	11.1	46.7
	NO APLICA	19	42.2	42.2	88.9
	NO CONTESTO	5	11.1	11.1	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

D: La misma pregunta, pero con respuesta negativa, nos presenta que no se cambian, porque consideran importante su desempeño y les agrada lo que realizan, también porque consideran que el primer nivel es la base para la salud del individuo, ambas opciones con 13.3%. Sin embargo consideran que el primer nivel es menos estresante, más tranquilo y en ello deriva su preferencia.

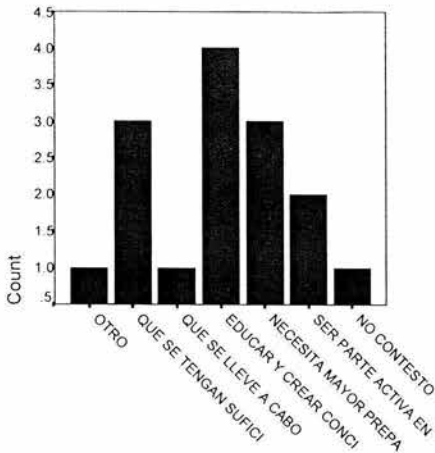
CUADRO 27

¿QUE RETOS CONSIDERA QUE TIENE QUE ENFRENTAR LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA EN UN FUTURO PRÓXIMO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OTRO	2	4.4	4.4	4.4
QUE SE TENGAN SUFICIENTES RECURSOS E Y H PARA REALIZAR LOS P QUE SE LLEVE A CABO UNA BUENA ORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN	6	13.3	13.3	17.8
EDUCAR Y CREAR CONCIENCIA EN LA GENTE PARA QUE SEAN RESPONSA NECESITA MAYOR PREPARACIÓN Y CAPACITACIÓN CONSTANTE	3	6.7	6.7	24.4
SER PARTE ACTIVA EN LOS GRUPOS MULTIDICIPLINARIOS	12	26.7	26.7	51.1
NO CONTESTO	18	40.0	40.0	91.1
Total	3	6.7	6.7	97.8
	1	2.2	2.2	100.0
	45	100.0	100.0	

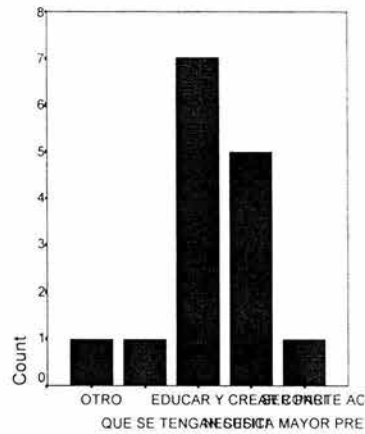
D: Aquí las enfermeras, consideran que se necesita mayor preparación y capacitación, con un 40% lo que nos hace pensar que consideran a su formación insuficiente para poderse desarrollar en este ámbito. Algo que resulta interesante es que aun sin poder identificar las prioridades y objetivos de la promoción de la salud como estrategia, reconozcan que el paciente debe tomar conciencia de la responsabilidad para con su salud y que la participación de enfermería se basara en educar y crear conciencia sobre esa responsabilidad tenemos aquí un 26.7%.Y sin embargo no menos importante, la suficiencia en los recursos humanos y materiales para el éxito de los programas, representado con un 13.3%.

SSA



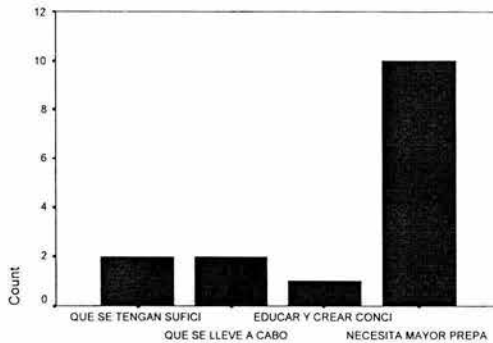
¿QUE RETOS CONSIDERA QUE TIENE QUE I

IMSS



¿QUE RETOS CONSIDERA QUE TIEN

ISSSTE



¿QUE RETOS CONSIDERA QUE TIENE QUE ENFRENTAR LA PROFES

Esta pregunta fue elaborada para conocer cuales son las limitantes que las enfermeras consideran son el principal reto a enfrentar ante la promoción de la salud en un futuro próximo para su profesión, y encontramos que la SSA que es la institución en donde se aplican los programas como los dicta la OMS/ OPS y que ya tiene experiencia en su aplicación, opinan que el reto principal es educar a la gente y crear conciencia en cuanto a la responsabilidad sobre su salud, de una mayor preparación y capacitación específica y en lo que al IMSS respecta, con la aplicación de sus programas preventivos preve-imss, consideran en su mayoría que hace falta capacitación y preparación específica en el área, y el ISSSTE por su parte, al no contar con un programa específico, no tiene los elementos para expresar algo que sea necesario reforzar, sin embargo opinan en su mayoría que hace falta mayor capacitación y preparación al respecto.

ANÁLISIS GENERAL DE CUESTIONARIOS

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio descriptivo, se observa que la mayor parte de nuestra población es del sexo femenino, ello como ya lo mencionamos debido a la mayoría de la población general de enfermería en nuestro país; tenemos personal muy joven, de entre 19 y 26 años, el cual la mayoría de las veces estudia carreras técnicas, las cuales les permite integrarse al mercado laboral rápidamente, ello debido a las exigencias y necesidades familiares, así, por su corta edad y porque recién egresadas de la escuela, la mayoría son solteras y por ende no tienen hijos, y las que son casadas y los tienen, oscilan entre 1 y 2 hijos.

Como podemos observar a pesar de ser jóvenes y solteras tienen que aportar económicamente a su familia y en su mayoría tienen mas de un dependiente económico, el cual pudiera ser un hijo o incluso sus padres.

Aunque la vivienda sea propia y cuente con los servicios básicos, sus gastos se contemplan prácticamente en el sustento del hogar y la familia. Tomando en consideración que el salario es bajo.

Debido a que como lo mencione anteriormente tienen la necesidad de integrarse inmediatamente al mercado laboral, por las exigencias de los gastos familiares, estudian en instituciones donde se ofrecen carreras técnicas como son el Conalep y los Cetis, así como de la misma UNAM, pero en las carreras técnicas. Así su nivel máximo de estudios será el de técnico en enfermería o auxiliar de enfermería, considerados como personal no profesional, sino de carácter puramente técnico. Por ello el desinterés de seguir con algún estudio de carácter profesional, y si existiera la inquietud solamente realizaran el bachillerato como complemento de su formación técnica.

Debido a que los programas de promoción de la salud tienen aproximadamente 3 años en la Secretaria de Salud y como un año y medio en el IMSS y en el ISSSTE no se contempla aun como tal, sino como Medicina Preventiva. Es por ello que el personal tiene aproximadamente ese mismo tiempo de laborar en dichos programas. No así con los años de servicio, ya que encontramos personal con mas de 20 años de servicio institucional, y que recientemente es trasladado a estos programas ignorando la forma y criterios de selección para ello.

La promoción de la salud se desarrolla en el turno matutino, ello porque es en ese horario donde acuden en mayor parte las madres de familia, consideradas las máximas educadoras en el aspecto de la salud para la familia. Pero ello no significa que en el turno vespertino no haya personas que se interesen en la orientación.

Debido al sistema laboral que rige en las instituciones de salud, la mayor parte del personal que ahí trabaja se contrata bajo el régimen de basificación, pero sin embargo encontramos que el personal que se esta encargando de la promoción, es personal contratado por honorarios o por contrato temporal, aunado a ello, la categoría o puesto laboral para el personal de base responde al escalafón dependiendo de la institución, se valora preparación escolar y antigüedad, pero aun de esta forma nuestra población es de enfermeras auxiliares y enfermeras generales, que las dos categorías son personal no profesional, se valora su antigüedad y cursos para ascender de categoría. Encontramos también personal con categoría de promotor, pero corresponde a personal de contrato temporal y solo en el IMSS los encontramos.

En cuanto a las actividades que desempeñan, consideran por orden de anotación en primer lugar dar orientación o pláticas, siendo así la forma en como consideran se define la promoción de la salud. Posteriormente anotan actividades puramente practicas derivadas ellas de lo cuidados generales de enfermería como son toma de T/A y aplicación de vacunas y las detecciones como fase importante en la promoción.

Es de interés contemplar como se concibe en las instituciones la promoción de la salud y como la define el personal que se encarga de su desarrollo.

Como ya se menciona anteriormente nuestro personal es no profesional, por ello no existe un interés por la actualización y capacitación.

Un punto clave para conocer si se esta reconociendo la importancia de la promoción de la salud, es preguntar que se adquirió al respecto en la escuela de formación y que de ello en el lugar de trabajo, así entonces encontramos que no existe una ubicación de las actividades meramente en el ámbito de la promoción, ya que encontramos que lo aprendido en la escuela responde a conocimientos sobre las técnicas en general de enfermería así como el bloque teórico de las mismas. Y en lo que a habilidades aprendidas en el lugar de trabajo se refiere, contemplan como prioritario identificar y conocer los procedimientos que ahí se realizan, ello respondiendo solo a un trabajo rutinario así como condicionantes que no son únicos de la promoción como lo son ser amable y saber dar orientación.

Ya que los programas de promoción son de reciente integración como tal a las instituciones, encontramos que el personal encargado tiene en promedio 1 año de desarrollo en esta área, sin embargo cabe señalar que en instituciones como el IMSS no se contempla un área especifica, si no que se incluyen los programas dentro del servicio de Medicina Preventiva, y el personal que ahí labora tiene en promedio 15 años laborando.

Y en el ISSSTE no se han integrado programas de promoción y el personal que se dedica al área de Medicina preventiva realiza actividades enfocadas a la educación para la salud y preventivas como inmunizaciones.

La forma en como ingresa nuestro personal, depende de la institución, ya que en el ISSSTE no se contemplan los programas y entonces el proceso de ingreso es por medio de la bolsa de trabajo o el sindicato de la institución, y no se solicita el servicio, solo se asigna. Algo similar sucede en la Secretaría de Salud, aunque aquí si se contemplan los programas pero se asigna al personal por rotación o por normas de la misma institución. El caso especial al respecto, es el IMSS ya que en esta institución encontramos personal que ingreso por contrato directamente a los programas y con la capacitación para inducción al puesto.

El personal de enfermería consideró indispensable su participación en la Promoción de la Salud, sin embargo les cuesta mucho trabajo definir sus actividades u habilidades en ese ámbito, es una gran contradicción y se da una opinión muy estudiada sobre su importancia sobre todo reconocido por tradición como Salud Pública o Atención Primaria a la Salud, se desconoce aún la diferencia entre estas estrategias y la Promoción de la Salud.

El personal de Enfermería que actualmente labora en el área de Promoción comenta que sí le agradaría laborar en otro nivel de atención, ya que los procedimientos cambian y se entiende que trabajar en un hospital les otorga cierto status laboral y profesional que en el primer nivel no lo tienen, curiosamente es la gente más joven. Y en cambio otro porcentaje opina que no se cambiaría, que le agrada lo que ahí realiza, sin embargo ello basado no en la importancia del área, si no porque el primer nivel se reconoce menos estresante y por ende más tranquilo que los otros dos niveles de atención y tristemente no se reconoce la negación por su importancia.

Al respecto de los retos que debemos enfrentar como profesión en el área de Promoción de la Salud, nuestro personal identifica una necesidad prioritaria para su éxito como lo es la capacitación y mayor preparación en el área específica de la Promoción de la Salud, lo cual considero que al final de la encuesta pudieron darse cuenta que aunque ellas laboran en esta área, aún no se desarrollan por completo, debido al desconocimiento y por ende no se tiene impacto y se desconoce su alcance y aplicación real.

Sin embargo reconocen que el paciente es una pieza clave para ello, ya que opinan es un reto crear conciencia en él, para que sea este el que se haga responsable de su salud y el personal de Enfermería se hará responsable de educar y orientar al respecto.

También un ámbito que reconocen de suma importancia es el apoyo económico y organizativo que requieren los programas para tener un verdadero desarrollo y éxito.

6.2 DESCRPCIÓN Y ANÁLISIS DE ENTREVISTAS

DESCRIPCIÓN:

Con la finalidad de conocer la opinión de los profesionales de Enfermería que se desarrollan en la Promoción de la Salud en los puestos directivos, realice 2 entrevistas de las cuales transcribo textual las opiniones tal y como se tiene grabado y así poder tener un análisis de ello y sacar mis conclusiones.

1ª. Entrevista dirigida a la Enfermera Especialista en Salud Publica Maria Elena Rivas González, Jefa del área de Educación para la salud en servicios de salud publica del Distrito Federal. (esta jefatura es la responsable de la organización y desarrollo de los programas de Promoción para la salud)

2ª. Entrevista dirigida a Enfermera Especialista Silvia Carbajal T, jefa de Enfermeras de los servicios de salud publica del Distrito Federal. (esta jefatura se encarga de todo el personal de Enfermería que labora en el primer nivel de atención en la SSA y por ende que labora en los programas de promoción de la salud)

ANÁLIS GENERAL DE ENTREVISTAS

La parte exploratoria por entrevista, nos permite recolectar datos de sumo interés para el estudio, además que nos da la oportunidad de conocer de una forma mas explicita a opinión de profesionales de la Enfermería en torno a puestos claves para el desarrollo de la Promoción

Es importante percibir cual es la opinión que tienen acerca de la promoción de la salud y se destaca la consideración del desconocimiento o desvalorización de lo referente a la prevención y promoción, un punto clave que observo de ambas opiniones, es la condición educativa y cultural de nuestra sociedad que influye enormemente en la forma como visualizamos la salud, nuestra salud y lo que fluye a su alrededor.

En cuanto a la pregunta sobre como se contempla la promoción de la salud en nuestro país esta relacionada con las anteriores respuestas, ya que la condición de salud como la concebimos, que solo asistimos a los servicios de salud, cuando ya tenemos una afección, o mucho peor, cuando tenemos complicaciones, se deriva de nuestra educación como sociedad.

Pero cabe destacar que se reconoce que en nuestro país se esta empezando a contemplar, en el Plan Nacional de Salud de este sexenio, que como sabemos lleva 3 años en curso y aun no tenemos conocimientos claros sobre las estrategias de Promoción de la salud.

Las opiniones de las expertas nos indica que la Enfermería siempre ha estado inmersa en el primer nivel de atención y este a su vez contempla la promoción como una actividad constante, ya que además es el personal que sale a comunidad, y que esta con la población dando platicas, asesorias, educación para la salud. Y estoy de acuerdo que la Enfermería siempre ha trabajado en ese ámbito, sin embargo la promoción de la salud como estrategia de salud publica no la conocemos y, como observamos, la gente que esta en estos puestos aun no la comprende así.

Estoy de acuerdo con ellas respecto a que si necesita la profesión una formación guiada para el desarrollo de la promoción, ya que de acuerdo a su opinión, tradicionalmente nos hemos encargado de las enfermedades, y no de la salud como tal, entonces se necesita reorientar la formación.

Si bien es cierto que la practica del ejercicio libre para nuestra profesión, en nuestro país se encuentra normada hacia el área de la obstetricia, la intención al preguntar eso, fue rescatar impresiones sobre si realmente se comprende la Promoción de la Salud como una estrategia publica, ya que eso es y aunque se tienen los conocimientos para orientar, la promoción de la salud no solo es educación para la salud como se opina, depende mucho de su ámbito político.

Con respecto a la pregunta sobre que metas tienen la Enfermería ante la promoción de la salud, estoy de acuerdo en que se debe trabajar mas desde los centros formadores de los recursos humanos, enfatizar o incluir las nuevas estrategias en salud, así como también estimular a los profesionales para que se desarrollen también en el ámbito comunitario.

Me pareció interesante y fue causa de orgullo que se considera al centro comunitario de San Luis Tlaxaltemalco, que dirige la ENEO-UNAM, como claro ejemplo de lo que la Enfermería puede dirigir y desarrollar, solo hay que fortalecerlo con nuevas estrategias y también que se tome en consideración que la ENEO como centro de formación de Recursos Humanos en salud, tiene una enorme tarea de desarrollar personal profesional enfocado a las demandas reales de salud, y conciente de que todo evoluciona y que debe reorientar su estrategia de labor profesional.

VII. CONCLUSIONES

Considero que el objetivo del trabajo se cumplió, ya que contiene toda la información de interés para el Profesional de Enfermería respecto a la Promoción de la salud en México; en cuanto a la participación de Enfermería, esta muy limitada por los programas, pero considero que de ellos depende construir un entorno diferente, que les de la posibilidad de desarrollarse en un ámbito distinto al tradicional.

Espero que esta recopilación sea de interés y de utilidad para los estudiantes de la carrera, y que se pueda llegar a reflexionar sobre la importancia de esta estrategia, en nuestro país y para nuestra profesión.

Considero que el contenido que aquí se integra, nos da una idea clara de la promoción de la salud en nuestro país.

Hoy en día podemos concluir que la promoción de la salud no se lleva a cabo por personal profesional en Enfermería, aunado al poco conocimiento real que se tiene de las estrategias a nivel institucional.

Concluimos que las actividades que se realizan en las instituciones de primer nivel de atención de nuestro país, tienen múltiples carencias con relación a los objetivos y dirección que contempla la Promoción de la salud como estrategia de salud pública.

Además cierto es que nuestra profesión tiene antigüedad dentro de la salud pública, como promotora comunitaria, pero no ha tenido el impacto profesional, ya que solo es participante ejecutor, y no creador e integrante de dichas estrategias, ello deriva del nivel educativo y de formación que se recibe.

Las opiniones de los expertos, nos dan un pequeño consejo que sí se puede lograr, que sólo nos hace falta trabajar en estos aspectos; También comparto con ellos la opinión de que se debe considerar más esta área dentro de los planes de estudio de las escuelas que imparten la profesión, ya que ahí es donde se obtienen las bases teóricas y el interés por esta y otras estrategias.

Y en lo que respecta a la operacionalización de los programas, observamos que es en la SSA donde las actividades tienen un desarrollo más relacionado con lo que dicta la OMS y OPS sobre la Promoción de la salud, ya que encontramos que en algunos centros se llevan a cabo algunos programas, pero desgraciadamente no tienen el impacto adecuado, porque no cuentan ni con la infraestructura ni recursos humanos específicos para ese desarrollo.

En lo que al IMSS se refiere, actualmente se lanzo una campaña en donde se integran las cartillas de preve-imss, por grupos de edad, es cierto que este programa contempla cuestiones preventivas, pero por lo que pude observar son actividades enfocadas a la prevención y educación para la salud, les hace falta integrar los reales objetivos de lo que es la promoción de la salud.

Y en ese orden por instituciones, el ISSSTE no contempla ningún programa relacionado con la promoción de la salud, solo mantiene lo que conocemos como el área de medicina preventiva, donde se realizan actividades que incluso el mismo personal de la institución considera como de promoción, pero no se tiene un conocimiento real de ello, ya que si bien se realizan detecciones de Diabetes Mellitus, se realiza papanicolaou para detección de cáncer cervico-uterino, e inmunizaciones, estas son actividades enfocadas completamente a la prevención que se confunde con lo que es la Promoción de la salud.

Entonces yo puedo concluir, de forma muy personal a mi apreciación durante el desarrollo de este trabajo, que todas las carencias que como país tenemos respecto a la salud, tiene su mayor problema en la educación formal e informal que tenemos como sociedad, aspectos tan simples como el no tirar basura en las calles, esa sola condición que es derivada de la falta de educación higiénica y civil, tiene múltiples repercusiones directa e indirectamente con la salud de nuestro pueblo, entonces no podemos dedicarnos solo a decir que nuestro sistema de salud a nivel nacional es carente en recursos económicos, y que esa sea la causa de sus deficiencias, debemos analizarnos como ciudadanos integrantes de un país con todas estas condiciones, que una buena educación en todos los aspectos supondría una mejor calidad de salud y vida para nuestra gente. ¡Analicémoslo de esa forma!, si cada uno de nosotros hacemos conciencia, lo transmitiremos a nuestras generaciones venideras y probablemente este sea un país con excelente salud en un futuro espero no muy lejano.

Consideremos que es una estrategia dictada, por la Organización Mundial de la Salud y Por la Organización Panamericana de la Salud, de acuerdo a estudios realizados sobre el futuro de la salud en el mundo, nuestro país no está fuera del desarrollo global mundial, y esto lleva al país a una dinámica de salud diferente a la que hasta ahora hemos tenido; aún hay muchos cambios por llegar, tomemos como ejemplo lo que ya otros países han comenzado a realizar, con gran éxito.

Solo como comentario, existen muchos obstáculos en las instituciones para poder realizar este tipo de estudios, ya que los procesos burocráticos absorben mucho tiempo, yo intente el acceso a la SSA por el medio formal, y fue muy desgastante, ya que se me solicitaba la entrega de varios oficios, los cuales entregue con su debido proceso de espera, tanto en la ENEO como en la institución, para que finalmente, después de 8 meses, optara mejor por realizar

mi trabajo de campo de forma informal. Y no es una queja, es solamente que se comprenda que estas pequeñas cosas son también derivadas de nuestra carencia de educación, y que nos sirva solo para darnos cuenta que sucede con nosotros desde otros ámbitos, tomemos la lección y apliquémosla a nuestro sentir para ser mejores personas y entonces aspirar a construir un mejor país.

Somos una profesión muy grande en cantidad y calidad, tenemos la capacidad de ocuparnos de nuestro desarrollo profesional, entonces si hasta ahora no lo hemos tenido, creo que nunca es tarde para comenzar, no será fácil, pero tampoco es imposible, con ello no quiero decir que nos olvidemos de las actividades que hasta ahora hemos realizado tradicionalmente, pero si comprometernos con las exigencias actuales, no dejemos que se sigan apropiando de campos, que nosotros podemos explotar de manera benéfica, vamos entre todos a construir una profesión que pueda desarrollarse en la atención a la salud, que es uno de los mayores tesoros que tiene el ser humano; Entre todos a cuidar y procurar la salud.

7.1 SUGERENCIAS

Que en las instituciones formadoras de profesionales de Enfermería se contemplen y desarrollen las estrategias de promoción de la salud.

Que se estimule a los alumnos de la ENEO a elaborar trabajos de investigación relacionados con la Enfermería en el ámbito comunitario, ya que ello colaboraría al desarrollo de la Enfermería profesional en otros ámbitos laborales

Que los profesionales de Enfermería que se encuentran en puestos clave a nivel de formación y de dirección, tomen en cuenta las sugerencias de los organismos mundiales sobre nuevas alternativas para la producción de salud, y tomen en cuenta también las experiencias de otras naciones que han obtenido excelentes resultados, adaptándolo concientemente todo ello a las condiciones de nuestro país.

Que las Enfermeras trabajen en contextos diferentes que brinden oportunidades ideales para que en la promoción de la salud se creen hogares, escuelas, ciudades y lugares de trabajo saludables. Individualmente y por medio de las asociaciones nacionales.

Y con el apoyo de directores y elaboradores de políticas se puede:

- Fomentar las acciones conjuntas para obtener productos mas saludables, servicios mas sanos y entornos mas limpios.
- Crear con otras organizaciones y sectores una red para suprimir los obstáculos contrarios a la promoción de la salud.
- Promover entornos de atención que fomenten la ayuda mutua.
- Influir para obtener unas condiciones de vida y de trabajo que sean seguras, estimulantes y alentadoras.
- Fortalecer la actuación y la participación de la comunidad en la fijación de prioridades, adopción de decisiones, planificación y aplicación de estrategias para conseguir una salud mejor.
- Facilitar a las personas información y formación de salud que les prepare para prestarse cuidados a si mismas en las distintas fases de sus vidas, y para hacer frente a enfermedades crónicas y lesiones.

- Ayudar a las personas a desarrollar capacidades personales que aumenten sus posibilidades de controlar su salud y hacer opciones saludables.
- Influir para que se presten servicios de promoción de la salud para las poblaciones vulnerables.
- Establecer alianzas con otras asociaciones de profesionales de salud, a grupos de acción comunitaria.
- Influir para que los servicios de salud se actualicen centrándose en los de prevención primaria y en los de promoción de la salud.

A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS: "LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO"

CUESTIONARIO

PRESENTACIÓN:

El presente instrumento forma parte del estudio de campo para la realización de una Tesis de Licenciatura de Enfermería, y su objetivo es recabar información referente a la vinculación de la profesión con la promoción de la salud. Y que a su vez dicha tesis forma parte de un proyecto que se lleva a cabo en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, del Programa PAPIIT, con Título "La Profesión de Enfermería frente a las encrucijadas de la Globalización".

Toda la información que usted nos proporcione es confidencial y será utilizada solo con fines de investigación, como referente y soporte de este proyecto.

Le solicitamos atentamente su colaboración para contestar este cuestionario, con la mayor veracidad posible.

Por favor lea las instrucciones cuidadosamente antes de contestar.

Muchas gracias por su colaboración.

INSTRUCCIONES:

- Coloque en los paréntesis que se ubican a la derecha de las respuestas posibles, una cruz (X) en aquella o aquellas opciones que usted elija.
- Por favor, NO ESCRIBA dentro de las casillas que se encuentran en el extremo derecho de cada pregunta.
- Al terminar de responder este cuestionario, verifique por favor que no queden preguntas sin contestar.
- Si tiene alguna duda, de inmediato pregunte a la persona que le entregó este cuestionario.
- Por favor lea detenidamente las preguntas y las opciones de cada una de ellas, antes de contestar.

GRACIAS

No invada
esta zona

No invada
esta zona

1.-Edad (años cumplidos)

2.-Sexo:

- 1) Femenino ()
2) Masculino ()

3.-Estado civil:

- 1) Soltera(o) ()
2) Casada(o) ()
3) Unión libre ()
4) Divorciada(o) ()
5) Separada(o) ()
6) Viuda(o) ()

4.-Tiene hijos:

- 1) Sí () 2) No ()

5.-De ser afirmativa su respuesta anterior: ¿Cuántos?

6.-¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?

7.-¿Cuál es su salario por quincena en esta institución?

8.-¿La vivienda en que habita es?

- 1) Propia ()
2) Rentada ()
3) Prestada ()
4) Compartida con familiares ()
5) Hipoteca ()
6) Otro ()

Especifique: _____

9.-De los siguientes servicios marque aquellos con los que cuenta su vivienda:

- 1) Agua ()
2) Drenaje ()
3) Luz ()
4) Teléfono ()

10.-¿En su vivienda cuenta con?

- 1) Lavadora de ropa ()
2) Horno de microondas ()
3) Video casetera ()
4) Computadora ()
5) Refrigerador ()
6) TV por cable ()
7) Aspiradora ()
8) DVD ()

11.-En su familia, ¿cuántas personas ayudan económicamente para el mantenimiento de la misma?

- 1) Soy la única ()
2) Mi pareja y yo ()
3) Mis hijos y yo ()
4) Mis padres y yo ()
6) Otros ()

Especifique: _____

12.- ¿En qué institución realizó sus estudios de formación básica en enfermería?

13.-Nivel máximo de estudios concluidos en enfermería.

14.-¿Actualmente está realizando algún tipo de estudios profesionales?

- 1) Sí () 2) No ()

15.-Si su respuesta anterior es SÍ, ¿qué tipo de estudios?

- 1) Educación continua ()
2) Especialización ()
3) Postécnico ()
4) Diplomado ()
5) SUA Técnico ()
6) SUA Licenciatura ()
7) Actualización ()
8) Otro ()

Especifique: _____

16.-¿En qué año ingresó a trabajar por primera vez a una institución del sector salud?

17.-¿Cuántos años tiene usted de servicio profesional en el sector salud?

18.-Turno en que labora actualmente:

- 1) Matutino ()
2) Vespertino ()
3) Nocturno ()
4) Sábados y Festivos ()
5) Domingos y Festivos ()
6) Sábados, Domingos y Festivos ()

No invada
esta zona

No invada
esta zona

19.-¿Qué tipo de contratación tiene usted actualmente?

- 1) Base ()
2) Interinato ()
3) Confianza ()
4) Honorarios ()
0) Otro ()
Especifique:

23.-Señale, ¿qué actividades de promoción para la salud considera importantes y que no realiza?

20.-¿Cuáles de los siguientes requisitos llenó usted para obtener este empleo?

(Puede marcar más de una opción)

- 01) Entrevista personal ()
02) Curso de capacitación en la institución ()
03) Examen práctico (de habilidades técnicas) ()
04) Examen de conocimientos ()
05) Pruebas de Inteligencia ()
06) Pruebas de Personalidad ()
07) Experiencia profesional Previa ()
08) Propuesta sindical ()
10) Recomendación ()
11) Edad ()
12) Sexo ()
13) Buen estado de salud ()
14) Estado civil ()
15) Título profesional ()
00) Otro ()
Especifique:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.-Actualmente ¿tiene un segundo trabajo como enfermera(o)?

- 1) Sí () 2) No ()

25.-Si su respuesta anterior fue SÍ, ¿en dónde?

26.-¿Cuántos cursos de actualización de más de 20 horas ha tomado en los últimos dos años?

27.-Identifique, ¿cuáles fueron las 3 habilidades más importantes que adquirió para su profesión, en la escuela dónde estudio?

- 1) _____
2) _____
3) _____

28.-¿Cuáles serían las 3 habilidades básicas de un profesional de enfermería, en el servicio donde usted trabaja?

- 1) _____
2) _____
3) _____

29.-¿Cuánto tiempo tiene en los programas de promoción de la salud?

22.-Señale, ¿cuáles son las funciones o actividades que desempeña?

30.-Como ingreso a trabajar a los programas de promoción de la salud?

- 1) por propuesta ()
2) por contrato ()
3) por recomendación ()
4) otro ()

31.-¿Le agrada trabajar en la promoción de la salud?

- 1) *Si* ()
2) *No* ()

32.-Por que prefiere trabajar en el primer nivel de atención.

33.-¿Considera indispensable la participación de enfermería en la promoción de la salud?

- 1) *Si* ()
2) *No* ()

Porque _____

34.-Cambiaría su trabajo aquí, por trasladarse a un hospital de 2 ó 3er nivel

- 1) *Si* ()
2) *No* ()

porque _____

35.- ¿Que retos considera que tiene que enfrentar la profesión de Enfermería en un futuro próximo en la promoción de la salud?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Elaboro: Emilia Lira Ruiz

FORMATO DE ENTREVISTA

PRESENTACIÓN:

QUE TAL MI NOMBRE ES EMILIA LIRA RUIZ, YO SOY PASANTE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE LA ENEO-UNAM Y ESTOY REALIZANDO UNAS ENTREVISTAS PARA CONCLUIR MI TRABAJO DE TESIS PARA MI TITULACIÓN, EL CUAL CONSISTE MAS QUE NADA EN UN ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LA PROFESION DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SI FUERA USTED TAN AMABLE DE CONTESTARME ALGUNAS PREGUNTAS.

PREGUNTA 1:

¿CUÁL ES SU NOMBRE?

PREGUNTA 2:

¿QUÉ PUESTO O ACTIVIDAD DESEMPEÑA?

PREGUNTA 3:

¿CUÁL ES SU OPINIÓN ACERCA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD?.

PREGUNTA 4:

¿EN NUESTRO PAÍS COMO SE CONTEMPLA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD?.

PREGUNTA 5.

¿CÓMO PARTICIPA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA EN ESTOS PROGRAMAS?.

PREGUNTA 6:

¿CONSIDERA USTED QUE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA REQUIERE UNA FORMACIÓN ESPECÍFICA PARA DESENVOLVERSE EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD?.

PREGUNTA 7:

¿CON LA FORMACIÓN QUE TIENE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN NUESTRO PAÍS Y LOS CONOCIMIENTOS PODRÍA TRABAJAR CON PROMOCIÓN DE LA SALUD PERO EN FORMA DE EJERCICIO LIBRE?

PREGUNTA 8:

¿CUÁLES CONSIDERA QUE SON LOS RETOS QUE DEBE ENFRENTAR LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD?.

PREGUNTA 9:

¿ALGUN COMENTARIO U OPINIÓN RELACIONADA CON EL TEMA?.

AGRADECIMIENTOS.

LE DOY LAS GRACIAS CORDIALMENTE POR SU VALIOSA OPINIÓN.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

CONCEPTOS BASICOS

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Ingl.: Primary health care

La atención primaria de la salud es asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías sencillos, científicamente fundados y socialmente aceptables, a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. Todos los miembros de la comunidad deberían tener acceso a la atención primaria de salud y todos deberían participar en ella. Además del sector sanitario, deben estar implicados también otros relacionados con la salud.

Una de las actividades que necesariamente debe incluir la atención primaria de salud es la 'educación para la salud de los 'individuos y del conjunto de la población. Esta educación debe aclarar las dimensiones y la naturaleza de los problemas de salud prevalentes en esa población e indicar los métodos para prevenir y controlar estos problemas. También se consideran actividades esenciales de atención primaria de salud: promover la disponibilidad de suministros suficientes de alimentos y una nutrición apropiada; asegurar un abastecimiento suficiente de agua potable y un saneamiento básico; prestar atención de salud materno-infantil, incluida la planificación familiar; vacunar contra las principales infecciones y enfermedades y facilitar el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes, así como suministrar los medicamentos esenciales.

La atención primera de salud está estrechamente vinculada con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El contacto diario del personal de atención primaria con las personas de su comunidad brinda enormes posibilidades de acción para la promoción de la salud, tanto la planificada como la espontánea. El personal de atención primaria, al actuar como defensor y promotor de la salud, está en una situación muy buena para influir en la formulación de políticas sanitarias que afectan a la salud de la

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Ingl.: Health education.

La educación para la salud es un término que se utiliza para designar a las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada. La educación para la salud ha estado hasta ahora estrechamente ligada a la prevención de la enfermedad, como medio susceptible de modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades. Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud.

Sin embargo, la educación para la salud no se preocupa sólo de los individuos concretos y de sus conductas saludables y de riesgo. En el ámbito de la promoción de la salud es también necesario poner en práctica diferentes formas de educación para la salud dirigidas hacia los grupos y las organizaciones y hacia comunidades enteras. Estas actividades educativas pueden servir para concienciar sobre las causas económicas y ambientales de la salud y de la enfermedad.

Esta evolución de la educación para la salud significa una superación del papel que tradicionalmente se le ha atribuido, limitado fundamentalmente a cambiar las conductas de riesgo de los individuos; y se convierte así en un potente instrumento para el cambio. Para ello es necesario que su contenido incluya informaciones que, por ejemplo, demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios ambientales, económicos o sociales que favorezcan la salud.

De este modo, la educación para la salud y la promoción de la salud quedan estrechamente entrelazadas. La promoción de la salud depende, en esencia, de la participación activa de una población bien informada en el proceso de cambio. La educación para la salud es una herramienta de vital importancia en este proceso. '.

ESTILOS DE VIDA

Ingl.: Lifestyles

El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinados por factores socioculturales y características personales.

El espectro de pautas de conducta entre los que pueden optar los miembros de una colectividad que puede estar limitado o ampliado por factores sociales y ambientales; por este motivo, los estilos de vida se suelen considerar en el contexto de las experiencias individuales y colectivas, así como en relación con las condiciones de vida.

Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales. Estas pautas son desarrolladas y utilizadas por el grupo como mecanismo para afrontar los problemas de la vida.

El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, los medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijos, sino que están sujetos a modificaciones.

En el ámbito de la promoción de la salud son de vital importancia tanto la gran influencia de los estilos de vida sobre la salud, como el potencial de cambio de dichos estilos de vida. El modo de vida de una persona puede dar lugar a patrones de conducta que son beneficiosos o perjudiciales para la salud. De la comprensión de la influencia de los estilos de vida en la salud, resulta evidente que, si hay que mejorar el estado de salud mediante la modificación de dichos estilos de vida, hay que actuar tanto sobre la persona como sobre los factores del entorno global que influyen en los estilos de vida.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que, de igual modo que no existe un estado ideal de salud, no hay tampoco estilos de vida prescritos como «óptimos» para todo el mundo. La cultura, los ingresos, la vida familiar, la edad, la capacidad física, las tradiciones y el ambiente del hogar y el trabajo hacen que algunos modos y condiciones de vida sean más atractivos, factibles y apropiados.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Ingl.: Disease prevention

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 de la enfermedad puede incluir también actividades o estrategias encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad, una vez establecida. En este caso se hace una distinción entre prevención primaria y prevención secundaria.

La prevención primaria pretende prevenir la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria pretende detener o retardar una enfermedad ya existente, mediante la detención precoz y el tratamiento adecuado; o reducir la frecuencia de las recaídas y el establecimiento de condiciones crónicas, por ejemplo mediante medidas de rehabilitación o cirugía reparadora.

Cuando el comportamiento personal está relacionado con la prevención de la enfermedad, la educación para la salud puede ser una estrategia efectiva para modificar dicho comportamiento.

La prevención de la enfermedad es fundamentalmente una actividad del campo médico destinada a los individuos o los grupos de riesgo. Su objetivo es mantener el estado de salud. No conlleva una visión positiva de hacer progresar el estado de salud, sino que lo que pretende es mantener el «status quo». En cambio, el punto de partida de la promoción de la salud es el conjunto de la población en el ámbito de su vida diaria, y no grupos o individuos determinados. Su meta es potenciar al máximo la salud. En este contexto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se pueden considerar como dos actividades distintas, pero complementarias, que se superponen en una serie de situaciones y circunstancias.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Ingl.: Health Promotion

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. 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. La promoción de la salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos y que, con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social.

Un principio inherente al enfoque de promoción de la salud es el implicar a toda la población en el contexto de su vida cotidiana; para ello es fundamental que exista una participación comunitaria efectiva en la definición de los problemas, en la toma de decisiones y en las medidas emprendidas para modificar y mejorar

los factores determinantes de la salud. Por esta razón, la promoción de la salud implica una cooperación estrecha entre todos los sectores de la sociedad, incluido el gobierno, con vistas a asegurar que el «entorno global» promueva la salud.

De forma más concreta, la promoción de la salud constituye una nueva estrategia dentro del campo de la salud y el ámbito social. Esta estrategia se puede considerar, por un lado política, en tanto que está dirigida hacia la elaboración de planes de actuación concretos, y por el otro como un enfoque que promueve la salud y está orientado hacia los estilos de vida. Así pues, la promoción de la salud no se ocupa sólo de promover el desarrollo de las habilidades personales y la capacidad de la persona para influir sobre los factores que determinan la salud, sino que también incluye la intervención sobre el entorno para reforzar tanto aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables como para modificar aquellos otros factores que impiden ponerlos en práctica. Esta estrategia se ha resumido en la frase “conseguir que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir”.

La promoción de la salud ha sido sintetizada a través de los siguientes principios generales de actuación: la promoción de la salud implica trabajar con la gente, no sobre ella; empieza y acaba en la comunidad local; está encaminada hacia las causas de la salud, tanto a las inmediatas como a las subyacentes; justiprecia tanto el interés por el individuo como por el medio ambiente; subraya las dimensiones positivas de la salud; y afecta y debería involucrar, por tanto, a todos los sectores de la sociedad y el medio ambiente.

SALUD

Ingl.: Health

La salud ha sido definida por la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la mera ausencia de enfermedad o dolencia. Sin embargo, como cabría esperar, esta descripción idealista e integradora ha sido considerada a veces como inalcanzable y en gran parte inaplicable para la vida de la mayoría de las personas. En el contexto de la promoción de la salud, se considera a ésta no tanto como un estado abstracto, sino sobre todo como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente. Desde esta perspectiva, la salud se considera como un recurso para la vida diaria, pero no como el objeto de la vida; 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 un entorno que la promueva y ofrezca oportunidades para poder realizar elecciones saludables entre los bienes de consumo, los servicios y demás posibilidades; se necesitan, finalmente, condiciones que favorezcan la salud en el entorno económico, social y físico (el entorno global)

Esta inseparable relación entre la persona y su entorno constituye la base para una concepción socio-ecológica de la salud, que es a su vez esencia! para el concepto de promoción de la salud. Bajo esta perspectiva se subraya la importancia de la interacción entre los individuos y su entorno, así como la necesidad de conseguir un cierto equilibrio dinámico entre ambas partes. En este contexto destaca asimismo el carácter subjetivo y la relatividad 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.

Por ello, en la promoción de la salud se subraya también la importancia de la salud sentida.

OTROS CONCEPTOS

BIENESTAR

Ingl. Well-being

Valoración subjetiva del estado de salud que está más relacionada con sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad mediante la integración social, que con el funcionamiento biológico.

Nota: Al igual que el concepto positivo de salud, el bienestar tiene mucho que ver con el desarrollo de potencial humano a nivel físico, psíquico y social. Este término se ha utilizado de forma generalizada en el contexto de la definición de salud de la OMS como estado bastante idealizado de la salud total. En promoción de la salud su uso se podría centrar más en la integración y el apoyo sociales, o incluso en un sentido más amplio de adscripción social, por pertenecer a una comunidad, como el núcleo central de su significado. Esta acepción del término lo coloca en el amplio contexto de un modelo social de salud.

CALIDAD DE VIDA

Ingl.: Quality of life.

Percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.

Nota: El término calidad de vida ha llegado a ser de uso común en el mundo desarrollado, que tiene cubiertas holgadamente las necesidades materiales básicas. Las personas son cada a vez más conscientes de la posibilidad de satisfacer las necesidades individuales y sociales, y buscan una calidad de la existencia por encima de la mera supervivencia.

COMUNIDAD

Ingl: Community.

Grupo específico de personas que suelen vivir en un área geográfica delimitada, comparten una cultura común, están organizados en torno a una estructura social y muestran una cierta conciencia de su identidad como grupo.

Nota: En las sociedades modernas los individuos rara vez pertenecen a una sola «comunidad» diferenciada, sino que mantienen su pertenencia a una serie de comunidades basadas en variables tales como el lugar de residencia, el trabajo, los contactos sociales y los intereses recreativos.

En promoción de la salud el concepto de comunidad es importante como punto focal para las actuaciones que conciernen a grupos de individuos en el contexto de sus vidas cotidianas.

DESARROLLO COMUNITARIO

Ingl.: Community development

En promoción de la salud, el proceso por el cual se hace participar a una comunidad en la identificación y el refuerzo de aquellos aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política que promueven la salud. Puede incluir apoyo a medidas políticas con objeto de modificar el entorno global y potenciar los recursos para instaurar formas saludables de vida, así como consolidar la red social de sostén y el apoyo social dentro de una comunidad y aprovechar los recursos materiales de que ésta dispone.

EPIDEMIOLOGÍA

Ingl. Epidemiology.

El estudio de la distribución de las enfermedades, de la conducta u otros indicadores del estado de salud en las poblaciones humanas, se ocupa asimismo de los factores que la provocan o están asociados con su distribución, y la aplicación de este estudio así control de los problemas de salud.

Nota: La información epidemiológica, especialmente aquella que define los grupos de riesgo y las conductas de riesgo ha sido la base para la prevención de enfermedades. Sin embargo el hecho de que tradicionalmente la epidemiología se haya centrado en la enfermedad y los de terminantes de ésta ha supuesto que su empleo haya sido de menor utilidad en el campo de la promoción de la salud. En este ámbito resulta más adecuada la utilización del concepto de epidemiología social.

EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL

Ingl.: Social epidemiology.

La epidemiología que es sensible a los fenómenos sociales y se basa en la información que proporciona la comprensión de la realidad sociológica.

Nota: Aunque la epidemiología normalmente reconoce y utiliza algunos factores y clasificaciones sociales, tales como clase social, la epidemiología social elabora y concede más importancia a los componentes sociales y critica, desde una perspectiva sociológica algunos términos médicos por ejemplo el de depresión, que con frecuencia tienen más base cultural e institucional de lo que comúnmente se les atribuye.

FACTOR DE RIESGO

En prevención de la enfermedad, este termino incluye l nivel económico, social o biológico, la conducta y otros estados conocidos por estar asociados o ser causa del aumento de la susceptibilidad a una enfermedad específica, a un precario estado de salud o a un accidente.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Ingl.: Mass media

Todas las formas impersonales de comunicación mediante las cuales se difunden a los individuos o grupos mensajes visuales y/o orales. Como ejemplos de medios de comunicación social se pueden citar la televisión, la radio y los periódicos. 0

Nota: La consecución de un nivel de participación comunitaria e individual efectivo y bien informado en el campo de la salud depende en gran parte de que la información sea continua, accesible, creíble y atractiva. En este cometido los medios de comunicación social desempeñan un papel fundamental. Esta función puede llegar a ser aún más crucial con el desarrollo de la tecnología de la información y con la mayor accesibilidad de los nuevos métodos de comunicación social.

POLÍTICA SANITARIA

Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (incluido el gobierno) que concede prioridad a la salud o que reconoce la importancia de los objetivos sanitarios. Comprende a los servicios sanitarios y los sectores fuera del ámbito sanitario que afectan a la salud.

PROFESIONAL DE LA SALUD

Se refiere al personal empleado en servicios organizados de cuidados sanitarios y al que se le exigen conocimientos especializados y técnicas adquiridas al menos en parte mediante el aprendizaje y la formación de carácter teórico.

Por lo general, estos profesionales se rigen por un código de conducta y una asociación profesional con acceso restringido.

NOTA: En el ámbito de la promoción de la salud hay que tener en cuenta que la procedencia del personal de este sector puede comprender un espectro mucho más amplio de profesionales de la salud desempeñan un papel especial en la promoción de la salud mediante actividades en defensa de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALADEFE, **"Propuesta para el Desarrollo y Fortalecimiento de la Enfermería en América Latina y el Caribe"**, Documento de Trabajo. Rosa Ma. Nájera, presidenta de la ALADEFE y profesora de la UAM-Xochimilco, México. Y Ma. Consuelo Castrillón Agudelo, vocal de desarrollo de ALADEFE y profesora de la Universidad de Antioquia, Colombia.
2. ARANDA REGULES J. M **"Nuevas Perspectivas en Atención Primaria de Salud", (Una revisión de la aplicación de los principios de Alma Ata)** Edit. DIAZ de SANTOS, S.A. Madrid, España 1994. P. P 399.
3. BEZOLD Clement, Frenk Julio. **"Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el Siglo XXI"**. Perspectivas para lograr salud para todos. Ed. Fundación Mexicana para la salud. México 1998. Pp. 202. (Incluye versión original en inglés y su traducción)
4. BUSQUETS Surribas Montserrat, **"Ejercicio Profesional: Responsabilidad Ética y Legal"**, Revista: Enfermería Clínica, p. 29-33, DOYMA, Publicaciones Médicas Periódicas, Bimensual, Barcelona, España. Vol. 8, No. 1, enero-febrero 1998.
5. CAMACHO SOLIS Rafael, **"El Fomento de la Salud en México"**, Secretaria de Salud 1989-1994, México 1994, SSA, OMS /OPS / UNICEF. PP 248.
6. CASTILLO Juan José. **"El Trabajo del Futuro"**. Ed. Complutense. España 1999.
7. CASTRILLÓN María Consuelo, **"La Dimensión Social de la Práctica de Enfermería"**. Ed. Universidad de Antioquia, Colombia 1997. Pp. 127.
8. CLEAVES S. Peter, **"Las Profesiones y el Estado: El caso de México"**. Ed. El colegio de México, México DF 1985. pp.243.
9. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, colección Porrúa, México 1995.
10. CNE: Segundo encuentro de la globalización de la profesión de enfermería. **"Fundamentos para el Proceso de Acreditación y Certificación"**. México 1994.

11. DEL BOSQUE, S. González, J. Mandariaga. (Comp.)(1998); **"Manos a la Salud"**, Mercadotecnia, comunicación y Publicidad: herramientas para la promoción de la salud. Centro Interamericano de Estudios de seguridad social CIESS, OPS/OMS México, DF.
12. DGPS, **"Manual para Personal de Salud"**, Entre todos a cuidar la salud, Dirección General de Promoción de la salud. FUNSALUD /Secretaría de Salud. Javier Urbina Soria, Director general de Promoción de la Salud. Pp. 141.
13. DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES Y SECRETARIA DE EDUCACION PÚBLICA **"ENFERMERÍA"**, Fascículo 9.
14. DURAN de Villalobos María Mercedes, **"Marco Epistemológico de la Enfermería"**, Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería, Ponencia en Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México, Noviembre 2001.
15. ESTEFANIA Joaquín, **"La Nueva Economía. La Globalización"** Ed. Debate, de Bolsillo, 1ª. Edición. Barcelona, España 2001. pp.250.
16. FELIÚ Escalona Marcia Belkis, **"La Enfermera en la Atención Primaria en Cuba. Meta para el año 2010"**, Revista: Desarrollo Científico de Enfermería, p.106-109, CFA Luz Ma. Medina Rocha; Mensual, México, Vol.5 Núm. 4, Mayo de 1997.
17. Folleto ...**"Para Promover la Salud en el Municipio"**, con la familia, con la escuela y con la comunidad. Pp. 31
18. Folleto ...**"Para Promover la Salud en el Municipio para la vida"**. Pro /salud pp.. 61
19. Folleto **"Epidemiología"**, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica No. 26, Vol. 18 Semana 26, del 24 al 30 de Junio del 2001. p. 19.
20. Folleto **"Epidemiología"**, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica No. 15, Vol. 18 Semana 15, del 8 al 14 de Abril del 2001. p. 19.
21. FUERBRINGER Mädy, Villareal Ma. Isabel. **" Enfermería, Disciplina Científica"** (Una aproximación epistemológica) Ed. Escuela de Enfermería UASLP, México 1995. Pp. 184.

22. GÓMEZ Serrano Consuelo **"Retos en la Formación de Profesionales de Enfermería"** ponencia XIII Congreso Nacional de Enfermeras y I Encuentro Binacional Colombo-Venezolano Cúcuta 1994. Revista Investigación y Educación en Enfermería Medellín. Colombia Vol. XV. N° 1. Marzo 1997. S/p.
23. GOÑI Michael Laura Angélica, **"La Transición en el Campo de la Salud y su Impacto en la Enfermería"**, Revista: Revista Mexicana de Enfermería CARDIOLÓGICA, Enfermeras de la Sociedad Mexicana de Cardiología, p. 39-43, Trimestral, Vol. 3 Núm. 2. Abril- Junio de 1995.
24. GONZALEZ MARIN Ma. Luisa, Coordinadora **"Globalización en México y Desafíos del Empleo Femenino"** Edit. Colección Jesús Silva Herzog, editorial Porrúa, México 2000. pp. 323.
25. GONZALEZ Marín Maria Luisa, **"Los Mercados de Trabajo Femeninos"**, Colección Jesús Silva Herzog, México 1998. pp. 161.
26. IMSS, **"Historias de Éxito de Promoción de la Salud de los Trabajadores"**. Diciembre 2000. Coordinación de salud en el trabajo. Pp. 123.
27. KUMATE Jesús, Soberón Guillermo, **"Salud para todos". ¿Utopía ó Realidad?**. Edit. El Colegio Nacional, México 1989. Pp. 224.
28. L. KARK Sidney, Kark Emily...**"Atención Primaria Orientada a la Comunidad"**, Edit. Doyma, Barcelona, España 1994. Pp. 186.
29. LARTIGUE Teresa, Fernández Victoria. **" Enfermería: Una Profesión de Alto Riesgo"**. Plaza y Valdés Editores. México 1998. Pp.454.
30. LAURELL, Asa Cristina, **"La Reforma contra la Salud y la Seguridad Social"**, (Una mirada crítica y una propuesta alternativa), Edit. ERA, México 1997. pp.122.
31. **Ley General de Profesiones**, México, 1998.
32. **Ley General de Salud**, México 2000.
33. M. KING Imogene, **"Enfermería como Profesión"**. (Filosofía, principios y objetivos) Ed. Limusa, 1a. Edición 1984, E.U.A ia. reimpresión 1992. México.

34. Manual de comunicación social para programas de salud. **Programa de Promoción de la Salud** (HPA), Organiza OPS. Washington DC. Mayo 1992 pp. 141
35. MEMORIAS ENFERMERÍA **Misión y valores de una Profesión**, I Reunión Interdisciplinaria, Universidad Panamericana, México 1998. Pp. 231.
36. MEMORIAS: **Situación Actual y Perspectivas de la Practica Social de Enfermería en México**; Primeras Jornadas Conmemorativas del IV Aniversario de las Instalaciones de la ENEO-UNAM 1984. Pp. 151.
37. MEMORIAS: XV REUNION NACIONAL DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA, Universidad Autónoma de Chihuahua, Facultad de enfermería, **La Profesionalización de Enfermería: Prospectiva para el siglo XXI**, (13 y 14 de octubre de 1994)
38. Modelo Operativo de **Desarrollo de contenidos Educativos**, Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de promoción de la Salud. 30 de Agosto al 1º. Septiembre 1999. pp. 17.
39. Modelo Operativo de **Municipios Saludables**, Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de promoción de la Salud. Septiembre 1999. Pp. 22.
40. Modelo Operativo de **Salud Familiar**, Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de promoción de la Salud, Septiembre 1997. pp. 17.
41. Modelo Operativo de **Salud Integral del Escolar**, Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de promoción de la Salud. 1997-2000 . Pp. 23.
42. Modelo Operativo de **Salud Integral del Adolescente**, Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de promoción de la Salud. 1997-2000.pp. 21
43. Modelo Operativo de **PROESA**, Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de promoción de la Salud. 1997-2000 . Pp. 23.
44. OIT, Documento de trabajo, BRIHAYE Alain, **Por la Remuneración Equitativa del Personal de Enfermería**, Oficina internacional del trabajo Ginebra, 1994.

45. OIT /OPS "**Atención Primaria y Estrategias de Salud en la Seguridad en América Latina**", 1986.
46. OMS, Serie de informes técnicos. 860 "**El Ejercicio de la Enfermería**": informe de un Comité de expertos de la OMS. (1995 Ginebra, Suiza) Organización mundial de la salud 1996. Pp. 42
47. OPS, "**Liderazgo en Salud Panamericana**", Informe Cuadrienal del Director, 1994-1997. OPS, Documento Oficial No. 287 pp. 71
48. OPS, Organización Panamericana de la Salud. "**Enfermería en las Américas**" Publicación Científica No. 571. Washington D.C. 1999. Pp. 277.
49. OPS/FEPPEN. Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería. "**Marco de Referencia para el desarrollo de la practica de enfermería en los servicios de salud**". Pp. 55. Mayo 1993.
50. OPS/OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 97. "**El Papel de Enfermería en el cuidado del Adulto con énfasis en la Promoción de la Salud**". Washington, DC., Agosto 1993.
51. OPS/OMS "**Promoción de la Salud en las Américas**", XLV Reunión, OPS XXXVII Reunión, Washington DC. 1995 pp. 21.
52. OPS/OMS, "**Salud para todos en el año 2000**", Washington DC. 1982.
53. OPS / Organización Panamericana de la Salud. "**Promoción de la Salud una Antología**", Publicación Científica No. 557. Washington D.C 1996.
54. Promoción de la Salud: Hacia una mayor equidad "**Quinta Conferencia Mundial en Promoción de la Salud**" 5-9 Junio 2000. Ciudad de México. P. P 29.
55. RAMOS Sánchez Daniel, "**La Inserción de México en la Globalización y Regionalización de las Profesiones**" Ed. IPN / FCE, México DF 1998. pp.107
56. **Reglamento de la Ley General de Salud** en materia de prestación de servicios de atención medica México 2001.
57. RESTREPO Helena y Hernán Málaga, "**Promoción de la Salud: Como construir vida saludable**", Edit. Panamericana, 2001. pp. 298.

58. Revista NURSING MANAGEMENT, Vol. 7, No. 4 July/August 2000. Editor Tom Keighley, London 2000. Artículo: "**Promoting Health**" P.P. 8-11.
59. ROCHON Alain, "**Educación para la Salud**" (una guía práctica para realizar un proyecto), Ed. Masson, S.A. Barcelona, España 1992. P. p 375.
60. Secretaría de Salud. (SIARHE) "**Informe de la situación de la Enfermería en México**". México 1999. Pp. 38
61. SSA, Boletín No. 253/5 Junio 2000, Dirección General de Comunicación Social.
62. UANL Facultad de Enfermería. Departamento de posgrado "**Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: hacia la excelencia en la práctica y educación de enfermería**". Traducción de la Revista: Nursing Outlook, Vol. 40 No.3 1992.
63. VASCO Uribe Alberto, "**La enfermería como profesión**", En: Mujeres y Medicina 4, p. 45-51, Dora Cardaci (compiladora), División de Ciencias Biológicas y de la salud, UAM-Xochimilco, México 1990. pp. 51.
64. ZOTTI, Marianne, Paul Brown, y R. Craig Stotts. "**Community Based Nursing Versus Community Health Nursing: What Does It Mean?**". **Nursing Outlook**, September-Oct. 1996; 44: 211-217.
65. www.inta.cl/promosalud/conferencias/adelaida.pdf
66. www.inta.cl/promosalud/conferencias/sundvall.pdf
67. www.msc.es/salud/home.htm
68. www.who.ch/hpr/conference
69. www.ssa.gob.mx/unidades/dgps/q1.htm

Instancias consultadas:

Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad, Donceles #39, Col. Centro. México, D. F.

Centro de Documentación Institucional (Acervo de Memoria Técnica) Lieja #7 1er. Piso Col. Juárez, México, D. F.

Biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM

Biblioteca de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.