



**EL COLEGIO
DE SONORA**

**Promoción de la salud para contrarrestar enfermedades crónicas: dos
estudios de caso en Sonora y Arizona**

Tesis que para obtener el grado de Maestra en Ciencias Sociales

Presenta

Diana Leticia Munguía Carrasco

Directora de Tesis: Dra. Catalina Denman Champion

Hermosillo, Sonora

Junio 2010

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo agradece a todas aquellas personas que hicieron posible que este proyecto se realizara satisfactoriamente, en especial y de manera personal a:

Catalina Denman Champion por ser mi guía en todo momento para lograr la culminación de este trabajo. A mis lectoras: María Remedios Olivas Peñúñuri y Patricia Aranda Gallegos por el enriquecimiento que dieron a esta investigación.

A mis maestros de asignaturas por darme las herramientas para ser una persona reflexiva y analítica ante los problemas sociales de nuestra comunidad.

A El Colegio de Sonora por darme la oportunidad de descubrir nuevos horizontes. A su personal administrativo y de biblioteca por mostrar siempre disposición para realizar mis trabajos y finalizar hoy el más importante.

Al personal de la Secretaría de Salud y de la Universidad de Arizona, así como a las personas que integran los grupos que fueron estudiados por permitirme ser parte de ellos en su momento.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por su apoyo económico para el estudio de este posgrado.

A mis padres y hermana por apoyarme en todo momento y tenerme paciencia y a todas aquellas personas por su apoyo incondicional.

A mis compañeros de la doceava promoción de la Maestría en Ciencias Sociales por compartir experiencias inolvidables, un agradecimiento sincero a aquéllos que me han brindado su amistad.

Por último a mi fiel amigo *Inti* por acompañarme en todo momento, incluso en los desvelos constantes mientras realizaba este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1. Promoción de la salud: sus antecedentes y programas de acción	15
1.1 Declaración de Alma Ata y <i>Carta de Ottawa</i>	20
1.2 Encuentros internacionales de Promoción de la Salud.....	22
1.3 Programas de acción sobre promoción de la salud en México.....	26
1.4 Programas de acción en Estados Unidos	33
CAPÍTULO 2. Diabetes Mellitus: su contexto epidemiológico.....	41
2.1 Diabetes Mellitus a nivel mundial y en las Américas	44
2.2 Situación de la diabetes mellitus en México	46
2.3 Diabetes mellitus en Sonora	48
2.4 Panorama de la diabetes mellitus en Douglas, Arizona.....	53
CAPÍTULO 3. Propuestas conceptuales y metodológicas para estudiar la Promoción de la Salud	59
3.1 Proceso de salud-enfermedad-atención	60
3.2 Prevención en salud	64
3.3 Promoción a la salud	67
3.4 Participación comunitaria.....	70
3.5 Empoderamiento.....	72
3.6 Diseño de la investigación.....	74
3.6.1 ¿Qué es un estudio de caso?	74
3.6.2 ¿Cómo se seleccionaron los casos?	76
3.6.3 Descripción de trabajo de campo.....	77
CAPÍTULO 4. Descripción y análisis de dos estudios de caso.....	81

4.1 Programa “Pasos Adelante”	81
4.1.1 Descripción de “Pasos Adelante” en Douglas, Arizona	82
4.2 Secretaría de Salud: Programas de promoción de la salud y grupos de ayuda mutua	85
4.2.1 Descripción del Centro de Salud Urbano y el “Grupo de Ayuda Mutua”	86
4.3 Entrevistas y observación de programas	91
4.3.1 “Pasos Adelante”	92
4.3.2 Centro de Salud Urbano: “Grupo de Ayuda Mutua”	102
4.3.3 Análisis comparativo de ambos programas	114
Capítulo 5. Conclusiones (propuestas y/o recomendaciones)	117
5.1 Recomendaciones para la investigación	121
5.1.1 Futuros proyectos de investigación	121
5.1.2 Acotaciones conceptuales y metodológicas	121
5.2 Comentarios sobre los programas	123
5.2.1 Para la mejora de los programas	123
5.2.2 Para la adaptación de “Pasos Adelante” en un contexto mexicano	125
5.2.3 Para la sustentabilidad de los programas	126
5.2.4 Para la capacitación de las promotoras	127
5.2.5 Para la extensión del programa a otros temas/problemas de salud	129
BIBLIOGRAFÍA	131
ANEXOS	139

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Prevalencia de obesidad y exceso de peso en México, Estados Unidos y la frontera de ambos países.....	7
Cuadro 2. Prevalencia de diabetes y prediabetes en México, Estados Unidos y la frontera de ambos países.....	7
Cuadro 3. Breve cronología de los encuentros internacionales de Promoción de la Salud.....	19
Cuadro 4. Cronología histórica de las instituciones de Promoción de la Salud en el ámbito federal.....	27
Cuadro 5. Principales países de América con mayor prevalencia de diabetes mellitus.....	45
Cuadro 6. Diez principales causas de mortalidad general, 2005.....	46
Cuadro 7. Morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus en México, 2000-2008.....	47
Cuadro 8. Diez principales causas de muerte en Sonora, 2008.....	49
Cuadro 9. Morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus en Sonora, 2000-2008.....	50
Cuadro 10. Municipios de Sonora con más casos de defunción por diabetes, 2008.....	51
Cuadro 11. Morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus en Hermosillo, Sonora, 2002-2008.....	52
Cuadro 12. Proyección de la población de Arizona 2000-2030.....	55
Cuadro 13. Diferencias esquemáticas entre la promoción de la salud y prevención de enfermedades.....	66
Cuadro 14. Personal que labora en el Centro de Salud Urbano.....	87
Cuadro 15. Detecciones de enfermedades crónicas no transmisibles en el centro de salud de estudio.....	89

Cuadro 16. Sesiones presenciadas de “Pasos Adelante”.....	95
Cuadro 17. Diferencias y similitudes de los programas “Pasos Adelante” y el “Grupo De Ayuda Mutua”.....	116

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Mortalidad mundial prevista por distintas causas de enfermedades crónicas, 2005 (todas las edades).....	42
Gráfico 2. Total de asistentes del GAM.....	91
Gráfico 3. Diagnóstico de las y los participantes del GAM.....	108
Gráfico 4. Promedio de la evaluación de las metas de tratamiento 2009.....	114

INTRODUCCIÓN

La salud y la enfermedad son el saldo de una compleja interacción de factores que involucra las condiciones geográficas, culturales, políticas y económicas que caracterizan a cada sociedad. A raíz de estos factores, actualmente tenemos en nuestro país un nuevo patrón de enfermedades que requiere de atención y un trabajo serio que logre resultados positivos que se reflejen en la comunidad. En este panorama, son varias las enfermedades que destacan por su recurrencia en México. Por ejemplo en el año 2008, la diabetes mellitus fue la primera y segunda causa de muerte en mujeres y hombres respectivamente; el 15% de los menores de un año fallecieron por diarrea e infecciones respiratorias; siete de cada diez adolescentes entre 12 y 15 años que tuvieron relaciones sexuales no usaron ningún método anticonceptivo, y cerca del 20% de este grupo entre 16 y 19 años que viven en zonas urbanas fumaban y consumían alcohol; por último, el 70% de la población entre 30 y 60 años presentó sobrepeso u obesidad.

De todos estos problemas de salud pública, la diabetes mellitus junto con la obesidad, la hipertensión arterial, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias forman parte del grupo que se ha denominado Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), que hoy por hoy representan un gran reto ya que dichas enfermedades marcan el 60% de las muertes a nivel mundial. En el año 2005 perecieron 35 millones de personas a causa de una ECNT (Organización Mundial de la Salud 2009); de éstos, aproximadamente 16 millones corresponden a personas menores de 70 años. Asimismo, el 80% de las defunciones a causa de las ECNT se presenta con mayor frecuencia

en países de ingresos medios y bajos; aunado a esto, se estima que en la próxima década se incrementará el número de muertes.

Al considerar que las ECNT no establecen diferencias de edad, sexo, raza y clase socioeconómica, resulta imprescindible estudiar la diabetes mellitus por el impacto que está generando en la salud poblacional, el cual se refleja en las estadísticas de morbi-mortalidad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se tiene registrado que más de 220 millones de personas en todo el mundo tienen esta enfermedad y que sólo en el año 2005 hubo 1.1 millones de defunciones por diabetes; en lo que concierne a México ha habido un incremento de 60 mil muertes y 400 mil casos nuevos al año. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) indica que el promedio de esperanza de vida (EV) fue de 75 años en 2009, correspondiendo 73 años para hombres y 78 para mujeres; sin embargo, la diabetes ha ocasionado que esta EV se reduzca nueve y siete años respectivamente para cada sexo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2010).

En la frontera México-Estados Unidos residen 7.5 millones de adultos mayores de 18 años, de los cuales el 15.7% (aproximadamente 1.2 millones) tienen diabetes. De éstos, alrededor de 500 mil viven en el lado mexicano y más de 700 mil en la frontera sur de Estados Unidos. Aproximadamente un millón -14% de los habitantes adultos- padecen de prediabetes, y son las mujeres en un 51% quienes tienen más riesgo. Se estima que existen 5.3 millones de personas adultas con sobrepeso u obesidad en la frontera (ver cuadro 1 y 2).

Cuadro 1. Prevalencia de obesidad y exceso de peso en México, Estados Unidos y la frontera de ambos países.

	Obesidad	Exceso de peso
		(sobrepeso y obesidad)
México (2006)		
Hombres	24.2	66.7
Mujeres	34.5	71.9
Estados Unidos (2007-2008)		
Hombres	32.2	72.3
Mujeres	35.5	64.1
Frontera (2005)		
Hombres	33	73.9
Mujeres	34.3	69.9

Fuente: Olaiz et al. 2006; Flegal et al. 2010; Organización Panamericana de la Salud 2010.

Cuadro 2. Prevalencia de diabetes y prediabetes en México, Estados Unidos y la frontera de ambos países.

	Diabetes	Pre-diabetes	Normal
Frontera México-Estados Unidos	15.7	13.9	70.4
Frontera México	15.1	14.3	70.6
Frontera Estados Unidos	16.1	13.6	70.3

Fuente: Olaiz et al. 2006; Flegal et al. 2010; Organización Panamericana de la Salud 2010.

Por otra parte y no menos importante, es necesario conocer los aspectos prácticos y cualitativos de las acciones que se implementan para prevenir y controlar la diabetes mellitus. A raíz de esto se desprende el interés por estudiar dos programas enfocados a trabajar esta problemática tanto en Hermosillo, Sonora como en Douglas, Arizona. El

primero corresponde al “Grupo de Ayuda Mutua” (GAM) de un Centro de Salud Urbano (CSU) de la Secretaría de Salud Pública del Estado, mismo que se caracteriza por el trabajo de organización que tienen los propios pacientes y que sirve como escenario de capacitación para el control de las ECNT; éste debe ser supervisado y monitoreado bajo un enfoque médico y contar con el apoyo de los diversos servicios de salud. El segundo programa se llama “Pasos Adelante” (PA) y es una iniciativa del Centro Canyon Ranch para la Prevención y Promoción de la Salud, el cual forma parte de la Escuela de Salud Pública Mel and Enid Zuckerman de la Universidad de Arizona. Éste tiene el objetivo de brindar a población abierta¹ de latinos los conocimientos, habilidades y la motivación necesaria para combatir enfermedades del corazón y la diabetes.

A partir de esto nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los elementos estratégicos del “Grupo de Ayuda Mutua” y “Pasos Adelante” para prevenir y controlar la diabetes mellitus en sus comunidades y cuál es la relación que encontramos entre tales elementos?

Para dar respuesta a esta interrogante, fijamos como objetivo general el contribuir con la identificación de los elementos particulares de los programas de promoción de la salud que se mencionaron para prevenir la diabetes mellitus. En lo que atañe a los objetivos específicos tenemos:

1. Describir los programas de promoción de la salud de la Secretaría de Salud y “Pasos Adelante” dirigidos a prevenir y controlar la diabetes.

¹ Por población abierta en PA nos referimos a cualquier persona que tenga o no un servicio de salud público o privado. En México esta definición corresponde a la población que no tiene un sistema de seguridad social por empleo.

2. Comparar ambos programas para analizar las similitudes y discrepancias que existen entre ellos en torno a la promoción de la salud e identificar los componentes de cada uno de estos programas que les permiten obtener resultados.
3. Identificar, describir y comparar las funciones que realizan las personas que se encuentran al frente de estos programas de promoción de la salud.

Los programas de promoción de la salud estudiados en esta investigación parecieran no tener similitudes por los lugares donde se trabaja, sin embargo, comparten lo siguiente: Las personas que acuden a estos programas son de origen étnico similar y propensos a tener diabetes (Center for Disease Control and Prevention 2009; Salgado de Snyder 2009, 109-110), ya que la alimentación que tienen no corresponde a lo que debiera ser, es decir, hay ingesta excesiva de alimentos con niveles elevados de grasa; un alto consumo de bebidas azucaradas que suele ser el líquido principal; la comida chatarra es frecuente entre estas poblaciones, así como también la poca actividad física por falta de espacios adecuados para su realización o por una nula motivación para emprenderla. Por lo anterior y por las relaciones de trabajo previo en el CSU y por el reconocimiento de los resultados que ha tenido desde su inicio el programa “Pasos Adelante” en Douglas, Arizona (Staten et al. 2005) se decidió que fueran parte del presente estudio.

Indagar sobre los aspectos de promoción de la salud en los programas del GAM y PANOS remite también a hablar acerca de la diabetes mellitus y a cuáles son sus implicaciones para conocer los riesgos que aquejan a las poblaciones. Esta enfermedad se refiere a un “grupo de afectaciones heterogéneas del sistema endócrino, que se caracteriza por un deterioro en la capacidad para metabolizar carbohidratos y grasas, lo que origina un

aumento en la concentración de glucosa (hiperglucemia) y lípidos (hiperlipidemia). La anormalidad en el metabolismo se debe a la secreción inadecuada de insulina o a la ineficacia de la disponible” (Saucedo et al. 2006).

La clasificación que se tiene de esta enfermedad y que es reconocida por la OMS se presenta a continuación:

- Diabetes mellitus tipo I: Se conoce como la diabetes juvenil porque suele presentarse en edades inferiores a los 20 años. En ésta la enfermedad se caracteriza porque el organismo no produce insulina y el enfermo tiene la necesidad de administrársela diariamente para llevar la rutina “normal”.
- Diabetes mellitus tipo II² (DMII): Se distingue por sus altos niveles de glucosa en la sangre debido a una resistencia celular a las acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina en el páncreas. Generalmente su detección es tardía (entre siete y diez años después de su inicio), lo que contribuye a serias complicaciones como amputaciones de las extremidades inferiores, daño renal y sobre todo la aparición de otras enfermedades como hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Anteriormente era detectada en personas mayores de 40 años, pero recientemente comenzó a manifestarse en niños, adolescentes y adultos jóvenes.
- Diabetes gestacional: También conocida como diabetes del embarazo que aparece durante esta etapa en un porcentaje de 1% a 14% de las pacientes. Regularmente se detecta entre las semanas 24 y 28 del embarazo y en ocasiones puede persistir después del parto (es decir, convertirse en DMII).

² Este tipo de diabetes es la más común a nivel mundial y es en la que se enfoca este estudio.

Se asocia al incremento de trastornos en la madre como hipertensión o presión arterial elevada, infecciones vaginales y en vías urinarias y parto prematuro.

Algunos de los factores de riesgo que predisponen a un individuo a desarrollar la diabetes mellitus son:

- Antecedentes familiares y la genética del individuo.
- Edad superior a los 45 años.
- Raza/etnia (dentro de las más susceptibles se encuentran los afroamericanos, hispanoamericanos, latinos e indígenas americanos).
- Bajo o nulo nivel de actividad física.
- Alimentación no balanceada.
- Sobrepeso u obesidad.
- Presión arterial alta.
- Presentar colesterol HDL de menos de 35 mg/dL o niveles de triglicéridos superiores a 250 mg/dL.
- Consumo de cigarro y alcohol.

Si bien existe tratamiento farmacológico para esta enfermedad, es importante señalar que el mejor recurso para prevenir y controlar la diabetes consiste en trabajar sobre aquellos factores que son modificables (sedentarismo, alimentación, sobrepeso, presión arterial alta, niveles no óptimos de colesterol y triglicéridos y el consumo de alcohol y cigarro). Por ello en los últimos años se ha hecho hincapié en tomar acciones tales como la actividad física (30 minutos diarios), una alimentación balanceada y evitar fumar (Mercado et al. 1997, 23; Huerta et al. 2009, 137).

En su documento del “Programa de acción específico 2007-2012. Promoción de la Salud: una nueva cultura”, la Secretaría de Salud refiere estar consciente que atraviesa por problemas severos en sus servicios de atención a la ciudadanía a nivel nacional que se ven reflejados en la ineficiencia de sus programas de acción. Entre estos problemas destacan el “insuficiente abasto de medicamento, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de actividad física y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica” (Secretaría de Salud 2008, 15-16). Es así que en los resultados encontrados observamos que, si bien el GAM trabaja bajo este enfoque multidisciplinario (médico, enfermera, nutrióloga, psicóloga, trabajadora social) la persona especializada es requerida por el usuario o encargada del grupo sólo cuando lo solicita. Esto nos lleva a reflexionar que de acuerdo a lo que plantea la misma Secretaría en su déficit de servicios, el número de profesionales de la salud del CSU no es suficiente para cubrir la demanda de los pacientes.

Para el logro de los resultados obtenidos en esta investigación, nos basamos en un diseño de estudio de caso que permite analizar a un grupo específico sin la necesidad de que sus integrantes tengan con exactitud las mismas características. Para ello nos apoyamos en técnicas cualitativas, como la observación no participante que consistió en la observación de las actividades que tenía cada uno de los grupos y la forma en que las personas responsables contribuían con su labor. También se hicieron entrevistas semiestructuradas a los responsables del funcionamiento de ambos grupos de estudio y promotores de salud para el caso del GAM. El trabajo de campo realizado tuvo una duración de cinco meses dividido en dos tiempos. El primero de ellos fue el realizado con

el programa “Pasos Adelante” durante los meses de julio a septiembre de 2009 en la ciudad de Douglas, Arizona y el segundo fue de octubre a noviembre del mismo año con el GAM de un CSU de Hermosillo, Sonora.

Algunos de los logros más significativos que se desprenden de este trabajo contribuyen a abrir el escenario para futuras investigaciones y trabajos conjuntos entre instituciones de salud y educativas. Por ejemplo, encontramos que en Hermosillo no se tiene un programa similar al de PA que vaya dirigido a personas que no estén enfermas de diabetes y que su objetivo principal sea la prevención primaria. En PA no se encontró en la currícula del programa un apartado que hablara puntualmente acerca del empoderamiento; si bien durante las sesiones se les dio a los participantes algunas recomendaciones para exigir sus derechos, éstas no se profundizaron.

Para el desarrollo organizado del presente documento éste se dividió en cinco capítulos, bibliografía y anexos. En el primer capítulo se hace una revisión de los antecedentes de la promoción de la salud, desde sus primeros exponentes hasta las diferentes reuniones internacionales que han repercutido en la actualidad para diseñar los programas de promoción de la salud para cada país. En el segundo capítulo se muestra un panorama general de la diabetes mellitus, el cual abarca desde el contexto mundial hasta el local (Hermosillo) así como la región fronteriza de Douglas, Arizona. En el tercer capítulo nos abocamos a presentar los conceptos considerados base para la promoción de la salud, mismos que dan la pauta para analizar y discutir el tema central de este trabajo. En el capítulo cuarto se realiza una descripción y análisis de los dos estudios de casos tomados para esta investigación, donde se identifican las características de las promotoras de salud, de los participantes, de los contenidos y de las dinámicas de trabajo y por último los resultados encontrados en cada programa. Para cerrar este trabajo, en el quinto capítulo se

presentan algunas propuestas y recomendaciones para cada uno de los programas estudiados.

CAPÍTULO 1

Promoción de la salud: sus antecedentes y programas de acción

A través de la historia de la humanidad las diferentes sociedades han buscado tener condiciones de vida favorables para ellas y las generaciones venideras. La salud vista desde la percepción de estar “sano” podría decirse que se remonta a las creencias primitivas, pasando por las culturas griegas, romanas, cristianas, árabes, la era del renacimiento y los siglos XVII y XVIII³ (Restrepo 2001, 15-19). Sin embargo, en el presente capítulo se abordan los antecedentes de la Promoción de la Salud (PS) que datan del siglo XIX a la actualidad; lo anterior, a través de la revisión de algunos documentos elaborados en los múltiples encuentros de PS que se han celebrado desde 1974 hasta fechas recientes y en donde se fija como meta brindar a la población mundial los medios necesarios para que goce de buena salud. Posteriormente y para finalizar este apartado se habla específicamente de los programas de acción de la PS que existen tanto en México como en Estados Unidos de América.

En el siglo XIX el trabajo de PS fue visto desde la óptica médica, donde a través de estudios científicos de algunas enfermedades que aquejaban a la sociedad en esa época, se

³ Los principales aportes a la salud en estas etapas fueron: Como parte de las *creencias primitivas* se hacía uso de amuletos, hechizos, limpiezas, etcétera, mismas que en la actualidad siguen practicándose. *Cultura griega*: Hipócrates fue el representante máximo de este pensamiento sobre la vida sana como fuente de riqueza, hoy fundamental en la Promoción de la Salud (PS); la salud en esta época se caracterizó por ser elitista. Para los *romanos* un cuidado excesivo del cuerpo era ineficaz y “afeminado”, así que decidieron hacer uso de la mente; se crearon hospitales y clínicas en el sector público. Los *musulmanes* concibieron sus hospitales con bibliotecas, jardines, patios para la lectura, narradores de cuentos para distraer a los enfermos y por la noche tocaban melodías tranquilizantes para los pacientes, siendo relevante para la PS la política de subsidios a los enfermos hospitalizados. Durante el *renacimiento* fue enriquecedor el movimiento renovador en el arte y la literatura para la promoción de la salud. Para el *siglo XVII* se avanzó en la medicina con el descubrimiento del microscopio y en el *siglo XVIII* se dieron los siguientes cambios: 1. Se da importancia a la salud física y mental para el individuo y sociedad y 2. A partir de este reconocimiento, se activan esfuerzos para promover este tipo de salud. (Restrepo 2001, 15-19).

logró visualizar a la PS como elemento fundamental para prevenir enfermedades y conservar la salud; sin embargo, a pesar de las correlaciones encontradas en los estudios, no fue precisamente cuando se le denominó a la PS como tal.

Entre los años 1820 y 1840 los médicos William P. Alison y Louis René Villermé hicieron aportaciones considerables al campo de la salud. Alison describió en 1820 la estrecha relación entre pobreza y enfermedad, misma que fue confirmada siete años después debido a la epidemia de la *fiebre recurrente*; entre 1831 y 1832 se comprobó con el *cólera*. El segundo de ellos, Villermé, escribió un informe en el cual hacía constatar que los factores que ocasionaban la muerte en los diferentes sectores poblaciones del país (Francia) resultaban ser los mismos que los apuntados por Alison. Fue tanto su empeño por dar a conocer los resultados, que en 1840 demostró que las malas condiciones de vida que tenían los trabajadores que laboraban en las fábricas de algodón, lana y seda eran la principal causa que originaba la muerte de éstos a edades tempranas (García y Tobón 2000, 3).

Es a mediados del siglo XIX cuando el alemán Rudolf Virchow encabeza al grupo de salubristas de la historia y gracias al desempeño de su trabajo logra ser considerado como el padre de la medicina social. Él declaró abiertamente que “las causas o determinantes de las enfermedades o epidemias se encontraban en las condiciones de vida inadecuadas de la gente pobre” (Restrepo 2001, 21). También habló de la necesidad de organizar a la comunidad para educar a los individuos hacia su salud personal y de esta manera adjudicarse la responsabilidad del cuidado de su propia salud. Podríamos decir que desde este momento ya contemplaba la organización que es base para la promoción de la salud.

No fue sino hasta 1945 cuando el médico Henry Sigerist propuso cuatro grandes funciones de la medicina, siendo la primera la *Promoción de la Salud* donde afirmó que “la salud es promovida a través de un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo,

educación, cultura física, descanso y recreación” (Sigerist 1946 cit. en Buss 2006, 20). Las otras tres funciones fueron la *Prevención de la Enfermedad*, la *Restauración del Enfermo* y por último la *Rehabilitación*. Es a través de Sigerist que el término PS es utilizado para hacer alusión a las acciones basadas en la educación sanitaria, y por otra parte, a las acciones correspondientes del Estado para mejorar las condiciones de vida de la persona. Para ello planteó un programa de salud en el cual se consideraron los siguientes elementos:

- 1) Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud;
- 2) mejores condiciones de trabajo y de vida para la gente;
- 3) mejores medios de recreación y descanso;
- 4) un sistema de instituciones de salud y de personal médico altamente capacitado para mantener la salud de la población que se viese reflejado cuando la prevención fallara y
- 5) centros médicos de investigación y capacitación.

En 1974 el término *Promoción de la Salud* toma auge, permitiendo que a partir de esta fecha sea considerado en los diversos escritos con miras a mejorar la salud de los seres humanos. El primer caso sucede ese año, cuando el Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, ante la problemática que su país estaba viviendo por los aumentos de enfermedades en las poblaciones de mayor edad decide incorporarlo a los programas de salud planteándolo en el documento *Una perspectiva sobre la salud de los canadienses*, conocido comúnmente como *Informe Lalonde*. En éste el ministro sugirió un enfoque llamado *Concepto del campo de la salud*, el cual propuso que podría mejorar el cuidado colectivo de la salud. Dicho concepto de acuerdo a Solís en su artículo “Promoviendo la salud, un movimiento en espiral ascendente”, incluye cuatro factores determinantes del estado de salud y sus interacciones: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización del cuidado a la salud (Solís 2006, 327). Posteriormente este informe fue utilizado como la base para textos de políticas similares en otros países como Suecia y

los Estados Unidos, lo cual se vio reflejado en un creciente entusiasmo internacional para la aceptación de la PS como concepto y enfoque para ser utilizada por los gobiernos, las organizaciones, las comunidades y las personas. Se podría decir que éste fue el inicio de la era moderna de la Promoción de la Salud.

A partir de este momento nos parece relevante hacer una cronología donde se registren los diferentes encuentros orientados a trabajar y proponer cuestiones referentes a la PS, misma que nos puede orientar sobre la labor que han y están realizando los diferentes países preocupados por la salud de sus pobladores (ver cuadro 3). Seguido describiremos los más importantes desde nuestro punto de vista.

Cuadro 3. Breve cronología de los encuentros internacionales de Promoción de la Salud.

Año	Encuentro
1974	Informe Lalonde: una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses.
1976	Prevención y salud: interés para todos (Gran Bretaña).
1977	Salud para todos en el año 2000 – 30ª Asamblea Mundial de Salud.
1978	Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en la Salud – Declaración de Alma Ata. Población saludable (EUA)
1979	Informe negro sobre las desigualdades en salud (Gran Bretaña).
1980	Toronto saludable 2000 – Campaña lanzada en Canadá.
1984	Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud: 38 metas para la salud en la región europea.
1985	Alcanzando la salud para todos: un marco de referencia para la promoción de la salud.
1986	<i>Carta de Ottawa</i> sobre promoción de la salud – I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Canadá).
1986	Promoción de la Salud: estrategias para la acción – 77ª Conferencia Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública.
1986	Lanzamiento de la OMS del Proyecto Ciudades Saludables.
1987	Declaración de Adelaide sobre Políticas Públicas Saludables – II Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Australia).
1988	De Alma Ata al año 2000: reflexiones a medio camino – Reunión Internacional promovida por la OMS en Riga (URSS).
1988	Una llamada para la acción – Documento de la OMS sobre la promoción de la salud en países en desarrollo.
1989	Cumbre Mundial de las Naciones Unidas sobre el niño (Nueva York).
1990	Declaración de Sundsväl sobre ambientes favorables para la Salud – III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Suecia).
1991	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Ambiente y Desarrollo (Río 1992).
1992	Declaración de Santa Fe de Bogotá – Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en la región de las Américas (Colombia).
1992	Carta del Caribe para la Promoción de la Salud – I Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe (Trinidad y Tobago).
1993	Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos (Viena).
1993	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (El Cairo).
1994	Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer (Pekín).
1995	Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Social (Copenhague).
1995	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Asentamientos Humanos (Hábitat II) (Estambul).
1996	Cumbre Mundial de las Naciones Unidas sobre Alimentación (Roma).
1996	Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud del siglo XXI en adelante – IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Yakarta).
1997	Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Yakarta).
2000	V Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (México).
2005	VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Tailandia).
2008	Reunión Internacional en conmemoración del 30º aniversario de Alma Ata (Kazajstán).

Fuente: Buss 2006, 24-25.

Nota: Actualización propia a partir de los dos últimos eventos.

1.1 Declaración de Alma Ata y *Carta de Ottawa*

La declaración de Alma Ata se celebró en el año de 1978, siendo ésta la primera Conferencia Internacional de Atención Primaria en la Salud. En este encuentro se manifiesta que la salud es un derecho fundamental; que el máximo logro posible de salud es un objeto social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de los sectores sociales y económicos, sin excluir al campo de la salud. Por otra parte plantea que la desigualdad en salud entre los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo refiere a cuestiones políticas, sociales y económicas, mismas que son reprochables y por lo tanto no sirven de pretexto para evadir responsabilidades. Al ser una preocupación común de todos, la única manera de contribuir con la sociedad es promoviendo y protegiendo su salud con la finalidad de asegurarle calidad de vida. Aunado a esto, el papel de los ciudadanos debe ser significativo ya que ellos tienen que ser partícipes -ya sea de manera individual o colectiva- en el diseño, planificación y aplicación de su atención a la salud. Y para que la salud logre ser parte de todos, el gobierno tiene la gran responsabilidad de brindar las medidas necesarias -sanitarias y sociales- para evitar enfermedades que a corto, mediano o largo plazo puedan presentarse en la comunidad (Panamerican Health Organization 1978).

Para alcanzar lo anterior, la declaración propuso implementar la estrategia de Atención Primaria en la Salud (APS), misma que se basa en métodos y tecnologías prácticas científicamente respaldadas y aceptadas por la sociedad. La APS es entendida en la declaración como sigue:

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades.
2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

3. Comprende cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
4. Entraña la participación de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario.
5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad (Rodríguez 2006, 586).

Ésta es una buena medida para prevenir enfermedades ya que se intenta que la sociedad se apropie de su salud y transmita los conocimientos a sus iguales. Todo ello dependería de que los gobiernos estuviesen interesados en la estrategia y establecieran políticas saludables dentro de los planes de acción del Sistema Nacional de Salud, mismas que se observarían en los resultados de un país y por consecuencia favorecerían a otros.

Otro de los eventos logrados del 17 al 21 de noviembre de 1986 en Ottawa, Canadá fue la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud con el lema “Salud para todos en el año 2000”, misma que se dio como respuesta a la demanda de la nueva noción de salud pública a nivel mundial.

Dicha conferencia partió de la revisión de los resultados alcanzados en la Declaración de Alma Ata en cuanto a la APS, del documento *Los objetivos de la salud para todos* de la OMS y del debate sobre la acción intersectorial para la salud llevado a cabo en la Asamblea Mundial de la Salud. De esta reunión de trabajo surgió el reconocido documento *Carta de Ottawa* en el que se imprimieron cinco líneas estratégicas de acción:

1. La construcción de políticas saludables.
2. La creación de espacios y entornos saludables y protectores.
3. El fortalecimiento de la participación comunitaria y el empoderamiento (poder de decisión) de la sociedad civil.

4. El desarrollo de habilidades personales, capacidades y competencias.
5. La reorientación de los servicios de salud.

Para ello fue importante poner énfasis en lo que atribuía a la promoción de la salud, definiéndola en la carta de esta manera:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto 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 (Organización Panamericana de la Salud 2009).

Es de resaltar que hasta la fecha la *Carta de Ottawa* es sin duda la base rectora para la creación de programas que van encaminados a modificar y mejorar el estilo de vida de los seres humanos.

1.2 Encuentros internacionales de Promoción de la Salud

Una segunda conferencia internacional de Promoción de la Salud se da en Adelaida, Australia del 5 al 9 de abril de 1988 donde se abordó el primer punto de la *Carta de Ottawa* “Políticas públicas favorables a la salud”, a partir del cual se abrió el espacio para trabajar concretamente en acciones como: apoyo a la mujer, mejoramiento de la seguridad e higiene alimentaria, reducción del consumo de tabaco y alcohol y la creación de ambientes saludables.

En 1991, del 9 al 15 de junio se efectuó en Sundsvall, Suecia la III Conferencia Internacional de Promoción de la Salud titulada “Entornos propicios de salud”, donde se recalcó la importancia del desarrollo sostenible y se hizo un reclamo sobre la acción social en el ámbito comunitario a las figuras más representativas del desarrollo.

La creación de ambientes favorables a la salud se convirtió en el punto clave de la reunión al poner sobre la mesa de discusión aquellos factores que precisamente atentan contra el buen ejercicio de la salud, como son los conflictos armados, el rápido crecimiento de la población, la alimentación inadecuada, la falta de medios para la autodeterminación y la degradación de los recursos humanos. De entonces a la fecha poco es lo que ha cambiado acerca de dichos factores

Seis años más tarde, del 21 al 25 de julio en Yakarta, Indonesia tuvo lugar la IV Conferencia que se nombró “Nueva era, nuevos actores: adaptar la promoción de la salud al siglo XXI”, donde se mostró que las estrategias de PS contribuyen al mejoramiento de la salud y la prevención de enfermedades tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. En esta ocasión se identificaron cinco prioridades: 1) Promover la responsabilidad social por la salud, 2) aumentar la capacidad de la comunidad y potenciar a los individuos, 3) expandir y consolidar alianzas por la salud, 4) aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud y 5) asegurar una infraestructura para la promoción de la salud. Derivado del presente trabajo de investigación, tenemos que el programa de “Pasos Adelante” (PA) de Douglas, Arizona rescata estrategias consideradas como básicas en la promoción de la salud, resultado obtenido a partir de los testimonios de las mismas participantes al compartir sus experiencias sobre las modificaciones que han realizado para mejorar su estilo de vida.

Fue así que como consecuencia de esta reunión se pone énfasis en la promoción de la salud como método eficaz de prevención de enfermedades.

Es a mediados del año 2000 cuando en la Ciudad de México se celebra la V Conferencia Internacional de Promoción de la Salud bajo el nombre de “Promoción de salud, hacia una mayor equidad”; en ella se trabajó y avanzó en las cinco prioridades de la conferencia anterior. Los objetivos giraron en torno a demostrar que la adecuada promoción de la salud mejora la calidad de vida de las personas que viven en condiciones adversas, dar alta prioridad a la salud en el programa de desarrollo de los organismos internacionales, nacionales y locales y, fomentar los vínculos de asociación en pro de la salud entre diferentes sectores de la sociedad.

“Mayor participación en los esfuerzos para mejorar la salud mundial” fue la penúltima reunión que se celebró en Bangkok, Tailandia en agosto de 2005, dando como resultado la *Carta de Bangkok*. En ella se enumeraron los siguientes objetivos: 1) Garantizar que la promoción de la salud sea esencial en el programa mundial para el desarrollo, 2) hacer que la promoción de la salud sea una responsabilidad primordial de los gobiernos, 3) incluir la promoción de la salud como una buena práctica corporativa y 4) fomentar la promoción de la salud como objetivo fundamental de las actividades de la comunidad y la sociedad civil.

Esta visión identifica los factores determinantes de la salud e influye en ellos para que las personas aumenten el control de la misma; por otra parte estimula el desarrollo de habilidades personales, actividades comunitarias, servicios de salud accesibles, entornos favorables y políticas públicas que ayudan a reducir los riesgos para la salud (Toledo et al. 2005).

Sin embargo, a pesar de los intentos por llevar a cabo las tareas acordadas en cada una de las conferencias e incorporar algunos elementos en la práctica cotidiana, éstos no lograron alcanzar y cumplir los objetivos planteados. Es así que en 2008 se celebró en Almaty, Kazajstán la reunión internacional para conmemorar el 30 aniversario de la declaración de Atención Primaria en Salud (APS) de Alma-Ata, en la cual los países asistentes se concentraron en:

1. Examinar las aportaciones realizadas a la salud por determinados modelos de atención primaria de salud en los decenios recientes.
2. Examinar los problemas afrontados actualmente por la salud a la luz de la experiencia adquirida desde la Conferencia de Alma-Ata en 1978.
3. Estudiar el camino a seguir en el contexto de un compromiso renovado con la atención primaria de salud de modo que se dé el fortalecimiento general de los sistemas de salud.

La APS consiste en “la asistencia esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad” (Organización Mundial de la Salud 2010). Ante esto podemos comentar que la APS se abordó de manera diferente al pasar del tiempo por lo que en la actualidad se propone regresar a la APS de Alma-Ata la cual ofrecía una forma de organizar toda la atención de salud, desde lo hogares hasta lo hospitales, en la que la prevención era tan importante como la curación y en la que se invertían recursos de modo racional en los distintos niveles de atención.

Al respecto consideramos que APS no es lo mismo que hace 30 años. En 1978, se contempló como una estrategia que abordara la atención a la salud para toda la población a pesar de las desigualdades existentes entre las clases socioeconómicas, sin embargo, esto fue mal interpretado como: la prestación de una mala atención a los pobres, uso exclusivo solamente en el primer nivel de atención, estrategia utópica y la consideraron como una amenaza para la rama médica. Por ello se ha sugerido regresar a las demandas iniciales de la APS para asegurar que toda las personas tengan acceso a conocimientos que les brinde a modificar estilos de vida y también a un servicio de salud que ofrezca atención de calidad.

1.3 Programas de acción sobre promoción de la salud en México

Como ya se mencionó, hoy en día la población mexicana tiene un nuevo patrón de enfermedades que genera altos costos emocionales y económicos, condiciones que podrían prevenirse a través de un buen trabajo de promoción de la salud.

Las experiencias de promoción de la salud practicadas en México se han dado a partir de la implementación de programas claves de prevención de enfermedades, salud de las personas mayores, paquete básico de salud y componentes educativos en los libros de texto. Es así que estos programas se han enfocado a actividades individuales para la detección oportuna de enfermedades, como es el caso de las crónicas degenerativas (Olivas 2004, 48).

Conocer el trabajo que ha y está realizando la Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud en nuestro país, es algo que nos atañe a todos los mexicanos. Primeramente esta dependencia ha evolucionado en su nombre (ver cuadro 4), lo que implica de facto que la forma de operar también cambia, entre otras cosas, debido al cambio de gobierno cada seis años.

Cuadro 4. Cronología histórica de las instituciones de Promoción de la Salud en el ámbito federal.

Año	Institución
1921	Oficina de Propaganda y Educación Higiénica, Departamento de Salubridad Pública.
1943	Dirección de Educación Higiénica, Secretaría de Salubridad y Asistencia.
1973	Programa Nacional de Educación para la Salud.
1978	Dirección General de Educación para la Salud, con áreas en los estados (dentro de los servicios coordinados).
1985	Dirección de área de Educación para la Salud (compactación) dentro de la Dirección General de Medicina Preventiva.
1988	Dirección General de Fomento a la Salud.
1988	Red Mexicana de Municipios por la Salud.
1992	Dirección General de Fomento a la Salud.
1995	Dirección General de Promoción a la Salud.
2001	Dirección General de Promoción de la Salud.

Fuente: Secretaría de Salud 2006, 17.

Es por ello que el 5 de febrero del año 2007 esta Secretaría se fijó como visión lo siguiente:

En 2030 México cuenta con un sistema de salud integrado y universal que garantiza el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población; predominantemente público, pero con participación privada; regido por la Secretaría de Salud; financieramente sustentable; centrado en la persona, la familia y la comunidad; efectivo, seguro, eficiente y sensible; enfocado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; atento a las necesidades de los grupos vulnerables, y que propicia los espacios para la formación de los recursos humanos para la salud y la investigación (Secretaría de Salud 2007).

La elaboración y difusión de tal objetivo nos compromete como ciudadanos a darle seguimiento al trabajo de la Secretaría de Salud para exigir el cumplimiento cabal de su tarea como organismo social. Es por ello que nos interesa presentar los programas vigentes que desarrolla la actual Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Cabe señalar que éstos son adaptados a las condiciones geográficas, sociales, económicas, educativas,

culturales, etcétera, de cada región para su mayor aprovechamiento y beneficio de la sociedad.

Programa Promoción de la Salud: una nueva cultura

Este programa tiene la finalidad de concienciar a las personas sobre el cuidado de la salud al asumir ellas mismas su responsabilidad como cuidadores directos de su propia salud. Está orientado a:

(...) una nueva cultura de salud en las personas, de tal forma que exista un entorno que les favorezca ejercer el control de sus determinantes tales como aumento en la actividad física, alimentación correcta, mejoramientos de hábitos de higiene personal y ambiental, disminución del consumo de tabaco y alcohol, promoción de medidas de vialidad segura y el mejoramiento de los factores psicosociales, con enfoques individual, familiar, comunitario y social, que permitan incidir en los problemas prioritarios de salud por nivel socioeconómico, áreas urbana, suburbana y rural, nivel educativo, posición laboral y situación migratoria (determinantes sociales), favoreciendo la incorporación de acciones de promoción de la salud en políticas públicas (Secretaría de Salud s.f., 15).

Es de mencionar que el programa “Promoción de la Salud: una nueva cultura” nace en la actual administración federal, misma que plantea la necesidad de enseñar a la población nuevas prácticas de vida que por ende los lleven a la modificación de conductas nocivas para su salud. Para ello fue imprescindible tomar como base los lineamientos internacionales pactados en las conferencias descritas líneas arriba y otras de carácter mundial como la de Ginebra, Suiza en 2007, donde se llevó a cabo la 60ª Asamblea Mundial de la Salud de los Trabajadores. Los países asistentes se comprometieron a elaborar políticas de salud y planes nacionales para trabajar con el aspecto clave: *promoción de la salud*. El otro pilar fue el 47º Consejo Directivo de la OPS/OMS en

septiembre de 2006 en la ciudad de Washington, D.C. donde se acordó retomar los planes nacionales de acción firmados en la Declaración Ministerial de México, misma en que se pactó invertir en la construcción de capacidades, buscar la responsabilidad de todo el gobierno, ejercer el papel rector de los ministerios de salud e intersectorial y enfocar las acciones en las comunidades y la sociedad civil.

Programa Escuela y Salud

Durante algunos años este programa (con diferentes nombres) enfocó sus acciones a la higiene escolar, determinada en su totalidad por la educación para el autocuidado, el saneamiento básico, la prevención de enfermedades transmisibles y el cuidado de los espacios físicos escolares. A principios de la década de los noventa su estrategia rectora fue la educación para la salud, dirigida a promover el autocuidado en los niveles de primaria, educación indígena y educación comunitaria. En 1998 y a partir de ese momento la iniciativa de las escuelas promotoras de salud ha sido una estrategia mundial impulsada y avalada por la OMS, que fortalece la promoción y educación en salud en todos los niveles educativos y en los espacios donde la comunidad escolar aprende, trabaja, juega y convive, estimulando la cooperación entre el sector educativo y el de salud. Diez años después el programa se nombró “Programa Intersectorial de Educación Saludable” y tenía como objetivo mejorar las condiciones de salud de los alumnos mediante educación para la salud, detección, atención y referencia, promoción de ambientes escolares saludables seguros y por último participación social. Sin embargo, por la falta de resultados en el impacto de las conductas entre los estudiantes se rechazó, dando lugar a que en 2007 el programa en cuestión surgiera como tal para realizar intervenciones con otras instituciones que

contemplan el área educativa como una estructura fundamental en la cual se pudiesen evitar enfermedades a corto, mediano y largo plazo.

Entre las finalidades que contempla el programa destaca la modificación de los determinantes de la salud de padecimientos relacionados con el rezago, como son las enfermedades prevenibles por vacunación, el dengue, la discapacidad auditiva, la mortalidad materna e infantil y el cáncer cervicouterino; así también aquellos que van despuntando del resto como la diabetes mellitus, la obesidad, las adicciones, el VIH/Sida, la violencia manifestada en accidentes, homicidios y suicidios, y los de salud mental.

Programa Entornos y Comunidades Saludables

El presente programa tiene sus orígenes hace treinta años. El primer contacto fue en los años ochenta cuando países desarrollados realizaron trabajos basados en la iniciativa “Ciudades Sanas” que fue dirigida por la Organización Mundial de la Salud (OMS); diez años más tarde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) activó en Latinoamérica el proyecto “Municipios y Comunidades Saludables”.

En lo que respecta a México, su antecedente más próximo es el programa de “Comunidades Saludables” que se implementó durante el sexenio 2001-2006 y en el cual se realizaron actividades de promoción de la salud en el ámbito municipal y comunitario. El programa está encaminado a: enfrentar los problemas que amenazan la salud integral de las personas, familias y comunidades; fortalecer las conductas saludables que beneficien a su población a través de la promoción de políticas públicas que fomenten la creación de entornos favorables para la salud y refuercen el poder de las comunidades sobre los determinantes de su salud, e involucrar a las autoridades municipales junto con la población.

Programa Vete sano, regresa sano

Este programa va dirigido específicamente a la población migrante de nuestro país o de algún otro de Centro o Sudamérica, quienes en su mayoría intentan llegar a los Estados Unidos de América en busca de mejores condiciones de vida. Su eje principal es la autodeterminación de las personas en el cuidado de su propia salud, que se logra mediante la transmisión de conocimientos que discriminen entre las mejores estrategias que favorezcan a sus familias e iguales.

El trabajo realizado en “Vete sano, regresa sano” lo encontramos registrado a partir del año 2001, fecha a partir de la cual se han desarrollado un cúmulo de acciones que favorecen la protección en la salud de la población migrante durante su trayecto, estancia y regreso a su lugar de origen. Entre las acciones que se aplicaron se proporcionó información, orientación, capacitación, difusión y comunicación a este grupo de atención mediante los recursos de la red de servicios en las rutas de migración, acreditación de albergues agrícolas, realización anual de la semana de salud, atención en estaciones migratorias y en ventanillas de salud y capacitación sobre el tema enfocado al autocuidado de la salud.

Para fundar este programa y actualizarlo, se recurrió a la Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud celebrada en el año 2000, a la *Carta de Bangkok*, al documento de la OMS EB122/11 Salud de los Migrantes y a las convenciones internacionales para la protección de los derechos de todos los trabajadores migrantes y de sus familias, documentos que han sido imprescindibles en la comprensión de la promoción de la salud.

Modelo Operativo de Promoción de la Salud

El objetivo principal de este modelo es la formación de capital humano para mejorar la capacidad de organización de promoción de la salud desde el nivel local, mismo que debe ir dirigido por el propio personal de atención encaminado a realizar actividades de promoción de la salud de manera cercana, sencilla, rigurosa, atractiva y eficaz a la sociedad en general. Su labor se contempla como un trabajo interdisciplinario y en conjunto entre los diferentes profesionales de la salud y el ámbito privado para lograr las siguientes metas:

- Que el servicio de promoción de la salud sea entregado de forma oportuna y con calidad en las diferentes etapas de la vida.
- Que la población sea coproductora individual y social de la salud.
- Que los lugares donde las personas viven, trabajan, juegan, aprenden y socializan favorezcan su salud y seguridad.
- Que los servicios de salud se orienten a proteger la salud de las personas y no sólo a restaurarlas.
- Que las instituciones sociales, privadas y gubernamentales generen políticas saludables.

Asimismo, este modelo pretende aprovechar cada contacto que tiene la gente con los servicios de salud para educarlos acerca de los factores de riesgo y capacitarlos para prevenir o retardar las enfermedades crónicas (Santos et al. 2009, 2), entendido esto como oportunidades perdidas.

Programa de Acción Específico 2007-2012: diabetes mellitus

A través de la implementación de este programa se busca prevenir, controlar y, en su caso, retrasar la aparición de la diabetes mellitus y sus complicaciones en la población

mexicana. También se busca elevar la calidad de vida y el número de años de vida saludable de las personas que presentan este padecimiento mediante intervenciones costo-efectivas, dirigidas a los determinantes y entornos. En gran medida, este programa se apoya en los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y en las Unidades de Especialidad Médica (UNEME) de enfermedades crónicas, donde se dispone de un grupo de profesionales de la salud con los cuales el paciente diabético recibe mejor atención médica para el control de su enfermedad.

De acuerdo a la revisión anterior sobre los programas de salud implementados por la Secretaría de Salud Pública, podemos decir que a pesar de que sí existe un plan para la prevención de la diabetes, el problema radica en la manera de llevarlo a la práctica. Los programas anteriores en los documentos escritos oficiales, dan cabida a que con ellos se podrían resolver problemas de salud pública que actualmente tenemos, sin embargo, por la falta de capacitación constante y de calidad al personal adecuado, esto no ha sido posible ya que uno de los problemas radica en la falta de recursos económicos para su implementación. Por otro lado, es importante mencionar que los programas de promoción de la salud se vinculan con diferentes instituciones del estado como la Secretaría de Educación Pública (*Escuela y Salud*), por mencionar un ejemplo.

1.4 Programas de acción en Estados Unidos

La salud se ha convertido en los últimos tiempos en tema recurrente para el gobierno de los Estados Unidos de América (EUA). Los cambios en los nuevos estilos de vida que tienen los habitantes del país han sido decisivos para que las enfermedades crónicas no transmisibles comiencen a ocasionar un problema de salud pública que se busca combatir, sobre todo en las comunidades hispanas.

El gobierno de EUA cuenta dentro de su estructura gubernamental con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. De éste emanan los Centros de Promoción y Prevención para Enfermedades (Center for Disease Control, CDC por sus siglas en inglés), quienes tienen la función de colaborar en la creación de conocimientos, información y herramientas que las personas y las comunidades necesitan para proteger su salud; esto, por medio de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, lesiones, discapacidades y la preparación para las amenazas de salud⁴.

A través de la Oficina de Enfermedades no Transmisibles, Lesiones y Salud Ambiental, incursiona el Centro Nacional de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, que maneja los siguientes programas: Artritis; Sistema de Vigilancia para los Factores del Comportamiento del Riesgo; Control de Cáncer; Diabetes; Epilepsia; Genoma; Envejecimiento Saludable; Enfermedades del Corazón; Nutrición, Actividad Física y Obesidad; Salud Bucal; Servicios Preventivos de Salud; Prevención de Centros de Investigación; Enfoques Étnicos y Raciales en Salud Comunitaria; Uso del Tabaco; y por último el programa Curandera: prevenir la enfermedad entre las mujeres cuando más lo necesitan.

Respecto a los servicios de salud en el estado de Arizona, éste también cuenta con programas similares a los de nivel nacional y otros adaptados a las características de la región. El Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS por sus siglas en inglés) y específicamente el de Prevención de Salud Pública contemplan diversos servicios de salud para las familias de dicho estado y sus comunidades.

Entre los programas existentes para enfermedades crónicas, mismos que son financiados a través de los CDC están:

⁴ Misión de los CDC. <http://www.cdc.gov/about/organization/mission.htm>

Programa para el control del cáncer (Arizona Cancer Control Program)

Con base en los resultados del censo 2001, las estadísticas mostraron que Arizona era el segundo estado del país con el más rápido crecimiento en esta enfermedad. El estado cuenta con una población total de 5.2 millones de personas y tiene una tasa de incidencia de cáncer de 423.5 por cada 100 mil habitantes; en lo que refiere a la tasa de mortalidad por edad ésta es de 173.7 por cada 100 mil habitantes (ADHS 2007).

La mayor tasa de incidencia de cáncer en los grupos raciales y/o étnicos de dicho estado se presenta en los blancos no hispanos, aunque también se ven altas tasas de la aparición de la enfermedad entre los afroamericanos. Los cánceres más comunes que afectan a la población son el de mama, próstata, pulmón y bronquios y el colorrectal (Ibid).

Ante esta problemática el sistema de salud americano y el de Arizona proponen trabajar con un programa que vaya enfocado a prevenir a los ciudadanos sobre los cuidados que deben tener para evitar el cáncer. Es así que este programa tiene la finalidad de reducir la morbilidad y mortalidad en esta enfermedad a través de la prevención primaria, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y la disminución de las consecuencias de la enfermedad.

Programa de prevención de enfermedades del corazón (Arizona Heart Disease and Stroke Prevention Program)

Este programa inicia sus labores en el año 2002 debido a la preocupación de las autoridades por ser las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte a nivel nacional y en el estado de Arizona. A través de éste se trata de orientar a los ciudadanos a que realicen aquellos cuidados y actividades que los ayuden a modificar los factores de riesgo como son la alimentación, inactividad física y consumo de tabaco.

Programa para vivir bien (Arizona Living Well Program)

El objetivo principal es ayudar a los ciudadanos de Arizona a tener mejor control de su salud, y a aquellos que ya padecen de alguna enfermedad crónica, orientarlos en su manejo para tener una mejor calidad de vida.

Programa de elección inteligente (Arizona Smart Choice Program)

Este programa tiene como meta final el prevenir el sobrepeso y la obesidad entre los residentes de Arizona. Éste proporciona a los usuarios de los restaurantes del estado las herramientas necesarias para identificar en el menú de alimentos aquellas opciones más saludables.

Programa de artritis (Arthritis Program)

Uno de cada seis ciudadanos de Arizona está afectado por la artritis. Ante este escenario, el estado pone en marcha un programa para controlar este padecimiento, donde los objetivos propuestos son: aumentar la conciencia de los signos, síntomas y tratamiento para el autocuidado, aumentar el número y la calidad de los recursos para las personas con la enfermedad, reducir el dolor y la discapacidad en personas artríticas, así como incrementar el conocimiento entre los miembros de la comunidad médica para el combate de la enfermedad.

Programa de diabetes de Arizona (Diabetes Prevention and Control Program)

Este programa surge en el año de 1994 y plantea lo siguiente: ayudar a la prevención de la diabetes, desarrollar la capacidad del estado para reducir la incidencia y la

gravedad de las complicaciones secundarias y terciarias relacionadas con la diabetes, coordinar la educación y las oportunidades de capacitación donde se involucren líderes estatales, profesionales de la salud, trabajadores comunitarios en salud y sobre todo la comunidad en general, y por último promover enfoques coordinados para la prestación de atención a la diabetes y servicios en todo el estado.

Centros de trabajos saludables (Healthy Arizona Worksites)

Las condiciones laborales actuales provocan que los empleados pasen largas jornadas de trabajo sentados y sin actividad física. Para ello, el gobierno del Estado de Arizona ha propuesto un programa enfocado a promover la salud entre los trabajadores orientándolos hacia una mejor salud y estilo de vida que repercutirá posteriormente en la productividad de la empresa.

Programa de nutrición y actividad física (Nutrition and Physical Activity Program)

Como su nombre lo indica es un programa destinado a reducir y prevenir las enfermedades crónicas y la obesidad en Arizona. Esto se hace a través de un trabajo integral donde se resalta la importancia de tener una alimentación de calidad, así como la necesidad de realizar actividad física.

Pasos para una iniciativa más saludable en Arizona (Steps to a Healthier Arizona Initiative)

Este programa es una iniciativa de colaboración entre el Departamento de Salud de Arizona, el Departamento de Educación de Arizona, la Universidad de Arizona y la comunidad local de organizaciones base. El propósito que se plantea es disminuir el

impacto de la diabetes, la obesidad y el asma en la región sur del estado de Arizona al cual pertenecen los condados de Cochise, Santa Cruz y Yuma.

Lo que pretende lograr el programa es prevenir y controlar las enfermedades crónicas a través de un esquema eficaz e innovador, con un enfoque hacia el trabajo comunitario para elaborar políticas públicas de salud y cambios ambientales que se traduzcan en estilos de vida saludables.

Programa de control saludable de la mujer (Well Woman HealthCheck Program)

El programa consiste en la detección del cáncer de mama y de cuello uterino en mujeres de bajos ingresos, sin seguro o con seguro médico insuficiente en mujeres mayores de 40 años. También cuenta con servicios auxiliares como el examen clínico de mama, una mamografía, el examen pélvico y la realización de la prueba de Papanicolaou en caso de ser necesario.

Hasta este momento podemos concluir por medio de la revisión en materia de salud que presentamos, que la Promoción de la Salud ha logrado hasta nuestros días avances considerables; empero, no se ha cumplido con la meta planteada en la *Carta de Ottawa* “Salud para todos”.

Mediante los programas tratados observamos que en México sólo hay un programa dirigido a diabetes como tal. Sin embargo, éste se caracteriza por trabajar con población ya enferma, por lo que estamos hablando de un nivel de prevención secundaria. Por su parte, EUA también cuenta con uno similar, pero la diferencia radica en la preocupación de que no se presenten nuevos casos, es decir, trabajan con prevención primaria.

Respecto a los programas de estudio, el “Grupo de Ayuda Mutua” ciertamente trabaja con diabéticos e hipertensos. Aunque una de las acciones promulgadas por este

organismo es que la familia del paciente se sume a esta labor, durante la observación del grupo y las actividades externas del inmueble no figura como parte de todo el trabajo de equipo. Lo contrario sucede con el programa “Pasos Adelante” que sí está diseñado para que las familias acudan a las sesiones; sin embargo, esto se constató solamente al término del programa, cuando se realiza un convivio familiar.

Pero ¿qué esperamos de estos programas? Indudablemente, disminuir los casos nuevos de diabetes así como prevenir más muertes por esta causa. Por tanto, nos interesa en primera instancia conocer estos datos (morbi-mortalidad) para entender la magnitud de este problema que se observa en las sociedades actuales. Esta información la encontraremos en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

Diabetes Mellitus: su contexto epidemiológico

En las últimas décadas el grupo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) y en especial la diabetes mellitus (DM) han cobrado un rápido auge en los países en desarrollo. A su vez, en aquellos denominados desarrollados la problemática también está afectando a sus sociedades, causando que en las dos esferas las tasas de morbilidad y mortalidad sean consideradas un problema de salud pública en el cual se deben redoblar esfuerzos para combatirlo.

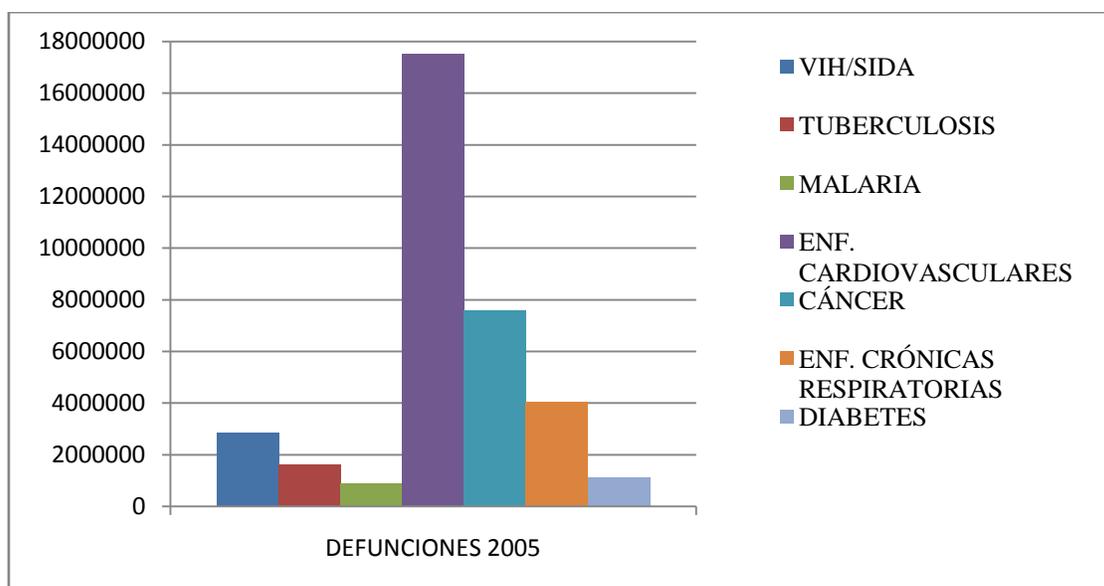
Es por ello que en este segundo capítulo se hace una revisión de la situación epidemiológica de la DM en diversos niveles, como el mundial, en las Américas, nacional (México), estatal (Sonora), local (Hermosillo) y por último en Douglas, Arizona, EUA.

Las ECNT se definen como aquellas enfermedades de larga duración sin cura alguna, pero que sí cuentan con un tratamiento adecuado y particular para su control. Dentro de las ECNT podemos encontrar a la diabetes, la hipertensión arterial, el cáncer, las enfermedades del corazón y las respiratorias. A pesar de que las causas que las determinan son complejas y se encuentran relacionadas al rápido aumento de sobrepeso, la obesidad, la falta de actividad física y el consumo de tabaco entre las más recurrentes, existen maneras eficaces y no costosas (económicamente) para luchar contra ellas. Como ejemplo tenemos el programa de “Pasos Adelante” (PA) de Douglas, Arizona que se enfoca a trabajar sobre estos factores de riesgo.

Para lograr lo anterior es relevante conocer los precedentes de estas enfermedades. Durante el siglo XX predominaban las epidemias y las enfermedades transmisibles, pero a partir de la década de 1960-1970 las causas de muerte comenzaron a cambiar. Es en este

lapso de tiempo cuando se elevaron los casos de morbilidad y mortalidad por causas no infecciosas crónicas degenerativas, por accidentes y violencia, así como enfermedades mentales (Solís 2006, 320). De acuerdo a las estadísticas de mortalidad de la OMS esta organización previó que en el año 2005 habría un total de 58 millones de defunciones por todas las causas, y solamente el 60% corresponderían a las ECNT con 35 millones de muertes (ver gráfico 1), lo que permite apreciar la amplitud del problema en las sociedades actuales.

Gráfico 1. Mortalidad mundial prevista por distintas causas de enfermedades crónicas, 2005 (todas las edades)



Fuente: Organización Mundial de la Salud 2009.

Es alarmante esta problemática ya que sólo el 20% de las muertes de ECNT, equivalente a 7 millones de personas, se presenta en los países de altos ingresos. Hay que destacar que existe la creencia que las ECNT sólo se dan en los países de ingresos medios a bajos, y aunque sí existe una notable diferencia en el porcentaje de mortalidad por estas

enfermedades (80% en estos últimos), en los primeros la situación comienza a agravarse. Todo esto conlleva a otros problemas como muertes prematuras, es decir, con más frecuencia mueren personas en edad productiva. La calidad de vida de las personas que tienen la enfermedad se ve afectada, situación que influye en la cuestión económica del sector salud de los gobiernos, dentro de las propias familias, la comunidad y por ende en la sociedad en general.

En el ámbito clínico y en las gestiones de salud este grupo de enfermedades se encuentran concentradas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), misma que es utilizada desde hace más de un siglo y es retomada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948. Ésta abarca el análisis de la situación general sanitaria de los grupos de población y el seguimiento de incidencia y prevalencia de enfermedades, así también, se pueden obtener comparaciones internacionales en la recopilación, procesamiento, clasificación y presentación de las estadísticas de mortalidad (CDC 2009; WHO⁵ 2009).

Esta clasificación está dividida en veintidós capítulos, entre los cuales podemos encontrar a las ECNT en los apartados IV: Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)⁶; IX: Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I90) y X: Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J90). Debido al interés que se tiene en el presente trabajo en la diabetes, ésta se encuentra clasificada en el capítulo IV del bloque E10 al E14.

A continuación se enlistan las diversas categorías de la DM del CIE-10 por bloque:

- E10: Diabetes mellitus insulino-dependiente.

⁵ World Health Organization.

⁶ Esta codificación corresponde a los bloques en los que se encuentran organizadas las diferentes enfermedades en el CIE-10.

- E11: Diabetes mellitus no insulino-dependiente.
- E12: Diabetes mellitus relacionada con la desnutrición.
- E13: Otras especificaciones de la diabetes mellitus.
- E14: Diabetes mellitus no especificada.

2.1 Diabetes Mellitus a nivel mundial y en las Américas

En el año 1985 se estimó una cifra de 30 millones de personas enfermas de diabetes; diez años después la cantidad aumentó a 105 millones; en el 2000 se incrementó a 171 millones de enfermos y dentro de treinta años se calcula habrá un total de 366 millones de diabéticos (Tapia 2004, 139; WHO 2009).

En lo que respecta a la situación de la mortalidad a causa de la diabetes, ésta es la responsable del 5% de las muertes en todo el mundo cada año. De acuerdo a informes proporcionados por la OMS, en el año 2005 el dato registrado por defunciones de diabetes fue de 1.1 millones de personas, siendo aproximadamente la mitad de éstas enfermos menores de 70 años y en su mayoría (más de la mitad) del sexo femenino. Aunado a esto, se calcula que las tasas de mortalidad aumentarán en más del 50% en los próximos diez años y también se pronostica que durante los años de 2006 y 2015 los decesos de diabéticos aumentarán considerablemente hasta un 80% sobre todo en los países de ingresos medios altos (Organización Mundial de la Salud 2006).

En el ámbito de las Américas el número de las personas con DM se estimó en 35 millones en el 2000, sin embargo se espera que aumente a 64 millones transcurridos veinticinco años (Barceló y Rajpathak 2001, 300). Es importante recalcar que en esta

región existen cinco países que sobresalen del resto (treinta y cinco países) y que se presentan a continuación en orden de su prevalencia en diabetes en el cuadro 5:

Cuadro 5. Principales países de América con mayor prevalencia de diabetes mellitus.

País	2000	2030
EUA	17 702 000	30 312 000
Brasil	4 553 000	11 305 000
México	2 179 000	6 130 000
Canadá	2 006 000	3 543 000
Argentina	1 426 000	2 457 000

Fuente: World Health Organization 2009.

Como se observa, estos casos van en aumento y su pronóstico no augura nada favorable para la sociedad, es por ello que se deben tener presentes algunas causas que originan la enfermedad y cómo “la urbanización reciente de la población rural es la occidentalización del estilo de vida: dieta inadecuada y vida sedentaria, y es lo que explica el incremento de la Diabetes tanto en poblaciones de regiones desarrolladas (Estados Unidos y Europa Occidental) como en desarrollo (China e India)” (Rull 2006, 237). Es decir, por falta de oportunidades de trabajo y estudio, las poblaciones rurales se trasladan a las grandes urbes para intentar tener una “mejor calidad de vida” en el aspecto económico, sin estar conscientes de los cambios y consecuencias de su nuevo estilo de vivir. Regularmente se enfrentan a carencias como la falta de espacios al aire libre (parques) para la práctica de actividad física, acceso a una alimentación adecuada, el disfrute de espacios en la ciudad bajo un esquema de diseño urbano libre de contaminación visual, de sonido, de ambiente y con transporte urbano de calidad, entre otros. Todo esto podemos considerarlo

como detonantes que pueden influir para que los números de casos por diabetes vayan a la alza.

2.2 Situación de la diabetes mellitus en México

En terreno mexicano la diabetes se presentó como un problema de salud pública en la segunda mitad del siglo XX, pasando de ser poco frecuente a ser una de las principales causas de morbi-mortalidad.

De acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), la diabetes ocupa el segundo lugar entre las diez principales causas de muerte en el país a nivel general y para ambos sexos (ver cuadro 6).

Cuadro 6. Diez principales causas de mortalidad en México 2008.

Causa	Sexo				
	Tasa*	Mujer	Tasa*	Hombre	Tasa*
Enfermedades cardiovasculares	101.5	Enfermedades cardiovasculares	95.9	Enfermedades cardiovasculares	107.2
Diabetes mellitus	70.9	Diabetes mellitus	73.7	Diabetes mellitus	68.0
Tumores malignos	49.4	Tumores malignos	50.4	Tumores malignos	48.4
Enfermedades digestivas	29.6	Enfermedades digestivas	18.2	Enfermedades digestivas	44.1
Accidentes	22.3	Accidentes	15.5	Accidentes	36.0
Enfermedades respiratorias	20.9	Enfermedades respiratorias	13.3	Enfermedades respiratorias	31.2
Lesiones intencionales	17.5	Lesiones intencionales	11.4	Lesiones intencionales	23.6
Infecciones respiratorias	14.5	Infecciones respiratorias	10.7	Infecciones respiratorias	15.9
Enfermedades del sistema genito-urinario	12.4	Enfermedades del sistema genito-urinario	9.1	Enfermedades del sistema genito-urinario	15.8
Enfermedades infecciosas y parasitarias	11.9	Enfermedades infecciosas y parasitarias	8.0	Enfermedades infecciosas y parasitarias	14.2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Sistema Nacional de Información en Salud.

*Tasa por 100 mil habitantes.

Como podemos observar en la tabla anterior, las tres principales causas de muerte en el año 2008 no tuvieron variación en el posicionamiento por causa general y por sexo; sin embargo, la tasa de defunciones de diabetes por cada 100 mil habitantes es mayor en las mujeres que en los hombres, es decir, mueren más personas del género femenino.

En México existen más de 5.5 millones de mexicanos enfermos de diabetes mayores de 20 años, pero aproximadamente millón y medio de estas personas no han sido diagnosticadas, por lo cual se retrasa el período de tratamiento y con ello vienen las complicaciones que dañan otros órganos corporales (Tapia 2004, 139).

En términos numéricos, en 1922 la diabetes tuvo una tasa de mortalidad de 2.5 por cada 100 mil habitantes, aumentando a 4.8 en 1950. Sin embargo, la magnitud del problema se hace evidente a comienzos de 1990 donde la última cifra citada pasó a 30.8 por el mismo número de habitantes, cantidad que sigue incrementándose (Rull 2006, 237) (ver cuadro 7).

Cuadro 7. Morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus en México, 2000-2008.

Año	Morbilidad				Mortalidad			
	Nacional				Nacional			
	Casos	Tasa*	Sexo		Casos	Tasa*	Sexo	
			Mujer	Hombre			Mujer	Hombre
2000	287180	288.38	ND	ND	46614	46.8	25750	20864
2001	294198	291.29	ND	ND	49954	49.46	27588	22366
2002	315948	308.61	ND	ND	54925	53.64	29727	25208
2003	380332	365	233161	147171	59192	56.8	32401	26791
2004	404562	384.02	247646	156916	62243	59.08	33848	28395
2005	397387	373.3	244766	152621	67159	63.08	36280	30879
2006	394360	366.76	241524	152836	68421	63.43	36511	31910
2007	404770	372.8	244702	160068	70517	65.45	37204	33313
2008	396374	371.54	237382	158992	75637	70.89	39940	33697

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Sistema Nacional de Información en Salud y los anuarios de morbilidad de la Secretaría de Salud.

*Tasa por 100 mil habitantes.

El cuadro 7 refleja la tendencia que ha seguido la diabetes en el país durante los años de 2000 a 2008, donde se observa el incremento de los casos de morbilidad en el período 2000-2004. Posteriormente encontramos una variación en el número de casos, y en lo que refiere al sexo poblacional tenemos que las mujeres son las que más enferman y mueren por diabetes. Cabe mencionar que el número de muertes por esta enfermedad siempre ha ido a la alza, por lo que se esperan resultados desfavorables para los próximos años si no se interviene a tiempo.

En la parte clínica las cifras revelan que la diabetes “es la tercera causa de mortalidad por actas de defunción, la primera por muertes hospitalarias, la primera causa de infartos, de insuficiencia renal terminal, de ceguera y de amputaciones no traumáticas” (Rull 2006, 243).

2.3 Diabetes mellitus en Sonora

El estado de Sonora tiene una población total de 2 394 861 habitantes distribuidos en setenta y dos municipios (Consejo Nacional de Población 2010). Una parte de esta población se ha visto afectada por la diabetes, la que se posiciona aquí y a nivel nacional como una de las principales causa de muerte (ver cuadro 8).

Cuadro 8. Diez principales causas de muertes en Sonora 2008.

Causa	Sexo				
	Tasa*	Mujer	Tasa*	Hombre	Tasa*
Enfermedades cardiovasculares	232.95	Enfermedades cardiovasculares	199.9	Enfermedades cardiovasculares	265.11
Tumores malignos	113.72	Tumores malignos	113.7	Tumores malignos	122.57
Diabetes mellitus	109.06	Diabetes mellitus	104.6	Diabetes mellitus	104.57
Accidentes	53.63	Accidentes	26.3	Accidentes	84.35
Enfermedades respiratorias	40.36	Enfermedades respiratorias	26.1	Enfermedades respiratorias	54.07
Enfermedades digestivas	33.37	Enfermedades digestivas	22.0	Enfermedades digestivas	48.92
Infecciones respiratorias	27.09	Infecciones respiratorias	19.7	Infecciones respiratorias	33.06
Enfermedades infecciosas y parasitarias	23.68	Enfermedades infecciosas y parasitarias	19.2	Enfermedades infecciosas y parasitarias	27.99
Ciertas infecciones originadas períodos perinatal	21.67	Ciertas infecciones originadas períodos perinatal	17.4	Ciertas infecciones originadas períodos perinatal	23.94
Deficiencias de la nutrición	20.38	Deficiencias de la nutrición	16.2	Deficiencias de la nutrición	22.67

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Sistema Nacional de Información en Salud.

*Tasa por 100 mil habitantes.

La diabetes mellitus se encuentra posicionada como la tercera causa de muerte en el estado con una tasa de defunciones de 109.06 por cada 100 mil habitantes. Entre las mujeres esta enfermedad es la segunda causa de muerte en tanto que para los hombres es la tercera. Asimismo, la tasa de defunción de las féminas es mayor que el resultado estatal.

Sobre los casos de morbilidad y mortalidad en la entidad, en el lapso de ocho años consecutivos seguimos viendo que los primeros tienen variaciones de incrementos y decrementos, no así los segundos que siempre van a la alza; nuevamente esta enfermedad afecta más a las mujeres en comparación con los hombres. En el año 2004 se observa el mayor número de casos detectados. Se puede percibir que ese año fue crucial para redoblar esfuerzos en el trabajo que realiza la Secretaría de Salud con el objetivo de disminuir la

frecuencia de la enfermedad, empero vemos que a partir de 2007 los casos volvieron a aumentar (ver cuadro 9).

Cuadro 9. Morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus en Sonora 2000-2008

Año	Morbilidad				Mortalidad			
	Casos	Tasa*	Sexo		Defunciones	Tasa*	Sexo	
			Mujer	Hombre			Mujer	Hombre
2000	4482	199.5	ND	ND	1025	45.62	557	468
2001	5147	226.01	ND	ND	1156	50.76	629	527
2002	8469	367.05	ND	ND	1171	50.75	576	595
2003	9270	384.67	5281	3989	1342	55.68	754	588
2004	10735	431.32	6794	3941	1367	54.92	760	607
2005	9647	387.88	6162	3485	1361	54.72	738	623
2006	7563	299.55	4718	2845	1415	56.04	741	674
2007	8266	335.51	5027	3239	1454	59.01	723	731
2008	8788	353.27	5360	3428	1542	61.98	818	724

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Sistema Nacional de Información en Salud y los anuarios de morbilidad de la Secretaría de Salud.

*Tasa por 100 mil habitantes.

Asimismo, es importante conocer los principales municipios del estado que presentan mayor número de muertes por diabetes, lo que podemos observar en el siguiente cuadro (ver cuadro 10).

Cuadro 10. Municipios de Sonora con más casos de defunción por diabetes 2008.

Municipio	Defunciones	% absoluto	% acumulado
Hermosillo	304	21.9	21.9
Cajeme	205	14.8	36.7
San Luis Río Colorado	118	8.5	45.2
Guaymas	117	8.4	53.6
Nogales	73	5.3	58.9
Navojoa	65	4.7	63.6
Caborca	65	4.7	68.3
Empalme	53	3.8	72.1
Etchojoa	49	3.5	75.6
Agua prieta	49	3.5	79.1
Resto de municipios	200	20.9	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Sistema Nacional de Información en Salud.

Lo anterior nos indica que Hermosillo y Cajeme son las dos localidades con el número superior de fallecimientos por diabetes en función de la población total que tiene cada una⁷. También es importante señalar que las tres principales ciudades fronterizas de Sonora (San Luis Río Colorado, Nogales y Agua Prieta) se encuentran entre los municipios con mayor número de defunciones por diabetes.

Es así que del total de defunciones, Hermosillo contribuye con el 21.9% de los casos, lo que implica mayor cantidad de recursos tanto económicos como humanos para atender esta enfermedad.

Y es precisamente este municipio (Hermosillo) donde se encuentra el GAM de interés de nuestra investigación, por lo que resulta pertinente mostrar la situación de morbi-mortalidad de la diabetes mellitus (ver cuadro 11).

⁷ Hermosillo 2008: 752 556 habitantes; Cajeme 2008: 382 649 habitantes.

Cuadro 11. Morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus en Hermosillo, Sonora
2002-2008

Año	Morbilidad		Mortalidad			
	Casos	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Sexo	
					Mujer	Hombre
2002	3386	519.12	235	35.88	112	123
2003	3717	560.69	276	41.18	154	122
2004	3999	593.89	314	45.78	172	142
2005	3221	471.23	324	46.05	164	160
2006	2362	328.56	305	42.42	156	149
2007	2541	345.30	333	45.25	172	161
2008	2646	351.60	350	46.5	178	172

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por la Secretaría de Salud Pública y la consulta del Sistema Nacional de Información en Salud.

*Tasa por 100 mil habitantes.

Como hemos observado, el panorama de la diabetes en México y el estado no dista de ser diferente al de Hermosillo. En esta localidad las mujeres son las más afectadas en el número de fallecimientos por la enfermedad, aunque no existe una diferencia considerable entre ambos sexos. Durante los años 2002-2005 los casos de defunciones incrementaron, no así en 2006 donde se observa en el cuadro un notable decremento; a pesar de esto en los años siguientes los casos se elevaron.

En lo que atañe a los casos de morbilidad en el período de 2002 a 2008, el año 2004 ha impactado considerablemente en comparación con los demás, sin embargo desconocemos las razones.

A pesar de los programas que ofrece la Secretaría de Salud del Estado para la atención de las enfermedades crónicas y en especial la diabetes, consideramos que a la fecha carece de alguno que esté dirigido a prevenir esta enfermedad en su primer nivel, lo que permitiría atacar esta problemática desde su inicio.

2.4 Panorama de la diabetes mellitus en Douglas, Arizona

Para abordar el panorama epidemiológico de la diabetes en la ciudad de Douglas, Arizona partimos de conocer las estadísticas poblacionales de ese país así como también las principales causas de muerte, lo que nos permite visualizar las dimensiones de la problemática que se estudia en el presente trabajo. Así, tenemos que en el año 2000 Estados Unidos realizó el censo poblacional⁸ en el cual se contabilizaron 281.4 millones de habitantes⁹, de los cuales 35.3 millones correspondían a poblaciones hispanas y de éstos el 7.3% eran mexicanos. De acuerdo a la proyección prevista que tiene la Oficina del Censo de Estados Unidos contempla que en el 2010 la población se incrementará a 308 935 581; en el 2020 será de 335 804 546 y en el 2030 la cifra aumentará a 363 584 435 habitantes.

A pesar de que las cifras van en aumento por lo general en las grandes urbes y en ciudades en vías de desarrollo, la situación de mortalidad por diversas causas genera un gran reto para el gobierno americano como potencia mundial para disminuir los números finales. El reporte de defunciones de 2006 indica que las principales causas de muerte en Estados Unidos fueron las siguientes¹⁰: enfermedades del corazón, tumores malignos (cáncer), enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas respiratorias, accidentes (lesiones no intencionales), diabetes mellitus, Alzheimer, influenza y neumonía, enfermedades renales, septicemia, suicidios, enfermedades crónicas del hígado y cirrosis, hipertensión, Parkinson y homicidios (Heron et al. 2006, 1).

Respecto a la diabetes como sexta causa de muerte y responsable del deceso de más de 200 mil personas al año, se estima que cerca de 24 millones de estadounidenses la padecen, siendo 18 millones las que han recibido un diagnóstico y el resto aún no saben que

⁸ El censo poblacional de EUA se realiza cada diez años por el U.S. Census Bureau.

⁹ La estimación poblacional en 2008 fue de 304 059 724 personas.

¹⁰ El orden de las causas de muerte en 2006 se presenta por la situación de mayor a menor número de casos.

tienen diabetes (Center for Disease Control and Prevention 2009). Estos resultados han ido en aumento, ya que de 1991 a 2004 el porcentaje se incrementó en un 61% y se prevé que éste sea el doble para el año 2050 (Gerberding 2005).

En las comunidades latinas la situación es similar. En el año 2002 el Center for Disease Control and Prevention informó que entre las principales causas de muerte de la comunidad latina que radica en los Estados Unidos, destacan las siguientes: 1) Enfermedades cardíacas, 2) cáncer, 3) lesiones no intencionales, 4) derrames cerebrales, 5) diabetes, 6) enfermedad hepática grave y cirrosis, 7) homicidios, 8) enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior, 9) neumonía e influenza y 10) defectos congénitos (Center for Disease Control and Prevention 2009).

Para los intereses de la presente investigación nos abocaremos al estado de Arizona, que es uno de los de mayor afluencia latina al igual que Nuevo México, California, Nevada, Colorado y Florida (U.S. Census Bureau 2001). En el año 2008 se estimó que este estado contaba con una población total de 6 500 180 habitantes y de acuerdo al U.S. Census Bureau la proyección poblacional para Arizona irá en aumento (ver cuadro 12). Al igual que en el resto del país los problemas de salud afectarán en todas las edades, lo que obliga a las autoridades diseñar metodologías y programas para enfrentar la situación.

Cuadro 12. Proyección de la población de Arizona 2000-2008.

Año	Población Arizona
2000	5 130 632
2005	5 868 004
2010	6 637 381
2015	7 495 238
2020	8 456 448
2025	9 531 537
2030	10 712 397

Fuente: U.S. Census Bureau 2009.

En lo que atañe a la diabetes en Arizona, se ha visto un incremento del 44% con mayor énfasis en los adultos durante el período 2000-2006, con una prevalencia de 5.9% a 8.5% siendo más común en hombres que mujeres. Por otra parte se registró en el año de 2006 que cerca de 386 mil personas mayores de 18 años tenían diabetes y dentro de este número no se tenían contempladas aquéllas que no estaban diagnosticadas, por lo que la cifra pudo haber representado casi 513 mil personas.

Cochise es uno de los quince condados que conforman el estado de Arizona. En el 2000 contaba con 117 755 habitantes¹¹; de éstos 113 376 pertenecían a un grupo de raza u origen étnico, de los cuales 36 134 eran hispanos o latinos. Acerca de la ciudad de Douglas, perteneciente al condado antes mencionado, las estadísticas poblacionales de acuerdo al U.S. Census Bureau (2009) señalan que en el año 2000 contaba con una población total de 14 312 habitantes. De este gran total 12 306 pertenecían al grupo de latinos y de éstos 10 253 eran mexicanos.

¹¹ La estimación para el 2008 fue de 129 006 habitantes.

Por la gran cantidad de latinos y en específico de mexicanos que radican en la frontera sur de Estados Unidos (de acuerdo a su población total), estas ciudades son las más afectadas. Por ejemplo, la ciudad de Douglas que colinda al sur con Agua Prieta, Sonora, México ha visto incrementar en los últimos años la aparición de la diabetes mellitus. Es así que se tiene contabilizado que casi 22% de las personas con edades de 40 años y más padecen de diabetes, lo que evidencia una tasa superior a la mayoría del resto de las comunidades latinas y también al promedio del país. Esto podría adjudicarse a innumerables factores de riesgo como la predisposición de las poblaciones hispanoamericanas, sobrepeso u obesidad debido a las costumbres alimenticias del pueblo mexicano y en especial el sonoreense, entre otros.

En 1999, el Centro de Prevención e Investigación (PRC por sus siglas en inglés) de la Universidad de Arizona, realizó un estudio en las comunidades hispanas. Uno de los resultados obtenidos fue que los hispanos son el mayor y más rápido grupo minoritario en crecimiento en Estados Unidos, estimándose de 30 millones en 1998 a 97 millones para el 2050. Otro resultado pero en el tema de la diabetes fue que en el año 2000, aproximadamente 2 millones de hispanos tenían la enfermedad. Sobre los mexicanos encuestados y residentes de Estados Unidos se encontró que son el grupo con la tasa más alta de diabetes entre los hispanos y con más probabilidades de adquirirla (Cohen e Ingram 2005).

Este mismo estudio reveló que en la frontera México-Estados Unidos la diabetes mellitus está alcanzando proporciones de epidemia. Es así que entre 1995 y 1997 la diabetes fue la cuarta causa de muerte entre las comunidades mexicanas de la frontera.

Es importante señalar que el número de casos diagnosticados podría ser mayor si las personas acudieran con el médico a revisiones preventivas, ya que la detección de esta

enfermedad se da aproximadamente entre siete y diez años después de su inicio, lo que marca una clara dificultad para tener el dato preciso y con ello mejores oportunidades de calidad de vida para la personas. Sin embargo, “las enfermedades crónicas no transmisibles, no pueden ser resueltas de forma esencial con el perfeccionamiento tecnológico” (Grau 1998, 50). Es por ello que diversos órganos encargados de atender la salud de los seres humanos así como el estudio de la misma en instituciones nacionales e internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, se han dedicado a diseñar programas de salud para enfrentar la diabetes debido al impacto que está teniendo de manera global.

A pesar de contar con programas para prevenir la diabetes tanto en México como en Estados Unidos, los casos nuevos y los datos de defunciones siguen multiplicándose, lo cual ha originado que sea denominada como epidemia universal.

En este contexto nos hacemos la pregunta de qué tenemos que hacer como sociedad para que de manera sencilla, eficiente y eficaz las comunidades donde interactuamos adquieran información pertinente sobre esta epidemia, para de esta manea prevenirla o en su caso hacer una detección oportuna.

Para aclarar el cuestionamiento anterior, nos resulta imprescindible describir y analizar primeramente algunos conceptos que nos ayuden a explicar y entender ciertos puntos clave de la promoción de la salud.

CAPÍTULO 3

Propuestas conceptuales y metodológicas para estudiar la Promoción de la Salud

En este capítulo hablaremos de algunos términos que se encuentran relacionados con la práctica de Promoción de la Salud, tal es el caso del proceso de salud/enfermedad/atención, prevención en salud, promoción de la salud, participación comunitaria y por último empoderamiento. Al finalizar describiremos el diseño metodológico adoptado para la investigación, que atañe a *estudios de caso*.

Ante cualquier situación de enfermedad (sea de magnitud grave, moderada o leve), las personas responden en primera instancia con cuidados que fueron aprendidos de generación en generación y por lo general a través de la observación o de viva voz. Es por esto que cuando se presenta un cuadro de enfermedad de algún miembro de la familia, en la mayoría de los casos éste conlleva a la modificación de la dinámica familiar que se tenía antes del suceso, siendo la mujer (madre, esposa o hija) la que se adjudica o se le asigna (de manera no democrática) el rol de cuidadora (Robles et al. 1993, 89).

Lo mismo ocurre en las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) que provocan cambios en el sector salud y en la sociedad que rodea al enfermo, debido a como señalan Leavell y Clark (1965 cit. en Robles y Mercado 1993, 311) “las enfermedades crónicas son padecimientos que por sus características de permanencia y daños residuales requieren de entrenamiento especial del paciente para su control y de largos períodos de supervisión, observación y cuidado”. Asimismo “la enfermedad crónica produce una dependencia paulatina e irreversible de tipo orgánica y social por lo que nunca se retorna a la categoría de sujeto sano. El cuerpo orgánico pierde lentamente sus capacidades

fisiológicas hasta que es incapaz de realizarlas por sí mismo; de igual manera, su cuerpo social sufre pérdidas que se objetivan, sobre todo, en la ejecución deficiente de sus roles de acuerdo a los estándares sociales y en la incapacidad de ser recíproco en el sistema de intercambios sociales” (Robles 2004, 620).

3.1 Proceso de salud-enfermedad-atención

La salud, que es un derecho fundamental de todo ser humano, lleva implícita en su práctica ciertos factores (biológicos, psicosociales, culturales, económicos, etcétera) que colocan a la persona en la disyuntiva de seguir el camino de riesgo o en su defecto hacer lo contrario para evitar las enfermedades. Se dice que “la salud es el resultado de la interrelación entre la información genética y todas las variables naturales y sociales, que constituyen el ambiente en el cual se desarrolla la vida humana, desde su nacimiento hasta su muerte” (Burguete 2004, 127). Por otra parte, la salud es un proceso social de búsqueda de mejores condiciones para el desarrollo de la calidad de vida y bienestar. Ésta se encuentra delimitada por la estructura y dinámica de la sociedad y otros factores como el desarrollo de las fuerzas productivas, las relaciones sociales, el modelo económico que se ejerce en un momento determinado, la organización del Estado para prestar servicios de salud pero también para brindar espacios donde se propicien las condiciones necesarias para una salud de calidad, y por último, por la naturaleza en la cual se desarrolla la sociedad, es decir, el clima, la ubicación, el suelo, las características geográficas y los recursos naturales disponibles (Durán 2006, 345).

Existen diversas formas de atender la salud que van desde cuidados empíricos básicos (en casa o cualquier otro escenario) hasta los especializados (hospitales o clínicas), cada uno con su propio valor acorde a las condiciones en las que se ejercen.

Haro (2000, 103) comenta que la atención a la salud no refiere únicamente a prácticas terapéuticas, sino también a “elementos culturales de referencia, procesos de información y toma de decisiones, de diagnóstico y pronóstico, actividades de rehabilitación, de prevención y promoción de la salud, mismos que se ofrecen en un nivel personal, como es el caso de las tareas más elementales de cuidado, soporte, protección y acompañamiento, y también en un nivel social-comunitario que corresponde a la intervención en políticas de salud y actividades de saneamiento”.

A pesar de esto, el proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a) nos remite a hablar del modelo biomédico o Modelo Médico Hegemónico (MMH) que lo define como:

[el] conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como la medicina científica. Entre los rasgos característicos de esta práctica se señala el biologicismo, la concepción teórica evolucionista-positivista, la ahistoricidad, la asocialidad, el individualismo, la concepción de la enfermedad como ruptura o desviación y la identificación ideológica con la racionalidad científica de otros modelos. Las funciones principales de este modelo son curativas-preventivas, normatizadora, de control social y de legitimación (Menéndez 1984, 90).

Haro (2000, 106-107) también señala que el MMH se basa y se ha puesto en práctica por los profesionales de la salud previamente reconocidos por la comunidad científica y por el Estado, quienes han sido dotados de conocimientos en las universidades y otras instituciones académicas que cuentan con un estatus oficial; sin embargo, esto no garantiza una calidad ejemplar en la relación médico-paciente, la cual ha venido decayendo en los últimos años en México. Tal hecho podría atribuirse a la disminución del presupuesto en el rubro de salud que origina menos contratación de personal (profesionales de la salud) y mayor carga laboral a los que se encuentran en funciones.

Para ello tenemos las diversas acciones propuestas por Haro que forman parte del proceso s/e/a y que son descritas como sigue:

- *Autocuidado*: “Se entiende como un primer nivel de la atención que resultaría ser el ámbito natural de referencia de todo proceso asistencial. Identifica las prácticas centradas en aspectos preventivos o de promoción de la salud, que son regularmente cotidianos y suelen estar centradas en los individuos o el grupo doméstico” (Haro 2000, 112).
- *Autoayuda*: “Refiere a un segundo nivel que rebasaría el ámbito doméstico para extenderse a las variadas redes sociales, desde la familia extensa y los grupos de amigos y vecinos hasta otras iniciativas mucho más organizadas” (Ibid., 113).
- *Autoatención*: “Son las prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento, que tiende a activar respuestas colectivas, que abarcan tanto el propio grupo doméstico como las redes sociales” (Ibid., 114).

Por eso volvemos al concepto de *autoayuda*, mismo que es utilizado para “referirse a iniciativas organizadas que, aunque también operan entre iguales o similares en condiciones de reciprocidad y mutualidad, como sucede en los grupos de ayuda mutua, representa instancias distintas a las informales porque se encuentran institucionalizadas en un nivel formal prestando generalmente sus servicios fuera del ámbito doméstico y de los círculos de sociabilidad primaria. Como constituye una forma de atención diferente a las redes familiares y sociales informales, es menester distinguirlo del autocuidado y autoatención” (Ibid., 113). Cabría mencionar que el “Grupo de Ayuda Mutua” (GAM) del

presente estudio entra en este proceso, ya que las participantes se apoderan del espacio para conversar con sus iguales, realizar diversas actividades que son de su agrado como las manualidades y sobre todo conocer gente con su mismo problema.

Los términos anteriores (autoatención y autocuidado) apuntan a la dimensión personal o doméstica donde se ejercen los cuidados más elementales para la promoción de la salud y para la prevención de las enfermedades, y constituye el núcleo de cualquier sistema. Menéndez (1992 cit. en Hernández et al. 2001, 444) ha hecho énfasis en la autoatención cuando afirma que es liderado por la mujer y constituye el “primer nivel real de atención a la salud”, añadiendo que no sólo se enfoca al área médica (preventiva o curativa) sino que además “integra y reelabora conceptos y prácticas relativas a la alimentación y la nutrición, la higiene y el saneamiento básico, la educación y la recreación, la sexualidad y la reproducción, la religiosidad y las normas sociales, el trabajo y la vivienda” (ídem). Podemos afirmar que el programa “Pasos Adelante” (PA) cumple con algunos aspectos mencionados referentes a la autoatención, ya que en nuestra investigación observamos que parte de la información que se le da a las participantes recae en la preparación de comidas saludables para que cuiden de ellas y de su familia.

Desde el punto de vista de Kleinman (1980 cit. en Osorio 2001, 32-33), el proceso de s/e/a está integrado por tres vertientes o dimensiones que apuntan a:

- *Disease* (enfermedad): refiere a un mal funcionamiento o una mala adaptación de los procesos biológicos y/o psicosociales; es un estado patológico -anormal- de la estructura y/o función de los órganos y sistemas del cuerpo, a pesar de que el mismo no sea reconocido social o culturalmente.

- *Illness* (padecimiento): refiere a la experiencia psicosocial y al significado de la enfermedad (o la enfermedad percibida). En este sentido, incluye los procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y evaluación dirigida a la enfermedad y sus manifestaciones por parte del enfermo, su familia o las redes sociales.
- *Sickness* (malestar): refiere a cualquier desorden que afecte a la población tomando en cuenta las fuerzas macrosociales (económicas, políticas e institucionales) que lo condicionan.

3.2 Prevención en salud

La prevención en salud “exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad a fin de hacer improbable la expansión posterior de la misma” (Leavell y Clark 1976 cit. en Czeresnia 2006, 54). Por acción anticipada entendemos aquellas medidas tomadas con el fin de evitar el surgimiento de enfermedades, para así disminuir la incidencia de casos.

Tomando en consideración el punto de vista biomédico, es común que las personas tengan la creencia de que gozar de buena salud se reduce a contar con seguros de vida, un mayor número de médicos y el uso de costosas tecnologías y servicios hospitalarios (Santos 1998, 136). Por ello se planteó institucionalmente un enfoque que enalteciera la responsabilidad individual de la salud y al mismo tiempo contribuyera en la modificación de los estilos de vida para lograr cambios en la salud a nivel personal y colectivo.

Cabe señalar que la *prevención* suele clasificarse en tres niveles y que desde la visión de Tulchinsky y Varavikova (2000, 63-64) se contemplan así:

- *Prevención primaria:* Son todas aquellas actividades que se ponen en práctica para prevenir la presencia de enfermedades u otros daños. Incluye también otras que dentro del sistema de salud consisten en un trabajo conjunto entre los profesionales de la salud en el cual tienen que guiar al individuo para desarrollar y fortalecer conciencia de autocuidado. Lo anterior funciona tanto a nivel individual como comunitario.
- *Prevención secundaria:* Es el diagnóstico y manejo temprano que previene las complicaciones de una enfermedad. El proceso de intervención para prevenir una enfermedad se da en la identificación de las fuentes de la enfermedad y la implementación de acciones claves para detener su avance. En este nivel, los sistemas de salud deben estar comprometidos, no sólo el servicio individual médico sino todo el sistema.
- *Prevención terciaria.* Son las actividades dirigidas hacia el enfermo pero también hacia el medio ambiente para promover la rehabilitación, restauración y mantenimiento de la persona después de que la enfermedad y sus complicaciones han retornado a condiciones óptimas para reiniciar la rutina.

Buss argumenta que existe una gran confusión entre los conceptos de prevención y promoción, mismos que “vienen del gran énfasis en modificaciones del comportamiento individual y en los factores de riesgo para determinadas enfermedades” (Buss 2006, 42).

Las diferencias que se dan entre ambos términos, que por lo general son utilizados como sinónimos, las encontramos planteadas por dicho autor en el siguiente cuadro (ver cuadro 13).

Cuadro 13. Diferencias esquemáticas entre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

	Promoción	Prevención
Concepto de salud	Positivo y multidimensional	Ausencia de enfermedades
Modelo de intervención	Participativo	Médico
Objetivo	Toda la población	Principalmente los grupos de alto riesgo de la población
Incumbencia	Red de asuntos de salud	Patología específica
Estrategias	Diversas y complementarias	Generalmente única
Abordajes	Facilitación y capacitación	Direccionador y persuasivas
Direccionamiento de las medidas	Ofrecidas a la población	Impuestas a grupos-objetivo
Objetivos de los programas	Cambios en la situación de los individuos y de su ambiente	Se enfocan principalmente en individuos y grupos de personas
Ejecutores de los programas	Organizaciones no profesionales, movimientos sociales, municipales, regionales y nacionales, etcétera.	Profesionales de la salud

Fuente: Buss 2006, 41.

Acerca de la confusión que se da en los conceptos, se señala:

La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades no son sinónimos, pero se complementan. Aun así, si no todas las actividades para prevención (e incluso el tratamiento y la rehabilitación), la mayoría puede realizarse de manera que promuevan la salud empoderando a los individuos y comunidades, fomentando la participación pública, observando un amplio panorama sobre la salud y los determinantes de la salud, enfatizando la justicia social y fomentando la colaboración intersectorial (Rootman et al. 2007, 35).

A pesar de que lo anterior se realiza en conjunto por el individuo, la familia y la comunidad para dar pie a la creación de nuevos estilos de vida, existen autores que critican esta postura, argumentado que ni el comportamiento individual y los estilos de vida son las bases para el estatus de la salud en una comunidad, en tanto sí lo son el ambiente social, económico y político. Es por esta razón que los esfuerzos de prevención a nivel individual han sido encasillados como ineficientes, poco éticos y productivos en la cuestión

económica (Santos 1998, 136), idea que no compartimos ya que a través de nuestra experiencia podemos comentar que “Pasos Adelante” es un modelo viable en materia de prevención primaria, donde a los participantes se les hacen preguntas y posteriormente se retroalimenta para la total comprensión de la temática.

3.3 Promoción a la salud

Como vimos en el primer capítulo sobre los antecedentes de la Promoción de la Salud (PS), fue Henry Sigerist quien utilizó este término argumentando 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 lograrlo apostó por el trabajo conjunto de políticos, sectores laborales e industriales, educadores y por supuesto de los médicos (Terris 1996, 38).

A pesar de que existe esta conceptualización base de promoción de la salud, la realidad es muy diferente, por ese motivo otros autores han hecho aportaciones considerables acordes a los tiempos que vivimos.

La OMS plantea que la promoción de la salud es “la acción social, educativa y política que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud; brinda oportunidades y poder a la gente para que ejerzan sus derechos y responsabilidades para la formación de ambientes, sistemas y políticas que sean favorables a su salud y bienestar” (Epp 1996, 29).

El inicio de la promoción de la salud podríamos ejemplificarlo con la reacción de una acelerada medicalización de la salud en la sociedad y en el interior del sistema de salud. Este concepto se asoció en primera instancia a un “conjunto de valores” entre los cuales podríamos señalar la vida, la salud, la solidaridad, la equidad, la democracia, la

ciudadanía, el desarrollo, la participación y asociación, entre otros y sobre todo a una combinación de estrategias planteadas por el Estado (políticas públicas saludables), la comunidad (refuerzo de la acción comunitaria), los individuos (desarrollo de habilidades personales), el sistema de salud y asociaciones intersectoriales trabajando bajo el objetivo de otorgar una responsabilidad múltiple a cada uno de los sectores (Buss 2006, 20).

Desde la óptica de González se explica que la promoción de la salud no está específicamente ligada a la cuestión médica, sino que va mucho más allá de ella como también de la educación en salud y la prevención de la enfermedad; “no es una respuesta exclusiva del sector salud o de asistencia médica, sino una respuesta de los diferentes sectores relacionados con la salud, dirigida a mejorar el entorno global, las condiciones de vida y las formas de vivir de la sociedad” (González 2004, 14).

Hoy día, un gran porcentaje de la sociedad considera que la promoción de la salud va dirigida exclusivamente a la gente sana, lo cual es erróneo, ya que la PS contempla cualquier persona o grupo poblacional que está en la posibilidad de mejorar sus condiciones de vida y de bienestar físico sin importar el estado actual de salud en que se encuentren.

Debemos reconocer que la promoción de la salud pretende modificar los comportamientos individuales, el medio ambiente físico y el social, mismos que se determinan por el contexto político, cultural y económico (Ibid., 19); es decir, tenemos que entender que la PS no depende sólo de una persona, sino de un conjunto de personas que se ubican en distintos puntos estratégicos alrededor de la salud. Este grupo de personas no se limita a los que laboran dentro del sector salud, también se refiere a los que diseñan programas de educación, de desarrollo ambiental, de plusvalía, de deportes, de cultura y de manera importante al sector privado.

Al respecto Buss (2006, 23-24) enuncia que la promoción de la salud “moderna” es el pilar de los determinantes sobre las condiciones de salud:

La salud es producto de un amplio espectro de factores relacionados con la calidad de vida, incluyendo un patrón adecuado de alimentación y nutrición, de ámbitos de residencia y saneamiento, buenas condiciones de trabajo, oportunidades de educación a lo largo de la vida, entorno físico limpio, apoyo social para las familias e individuos, estilo de vida responsable y un cúmulo de cuidados hacia la salud.

Algunos de los desafíos que podemos mencionar de la promoción de la salud son los que señala Durán (2006, 346):

- *Participación social*: “Proceso social inherente a la salud y el desarrollo, a través del cual los grupos comunitarios, organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de todos los niveles intervienen en la identificación de problemas de salud y se agrupan para diseñar e implementar soluciones y/o acciones a seguir”.
- *Intersectorialidad*: “Trabajo coordinado de las instituciones de los distintos sectores sociales que se da mediante intervenciones conjuntas, destinadas a transformar la situación de la salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población”.
- *Educación para la salud*: “Es la designación de oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente dirigidas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada”.

Para concluir con este apartado es importante señalar que la promoción de la salud es complemento del proceso s/e/a. Aunque en un principio estuvo restringido sólo al campo del quehacer de los profesionales de la educación para la salud, al transcurrir el tiempo y las circunstancias de vida pasó a ser responsabilidad de la comunidad organizada con intereses en salud y también de los agentes de otros sectores sociales que no necesariamente están involucrados con la salud (Buss 2006, 43).

3.4 Participación comunitaria

En los años cuarenta comienza a utilizarse este término, mismo que tenía la tarea de contribuir a mejorar las condiciones de vida y reducir la incidencia de factores negativos a nivel de grupos domésticos y de grupos de autoayuda así como a nivel comunitario (Menéndez 2006, 51).

Durante la Conferencia de Alma-Ata en 1978 se estableció una definición de comunidad como sigue: “se compone de personas que viven juntas, en una u otra forma de organización y cohesión sociales, sus miembros comparten, en distintos grados, características políticas, económicas, sociales y culturales, así como intereses y aspiraciones, incluida la salud. Las comunidades varían en su magnitud y papel socioeconómico y puede habitar en caseríos aislados o en aldeas más organizadas, pueblos o ciudades” (Castro 1996, 27).

Cuando hablamos de comunidad tendemos a referirnos a un grupo determinado que comparte ciertos intereses, que nos hace pensar que toda la comunidad requiere lo mismo, y no sucede así. De acuerdo a de Keijzer (2004, 4) el término comunidad ha tomado sentidos diversos y, por ende, va perdiendo poder descriptivo o explicativo. Es un concepto que nos condiciona sobre lo que debe ser la comunidad. Sin embargo, en la mayoría de las

poblaciones podemos encontrar más elementos diferentes que comunes e incluso muchos intereses contradictorios.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, Participación Comunitaria “es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y las de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivos para resolver sus problemas comunes” (Buss 2006, 27).

Una de las experiencias que contempla de Keijzer (2004, 7) sobre los problemas de participación que refieren los mismos trabajadores del campo de la salud es el predominio de una “concepción de participación” de la población vista como subordinada al programa de la institución, y que tiende a limitarse a la participación en actividades predefinidas, lo que conlleva a que los promotores de salud sean vistos como “de” la institución y no “de” o “para” las comunidades en las que viven y trabajan.

Ciertamente esto pudimos comprobarlo en la investigación. Las promotoras de salud de PA, por el hecho de vivir en la misma comunidad, son vistas por los participantes como propias, acuden a ellas (personal o telefónicamente) para platicar de sus problemas y recibir un consejo; lo mismo ocurre con las del GAM que esperan a que el resto del grupo se haya ido para confiarle a la encargada los problemas que las aquejan o vuelven cualquier otro día que no sea el de la sesión.

La participación comunitaria ha sido utilizada de varias formas: como vehículo para la introducción de los valores de la sociedad de consumo, como un eufemismo para obtener trabajo gratis de las comunidades, como mecanismo de control y captación de líderes afines a las instituciones gubernamentales o privadas y como la forma de legitimar atención médica de baja calidad en nombre de la propuesta de atención primaria. La propuesta de

habilitar, promover o fortalecer los recursos para la autoatención en sociedades estratificadas desiguales puede hacer muy poco por la salud y por mejorar la distribución de sus fuentes en una sociedad, y constituye una política funcional acorde con los intereses del Estado neoliberal, que subvierte desde su origen el problema de que los riesgos de salud se determinan desde las condiciones de vida (Ugalde 1985 cit. en Haro 2000, 132).

Uno de los trabajos pioneros de participación comunitaria en América Latina fue el que llevaron a cabo Fajardo y Werner (1998) en Ajoya, Sinaloa bajo el nombre de “Piactla” hace más de veinte años. Éste se vivió en tres etapas, que fueron: 1) Preparación de promotores de salud, 2) orientación preventiva y 3) fase social y política, centrada en la concienciación y lucha por la emancipación de las injusticias que se dieron en la comunidad. Como muchos proyectos tuvo sus altas y bajas, logrando establecer centros de salud y capacitando a personas (no profesionales de la salud) integrantes de la comunidad para dar apoyo en caso de requerirlo. Sin embargo, el proyecto se vio seriamente afectado debido al flujo migratorio que se dio hacia la ciudad, situación que desembocó en la falta de interés de las personas en seguir con el programa.

3.5 Empoderamiento

Mucho se ha cuestionado el concepto de empoderamiento en términos de su función y la forma en que se utiliza. Para Wallerstein “es un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, de las organizaciones y de las comunidades para ganar control respecto de sus vidas en su comunidad y en el conjunto de la sociedad” (Wallerstein 1988 cit. en Cardaci 1999, 406-407), añadiendo que “se produce de esta forma capital social caracterizado por la organización social, como redes, normas y confianza social que facilita

la coordinación y cooperación para el beneficio mutuo” (Wallerstein 1992 cit. en Málaga y Castro 2001, 121).

En tanto Schmukler (1996, cit. en Málaga y Castro 2001, 121) considera que este concepto incluye los siguientes aspectos:

- Un sentido de comunidad entre los que participan en un proyecto
- Un sentido de reducción del aislamiento y de la soledad de los participantes
- El aprendizaje de capacidades para tomar decisiones: aprendizaje de nuevas calificaciones y de aprendizaje de roles
- Un aumento de la autoridad y confianza en sí mismo y en el poder del grupo
- Una mayor comprensión de las propias situaciones personales, de grupo y sociales que marginan y subordinan
- Creatividad para imaginar actividades que resuelvan necesidades, y
- Cambio de valores, actitudes y comportamientos adecuados a la resolución de necesidades e intereses personales o grupales.

El empoderamiento comunitario involucra a los individuos para que actúen colectivamente a fin de ganar una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida en su comunidad. De acuerdo a Solís (2006, 334) existen dos líneas de empoderamiento “el individual y el colectivo”. Ambos tienen una interrelación e influencia que podríamos considerar benéfica tanto para uno como para el otro, sin embargo, tiene mayor fuerza el colectivo cuando hablamos de modificar comportamientos individuales.

Desde esta perspectiva, empoderamiento no es ganar poder para tener ventaja sobre los otros o dominarlos, sino para actuar en grupo y lograr un cambio positivo.

3.6 Diseño de la investigación

Para dar respuesta a nuestra pregunta de investigación que refiere a conocer los elementos estratégicos que utilizan el “Grupo de Ayuda Mutua” y “Pasos Adelante” para prevenir y controlar la diabetes mellitus en sus comunidades, se seleccionó la técnica metodológica de corte cualitativo llamado *estudio de caso*. También se requirió la realización de tres entrevistas con los responsables de los grupos sujetos a investigación para aclarar algunos detalles acerca de las funciones del trabajo del promotor de salud.

Es importante comentar que por cuestión ética se han omitido los nombres de los responsables de los dos programas, así también, el nombre del Centro de Salud Urbano de estudio.

Para comprender el trabajo realizado en los escenarios de estudio es necesario definir primero qué es esta técnica.

3.6.1 ¿Qué es un estudio de caso?

Los estudios de caso se utilizan en varias disciplinas de las ciencias sociales y otras que trabajan en conjunto con ella. Por ejemplo, esta técnica se emplea en las áreas de la psicología, antropología, sociología, historia, ciencias políticas, economía, educación, trabajo social, planificación urbana, administración pública, entre otras (Gundermann 2001, 251).

Comenzamos planteando en primera instancia qué es un caso. Un caso es algo específico, algo complejo, en funcionamiento. Es por eso que el estudio de casos “es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (Stake 1999, 11). También es un sistema integrado. No es necesario que las partes funcionen bien, los objetivos pueden ser

irracionales, pero es un sistema. Por eso las personas y los programas constituyen casos evidentes.

Este tipo de estudio suele tener la siguiente clasificación:

- Estudio de caso intrínseco. En éste se estudia sobre aquello que realmente necesitamos aprender sobre un caso en particular.
- Estudio de caso instrumental. Aquí se aspira a ser un medio de descubrimiento y desarrollo de proposiciones empíricas de carácter más general que el caso mismo.

El objetivo primordial del estudio de un caso no es la comprensión de otros. La primera obligación es comprender el caso. En un estudio intrínseco, el caso está preseleccionado, en tanto que en un estudio instrumental, algunos casos servirán mejor que otros.

El mejor procedimiento para seleccionar los casos deberá basarse en nuestros planteamientos del problema a investigar, es así que Stake comenta que para la selección debemos escoger casos que sean “fáciles de abordar y donde nuestras indagaciones sean bien acogidas, quizá aquellos en los que se pueda identificar un posible informador y que cuente con los actores (las personas estudiadas) dispuestos a dar su opinión sobre determinados materiales en sucio; hay que considerar con atención la unicidad y los contextos de las selecciones alternativas, pues pueden ayudar o limitar lo que aprendemos” (Ibid., 17).

El punto final del estudio de caso es la particularización, no la generalización. Se toma un caso particular y se llega a conocerlo bien, y no principalmente para ver en qué se diferencia de los otros, sino para ver qué es, qué hace. Por ende se destaca la unicidad y

esto implica el conocimiento de los otros casos de los que el caso en cuestión se diferencia, pero la finalidad primera es la comprensión de ese último (Ibid., 20).

El estudio de casos es empático y no intervencionista. Es decir, intentamos no estorbar la actividad cotidiana del caso, no examinar, ni siquiera entrevistar, si podemos conseguir información que queremos por medio de la observación discreta y la revisión de lo recogido; se trata de comprender cómo ven las cosas los actores, las personas estudiadas. Finalmente, es probable que las interpretaciones del investigador reciban mayor consideración que las de las personas estudiadas; a pesar de esto, el investigador cualitativo de casos intenta preservar las realidades múltiples, las visiones diferentes e incluso contradictorias de lo que sucede (Ibid., 23).

3.6.2 ¿Cómo se seleccionaron los casos?

Para este trabajo se seleccionaron dos casos: el primero refiere al programa de “Pasos Adelante” (PA) de Douglas, Arizona y el segundo al “Grupo de Ayuda Mutua” (GAM) de un Centro de Salud Urbano (GAM) de Hermosillo, Sonora.

La selección se dio por la inquietud de conocer la labor de ambos programas en cuestión de promoción de la salud y su impacto en la prevención para tratar la diabetes. A PA lo caracteriza el trabajo de prevención primaria con población abierta de latinos (personas no enfermas de diabetes y también aquellas que lo están), en tanto que en el GAM sólo se atiende a personas que ya tienen la enfermedad pues no se cuenta con un programa dirigido a la prevención primaria de la diabetes dentro de la Secretaría de Salud.

3.6.3 Descripción de trabajo de campo

Pasos Adelante

En abril de 2009 se hizo la primera visita a la ciudad de Douglas, Arizona y se contactó a una de las responsables del diseño del programa de PA. A través de esta persona conocí a las promotoras de salud (cuatro en total) que llevan a cabo el programa en la comunidad de la ya mencionada ciudad fronteriza.

Durante la jornada matutina se realizó una entrevista a las dos promotoras que en ese momento estaban a cargo de la treceava intervención del programa PA, la cual tuvo una duración aproximada de 1 hora 40 minutos. Horas más tarde presencié la sesión número once de un total de doce.

En el verano de 2009 (julio-septiembre) el programa se implementó nuevamente y fue así que tuve la oportunidad de asistir a ocho sesiones. Éstas se impartían semanalmente los días miércoles en dos horarios: matutino de 9:00 a 11:00 horas y vespertino de 18:00 a 20:00 horas. Mi tarea principal consistió en observar el funcionamiento, dinámica y características de las promotoras de salud así como de las y los participantes. Para comparar la dinámica de cada uno de los turnos de trabajo se tomó la decisión de asistir a cuatro sesiones por la mañana y el resto por la tarde.

Cabe reconocer que por cuestiones de tiempo y económicas no fue posible permanecer en la ciudad un día más cada semana, lo que limitó la observación de las sesiones de caminata establecidas por el mismo grupo los días jueves a las 6 de la mañana.

Una experiencia de aprendizaje fue la sucedida en una ocasión al cruzar la frontera de Naco, Sonora-Naco, Arizona. En ella el agente de migración americano cuestionó largamente el motivo de mi ingreso a ese país y por la falta de un documento institucional,

me vi en la necesidad de ocultar la verdad por temor a que no se me permitiera el acceso y de esta manera perder mi sesión.

Grupo de Ayuda Mutua

El día 8 de octubre de 2009 me presenté en el Centro de Salud de Hermosillo solicitando información del mismo. Después de hacer la misma petición a tres trabajadoras de diferentes puestos (módulo de información y dos enfermeras), me indicaron que acudiera a la Dirección. Esperé un corto tiempo hasta pasar con la administradora del centro; le expliqué el motivo de mi visita y mi solicitud de presenciar las sesiones del GAM, pero al no estar autorizada para tal función me turnó con otra persona. Nuevamente expuse las razones de mi visita al doctor responsable del GAM¹², el cual inferí era el director del centro debido a que se me atendió en la oficina principal. Personalmente fue él quien me presentó con la enfermera del GAM a quien le expliqué una vez más el objetivo de mi visita. De este encuentro se originó una charla muy amena que duró alrededor de una hora, donde se comentó a grandes rasgos el funcionamiento del grupo. Acordamos iniciar mi trabajo de observación el martes siguiente.

En este grupo las sesiones se llevaron a cabo los días martes en horario de 8:30 am a 11:00 am (oficialmente); sin embargo éstas tendían a prolongarse hasta una hora por las conversaciones que se originaban entre las asistentes. Aquí el trabajo desarrollado consistió en observación no participante.

¹² Tiempo después me percataría que este médico era el especialista en diabetes, mismo que atendía a las y los integrantes del GAM y no el director responsable del Centro de Salud. Cabe mencionar que esta persona en ningún momento me requirió algún documento oficial que respaldara mi trabajo de investigación.

A mediados de noviembre (semana del día 9 al 14) el grupo se sumó a las actividades que organiza la Secretaría de Salud con motivo del día del diabético. A estas actividades se dieron cita otros GAM de Hermosillo.

Durante esta semana se proyectó una película dentro de las instalaciones de la Universidad de Sonora en el departamento de Enfermería; dos días consecutivos las participantes acudieron a los encuentros de cachibol; el tercer día tuvo lugar el “Gran baile de la Polilla” al cual asistieron en su mayoría las integrantes del GAM; el cuarto día no hubo evento ya que se estableció como descanso. El día sábado (último de actividades) consistió en degustar algunos platillos saludables que las mismas participantes elaboraron, se realizó una exposición de manualidades y presentaron un bailable que semanas antes estuvieron ensayando.

Pasada esta semana y retornando a la rutina habitual del grupo la asistencia de las participantes disminuyó hasta llegar el mes de diciembre, cuando comenzaron a organizar su tradicional posada anual que se celebró en las mismas instalaciones del centro de salud.

Parte de mis compromisos hacia el grupo fue la entrega de material visual elaborado con la secuencia de fotografías captadas durante la semana de actividades del diabético; de igual manera, un informe gráfico-estadístico de los resultados de las metas del tratamiento de todos los integrantes del GAM en 2009.

En el siguiente capítulo se documentarán los resultados obtenidos durante el trabajo de campo, mismos que ayudarán a identificar la parte teórica sobre la práctica y a reconocer así que la promoción de la salud es un pilar fundamental para la prevención de enfermedades crónicas.

CAPÍTULO 4

Descripción y análisis de dos estudios de caso

En este capítulo se detallan aspectos relevantes de los dos estudios de caso observados: el programa “Pasos Adelante” (PA) y el “Grupo de Ayuda Mutua” (GAM). Primeramente hacemos una descripción general de ambos programas y un listado de aquellas estrategias de promoción de la salud de la Secretaría de Salud Pública del Estado. Seguido rescatamos datos de las observaciones hechas durante las sesiones y de igual forma de las entrevistas realizadas. Finalmente elaboramos un análisis comparativo de ambos programas.

4.1 Programa “Pasos Adelante”

Como se ha mencionado anteriormente, la diabetes está dentro del cuadro de las principales causas de muerte en Estados Unidos y aparece con mayor énfasis en las comunidades latinas que suelen representar un porcentaje alto en la frontera sur del país. Es por esto que el Centro Canyon Ranch para la Prevención y Promoción de la Salud perteneciente a uno de los treinta y tres Centros de Investigación para la Prevención y Control de Enfermedades se interesó en dar atención a esta problemática mediante el proyecto de PA¹³, que tiene como objetivo promover la prevención de enfermedades crónicas, específicamente la diabetes y las enfermedades cardiovasculares en poblaciones latinas mediante el aumento de la actividad física, la nutrición y la promoción de la salud. Este objetivo sólo se lograría a partir del trabajo hecho por las promotoras de salud,

¹³ Cabe decir que PA es una adaptación curricular del Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional del Corazón, Pulmones y Sangre y del programa “Su Corazón, su Vida”.

particularidad con la que cuenta el programa. Es importante señalar que PA no se rige bajo un enfoque médico ni mucho menos su práctica.

4.1.1 Descripción de “Pasos Adelante” en Douglas, Arizona

El Southwest Center for Community Health Promotion (SCCHP por sus siglas en inglés) con base en la ciudad de Tucson, Arizona inició sus investigaciones sobre el problema de diabetes en Douglas, Arizona en el año de 1996.

Para realizar dicho trabajo el centro empleó a varias promotoras para aplicar una encuesta exploratoria del lugar, donde descubrieron que en esa comunidad se estaba presentando un nivel extremadamente elevado de diabetes entre los residentes. Los investigadores conocieron de esta manera a la comunidad afectada, dando inicio con el Douglas Diabetes Work Group (Grupo de Trabajo de Diabetes en Douglas) que permitió solicitar y obtener recursos económicos para realizar un programa de salud rural.

En el transcurso del año 2000 el Centro utilizó fondos federales para una prueba piloto en los condados de Santa Cruz y Yuma, con el propósito de conocer si era viable aplicar un programa diseñado para latinos en estas comunidades. Así iniciaron intervenciones con las familias durante el período 2000-2003.

Algunos de los resultados que se obtuvieron fueron problemas relacionados con la falta de empleos que les permitieran tener una óptima calidad de vida que satisficiera sus necesidades básicas, a la falta de espacios adecuados y oportunos para realizar actividad física, falta de banquetas o cruces peatonales, poco o nulo alumbrado público en las comunidades, la presencia de perros en las calles sin dueño, entre otros. Lo anterior impedía a los habitantes de ese lugar salir libremente de sus casas como parte del

esparcimiento natural y sobre todo, que estas situaciones comenzaban a impactar en su salud, progresando los casos de diabetes y otras ECNT sobre todo en los latinos.

Otra de las bases de PA fue el programa de Salud Fronteriza “¡SÍ!”, el cual identificó la necesidad de desarrollar e implementar un programa que fuese impartido por promotoras de salud para educar a los miembros de la comunidad sobre la diabetes y las acciones deseables para prevenirla o retrasar su aparición. Éste se basó en el programa “Su corazón, su Vida” que se enfoca hacia la comunidad latina para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Después de revisar las temáticas del proyecto, acordaron incluir el tópico de diabetes (Staten et al. 2005).

En un estudio realizado en 1998 bajo la aplicación de una encuesta a una comunidad vecinal fronteriza de los condados de Yuma y Santa Cruz, se encontró una prevalencia de diabetes del 18%, obesidad y sobrepeso en un 74% mientras que un 60% de los participantes externaron que no realizaban ninguna actividad física regular. A partir de estos resultados el grupo de promotoras identificó que en Douglas se estaban presentando las mismas causas que en esos condados, por lo que en el año 2005 se puso en marcha el programa de PA en esa ciudad con el mismo objetivo, prevenir la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (Ibid.).

Fue así que se seleccionó a cuatro promotoras que tenían conocimientos previos en la temática de salud por ser egresadas de la escuela de Enfermería de diversas instituciones mexicanas. Ellas fueron entrenadas para que pudiesen enseñar asuntos de nutrición, actividad física y prevención de enfermedades en una clase llamada *La diabetes y la unión familiar* la cual tenía una duración de cinco semanas, a la par de la clase de “Pasos Adelante” para los miembros de la comunidad.

A dos años de haberse implementado el programa en Douglas ya tenían datos que indicaban que aproximadamente mil personas de la localidad habían participado¹⁴, lo que les motivó a seguir adelante. Durante el trabajo de seguimiento que consistía en la aplicación de cuestionarios con indicadores de nutrición y actividad física realizados en tres momentos diferentes (antes de iniciar el programa, al finalizar la doceava sesión y tres meses después de terminado el programa) y a partir de la observación que hacían las mismas promotoras en su comunidad, encontraron cambios como el mejoramiento de la salud tanto del individuo como de su familia.

Es importante mencionar que esta comunidad (ver anexo 1) cuenta con los servicios básicos como agua potable, energía eléctrica, recolección de basura y calles pavimentadas con señalamientos de tránsito identificables; las viviendas son grandes y suelen ser de material firme o *mobil home* con terreno excedente. El área comercial más visitada que abastece a esta ciudad y las de los alrededores así como a Agua Prieta, Sonora, se caracteriza por estar ubicada en una zona no habitacional; hay tres cadenas de franquicias de hamburguesas y otra de pollo; existen algunos establecimientos de ferreterías, de mecánica, estéticas unisex, tiendas de ropa, hoteles, un cine pequeño, escuelas de kínder y de educación elemental. A las orillas de la ciudad se encuentra el colegio (preparatoria) que depende de la Universidad de Arizona y en el otro extremo está el aeropuerto local. En lo que respecta a áreas verdes-parques tienen tres en óptimas condiciones, es decir, con alumbrado público, baños, agua potable, jardines con mantenimiento, áreas para niños, canchas de basquetbol y un sendero para hacer caminata.

¹⁴ Información proporcionada en una plática con una de las creadoras del programa PA.

4.2 Secretaría de Salud: Programas de promoción de la salud y grupos de ayuda mutua

La Secretaría de Salud como institución rectora encargada de velar por la salud de los mexicanos, tiene la máxima tarea de crear, proponer, trabajar y llevar a cabo en la comunidad programas enfocados a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Algunos de los programas de salud que a nivel federal se han implementado en el Estado de Sonora debieron modificarse debido a las particularidades de los municipios de la entidad. Estos programas (modificados) se dan en el marco del programa integral llamado “Sonora por la vida” que fue elaborado para el quinquenio 2004-2009. Éste tiene como objetivo general “fomentar la corresponsabilidad, donde exista la equidad social, para generar acceso equitativo a una calidad de vida con una prestación de servicio y empoderamiento de determinantes en salud mediante la promoción, educación y prevención” (Secretaría de Salud s.f, 11). Asimismo se plantea como reto de salud “enfrentar, entre tantas prioridades, los rezagos de marginación, exclusión y discriminación. No se pueden obviar estas situaciones que conllevan a la generación de verdaderos problemas de salud pública como la mortalidad materna, embarazo adolescente, malnutrición, diabetes mellitus, zoonosis, ambientes insalubres, tuberculosis, adicciones y apatía social entre otros” (Ibid., 8).

Los programas descritos en “Sonora por la vida” se enlistan como sigue: Caravana de la Salud, Red de Servicios Esenciales para la Salud (REDSSES), Red de Enlace Comunitario, Casa Saludable, Desarrollo Humano de Oportunidades, Extensión de la Cobertura, Habilidades para la Vida, Familias Saludables, Casas de Hidratación Oral (CADHISON), Casas de Detección de Infecciones Respiratorias Agudas (CADIRAS), Detección de Cáncer de la Mujer, Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses, En mi

futuro...yo decido, Salud Bucal, Prevención de Accidentes, Control y Estabilización de Fauna Nociva, Control de Vectores, Saneamiento Básico, Higiene Personal, Participación Ciudadana, Escuela Saludable, Comunidad Saludable, Atención Médica Especializada y Grupos de Ayuda Mutua.

En lo que respecta a los “Grupos de Ayuda Mutua”, éstos se forman con el fin de “brindar elementos necesarios a los miembros de esas organizaciones para que a través de la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas puedan tomar conciencia de su enfermedad, emprender acciones tendientes a limitar el daño inminente a través del empoderamiento para el autocuidado de su salud y participar en la prevención y promoción de la salud de otras personas del ámbito de influencia” (Ibid., 24).

Durante el año 2006 México registró un total de 11 040 grupos de ayuda mutua, mismos que estaban integrados por 308 400 personas. En Sonora se contemplan 220 grupos y específicamente Hermosillo cuenta con 18. Estos grupos tienen la capacidad de dar atención a un número considerable de pacientes que van desde los 50 hasta los 200 en cada uno de ellos.

4.2.1 Descripción del Centro de Salud Urbano y el “Grupo de Ayuda Mutua”

El Centro de Salud Urbano (CSU) surge por las necesidades que emergen en la colonia donde se localiza¹⁵ y en las de su entorno; es así que se inaugura en la década de los noventa mediante un convenio entre México y el Banco Interamericano de Desarrollo¹⁶.

El CSU tiene una zona de cobertura aproximada de 104 mil personas siendo la población abierta de 39 757 personas, todas ellas distribuidas en sesenta colonias. Para dar

¹⁵ De acuerdo al comentario de una promotora de salud de ese centro.

¹⁶ Castro Vásquez, María del Carmen. 1996. Participación comunitaria en salud. Estudio de casos: dos experiencias en Hermosillo, Sonora. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.

atención oportuna a dicho número de solicitantes actualmente tiene una plantilla de recursos humanos de sesenta y cinco personas (ver cuadro 14).

Cuadro 14. Personal que labora en el Centro de Salud Urbano

Cargo	Número de personas
Director	1
Administrador	1
Médico/Función	1
Médico en consulta	6
Odontólogo	2
Enfermera	20
Enfermera en S.S.	9
Otro personal ¹⁷	25
Total	65

Fuente: Información proporcionada en la Jurisdicción Sanitaria No.1.

Los servicios que ofrece el CSU consisten en: consulta externa, consulta dental, epidemiología, farmacia, inmunizaciones, estimulación temprana, psicología, atención adolescente, laboratorio, planificación familiar, trabajo social y el módulo de atención materno-infantil.

El área geográfica de este centro cuenta con servicios de calles pavimentadas y otras de concreto, agua potable, energía eléctrica, recolección de basura, seguridad pública y privada, hospitales, clínicas y consultorios de régimen público y privado, supermercados y abarrotes, escuelas del sector público y privado (guarderías, preescolar, primaria, secundaria y preparatoria), algunas áreas públicas para hacer ejercicio y otras privadas como los gimnasios. En respuesta al área comercial podemos encontrar lugares como

¹⁷ Otro personal refiere a: promotores de salud, encargado de vacunación, vacunador, trabajadora social, apoyo administrativo, responsable de caja y farmacia, encargado de recursos materiales, psicólogo, chofer, encargado de mantenimiento, estadígrafo, almacenista, archivista y auxiliar de recursos humanos.

estéticas, restaurantes de comida regional, de comidas saludables (venta de ensaladas y alimentos bajos en grasas), de servicio rápido (hamburguesas, pizzas, pollo) y otros de franquicias estadounidenses; así también diversas cafeterías, centros de diversión (boliche, casino, cine, etcétera), entre otros. Por otra parte, hay colonias que se encuentran pavimentadas las calles y avenidas principales, así como algunas secundarias y éstas en mal estado. En cuanto a la construcción de las viviendas algunas son de materiales firmes y finalizadas en su totalidad, sin embargo otras están incompletas y algunas más se observan que están elaboradas a base de cartón y lámina. En lo que respecta al sector salud, donde se encuentra este centro hay una sede de la Cruz Roja Mexicana, varios consultorios de farmacias similares y genéricos. En áreas verdes podemos decir que hay una ausencia de éstas, logrando apenas contar un aproximado de cinco parques, algunos en buenas condiciones y otros no; en cuanto a seguridad algunas de estas colonias suelen ser conflictivas por lo que se requiere que la policía municipal vigile constantemente.

De acuerdo a los informes que este centro reporta a la Jurisdicción Sanitaria No.1 de la cual depende, las principales causas de enfermedad son:

- Infecciones respiratorias agudas.
- Infección de vías urinarias.
- Mordeduras por perro.
- Úlceras, gastritis y duodenitis.
- Hipertensión arterial.

Para atender estas afecciones se dan en promedio doce consultas por médico mientras que por el odontólogo son siete.¹⁸ Respecto a las detecciones registradas en el centro de salud, la hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad fueron en aumento durante el período de 2004-2008, no así en 2009¹⁹ (ver cuadro 15). En este último año los casos detectados de diabetes fueron: doce casos en el rango de edad de 25 a 44 años, nueve casos en 45 a 49 años, veinte casos en 50 a 59 años; siete casos en edades de 60 a 64 y otros cuatro en 65 años y más, teniendo un total de cincuenta y dos casos.

Cuadro 15. Detecciones de enfermedades crónicas no transmisibles en el centro de salud urbano

Año	Número de casos
2004	4120
2005	5202
2006	5634
2007	8942
2008	14615
2009*	5101

Fuente: Información proporcionada en la Jurisdicción Sanitaria No.1.

*Las detecciones para este año son al mes de septiembre.

Para atender la problemática de la diabetes el CSU cuenta con un Grupo de Ayuda Mutua (GAM), mismo que se caracteriza según lo estipulado en la *Guía de Clubes de Diabéticos* (s.f. 4) por:

¹⁸ Esta información fue proporcionada por una trabajadora de la Jurisdicción No.1 quien consultó el sistema SIS-SUAVE de la Secretaría de Salud al mes de septiembre de 2009.

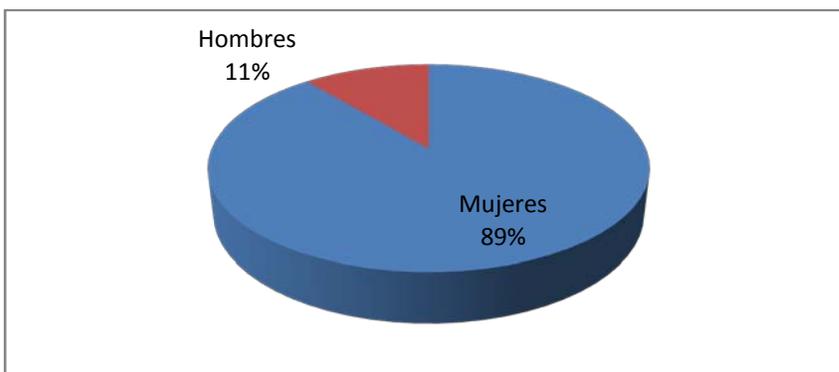
¹⁹ Casos registrados por año: 2004 (4 120 casos); 2005 (5 202 casos); 2006 (5 634 casos); 2007 (8 942 casos); 2008 (14 615 casos); 2009 (5 101 casos).

- Estimular la participación activa e informada del paciente como un elemento indispensable para el autocuidado.
- Permitir el intercambio de experiencias entre los pacientes. Esto ayuda a que adquieran cambios conductuales pertinentes para el control de la enfermedad.
- Contribuir a hacer más efectiva la intervención médica, reforzando la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las orientaciones así como el cumplimiento de las orientaciones del equipo de salud a través de la organización de los pacientes.
- Reconocer el logro de cada uno de los miembros en el control de la enfermedad para fortalecer la autoestima de cada uno.

El grupo de estudio del CSU tiene una antigüedad de más de una década. El trabajo que realiza este grupo lo hacen en las sesiones semanales los días martes en un horario de 8 a 11 de la mañana. Los miembros de este grupo son pacientes ya enfermos que son remitidos por el médico de consultorio una vez detectada la diabetes, hipertensión arterial o ambas. Actualmente cuenta con un número total de 54 personas, de las cuales están activas 49²⁰ y de éstas la mayoría son del género femenino (ver gráfico 2); sin embargo, no llegan a ser más de 24 las asistentes frecuentes, mismas que se encuentran bajo la supervisión de un médico especialista en diabetes y una enfermera.

²⁰ El número de activos refiere a la asistencia a consulta y exámenes de laboratorio, sin embargo casi la mitad de ellos no acuden al grupo de autoayuda.

Gráfico 2. Total de asistentes del GAM



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de las metas de tratamiento enero-diciembre 2009.

Nota: Durante el año algunas personas dejaron de asistir y dos mujeres fallecieron.

Para que el GAM pueda subsistir, las integrantes realizan periódicamente actividades (rifa de dinero, de artículos para el hogar o cosméticos) que les permitan solventar la compra de material que requieren para cada sesión (algodón, tiras para la revisión de la glucosa, alcohol, etcétera) así como también contar con recursos económicos para los paseos que se realizan dentro de la ciudad o en otros municipios. Por ejemplo, cada año se realiza un viaje a Moctezuma, Sonora el día de la *Candelaria* (2 de febrero) donde las integrantes del grupo acuden a la iglesia de esa localidad para dejar y recibir por parte de otro GAM un arreglo floral.

4.3 Entrevistas y observación de programas

A continuación hacemos una descripción y análisis de diversos aspectos que caracterizan a PA y GAM y al final de este apartado un análisis ambos programas, que nos ayudará a identificar las diferencias y similitudes entre ellos sin el objetivo de mencionar cuál es el mejor, sino identificar sus elementos particulares.

4.3.1 “Pasos Adelante”

- Descripción y análisis de las promotoras

Las características que presentan las dos promotoras de salud que aplicaron la treceava emisión de “Pasos Adelante” son las siguientes:

- Son de origen latino (mexicanas), residentes de esa ciudad fronteriza (Douglas, Arizona) por más de quince años.
- Sus edades fluctúan entre los 50 y 65 años.
- Ambas tienen estudios de licenciatura en Enfermería.
- Demuestran ser personas confiables y serias.
- Entre ellas se percibe una buena relación de trabajo y respeto.
- Hacia el grupo siempre mostraron ser respetuosas y amables.
- Son responsables, ordenadas y comprometidas con su trabajo.
- Son las responsables de poner en marcha las actividades diseñadas de manera organizada y sobre todo con la motivación que debe caracterizarlas para que las personas de la comunidad participen en los talleres.
- Tienen la tarea de formar clubes de caminata donde se practique actividad física semanalmente.

La rutina de trabajo de las promotoras podría asemejarse a la de cualquier otro trabajador; por ejemplo, cuentan con una oficina alquilada por la Universidad de Arizona que es conocida como el Southwest Center for Community Health Promotion. Dicho inmueble forma parte del laboratorio del hospital de la ciudad que es conocido como Draw Station y se ubica en la calle 10 número 1932 en la ciudad de Douglas, Arizona (ver anexo

2), el cual es reducido para la gran cantidad de material de trabajo que tienen y sobre todo para albergar a cuatro personas. Una de las tareas de las promotoras es darle continuidad al trabajo comunitario del programa, mismo que consiste en recordar a los participantes el día y la hora de las sesiones, localizar a aquéllos que han dejado de asistir e informarles (a todos) sobre un evento o cambio de horario de alguna sesión por diferentes motivos, ya sea entrenamiento para las promotoras, personales o ajenos a ellas.

Los conocimientos que poseen las promotoras acerca del programa se consideran de calidad y acordes a las necesidades de la comunidad, ya que constantemente reciben capacitaciones y actualizaciones para desempeñar de manera óptima su trabajo; esto se refleja durante las sesiones, es decir, inmediatamente aplican los nuevos conocimientos con los participantes. También es común su asistencia a encuentros nacionales e internacionales de promotoras de salud donde intercambian experiencias con sus pares, tomando recomendaciones de otras para desarrollar con más facilidad su trabajo frente al grupo.

Cuando se les preguntó a las promotoras de salud acerca de las funciones o qué era un promotor de salud respondieron:

Es ayudar, tenemos que buscar gente a la cual tenemos que enseñar el programa que se nos ha dado. Nos dan entrenamiento sobre el programa; tenemos que aprender también todos los programas que hay aquí (Douglas) y las necesidades que hay en la comunidad.

Una promotora tiene que trabajar con la comunidad, tiene que trabajar con el campo abierto y dar a conocer los programas que la comunidad tiene para ellos.

Podemos trabajar aquí como en la oficina, pero también tenemos que andar tocando puertas. No es nomás estar sentadita en una oficina, tienes que andar con este tiempo (calor) o como sea, que te anden correteando perros o lo que sea pero tú tienes que andar tocando puertas. Al principio así nos pasó a nosotras con “Pasos Adelante”, tener que ir a llevar lo que estamos haciendo a las casas para que ellos (la comunidad) pudieran entender y asistir a las clases.

- Descripción y análisis de las participantes

Uno de los requisitos para llevar a cabo este tipo de programa comunitario es tener grupos pequeños de diez a doce personas para otorgar una atención personalizada y conseguir que la información sea bien recibida, aunque la experiencia dicta que es recomendable formar grupos de quince integrantes pues algunos desistirán del programa durante el proceso. Al respecto, un fragmento de la entrevista con una promotora:

Ellos optan (los estadounidenses) por grupos más chicos de diez-quince. Es lo mismo que pasa con las escuelas aquí en Estados Unidos, que tienen veinte-veinticinco y en México ya ves que tenemos cuarenta-cincuenta y los que se puedan ¿verdad? ¿Por qué? Porque tienes que mantener el interés, mantener la atención de las personas que tienes en clase.

A continuación se presentan en el cuadro 16 las sesiones presenciadas con algunas observaciones:

Cuadro 16. Sesiones presenciadas de “Pasos Adelante”

Fecha	Sesiones	Tema	Número de asistentes	Número de invitados	Observaciones
15 de abril de 2009	11	Goce de la vida sin el cigarrilo	5 mujeres 2 hombres	0	La sesión inició 15 minutos después.
15 de julio de 2009	5	Coma menos grasa, grasa saturada y colesterol	7 mujeres 2 hombres	0	La promotora educativa no utilizó materiales visuales requeridos para la sesión. Las promotoras son puntuales, pero siempre esperan a los participantes hasta que logran un mínimo de 3 participantes.
22 de julio de 2009	6	Mantenga un peso saludable	4 mujeres	0	Una de las asistentes dejó de ir a partir de la próxima sesión por motivos del fallecimiento de su hijo.
6 de agosto de 2009	8	La glucosa y el azúcar	3 mujeres 1 hombre	0	La sesión se recorrió un día debido a que las promotoras estuvieron en capacitación. A esta sesión acudí por la mañana para ver la dinámica de trabajo en comparación con la tarde pero no observé alguna.
12 de agosto de 2009	9	Goce con su familia de comidas saludables para el corazón	5 mujeres	1 hombre, nieto de una asistente.	
26 de agosto de 2009	11	Goce de la vida sin el cigarrilo	4 mujeres 2 hombres	0	La dinámica no cambió nada en comparación con la de abril. Una asistente comentó que llevaba el programa por segunda ocasión y lo hacía para recordar las cosas.
2 de septiembre de 2009	12	Repaso	4 mujeres 3 hombres	1 adulto y 2 niñas familiares todos de una participante	La revisión de las sesiones fue muy rápida. Con poco tiempo se organizaron para el día posterior.
3 de septiembre de 2009	-	Graduación	5 mujeres 2 hombres	Fueron varios familiares o amigos de las personas participantes. Otros más que e alguna ocasión llevó el programa.	Esta sesión se da e la tarde y un día después de la sesión del repaso.

Fuente: Elaboración propia

En ese resumen podemos observar que el número de participantes no excede de lo permitido y son más las mujeres que los hombres los que asisten; las edades de las personas fluctúan entre los 35 y 65 años. Solamente en dos sesiones se tuvieron invitados pero por iniciativa de las participantes, no así en la graduación donde cordialmente las promotoras les informan que pueden acompañarlos sus familiares o amigos. Es importante mencionar que del grupo de participantes la mayoría no padecía diabetes, siendo aproximadamente dos

personas por cada grupo las que sí. Otra cuestión refiere a que todos los participantes fueron de origen mexicano y de éstos la mayoría residentes de Estados Unidos²¹.

El entusiasmo del grupo de PA es altamente motivador. Las y los participantes siempre mostraron interés en adquirir la información que recibían semana tras semana y al día siguiente acudían a realizar actividad física al lugar más próximo a su domicilio o en su defecto, al de su mayor agrado.

Podemos comentar que ambos grupos (matutino y vespertino) tienen similitudes entre las y los participantes: la mayoría son mujeres, siempre es una o dos personas las más participativas, otras no hablan hasta que la promotora las interroga directamente, por lo general asisten solas (sin ningún familiar, amiga o vecina); de los dos hombres que acuden con frecuencia éstos se distinguen por ser más reservados que las mujeres, entre otras.

- **Descripción y análisis de los módulos y su contenido**

El programa de “Pasos Adelante” consta de doce sesiones que están divididas en una parte teórica y otra de rutina física, y son dirigidas por las mismas promotoras de salud. A continuación se enlista el nombre de cada una de las sesiones:

Sesión 1. ¿Está usted en riesgo de desarrollar enfermedades del corazón?

Sesión 2. Manténgase físicamente más activo.

Sesión 3. ¿Está usted en riesgo de desarrollar la diabetes?

Sesión 4. Todo lo que necesita saber acerca de la presión arterial alta, la sal y el sodio.

Sesión 5. Coma menos grasa, grasa saturada y colesterol.

²¹ Solamente observé que la mujer más joven de ambos grupos residía en Agua Prieta, Sonora. A pesar de esta condición siempre fue constante y puntual.

Sesión 6. Mantenga un peso saludable.

Sesión 7. Nuestra comunidad, ¿es saludable?

Sesión 8. La glucosa y el azúcar.

Sesión 9. Goce con su familia de comidas saludables.

Sesión 10. Coma más saludable aun cuando tenga poco tiempo o dinero.

Sesión 11. Goce de la vida sin el cigarrillo.

Sesión 12. Repaso y graduación²².

Características que podemos encontrar en las sesiones:

- Cada una de las sesiones se compone de cinco puntos que las hacen más sencillas y ágiles para desarrollar la temática de manera ordenada, y que las y los participantes reciban la información concreta y entendible.
- Dentro del manual del currículo de “Pasos Adelante”, al inicio de cada sesión se le menciona a la promotora cuáles son las ideas principales y los objetivos que se deben alcanzar, mismos que debe comentar con los participantes.
- En cada una de ellas se exponen recomendaciones y recordatorios de los materiales que deberán utilizar así como los comentarios y preguntas que tienen que realizar las promotoras.

²² Link del currículo de “Pasos Adelante”
<http://crcphp.publichealth.arizona.edu/Resources/PasosAdelanteCurriculo.aspx>

- El trato de las promotoras hacia los participantes debe ser respetuoso y transmitir confianza a los asistentes (desde su llegada hasta el término de la sesión).
- Al finalizar cada una de las sesiones, la promotora debe hacer una retroalimentación de la sesión con los participantes, lo que le permitirá identificar los detalles que deben modificarse o permanecer para el logro de las actividades.
- Hasta la fecha no se ha actualizado cierta información contenida en el manual de “Pasos Adelante”, por lo que las promotoras siguen utilizando el mismo material sin modificar algunos datos que han cambiado con los años. Por mencionar un ejemplo, una de las hojas que se les entrega a los participantes en la sesión 11 titulada *El costo de fumar* contiene imágenes obsoletas de algunos productos y sus precios.

- **Descripción y análisis de las dinámicas pedagógicas y de relación**

Para llevar a cabo las sesiones antes descritas el programa requiere de un espacio amplio y céntrico para todos los asistentes. Es por ello que durante los cinco años que PA tiene en Douglas, Arizona las promotoras siempre han contado con el apoyo de la Primera Iglesia Presbiteriana que presta de manera voluntaria el salón llamado “Fellowship” o “Salón de Compañerismo” que se encuentra adjunto al recinto espiritual (ver anexo 3). Ahí se reúnen durante doce semanas únicamente los días miércoles en horarios flexibles, por la mañana (de 9 a 11 am) y por la tarde (de 6 a 8 pm).

El desarrollo de cada sesión se realiza en cinco partes: en la primera se hace una introducción del tema y se explica de qué tratará la actual sesión; en la segunda se presenta

con énfasis el tema a desarrollar y se trabaja con él; en la tercera parte se trabaja con la promesa semanal²³ de cada integrante; posteriormente se hace un repaso de lo visto en la sesión y por último se procede a realizar el cierre de la sesión. Existen puntos donde se pide hacer un receso por sesión y tomar algunos refrigerios, sin embargo, a pesar que lo anterior se encuentra marcado dentro de los manuales de PA, en la práctica es diferente. Por ejemplo se observó que en la tercera parte que corresponde a la promesa semanal, las promotoras únicamente trabajan con una promesa que se propone cada uno de los participantes en la primera sesión, misma que tiene que seguir durante el transcurso de las doce semanas. Por otra parte se recomienda tener un receso, mismo que es sustituido por una parte de actividad física que consiste en realizar algunos ejercicios al ritmo de la música y en el mismo lugar de trabajo.

A pesar de que las sesiones llevan un orden y no están clasificadas por temática, éstas tienen relación entre sí, lo que se observa al transcurrir las semanas de trabajo. Es decir, las doce sesiones se encuentran agrupadas en tres grandes bloques: el primero corresponde a la sesión 1 donde se habla de los riesgos que pueden desencadenar las enfermedades del corazón, la cual es complementada con las sesiones 4, 5 y 11 que refieren a la presión arterial, la sal y el sodio, la importancia de comer menos grasas y evitar consumir tabaco, respectivamente. El segundo bloque entra cuando se toca el tema de la diabetes que corresponde a la sesión 3 y que se encuentra apoyada por las sesiones 8, 2 y 6 que atañen a la temática de la glucosa y el azúcar, la importancia de mantenerse activo y por consecuencia tener un peso saludable. Por último el tercer bloque se da en el marco de la comunidad que aplica a la sesión 7 y que se encuentra reforzada por las sesiones 9 y 10

²³ La promesa semanal consiste en que cada participante deberá proponerse metas concretas que quiera alcanzar o hábitos que desee modificar para mejorar su salud. Esta promesa deberá remitirse al aspecto de nutrición y actividad física acorde con el tema visto en la sesión.

que comentan acerca de disfrutar y convivir con la familia, así como sobre el consumo de comidas saludables aun cuando no se disponga de mucho tiempo o dinero.

- **Descripción y análisis de resultados**

Una vez recabada y analizada la información, y para una mejor explicación, este punto lo hemos dividido en alcances y retos del programa:

Alcances

- Las sesiones son utilizadas a manera de esparcimiento que ayuda a algunas personas a sentirse motivadas para modificar su condición de salud.
- Las promotoras mencionaron en la entrevista que algunas asistentes las “toman” como confidentes, siendo ellas muy respetuosas ante la plática expuesta:

(...) ahorita yo vengo de salir de la clase y me encontré a una de las participantes que trae un problema con su hijo y se me volteó la peluca como tres veces con el viento, pero tienes que estar ahí.

(...) tú las notas porque se esperan después de la clase a hacernos preguntas y luego ahí es cuando ellas te cuentan sus confidencias ¿me entiendes? Sus problemas que traen y pues uno tiene que aprender a escucharlas.

- En lo referente a la actividad física, la promotora encargada de realizar esta parte tiene sobrepeso. Sin embargo, no tratamos de decir que debe ser

esbelta, más bien comprendemos que es otra integrante más de la comunidad que está expuesta a las condiciones de vida de los mismos participantes del programa. Por ejemplo, las rutinas de trabajo y en ocasiones la carga del mismo las mantiene inmóviles por largas horas, y por este mismo motivo requieren consumir alimentos de comida rápida o altos en grasa.

- Se caracteriza por dar un servicio gratuito y abierto al público en general (aunque siempre son mexicanos los asistentes), no importando su condición de salud.
- Trabajo profesional de las promotoras. El compromiso que adquieren y ponen en práctica las promotoras de salud hacia el programa y los participantes es un aspecto que se percibe constantemente. Por ejemplo, en una sesión la promotora de actividad física no estuvo presente, por lo que la otra promotora realizó todo el contenido de la sesión a pesar de que ella también tenía un problema de salud.

Retos

- Mantener la atención de las participantes durante las dos horas de sesión, ya que a veces resulta difícil y son pocas las personas que intervienen o hacen comentarios.
- Capacitación constante a las promotoras de salud para que dominen estrategias de dinámicas grupales que faciliten la comprensión de los temas expuestos.

- Encontrar la armonía entre la necesidad de cubrir la información contenida en el módulo y responder a las necesidades de las participantes de compartir experiencias.
- Fomentar el empoderamiento de las y los participantes para que tomen las acciones convenientes en su vida y en su comunidad.

4.3.2 Centro de Salud Urbano: “Grupo de Ayuda Mutua”

- Descripción y análisis de las promotoras

La Secretaría de Salud como institución de gobierno regida por reglamentos y normas tiene bajo sus criterios seleccionar el personal que cumpla con el perfil que ellos requieren, tal es el caso de las y los promotores de salud que deberán cubrir una serie de requisitos (ver anexo 4) para, una vez seleccionados los mejores, cumplir con las funciones asignadas. Sin embargo, conforme a lo que se documenta en el “Programa de Acción Específica 2007-2012: una nueva cultura”, se menciona que “actualmente el perfil del promotor de salud de acuerdo al *Catálogo Sectorial de Puestos* para la rama médica, paramédica y afín publicado en el 2006, no ha sido actualizado para que las funciones que realice el promotor sean acordes con las necesidades actuales y la entrega efectiva del servicio, aunado a que el perfil académico no se cumple” (Secretaría de Salud Pública 2008, 55).

Algunas de estas actividades que debe realizar el promotor de salud de acuerdo a este catálogo son:

- Promover y coordinar las actividades inherentes a la organización de acción comunitaria y mejoramiento del médico.

- Coadyuvar a la capacitación y asesoramiento en la formación de comités de salud y grupos voluntarios de las comunidades y áreas de acción intensiva, conforme a las normas y procedimientos establecidos.
- Promover a través de las autoridades locales de las comunidades sede y áreas de acción intensiva, la realización de asambleas comunales a fin de informar a la población de los problemas de salud detectados y las alternativas de solución de los mismos.
- Orientar y coordinar a través de los equipos la participación formal de los comités de salud, promotores voluntarios y comunidad en general, en el mantenimiento y conservación del primer nivel de atención.
- Realizar con efectividad todas las actividades relacionadas con las funciones establecidas y las que se le demanden según programas prioritarios.

La tarea fundamental de un promotor de la Secretaría de Salud es cumplir los puntos anteriores, sin embargo no todos se realizan como debiera. Prácticamente la función de este personal dentro del centro de salud, es informar a los usuarios (charlas de no más de cinco minutos) que se encuentran en la sala de espera o pasillos acerca de los cuidados que debe tener en casa para las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en cada una de las estaciones del año. El Departamento de Promoción de la Salud del Centro de Salud Urbano cuenta con un grupo reducido de promotores (no más de ocho personas), quienes tienen la responsabilidad de trabajar para, en y con la comunidad.

Todos ellos deben llevar a cabo capacitaciones constantes que los mantengan actualizados sobre la problemática de salud con la cual trabajan. A pesar de esto y por lo extensa que es el área que se debe cubrir, las promotoras y promotores no se dan abasto en

su trabajo. Esto podría ilustrarse con lo expresado por la Secretaría de Salud: “Se tiene un déficit de personal de promoción de la salud en las unidades de primer nivel de atención y aunado a ello, el personal con código de promotor en ocasiones realiza otras funciones (chóferes, secretarias)” (Secretaría de Salud Pública 2008, 55).

A decir de un promotor del centro, las tareas de un promotor de salud son:

Primeramente es capacitarse sobre lo que es una enfermedad, sobre cómo prevenir sobre diferentes temas, si es salud bucal, atención del problema bucal, si es problema de dengue, si es de hipertensión o diabetes, si es de tuberculosis, si influenza lo que nos está atacando ahorita en los estados... Estamos trabajando constantemente para llevar a cabo orientación de manera educativa a la comunidad, como dijimos, en las escuelas, en las unidades o aquí mismo en los centros de salud a las personas que vienen al servicio médico. Es atender de manera orientada, a través de las charlas, a través de material impreso, e indicarles e invitar a la comunidad tanto a los niños, a los adolescentes, a las personas de la tercera edad cómo prevenir una enfermedad. El quehacer del promotor para todo es educar para la prevención de enfermedades.

En sondeos realizados por la Dirección General de Promoción de la Salud en algunas entidades federativas se encontró que el nivel de escolaridad de un promotor de salud varía desde el nivel básico hasta niveles de licenciatura y en algunos casos posgrado, aunado a que en los niveles técnicos, de licenciatura y de posgrado se cuenta con personal formado en diversas áreas como medicina, comunicación, agronomía, enfermería, trabajo social, entre otras. Por lo anterior, la prestación del servicio de promoción de la salud se ha venido realizando de manera empírica y en algunos casos esto dificulta su comprensión,

limita la entrega del servicio y el soporte a los programas de acción (Secretaría de Salud Pública 2008, 55).

Esto podemos confirmarlo con lo comentó una promotora cuando se le preguntó acerca de los requisitos para ocupar el puesto de promotor de salud:

¿Requisitos? Obviamente tiene que tener cierto nivel educativo, con preparatoria han estado, se aceptan al personal, pero si es persona ya profesionalista pues sería mucho mejor. ¿Por qué mucho mejor? Porque se le va a facilitar a una persona capacitada con cierta formación, va a asimilar la información, y este, el habla ehh, se van a transmitir. Orita ehh lo que se da dentro de la Secretaría de Salud es la profesionalización del personal. Si es profesionalista pues tiene mucha más probabilidad de pertenecer al grupo de promotoría y otras instancias más. Sin embargo hay compañeros-compañeras que tienen nada más su preparatoria y son excelentes promotores. Primero está el entusiasmo, la disposición y la capacitación que tengan para llevar a cabo un buen trabajo. Pero si eres una excelente persona académicamente pero no tienes el entusiasmo ni interés de querer transmitir información a la comunidad en general pues no va a servir ¿no? Tienes que tener las cualidades integradas, conjuntamente todas esas cualidades.

A pesar de que ningún promotor se encuentra al frente de un GAM en Hermosillo porque así lo estipula el manual de funcionamiento de estos grupos a nivel nacional, se seleccionó porque “han demostrado que el afrontamiento de las enfermedades crónicas y de los procesos debilitantes puede abordarse a través del aprendizaje y del apoyo mutuo y no sólo mediante los protocolos médicos” (Kickbush

1996, 236). Le damos la razón a esta autora porque si bien el trabajo que se hace en el GAM no es igual al de “Pasos Adelante”, si se asemejan en la cuestión de cómo abordar este tipo de enfermedades.

Entre las características de la enfermera del GAM están:

- Estudios profesionales de enfermera general.
- Su responsabilidad frente al grupo ha sido recientemente lo que la ha obligado a conocer las funciones que tiene el grupo a partir de documentos oficiales, pero sobre todo de parte de las asistentes.
- El orden la caracteriza. Por ejemplo desde el momento que tomó el cargo, los expedientes de las y los asistentes los ha clasificado por tipo de enfermedad y son actualizados semanalmente.
- Compromiso con su trabajo. Es de mencionarse que la enfermera siempre está disponible para las y los asistentes aun cuando no sea día de sesión. Está pendiente de la salud de cada uno de ellos y las participantes la frecuentan para platicar acerca de sus problemas.
- Proceso de selección del responsable. Esto se menciona ya que a la enfermera le fue otorgado el puesto directamente.
- Debe tomar en cuenta recomendaciones que le brindan los profesionales de la salud para mejorar su condición de salud.

- Descripción y análisis de las participantes

Para que un usuario del Centro de Salud pueda ingresar al GAM, es requisito estar enfermo de diabetes o hipertensión arterial²⁴. Esta persona deberá ser remitida por el médico cuando se le ha diagnosticado la enfermedad y una vez que ingresa al grupo la enfermera responsable la presenta ante el resto, le da la explicación de cómo funciona, cuál es el horario que tienen, cuáles son las actividades que realizan, con qué otros profesionales de la salud tiene derecho de acudir²⁵, etcétera.

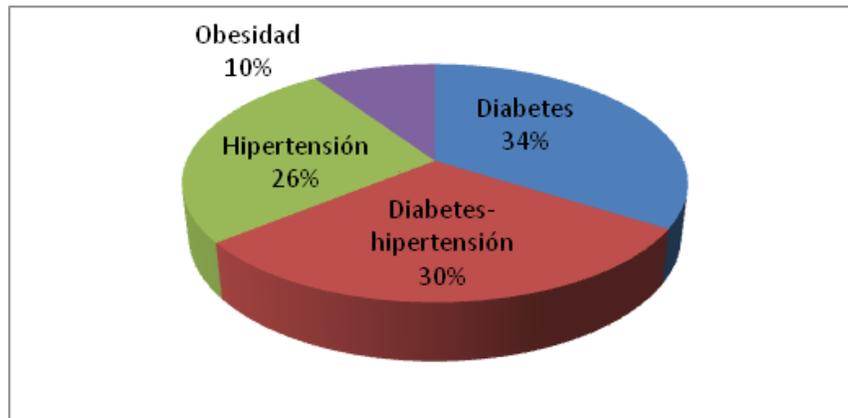
El número de participantes activas de este grupo es de 49 personas, oscilando las edades en los rangos desde los 36 años hasta los 83 años. Sin embargo, regularmente acude un promedio de 22 a 24 personas, siendo la mayoría mujeres por ser quienes le ponen más atención a su salud y la de su familia (Castro 2006). Uno de los motivos por los que no acuden de manera constante a las sesiones se debe a la cuestión laboral, ya que a algunas de ellas no les permiten faltar ni ausentarse por unas horas en sus trabajos; otro se debe a la atención que requieren otros integrantes de la familia, por lo que ellas cumplen también con la función de cuidadoras.

Del total del grupo que integra el GAM son 17 las que presentan diabetes, 14 hipertensión arterial, 18 ambas enfermedades y son pocos los casos donde notablemente se observa obesidad, aunque también hay otros (muy pocos) que son extremos (ver gráfico 3).

²⁴ En varios casos las asistentes tienen ambas enfermedades.

²⁵ Por ejemplo psicólogos, nutriólogos y médico especialista en diabéticos e hipertensos.

Gráfico 3. Diagnóstico de las y los participantes del GAM



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de las metas de tratamiento enero-diciembre 2009.

En cuanto al nivel educativo que presentan las integrantes del grupo éste corresponde mayormente a primaria. Algunas de ellas son originarias de otros municipios de Sonora y por diversos motivos tuvieron que trasladarse a la capital donde actualmente radican desde hace aproximadamente cuarenta años o más; la mayoría son madres que tienen de tres a diez hijos y muchas sobresalen por vivir en el tipo de familia extensa, mismo que no es favorable para su salud porque no tienen un espacio propio que les brinde tranquilidad y comodidad. Por ejemplo, en una ocasión llevé hasta su domicilio a una señora y su hija. Al llegar a su casa me invitaron a pasar y durante la plática que tuve con la madre, ésta comentó que ahí vivían cerca de diez personas, cantidad que no correspondía al tamaño del domicilio pues era reducido. Por la dinámica familiar que observé cada uno se prepara su comida ya que los horarios de trabajo y escuela no concuerdan y ninguno tiene la responsabilidad y la iniciativa de mantener el orden y la limpieza.

- **Descripción y análisis de los módulos y su contenido**

De acuerdo a lo estipulado en la guía técnica para el funcionamiento de estos grupos, las actividades que deben realizarse son: organización de cursos y talleres de capacitación, automonitoreo y cumplimiento de metas de tratamiento, aprendizaje práctico de estilos de vida saludables, obtención de recursos propios, prevención y detección de diabetes en familiares y a nivel comunitario, actividades sociales y de recreación. Por otra parte ese mismo documento señala que existe un *Currículum del paciente diabético*, mismo que consta de cinco módulos que le ayudarán a controlar la enfermedad y donde se recomienda que el proceso de educación y capacitación no exceda de diez sesiones:

➤ Módulo 1. Conocimientos básicos de la enfermedad:

- ¿Qué es la diabetes?
- ¿Cómo evoluciona?
- ¿Cuáles son sus manifestaciones?
- ¿Cuáles son sus complicaciones?

➤ Módulo 2. Componentes del tratamiento:

- Plan de alimentación
- Actividad física
- Medicamentos
- Interacción de los componentes del tratamiento

➤ Módulo 3. Metas del tratamiento:

- Niveles de glucosa
- Presión arterial
- Peso corporal
- Lípidos

➤ Módulo 4. Desarrollo de habilidades, destrezas y capacidades:

- Consejos diabéticos
- Información sobre la actividad física
- Automonitoreo y autocontrol (metas del tratamiento)
- Utilización adecuada de medicamentos
- Prevención de complicaciones
- Situaciones de emergencia

➤ Módulo 5. Intercambio de experiencias y discusión de casos:

En este se recomienda que cada uno de los participantes presente su propio caso (guiándose con preguntas tales como ¿Cuándo se manifestó la enfermedad? ¿Cómo ha sido manejada? ¿Cuáles han sido las dificultades encontradas? etcétera.

Teniendo como base esta información, tanto el médico como la enfermera del GAM elaboran un programa anual que posteriormente envían a la Jurisdicción No.1 para su validación; de igual forma elaboran otro programa semanal.

(...) hay un plan de actividades que es un plan de actividades anual y tiene que haber uno mensual. Inclusive el plan de actividades anual se hace entrando el año, la enfermera con el médico para saber qué pláticas se les va a dar, qué es lo que van a hacer cada martes ¿no? Se les deja tarea. La tarea es que tienen que hacer ejercicio, que se pongan a caminar. Inclusive hoy en las reuniones que estuve yendo nos dijeron que nos iban a cambiar el plan para que sean parejos en todos los centros de salud, el plan anual que vienen siendo las pláticas que tienen que ser una vez al mes, las pláticas para no estar aburriéndolas ahí porque se enfadan. Una vez al mes y las otras son actividades como manualidades, bailables aquí en el grupo.

A pesar de que al inicio de año se elaboran estos informes, poco se ve en la práctica su utilidad, ya que durante los dos meses de trabajo sólo en tres ocasiones les impartieron pláticas (dos de alimentación y una más de violencia intrafamiliar hacia las mujeres). Estas exposiciones carecieron de motivación por parte de los responsables y no ahondaron en las temáticas. Remitiéndonos a la base de los módulos que gira a nivel federal, podemos afirmar que éstas no se realizan con exactitud y profesionalismo. Se presenta una mezcla de algunos módulos y ciertos aspectos solamente de manera sutil.

- Descripción y análisis de las dinámicas pedagógicas y de relación

La dinámica de una sesión consiste primeramente en hacerse la prueba de la glucemia en ayunas, tomar la presión, registrar el peso actual y por último tomar medidas de cintura; cada participante debe anotar en su expediente personal los resultados obtenidos así como la enfermera en su registro semanal para posteriormente redactar el informe mensual y hacer entrega de los resultados a las autoridades correspondientes (esto atañe al módulo 3 y un sólo aspecto del 4).

Después de una hora asignada a esta actividad, se dan pláticas ocasionales de temas alimenticios, los relacionados con las mujeres y de promoción de la salud (bucal, enfermedades emergentes, etcétera). Una vez culminado esto las participantes prosiguen a hacer actividad física dentro del mismo salón con un fondo musical de género infantil como animación; entre los ejercicios realizados están algunos movimientos corporales sin previo calentamiento, lo que ocasiona que algunas participantes no concluyan la rutina debido al dolor en alguna rodilla o pequeños “calambres”. Por último el poco tiempo restante lo utilizan para platicar de ellas, de situaciones que las tienen agobiadas o para mostrar su solidaridad al preguntar por aquellas personas que no han acudido con frecuencia y que

posiblemente presentan un cuadro crítico de salud. Esto último se da en pequeños grupos de personas más afines (se agradan mutuamente, son vecinas de muchos años, son familiares o amigas).

- **Descripción y análisis de resultados**

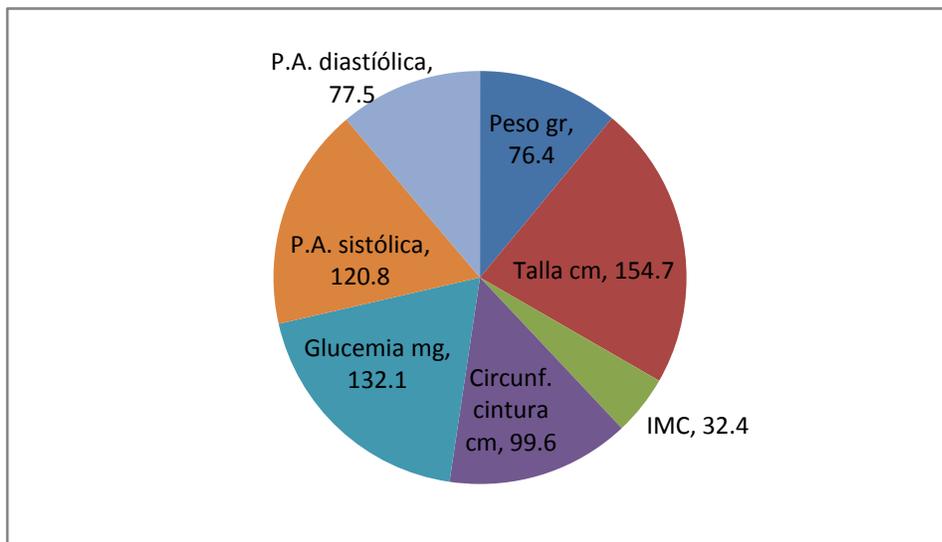
La manera de realizar las actividades que se enmarcan en la *Guía* del funcionamiento es muy diferente a la realidad del grupo. Entre éstas se enlistan las siguientes:

- La información que el médico les brinda durante las charlas de alimentación y actividad física que ofrece es sencilla y clara, sin embargo, no se encuentra adaptada a las condiciones de vida que tienen las asistentes del grupo, esto es, situación económica y espacios apropiados para hacer caminata diaria.
- De acuerdo a los módulos que se señalan en la guía para el funcionamiento del grupo, no se observó que se llevaran a cabo de manera puntual y en profundidad.
- A pesar de que se habla de tener un plan anual y semanal de trabajo, éste no es muy claro, ya que en algunas ocasiones se observa que no están organizados para la impartición de pláticas.
- La manera en que se promociona la salud dentro del grupo es cuando la responsable solicita al departamento correspondiente una plática de los temas que ellos imparten.
- Dentro de los módulos de trabajo se ve claramente un enfoque médico, es por ello que no se tratan problemas sociales de la comunidad y no se les proporcionan herramientas de empoderamiento que las ayuden a tomar decisiones colectivas sobre las necesidades tanto de la comunidad como de ellas mismas y sus familias.

- El espacio en el cual realizan sus sesiones se limita a un cuarto de aproximadamente 7x7 m² que no es el apropiado para el número de personas que se reúnen ahí (en promedio de 22 a 24).
- No cuentan con personal especializado en rutinas físicas, razón por la que una integrante del grupo desempeña esta función.
- En muchas de las integrantes se observa que no cumplen con los cuidados de la alimentación, lo cual puede provocar complicaciones en su organismo.
- Se percibe un gran compañerismo y compromiso por asistir a las sesiones del grupo.
- La enfermera responsable está comprometida con su trabajo, manifestando ser el área donde más cómoda se ha sentido durante su trayectoria laboral en la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a lo registros con los que cuenta la enfermera, durante los últimos seis meses las participantes se han mantenido dentro de los patrones establecidos para la diabetes e hipertensión, es decir, en los niveles de glucosa y presión.

A continuación se ven los resultados promedios obtenidos de las metas de tratamiento en conjunto (ver gráfico 4). En el anexo 5 podemos observar de manera desglosada cada una de ellas durante el mismo período.

Gráfico 4. Promedio de la evaluación de las metas de tratamiento enero-diciembre 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de las metas de tratamiento enero-diciembre 2009.

4.3.3 Análisis comparativo de ambos programas

Es importante visualizar de manera global el trabajo de promoción de la salud que se ha hecho en los países a donde pertenecen los programas que nos ocupan en este trabajo, es decir, México y Estados Unidos. Una de las preguntas cruciales es la que se hace el mismo Benno de Keijzer: ¿Qué tanto participa el propio personal de salud en sus programas e instituciones? A lo que él mismo responde: “Generalmente existen vacíos y contradicciones con la participación en el propio sector salud, empezando por su jerarquía laboral. El nivel ‘operativo’ se encuentra divorciado del ‘normativo’, los programas (homogéneos) se bajan a las dependencias y los que menor poder de decisión tienen, como la auxiliar de enfermería, son enviados a ‘hacer participar’ a la comunidad en el programa” (de Keijzer 2004, 11).

En México, las instituciones de salud se enfocan a dar pláticas educativas para prevenir enfermedades, transmitir información a través de medios impresos como periódicos murales, folletos, etcétera, mismos que tienen poca efectividad entre la población a la cual se dirige. Fuera de las instalaciones la Promoción de la Salud se realiza en el trabajo de brigadas comunitarias integradas por enfermeras, médicos, trabajadores sociales y promotores de salud (Olivas 2004, 49-50). De estos últimos se señala al respecto: “El promotor debe ser parte de la comunidad en la que trabaja y contar con el reconocimiento de ésta para la realización de sus funciones. Ser capaz de diagnosticar las necesidades de su comunidad, poseer capacidad técnica para resolver problemas más frecuentes de manera eficiente; ser capaz de referir aquellos problemas que no pueda resolver a las instancias respectivas y educar y contribuir a la organización comunitaria para que la población participe en la planeación, la ejecución y la conducción de las acciones que se realicen” (Ysursa 1998, 204).

Lo anterior lo pudimos comprobar en ambos programas: en el Centro de Salud, el promotor y promotora realizan pláticas en los pasillos para informar a los usuarios sobre las acciones que deben hacer para prevenir enfermedades y accidentes; de igual forma, acuden a las colonias para llevar la información de casa en casa o en las escuelas. En “Pasos Adelante” no sucede así. El punto de encuentro se da en un mismo lugar y generalmente con los mismos asistentes. En las sesiones de trabajo se les da información de prevención primaria para enfermedades de diabetes y cardiovasculares, por lo que se dedican exclusivamente a revisar esa información.

A continuación presentamos las diferencias y similitudes más evidentes de los programas que nos ocupan en esta investigación (ver cuadro 17).

Cuadro 17. Diferencias y similitudes de los programas de “Pasos Adelante” y el “Grupo de Ayuda Mutua”

Diferencias	Similitudes
<p>El programa de PA se enfoca a dar promoción de la salud para la prevención de enfermedades crónicas, mientras que el GAM lo hace para controlar las enfermedades como la diabetes e hipertensión.</p> <p>La promoción de las promotoras de salud de PA no consiste en andar de casa en casa invitando a la gente a que se sume al curso, en cambio en el centro de salud ésta es parte de las funciones del promotor.</p> <p>En el GAM las participantes tienen que registrar los datos obtenidos de la evaluación de metas de tratamiento semanal; sin embargo, muchas de ellas no logran hacerlo con éxito. En PA sólo se toman muestras de sangre, medidas de peso y talla al inicio, al final y seis meses después de concluido el curso.</p> <p>El programa GAM tiende a ser más biomédico, mientras que PA trabaja cuestiones sociales y comunitarias.</p> <p>PA trabaja bajo un orden esquemático y GAM a pesar de decir que tiene un plan de trabajo anual y mensual, éste no resulta en la práctica.</p> <p>Ambos programas están a cargo de profesionales de la salud (enfermera) egresadas de la Universidad de Sonora y el Instituto Mexicano del Seguro Social; sin embargo en PA son reconocidas como promotoras de salud y en el GAM es una enfermera.</p> <p>Tiende a haber más compañerismo en el GAM.</p> <p>El número de integrantes es mayor en el GAM que en PA.</p> <p>PA cumple un ciclo de doce sesiones, mientras el GAM tiene actividades todo el año semanalmente.</p>	<p>Se ha visto que participan más mujeres que hombres en ambos programas, lo cual podría deberse al hecho de que las mujeres son las que están al frente de los cuidados familiares. A esto, señala Cicirelli (1991, cit. en Robles et al.1993, 89) “las mujeres dan más apoyo emocional, cuidado personal y ayuda en las tareas domésticas, en cambio los hombres participan en los asuntos económicos y la toma de decisiones vinculadas a la atención médica del enfermo”.</p> <p>A ambos programas les falta trabajar con énfasis en el tema de empoderamiento para brindar herramientas a los participantes que modifiquen su estilo de vida por uno más saludable.</p> <p>Las promotoras y la enfermera de los respectivos programas realizan una labor fundamental para el mejoramiento de los estilos de vida de los asistentes, por el compromiso y gusto por su trabajo con los demás.</p> <p>Las horas de trabajo tienden a ser un espacio para convivir con otros pares y compartir experiencias, situación que los distrae de su rutina habitual.</p>

A partir de la presentación de estos resultados que distingue a cada programa, es importante hacer algunos apuntes concretos para mejorarlos y así, plantear nuevas propuestas para beneficio de la comunidad, mismo que se encuentran en el siguiente y último capítulo.

Capítulo 5

Conclusiones (propuestas y/o recomendaciones)

En este último capítulo podremos visualizar los resultados de la investigación como un todo, retomando los objetivos que nos planteamos en un principio así como la metodología desarrollada; y aún más importante, expondremos las recomendaciones para mejorar en la estrategia de promoción de la salud para prevenir enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas en la actualidad son un serio problema de salud pública, siendo la diabetes la que día a día toma más fuerza y se coloca entre las primeras causas de muerte en diversos países en desarrollo como el nuestro. Es por ello que el objetivo general para esta investigación fue identificar los elementos particulares de los programas existentes de promoción de la salud para prevenir la diabetes mellitus.

En seguimiento al objetivo anunciado anteriormente encontramos que sólo existe un programa de promotoría dirigido a prevenir las enfermedades crónicas degenerativas y éste se imparte en la frontera sur de Estados Unidos. Por este motivo decidimos estudiar el programa “Pasos Adelante” (PA) que depende de la Universidad de Arizona y es implementado en Douglas, Arizona, así como también en otras ciudades del estado como Nogales y Tucson. De igual manera observamos un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) en la ciudad de Hermosillo, Sonora perteneciente a la Secretaría de Salud Pública, que se enfoca a trabajar las enfermedades crónicas en un nivel de atención secundario. Es importante mencionar que observamos sólo un ejemplo de dichos programas en cada país, por lo que no descartamos que existan otros con diferentes aplicaciones de PA y GAM.

A pesar de que ambos programas tienen objetivos diferentes, comparten ciertas características en su funcionamiento; por ejemplo, tienen un esquema de trabajo para la prevención y control de las enfermedades crónicas. Otro de los resultados encontrados en PA consiste en la figura del promotor de salud, quien se caracteriza por tener un amplio conocimiento de su propia comunidad así como también el reconocimiento de sus habitantes acerca del trabajo que desempeña. Lo anterior contribuye a que los ciudadanos modifiquen estilos de vida que por muchos años han practicado y que han puesto en riesgo su salud.

Nuestra pregunta de investigación giró en torno a conocer cuáles eran los elementos estratégicos²⁶ del “Grupo de Ayuda Mutua” y “Pasos Adelante” para prevenir y controlar la diabetes mellitus en sus comunidades y qué relación había entre ellos. Fue así que de manera general se concluye que el GAM está orientado al trabajo de seguimiento y automonitoreo de la enfermedad, es decir, prevención secundaria; mientras que PA se interesa en la promoción de la salud a nivel primario para evitar la diabetes y enfermedades cardiovasculares a nivel comunitario. Otro punto importante es la población a la que van dirigidos ambos programas: GAM trabaja exclusivamente con personas enfermas de diabetes, hipertensión o ambas, mismas que son remitidas por el médico del centro de salud; en tanto PA se aboca a personas de origen latino enfermas o no de diabetes, que radican en esa ciudad fronteriza y que se interesa por adquirir nuevos conocimientos para evitar una enfermedad de tal índole.

Después de estudiar ambos programas y al retomar del capítulo tercero el cuadro 13 que recurre al análisis comparativo de los conceptos de promoción y prevención (Buss

²⁶ Son aquellos aspectos que se utilizan en cada programa para obtener resultados positivos en las personas respecto a su condición de salud.

2006,14), concluimos que en la Secretaría de Salud Pública no existe un programa enfocado al trabajo de promoción de la salud con una visión de prevención primaria para contrarrestar enfermedades crónicas como la diabetes; precisamente es esto último lo que caracteriza a PA, donde su objetivo es brindar a la población de información y retroalimentarla para que le permita prevenir la diabetes, cuidar de su familia y comunidad al modificar algunas conductas que mejoren su estilo de vida.

Para contextualizar, la *promoción* implica la combinación de educación para la salud e intervenciones políticas, económicas y organizacionales que faciliten el cambio de comportamiento o modificaciones del medio ambiente conducentes a fortalecer o preservar la salud. En este enfoque se visualizan actitudes y conductas de salud positivas, además del acceso a servicios de salud, desarrollo de un ambiente dirigido a la salud, fortalecimiento de redes sociales y apoyo social. Se enfatiza un acercamiento integrado a través de la participación de la comunidad como socio activo en la toma de decisiones, la cooperación intersectorial y el diseño e implementación de planes de acción y política pública (Santos 1998, 136-137).

Lo anterior nos lleva a señalar que ambos programas carecen de un componente llamado *empoderamiento* que les ayude a identificar los problemas que hay en la comunidad, para de esta manera emprender un proceso ordenado que les permita exigir esos cambios referentes a mejores condiciones, estilo y calidad de vida.

Otro de los resultados obtenidos y que es fundamental para el logro de los programas de promoción de la salud, concierne al trabajo que realizan los profesionales de la materia. En PA encontramos que las personas al frente del programa son promotoras de salud que cuentan con estudios de enfermería y han recibido diversas capacitaciones. Debido a que este programa se basa en una cuestión más social que biomédica, las

promotoras reconocen que al transcurrir el tiempo el trabajar con y para la comunidad invariablemente lleva a la obtención de buenos resultados.

Como vimos en el capítulo 4, uno de los aspectos que caracterizan a las promotoras de salud es que viven en la misma comunidad que los participantes, lo que les permite conocerlos y compartir con ellos un sentimiento de “identificación”. De esta manera conocen sus costumbres y cultura, se percatan de los problemas y necesidades emergentes y por ello se encuentran capacitadas para solucionar, proponer y/o exigir a las autoridades correspondientes su pronta resolución para el desarrollo óptimo de la comunidad.

En lo que respecta al GAM éste no se encuentra bajo la supervisión de un promotor o promotora de salud, sino que son los profesionales de la salud (médico y enfermera) quienes tienen esta función. Si bien el trabajo que realizan ambos recae en el aspecto médico, es importante comentar que las participantes buscan la atención de consejería por parte de la enfermera en días que no corresponden al de las sesiones, lo que nos hace pensar sobre la poca importancia que se le da a disponer de un especialista que cubra el área demandada.

Por lo general en este trabajo se tuvieron muchas facilidades al momento de realizar los estudios de los programas, esto a pesar de algunas limitantes que surgieron como la disposición del tiempo suficiente para un análisis mayor y más detallado. A continuación mostramos algunas recomendaciones derivadas del proceso de investigación que pueden ser de ayuda o dar pie a otros trabajos con temática similar.

5.1 Recomendaciones para la investigación

5.1.1 Futuros proyectos de investigación

Es importante tener presente que las enfermedades crónicas no transmisibles están ganando terreno. En México la diabetes es la segunda causa general de muerte, con una tasa de mortalidad de 70.9 por cada 100 mil habitantes; en Sonora ésta es la tercera causa de muerte, con una tasa de mortalidad superior (109.06) a la nacional (Sistema Nacional de Información en Salud 2009). A pesar de la difusión que se le ha dado a este problema de salud en varios sectores, aún existe población vulnerable que carece de información pertinente y clara que los alerte sobre esta pandemia; por otra, hay quienes no creen necesario hacer conciencia de la magnitud del problema, por lo cual no reparan en los cuidados necesarios para evitar ser un número más en las estadísticas de morbilidad y/o mortalidad de la diabetes.

Por lo anterior, consideramos esencial para una nueva aportación a la promoción de la salud, que se realicen estudios sobre la diabetes con un enfoque multidisciplinario de las ciencias sociales e incluso de las ciencias biológicas, que no se limite a la parte biomédica sino que también aluda a la parte social donde aún falta mucho por investigar.

5.1.2 Acotaciones conceptuales y metodológicas

Si bien los términos planteados en el tercer capítulo muestran un panorama de lo que consideramos básico para la promoción de la salud, reconocemos que hace falta un estudio más profundo sobre ellos.

Del proceso de salud-enfermedad-atención se identifican en ambos programas el trabajo de autocuidado y autoayuda para PA y GAM respectivamente. El primero se presenta de forma individual con el objetivo de que las y los participantes aporten a sus familias

recomendaciones para mejorar la condición de la salud, y el segundo refiere al trabajo que hacen las participantes colectivamente para tomar las medidas de rigor del automonitoreo, así como la realización de actividades para recaudar fondos que el grupo requiere. Respecto al autocuidado podemos decir que está presente en cada una de las sesiones de PA mientras que en el GAM se necesita hacer más trabajo al respecto para que esta práctica traspase el grupo y llegue a las familias y comunidad a través del enfermo.

En lo que atañe a participación comunitaria en PA sí se trabaja en la cuestión educativa, sin embargo no se percibe cómo la implementan los participantes en la comunidad. Por su parte el GAM no considera en su plan de trabajo para el funcionamiento de los grupos la participación comunitaria, lo que entorpece el mejoramiento de las condiciones de salud.

En ambos programas no se trabaja el empoderamiento. En PA si un participante requiere apoyo para que se le oriente cómo resolver algún problema que surge en la comunidad, éste acude directamente con la promotora. Sin embargo, este trabajo no se hace de manera colectiva.

En la cuestión metodológica recomendamos escuchar a los participantes para rescatar información respecto a las posibles fallas o reconocimientos tanto del trabajo de las promotoras como del programa mismo. Es decir, a pesar que en el programa de PA sí se contempla preguntar a los asistentes qué recomendaciones tienen para mejorar la sesión, las promotoras no lo hicieron de manera concreta, sólo preguntaban si había alguna duda sobre los temas vistos. En el GAM este punto no se trata en ningún momento y tampoco la enfermera lo hace por iniciativa propia, pero en las conversaciones informales que se dieron con las participantes ellas manifestaron estar “muy contentas” ya que se sentían tomadas en

cuenta por la promotora, a la que consideraban otra integrante y no como autoridad del grupo.

5.2 Comentarios sobre los programas

5.2.1 Para la mejora de los programas

Durante el tiempo de observación que se dedicó a ambos programas (cinco meses) nos percatamos de que existen numerosas mejoras que pueden aplicar en los dos casos.

Mejoras similares para ambos programas:

- ✓ Incluir trabajo de empoderamiento (educativo y práctico). Se necesita profundizar en el tema para que los participantes aprendan a tomar decisiones y actúen cuando identifiquen que algo está fallando en su comunidad.

Mejoras específicas para cada programa:

- “Pasos Adelante”
 - ✓ Se deben retomar estrategias o lanzar otras nuevas para invitar a la población a que asista al programa, ya que a decir de las mismas responsables y a medida que identificamos a las personas, son pocas las que asisten por primera vez al taller. Estas personas en su mayoría han tomado el curso hasta por tres ocasiones consecutivas, lo que podría ocasionar que el trabajo de las promotoras no llegue a más hispanos y el impacto positivo que hasta hoy han tenido se vea estancado debido a que la información no trasciende más allá de estas personas.

- ✓ Actualización de los materiales, ya que existe información obsoleta en algunos apartados que corresponden a los ejercicios prácticos que se entregan en la sesión.
 - ✓ Analizar en grupo el material que se les entrega a los participantes (hojas para entregar).
 - ✓ Contar con diversos registros de evaluación de seguimiento para ver el impacto del programa en la comunidad.
- “Grupo de Ayuda Mutua”
- ✓ En lo que respecta al GAM hace falta un programa de trabajo (aun cuando se informa que sí lo hay) semanal, por lo que no se aprovecha al máximo la estancia de las participantes para brindarles información que las ayude a tener mejores herramientas para el cuidado de su salud.
 - ✓ Motivar a las participantes para que soliciten a los demás profesionales de la salud que asistan al GAM para que les ofrezca información con enfoque preventivo para aprender a cuidar su salud y la de los demás.
 - ✓ Contratación de un profesional en activación física para que implemente y supervise esta parte del programa.
 - ✓ Brindar capacitaciones constantes a los profesionales de la salud que se ven involucrados en cualquier momento con el grupo.

- ✓ Trabajo conjunto con la familia del enfermo. A pesar de que sí se especifica en la guía para el funcionamiento de los GAM, ésta no se realiza.
- ✓ Trabajo conjunto de la enfermera y un promotor o promotora de salud especializada en enfermedades crónicas desde un lente social y no biomédico.

5.2.2 Para la adaptación de “Pasos Adelante” en un contexto mexicano

Los logros conseguidos en PA han este momento son significativos, y como se comentó líneas arriba, el trabajar con población abierta ha ayudado a que las personas sanas de esa comunidad tomen conciencia de que la única manera de ayudarse mutuamente es practicando la promoción de la salud, pues debido a su rutina, el ritmo de vida acelerada y el fácil acceso al consumo de comida rápida son más vulnerables ante una enfermedad como la diabetes.

Es así que por las similitudes de los contextos de trabajo resultaría conveniente adaptar un programa como PA en nuestra localidad (Hermosillo), adecuándolo a las necesidades mexicanas y sobre todo a las regionales.

Para el éxito de este trabajo sería primordial el respaldo de una institución de salud y/o académica que apoyara con los recursos financieros y humanos en la implementación del programa. En aspecto humano, lo ideal sería contar con un promotor o promotora de salud que conociera en todos sus aspectos a la comunidad, de ser posible que viviera en ella, hecho que facilitaría su aceptación por parte de los participantes y que se vería reflejado en los resultados.

5.2.3 Para la sustentabilidad de los programas

La sustentabilidad, entendida como la habilidad de los programas de ser incorporados y continuar regularmente en la comunidad una vez culminada la asistencia externa, es un elemento clave en los programas de promoción de la salud (Bossert 1990 cit. en Sapag y Kawachi 2007, 145).

Al buscar la permanencia de los programas de promoción de la salud es imprescindible hacer la distinción de dos enfoques complementarios que mejoren el estado de salud de una comunidad, siendo éstos como se describe a continuación:

- ✓ Las intervenciones comunitarias o los programas a *gran escala* tienen un amplio alcance en la comunidad; buscan cambios pequeños pero profundos en la población.
- ✓ Las intervenciones en la comunidad o programas a *pequeña escala* buscan los cambios en un grupo compacto de la población, usualmente en sitios como las escuelas, los lugares de trabajo y las instalaciones para el cuidado de la salud.

(Geen et al. 1984;1991;1994 cit. en Potvin y Richard 2007, 214).

Para que cualquier programa de salud tenga continuidad en el contexto donde se implementa, es imprescindible que su planeación y desarrollo partan del sentir y de la necesidad de los grupos sociales a los cuales se dirige (Camacho et al. 2004, 184).

De acuerdo a lo que nos dicen los autores, podemos asegurar que los programas que se estudian en esta investigación corresponden a los de pequeña escala, y aunque el GAM es una estrategia que se practica a nivel nacional éste va dirigido a grupos específicos (personas enfermas de diabetes, hipertensión u obesidad) y sobre todo a aquéllas que

solicitan el servicio médico de un centro de salud. En el caso de PA, éste siempre ha contemplado trabajar con grupos de latinos sin importar la condición de salud en la que se encuentren (personas enfermas o no enfermas).

5.2.4 Para la capacitación de las promotoras

A través de la entrevista hecha al promotor de salud y de las observaciones registradas durante las sesiones del GAM y de PA, se encontró como factor común la manera en que se transmite la información, ésta es, por medio de una plática superficial en la mayoría de los casos, que no profundiza sobre la temática a tratar. Al respecto se comenta: “El realizar tareas de educación en salud se considera algo simple: organizar una charla, a veces apoyados en algún rotafolio, en la que se expone y, quizás, luego se responde a preguntas (si la ‘comunidad’ se atreve a usarlas). No se establece un diálogo real y por ende, el acto educativo suele ser un acto ritual que termina alimentando metas y estadísticas institucionales” (de Keijzer 2004, 4).

Por lo anterior es de suma importancia hacer énfasis en la capacitación que se debe brindar al promotor o promotora de salud. Primero que nada debe ser una persona que forme parte de la comunidad, que se encuentre interesada en trabajar con la gente para lograr cambios pequeños que posteriormente serán de gran utilidad. Ellas deberían ser supervisadas o evaluadas por el propio grupo y de acuerdo a los resultados fortalecer las debilidades que se encuentren.

El que las o los promotores estén certificados por una institución, obliga a esta última a valorar el trabajo que realmente hace un promotor de salud para evitar situaciones como las que se mencionaron en el capítulo 4, donde el promotor sólo tiene el puesto de

nombre y desempeña otras funciones ajenas a su trabajo. Al fungir cualquier institución como aval, adquiere un compromiso también con la comunidad.

De acuerdo a la segunda faceta que plantea Castillo, las promotoras de PA cumplen con su trabajo como sigue:

- ✓ Frente a los responsables de las decisiones en el nivel local, para que establezcan políticas favorables de salud y,
- ✓ Con la comunidad, para que las personas y los grupos contribuyan a mejorar su calidad de vida, es decir, poner en práctica el empoderamiento (Castillo 2004, 39).

Para que las y los promotores lleven a cabo sus funciones de manera óptima, es importante que sean capacitados constantemente, es decir, estén actualizados para brindar información de calidad que se vea reflejada en las participantes. Al respecto se comenta: “El capacitar más a cada persona para que cuide de su propia salud debe ser la meta principal de cualquier actividad o programa de salud. Si la gente recibe información clara y sencilla, ella misma puede evitar y tratar sus problemas más frecuentes de salud, más pronto, a menor costo y muchas veces mejor de lo que lo hacen los médicos” (Fajardo y Werner 1998, 92).

El uso de trabajadores comunitarios de salud o promotores de salud, es ideal para los programas de prevención primaria de la diabetes que se centran en los cambios de estilo de vida. Los promotores brindan mayor conocimiento de la comunidad, dedicación a la promoción de la salud, asistencia en la adaptación del programa culturalmente y el conocimiento personal de las experiencias de la enfermedad de sus comunidades (Swider 2002 cit. en Staten 2005).

5.2.5 Para la extensión del programa a otros temas/problemas de salud

Sobre los casos que nos ocupan, consideramos el programa de “Pasos Adelante” como una oportunidad para el trabajo con otras enfermedades crónicas no transmisibles, debido principalmente a que se puede aprovechar lo ya existente en cuanto a la organización de la información, al trabajo de las y los promotores y ante todo lo relacionado con la comunidad dentro y fuera de la sesión.

Lo anterior se podría realizar anexando a este programa más módulos (no más de tres) diseñados como los que ya están, con la característica de que no estén saturados de información y que respeten el horario especificado para cada sesión, pues de lo contrario resultaría contraproducente que los participantes se cansen y se dé el ausentismo.

Es importante mencionar que en la presente investigación logramos el acceso a ambos programas sin dificultad alguna sin embargo consideramos que para el caso de PA hubiese sido interesante acudir a todas las sesiones. Para ambos grupos faltó entrevistar a las y los participantes acerca de su opinión del programa y de qué manera los ayuda con su enfermedad (para el caso de quien esté enfermo).

Como punto final, nos interesa plantear algunos aspectos que consideramos serán relevantes para futuros trabajos. Uno de ellos refiere a que se incorpore en los planes de estudio en todos los niveles educativos la asignatura educación y promoción para la salud, lo que nos ayudaría a disminuir los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles al igual que se percibirán mejores condiciones de vida desde edades tempranas. Otro es considerar que el trabajo de las promotoras de salud debe tener mayor reconocimiento dentro de las instituciones mexicanas así como mejores salarios, lo que abre otra línea de investigación extendiéndose a otras instancias de salud para hacer

comparativos y finalizar proponiendo nuevos perfiles que debe tener este trabajador de acuerdo con la realidad de las personas con las que trabaja. Por último, considerar los resultados aquí presentados para gestionar con la Secretaría de Salud u otra institución de esta rama o educativa, la posibilidad de que en Hermosillo se pueda implementar el programa de Pasos Adelante.

BIBLIOGRAFÍA

- Arizona Department of Health Services. 2008. <http://www.az.gov/> (15 de junio de 2010).
- Barceló, Alberto y Swapnil Rajpathak. 2001. Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública* 10 (5): 300-308. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n5/7350.pdf>.
- Barragán Hernández, Olga. 2004. Es tan difícil dejar de comer...Trampeo estratégico en el enfermo diabético. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.
- Burguete Osorio, Jorge H. 2004. Aspectos epidemiológicos de la promoción de la salud. En *Salud comunitaria y promoción de la salud*, coordinado por Mariano García Viveros, 125-42. México: Universidad de la Ciudad de México.
- Buss, Paulo Marchiori. 2006. Una introducción al concepto de promoción de la salud. En *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*, coordinado por Dina Czeresnia y Carlos Machado de Freitas, 19-46. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cardaci, Dora. 1999. Promoción de la Salud: ¿cambio cultural o nueva retórica? En *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, coordinado por Mario Bronfman y Roberto Castro, 403-14. México: EDAMEX e Instituto Nacional de Salud Pública.
- Castro Sánchez, Ana Elisa. 2006. El apoyo social en la enfermedad crónica: el caso de los pacientes diabéticos tipo 2. *Revista Salud Pública y Nutrición* 7 (4). http://www.respyn.uanl.mx/vii/4/articulos/apoyo_diabeticos.htm.
- Castro Vásquez, María del Carmen. 1996. Participación comunitaria en salud. Estudio de casos: dos experiencias en Hermosillo, Sonora. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.
- Center for Disease Control and Prevention. 2009. International Classification of Diseases. <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10.htm> (2 de diciembre de 2009).
- . 2009. Poblaciones hispanas o latinas. <http://www.cdc.gov/omhd/Spanish/HLSpanish.htm> (2 de diciembre de 2009).
- . 2009. Datos y estadísticas. <http://www.cdc.gov/spanish/Datos/Diabetes/> (2 de diciembre de 2009).
- Cerqueira, María Teresa y Daniel Mato. 1998. Evaluación participativa en los procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud. En *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, coordinado por Armando Haro y Benno de Keijzer, 21-63. Hermosillo: El Colegio de Sonora.

- Cohen, Stuart J. y Maia Ingram. 2005. Border health strategic initiative: Overview and introduction to a community-based model for diabetes prevention and control. *Preventing Chronic Disease* 2 (1).
http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0081.htm
- Consejo Nacional de Población. 2010. Proyecciones.
http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234 (18 de junio de 2010).
- Córdova-Villalobos, José Ángel, Jorge Armando Barriguete-Meléndez, Agustín Lara-Esqueda, Simón Barquera, Martín Rosas-Peralta, Mauricio Hernández-Ávila, María Eugenia de León-May y Carlos A. Aguilar-Salinas. 2008. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México* 50 (5): 419-27.
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=en&nrm=iso.
- Czeresnia, Dina. 2006. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*, coordinado por Dina Czeresnia y Carlos Machado de Freitas, 47-64. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- de Keijzer, Benno, Emma María Reyes y Gerardo Ayala. 1998. Salud mental y participación social. En *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, coordinado por Armando Haro y Benno de Keijzer, 224-46. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- de Keijzer, Benno. 2004. Los discursos de la educación y participación en salud: de la evangelización sanitaria al empoderamiento. En *Críticas e Atuantes: ciencias sociais e humanas em saúde na América Latina*, compilado por Cecilia Minayo. Río de Janeiro: Fundación Fiocruz.
- Durán Fontes, Luis Rubén. 2006. XX. Educación para la salud. En *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio*, coordinado por Manuel Urbina Fuentes, Alba Moguel Ancheita, Melba Elena Muñiz Martelón y José Antonio Solís Urdaibay, 345-55. México: FCE, Secretaría de Salud, OPS, SMSP, FunSalud, INSP.
- Epp, Jake. 1996. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En *Promoción de la salud: una antología*, Organización Panamericana de la Salud, 25-36. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Fajardo, Roberto y David Werner. 1998. Salud rural autogestiva: El proyecto Piaxtla. En *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, coordinado por Armando Haro y Benno de Keijzer, 89-103. Hermosillo: El Colegio de Sonora.

- Flegal, Katherine M., Margaret D. Carrol, Cynthia L. Ogden y Lester R. Curtin. 2010. Prevalence and Trends in Obesity Among US Adults, 1999-2008 . *The Journal of the American Medical Association* 303 (3): 235-41, <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/303/3/235?ijkey=ijKHq6YbJn3Oo&keytype=ref&siteid=amajnl>.
- García Ospina, Consuelo y Ofelia Tobón Correa. 2000. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y plan de atención básica ¿qué los acerca? ¿qué los separa? *Hacia la Promoción de la Salud* 5: 1-17. <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/index.php?option=content&task=view&id=46>.
- Gerberding, Julie Louise. 2005. Diabetes: incapacitante, mortal y en aumento. <http://www.cdc.gov/diabetes/spanish/glance.htm> (7 de enero de 2010).
- González-Molina, Julio. 2004. Promoción de la salud para todos. En *Salud comunitaria y promoción de la salud*, coordinado por Mariano García Viveros, 13-36. México: Universidad de la Ciudad de México.
- Grau Ábalo, Jorge A. 1998. La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. En *La Psicología de la Salud en América Latina*, coordinado por Graciela Rodríguez Ortega y Mario E. Rojas Rusell, 47-60. México: Facultad de Psicología; Universidad Nacional Autónoma de México, Porrúa.
- Gundermann Kroll, Hans. 2001. El método de los estudios de caso. En *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, coordinado por María Luisa Tarrés, 251-86. México: Porrúa, El Colegio de México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Haro Encinas, Jesús Armando. 2000. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, editado por Enrique Perdigüero y Josep M. Comelles, 101-62. España: Bellaterra.
- Hernández Tezoquipa, Isabel, María de la Luz Arenas Monreal y Rosario Valde Santiago. 2001. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Revista Saúde Pública* 35 (5): 443-50. www.fsp.usp.br/rsp.
- Heron, Melonie, Donna L. Hoyert, Sherry L. Murphy, Jiaquan Xu, Kenneth D. Kochanek y Betzaida Tejada-Vera. 2009. Deaths: Final data for 2006. *National vital statistics reports* 57 (14): 1-135. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_14.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2010. Esperanza de vida. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/sisept/default.aspx?t=mpob56&c=3233&e=> (13 de abril de 2010).

- Kickbusch, Ilona. 1996. El autocuidado en la promoción de la salud. En *Promoción de la salud: una antología*, Organización Panamericana de la salud, 235-45. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Málaga, Hernán y Marta Lucía Castro Ramírez. 2001. Cómo empoderar a los excluidos en el nivel local. En *Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable*, coordinado por Helena Restrepo, 120-138. Bogotá: Médica Panamericana.
- Menéndez, Eduardo L. 1984. Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. *Nueva Antropología* VI (23): 71-102.
<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/23/cnt/cnt6.pdf>.
- Menéndez, Eduardo L. 2006. Participación social en salud: las representaciones y las prácticas. En *Participación social ¿para qué?*, coordinado por Eduardo L. Menéndez y Hugo G. Spinelli, 81-116. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Mercado, Francisco, Leticia Robles, Elizabeth Alcántara, Nora Cristina Moreno e Igor Ramos. 1997. Enfermedad crónica y sector popular urbano. *Ciudades* 33: 20-26.
- Olaiz, Gustavo, Juan Rivera, Teresa Shamah, Rosalva Rojas, Salvador Villalpando, Mauricio Hernández y Jaime Sepúlveda. 2006. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
<http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>.
- Olivas Peñúñuri, María Remedios. 2004. El arte de cuidar a otros inicia cuando aprendes a cuidarte: enfermería y el programa de detección oportuna de cáncer. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.
- Organización Mundial de la Salud. 2006. Diabetes.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> (17 Mayo de 2008).
- . 2008. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf.
- . 2009. Enfermedades crónicas.
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/index.html (29 de noviembre de 2009).
- . 2009. Diabetes. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> (19 de noviembre de 2008).
- . 2009. *Carta de Ottawa* para la Promoción de la Salud.
<http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf> (27 de mayo de 2009).
- Organización Mundial de la Salud. 2010. Atención primaria a la salud.
http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/ (24 de junio de 2010).

- Pan American Health Organization . 1978. *Declaración de Alma-Ata*. URSS: Pan American Health Organization, World Health Organization, http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. (27 de mayo de 2009)
- Organización Panamericana de la Salud. 2010. Proyecto para el control y la prevención de la diabetes en la frontera México-Estados Unidos. Reporte inicial de resultados. http://new.paho.org/fep/index.php?option=com_content&task=view&id=214&Itemid=350 (15 de junio de 2010).
- Osorio, Rosa María. 2001. Los modelos médicos y la trayectoria de atención. En *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, 21-48. México: CIESAS-INI-INAH.
- Restrepo, Helena E. 2001. Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*, Helena Restrepo y Hernán Málaga, 15-23. Bogotá: Médica Panamericana.
- Robles Silva, Leticia. 2004. El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención. *Cadernos de Saúde Pública* 20 (2): 618-25.
- Robles Silva, Leticia y Francisco Javier Mercado Martínez. 1993. El apoyo familiar y el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con Diabetes Mellitus no insulino dependiente. En *Familia, Salud y Sociedad. Experiencias de Investigación en México*, coordinado por Francisco Javier Mercado Martínez, 310-343. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, CIESAS, El Colegio de Sonora
- Robles Silva, Leticia, Francisco Javier Mercado Martínez, Juana Chávez Álvarez, Igor M. Ramos Herrera y Elizabeth Alcántara Hernández. 1993. Familia y enfermedad crónica: un análisis de los tipos de apoyo a los individuos con diabetes. En *AMEP. Investigaciones sociodemográficas en algunas regiones de México*, 88-98. México: Asociación Mexicana de Población, Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población.
- Rodríguez Domínguez, José. 2006. XXXVIII. Salud para todos. Atención Primaria de la Salud. En *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio*, coordinado por Manuel Urbina Fuentes, Alba Moguel Ancheita, Melba Elena Muñiz Martelón y José Antonio Solís Urdaibay, 577-94. México: FCE, Secretaría de Salud, OPS, SMSP, FunSalud, INSP.
- Rootman, Irving, Michael Goodstadt, Louis Potvin y Jane Springett. 2007. Un marco para la evaluación de la promoción de la salud. En *Evaluación de la promoción de la salud. Principios y perspectivas*, editado por María Teresa Cerqueira, Fernando León Nava y Alejandro de la Torre, 29-58. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

- Rull, Juan A. 2006. XIV. Diabetes Mellitus. En *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio*, coordinado por Manuel Urbina Fuentes, Alba Moguel Ancheita, Melba Elena Muñiz Martelón y José Antonio Solís Urdaibay, 237-46. México: FCE, Secretaría de Salud, OPS, SMSP, FunSalud, INSP.
- Salgado de Snyder, V. Nelly. 2009. Salud fronteriza: hacia una definición. En *Condiciones de salud en la frontera norte de México*, coordinado por Gudelia Rangel y Mauricio Hernández, 105-20. México: Secretaría de Salud, Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio de la Frontera Norte.
- Santos Burgoa, Carlos, Lucero Rodríguez Cabrera, Lilia Rivero, Jorge Ochoa, Adriana Stanford, Ljubica Latinovic y Gretel Rueda. 2009. Implementation of Mexico's Health Promotion Operational Model. *Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice and Policy* 6 (1): 1-5, www.cdc.gov/pcd/issues/2009/jan/08_0085.htm .
- Santos Ortiz, María del Carmen. 1998. Salud Pública. Promoción de la salud y educación para la salud. En *La Psicología de la Salud en América Latina*, coordinado por Graciela Rodríguez Ortega y Mario E. Rojas Rusell, 131-47. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Porrúa.
- Sistema Nacional de Información en Salud. 2008. Diez principales causas de mortalidad general. <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html> (17 de noviembre de 2008).
- . 2009. Defunciones 1979, 2008. <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html> (13 de enero de 2010).
- Secretaría de Salud Pública. 2007. Visión. <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/secretaria/vision.html> (13 de enero de 2010).
- . 2008. *Programa de acción específico 2007-2012. Vete sano, regresa sano*. México: Secretaría de Salud. (Mensaje del subsecretario de prevención y promoción de la salud).
- . 2008. *Programa de acción específico 2007-2012. Promoción de la salud: una nueva cultura*. México: Secretaría de Salud.
- . 2008. *Programa de acción específico 2007-2012. Escuela y Salud*. México: Secretaría de Salud.
- . 2008. *Programa de acción específico 2007-2012. Entornos y comunidades saludables*. México: Secretaría de Salud.
- . 2010. Anuarios de mortalidad. <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html> (18 de junio de 2010)

----- . s.f. Clubes de diabéticos; Guía técnica para su funcionamiento.

----- . s.f. Manual de Sonora por la vida: Hermosillo: Secretaría de Salud Pública.

Solís Urdaibay, José Antonio. 2006. XIX. Promoviendo la salud, un movimiento en espiral ascendente. En *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio*, coordinado por Manuel Urbina Fuentes, Alba Moguel Ancheita, Melba Elena Muñiz Martelón y José Antonio Solís Urdaibay, 317-44. México: FCE, Secretaría de Salud, OPS, SMS, FunSalud, INSP.

Stake, Robert E. 1999. *Investigación con estudio de caso*. Madrid: Morata.

Staten, Lisa K., Linda L. Scheu, Dan Bronson, Verónica Peña y JoJean Elenes. 2005. Pasos Adelante: The effectiveness of a Community-based chronic disease prevention program. *Preventing Chronic Disease* 2 (1), http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0075.htm.

Tapia Conyer, Roberto. 2004. Diabetes. En *El manual de salud pública. Tomo 1*, 137-80. México: Intersistemas.

Terris, Milton. 1996. Conceptos de la Promoción de la Salud: Dualidades de la teoría de la Salud Pública. En *Promoción de la salud: una antología*, Organización Panamericana de la salud, 37-44. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Toledo Fernández, Margarita, Regla Lidia Vázquez Abreu, y Susana Coello. 2005. Las conferencias internacionales de promoción de la salud realizadas hasta el 2005. <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEFVIZVVZiPiSEaNAe.php> (12 de noviembre de 2008).

Tulchinsky, Theodore H. y Elena A. Varavikova. 2000. Expanding the concept of public health. En *The new public health. An introduction for the 21st century*, Theodore H. Tulchinsky y Elena A. Varavikova, 55-112. Boston: Academic Press.

Universidad de Arizona. 2006. Canyon Ranch Center for Prevention and Health Promotion. <http://crcphp.publichealth.arizona.edu/default.aspx> (16 de mayo de 2009).

U.S. Census Bureau. 2009. <http://censtats.census.gov/data/AZ/1600420050.pdf> (7 de enero de 2010).

----- .2009. State & County QuickFacts. <http://quickfacts.census.gov/qfd/states/04/04003.html> (7 de enero de 2010).

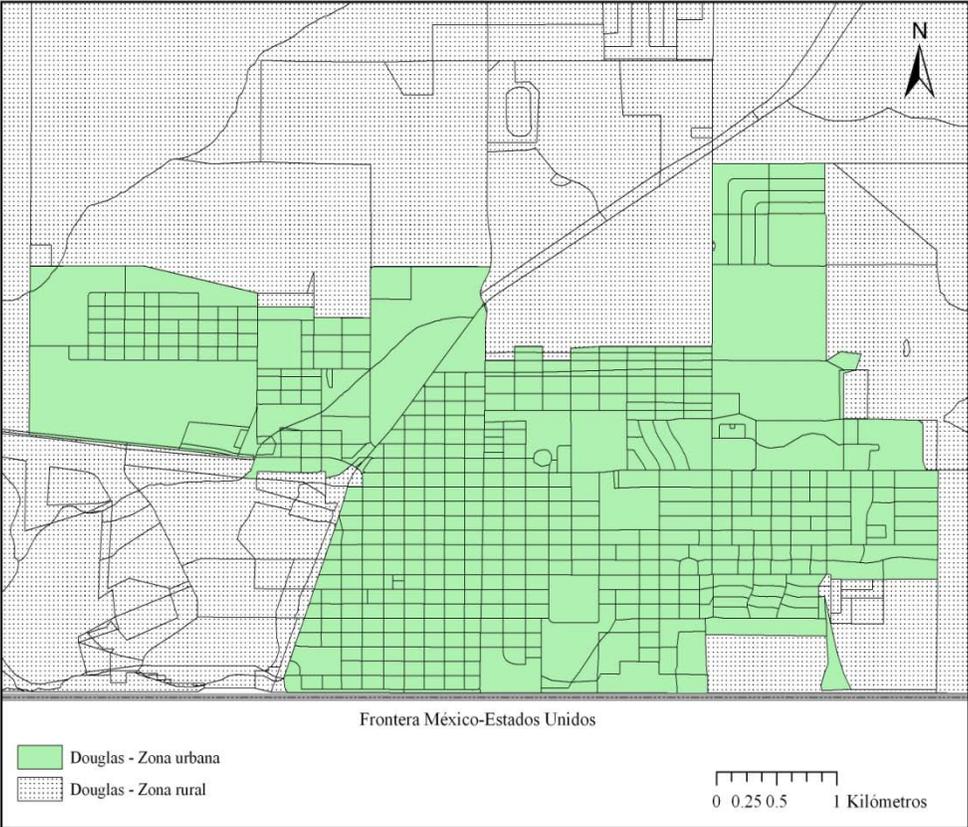
----- . 2009. The Hispanic Population 2000. <http://www.census.gov/prod/2001pubs/c2kbr01-3.pdf> (7 de enero de 2010).

World Health Organization. 2009. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (2 de diciembre de 2009).

Ysunza, Alberto. 1998. Participación comunitaria y capacitación de promotores en salud rural: la experiencia de CECIPROC en Oaxaca. En *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, coordinado por Armando Haro y Benno de Keijzer, 189-224. Hermosillo: El Colegio de Sonora.

ANEXOS

Anexo 1. Mapa territorial de Douglas, Arizona



Anexo 2. Oficina de las promotoras de salud. The Southwest Center for Community Health Promotion. 15 de abril de 2009. Douglas, Arizona



Anexo 3. Primera Iglesia Presbiteriana y salón de sesiones “Fellowship Hall” – “Salón de Compañerismo”. 15 de abril de 2009. Douglas, Arizona



Anexo 4. Funciones y requisitos de los promotores de salud de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora

Funciones:

- Promover y coordinar las actividades inherentes a la organización de acción comunitaria y mejoramiento del médico.
- Coadyuvar a la capacitación y asesoramiento en la formación de comités de salud y grupos voluntarios de las comunidades y áreas de acción intensiva, conforme a las normas y procedimientos establecidos.
- Promover a través de las autoridades locales de las comunidades sede y áreas de acción intensiva, la realización de asambleas comunales a fin de informar a la población de los problemas de salud detectados y las alternativas de solución de los mismos.
- Orientar y coordinar a través de los equipos, la participación formal de los comités de salud, promotores voluntarios y comunidad en general, en el mantenimiento y conservación del primer nivel de atención.
- Realizar con efectividad todas las actividades relacionadas con las funciones establecidas y las que se le demanden según programas prioritarios.

Requisitos académicos:

- Título y/o certificado a nivel técnico en educación para la salud, salud comunitaria, odontología, enfermería, nutrición o trabajo social expedido por institución con reconocimiento oficial.
- Título a nivel licenciatura de salud pública, odontología, enfermería, trabajo social, nutrición o psicología, expedido por institución con reconocimiento oficial.
- Pasantes del cuarto semestre de la carrera a nivel licenciatura de medicina o enfermería, la constancia deberá ser emitida por institución con reconocimiento oficial.

Experiencia:

- Acreditar el curso de inducción al puesto.

Ámbito de responsabilidad:

- Existe en área rural de población concentrada a partir de tres módulos y en área urbana a partir de seis módulos.

Nivel inmediato superior:

- Médico especialista "A" o "B".

Nivel inmediato inferior:

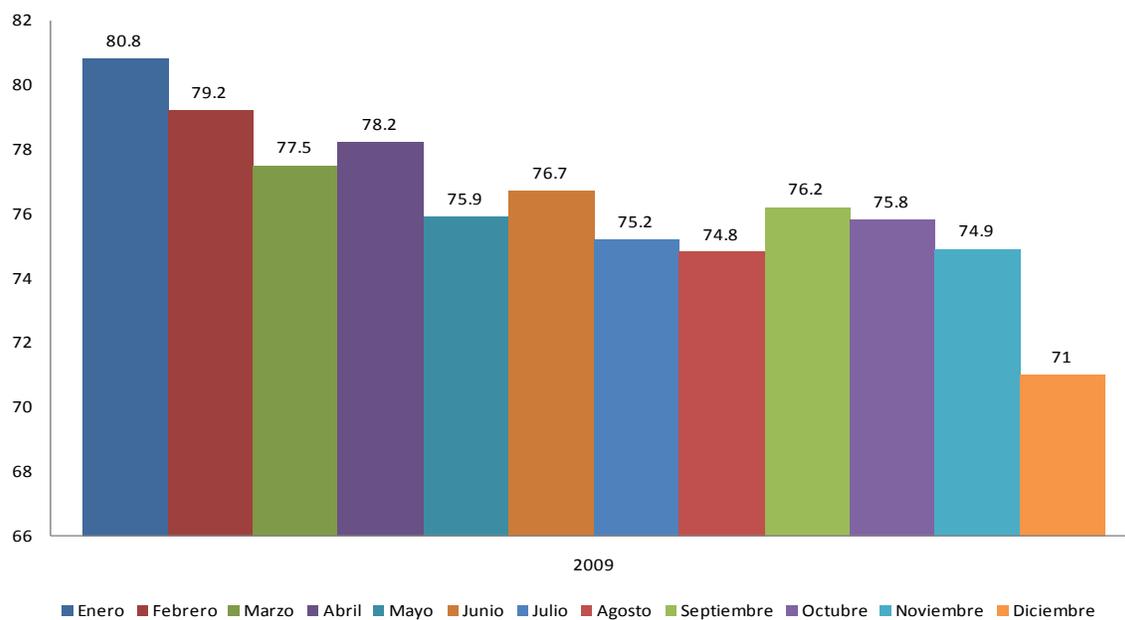
- No tiene.

Sueldo tabular:

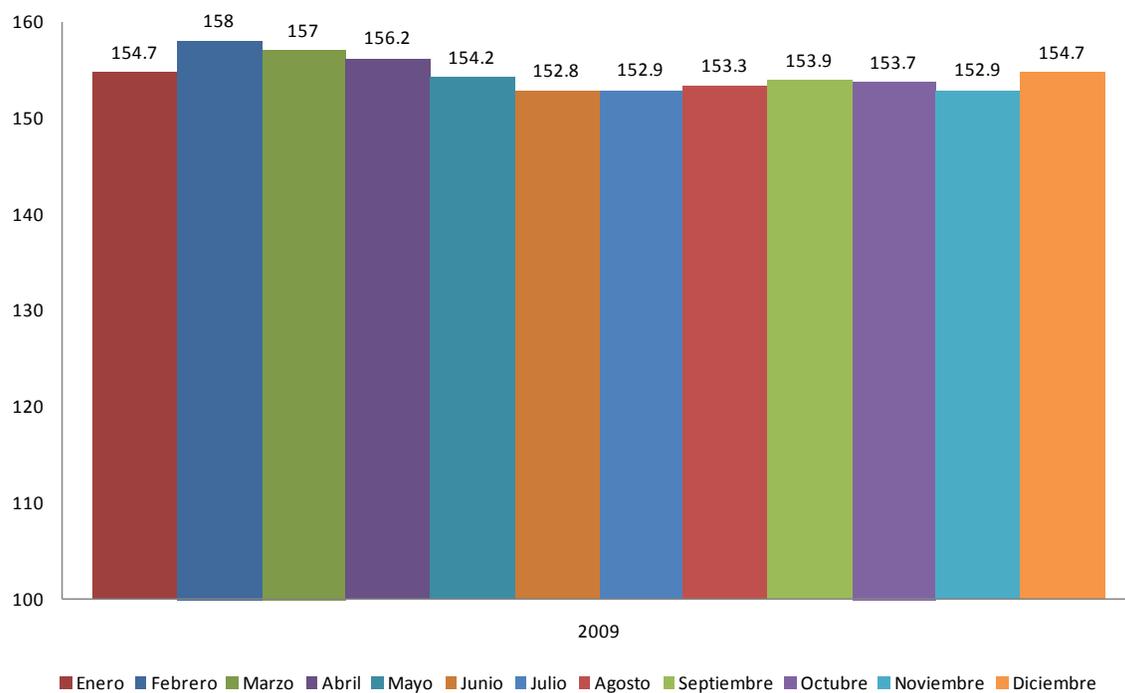
- Bruto \$10 060.00
- Neto \$ 8 781.63

Anexo 5. Resultados de las metas de tratamiento en el período de enero-diciembre de 2009 del GAM

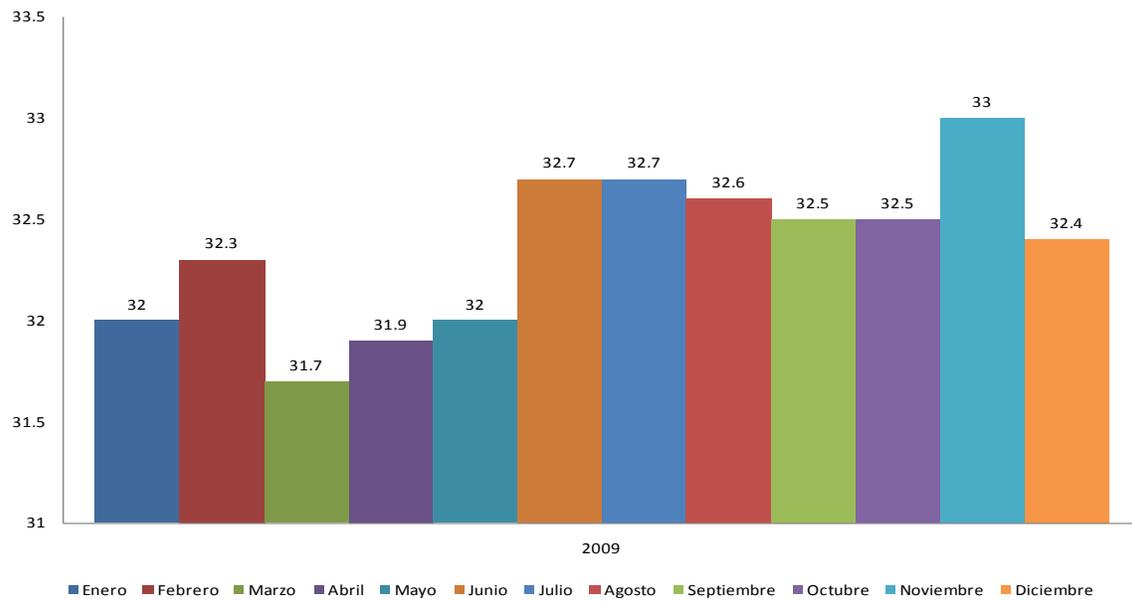
Historial de la evaluación de las metas de tratamiento: Peso (Kg)



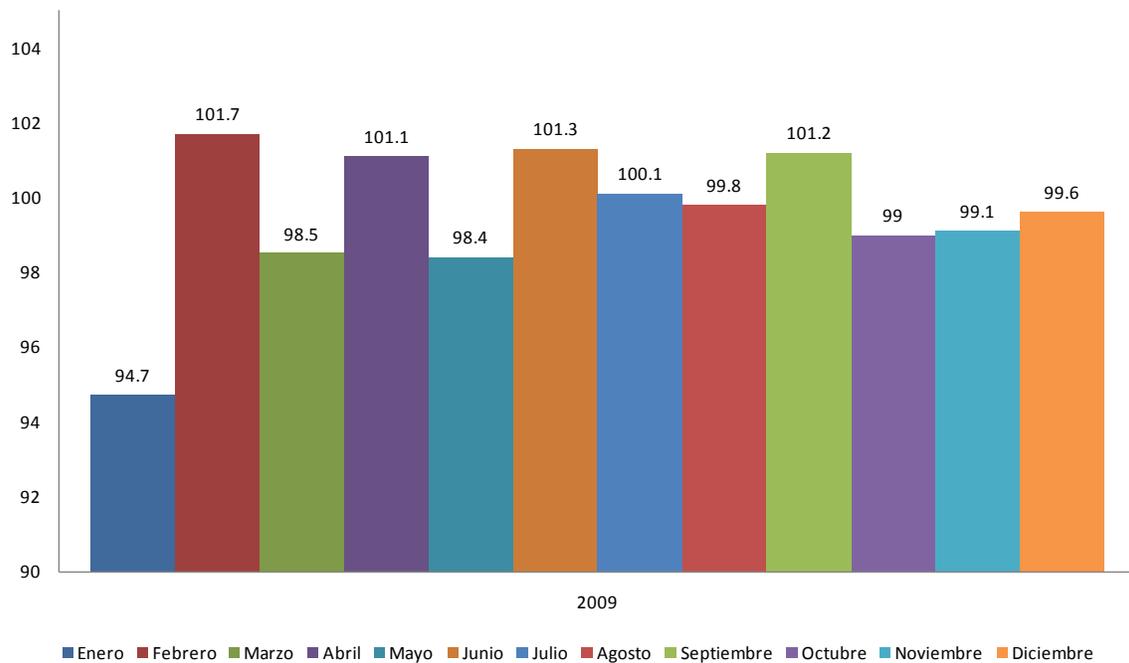
Historial de la evaluación de las metas de tratamiento: Talla (cm)



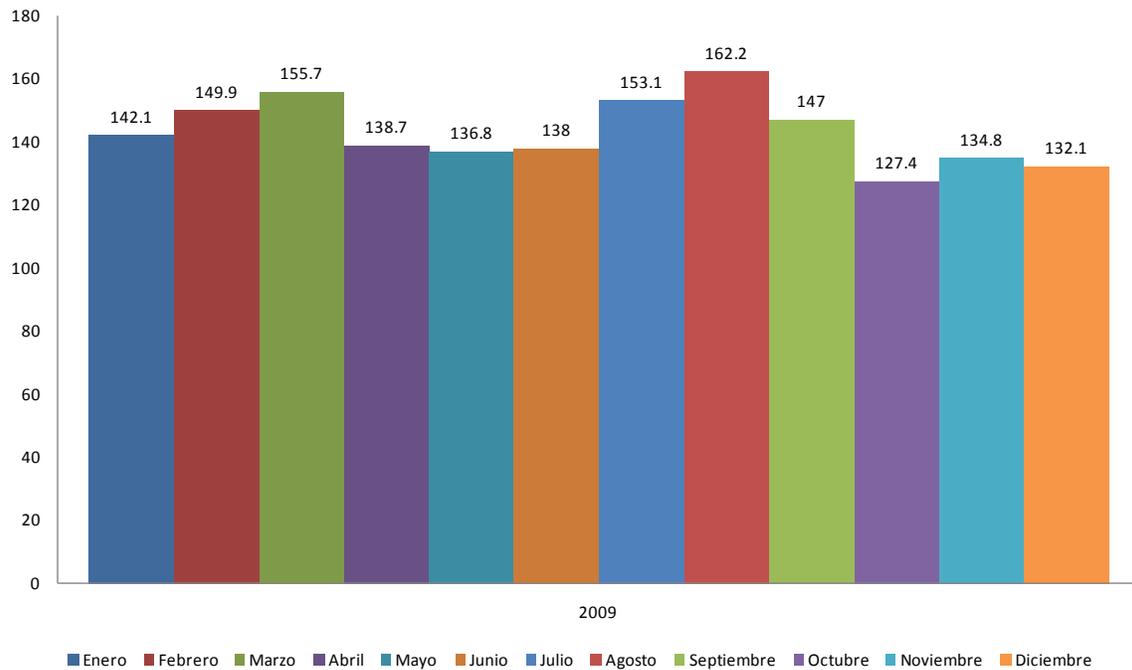
Historial de la evaluación de las metas de tratamiento: Índice de Masa Corporal (IMC)



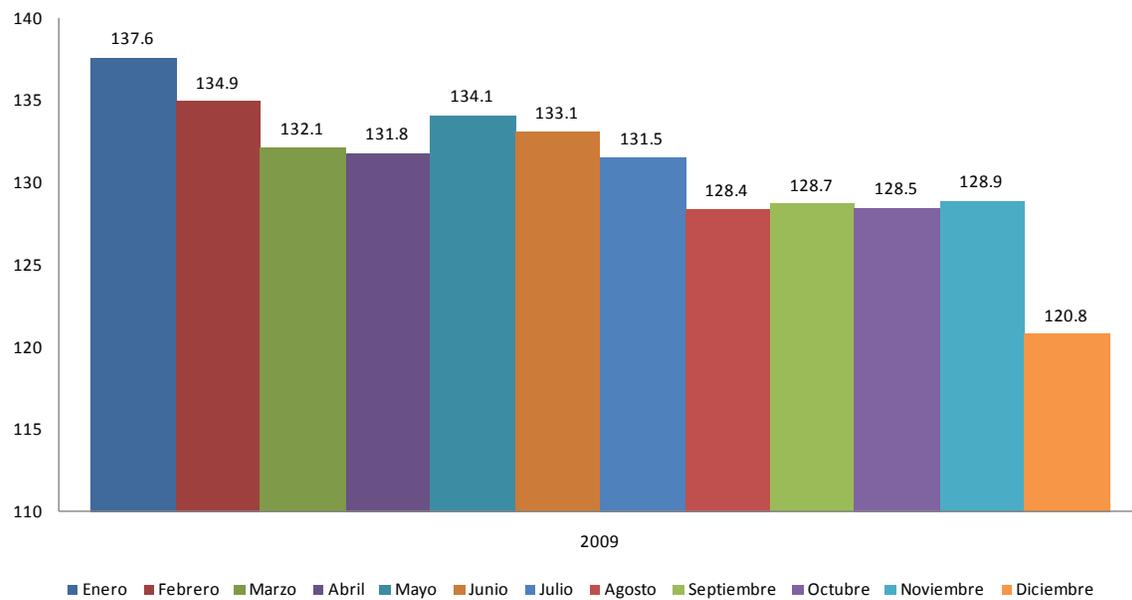
Historial de la evaluación de las metas de tratamiento: Circunferencia de cintura (cm)



Historial de la evaluación de las metas de tratamiento: Glucemia



Historial de la evaluación de las metas de tratamiento: Presión arterial-sistólica



Historial de la evaluación de las metas de tratamiento: Presión arterial-diastólica

