

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**La Promoción de la Salud
en las Estrategias Educativas
de Promoción de la Salud del
Instituto Mexicano del Seguro Social**

MEMORIA DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A:

MARICELA GONZÁLEZ ARCEO

D I R E C T O R A

MTRA. ERICA CARLOTA MERINO GONZÁLEZ

Ciudad de México, diciembre de 2020.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

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

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

ÍNDICE

Introducción.....	01
Justificación.....	03
1. Marco teórico-conceptual.....	05
1.1 El Instituto Mexicano del Seguro Social en el Sistema de Salud en México.....	05
2. Marco normativo del derecho a la Protección de la Salud en México.....	09
2.1 Constitución Política y Ley General de Salud.....	09
2.2 Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (PND).....	10
2.3 Programa Sectorial de Salud 2014-2018 (PROSESA).....	11
2.4 Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013-2018 (PRIIMSS).....	13
2.4.1 El Programa Preventivo PrevenIMSS como punto de partida para la creación de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud en el IMSS.....	14
3. Conceptos que sustentan los contenidos en las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud.....	18
3.1 Salud pública y las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud.....	18
3.2 La Promoción de la Salud en el IMSS, una visión desde las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud.....	20
3.3 La salud como categoría que sustenta las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud.....	24
3.4 Prevención de enfermedades.....	27
3.5 Educación para la Salud en las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud.....	29
4. El abordaje de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud en el IMSS.....	34
5. Mi experiencia laboral como Promotora de la Salud en el IMSS.....	42
6. Mi reflexión como Promotora de la Salud en el IMSS.....	45
7. Conclusiones generales.....	49

8. Referencias bibliográficas.....	54
Anexo.....	60

Introducción

En el presente trabajo se expone la experiencia laboral que tuve como Promotora de la Salud egresada de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) al haber participado en las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud (EEPS), las cuales se definen como modelos educativos que abordan los principales temas de salud para cada etapa de la vida, y están diseñadas para trabajar con los principales problemas de salud pública. Dichas EEPS son impartidas a la población derechohabiente de las Unidades de Medicina Familiar.

Para exponer dicha experiencia laboral, se indagó en el surgimiento de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud y también se investigaron algunos elementos relacionados con el Instituto Mexicano del Seguro Social en donde se desarrollaron las Estrategias, asimismo se establece una relación entre la práctica y la teoría de la Promoción de la Salud vinculada a la currícula de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la UACM.

El trabajo se encuentra dividido en siete capítulos, comenzando con el capítulo 1 en el cual se hace una revisión del Sistema Nacional de Salud en México¹.

En el capítulo 2, se revisa el marco normativo que regula el derecho a la protección de la Salud en México, haciendo énfasis en la Constitución Política y la Ley General de Salud. Además para la estructura del presente capítulo se revisaron documentos institucionales para visualizar el origen y surgimiento de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud desde la creación del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018².

¹ Es importante señalar que mi objetivo no es hacer una crítica hacia el Sistema Nacional de Salud, ni realizar un análisis sobre el cumplimiento de las políticas, ni detallar las contradicciones que se encuentran en el discurso y los hechos, solo estoy mostrando cómo está estructurado dicho Sistema con la experiencia que tuve en el IMSS.

² Cabe mencionar que el trabajo fue estructurado a partir del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, y del cual se desglosa el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y de éste último se deriva el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 que a su vez comprende el Programa Preventivo PrevenIMSS.

El Capítulo 3 da cuenta de los conceptos de Salud Pública, Promoción de la Salud, el concepto de Salud, Prevención de la enfermedad, Educación para la salud y las Conferencias internacionales en Promoción de la Salud que están relacionadas con las acciones de las EEPS.

Posteriormente, en el capítulo 4 se abordan los temas que corresponden a las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud como son, *JuvenIMSS*, *ChiquitIMSS*, *Pasos por la Salud*, *Envejecimiento Activo*, *Ella y El*, *Embarazo y Yo puedo*.

En el capítulo 5 se habla de la experiencia laboral que obtuve como Promotora de la Salud en cada una de las Unidades de Medicina Familiar (UMF), así como las funciones que desempeñé en el IMSS.

En el capítulo 6 hago una reflexión sobre mi experiencia profesional, describiendo los obstáculos tanto personales como laborales a los que me enfrenté y rescato la importancia que tuve en mi papel como Promotora de la Salud dentro del IMSS.

Asimismo, describo la importancia de la Licenciatura en Promoción de la Salud y comparto los aportes obtenidos en mi formación profesional para mi experiencia profesional. Finalmente cierro con algunas aportaciones y recomendaciones para la Licenciatura en Promoción de la Salud de la UACM.

Justificación

En el presente trabajo daré a conocer mi experiencia profesional obtenida como Promotora de la Salud al participar en las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud (EEPS) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en ellas se aportan datos empíricos sobre la experiencia adquirida en el Programa de Salud PrevenIMSS.

La población a la cual están dirigidas las EEPS es la derechohabiente de más de 3 años hasta adultos mayores, e impartidas únicamente por las Unidades de Medicina Familiar (UMF).

Las acciones de Promoción de la Salud que describo se llevaron a cabo de enero del 2014 a enero del 2017, en cuatro Unidades de Medicina Familiar pertenecientes a la Delegación Norte y son las siguientes:

- Unidad de Medicina Familiar N°2 ubicada en Sor Juana Inés de la Cruz N° 81, Colonia Santa María la Ribera, C.P. 6400 Delegación Cuauhtémoc, CDMX
- Unidad de Medicina Familiar N°17 ubicada en Calzada Legarías No. 354, Colonia Pénzil, C.P. 11430, Delegación Miguel Hidalgo, CDMX.
- Unidad de Medicina Familiar N° 44 ubicada en Avenida Plan de San Luis 20, Colonia La Purísima Ticoman, C.P. 07320, Delegación Gustavo A. Madero, CDMX.
- Unidad de Medicina Familiar N° 49, ubicada en Av. Tenayuca Chalmita S/N, Colonia El Arbolillo, C.P. 24010, Delegación Gustavo A. Madero, CDMX

Las Unidades de Medicina Familiar en las que llevé a cabo mi experiencia profesional corresponden al Primer Nivel de Atención, el cual permite tener el primer contacto con la población, así como resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes a través de actividades de Promoción de la Salud, Prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud, en donde se resuelven aproximadamente el 85% de los padecimientos (Julio, Vacarezza, Álvarez, Sosa, 2011).

Es importante señalar que trabajé con derechohabientes del Nivel Preventivo Primario, se realizaron medidas orientadas a prevenir enfermedades o problemas de salud a través del fomento de estilos de vida saludables. También trabajé con derechohabientes del Nivel Preventivo Secundario que fueron diagnosticados con algún padecimiento crónico.

1. Marco teórico-conceptual

1.1 El Instituto Mexicano del Seguro Social en el Sistema de Salud en México

Los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) constituyen la respuesta social organizada para que los países puedan contender con los grandes retos que van enfrentando para mejorar, mantener y acrecentar el nivel de salud de los ciudadanos. Son instrumentos que contribuyen al bienestar social y un recurso invaluable que es preciso desarrollar para solucionar los problemas de salud del presente y prever lo que se espera en esta materia en el futuro (Chertorivski y Fajardo, 2012).

En el caso de México, el Sistema de Salud está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las Instituciones de Seguridad Social³, en las que se encuentran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR), que prestan servicio a los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, así como a familiares; el sector público también comprende a instituciones como el Seguro Popular de Salud (SPS)⁴, la Secretaría de Salud (SSa)⁵, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) que prestan servicios a la población que no cuenta con seguridad social como son los autoempleados, trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo. Mientras que el sector privado presta servicios a la población que tiene capacidad de pago y comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores

³La seguridad social nace el primero de enero de 1943 con la fundación del IMSS, que ofrece un conjunto de prestaciones económicas (pensiones, invalidez, muerte) y en especie (atención de enfermedades y maternidad) (Secretaría de Salud, 2005).

⁴ Actualmente denominado Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

⁵ El 15 de octubre de 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyo nombre tenía implícita una concepción asistencial para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos. Actualmente se conoce como Secretaría de Salud (SSa) (Secretaría de Salud, 2005)

de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados (Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola, Frenk, 2011).

Por consiguiente, México tiene un sistema de salud mixto, y esto se debe quizás a que durante buena parte del siglo pasado, el consenso en torno a la seguridad social como principal mecanismo para ampliar el acceso a la salud perduró, ante el creciente desarrollo de la economía; de esta forma, la visión que se tenía era que todas las personas obtendrían un empleo formal y con ello un acceso a la salud. Sin embargo ésta visión no se ha cumplido del todo (Chertorivski y Fajardo, 2012).

En el año 2003, al modificarse la Ley General de Salud, se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), con la finalidad de proveer una alternativa de protección social en salud mediante un nuevo esquema de aseguramiento público para la población que no cuenta con acceso a seguridad social y bajo un esquema de aseguramiento universal, sin distinción de su condición social, laboral y económica (Secretaría de Salud, 2005). Dicha modificación de la Ley implicó la creación del marco legal que trazaría los lineamientos para lo que sería la política más grande en materia de salud. Su brazo operativo ha sido el Seguro Popular de Salud (SPS)⁶, cambio que se aprovechó para homologar financieramente a los tres pilares institucionales (IMSS, ISSSTE y SPSS), el cual creó las condiciones para avanzar hacia la universalización del Sistema Nacional de Salud (Idelfonso, 2012).

De todas las instituciones públicas, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es el que brinda el mayor número de población con Seguridad Social en México, el cual fue eje principal del presente trabajo y que de acuerdo al *Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 (PRIIMSS)*, cuenta con una población derechohabiente de 57.5 millones de personas. Además de los servicios médicos que dicha institución ofrece a su población derechohabiente, también brinda servicios médicos de primero y segundo nivel de atención a la población que

⁶ La afiliación al Seguro Popular de Salud es voluntaria y tiene una duración de un año. Los beneficios de este esquema se dirigen al núcleo familiar: titular (padre o madre), su concubino (a) o cónyuge, y se extiende hasta hijos, ascendientes y menores que formen parte del hogar con algún parentesco consanguíneo. Cada familia afiliada tiene derecho a acceder el paquete de intervenciones médicas y a las medicinas asociadas a estos servicios (Idelfonso, 2012).

no cuenta con seguridad social a través del Programa IMSS-Oportunidades, cuya población adscrita asciende a 11.9 millones de personas.

De acuerdo con lo anterior, la provisión de atención médica es una de las funciones más importantes que realiza el IMSS, en términos de recursos requeridos e impacto poblacional. La amplia gama de servicios médicos, preventivos y curativos que ofrece tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y contribuir al desarrollo de las familias derechohabientes.

Según el *Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018* (PRIIMSS), el IMSS cuenta con seis mil unidades médicas aproximadamente y 428 mil trabajadores, entre ellos médicos, enfermeras y personal administrativo. En un día típico del Instituto se otorgan más de 491 mil consultas médicas, de las cuales 49,800 son atenciones por urgencias; se registran alrededor de 5,500 egresos hospitalarios y 4,100 intervenciones quirúrgicas; además, se elaboran más de 762 mil análisis clínicos.

La Ley del Seguro Social ofrece a sus derechohabientes⁷ dos tipos de prestaciones: en especie y en dinero; las prestaciones en especie están orientadas a proteger la salud individual y colectiva de los derechohabientes a través de: asistencia médica quirúrgica, hospitalización, aparatos de prótesis y ortopedia (en caso de riesgos de trabajo), rehabilitación, asistencia obstétrica, ayuda para lactancia y una canastilla al nacer el niño, servicios de guardería desde los 43 días hasta los cuatro años. Mientras que las prestaciones de dinero como subsidios por incapacidad laboral en caso de enfermedad, riesgo de trabajo y maternidad, ayudas para gastos de matrimonio, funeral y desempleo; y pensiones en caso de incapacidad permanente por cesantía en edad avanzada y vejez, riesgos de trabajo para el trabajador y/o esposa, descendiente o ascendientes y servicio de guarderías para las madres que

⁷La Ley del Seguro Social en el artículo 12 establece que "son sujetos de afiliación (derechohabientes) del régimen obligatorio del Seguro Social las personas que presten a otra persona física o moral un servicio personal subordinado; los socios de sociedades cooperativas; y, las personas que determine el Ejecutivo Federal". El régimen de obligatoriedad de otorgar prestaciones en especie y en dinero, se asume en el momento mismo en que existe la relación laboral (Idelfonso, 2012).

trabajan y para los trabajadores viudos o divorciados que mantengan la custodia de sus hijos (Idelfonso, 2012).

Ahora bien, los ingresos del Instituto Mexicano del Seguro Social provienen principalmente de tres fuentes: 1) de las cuotas y aportaciones tripartitas a la seguridad social que reciben por parte de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal, incluidas las multas, recargos y actualizaciones; 2) de los ingresos derivados de las ventas y servicios en tiendas, centros vacacionales, velatorios y la Unidad de Congresos del Centro Médico Siglo XXI; y 3) de los intereses y rendimientos obtenidos de la inversión de las reservas y disponibilidades, así como del uso de los recursos de las reservas y fondos del Instituto, de acuerdo al PRIIMSS 2014-2018.

Finalmente, cabe mencionar que el Sistema Nacional de Salud Mexicano ha ido evolucionando, desde su creación, conforme a los cambios no solo de componente biológico de la salud, sino desde el aspecto económico, político y social del país. Esta evolución, en cualquier sistema de organización, es el elemento que le permite subsistir, ascender y responder al objetivo por el que fue creado, en este caso proteger la salud de los mexicanos (Chertorivski y Fajardo, 2012).

2. Marco normativo del derecho a la Protección de la salud en México

2.1 Constitución política y Ley General de Salud

El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece el derecho que tienen los mexicanos a la protección de la Salud. Sin embargo, no todos lo pueden ejercer de manera efectiva (Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola, Frenk, 2011). Por ello, se realizaron cambios estructurales en el Artículo 4° con la intención de incorporar, como garantía social, el derecho a la protección de la salud. Mediante esta reformulación, la salud dejó de ser un derecho vinculado a la condición laboral del individuo para convertirse en un derecho al que se accede por la mera condición de ciudadano (Chertorivski y Fajardo, 2012). Además del artículo 4° Constitucional, la Ley General de Salud (LGS) concibe también el derecho a la salud como uno de los requisitos esenciales para el disfrute de los beneficios y obligaciones ciudadanas. La LGS representa el marco legal de referencia inmediata ya que no solo provee los lineamientos generales para el ejercicio del derecho a la salud en México, sino que ésta se incorpora como materia de salubridad general y la protección en salud (Idelfonso, 2011). Además la misma ley establece en el artículo 51 que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como un trato respetuoso y digno de los profesionales (Idelfonso, 2011).

Por otro lado, en México la planeación se concibe como el medio para desempeñar eficazmente la responsabilidad que tiene el Estado sobre el desarrollo integral del país; al Ejecutivo Federal le corresponde conducir la planeación nacional del desarrollo, y ésta es entendida como la ordenación racional y sistemática de acciones que tienen como propósito transformar la realidad nacional, conforme a las normas, principios y objetivos que la Constitución y las leyes establecen (Fernández, 2015).

Según el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece la planeación del desarrollo nacional como el eje que articula las políticas públicas que lleva a cabo el Gobierno de la República,

pero también es la fuente directa de la democracia participativa a través de la consulta con la sociedad.

La Constitución, en conjunto con la *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*, la cual establece las bases para promover y garantizar la participación democrática de los diversos grupos sociales, pueblos y comunidades para la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo, y en coordinación también con la *Ley de Planeación*, la cual establece las normas y principios básicos conforme a los cuales se llevará a cabo la planeación nacional del desarrollo, sustentan las bases para elaborar el Plan Nacional de Desarrollo (PND) (Fernández, 2015).

2.2 Plan Nacional de Desarrollo (PND)

El plan se integra por programas sectoriales, institucionales, regionales y especiales y para la ejecución de éstos, las dependencias y entidades elaborarán programas anuales, que incluyan los aspectos administrativos y de política económica, social, ambiental y cultural correspondientes. Estos programas anuales deberán ser congruentes entre sí, regirán, durante el año de que se trate, las actividades de la administración pública federal en su conjunto y servirán de base para la integración (Fernández, 2015).

El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (PND) es un documento de trabajo que rige la programación y presupuestación de toda la Administración Pública Federal y considera que la tarea del desarrollo y crecimiento corresponde a todos los actores, todos los sectores y todas las personas del país.

Está cimentado sobre el objetivo general *Llevar a México a su máximo potencial*, y cinco metas Nacionales, de la cual abordaré únicamente la meta número 2. México incluyente, la cual propone enfocar la acción del Estado en garantizar el ejercicio de los derechos sociales y cerrar las brechas de desigualdad social; esto con el fin de que el país se integre por una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad. Ejercer los derechos sociales implica el acceso a los servicios, agua potable,

drenaje, saneamiento, electricidad, educación, alimentación, vivienda digna y seguridad social. El ámbito de seguridad social y salud es el eje primordial a tratar en el presente trabajo.

Si bien, en materia de salud no solo se pretende asegurar el acceso a los servicios de salud (independientemente de la condición social o laboral de los mexicanos), y garantizar que sean de calidad éstos servicios, sino que también se pretende mejorar la salud mediante acciones de protección a la salud, promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Esto se pretende lograr a través de líneas de acción cómo: la reducción de la carga de morbilidad y mortalidad en enfermedades crónicas, principalmente hipertensión y diabetes, instrumentando acciones para la prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes, controlando enfermedades de transmisión sexual, promoviendo una salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable y fortaleciendo programas de detección oportuna de cáncer de mama, de cáncer cérvico-uterino y de cáncer de próstata.

2.3 Programa Sectorial de Salud (PROSESA)

Por su parte, los Programas Sectoriales se sujetan a las previsiones contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo y especificarán los objetivos, prioridades y políticas que regirán el desempeño de las actividades del sector administrativo de que se trate. En este caso, se aborda al sector salud (Fernández, 2015).

En alineación con el Plan Nacional de Desarrollo, surge el *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* (PROSESA), definido como el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República formula las estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos en materia de salud.

Dicho Programa Sectorial de Salud establece seis objetivos, de los cuales solo se abordará el número 1. Consolidar las acciones de protección a la salud, promoción de la salud y prevención de enfermedades, y para lograr dicho objetivo se han

establecido estrategias referentes a promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.

Esto se logrará a través de líneas de acción que impulsen la participación de los sectores público, social y privado, generando estrategias de mercadotecnia social y comunicación educativa que motiven la adopción de hábitos saludables, impulsando la comunicación personalizada para el mejor uso de la información y así la población pueda tener una mejor de la toma de decisiones en salud, promoviendo la actividad física y alimentación correcta en diferentes ámbitos (sitios de trabajo y escuelas), reforzando acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social, fomentando los entornos saludables (en particular escuelas de educación básica, media superior y superior), fortaleciendo la promoción de la salud ocupacional, promoviendo las estrategias de prevención y promoción de la salud mental, promoviendo la estrategia de prevención y promoción de la salud bucal, impulsar acciones para la prevención y control de adicciones, incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes, fomentado estilos de vida saludables en cuanto a alimentación y actividad física en adolescentes, así como también promover el envejecimiento activo y saludable para lograr una mejor calidad de vida de las personas adultas mayores.

Mientras tanto, los Programas Institucionales que deben elaborar las entidades paraestatales, también se sujetan a las previsiones contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial correspondiente. Las entidades, al elaborar sus programas institucionales, se ajustarán, en lo conducente, a la ley que regule su organización y funcionamiento (Fernández, 2015). En este caso, se trata del Programa Institucional en el ámbito de la Salud, PRIIMSS.

2.4 Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PRIIMSS)

El Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 (PRIIMSS) está alineado principalmente con la Meta Nacional N° 2 “Un México Incluyente” del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND 2013-2018), así como con los Programas Especiales Transversales derivados del mismo. Define objetivos, estrategias y líneas de acción que se implementarán durante la presente Administración buscando contribuir principalmente el logro de dos objetivos y prioridades propuestos en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, y ampliar el acceso a la seguridad social.

Sin embargo el objetivo que interesa resaltar es el Número 4 “Mejorar el modelo de atención en salud”; que se refiere a implementar acciones para reforzar la atención primaria, reorganizar los servicios para la provisión de la atención integral a la salud que incluya la prevención, curación y rehabilitación. En cuanto a la prevención, se pretende ampliar la cobertura de los Programas Preventivos PrevenIMSS, promoviendo la educación participativa para el autocuidado de la salud de los derechohabientes y mejorando la atención integral para los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

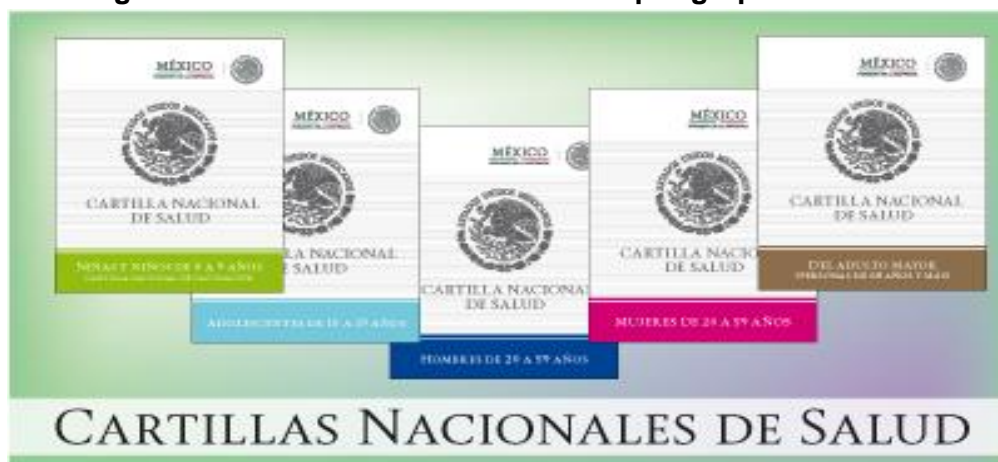
Cabe mencionar que posteriormente el Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la Dirección de Prestaciones Médicas tiene como responsabilidad la definición de actividades encaminadas a la prevención y control en los procesos de salud enfermedad. Es por eso que se han creado programas de prevención de enfermedades, promoción de la salud y educación para la salud que permita que los pacientes fomenten su autocuidado, llamados PrevenIMSS (Carvajal, 2014).

2.4.1 El Programa Preventivo PrevenIMSS como punto de partida para la creación de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud en el IMSS.

PrevenIMSS fue diseñado durante el año 2001 y puesto en operación en 2002. Para fines de comunicación, se formó el acrónimo PrevenIMSS, que fusiona el concepto prevención con las siglas del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). Se trata de una estrategia que ordena y sistematiza la prestación de los servicios preventivos a través de cinco grandes programas para los derechohabientes de las Unidades de Medicina Familiar: 1) Salud del Niño (menores de 10 años); 2) Salud del Adolescente (de 10 a 19 años); 3) Salud de la Mujer (de 20 a 59 años); 4) Salud del Hombre (de 20 a 59 años); 5) Salud del Adulto Mayor (60 y más años) (Secretaría de Salud, 2013).

Los instrumentos centrales de los Programas PrevenIMSS son las Cartillas Nacionales de Salud (Ver figura 1), por grupos de edad que contienen los siguientes componentes: Promoción de la salud, nutrición, esquema de vacunación, prevención y control de enfermedades, detección de enfermedades, salud bucal, salud sexual y reproductiva, prevención de accidentes y lesiones, prevención de adicciones y actividad física (Secretaría de Salud, 2013).

Figura 1. Cartillas Nacionales de Salud por grupos de edad.



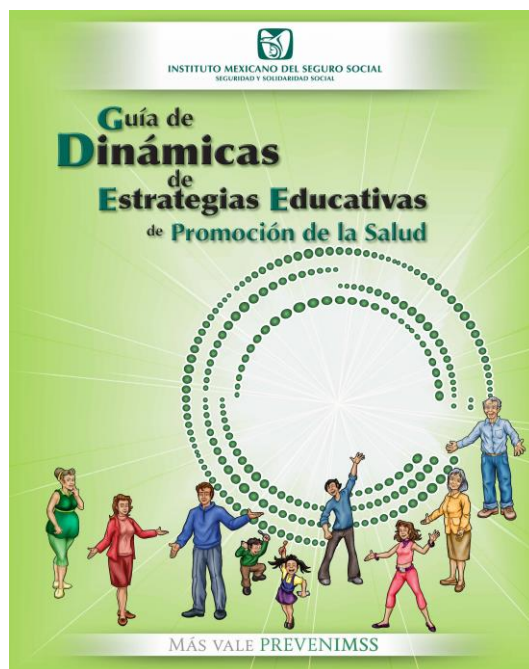
Fuente: Secretaría de Salud. Publicado el 4 de octubre de 2015.

Además de las Cartillas Nacionales de Salud, otro instrumento indispensable para los Programas PrevenIMSS, son las “Guías para el cuidado de la salud”, que se deben utilizar como documentos de apoyo para las acciones educativas que en cada consulta deben realizar los médicos y las enfermeras, y en general todo el personal que labora en las unidades de primer nivel de atención (Gutierrez, Flores, Fernández, Martínez, Velasco, Fernández y Muñóz, 2006).

Para poder cubrir uno de los componentes del Programa PrevenIMSS, que es Promoción de la Salud, se han creado las “Estrategias Educativas de Promoción de la Salud” (EEPS), que son modelos educativos instrumentados por PrevenIMSS, que permiten proporcionar los temas básicos de educación para la salud que contienen las Cartillas Nacionales de Salud (Armenta, Millán, Jaimes, Salvador, Paz, Miranda, Palomares, Martínez, Acosta, Jasso, Pérez, Romero y López 2015). Dichas EEPS están diseñadas para combatir los principales problemas de salud pública y disminuir o eliminar los factores de riesgo que los propician. Abordan los principales temas de salud de cada etapa de la vida, desde niños de tres años, hasta adultos mayores de 60 años. El propósito fundamental es inducir a un estilo de vida activo y saludable en cada etapa de la vida (Silva, Armenta, Millán, Jaimes, Salvador y Ocampo, 2014). Las EEPS, se llevan a cabo a través de sesiones educativas, y de acuerdo con sus recursos, cada Unidad de Medicina Familiar (UMF), elabora un programa semanal de sesiones educativas en pequeños grupos. Las cartas descriptivas y los contenidos técnicos de estas sesiones fueron elaboradas por un grupo de expertos (Gutierrez, Flores, Fernández, Martínez, Velasco, Fernández y Muñóz, 2006). Los temas abordados en las sesiones se imparten a través de dinámicas distintas para cada grupo de edad, y están establecidas en la “Guía de Dinámicas de Estrategias Educativas de Promoción de la Salud”, que es un instrumento que dirige y orienta las acciones a desarrollar en las sesiones educativas de cada EEPS, rigiéndose en el cumplimiento del objetivo de cada dinámica y debiendo utilizar el material didáctico indicado (Armenta, Millán, Cortés, Vega, Miranda, Palomares, Abundis, Paredes, Martínez, López y Arreola, 2018) (Ver Figura 2).

Las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud proponen transformar la forma tradicional de realizar dinámicas grupales para prevenir y controlar alguna enfermedad en particular, por talleres dinámicos participativos y vivenciales, con bloques temáticos relacionados entre sí y entrelazados con aspectos de habilidades para la vida y desarrollo humano, en los que se destaca la importancia de la participación del equipo de salud desde su propio humanismo (Armenta, Millán, Jaimes, Salvador, Paz, Miranda, Palomares, Martínez, Acosta, Jasso, Pérez, Romero y López 2015). Así surgen: *ChiquitIMSS*, *JuvenIMSS*, *Ella y Él*, *Embarazo*, *Envejecimiento Activo*, *Pasos por la Salud* y *Yo puedo*, cada una con características propias de la población a la que se dirigen. Cada EEPS cuenta con su propio logo que permite identificarlas rápidamente (Ver en Anexo).

Figura 2. Guía de Dinámicas de Estrategias Educativas de Promoción de la Salud



Fuente: Imagen de la portada de la Guía de Dinámicas de Estrategias Educativas de Promoción de la Salud.

Cabe mencionar que el surgimiento de dichas EEPS, se sustenta en el *Informe de Rendición de cuentas del Instituto Mexicano del Seguro Social* de la administración del sexenio 2006-2012, sin embargo las EEPS estaban en funcionamiento cuando

se realizó la presente experiencia profesional que corresponde al sexenio 2013-2018.

De acuerdo dicho Informe, desde el año 2002 que inició PrevenIMSS y hasta el año 2006, la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en los derechohabientes de todas las edades se abordó mediante sesiones educativas y orientaciones individuales o grupales. Y a partir del año 2006 el IMSS incursionó en nuevas estrategias educativas y de participación social, para promover y practicar un estilo de vida activo y saludable.

3. Conceptos que sustentan los contenidos en las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud.

3.1 Salud Pública y las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud.

Desde tiempos remotos, las acciones colectivas para satisfacer las necesidades que son propias de la naturaleza biológica, psicológica y social del hombre, le han permitido consolidar su existencia en la tierra. Diversas culturas han demostrado la preocupación del hombre por proveer de un mínimo de bienestar en su convivencia comunal. Si el bienestar es un componente indispensable en la salud, individual o colectiva, la enfermedad es una eventualidad en constante amenaza. Es por esto que los dirigentes religiosos y sociales han dictado desde tiempos pasados, medidas para evitar la propagación de enfermedades. Las medidas preventivas han sido siempre acordes con el concepto prevalente acerca de las causas que dan lugar a las enfermedades (Vega, 2000).

El término *Salud Pública* está cargado de significados ambiguos. En su historia han sido particularmente prominentes cinco connotaciones. La primera equipara el adjetivo “pública” con la acción gubernamental, esto es, el sector público. El segundo significado es un tanto más amplio, pues incluye no solo la participación del gobierno sino la de la comunidad organizada, es decir, el “público”. El tercer uso identifica la salud pública con los llamados “servicios no personales de salud” es decir, aquellos que se aplican al medio ambiente (por ejemplo, el saneamiento) o la colectividad (por ejemplo, la educación masiva para la salud) y que por lo tanto no son apropiables por un individuo específico. El cuarto uso es una ampliación del tercero, en tanto se le añaden una serie de servicios personales de naturaleza preventiva dirigidos a grupos vulnerables (por ejemplo, los programas de atención materno infantil). Por último, a menudo se usa la expresión “problema de salud pública” sobre todo en el lenguaje no técnico, para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad (Frenk, 1994). Existen funciones que describen las acciones colectivas tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminadas a proteger y mejorar la salud de las personas, encargándose de asegurar el acceso a la atención de salud y su calidad.

Se denominan *Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)*, las cuales se han definido como *condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública*. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) por medio de la iniciativa “La Salud Pública en las Américas”, definió once FESP y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública (Muñoz, Fernando; López-Acuña, Daniel; Halverson, Paul; Guerra de Macedo, Carlyle; Hanna, Wade; Larrieu, Mónica; Ubilla, Soledad; Zeballos, José Luis, 2010) De las once FESP, únicamente se describirá la n° 3 que aborda las capacidades que se requieren para desarrollar los componentes de la Promoción de la Salud, en la comunidad y desarrollo de programas para reducir riesgos y daños a la salud que cuenten con una activa participación de los ciudadanos. Está encaminada al empoderamiento de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida y formen parte del proceso dirigido a cambiar los hábitos de la comunidad, al mismo tiempo que exijan a las autoridades responsables la mejora de las condiciones del entorno para facilitar una “cultura de la salud”. Para lograrlo se requiere la colaboración activa del personal de los servicios de salud en el desarrollo de programas educativos en escuelas, iglesias, lugares de trabajo y cualquier otro espacio de organización social relevante para proporcionar información sobre salud (Muñoz, Fernando; López-Acuña, Daniel; Halverson, Paul; Guerra de Macedo, Carlyle; Hanna, Wade; Larrieu, Mónica; Ubilla, Soledad; Zeballos, José Luis, 2010). Dicha Función Esencial de la Salud Pública refiere acciones y actividades propias de las EEPS ya que mediante ellas, se promueve la alimentación correcta, el consumo de agua simple potable a su vez disminuyendo el consumo de azúcares y grasas, se promueve también la actividad física, entre otros temas que permiten promover comportamientos en beneficio de la salud.

3.2 La Promoción de la Salud en el IMSS, una visión desde las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud

Para entender mejor a la Promoción de la Salud, la Carta de Ottawa refiere que:

Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. 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.

Henry Sigerist fue uno de los primeros autores en hacer referencia al concepto de Promoción de la Salud (PS), al definir las cuatro áreas esenciales de la medicina: la Promoción de la Salud, la Prevención de enfermedades, la recuperación de los enfermos y la rehabilitación (Czeresnia y Machado, 2008). Utilizó el término de Promoción de la Salud para referirse a “las acciones basadas en la educación sanitaria, por un lado, y las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida, por el otro”. Sigerist propuso un Programa de Salud que consistía en tener: Educación libre para toda la población, en mejorar las condiciones de Trabajo y vida, mejorar los medios de recreación y descanso y tener centros médicos de investigación y capacitación (Restrepo y Malaga, 2001). En otras palabras, Sigerist consideraba que la salud se promovía cuando se tenía un nivel de vida decoroso, porque de no tener éste nivel de vida, la población carecía de una buena salud.

Last, también aportó una definición de Promoción de la Salud que es:

El proceso de capacitar a las personas para que éstas aumenten el grado de control que ejercen sobre su salud, y la mejoren. Además agrega que la Promoción de la Salud actúa sobre la población como un todo, en el contexto de la vida diaria, más que dirigir

los esfuerzos hacia aquellas personas que se encuentran bajo el riesgo de contraer determinadas enfermedades y enfoca su atención sobre los factores o causas determinantes de la salud (Vega, 2000).

La Conferencia de Ottawa, fue ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, pero también se tomaron en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La Conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria.

La Carta de Ottawa estableció cinco “rumbos estratégicos” para orientar a la Promoción de la Salud: 1. La elaboración de una política pública sana; 2. La creación de ambientes favorables; 3. El reforzamiento de la acción comunitaria; 4. El desarrollo de las aptitudes personales; 5. La reorientación de los servicios Sanitarios.

De los cinco rumbos estratégicos mencionados, solo se resaltan en el presente trabajo los que sustentan las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud que son:

La elaboración de una política pública sana; a través de la elaboración de programas políticos con el objetivo de que la población tome decisiones sobre el cuidado de su salud. Debe haber una acción conjunta para contribuir en asegurar bienes y servicios más sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio. Su objetivo es conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas. .

El desarrollo de las aptitudes personales; la Promoción de la Salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que

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

A partir de Ottawa se han realizado otras Conferencias de Promoción de la Salud que, para efectos del presente trabajo se mencionaran únicamente las que sustentan las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud.

En 1997, se llevó a cabo la 4ª Conferencia sobre Promoción de la Salud: *Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI*, organizada en Yakarta. Es la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la Promoción de la Salud. En la cual se enfatizó en que intervenir en Promoción de la Salud es clave, ya que la salud es un derecho humano básico, esencial para el desarrollo social y económico. Con base en evidencias de investigación-acción, se estableció que la Promoción de la Salud hace la diferencia, es efectiva y es una aproximación práctica a la equidad en salud (González, Castro y Moreno 2012). Durante la Conferencia se planteó a la Promoción de la Salud como una valiosa inversión, definiéndola como “un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla”.

Se definieron cinco prioridades para la Promoción de la Salud que son: 1. Promover la responsabilidad social por la salud; 2. Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud; 3. Consolidar y ampliar alianzas estratégicas en pro de la salud; 4. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo y 5. Consolidar la infraestructura para la promoción de la salud. De los cuales se aborda únicamente la prioridad nº 4: Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo. Esta ampliación de capacidad, requiere educación práctica, práctica del liderazgo y acceso a los recursos. Empoderar a los individuos exige un acceso seguro y constante al proceso de decisión y a las herramientas y conocimientos esenciales

para efectuar el cambio. Dichas herramientas y conocimientos los aportan las EEPS, y el paciente es el que toma las decisiones a favor de su salud.

Otra Conferencia de Promoción de la Salud que se llevó a cabo tuvo sede en Nairobi, Kenia, en el año 2009. Con el tema: *La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en Promoción de la Salud*. En dicha Conferencia se establece que la PS "es una estrategia esencial para mejorar la salud y el bienestar y reducir las inequidades en salud y al efectuar eso, ayuda a lograr las metas internacionales y nacionales de salud. Además de que gracias a la PS, se crean sociedades más justas que permitan que las personas puedan llevar vidas que ellos mismos valoran, aumentando su control sobre su salud. La acción que se relaciona con las EEPS es la que hace referencia a *Fortalecer los sistemas de salud, alianzas y acción intersectorial*: Integrando a la Promoción de la Salud en todas las funciones de los sistemas de salud y en todos los niveles, fortaleciendo el liderazgo a través de que los gobiernos aboguen por la promoción de la salud en todos los sectores y ámbitos, apoyando a la acción intersectorial e interdisciplinaria, incluyendo las oportunidades de la regulación y la legislación, asegurando la participación comunitaria en la gobernabilidad de los sistemas de salud en todos los niveles. Así como también implementar una nueva política por la integración sistemática de Promoción de la Salud asegurando que esté incluida en los programas prioritarios de salud. La integración de la promoción de la salud se puede ver integrada en el Programa PrevenIMSS del cual se derivan las EEPS.

Las Conferencias de Promoción de la Salud presentadas, plantean diferentes acciones a realizar por parte de los gobiernos, del sector privado, así como también del sector público. Sin embargo lo que es importante destacar de éstas Conferencias, son las acciones que se realizan directamente con la población. En todas las Conferencias se incluye al menos una acción que va dirigida a desarrollar aptitudes personales para que la población ejerza un mayor control sobre su salud, a empoderar a la población fortaleciendo la acción comunitaria, a desarrollar sus capacidades para que tomen mejores decisiones sobre su salud y a que actúen sobre los determinantes de su salud, etc. Para lograrlo, a la población se le debe

brindar herramientas que le permita tomar las mejores decisiones a favor de su salud, como establece la Conferencia de Ottawa.

A continuación se hablará de las tres categorías conceptuales más importantes que transversalizan las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud, como son: salud, Prevención de la Enfermedad y Educación para la salud.

3.3 La salud como categoría que sustenta las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud

La salud ha sido constantemente una preocupación en todas las sociedades y culturas; puesto que a lo largo de la historia su definición e interpretación conceptual ha ido evolucionando en función de las ideologías y corrientes de pensamiento, así como también del valor social y cultural que se le ha dado en cada momento, y de la metodología empleada para analizarla (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001).

Cada sociedad le ha asignado valores y significados distintos a la salud, los cuales han sido determinados por la manera en la que cada sociedad organiza las relaciones entre sus integrantes, el grado de desarrollo tecnológico, los cambios socioeconómicos que se han estado produciendo a través de la historia y de la capacidad de satisfacción de sus necesidades (González, Castro y Moreno, 2012). Aunque todas las sociedades tengan su propia definición sobre la salud, es decir, cada cultura la interpreta de manera distinta, en todas es considerada como uno de los grandes valores individuales y colectivos y además es considerada como un bien al cual las personas tienen derecho y que debe ser conservado.

Cabe mencionar que a lo largo de la historia y hasta mediados del siglo XX, el concepto de salud se ha caracterizado por tener una concepción biologicista y por definirse desde la enfermedad. Durante siglos las enfermedades se han explicado desde las teorías demoniaca, mítica, humoral, miasmática y microbiana (Frías, 2002). Sin embargo, la salud no se ha quedado solo en definirla desde la

enfermedad, con el paso del tiempo muchos autores le han dado diferentes enfoques.

En los primeros años de la historia se mantuvo el pensamiento primitivo (mágico-religioso), que se centró en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino, ésta actividad aún se mantiene en algunos pueblos de África, Asia, Australia y América. Fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que iniciaron el primer cambio conceptual, pasando del sentido mágico-religioso a un desarrollo de la higiene personal y pública (Perea, 2009). Mientras que en la civilización romana el saneamiento del medio ambiente y el cuidado del cuerpo eran la principal preocupación sanitaria, así fue como decidieron construir grandes acueductos para la dotación de aguas y alejamiento de sustancias de desecho.

Por otro lado, el periodo medieval es considerado como el de las grandes epidemias, relacionadas con el incremento de las comunicaciones y conflictos bélicos. Las medidas preventivas que utilizaron en la instauración de barreras sanitarias en las fronteras, el aislamiento y surgió el concepto de cuarentena. Posteriormente entró el periodo científico que abarca desde el último tercio del siglo XVIII hasta comienzos del Siglo XX. Junto con el desarrollo de la Revolución Industrial aparece la primera escuela de Higiene Ambiental y Experimental (Perea, 2009).

Ya en el siglo XX, con los avances de la bacteriología y con el descubrimiento de la penicilina, la comercialización de antibióticos, la creación de los centros de seguridad social y las campañas de vacunación se abrieron nuevas perspectivas de optimismo en cuanto al riesgo de enfermedades transmisibles. No obstante, pronto se pudo comprobar el carácter multifactorial de la enfermedad ya que, entre otras, las condiciones sanitarias deficientes y las carencias nutricionales tenían gran influencia en la aparición y gravedad de los padecimientos, así como también los factores biopsicosociales. Estos hechos motivaron, el cambio conceptual más importante, pasando de una formulación de la Salud en términos negativos, a una consideración positiva (Perea, 2009).

Uno de los primeros autores en definir la salud fue Sigerist (1941), quien planteó que “no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer en el individuo” (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001).

Mientras tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su carta Magna (1946) definió la Salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad”; sin embargo ha recibido numerosas críticas, calificándola como absoluta, estática y utópica (Perea, 2009).

Otros como Milton Terris la definió como: “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Frías, 2002). Este autor presentó dinamismo en el concepto de salud, destacando que la salud y la enfermedad pueden presentar diferentes grados o niveles. Así que decidió quitar la palabra “completo” (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001). Esta visión, también plantea que la salud y la enfermedad forman un continuo cuyos extremos son el óptimo de salud en un lado y la muerte en el otro lado.

Last, abona al término definiéndolo como:

El estado caracterizado por integridad anatómica, fisiológica y psicológica, con posibilidad para cumplir personalmente las funciones de importancia en el seno de la familia, del trabajo y de la comunidad; capacidad para enfrentarse al estrés físico, biológico, psicológico y social; sentimiento de bienestar y ausencia de riesgo de enfermedad y del fallecimiento a consecuencia de aquella (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001).

Es Blaxter y Marc Lalonde⁸ quienes introducen en el concepto de salud los comportamientos o estilos de vida, el primero expuso que “la salud puede ser definida desde diferentes puntos de vista: no enfermedad, ausencia de enfermedad, bienestar físico, energía o vitalidad, relación social, función y bienestar psicosocial”, pero además agrega a los comportamientos o estilos de vida (Colomer y Álvarez-

⁸Lalonde era un abogado y político que desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá y encargó a un grupo de epidemiólogos que estudiaran, en una muestra representativa, las grandes causas muerte y enfermedad de los canadienses. Al final del estudio Lalonde presentó un Informe denominado: “New perspectives on the health of Canadians” (Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses) (Villar, 2011).

Dardet, 2001). Mientras que el segundo planteó que la salud de las personas está influenciada por los determinantes: del medio ambiente ya sean sociales y físicos en los que vive la población, los biológicos, la organización de la atención a la salud y los estilos de vida (González, Castro y Moreno, 2012). Los determinantes relacionados con el medio ambiente, son aquellos factores físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de agua, suelo, etc. Los determinantes relacionadas con la biología humana; se refieren a los aspectos genéticos y la edad de las personas. La organización de la atención sanitaria que se refiere a la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a las poblaciones. Y por último los estilos de vida, que se refieren a los hábitos personales: alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas, actividad sexual y reproductiva, etc. (Villar, 2011).

3.4 Prevención de enfermedades (PE)

Leavell & Clarck, utilizan también el concepto de Promoción de la Salud (PS) al desarrollar el modelo de la Historia Natural de la Enfermedad (HNE), que conformaría tres niveles de prevención (Czeresnia y Machado, 2008). Sin embargo, para desarrollarlo introdujeron el concepto de “Prevención de Enfermedades (PE)” y lo dividieron en prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

- Prevención primaria: Se desarrolla en el periodo pre-patógeno, consta de medidas de protección específica del hombre contra agentes patológicos. Las medidas adoptadas para la Promoción de la Salud no se dirigen a la enfermedad o desorden, sino que sirven para aumentar el vigor o bienestar generales. Los autores destacan la Educación para la Salud (EpS) como elemento importante para la PS, incluye un buen patrón de nutrición, adaptado a las distintas fases de desarrollo humano, la atención de las necesidades para el óptimo desarrollo de la personalidad, incluyendo la orientación y educación adecuadas de los padres en actividades individuales

o de grupos; educación sexual, bienestar y condiciones agradables en el hogar y en el trabajo (Czeresnia y Machado, 2008). Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud (Vargas, Villegas, Sánchez y Holthuis, 2003).

- **Prevención secundaria:** Son las medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud ya presente un individuo en cualquier punto de su aparición. En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. De allí, la importancia de la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas (Vargas, Villegas, Sánchez y Holthuis, 2003). La prevención secundaria actúa cuando la primaria no ha existido o ha fracasado, cuando se ha producido y está presente el estímulo productor de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de su progresión mediante el tratamiento precoz y oportuno en la etapa pre sintomática, lo cual en algunos casos mejora el pronóstico con el tratamiento adecuado (Carrada, 2000).
- **Prevención terciaria:** Son las medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilita la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuye a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad (Vargas, Villegas, Sánchez y Holthuis, 2003). Su principal objetivo es reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida y es un aspecto importante de la terapéutica y de la medicina rehabilitadora (Villar, 2011).

3.5 Educación para la Salud (EpS) en las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud

La palabra *educación* viene del latín *educere* que significa conducir, guiar, orientar, aunque también es posible relacionarla con la palabra *exducere*: sacar hacia fuera, llegando a la definición etimológica de "conducir hacia fuera" (Campos, 1998). Y se puede definir como un proceso representado por cualquier influencia sobre el individuo que lo haga capaz de adquirir conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos que acepte su grupo social. Son muy numerosos los conceptos acerca de la educación; algunos se refieren a su influencia directa en el individuo, otros consideran que los propósitos que se buscan en un sujeto en particular no pueden desentenderse de los intereses, aspiraciones y necesidades del grupo social al que pertenece (Álvarez, 2005).

Sin embargo, a partir de la diversidad de usos y aplicaciones que se le dan a la palabra educación surgen conceptualizaciones de carácter general planteadas en cada época socio-histórica, relacionadas con los sistemas de creencias y relaciones económicas, políticas, religiosas, morales, culturales, establecidas en la sociedad y algunas otras que se ofrecen como abstracciones de posiciones filosóficas. Pero a pesar de ésta diversidad de usos, se puede concluir que a través de la educación se pretende el perfeccionamiento del individuo como persona integral y como sujeto social, lo que implica en la práctica, que la educación se conciba como un conjunto de procesos dialécticos de relaciones en las que se producen sucesivas tomas de conciencia individuales y colectivas, tomas de decisiones, transformaciones y deseos de armonía, felicidad y trascendencia. Lo cual se va a dar a partir del movimiento, el cambio, y la transformación en los niveles físico, emocional, mental, social y espiritual, (como producto de la práctica reflexiva y la práctica social) (Campos, 1998).

Para lograr estos cambios y transformaciones de los individuos, la educación puede apoyarse de la didáctica, la cual es un conjunto de técnicas destinado a dirigir la enseñanza, para que el aprendizaje de la misma se lleve a cabo con mayor

eficiencia. La didáctica se preocupa por la “manera” de enseñar, no tanto por el contenido. Así que, toma en consideración los diversos elementos que intervienen en el proceso de enseñanza-aprendizaje: 1. El alumno o educando que es la persona a quien pretende enseñar: La enseñanza debe adaptarse al alumno, tanto a su edad como a su capacidad intelectual, experiencias y conocimientos previos, personalidad, situación emocional, etc.; 2. El maestro o educador: Es quien deberá orientar a sus educandos para que aprendan; 3. Los objetivos de la enseñanza: A lo que los alumnos deben llegar sobre conocimientos, aptitudes o habilidades; 4. La materia o motivo de enseñanza: que se refiere al contenido de la enseñanza; 5. Las técnicas y métodos de enseñanza: la didáctica que se utiliza (Álvarez, 1999).

La manera de enseñar o de utilizar la didáctica, está basada en la comunicación educativa, la cual va dirigida a una persona o a varias personas que constituyen un grupo⁹. El educador en salud debe tomar en cuenta que el grupo al que se dirige está formado por individuos de personalidades diferentes, con niveles intelectuales y culturales distintos, y con situaciones emocionales especiales que los hacen más o menos receptivos. Del modo en que se adapte lo más posible a esas diferencias, dependerá el éxito de su labor (Álvarez, 1999).

El educador se debe interiorizar en las características especiales de aquel con el que se va a trabajar, ya que de ellas depende el método de enseñanza que se va emplear, los materiales didácticos o auxiliares de la comunicación que va a utilizar y aun las condiciones del local donde se llevaran a cabo las actividades (Álvarez, 1999). Por ello, debe valorar las condiciones particulares de los integrantes del grupo: edad, sexo, nivel de instrucción, intereses, necesidades, aspiraciones, expectativas, para optar por el método indicado y desarrollarlo con utilidad para el auditorio. Habrá de tomar en consideración además, la madurez, entrenamiento y experiencia de los participantes (Álvarez, 1999).

Dentro del proceso educativo, la comunicación no es algo secundario ni ajeno al mismo, sino que está tan íntimamente unida a él, que es imposible concebir la

⁹ Desde el punto de vista de la psicología social, se dice que un grupo está formado por dos o más personas que comparten normas semejantes y cuyos roles sociales están estrechamente vinculados entre sí (Álvarez, 1999).

educación sin el proceso de comunicación educador-educando. La comunicación se delimita en educación como acción centrada en la relación entre dos o más personas que intercambian información ateniéndose a unos patrones y a unas normas con el fin de educar. La educación se configura como un sistema de comunicación con todos y cada uno de los elementos que lo integran: emisor (normalmente educador), receptor (normalmente alumno) y canal (medios y técnicas). Mientras tanto, la manera de transmitir el mensaje (la información) puede ser intencionada (a través de la palabra oral o escrita, o bien por medio de la imagen) y no intencionada (directamente a través del ejemplo que se deriva de las conductas y actitudes de educador). El mensaje debe estar basado en la evidencia científica y ser adecuado a la capacidad de aprendizaje del que lo recibe (Colomer, Álvarez-Dardet, 2001).

Ahora bien, la educación, el cambio de actitud en el o los individuos, el cambio de comportamientos, las transformaciones, la toma de decisiones, etc., que se está abordando en el presente trabajo está encaminado hacia la salud y el cuidado de la misma. Para ello, existe el concepto “Educación para la Salud (EpS)”, que es un proceso dinámico y permanente, de acciones capaces de influir favorablemente en: los conocimientos, conductas y hábitos de las personas, estimulando su participación activa, consciente y responsable para el autocuidado de su salud, de su familia y de la comunidad (García, 2002). Para esto, se requiere tener un proceso de comunicación educativa., que es la expresión o transmisión de conocimientos o información, donde se intercambian hechos, pensamientos, opiniones o emisiones, (Álvarez, 1999). Los profesionales de la enseñanza pueden ser excelentes educadores de salud (por su formación pedagógica), pero también los profesionales de la salud pueden contribuir de forma significativa a las actividades de EpS, principalmente realizando EpS en pacientes.

En el momento actual, la Educación para la Salud es reconocida como una de las estrategias básicas en la que se debe sustentar el cambio en los sistemas sanitarios para poder alcanzar la “Salud para todos”. No existe programa o proyecto sanitario dirigido a la población, donde la educación para la salud no tenga su espacio.

Técnicos y políticos aluden a ella en sus trabajos y discursos, y la población, cada vez más, empieza a considerarla como una necesidad y un derecho (Frías, 2000).

Las actividades de EpS que se realizan desde los servicios de salud pueden clasificarse en dos grupos: las que se realizan en el contexto de la entrevista clínica por medio del consejo profesional, y aquellas relacionadas con actividades de apoyo a otras iniciativas de EpS y Promoción de la Salud, entre las que destacan la colaboración con grupos de autoayuda, con actividades educativas surgidas desde la comunidad (organizaciones no gubernamentales, grupos juveniles, etc.) y particularmente con aquellas desarrolladas desde el sector educativo y los órganos de participación comunitaria en los servicios de salud (Colomer, Álvarez-Dardet, 2001).

Debe destacarse asimismo que, si bien es cierto que la mayor parte de los esfuerzos y actividades de PS y EpS se realizan desde el primer nivel asistencial, las actividades educativas por medio del consejo profesional pueden ser también relevantes en otros niveles asistenciales. El consejo profesional puede dirigirse bien a pacientes con problemas de salud que requieren cambios significativos en actitudes y conductas propias o de sus familiares (p. ej. Diabetes, tuberculosis respiratoria, demencia senil, etc.) O bien a personas con determinados factores de riesgo susceptibles de intervención educativa (p. ej., tabaquismo, consumo excesivo de alcohol o vida sedentaria) (Colomer, Álvarez-Dardet, 2001). Es decir, la Educación para la Salud no solo se dirige al nivel primario, sino también al nivel secundario, donde ya existe un padecimiento. Para adoptar un estilo de vida sano se debe contar con los conocimientos aportados en parte por la EpS, pero también se requiere de un entorno adecuado y voluntad de hacerlo (Vargas, Villegas, Sánchez, Holthuis, 2003).

Ejemplo de ello se encuentra en las EEPS, en las cuales se trabaja con grupos de población que se encuentran en el nivel preventivo primario y en el nivel preventivo secundario pues ya tienen algún padecimiento como sobrepeso, obesidad, hipertensión y/o diabetes.

La Educación para la Salud es una estrategia muy importante para la Promoción de la Salud y la prevención de las enfermedades. Debe formar parte de todas las acciones de prestación de servicios de salud. La EpS no es solo responsabilidad exclusiva del personal de salud. Supone un nuevo conocimiento que se dirige a la formación y a la adquisición de habilidades para la toma de decisiones por parte del educando, de manera que adopte y refuerce la implantación de hábitos comportamentales sanos y supone un derecho (Vargas, Villegas, Sánchez, Holthuis, 2003). La Educación para la salud es una estrategia de la salud pública y de la medicina preventiva que despierta mayores expectativas entre profesionales de la salud y la población (Colomer, Álvarez-Dardet, 2001).

Finalmente para conseguir cambios en actitudes de las personas, se requiere además de estimular el interés por participar en el proceso de Educación para la Salud, otras consideraciones para lograr sus objetivos:

- El cambio de actitud y de conducta solo podrá alcanzarse mediante la aceptación y adopción conscientes de las medidas de salud propuesta: es una acción que deben llevar acabo los individuos que se educa.
- La autorresponsabilidad en la salud implica aprovechar y aplicar los recursos indisponibles para alcanzarla, no solo para el bienestar personal y familiar, sino también para la colectividad. Es este uno de los propósitos de la participación de la comunidad de las acciones de salud (Álvarez, 1999).
- Como proceso educativo, la Educación para la Salud requiere objetivos pedagógicos explícitos adecuados a las características de las personas a las que se dirige, así como a la utilización de recursos didácticos que promueven la participación de éstas en el proceso de aprendizaje (Colomer, Álvarez-Dardet, 2001). Es decir, para cada grupo de edad se deben revisar ciertos temas y realizar dinámicas de aprendizaje con recursos didácticos de acuerdo a su edad y a sus necesidades.

4. El abordaje de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud en el IMSS.

La primera Estrategia Educativa de Promoción de la Salud que se creó fue *JuvenIMSS*¹⁰, que es un espacio donde se educa y se informa al adolescente sobre los temas importantes para su edad, permitiendo resolver dudas y recibir consejería por parte del personal encargado de la estrategia, que en este caso son los Trabajadores Sociales y la Promotora de la Salud. Su propósito es que los adolescentes aprendan a cuidar su salud a través de dinámicas participativas, con el fin de que tomen las mejores decisiones para su vida. Las actividades para llevar a cabo la estrategia están fundamentadas en la *Guía de Dinámicas de Estrategias Educativas de Promoción de la Salud*, la cual presenta el desarrollo de cada sesión, y que a su vez contiene los temas marcados en la Cartilla Nacional de Salud del adolescente.

La Educación para la Salud dirigida a adolescentes consiste en promover la salud a través de la formación de hábitos y estilos de vida saludables, abriendo espacios de educación y salud en UMF vinculadas a Prestaciones Sociales y Escuelas de responsabilidad institucional, favoreciendo el desarrollo integral de la salud individual y familiar, y previniendo enfermedades asociadas a conductas de riesgo: sobrepeso y obesidad, embarazo no deseado, adicciones, y violencia, entre otros, contribuyendo a la formación de generaciones saludables (Informe de Rendición de cuentas del IMSS 2006-2012).

La segunda Estrategia Educativa de Promoción de la Salud que surgió fue *ChiquitIMSS*¹¹, cuya finalidad es proporcionar a niñas y niños de entre 3 y 6 años

¹⁰ Surge en el año 2008 como un modelo educativo participativo, vivencial y reflexivo, el cual consiste en formar Promotores Adolescentes educadores de sus pares. Es la estrategia seleccionada para fortalecer las actividades de Promoción de la Salud en derechohabientes de 10 a 19 años, tanto en las Unidades de Medicina Familiar y, a partir del año 2010 ésta estrategia incorporó acciones en escuelas de educación media superior (Unidad de Salud Pública, 2011).

¹¹ En un inicio llevaba a cabo el proceso de Promoción de la Salud y Educación para la Salud mediante sesiones educativas y orientaciones individuales, y estaba dirigida a los niños menores de 10 años, en donde el personal de las Unidades de Medicina Familiar aprovechaba cada consulta o contacto de los padres y de los niños con los servicios de salud, para poder promover y educar en salud. Este proceso se llevó a cabo desde el inicio de *PrevenIMSS* hasta el año 2009. Y en 2010 inició *ChiquitIMSS* como una prueba piloto en la Delegación Estado de México Oriente, en Unidades de Medicina Familiar y a partir del año 2011, se aplica en guarderías bajo responsabilidad institucional. Para ello se capacitaron equipos delegacionales, equipos zonales y equipos de guarderías; así mismo se elaboraron y reprodujeron paquetes educativos y trípticos para dar a conocer la estrategia (*Informe de Rendición de cuentas del IMSS 2006-2012*).

de edad y a sus padres o tutores los temas básicos de Promoción de la Salud contenidos en la Cartilla Nacional de Salud (Silva, Armenta, Millán, Jaimes, Salvador, Rosas, 2014). El objetivo de *ChiquitIMSS* es contribuir al cambio por la cultura de salud, al promover el autocuidado desde etapas tempranas de la vida, y también desde la prevención de enfermedades y riesgos, dentro de los que destaca el sobrepeso y obesidad, para formar generaciones más saludables (Mar, 2010).

ChiquitIMSS consta de cinco sesiones de aproximadamente 90 minutos de duración, una diaria para ser llevadas a cabo en forma simultánea con los niños y sus padres, cuidadores o tutores, durante una semana.

Para cada sesión se utiliza diversidad de material didáctico como cuerdas, pelotas, aros, para realizar actividad física, además de otros materiales, como una lona del plato del bien comer para impartir el tema de alimentación correcta y alimentos de juguete (frutas, verduras y productos chatarra). O una cocineta de juguete para impartir el tema de prevención de accidentes. Cabe mencionar que *ChiquitIMSS* cuenta con material exclusivo de la estrategia, llamado “Kit universal”, que contiene un rotafolio, loterías y memoramas con los temas de la estrategia. Además de un CD con canciones diseñadas para dicha estrategia, ya que contienen los temas revisados y a través del canto y baile, los niños junto con los padres de familia comprenden mejor los temas.

Sin embargo, un elemento clave de *ChiquitIMSS*, es que tiene un “teatrín” y como personajes principales a una pareja de títeres guiñol (una niña y un niño, llamados como la estrategia *ChiquitIMSS*) (Ver Figura 3), con una imagen institucional que los identifica en todo el país, acompañados de otros títeres que representan un Parásito, un Señor “Extraño” y a la mascota “Sanito”, y que logran cobrar vida a través de la magia y el movimiento mímico. Esto los hace capaces de dialogar con los niños provocando escenas de juego lúdico con temas de salud, que los convierte en educadores divertidos y elocuentes, idóneos para guiar las actividades de las diferentes sesiones (Silva, 2014), y de ésta manera facilita revisar cada uno de los componentes de la estrategia educando e informando.

Figura 3. Teatrín y títeres guiñol utilizados en la Estrategia ChiquitIMSS.



Fuente: Armenta, Carlos; Millan María Guadalupe y Cols. (2015). *Guía de Dinámicas de Estrategias Educativas de Promoción de la Salud*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Pp. 20

El proceso de construcción de la identidad, afectividad y socialización en los niños, se inicia en la familia; el acompañamiento de los padres o tutores en el proceso educativo de la estrategia *ChiquitIMSS* es fundamental y determinante para que los conocimientos adquiridos tengan un sentido con proyección en su vida cotidiana. Es por ello que la estrategia se diseñó con base a dinámicas participativas, instrumento que se utiliza en los procesos formativos para llegar a la reflexión y toma de decisiones, partiendo de la vivencia de los niños y de su entorno familiar, que se desarrollan en forma simultánea y en grupos paralelos (Silva, Armenta, Millán, Jaimes, Salvador, Rosas, 2014). *ChiquitIMSS* es una estrategia que no solo les permite a los padres de familia y a los niños aprender a cuidarse mientras están dentro de la estrategia, sino que lleven a cabo lo aprendido todos los días. Se pretende también que los padres de familia fomenten la comunicación y el acercamiento con sus hijos para detectar cualquier tipo de problema de salud o a nivel social.

La tercera EEPS denominada *Pasos por la Salud*¹², es una estrategia que promueve un estilo de vida activo y saludable basado en una alimentación correcta, consumo de agua simple potable y práctica de actividad física y/o ejercicio, para disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en derechohabientes de 6 años de edad en adelante, mediante un modelo lúdico, participativo y vivencial, para un aprendizaje significativo en educadores de sus pares, su familia y su entorno social (Guía Técnica para la operación y acciones de las EEPS, 2018).

Esta estrategia se lleva a cabo únicamente en Unidades de Medicina Familiar que se encuentran cerca de Centros de Seguridad Social (CSS), y Deportivos Institucionales. De acuerdo a la *Guía de Dinámicas de Estrategias Educativas de Promoción de la salud*, se lleva a cabo durante tres meses de la siguiente manera: El director de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) o un médico designado por él, le da la bienvenida al grupo de *Pasos por la salud* y presenta al personal que participará en la estrategia, que es la nutricionista (si no se cuenta con ella, lo hará una enfermera), la Trabajadora Social, y el director del Centro de Seguridad Social. La nutricionista evaluará el estado nutricional de los asistentes y a cada uno le proporcionará una “cartera de alimentación”, en la cual llevarán su registro mensualmente de su peso, talla, índice de masa corporal, cuanto tiempo le dedican a la actividad física, etc. Posteriormente la nutricionista, la Trabajadora Social y la Promotora de la Salud, hacen énfasis en la importancia de llevar a cabo una alimentación saludable, de consumir agua simple potable diariamente y de realizar actividad física.

El director de la UMF hace entrega del grupo al director del CSS, ya que *pasos por la salud* es meramente llevada a cabo por CSS, durante tres meses. Posterior a los tres meses, el director del CSS, hará entrega del grupo al director de la UMF, donde de nuevo se evaluará su estado nutricional de los asistentes. De ésta manera los asistentes notarán si las actividades de *Pasos por la Salud* influyeron para disminuir el problema de sobrepeso y obesidad.

¹² Surge inicialmente como un proyecto para combatir el sobrepeso y la obesidad en la población en general. Posteriormente se implementa como una Estrategia Educativa de Promoción de la Salud, con el objetivo de promover un estilo de vida activo y saludable. De acuerdo al *Informe de Rendición de cuentas del IMSS 2006-2012*, durante 2010, se instrumentó este proyecto y en julio del año 2011 se llevó a cabo la prueba piloto en la Unidad de Medicina Familiar 67 de Ecatepec, Delegación México Oriente.

Como cuarta Estrategia Educativa de Promoción de la Salud surge *Ella y El*, también derivada de PrevenIMSS, que corresponde a una respuesta institucional, para mejorar la calidad de vida de mujeres y hombres de 20 a 59 años de edad, cuyo objetivo es disminuir la magnitud de la morbilidad y mortalidad asociada a los riesgos y daños más frecuentes en esta importante etapa de la vida y al mismo tiempo sentar las bases para llegar a un envejecimiento saludable (Unidad de Salud Pública, 2011)¹³

Ella y Él es una EEPS que surgió en el año 2012, y es impartida mediante dinámicas participativas, juegos y cantos que son herramientas que apoyan el aprendizaje, y que pretende orientar a los hombres y mujeres hacia una nueva cultura de salud, dichas dinámicas están establecidas en la *Guía de dinámicas de Estrategias Educativas de Promoción de la Salud*, que a su vez se basan en los temas marcados en la Cartilla Nacional de Salud que corresponde a la edad de 20 a 59 años y son los siguientes: alimentación correcta, actividad física, salud bucal, salud sexual y reproductiva, salud mental, sobrepeso/obesidad y enfermedades crónicas, prevención y tratamiento de adicciones, violencia familiar y de género, prevención de accidentes, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, prevención de tuberculosis pulmonar, prevención de cáncer cérvico uterino (CaCu) y mamario, así como también se orienta sobre enfermedad prostática.

Debido a que el grupo de edad de *Ella y El*, es un grupo en edad productiva y reproductiva, de ésta Estrategia se deriva la quinta Estrategia Educativa de Promoción de la Salud, denominada *Embarazo Saludable*, la cual como su nombre lo indica, está dirigido a mujeres en etapa gestacional, con el objetivo de orientar sobre los cuidados durante y después del embarazo.

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud. La atención prenatal tiene como principales propósitos la prevención de las

¹³ Antes de surgir ésta estrategia, la Educación para la Salud para hombres y mujeres era de manera individual en los consultorios con la enfermera. Y con los Trabajadores Sociales era a través de grupos educativos llamados "Mujer" y "Hombre", en los cuales también participaba el médico, la enfermera, la nutricionista y el estomatólogo. Cabe mencionar que las sesiones eran específicamente como su nombre lo dice, para hombres o mujeres según fuera el caso, mientras que en "Ella y el", se integran hombres y mujeres sin ser divididos. Actualmente se lleva a cabo la estrategia únicamente con Trabajo Social y la Promotora de la Salud (*Informe de Rendición de Cuentas 2006-2012*)

complicaciones maternas durante el curso del embarazo o el diagnóstico oportuno y la atención adecuada de las mismas, así como evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer embarazada, a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación para la salud. (Hernández, 2003). El personal que lleva a cabo ésta atención a la mujer embarazada es el médico familiar primeramente, enfermería, la nutricionista, estomatología y Trabajo Social, cada quien con sus acciones de intervención. En la Estrategia se informa a las embarazadas y a sus familiares (en caso de acompañarlas), sobre los cuidados que deberán tener, informándoles sobre la alimentación correcta (la dieta variada de acuerdo a la disponibilidad local de alimentos), uso de zapato bajo, caminata de 30 minutos tres veces a la semana, técnica correcta de cepillado dental, identificación de signos y síntomas de alarma y qué hacer en caso de presentar signos de alarma, modificar o controlar los factores de riesgo a los que están expuestas, fomentar la lactancia materna, y apoyo para la elección y aceptación de un método de planificación familiar (Hernández, 2003). La Estrategia es educativa pero al igual que las demás estrategias es dinámica, donde permite a las mujeres interactuar con las demás, aprender y compartir sus experiencias a través de juegos.

La sexta EEPS, de acuerdo al *Informe de Rendición de cuentas del IMSS 2006-2012*, se implementa con fundamento en los antecedentes del éxito obtenido a través de los grupos educativos “JuvenIMSS” y “ChiquitIMSS”. Se diseñó un modelo específico para Adultos mayores enfocado a fortalecer las cuatro áreas fundamentales para un envejecimiento saludable: funcional, mental, nutricional y social, llamado *Envejecimiento activo*, que surge en el año 2012 y está dirigido a adultos mayores de 60 años. La salud en las personas adultas mayores es el resultado del estilo de vida que tuvieron en sus años previos, por lo que modificar hábitos y conductas no saludables a través de una estrategia educativa, constituye una respuesta institucional organizada, que tiene el propósito de lograr un envejecimiento activo y saludable en de la población derechohabiente. Para educar y promover la salud en adultos mayores a través de dicha estrategia, se realizan

dinámicas como las demás estrategias, las cuales permiten que los adultos mayores estén activos, aprendan y se diviertan.

Según el Informe mencionado, los temas a desarrollar han sido los marcados en la Cartilla Nacional de Salud que en el caso de los adultos mayores son los siguientes: alimentación correcta, actividad física, salud bucal, salud sexual y reproductiva, envejecimiento saludable, higiene postural, prevención y tratamiento de adicciones, violencia familiar, prevención de accidentes, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, prevención de tuberculosis pulmonar, prevención de CaCu y mamario, enfermedades prostáticas, sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias.

Por último surge en el año 2015 la EEPS *Yo puedo*, dirigida a derechohabientes de 10 años de edad en adelante, con diagnóstico de sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes.

Los objetivos específicos de *Yo puedo* son los siguientes:

- Inducir cambios de actitudes, adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para la vida que le ayuden a tomar decisiones responsables para su salud y su proyecto de vida.
- Fortalecer y complementar las indicaciones del tratamiento no farmacológico emitido por el Médico Familiar.
- Propiciar la reflexión en conservar o mejorar su salud a través del autocuidado y tratamiento médico a seguir (Guía Técnica para la operación y acciones de las EEPS, 2018).

Cabe destacar que el Programa PrevenIMSS desde un inicio planteó como objetivo, contribuir a mejorar la calidad de la atención en salud en las Unidades de Medicina Familiar, utilizando objetivos específicos cómo: otorgar a cada derechohabiente un conjunto de acciones preventivas y educativas para la protección de su salud, y estimular su participación corresponsable en el cuidado de ésta (Unidad de Salud Pública, 2005).

Y por lo que se ha revisado a lo largo del presente trabajo, esto se ha logrado mediante las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud ya que han

constituido la base de conocimientos y habilidades que permiten que la población derechohabiente tenga acceso a la información que los sensibilice para modificar hábitos, fortalecer actitudes y conductas en beneficio de su salud.

5. Mi experiencia laboral como Promotora de la Salud en el IMSS

En este apartado, detallaré la forma en la que me integré a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), laborando como Promotora de la Salud en las Unidades de Medicina Familiar (UMF), específicamente en el área de Trabajo Social.

En el mes de diciembre del año 2013 acudí a un curso en el Hospital de Gineco Pediatría N°3A del IMSS, al finalizar me acerqué al personal del área de Trabajo Social para solicitar información sobre la posible contratación de promotores de la salud en el IMSS, me canalizaron al área de Prestaciones Médicas de la Delegación Norte de la misma dependencia específicamente al área de Trabajo Social.

En la entrevista que me realizó la Coordinadora Delegacional de Trabajo Social, me enteré que hasta el momento no se había contratado personal con la formación en Promoción de la Salud que aplicara las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud (EEPS), sin embargo, había otros profesionistas como trabajadores sociales, psicólogos y pedagogos que ejercían dicha función, por lo tanto, fui la primer profesionista con la formación en Promoción de la Salud al ser contratada en el IMSS para laborar en Unidades de Medicina Familiar¹⁴.

En todas las Unidades de Medicina Familiar que me asignaron se siguió el protocolo de presentación con las Jefes de Trabajo Social, con el equipo multidisciplinario y con las colegas de Trabajo Social. Asimismo me hicieron entrega del calendario y horarios en los que se aplicarían las EEPS con las Cartas descriptivas de todas las funciones y actividades a realizar.

Mi desarrollo laboral se ubicó en distintas Unidades de Medicina Familiar (UMF), comencé en la clínica N° 2 que se encuentra en Sor Juana Inés de la Cruz N° 81,

¹⁴ Es importante mencionar que fui contratada como personal externo al Instituto a través de un área llamada *Prestaciones Médicas*, firmando contrato cada año y sin derecho a prestaciones como seguridad social, vacaciones, caja de ahorro o aguinaldo. En el contrato se establece que la promotora de la salud cubre cada semana una UMF, los días laborables son de Lunes a Viernes en un horario de 9:00am a 5:00pm, y algunas ocasiones se pide laborar unas horas los fines de semana, cuando se organizan ferias de la salud o campañas de salud. En cuanto a la vestimenta, las Jefes de Trabajo Social me solicitaron conseguir alguna playera, camisa, blusa o filipina color azul marino, pantalón blanco y zapatos blancos, como el personal de Trabajo Social que labora en el IMSS)

Colonia Santa María la Ribera, alcaldía Cuauhtémoc; posteriormente en la clínica N° 17, ubicada en Calzada Legaria N° 354, Colonia Pensil, alcaldía Miguel Hidalgo. También colaboré en la UMF N°49, localizada en Avenida Tenayuca Chalmita S/N, Colonia el Arbolillo, alcaldía Gustavo A. Madero y finalmente en la clínica N° 44, situada en Avenida Plan de San Luis 20, Colonia La Purísima Ticoman. En todas ellas realicé cuatro funciones principales:

1. Pláticas en sala de espera a derechohabientes con el propósito de fomentar estilos de vida saludables.
2. Realización de carteles y periódicos murales
3. Participación en ferias de la salud realizadas en las Unidades de Medicina Familiar, Hospitales y empresas privadas.
4. Aplicación de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud (EEPS).

A continuación se describirá de manera sucinta cada uno de estos puntos.

En el primer caso, la temática de las pláticas consistían en impartir una charla diaria a los derechohabientes en sala de espera, con el propósito de fomentar estilos de vida saludables adoptando una alimentación correcta al integrar a su dieta diaria frutas, verduras, agua simple y disminuyendo el consumo de sal, azúcares, grasas, y realizando actividad física. Además de invitarlos a integrarse a las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud (EEPS).

La sistematización de las pláticas diarias consistía en redactar en el formato, una crónica de las actividades realizadas, además de incluir el nombre del derechohabiente, número de consultorio, de seguridad social, de teléfono y turno, posteriormente se les canalizaba a Trabajo Social para que se les realizara una entrevista, conocida mejor como *nota*¹⁵, y para que les anotaran en su Cartilla Nacional de Salud el nombre de la EEPS a la que fueron invitados.

Al mismo tiempo, realizaba carteles informativos y periódicos murales con alguna efeméride del mes relacionados con temas de salud y preventivos como cáncer de

¹⁵La nota de Trabajo Social es el instrumento donde permite redactar de forma sistematizada el inicio, seguimiento o cierre de una intervención social.

mama, hipertensión arterial, prevención de la obesidad y sobrepeso, día mundial contra la diabetes, entre otros. También se aprovechaba para promover la participación de los derechohabientes en las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud.

Otra de las actividades que se realizaron fue el de participar en ferias de la salud organizadas en las mismas UMF, en el Hospital General de Zona N°24, en el Hospital de Gineco Pediatría N°3A y en empresas privadas como Bimbo y Marinela, con la finalidad de dar a conocer las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud.

Finalmente, una de las funciones de mayor importancia que ejercí fue la de poner en práctica la aplicación de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud (EEPS). Para llevarlas a cabo, previamente y acorde a la calendarización y horarios, se preparaban las sesiones con el material necesario para impartir las siete estrategias: *JuvenIMSS*, *ChiquitIMSS*, *Pasos por la Salud*, *Envejecimiento Activo*, *Ella y el*, *Embarazo y Yo puedo*.

Las EEPS *ChiquitIMSS* y *JuvenIMSS* también fueron dirigidos extramuros, es decir, se llevaron a cabo hasta las escuelas como jardín de niños, primarias, secundarias y bachillerato.

Cabe mencionar que aunque en todas las UMF se llevaban a cabo las EEPS, había diferencias en su implementación, mientras algunos se apegaban a la *Guía de Dinámicas de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud*¹⁶, otros no lo seguían. Sin embargo, en mi posición como promotora de la salud decidí respetar los lineamientos institucionales basándome en la *Guía de Dinámicas de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud*¹⁷.

¹⁶ Es el instrumento que dirige y orienta las acciones a desarrollar en las sesiones educativas de cada Estrategia Educativa de Promoción de la Salud, rigiéndose en el cumplimiento del objetivo de cada dinámica y debiendo utilizar el material didáctico indicado para cada EEPS.

¹⁷ En el anexo del presente trabajo, describo las actividades que realice para las EEPS en las Unidades de Medicina Familiar.

6. Mi reflexión como Promotora de la Salud en el IMSS

En un inicio cuando me integré como Promotora de la Salud en las Unidades de Medicina Familiar, mis funciones eran poco evidentes pues solo participaba apoyando a las Trabajadoras Sociales en las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud (EEPS) aplicando sus criterios en cada sesión. Con el paso del tiempo y en función de mis conocimientos, me fue delegada la responsabilidad de estar al frente de las EEPS y dirigir a grupos de derechohabientes que participaban en las Estrategias.

Esto contribuyó en mí como profesional, la confianza de estar frente a los grupos y adoptar habilidades importantes para saber manejarlos, además de que cada grupo y cada EEPS me permitieron ir mejorando en los grupos siguientes.

Haciendo uso de la Educación para la Salud como estrategia de la Promoción de la Salud y para hacer conciencia en los derechohabientes sobre la importancia de adoptar estilos de vida saludables, opté por llevar a la sala de espera materiales como el plato del bien comer o las botargas para promover el uso correcto del preservativo. Además me organicé para revisar sus Cartillas Nacionales de Salud y verificar que en el apartado de *Educación para la Salud o Promoción de la Salud* tuvieran los sellos o fechas que dieran cuenta de que llevaron a cabo las EEPS, en caso de no tenerlo, les hablaba de la importancia de acudir por lo menos una vez al año para recibir información sobre el cuidado de su salud, una vez que los derechohabientes tomaban conciencia de ello, era mi responsabilidad escribir en sus Cartillas la cita de las EEPS.

El resultado de mi trabajo se veía reflejado cuando los derechohabientes llegaban a los grupos conformados para las EEPS con la nota de que había sido yo quien los había canalizado, sintiendo una gran satisfacción y valiéndome el reconocimiento del área de Trabajo Social.

Sin embargo, en ésta experiencia profesional me encontré con varios obstáculos y aspectos negativos al realizar mi trabajo en las Unidades de Medicina Familiar, me di cuenta lo difícil que es para las personas acudir a las EEPS ya que laboran y no

tienen tiempo, es el caso de los derechohabientes de la UMF N° 49, (que se encuentra en la Colonia El Arbolillo, Delegación Gustavo A. Madero), ya que en su mayoría son empleados de jornadas largas y no alcanzan a llegar para acudir a las EEPS, porque sus lugares de trabajo se encuentran retirados en relación a la Unidad de atención médica.

Mientras tanto, otros despreciaban las EEPS al verlas como pérdida de tiempo y algunos más solo alcanzaban a anotarles la cita para acudir a las EEPS en su Cartilla Nacional de Salud pero no esperaban a que les realizaran la *nota*.

Otro aspecto negativo que pude presenciar en todas las UMF fue la apatía de algunas Trabajadoras Sociales que se rehusaron a atender derechohabientes que enviaba a pesar de contar con el personal suficiente para operar las EEPS.

Otro ejemplo es el de las UMF N° 2 (ubicada en la Colonia Santa María la Rivera, Delegación Cuauhtémoc) y la UMF N° 17 (ubicada sobre Calzada Legaria, Delegación Miguel Hidalgo) que a pesar de ser Unidades grandes, ya que tienen 23 y 21 consultorios respectivamente, en comparación con las UMF 44 y UMF 49 que solo tienen 11 y 10 consultorios médicos respectivamente, contaban con poca población adulta mayor y niños, ya que al pasar a hacer mis actividades de invitar a la derechohabiencia a las EEPS en la sala de espera, las persona no se interesaban pues decían que no necesitaban información sobre el cuidado de su salud ya que acudían con médicos particulares quienes los orientaban sobre sus cuidados, además cerca de esa unidad había una Universidad para Adultos Mayores, donde también aprendían cómo cuidar su salud, por lo que algunos consideraban innecesario acudir a las EEPS.

En la UMF N° 44 (ubicada en la Colonia La Purísima Ticoman, Delegación Gustavo A. Madero) fue donde encontré más obstáculos laborales en la aplicación de las EEPS que terminaron repercutiendo en mi salud física y mental.

Algunas compañeras de Trabajo Social con quienes tenía la tarea de trabajar en las EEPS, resultaron ser conflictivas, apáticas, groseras, desorganizadas e indisciplinadas en el trabajo, mostrando sus agresiones no solo a mi persona

(trataban mal a todas las personas que enviaba a Trabajo Social), también lo hacían con las Jefas de Trabajo Social, personal sanitario, administrativo y derechohabiente de la UMF, en gran medida se debió a la protección que les daba su Sindicato y en ese sentido mi desventaja era doble, por un lado no gozaba de los derechos sociales que ellas tenían y su proceder laboral iba en sentido contrario a mi ética de trabajo, por lo tanto, el efecto que me provocó fue agotamiento, desánimo y agobio, en pocas palabras el *síndrome de Burnout*¹⁸.

A estas situaciones se fueron sumando otros aspectos que me hicieron considerar la renuncia a las UMF, por ejemplo mi horario laboral no se respetaba, pues salía más tarde de lo que mi contrato indicaba, además mi horario de comida tampoco se respetaba. Había ocasiones también en las que me solicitaban que fuera los sábados o domingos y esos días no me los pagaban como acordaban. Ahora bien, las desventajas de ser contratada sin prestaciones repercutía en varios aspectos como el económico, porque no me pagaban de manera quincenal sino a final de cada mes y a veces el pago se retrasaba varios días; en mi salud, al no tener un horario establecido de comida y de descanso, aunado a la ausencia de vacaciones que no me permitía descansar, y sin seguridad social pues si llegaba a tener un accidente dentro de mi trabajo o en el traslado a alguna escuela para trabajar de manera extramuros, nadie me cubría y tendría que pagar el médico privado.

Finalmente mi reflexión se basa en torno a las dificultades de contratación en las que estuve trabajando, en ese sentido puedo decir que pese a estas circunstancias pude forjar mis conocimientos, habilidades y disciplina por lo que me fue delegada la responsabilidad de impartir las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud, lo cual me permitió adquirir confianza y seguridad al exponer y explicar frente a los grupos en las EEPS, siendo fortalezas en mi trabajo y en mi persona. Mientras tanto, el ser creativa y tener iniciativa para llevar a cabo mis actividades y funciones fueron otras fortalezas que obtuve, así como también realizar mi labor de convencimiento

¹⁸ El síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. Usualmente se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (Saborío e Hidalgo, 2015).

en Sala de espera para integrar a los derechohabientes a las EEPS, lo cual tuvo resultados favorables.

También tuve oportunidades, comenzando por que la experiencia que fui teniendo en cada EEPS me permitió mejorar para los siguientes grupos en las EEPS. Ahora bien, cuando los derechohabientes acudían a alguna EEPS, aprovechaba para promover las demás Estrategias Educativas, con el fin de dar a conocerlas y se interesaran en acudir.

Por otro lado, las ferias de la salud que se organizaban en las Unidades de Medicina Familiar, en empresas y en Hospitales, así como también el utilizar el material didáctico en sala de espera de las Unidades de Medicina Familiar, fueron actividades que permitían dar a conocer las EEPS y que los pacientes se interesaran en integrarse y participar, al mismo tiempo era una oportunidad que me permitía dar conocer mi trabajo y mi labor como Promotora de la Salud.

Como debilidades dentro de mi experiencia es que el ambiente laboral era conflictivo con algunas Trabajadoras Sociales y eso repercutió en mi salud mental y emocional. Aunado a esto, tuve miedo de quejarme o expresar lo que no me parecía correcto que hicieran mis compañeras.

Y finalmente como amenazas en mí experiencia profesional puedo describir que algunas compañeras Trabajadoras Sociales eran apáticas, groseras, desorganizadas, indisciplinadas y por ende no permitían que fuera un buen servicio y eso desmotivó tanto al paciente como al personal de dicha área. Por otro lado una amenaza para el trabajo era la población derechohabiente que tenía jornadas laborales largas y esto impedía que pudiera acudir a las EEPS. Además de que la población derechohabiente mostraba poco o nulo interés para acudir a las EEPS. También la población prefería informarse sobre los cuidados de su salud con médicos particulares con los que acudían y médicos que tenían en casa. Además cerca de una Unidad de Medicina Familiar en la que laboré estaba la *Universidad del Adulto Mayor*, en la cual se les enseñaba cómo cuidar su salud e impedía que los derechohabientes se integraran a las EEPS. En cuanto a las amenazas sobre mí como empleada es que mi horario laboral no se respetaba, el pago era poco e impuntual y no tenía vacaciones, ni seguridad social.

7. Conclusiones generales

La Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM)¹⁹ considera urgente rescatar el sentido humanista de la educación que oriente a construir la universidad como una institución de cultura, donde la formación de los estudiantes y la producción de conocimientos se realice con rigor científico, un sentido humanístico y crítico. Es por eso que en el Proyecto Educativo de la UACM se promueve la responsabilidad frente a los problemas sociales y se establecen vínculos con la sociedad, dándole mayor importancia al desarrollo del pensamiento crítico a sus estudiantes y a toda la comunidad académica, entendido éste como un ejercicio de reflexión y una construcción de juicios y propuestas que tengan sustento en conocimientos y análisis pertinentes (UACM, 2008). Por ende, dentro de las Carreras que la UACM ofrece, se encuentra la Licenciatura en Promoción de la Salud, perteneciente al Colegio de Ciencias y Humanidades, la cual es la base fundamental del presente trabajo.

Para formar al Licenciado en Promoción de la Salud, el perfil del egresado refiere que éste debe contar con conocimientos en materias básicas para entender al ser humano; conocer teorías epistemológicas y socioeconómicas para la comprensión de la realidad social; conocer los factores condicionantes y de riesgo para la salud integral del individuo y de la comunidad en general, metodologías de la investigación social, educativa y de salud pública, y conocimiento en diagnósticos, políticas, planeación, sobre necesidades y problemas que inciden en la salud integral de los individuos y grupos como espacio de integración profesional. A continuación describo las características principales que algunas asignaturas me aportaron durante la Licenciatura para poner en práctica mi experiencia laboral como Promotora de la Salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

¹⁹ La Universidad de la Ciudad de México, fue fundada el 26 de abril de 2001, por decreto del Jefe de Gobierno del Distrito Federal, como respuesta a las necesidades de educación superior de la Ciudad de México. Tres y medio años después, la Asamblea Legislativa le otorgó la autonomía mediante la promulgación de la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

Como bien mencioné anteriormente, además de participar en las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud (EEPS) impartiendo las dinámicas en cada sesión, también proporcioné información a los derechohabientes sobre los temas pertenecientes a cada EEPS. Para ello, me apoyé de asignaturas que me permitieron entender al ser humano desde el ámbito biológico como son: *Cuerpo Humano I* y *Cuerpo Humano II* donde aprendí a manejar los conceptos básicos de anatomía y fisiología humana y comprender cómo funcionan los diferentes sistemas que lo integran. Una vez entendido el funcionamiento general del cuerpo humano, pude brindar información a los derechohabientes sobre temas relacionados con enfermedades y su prevención, mismas que se encuentran establecidas en la Cartilla Nacional de Salud, cómo son cáncer de mama, cáncer cervicouterino, cáncer de próstata, salud sexual y reproductiva, las vacunas como protección al sistema inmunológico, diabetes, hipertensión.

En ese mismo sentido, hubo otros temas para los grupos *Ella y Él*, *Envejecimiento activo*, *Yo puedo* y *Embarazo*, donde también brindé información sobre los cambios y cuidados que se deben tener durante el embarazo y la importancia de la lactancia materna.

Una de las bases para promover *estilos de vida saludables*, es la alimentación correcta, para poder informar y educar a los derechohabientes sobre éste tema, me basé en la asignatura de *Nutrición y Salud*, la cual se centra en el mejoramiento de hábitos de alimentación de la población y la transmisión de los conocimientos básicos para lograrlo en todas las etapas de la vida.

Mientras tanto, *Patología I* y *Patología II* son asignaturas que complementaron los conocimientos adquiridos sobre el cuerpo humano, ya que permitieron revisar temas de sexualidad, sus bases biológicas, psicológicas y sociales, así como la higiene mental y el diseño programas para atender problemáticas de sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes que se presentaron en el IMSS.

En las asignaturas de *Crecimiento y Desarrollo I* y *Crecimiento y Desarrollo II*, aprendí la importancia de las etapas de vida que van de la infancia a la adolescencia

y de la vida adulta a la vejez, con lecturas y discusiones en clase hice conciencia de las dimensiones física, cognitiva, afectiva y social que cada una de ellas comprende, así como la identidad, género, sexualidad y la familia.

Las enseñanzas que obtuve fueron clave para trabajar las EEPS como *JuvenIMSS*, *Ella y Él* y *Envejecimiento activo*, me apoyé en las teorías aprendidas para planear las pláticas a los grupos. Por ejemplo, hacía uso de diversos materiales para explicar a los derechohabientes los cambios psicológicos, sociales y culturales que se tienen al presentar manifestaciones biológicas como el climaterio, la menopausia, la andropausia o la pérdida de la memoria que ocurren en cada etapa de la vida.

En el ciclo superior cursé las asignaturas de *Psicología Social I* y *Psicología Social II* que de igual manera complementaron mis conocimientos para comprender el desarrollo humano en su aspecto psicológico, sobre todo en el manejo emocional de grupo, y este punto cobra relevancia en el momento en que los derechohabientes compartían sus experiencias y lloraban, tenían crisis emocionales, se encontraban molestos, tristes o angustiados.

Otra de las actividades que efectué como Promotora de la salud fue la de realizar materiales de difusión en promoción y prevención de las enfermedades dentro de las UMF. Para llevarlo a cabo, apliqué los conocimientos adquiridos en la asignatura Salud Comunitaria II, ahí aprendí a elaborar materiales de comunicación con un lenguaje acorde a las características de la población derechohabiente, eso me permitió crear carteles para difundir las EEPS en las ferias de la salud, periódicos murales y trípticos que se repartía a los derechohabientes en sala de espera.

La materia de *Introducción a la Promoción de la Salud*, me permitió conocer las visiones, los antecedentes y fundamentos históricos a través de los cuales se formularon las políticas de la Promoción de la Salud, y con base en ello visualizar el tipo de Promoción de la Salud que se aplicaba en el IMSS. Además dentro de los antecedentes de la Promoción de la Salud que dicha asignatura aporta, se encuentran las diferentes Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud

las cuales han surgido como políticas públicas para atender las necesidades de la población de cada país y que han sido también base para implementar las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud que desarrolla el IMSS.

Lo anteriormente expuesto se vincula con las asignaturas de *Salud Pública I* y *Salud Pública II* que cursé en la licenciatura al comprender las acciones de la política pública aplicadas en instituciones como el IMSS y materializadas en las EEPS cuyo fundamentos encuentra establecidos en el marco jurídico y la estructura de las políticas de salud en México visualizadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (PND), en el Programa Sectorial de Salud 2014-2018 (PROSESA), en el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PRIIMSS) y en el Programa Preventivo PrevenIMSS

Asimismo, las asignaturas me permitieron conocer todos los modelos del proceso salud enfermedad (p-s-e), los niveles de prevención de la enfermedad, los Sistemas Nacionales de Salud, entre otros temas. Lo anterior me ha permitido identificar, comprender y diferenciar los Niveles de atención que manejan las UMF del IMSS y los niveles de prevención que requiere la derechohabiencia y que se relacionan con las EEPS.

Sin embargo, una observación que puedo hacer como egresada de la Licenciatura es que a través de éstas asignaturas se oriente mejor a los estudiantes sobre la Promoción de la Salud, sus características principales, sus alcances (no solo dar pláticas o talleres), porque como bien refiere el perfil del egresado: *que sean capaces de desarrollar modelos de intervención para la atención, resolución y rehabilitación de problemas que afecten a la salud*, de manera que al estudiante le quede claro lo que puede llegar a hacer y no hacer un promotor de salud. Además de que también hay egresados que aún tienen dudas de lo que es la Promoción de la Salud y la confunden con la Prevención de enfermedades, o con la Educación para la Salud, y no sabe realmente qué hace un Promotor de la Salud.

Además considero necesario que haya una verdadera vinculación de parte de la UACM con algunas Instituciones Gubernamentales y ONG's para que sus

egresados puedan ejercer la Licenciatura en Promoción de la Salud, ya que los egresados nos hemos encontrado con que no hay empleo. En mi caso, he buscado en otras Instituciones de Salud públicas como en Jurisdicciones Sanitarias para laborar en Centros de Salud, también Hospitales y Clínicas privadas, donde si está la vacante de Promotor de Salud pero en él se encuentran laborando otros especialistas como: médicos, trabajadores sociales, psicólogos, odontólogos, etc.

Por otro lado, el área de Formación para el trabajo de la Coordinación de Servicios Estudiantiles (CSE) de la UACM, ubicada en Rectoría, en la Colonia Doctores, nos envía correos electrónicos de vacantes de Promoción de la Salud a los egresados de la Licenciatura, pero en mi caso, cuando he ido a entrevistas, si están contratando a promotores de salud pero son para el área de ventas de algún producto o ventas de algún servicio médico; como crítica a este punto yo esperaría que dicha área primero se informara qué es y qué hace un promotor de la salud y luego nos vinculara con una oferta laboral acorde al perfil de egreso que tenemos.

Y finalmente es necesario que haya un reconocimiento de la Licenciatura en el profesiograma para no ser catalogados y pagados como técnicos en promoción de la salud, sino como Licenciados. Han representado legalmente cuatro rectores a la UACM, dos interinos y seis consejos universitarios y no se ha podido ni querido abordar éste tema tan importante, porque siguen egresando promotores de la salud y nos seguimos y seguiremos enfrentando al mismo problema de no ser valorados y tratados de acuerdo a la profesión a la que nos formamos durante cuatro años.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: LIBROS

Álvarez, Rafael (1999). *Educación para la salud*. México: El Manual Moderno. Pp. 7, 17, 29, 46.

Álvarez, Rafael (2005). *Educación para la salud*. México: El Manual Moderno. Pp. 11, 12, 13.

Armenta-Hernández, Carlos Benito; Millan-Romero, María Guadalupe; Cortés-Arredondo, Keila; Vega-Martínez, María Luisa; Miranda-Nuñez, Reyna; Palomares-Valles, Alma; Abundis-Villanueva, Nora; Paredes-Leal, Norma; Martínez-Miguel, Alfredo; López-Chamlati, Cecilia; Arreola-Celis, Alejandro (2018). *Guía de Dinámicas de Estrategias Educativas de Promoción de la Salud*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Pp. 5

Armenta-Hernández, Carlos Benito; Millan-Romero, María Guadalupe; Jaimes-Betancourt, Leticia; Salvador-Omaña, Silvia; Paz-Navarrete, Luz María; Miranda-Nuñez, Reyna; Palomares-Valles, Alma; Martínez-Viveros, Martha; Acosta-Gutierrez, María Nayeli; Jasso-Pacheco, María Guadalupe; Pérez-Sánchez, Bertha; Romero-López, Elsa; López-Chamlati, Cecilia (2015). *Guía de Dinámicas de Estrategias Educativas de Promoción de la Salud*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Pp. 6, 20.

Colomer, Concha y Álvarez-Dardet Carlos. (2001). *Promoción de la Salud y cambio social*. Barcelona (España): Masson, S.A. Pp.3,6,7,8,9,18,61,66.

Czeresina, Dina y Machado, Carlos. (2008). *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones y tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial. Pp. 22 y 23

Frenk, Julio. (1994). *La Salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México: FCE, SEP, Conacyt. Pp. 25, 28, 29, 38.

Frías, Antonio. (2002). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona, España: Masson. Pp.3,5, 341.

González, Rafael, Castro, Juan y Moreno, Laura. (2012). *Promoción de la Salud en el ciclo de vida*. México: MacGrawHill. Pp.22

Guía Técnica para la operación y acciones de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud. (2018). Instituto Mexicano del Seguro Social. Pp. 10, 37. (Consultada en febrero de 2020)

Julio, Vignolo; Vacarezza, Maricela; Álvarez, Cecilia; Sosa, Alicia (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud.* Prensa Medica Latinoamericana, Uruguay. Pp. 12

Mar, Álvaro (2010). *Guía Técnica y dinámicas participativas ChiquitIMSS.* México: IEPSA, Entidad Estatal del Gobierno Federal. Pp. 11

Perea, Quezada, Rogelia. (2009). *Promoción y Educación para la Salud.* Tendencias innovadoras. España: Díaz de Santos. Pp. 12 y 13.

Restrepo, Helena y Malaga, Hernán. (2001). *Promoción de la salud: como construir vida saludable.* Colombia, Bogotá: Médica Panamericana. Pp. 22

Universidad Autónoma de la Ciudad de México. (2008). *El proyecto educativo de la UACM.* México. Pp. 11-12

Vega, Leopoldo. (2000). *La salud en el contexto de la nueva salud pública.* México: El Manual Moderno. Pp. 88 y 89.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA DE PÁGINAS WEB

Campos, Campos, Yolanda. (1998). *Hacia un concepto de educación y pedagogía en el marco de la tecnología educativa*. Formadores Tecnología Educativa/Pedagogía investigación ensayo texto ensayos/98educacionypadagogia Pp. 2,5,8. Disponible en: <http://www.camposc.net/0repositorio/ensayos/98educacionypadagogia.pdf> (Consultado en octubre de 2019)

Carrada-Bravo, Teodoro. (2000). *Prevención de las enfermedades en la práctica clínica. Avances recientes y perspectivas*. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. México. Vol. 13, n°1, Pp. 51-62. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2000/in001i.pdf> (Consultado en junio de 2017)

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf> (Consultado en septiembre del 2017).

Chertoriwski, W. Salomón y Fajardo, D. German (2012). *El sistema de salud mexicano ¿requiere una transformación?*. Gaceta Médica de México. 2012; 502, 503 y 504. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2012/gm126b.pdf> (Consultado en marzo de 2018).

Conferencia de Nairobi, Kenia (2009). *La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en Promoción de la Salud*. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/promociondelasalud/wp-content/uploads/2013/08/Septima-Nairobi.pdf>. (Consultado en septiembre de 2017).

Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI (1997). Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Salud, julio 21-25, 1997. Yakarta, República de Indonesia. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf (Consultado en septiembre del 2017).

Fernández, Jorge (2015). *La Constitución y el derecho administrativo*. Universidad Nacional Autónoma de México: Editorial Instituto de Investigaciones Jurídicas. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Pp. 187, 191, 200, 201, 202.

García, María de Jesús. (2002). *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería*. México: Editorial Progreso. Pp. 233 (Consultado en julio de 2018)

Gómez, D. Octavio; Sesma, Sergio; Becerril, Víctor; Knaul, Felicia; Arreola, Héctor; Frenk, Julio (2011). *Sistema de Salud de México. Salud Pública*. México; S224. (Consultado en julio del 2018).

Gutiérrez, Gonzalo; Flores, Samuel; Fernández, Irma y Cols. (2006). *Estrategia de prestación y evaluación de servicios preventivos*. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Social 2006; 44 (Supl 1): S3-S21 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/ims061b.pdf> (Consultado en septiembre de 2017).

Hernández, B. (2003). *Guía clínica para la atención prenatal*. Revista Médica, IMSS 2003; 41 (Supl 1): S59-S69. Disponible en: <file:///F:/TESIS/imss%20esps/revista%20imss%20embarazo.pdf> (Consultado en agosto 2017)

Idelfonso, Manuel (2011) *Políticas Públicas en Salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México*. Universidad Autónoma de Sinaloa. Pp. 111, 114, 130. Disponible en: http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/li/SS2011_Li_Ruiz.pdf (Consultada en marzo de 2018).

Informe de Rendición de cuentas del IMSS 2006-2012. Pp. 29, 31, 41, 42, 43, 48, 62, 68, 69, 73, 75 Disponible en: <file:///F:/TESIS/imss%20esps/INFORME%20DE%20RENDICION%20DE%20CUENTAS%20PREVENIMSS.pdf> (Consultado en Julio 2017)

Instituto Mexicano del Seguro Social. *Promoción de la salud*. Pp. 35. Disponible en: <https://educacionybienestar.files.wordpress.com/2016/04/2-promocion-de-la-salud.pdf> (Consultado en julio 2017)

Muñoz, Fernando; López-Acuña, Daniel; Halverson, Paul; Guerra de Macedo, Carlyle; Hanna, Wade; Larrieu, Mónica; Ubilla, Soledad; Zeballos, José Luis. *Las Funciones esenciales de salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud*.

(2000). Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 8 (1/2), 2000. Pp. 127, 130 y 131.

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Pp. 12, 13, 21. Disponible en: http://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/MarcoJuridico/PND_2013-2018.pdf (Consultado en mayo de 2018)

Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PRIIMSS). Pp. 5, 6, 7, 17. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf (Consultado en mayo de 2018).

Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018. Pp. 11, 40, 47, 50. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf (Consultado en mayo de 2018)

Quintero, Eva; Quintero, Sara; Gómez, Leysa. *La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria*. Medigent Electrón. 2017 abr.-jun.;21(2). Pp. 106. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v21n2/mdc03217.pdf>

Saborío, Lachiner; Hidalgo, Luis Fernando (2015). *Síndrome de Burnout*. Vol. 32 (1), Marzo 2015. Medicina Legal de Costa Rica-Edición Virtual. Disponible en : <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf> (Consultado en marzo 2020).

Secretaría de Salud. (2013). *Estrategia Nacional para la prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. México: IEPSA, Entidad Paraestatal del Gobierno Federal. Pp. 29 y 30. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf (Consultado el 7 de julio de 2017).

Secretaría de Salud (2005). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México. Pp. 21, 23. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7723.pdf> (Consultado en mayo de 2018).

Silva-Batalla, Anabel; Armenta-Hernández, Carlos Benito; Millán-Romero, Guadalupe; Jaimes-Betancourt, Leticia; Silvia-Salvador, Omaña; Rosas-Ocampo, José (2014). *ChiquitIMSS. Estrategia de Promoción de la Salud, lúdica e integral para niños preescolares del IMSS*. México. Disponible en: <file:///F:/PROGRAMA%20CHIQUITIMSS.pdf> (Consultado en mayo de 2017) Pp.7, 8, 11, 13, 14, 15.

UACM: Portal de Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Tomado de: https://www.uacm.edu.mx/OfertaAcademica/CCyH/Promocion_Salud (Consultado el 30 de junio de 2018).

Unidad de Salud Pública. Coordinación de Programas Integrados de Salud Prevenimss. XI Congreso de Investigación en Salud Pública (2005). Pp.6 Disponible en: http://terceridad.net/PyPS/Por_temas/29_Gob_Fed/Gob_Fed/IMSS/4.pdf (Consultado en julio del 2017).

Unidad de Salud Pública. Coordinación de Programas Integrados de Salud. Área de educación y promoción de la salud. (2011). *Estrategias Educativas de Promoción de la Salud*. Pp. 11 Disponible en: <file:///F:/TESIS/estrategias%20educativas%20final%20pdf.pdf> (Consultado en julio del 2017)

Unidad de Salud Pública. Coordinación de Programas Integrados de Salud. Área de educación y promoción de la salud. (2011) *Juvenimss*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Pp.4, 5 Disponible en: [file:///F:/TESIS/ESTRATEGIA%20JuvenIMSS%20%20%20\(2\).pdf](file:///F:/TESIS/ESTRATEGIA%20JuvenIMSS%20%20%20(2).pdf) (Consultado en junio del 2017)

Vargas, Ileana; Villegas, Oscar; Sánchez, Aurora; Holthuis, Kristin. (2003). *Promoción, prevención y Educación para la salud*. San José, Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS). Pp. 46, 47, 49, 86, 89, 90, 91,92. Disponible en: <http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/documentos/Ed211.paralaSalud-MariaT.Cerqueira.pdf>(Consultado en septiembre de 2017)

Villar, Manuel. (2011). *Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención*. Acta medica peruana (online). 2011, Vol. 28, n°4, Pp. 237-341. Disponible en: www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf (Consultado en septiembre del 2017).

ANEXO

Logos de las siete Estrategias Educativas de Promoción de la Salud

Logo de la EEPS JuvenIMSS



Logo de la EEPS ChiquitIMSS



Logo de la EEPS Pasos por la Salud



Logo de la EEPS Envejecimiento activo



Logo de la EEPS Ella y el



Logo de la EEPS Embarazo saludable



Logo de la EEPS Yo puedo



ACTIVIDADES QUE REALICÉ EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DE IMSS, COMO PROMOTORA DE LA SALUD EGRESADA DE LA UACM

A continuación describiré las actividades y dinámicas realizadas para las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud en las UMF.

Comenzaré con el tema: “Alimentación correcta”, donde mostré en las siete EEPS: *JuvenIMSS*, *ChiquitIMSS*, *Pasos por la Salud*, *Envejecimiento activo*, *Ella y El*, *Embarazo saludable* y *Yo puedo*, el *Plato del bien comer* esquematizado en una lona; en donde expliqué que el color verde correspondía a las frutas y verduras, el amarillo los cereales y el rojo los productos de origen animal y las leguminosas. Para hacer conciencia de la alimentación, hice una analogía del *Plato del bien comer* con un semáforo²⁰, es decir, que el color verde en un semáforo indica “siga”, por lo tanto, no hay límite en el consumo de frutas y verduras ya que contienen vitaminas, minerales, fibra, agua y antioxidantes. Cuando el semáforo cambia al color amarillo indica “prevención” por lo que hay que tener límites en el consumo de cereales, de excederse en ello podría provocar sobrepeso y obesidad. Finalmente el semáforo en rojo indica “alto” por contener leguminosas y productos de origen animal que en grandes proporciones pueden ocasionar daños a la salud.

Evidentemente tuve que mostrar las porciones óptimas para cada alimento y eso lo hice midiendo las porciones con las manos. Por ejemplo el puño cerrado es la porción que nos corresponde para consumir una fruta; el tamaño de la palma de nuestra mano (sin contar los dedos) es la porción de carne que necesitamos ingerir; y si juntamos las dos manos tenemos la medida perfecta para el consumo de verduras diarias. También les mencioné la importancia de hacer tres comidas completas al día, que incluyan un alimento de cada grupo del plato del bien comer, y dos colaciones que puede ser una fruta o verduras o un par de galletas. Para reforzar el tema en las EEPS *JuvenIMSS*, *Pasos por la salud*, *Ella y el*, *Embarazo saludable*, *Envejecimiento Activo* y *Yo puedo*, invité a los asistentes para que

²⁰ En las siete EEPS expliqué de la misma manera el Plato del bien comer, sin embargo para cada EEPS la dinámica para reforzar el tema fue distinta.

formaran menús saludables con el “nutrikit”, que es un kit que contiene varias fotografías de alimentos con sus respectivas calorías y equivalentes.

Foto 1. Utilizando el “nutrikit”, en la EEPS JuvenIMSS.



Foto de Maricela González Arceo. Aula de la UMF N°49 durante la EEPS JuvenIMSS.

Para el caso de *ChiquitIMSS*, la dinámica del tema “Alimentación correcta”, fue distinta, coloqué una tiendita de juguete con canastas de alimentos con frutas, verduras, pan, pastelillos, hamburguesas, galletas, papas fritas, etc. (Ver imagen 2), cada niño con bolsa en mano compró los productos y yo en mi papel de “cajera” mostraba al resto de los asistentes lo que cada niño compraba e inicié una dinámica con preguntas activas y participativas para interactuar con el conocimiento y el aprendizaje de cada niño, esa fue una manera de saber si estaban eligiendo los alimentos balanceados y saludables.

Para cerrar la dinámica, expliqué a sus padres la importancia de enseñar a los niños desde pequeños a consumir frutas y verduras, a comer por porciones pequeñas disminuyendo el consumo de azúcares y cereales que propician a tener sobrepeso

u obesidad, recomendé preparar los alimentos de manera que a los niños les sea atractivo el platillo, procurar comer pocas veces en la calle pues muchas veces no sabemos la manera en qué preparan los alimentos y que puede dañar nuestra salud. Después pedí a los asistentes a tomar un alimento saludable del mercadito y los invité a bailar la canción “No quiero comer”, mientras imitaban mis pasos.

Foto 2. Mercadito utilizado en la Estrategia ChiquitIMSS.



Foto de Maricela González Arceo. Imagen tomada en la EEPS ChiquitIMSS en la UMF N°44.

Otro tema abordado fue la “Atención Preventiva Integral” (API), ahora llamado “Chequeo Anual PrevenIMSS”, que se refiere a las acciones preventivas de vacunación, salud bucal, desparasitación intestinal y prevención de sobrepeso y obesidad. En el caso de *JuvenIMSS* abordé éste tema a través del “twister prevenimss” (Ver imagen 3), el cual contiene temas sobre la importancia de vacunarse, de conservar la salud bucal, de detectar agudeza visual, pero además se integran los temas de cambios físicos en la adolescencia, sexualidad, métodos

de planificación familiar, autoestima, prevención de violencia, prevención de adicciones, entre otros.

Foto 3. Twister prevenIMSS utilizado en la Estrategia Educativa de Promoción de la Salud JuvenIMSS.



Foto de Maricela González Arceo. Imagen tomada en la UMF N°49 durante la EEPS JuvenIMSS.

Para el caso de la estrategia *Ella y El*, invité a los asistentes a jugar con el “Stop PrevenIMSS”, que es una lona que contiene temas sobre padecimientos más comunes en la edad adulta como, hipertensión, diabetes, colesterol y triglicéridos, cáncer de mama, cáncer cervicouterino, tuberculosis, climaterio, menopausia, salud bucal y VIH (Ver imagen 4). Al término de la dinámica reforcé cada uno de los temas explicando cómo actúan las patologías en el organismo así como los factores de riesgo que las generan y las acciones a considerar para su prevención.

Foto 4. Stop PrevenIMSS utilizado en la EEPS “Ella y El”.



Foto de Maricela González Arceo. Imagen tomada durante la EEPS Ella y el, en la UMF N°44.

Para el caso de *Envejecimiento Activo*, el tema de “Atención Preventiva Integral” lo abordé a través de la dinámica “Yo sé cómo” (Ver imagen 5) para prevenir algunos padecimientos en esa etapa de la vida, destacando la responsabilidad que implica el autocuidado personal, así como la importancia de acudir a su Unidad de Medicina Familiar para realizar sus detecciones de glucosa, presión arterial, colesterol alto, vacunas. Además se habló de la importancia de tener una buena higiene personal y salud sexual.

La dinámica fue la siguiente: les repartí al azar una tarjeta que contenía imágenes de alguna parte del cuerpo: ojos, dientes, oídos, pies, etc. Y ellos tenían que pasar frente al grupo y decir “Yo sé cómo...cuidar mis dientes”, y agregar un consejo o tip que utilizan para cuidar esa parte de su cuerpo, mientras fui reforzando la información de cada tarjeta. Al finalizar la dinámica, los asistentes se llevaron conocimientos para seguir cuidando su salud y mejorar su calidad de vida.

Foto 5. Lona de la dinámica “Yo sé cómo”



Foto de Maricela González Arceo. Imagen tomada durante la EEPS Envejecimiento Activo en la UMF N° 49.

Otro de los temas abordados fue la “Prevención de Accidentes”, que para el caso de *JuvenIMSS* invité a los asistentes a jugar con el “Avión prevenIMSS”, que contiene casillas referentes a dicho tema, mientras fui reforzando la información de cada casilla (Ver imagen 6).

Foto 6. Avión PrevenIMSS sobre prevención de accidentes.



Foto de Maricela González Arceo. Imagen tomada durante la EEPS JuvenIMSS en el aula de la UMF N°44.

Finalmente para impartir la estrategia *Yo puedo*, utilicé la dinámica de trabajo “Yo tengo” (Ver imagen 7) con el objetivo de reforzar estilos de vida saludables y el cambio de hábitos saludables, para su implementación, repartí al azar una tarjeta con una ilustración y les solicité que con ella formaran una oración iniciando con las palabras: “yo tengo...”, y complementando la frase con una acción saludable de acuerdo a la ilustración de la tarjeta, por ejemplo: “Yo tengo la posibilidad de modificar mi dieta, eliminando el consumo de grasa y azúcares”, posteriormente la pegaban en un tablero. Al final de la dinámica, enfatice sobre la importancia de tener una alimentación correcta, consumir de 6 a 8 vasos de agua simple potable, realizar actividad física diariamente por lo menos 20 minutos y hacer un cambio por los estilos de vida saludables.

Foto 7. Tablero de la dinámica “Yo tengo”.



Foto de Maricela González Arceo. Imagen tomada durante la EEPS Yo puedo, en la UMF N°44.

Es importante señalar que las EEPS como *ChiquitIMSS* y *JuvenIMSS*, no solo se aplicaron en las UMF, también se dirigieron a población externa como Guarderías, Jardín de Niños, Secundarias y Escuelas de Nivel medio Superior (Ver imagen 8 y 9). Por lo tanto, en mi función de promotora de la salud y el equipo de Trabajo Social

tuvimos la tarea de planificar y organizar la implementación de las EEPS considerando las particularidades de la población.

Foto 8. JuvenIMSS en Escuela con el tema “alimentación correcta”



Foto de Maricela González Arceo. Imagen tomada en la Escuela Secundaria N°251, impartiendo la EEPS JuvenIMSS.

Foto 9. JuvenIMSS en Escuela Secundaria con el tema de “Sexualidad”



Foto de Maricela González Arceo. Imagen tomada en Escuela Secundaria Técnica N° 76 impartiendo la EEPS JuvenIMSS.

Otra de mis tareas fue la de realizar constancias y medallas hechas con monedas de chocolate y con el logo de la estrategia para entregarla a los niños y niñas que acudieran a todas las sesiones de la Estrategia ChiquitIMSS en agradecimiento por su participación (Ver imagen 10).

Foto 10. Medalla diseñada para finalizar la EEPS ChiquitIMSS.



Foto de Maricela González Arceo.
Imagen tomada de las medallas realizadas en la UMF N° 49.

Finalmente, también participé en las Ferias de la Salud para promover las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud en empresas privadas como Bimbo y Marinela, (Ver imagen 11). Y dentro de las Unidades de Medicina Familiar, escuelas (Ver imagen 12) y Hospitales Generales de Zona.

En las Ferias se colocaba un stand y materiales didácticos para que los derechohabientes o las personas que acudían a las Ferias de la Salud conocieran lo que se trabaja en las EEPS. Por ejemplo, si el stand era de la estrategia *Yo puedo*, se colocaba parte del material utilizado, lo mismo si se hablaba sobre sexualidad, se colocaban globos de colores y una tabla que mostraba los métodos de planificación familiar así como el kit de sexualidad, el dildo para enseñar la técnica del uso correcto del preservativo y algunos preservativos para regalar a los asistentes.

Para invitar a los derechohabientes a las ferias de la salud, a las campañas de salud y a las EEPS, realicé carteles y volantes, realicé periódicos murales de efemérides de la salud o sobre algún padecimiento, como Promotora de la Salud hice énfasis en la promoción de estilos de vida saludables. (Ver imagen 13,14 y 15).

Foto 11. Stand colocado en Feria de la Salud en empresa.



Foto de Maricela González Arceo.
Imagen tomada en Feria de Salud en la empresa "Marinela", promoviendo las EEPS.

Foto 12. Stand colocado en Conalep III.



Foto de Maricela González Arceo. Imagen tomada en feria de Salud realizada en Conalep III Ing. José Antonio Padilla Segura.

Foto 13. Cartel para promover la EEPS JuvenIMSS.



Foto de Maricela González Arceo. Imagen tomada de la UMF N°44 para promover la EEPS "JuvenIMSS".

Foto 14. Cartel sobre el tema de “Lactancia Materna”



Foto de Maricela González Arceo. Imagen tomada de la UMF N° 49.

Foto 15. Cartel sobre el día mundial de la Diabetes.



Foto de Maricela González Arceo. Cartel tomado de la UMF N°49.