

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Diagnóstico participativo en salud  
del Pueblo de San Francisco Tlaltenco, Alcaldía Tláhuac,  
Ciudad de México en el año 2020.  
Una propuesta desde la Promoción de la Salud**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD**

PRESENTAN:

**JACQUELINE GÓMEZ PEÑA  
JESÚS MARTÍNEZ ALCÁNTARA**

DIRECTORA: **DRA. PATRICIA BUSTAMANTE CAMILO**

CODIRECTOR: **LIC. MARCO ANTONIO TREJO VELÁZQUEZ**

Ciudad de México, noviembre de 2024.

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

### DERECHOS RESERVADOS ©

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

### **JACQUELINE GÓMEZ PEÑA**

La presente tesis representa la culminación de una etapa importante en mi vida y en mi formación profesional y académica, ya que es un logro a nivel personal, en donde, mediante este desarrollo de la misma es una meta culminada, en la cual agradezco el apoyo de mis padres Lorena Peña y Antonio Mata ya que siempre he obtenido por parte de ustedes el apoyo en moral, comprensión que he tenido a lo largo de mi trayectoria académica, así mismo hago un reconocimiento especial a mi abuelo Miguel Peña e Isabel Fernández en donde también fueron parte fundamental para mi apoyo y fuerza para que culminara esta etapa.

Finalmente a agradezco el aprendizaje, sabiduría y trabajo interdisciplinario en conjunto con la comunidad, mismo que he obtenido a lo largo de este trayecto por mi casa de estudios en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México con Brenda Escutia, Sergio González y principalmente con Jesús Martínez Alcántara pues en mi vida juega un papel importante, ya que bajo nuestro esfuerzo, laboral, académico y ahora el término de la tesis me es fructífero el empeño, desarrollo y sobre todo forjar, perseguir y luchar ante las diferentes adversidades para llegar a alcanzar mis metas.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **JESÚS MARTÍNEZ ALCÁNTARA**

La presente tesis representa el termino de mi formación académica como profesional de Promoción de la Salud, esté logró también es esfuerzo y dedicación de mi padre Tomas Martínez Martínez, de una mujer increíble en mi vida Celia Cabello Martínez, de mis hermanas Sandra y Valentina, quienes, con su compañía, ser y estar en mi vida han sido parte fundamental de este proceso a través de sus enseñanzas, consejos y amor.

A mi pareja Mario Mejía por su compañía, su cariño, por aguantarme en mis momentos de estrés y sobre todo el caminar en esta vida juntos, agradecimiento a mi amiga Jaqueline Gómez quien esté andar en la vida coincidimos y nos dio la oportunidad de poder realizar este trabajo.

A la Dra. Patricia Bustamante Camilo y a nuestro Codirector Marco Antonio Trejo Velázquez, les estoy inmensamente agradecido por haber sido mi guía en la elaboración de la tesis. Su meticulosa atención al detalle y su apoyo han enriquecido enormemente mi experiencia educativa y personal.

Extiendo mi agradecimiento al cuerpo docente del Colegio de Ciencias y Humanidades, cuyas enseñanzas han sido la base sobre la cual se consolida esta intervención

## **AGRADECIMIENTO ESPECIAL**

Este agradecimiento especial es para nuestra directora de Tesis la Dra. Patricia Bustamante Camilo y Codirector el Antropólogo Marco Antonio Trejo Velázquez, por aceptar guiar este trabajo en equipo, las observaciones y la gran labor que en conjunto realizaron para poder al fin culminar con esta etapa de nuestras vidas.

A todos y cada uno de nuestros profesores que nos guiaron y apoyaron en el camino profesional y académico en estos años de la licenciatura en Promoción de la Salud.

A nuestro Colegio de Ciencias y Humanidades y sobre todo a mí casa de estudios la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, por permitirnos haber formado parte de ella y sobre todo por habernos enseñado a ser más humanistas, críticos tal como lo dice el lema “Nada humano nos es ajeno”.

¡Autonomía, Educación y Libertad!

¡Autonomía, Educación y Libertad!

¡Arriba, Arriba la Autónoma de la Ciudad!

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	4
<b>2.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	4
<b>III. OBJETIVOS</b> .....	5
<b>3.1. Objetivo General</b> .....	5
<b>3.2. Objetivos Específicos</b> .....	5
<b>3.2.1. Análisis de la situación en salud del pueblo SFT</b> .....	5
<b>3.2.2. Establecer prioridades y necesidades del pueblo SFT</b> .....	5
<b>3.2.3. Elaborar un plan participativo en salud con estrategias desde la Promoción de la Salud para SFT</b> .....	5
<b>IV. JUSTIFICACIÓN</b> .....	6
<b>V. MARCO TEÓRICO</b> .....	8
<b>5.1. Salud</b> .....	8
<b>5.2. Educación para la salud</b> .....	8
<b>5.3. Determinantes sociales de la Salud</b> .....	8
<b>5.3.1 Factores de riesgo</b> .....	9
<b>5.3.2 Daño a la salud</b> .....	9
<b>5.4. Enfermedad</b> .....	9
<b>5.4.1. Prevención de la enfermedad</b> .....	10
<b>5.4.2 Enfermedad transmisible (ET)</b> .....	11
<b>5.4.3 Enfermedad no transmisible (ENT)</b> .....	11
<b>5.5. Proceso de salud-enfermedad</b> .....	11
<b>5.5.1. Modelos Salud-Enfermedad</b> .....	12
<b>5.6. Salud Comunitaria</b> .....	14
<b>5.6.1. Trabajo Comunitario</b> .....	15
<b>5.7. Salud Pública</b> .....	16
<b>5.8. Comunidad</b> .....	16
<b>5.8.1. Desarrollo de la Comunidad</b> .....	18
<b>5.8.1. Desarrollo Comunitario</b> .....	18
<b>5.9. Interculturalidad</b> .....	18
<b>5.10. Participación comunitaria.</b> .....	20

<b>5.11. Investigación Acción Participativa (IAP)</b> .....	20
<b>5.12. Diagnóstico Comunitario</b> .....	21
<b>5.13. Diagnóstico Participativo en Salud (DPS)</b> .....	23
<b>5.14. Socialización del conocimiento</b> .....	24
<b>5.15. El DPS y la toma de decisiones</b> .....	27
<b>5.16. El DPS ofrece una visión de conjunto</b> .....	27
<b>5.17. Diagnóstico de salud</b> .....	27
<b>5.18. Salud</b> .....	28
<b>5.18.1. Antecedentes históricos</b> .....	28
<b>5.19. Promoción de la Salud (PS)</b> .....	30
<b>5.19.1. Antecedentes históricos</b> .....	32
<b>5.19.2. Promoción de la Salud Emancipadora</b> .....	34
<b>5.20 Ubicación geográfica</b> .....	36
<b>5.20.1. Localización Pueblo SFT</b> .....	38
<b>5.20.2.Orografía</b> .....	38
<b>5.20.3. Factores Socioambientales</b> .....	39
<b>5.20.4 Medio ambiente</b> .....	39
<b>5.20.5. Ecosistema</b> .....	40
<b>5.20.6. Clima</b> .....	40
<b>5.20.7. Ecosistemas</b> .....	41
<b>5.20.8. Hidrografía</b> .....	42
<b>5.20.9. Economía</b> .....	42
<b>5.21 Áreas geoestadísticas básicas (AGEB)</b> .....	43
<b>5.21.1. AGEB´s demarcación del Centro de Salud TIII, SFT</b> .....	45
<b>5.22 Medios de Comunicación</b> .....	46
<b>5.23. Vivienda</b> .....	47
<b>5.24. Educación</b> .....	48
<b>5.25. Demografía</b> .....	49
<b>5.26 Salud</b> .....	51
<b>5.27 Morbilidad</b> .....	53
<b>5.28 Egresos en segundo nivel de atención</b> .....	54
<b>5.29. Morbilidad</b> .....	56

5.30. Mortalidad.....	56
5.31. Antecedentes históricos y geografía del área.....	58
5.32 Carnaval.....	59
VI. METODOLOGÍA.....	60
6.1. Gestión administrativa. ....	60
6.2. Tipo de estudio.....	60
6.3. Método .....	60
VII. RESULTADOS y DISCUSIÓN .....	62
7.1. Conformación de la comisión de salud. ....	62
7.2. Análisis de la situación de salud.....	63
7.3. Taller Intersectorial de Planeación.....	65
7.4. Priorización de Problemas.....	66
7.5. Programa de Trabajo Comunitario de Promoción de la Salud (PTCPS). .....	72
VIII. CONCLUSIONES.....	78
IX. REFERENCIAS.....	81

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Proceso Intercultural en Salud.	<b>19</b>
<b>Figura 2.</b> Localización Tláhuac.	<b>36</b>
<b>Figura 3.</b> División Municipal Ciudad de México.	<b>37</b>
<b>Figura 4.</b> Distribución de estructuras de origen volcánico de Tláhuac.	<b>37</b>
<b>Figura 5.</b> Localización del Pueblo de San Francisco Tlaltenco.	<b>38</b>
<b>Figura 6.</b> Representación de AGEB.	<b>43</b>
<b>Figura 7.</b> Claves de manzana por tipo de localidad.	<b>45</b>
<b>Figura 8.</b> Distribución de AGEB´s de San Francisco Tlaltenco 2020.	<b>46</b>
<b>Figura 9.</b> Pirámide de la población total de Tláhuac 2020.	<b>49</b>
<b>Figura 10.</b> Atención de la población del Centro de Salud T.III San Francisco Tlaltenco 2020.	<b>50</b>
<b>Figura 11.</b> Esquema general de planificación sanitaria.	<b>61</b>
<b>Figura 12.</b> Pueblo de intervención SFT identificado con la AGEB 0147 2020	<b>62</b>
<b>Figura 13.</b> Etapas de la priorización de problemas.	<b>66</b>
<b>Figura 14.</b> Frecuencia de problemática de salud de SFT en 2020.	<b>69</b>

## ÍNDICE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Beneficios del diagnóstico participativo en salud.	<b>25</b>
<b>Tabla 2.</b> Mercados y Tianguis San Francisco Tlaltenco.	<b>43</b>
<b>Tabla 3.</b> AGEB´s demarcación Centro de Salud TIII.	<b>45</b>
<b>Tabla 4.</b> Viviendas de AGEBS Centro de Salud TIII.	<b>47</b>
<b>Tabla 5.</b> Escuelas nivel básico y medio superior, Centro de Salud TIII.	<b>48</b>
<b>Tabla 6.</b> Representación Tláhuac, distribuida por AGEB urbana.	<b>50</b>
<b>Tabla 7.</b> Plantilla de personal unidad T-III.	<b>51</b>
<b>Tabla 8.</b> Servicios que oferta la unidad médica T-III.	<b>52</b>
<b>Tabla 9.</b> Principales causas de egresos hospitalarios en segundo nivel en Tláhuac 2019.	<b>54</b>
<b>Tabla 10.</b> Principales causas de egreso en Ciudad de México 2020.	<b>55</b>
<b>Tabla 11.</b> Principales causas de defunción en Tláhuac 2019.	<b>57</b>
<b>Tabla 12.</b> Tasas de mortalidad de Tláhuac 2019.	<b>57</b>
<b>Tabla 13.</b> Integrantes de la Comisión de Salud SFT.	<b>63</b>
<b>Tabla 14.</b> Técnicas grupales de consenso.	<b>66</b>
<b>Tabla 15.</b> Problemas de salud sentidos por la comunidad.	<b>68</b>
<b>Tabla 16.</b> Jerarquización de problemas de SFT.	<b>71</b>
<b>Tabla 17.</b> Programa de Trabajo Comunitario en Promoción de la Salud, San Francisco Tlaltenco.	<b>74</b>

## ÍNDICE ANEXOS

Anexo 1	Veinte causas principales de enfermar en la Ciudad de México, por grupos de edad en 2019	<b>89</b>
Anexo 2	Jerarquización de problemas de la comunidad	<b>90</b>
Anexo 3	Criterios y ponderación para priorizar problemas	<b>91</b>
Anexo 4	Carta Descriptiva del encuadre de trabajo comunitario	<b>92</b>
Anexo 5	Carta Descriptiva del taller intercambio de experiencias	<b>95</b>

## I. INTRODUCCIÓN

En la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) se considera fundamental en la Licenciatura de Promoción de la Salud, participar y promover los procesos participativos de salud, promover el trabajo colaborativo como herramienta de una comunidad, para analizar, comprender, debatir y promover acciones colectivas dirigidas a incentivar esfuerzos en asuntos sentidos e identificados por la comunidad, visibilizando las diferentes realidades del cómo se vive, respetando sus saberes. Es por ello que, los procesos participativos son un recurso de gran potencial para responder a necesidades de salud y asuntos desde la Promoción de la Salud (PS) de la comunidad (Valera, 2021).

El Modelo de Atención Integral de Salud en México, ha incorporado algunos de los elementos esenciales propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), centrado en el individuo, la familia y la comunidad, en dónde el promotor de salud debe de considerar sus necesidades y los riesgos de salud que se identifican en la comunidad, tomando en cuenta el enfoque de Derechos Humanos, interculturales y de perspectiva de Género para el desarrollo de un proceso participativo. Este debe de responder a un proceso dinámico que articula distintas fases o etapas de desarrollo para generar un programa de intervención comunitario, la fase inicial establece las condiciones mínimas necesarias para el desarrollo del trabajo participativo, al formar una red de colaboración, al construir alianzas entre agentes clave y la comunidad. En esta primera etapa, la participación comunitaria se realiza de forma activa y efectiva; La fase de diagnóstico de salud, se realiza a partir de

identificar las necesidades sentidas en la comunidad, seguida de la fase de priorización, diseño e implementación de acciones, terminando en y la fase de seguimiento y evaluación (López, 2018). Las guías prácticas disponibles para la aplicación de metodologías participativas sugieren el desarrollo de estas fases para realizar programas de acción comunitarios y adicionar una etapa más para evaluar la sostenibilidad de las acciones (Colell, 2018).

El concepto de comunidad de Giménez (2019), menciona que la educación, cultura y comunicación son imprescindibles para construir una estructura social con base en lo pedagógico-didáctico, para que los individuos logren ser autónomos, quienes, a través de la política, acción colectiva se comprometen con su comunidad, participan por consenso democrático en beneficio común. Por otro lado, mediante el diagnóstico participativo se busca incentivar en lo individual y colectivo la participación gubernamental, local, pero sobre todo la participación comunitaria, para generar espacios de trabajo continuo. Asimismo, la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT) elaboró un manual donde se menciona al diagnóstico participativo atendiendo conceptos, métodos y técnicas integrados para planificar y conducir la elaboración de un diagnóstico como un primer paso para el diseño de procesos de desarrollo local y regional, en donde las decisiones de manejo y los beneficios de las actividades del proyecto queden en manos de la comunidad, teniendo el carácter de diagnóstico comunitario participativo (Raza, 2022).

Dicho lo anterior, él y los Promotores de Salud (PS), son importantes dentro de la comunidad y la institución, por ser el primer contacto gubernamental con la

población, de igual forma la interacción con la comunidad, permite abordar a través del diagnóstico comunitario, conocer en lo individual y colectivo, para identificar los determinantes sociales de la salud, servicios de la comunidad, pero de manera principal lo relacionado con la salud, para que mediante estrategias de promoción de la salud, para que se adopten aquellas que aporten un mayor beneficio de la salud colectiva.

Cabe recalcar que la noción de promoción de la salud emancipatoria va encaminada a que los promotores de salud vinculen, gestionen y trabajen de manera conjunta con la comunidad, implicando acciones dirigidas a incentivar esfuerzos y acciones para cambiar las relaciones de poder para el ejercer la autonomía, visibilizando las diferentes realidades de cómo se vive en las comunidades, así como respetar sus saberes y necesidades (Chapela,2019).

El Diagnostico Participativo en Salud (DPS) dio inicio en el año 2020 de la comunidad del Pueblo de San Francisco Tlaltenco (SFT) Alcaldía Tláhuac, proceso participativo orientado a potenciar la participación activa de la comunidad sobre la salud y las iniciativas de promoción de la salud. Es por ello que, en este trabajo presentamos la experiencia del proceso participativo realizado en conjunto con promotores de la salud, unidad de salud y la comunidad a través de un programa piloto.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los diagnósticos participativos son el resultado de un proceso de diálogo entre un equipo de intervención y la comunidad, lo que permiten recabar información, comprender, analizar, debatir y promover acciones participativas en asuntos relevantes para la comunidad. Este tipo de metodologías favorecen la identificación de necesidades sentidas, que, en temas de salud, permitirá promover acciones colectivas intersectoriales para mejorar las condiciones de vida. Este proyecto de tesis pretende responder las siguientes preguntas.

### **2.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- ¿Cuáles son las necesidades sentidas de salud del Pueblo SFT, Tláhuac?
- ¿Qué acciones se podrán implementar para la elaboración de un plan de trabajo participativo desde la Promoción de la Salud?

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo General.**

Realizar un diagnóstico participativo en salud, para identificar y priorizar las necesidades del pueblo de SFT.

#### **3.2. Objetivos Específicos.**

**3.2.1.** Análisis de la situación en salud del pueblo SFT.

**3.2.2.** Establecer prioridades y necesidades del pueblo SFT.

**3.2.3.** Elaborar un plan participativo en salud con estrategias desde la Promoción de la Salud para SFT.

Por lo anterior, nos enfatizaremos en un Diagnóstico participativo en salud, para que, de manera conjunta con la comunidad, se identifiquen las principales problemáticas de acuerdo a sus Determinantes Sociales de la salud de acuerdo a sus necesidades, respetando sus creencias y espacialidad, para que mediante la metodología cualitativa se logre elaborar un plan participativo en salud con estrategias de Promoción de la salud en SFT para la creación de entornos saludables.

#### IV. JUSTIFICACIÓN

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 define los principios, ejes y estrategias que busca alcanzar el Gobierno de la Ciudad de México. Para el desarrollo de la tesis, se retomó el cuarto objetivo del PND, que refiere a la “Política Social” y que contempla acciones referentes a la vigilancia sanitaria y epidemiológica, orientada a la previsión de emergencias o propagación de daños a la salud (acceso a la información, asesoramiento, acceso a servicios integrados y estrategias que modifiquen los factores estructurales de riesgo). Asimismo, *el quinto objetivo*, hace alusión sobre la atención de problemas predominantes de salud pública (obesidad, enfermedades no transmisibles, salud sexual y reproductiva, salud mental y adicciones) que afectan tanto en lo individual y colectiva (Presidencia de la República, 2019).

El Plan Sectorial de Salud (PSS) 2020-2024 es complemento del PND, publicado el 12 de julio del 2019 en el Diario Oficial de la Federación, en el **Artículo 4°** Constitucional establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; el **Artículo 39°**, Fracción I de la Administración Pública Federal, establece facultad a la Secretaría de Salud para elaborar y conducir la Política Nacional en materia de asistencia social, servicios médicos gratuitos universales y salubridad general.

Por otro lado, la Ley General de Salud, reforma 116 del **Artículo 27°**, inciso III, donde se menciona que:

*“La atención médica de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo*

*con la edad, sexo y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas...* (Salud, 2020).

Para ello, a partir del contexto sociohistórico en el que se encontraba el Pueblo de SFT, Tláhuac en el año 2020, se buscó generar estrategias de Promoción de la Salud para intervenir a la comunidad con una participación activa e incidir en las necesidades identificadas, con la finalidad de que se construyan Entornos saludables en beneficio de la comunidad.

## **V. MARCO TEÓRICO**

### **5.1. Salud.**

El concepto de salud es muy complejo, ya que no sólo abarca el factor biológico, sino también muchos otros factores que influyen para lograr obtenerla, destacando el factor económico, ambiental, psicológico y social, que implica el proceso salud-enfermedad. A lo largo de los años, el concepto de salud ha evolucionado, algunos años atrás, se basaba no solo en lo biológico y la salud física, esta última solo depende de cada individuo, por lo que si no se cuida se enferma, ya que las indicaciones fueron individualistas destacando el alimentarse sanamente, dormir más, ejercitarse, esto sin considerar factores importantes. Algunos autores e instituciones fueron modificando esta perspectiva, dando una mayor visión dentro de las políticas públicas para crear entornos saludables (De la Guardia, 2020).

### **5.2. Educación para la salud.**

En una educación intercultural el propósito de las actividades educativas es hacia la apropiación de conocimientos por parte de la población considerando sus experiencias. Lo que implica promover la independencia y autonomía en el análisis de su situación, toma de decisiones, planteamiento de necesidades y acciones conjuntas en la interacción con otros sujetos y en algunas situaciones, con los servicios de salud (Díaz, 2012).

### **5.3. Determinantes sociales de la Salud.**

Los determinantes Sociales de la Salud (DSS), son circunstancias y condiciones socioeconómicas en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, éstas influyen en la salud de los individuos, las familias y las comunidades en su

conjunto lo más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (OMS, 2015). Por otro lado, los DSS establecen el grado en que una persona tiene los recursos físicos, sociales y personales para identificar y lograr sus aspiraciones, satisfacer necesidades de salud, educación, alimentación, empleo y adaptarse al medio ambiente (OMS, 2009).

### **5.3.1 Factores de riesgo.**

En el diccionario epidemiológico de la Secretaría de Salud (SSA) menciona que los factores de riesgo son:

*“...Característica o circunstancia de una persona o grupo de personas que está asociada con un incremento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar en especial vulnerabilidad a un proceso mórbido” (SEGOB, 2022).*

### **5.3.2 Daño a la salud.**

Cambios en el estado de salud a consecuencia de la exposición a factores de riesgo o de la manera de abordar un problema de salud; siendo la enfermedad y la muerte los más estudiados (SEGOB, 2022).

### **5.4. Enfermedad.**

Alteración del estado de salud normal asociado con signos y síntomas ocasionados por un agente etiológico específico (SEGOB, 2022). La enfermedad es un estado de desequilibrio o una falla de los mecanismos de adaptación, así como del funcionamiento del organismo y una falta de reacción a estímulos externos a los que está expuesto (Hernández, 2003). Sin embargo, existen diferentes tipos de

enfermedades destacando: enfermedades infecciosas, crónico degenerativas y asociadas con un estilo de vida actual.

- **Enfermedades infecciosas:** Se relacionan con el modelo médico y son relevantes los indicadores de mortalidad y morbilidad.
- **Enfermedades crónico degenerativas:** Son asociadas con la definición "funcional" de salud, disminuyendo así el dolor, la molestia y la incapacidad.
- **Enfermedades relacionadas con el estilo de vida:** Se presentan con los dominios sociales, es decir, con otras áreas de la vida cotidiana.

Las enfermedades incluyen daños o alteraciones a la salud, en donde se conjugan diversos factores de riesgo, afectando o alterando el estado de bienestar de una persona, que pueden llevarlo a enfermar, esto depende del grado de contagio presente, de manera cuantitativa destaca la tasa de morbilidad (Fenómeno repetitivo con características variadas) y mortalidad (Evento único que, se registra) "Muerte" (SEGOB, 2022).

#### **5.4.1. Prevención de la enfermedad.**

Contiene medidas para prevenir la aparición de la enfermedad o reducción de factores de riesgo, así como detener y/o contener su avance y sus consecuencias una vez establecida (Glosario de Promoción de la Salud PS). Se clasifica en prevención primaria, secundaria y terciaria, que consisten en:

- 1) **Primaria:** Evita la aparición inicial de una enfermedad o dolencia.

- 2) Secundaria y Terciaria: Detiene o retarda la enfermedad presente y sus efectos mediante la detección temprana y tratamiento adecuado o reducción de casos de reincidencia (OMS y OPS, 2002).

#### **5.4.2 Enfermedad transmisible (ET).**

La enfermedad causada por un agente infeccioso o tóxico, presentes por la transmisión del agente y/o resultado de un huésped susceptible, directamente de una persona, animal infectado o indirectamente por un huésped intermediario de naturaleza vegetal o animal. En los tipos de ET se encuentran las enfermedades emergentes, en los últimos 25 años del siglo XX su incidencia fue en aumento, de igual forma, enfermedades reemergentes se conocen y reaparece como un problema de salud pública tras un periodo significativo al disminuir su incidencia así como teniendo un control (OMS y OPS, 2002).

#### **5.4.3 Enfermedad no transmisible (ENT).**

Conocidas como enfermedades crónicas, son de larga duración, resultantes de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento. Destacando: enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer y diabetes. (OMS, 2020).

#### **5.5. Proceso de salud-enfermedad.**

El proceso salud-enfermedad es una construcción individual y social, donde los aspectos socioculturales que se manifiestan de las relaciones humanas a nivel individual, colectivo y del entorno, forman parte sustancial de este proceso. Para entender los modelos existentes, aspectos y conceptos, se debe abordar desde la perspectiva sociohistórica y conocer el contexto en el que se encuentra, para

contemplar las creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como las condiciones materiales de vida.

### **5.5.1. Modelos Salud-Enfermedad.**

En el Modelo Mágico-Religioso, destaca el resultado de mirar a la enfermedad como una fuerza espiritual maligna, tomando a la enfermedad como un castigo divino, que resulta de la transgresión individual o grupal de normas divinas, o como un estado de purificación que pone a prueba la fe. El modelo tiene la aceptación de la muerte por las personas, pero se limita al atribuir la curación a ritos, exorcismos, impidiendo el avance cognoscitivo del humano y fomentando la actitud pasivo-receptiva, sus prácticas fueron en generaciones pasadas y no están vigentes, muchos grupos siguen llevando a la práctica y es aceptado actualmente (Durbos, 1975).

El modelo ambientalista o sanitarista: Relacionó a la enfermedad como el resultado de las condiciones insalubres que rodea al individuo o grupo, promueve medidas de saneamiento que reducen los índices de morbi-mortalidad en la población, la limitante es no contemplar factores sociales determinantes para la prevalencia de las condiciones de vida insalubres en las que se encuentran algunos sectores de la población, para comprender el proceso de salud-enfermedad en la actualidad (Durbos, 1975).

El Modelo Unicausal o Biologicista: Refleja la enfermedad como algo individual, aunado por un agente externo o desequilibrio interno, a nivel individual con una explicación biológica, el agente biológico causal de la enfermedad, tiene como ventaja de permitir que se desarrolle la investigación que dio como resultado la medicina y el control de fármacos, que en la actualidad son el apoyo al tratamiento

individual del enfermo. El modelo no explica como el mismo agente no produce siempre la enfermedad en distintos sujetos y las causas de la enfermedad, dejando otros factores para su aparición y evolución (Durbos, 1975).

En el Modelo Multicausal (apareció en los 50's): Percibe a la enfermedad como algo causado por varios factores, destacando el agente, huésped y ambiente, tiene la ventaja de permitir que otros factores participen de manera preventiva. Sin embargo, posee limitantes, destacando cual es el peso de cada factor en la determinación de la enfermedad, en lo biológico e individual, lo social aparece incluido en el factor del ambiente, donde se desarrolla el proceso de salud a la enfermedad (Durbos, 1975).

El Modelo Epidemiológico (apareció en los 70's): Incorpora el modelo multicausal para el estudio de salud colectiva e introduce "red de causalidad", donde se busca la identificación de factores de riesgo y completa el modelo multicausal, que el valor de cada factor en la enfermedad depende de la distancia del efecto en la red de causalidad; siendo lo social y biológico factores indiferenciables, sin especificidad propia (Laurell, 1981).

El Modelo Ecológico (Aparece en los 70's): Concibe las interacciones agente-huésped-ambiente tridimensional, que descubre las relaciones de factores causales entre sí, el efecto y desarrolla la aplicación estadística del área, ya que asigna un valor específico a cada factor involucrado en el proceso mórbido y tiene la limitación de no explica la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad ya que carece de conceptualización y metodología para su abordaje (Laurell, 1981).

El Modelo Social: Contempla a la enfermedad como lo generado según las condiciones de trabajo y de vida. En donde lucha por las reformas sociales que garanticen la salud, ya que tiene la ventaja de privilegiar lo social como el factor más importante al explicar la aparición de otros factores que participan en el proceso. Su limitación es reducir la problemática a las relaciones sociales (Laurell, 1981). El modelo toma las relaciones sociales como un factor que determina y es importante en el proceso de salud-enfermedad a nivel individual y colectivo, ya que los factores socioculturales intervienen de manera directa en el proceso, si un grupo carece de espacios culturales, educativos, recreativos, de libertad de creencia y pensamiento, etc., este grupo será vulnerable para pasar de la salud a la enfermedad con facilidad, a fondo, este grupo no disfrutará de salud jamás.

El Modelo Histórico-Social (Apareció en los 70's), Descubre la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad en el contexto histórico, producción y clases sociales. Reconoce los niveles de organización de la materia, permeados socialmente y adquiere características específicas al aportar nuevas categorías de análisis, cuestiona la eficacia de las formas de prevención y control de la enfermedad (Laurell, 1981).

### **5.6. Salud Comunitaria.**

La Salud Comunitaria se ocupa de la salud de todas las personas a lo largo de vida, en la diversidad de la región, promueve la salud al generar espacios de participación, trabaja en red, refuerza el papel de las comunidades y potencia sus activos y capacidades para abogar por sus necesidades y perspectivas (OPS y OMS, 2017).

### **5.6.1. Trabajo Comunitario.**

Es el conjunto de acciones que el personal de salud realiza en las comunidades o caseríos, en coordinación con los agentes de salud y otros líderes de la comunidad, obteniendo como resultado, el contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población con un enfoque de desarrollo integral (Ministerio de Salud, 1997). Sin embargo, el trabajo comunitario debe tener:

- Atención integral por los responsables de cada comunidad o sector (atención en diversas áreas de desarrollo: físico, mental y social, por grupo etario y medio ambiente).
- Fortalecimiento comunitario mediante el seguimiento y educación continua a agentes o líderes de la comunidad enfocados a: búsqueda, identificación e intervención oportuna y seguimiento de casos de riesgo a nivel individual y colectivo.
- Educación comunitaria en salud a través de diferentes estrategias de promoción de la salud, donde se realice una investigación en salud.
- Fortalecimiento, organización y gestión comunitaria, para la identificación, priorización y solución de problemas de salud, para el desarrollo comunal.
- Participación comunitaria, gestión de los servicios de salud (encuentros intercomunales, planificación local, comités interinstitucionales, etc.).
- Enfoque de género e igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, para mejorar la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre las acciones de desarrollo, acceso y control de recursos naturales, materiales y humanos (Ministerio de Salud, 1997).

## **5.7. Salud Pública.**

La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar su calidad de poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria realizando el trabajo comunitario (Lazcano, 2012). También se menciona que la salud pública es:

*“...la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia, tanto física como mental, mediante esfuerzos sociales organizados para el saneamiento del ambiente, el control de las infecciones en la comunidad, la educación de los individuos acerca de la higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano, tratamiento preventivo de la enfermedad y el desarrollo de un mecanismo social que permita asegurar a los individuos el disfrutar de un buen estado de salud”* SEGOB (2022).

## **5.8. Comunidad.**

La Organización Mundial de la Salud (1998) define la comunidad como:

*Grupo de personas, que viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a en el tiempo. Los miembros adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que se pueden modificarse en el futuro. Tienen identidad*

*como grupo, comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.*

Por lo anterior, la comunidad es la unión de valores y normas que viven en una estructura social, pasando de ser sujetos independientes el uno del otro a ser miembros de una comunidad.

Para Montero (1998) la comunidad es definida cómo:

*La comunidad es un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, que comparten intereses, objetivos, necesidad y problemas, en un espacio y tiempo determinado y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para sus fines.*

La comunidad ha estado presente desde los orígenes de la civilización y en muchas personas viven sus vidas sin reconocer su existencia, algunos autores tratan de definir a la comunidad, partiendo de la misma idea. “La palabra comunidad denota la cualidad de común, o bien la posesión compartida de propósito, espacio territorial, etcétera” la existencia de un área geográfica definida, en donde sus miembros compartan los mismos intereses y que al tener antecedentes comunes cada uno consideran los problemas que acontecen dentro de la comunidad existiendo un sentido de pertenencia por el grupo. (Gómez, 2017, OMS 1998, Montero,1998).

Giménez (2019) define a la cultura como una interpretación típica, recurrente y ampliamente compartida de algún tipo de objeto o evento, ubicando a un número de personas como resultado de experiencias de vida similares.

### **5.8.1. Desarrollo de la Comunidad**

Proceso educativo, democrático y de organización, donde la comunidad se capacita para intervenir y aportar su concurso en forma consciente y planificada en los servicios de interés comunal, es decir, la construcción del bienestar social de la población, en participación directa y activa, analizando, concientizando y dando resolución a los problemas (Raya, 2005).

### **5.8.1. Desarrollo Comunitario..**

Proceso por el cual el pueblo participa en la planificación y en la realización de programas que se destinan a elevar su nivel de vida. Eso implica la colaboración entre gobiernos y el pueblo, para hacer eficaces esquemas de desarrollo, viables y equilibrados. El desarrollo comunitario puede incluir transformaciones físicas, económicas, sociales, políticas o culturales, cuya finalidad es emancipatoria, propiciando a la conciencia (Romero, 2014).

### **5.9. Interculturalidad.**

Interacción entre culturas, de forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo la integración y convivencia de todas las partes. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y enriquecimiento mutuo; a pesar de no ser un proceso exento de conflictos, lo que se resuelve mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la cooperación y coordinación (González, 2014).

La interculturalidad (Fig. 1) es uno de los ejemplos en donde se muestra como en el proceso, se realiza a partir y desde diferentes niveles de competencias:

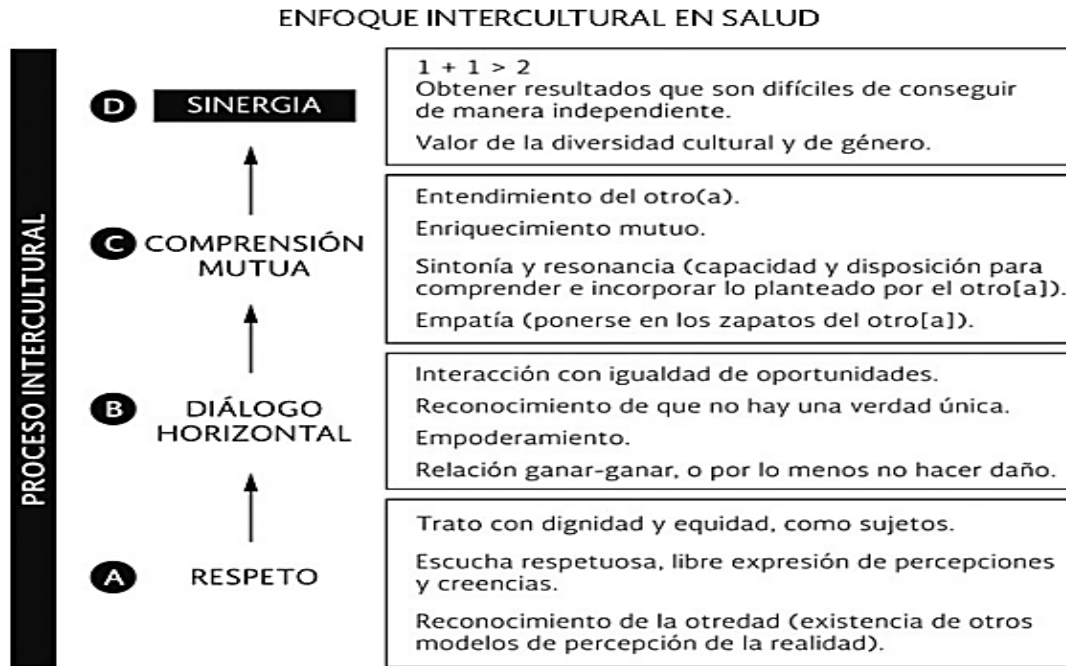


Figura 1. Enfoque Intercultural en Salud (González, 2014).

**Primer nivel (inciso A):** Da inicio con el trato digno y equidad en el sujeto, reconociendo al otro (primer nivel de comunicación intercultural).

**Segundo nivel (inciso B):** interacción con igualdad de oportunidades. Reconoce al fomenta la confianza y el empoderamiento. Se relacionan de iguales, ambas partes ganan (Diálogo horizontal).

**El tercer nivel (inciso C):** Comprensión recíproca al desarrollarla empatía “ponerse en los zapatos del otro”.

**Sinergia (inciso D):** Resultado de impulsar diversos elementos, resaltando como el actuar de manera organizada, produce un mejor resultado, se conjunta y se valora la diversidad cultural y de género.

Por lo tanto, los servicios de salud culturalmente eficientes o capaces de frenar y eliminar las barreras culturales del sistema, fomentando valores como el respeto, la tolerancia y el diálogo, permitiendo incentivar la participación social, la comunicación asertiva y el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales, sustentando la ideología, las creencias y la cultura de la población, respecto a las prácticas médicas y curativas de la medicina institucional y de otros modelos de atención a la salud diferentes a la medicina hegemónica (Almaguer, 2014).

#### **5.10. Participación comunitaria.**

La Secretaría de Salud Federal define a la participación comunitaria como;

“toma de decisiones de acuerdo con las necesidades e intereses de los individuos que la conforman la comunidad.”

Por lo que, en esta investigación se propone un “Modelo intercultural de participación comunitaria”, que busca los procesos participativos se enfoquen los saberes y su representación de la población (Almaguer, 2014).

#### **5.11. Investigación Acción Participativa (IAP).**

Es una metodología, que permite una ampliación del conocimiento que genera respuestas concretas a las problemáticas que plantean los investigadores cuando deciden abordar interrogantes y desean aportar una alternativa de cambio. Martínez

(2009) afirma que: *“El método de la investigación-acción tan modesto en sus apariencias, esconde e implica una nueva visión del hombre y de la ciencia, más que un proceso con diferentes técnicas”*.

También menciona la “modestia” ya que no sólo busca producir el conocimiento, sino transformar una situación que, en América Latina, busca lograr el desarrollo comunitario de las mayorías menos favorecidas. Figueroa (2002) define como el proceso por el cual miembros de un grupo o una comunidad oprimida, colectan, analizan información y actúan sobre sus problemas con el propósito de encontrar soluciones y promover transformaciones políticas y sociales.

#### **5.12. Diagnóstico Comunitario.**

El objetivo del diagnóstico comunitario es vincular la participación de los miembros de la comunidad, como fuente primaria de conocimiento popular. Diagnosticar es investigar, ya que es imposible actuar eficazmente sobre algo desconocido, donde la organización o institución que desee intervenir sobre la realidad social posee conocimiento acerca de ella, pero puede ser insuficiente, parcial o equivocado (Barragán, 2007). Por otro lado, el diagnóstico comunitario es un método para determinar, desde los miembros de la comunidad, qué actividades son necesarias y pueden apoyarse; si los miembros aceptan las actividades propuestas por el personal externo y si las actividades son razonables y prácticas. Siendo ayudados por el personal externo, donde identifican las condiciones necesarias para realizar las actividades y acopian información para determinar si la comunidad reúne estas condiciones o si puede crearlas. El «marco referencial del diagnóstico» examina

cada actividad en relación con las condiciones necesarias y elimina aquellas actividades para las que no se tienen estas condiciones (Zerpa, 2009).

Para lograr una mayor eficiencia y atender de mejor manera las necesidades de la población, se requiere una planeación interinstitucional de largo plazo, mejor administración de riesgos, solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales.

*Este estudio; incluye técnicas e instrumentos para recabar información.*

1. Metodologías participativas para comprender el contexto sociohistórico:

Metodologías que ponen énfasis en la articulación de las problemáticas que aparecen como aisladas en las comunidades, que tienen relaciones causales entre ellas. Busca la comprensión de la historia, las relaciones de poder destacando la salud y el bienestar de los colectivos.

2. Metodologías participativas para comprender y analizar los problemas de estudio:

Estas metodologías permiten la expresión de las comunidades, por un lado: miedos, necesidades, carencias, tristezas y por otro: sueños, deseos y alegrías. Por lo que, se priorizan en lo llamado “realismo mágico”, se analizan la estructura de los problemas más importantes, su origen, posibilidades reales de la comunidad para enfrentarlos, las oportunidades externas, desafíos y metodologías, buscan desarrollar procesos de problematización y desnaturalización. La población lo califica como normal a lo que ocurre con frecuencia. Así, si en las de los adultos beben a diario, se asume que es normal, aunque sea un problema.

Comportamientos frecuentes generan habituación donde las conductas muy nocivas se repiten de forma automatizada (Zerpa, 2009).

Por ello metodologías comunitarias participativas están centradas en comprender los problemas, sacado a la luz los problemas naturalizados (por ejemplo, la violencia contra las mujeres o hacia los niños/as) y hábitos nocivos (guardar pesticidas en los hogares) Torres (2012).

### 3. Metodologías participativas para comprender la dinámica de los actores sociales:

Se centran en dos ejes fundamentales: 1) que es la comprensión de la dinámica de grupos con los que se trabaja, la valoración de la cohesión, fisuras internas, resistencias y procesos organizativos. 2) la evaluación de los actores sociales que están presentes directa o indirectamente. Valorar aliados y amenazas, las condiciones de las instituciones y organizaciones públicas y privadas presentes en el territorio y de cómo la comunidad las percibe y qué funciones cumplen.

### 4. Metodologías para el análisis de acciones:

Analizar las acciones de fuerza ejercidas contra las comunidades y las respuestas de resistencia organizada que eviten agresiones o afectaciones comunitarias (Torres, 2012).

## **5.13. Diagnóstico Participativo en Salud (DPS).**

Herramienta para conocer y comprender la realidad de una comunidad, es una técnica de investigación cualitativa cuyo objetivo no es obtener información para el análisis estadístico, si no, es con captar la figura o percepción de los habitantes

sobre sus condiciones de salud, sistema de información creativo y adaptable basado en las necesidades de los miembros de la comunidad local. Esta herramienta pretende el análisis de las condiciones de salud identificadas por los habitantes de la comunidad utilizando un método cualitativo, de las ciencias para entender el mundo a partir de las palabras, desde los actores y del interior del fenómeno, buscando profundizar en las explicaciones, en los porqués de los problemas y establecen prioridades en salud, de acuerdo con las necesidades percibidas por la comunidad, antes de ser percibidas por los expertos (SEMARNAT, 2006).

El DPS apoya la organización democrática de la comunidad, para que tengan mayores recursos de poder y decisión mediante una estrategia participativa, que les permita describir y analizar sus problemáticas en salud, su relación con los aspectos sociales y económicos y, en consecuencia, la gestión de soluciones ante las instancias correspondientes. Esta metodología no pretende ser una alternativa para responsabilizar a la comunidad en la solución de problemas, restando compromisos al gobierno local, si no que, busca otorgar a la población argumentos para la solución de problemas y tomar su salud en sus manos. El DPS tiene cuatro principios básicos que son: la socialización del conocimiento, la validación consensual, un grupo homogéneo y la no Alcaldía (Raya, 2005).

#### **5.14. Socialización del conocimiento.**

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, 2016) considera que los habitantes de una comunidad conocen sus condiciones de vida y los daños a la salud que les afectan. Conocimiento basado en la percepción que tiene de sus problemas de salud. Por su parte, los profesionales de la salud

conocen los factores de riesgo, como detectarlos y prevenirlos. Por lo que, el intercambio de conocimientos entre miembros de la comunidad y profesionales de la salud, posibilita una acción coordinada de la que resulta:

- Recuperación de la experiencia y conocimiento de los involucrados (resultante de los sentires sobre las necesidades y problemáticas de la comunidad).
- Reorganización de conocimientos y experiencias para una mejor comprensión del proceso salud-enfermedad (consenso y priorización de problemas).
- Un nuevo conocimiento (mediante estrategias desde la Promoción de la Salud).

El enfoque DPS funcionará en comunidades, países con una amplia gama de actividades, lo ideal será introducir compáralo en las primeras etapas de un programa (Tabla 1), proyecto o actividad. Sin embargo, los beneficios se dan en todas las etapas (Pasarín, 2010).

<b>Tabla 1. Beneficios del enfoque del Diagnostico Participativo en Salud.</b>		
<b>Tiempo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Método utilizado</b>
<b>Inicio</b>	Diagnóstico, Seguimiento y Evaluación Participativos (DSEP) al principio, dará mayores beneficios gracias a la temprana participación de miembros de la comunidad en la planificación y diseño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Descripción situación inicial</li> </ul>
<b>A mitad de camino</b>	DSEP a medio camino puede proporcionar una visión de las actividades que no funcionan bien para modificar o suspender.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Descripción situación inicial</li> <li>• Seguimiento</li> <li>• Evaluación</li> </ul>
<b>Al final</b>	DSEP hacia el final, puede ayudar en la siguiente fase o en actividades, identificando razones del éxito o del fracaso desde los miembros de la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación</li> </ul>

**Fuente: Pasarín (2010).**

DSEP es una idea que ofrece propuestas nuevas y prometedoras para un desarrollo comunitario sostenible y apropiado que revierte el enfoque tradicional del desarrollo vertical por un enfoque horizontal que fomenta, apoya y fortalece la capacidad existente de las comunidades para identificar sus propias necesidades, plantear sus propios objetivos, y hacer seguimiento y evaluación a las actividades emprendidas. Con un enfoque centrado en la relación entre los beneficiarios y personal de campo, así como entre los beneficiarios y la comunidad. Se apoya en una comunicación recíproca, con mensajes claros y un compromiso propio de la comunidad. Siendo una combinación de tres elementos interrelacionados: el concepto, los métodos, y los instrumentos. Aunque, no siempre se adopta de forma integral el enfoque en cada proyecto, se puede tomar actividades planteadas su funcionamiento. Es importante probarlo, adaptarlo y observar los efectos. (FAO, 2016).

Es un sistema de información creativo y adaptable que se basa en las necesidades de información de los miembros de la comunidad local y los miembros. Cuando toman decisiones, deben tener buena información en sus manos, fomentar, apoya un sistema de información que responde las necesidades de la comunidad en relación a su salud, también, se puede asumir cuando las personas están tratando activamente de encarar sus problemas no pueden tener un conocimiento o una comprensión perfectos de su situación política, económica o social. El desarrollo eficaz un proceso en el cual se les ayuda a formular sus preguntas. El enfoque no supone que “Los puntos de vista de los miembros de la comunidad” van a ser siempre los mismos, pero la información obtenida servirá para la negociación entre puntos de vista diferentes (FAO, 2016).

### **5.15. El DPS y la toma de decisiones.**

La toma de buenas decisiones presupone una información oportuna, pertinente, comprensible y exacta, proporciona a los beneficiarios y a los que toman decisiones. El personal de campo también debe tomar decisiones referentes a la comunidad. Estas necesidades del personal de campo pueden ser muy similares, en particular si los objetivos de ambas partes para introducir cambios que mejoren las condiciones. Los que toman decisiones a escala nacional e internacional también pueden recurrir al DPS. Este puede proporcionar un análisis que refleja la realidad de la comunidad (FAO, 2016).

### **5.16. El DPS ofrece una visión de conjunto.**

Analiza tanto la información cualitativa como cuantitativa, ofrece información completa en la que se basan las decisiones. Frecuentemente se basa en cifras (información cuantitativa), pero los números dan una figura incompleta de lo que ocurre realmente (FAO, 2016).

### **5.17. Diagnóstico de salud.**

Proceso de evaluación para medir, comparar y determinar la evolución de las variables que influyen en la salud enfermedad de la población. En torno al proceso salud enfermedad para la formulación de políticas y lineamientos de acción en salud (Barragán, 2023). A continuación, se describen los Niveles de Diagnóstico:

- General: Juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad en una comunidad o en los usuarios de servicios de salud con relación a la respuesta social organizada.
- Situacional: Uso de recursos en torno a los daños y riesgos a la salud.

- De salud: Disminución de indicadores de eficacia o impacto.
- De necesidades: Dotación de servicios relacionada con las necesidades de la comunidad.

### **5.18. Salud.**

La definición de salud construida como ausencia de enfermedad ha sido la definición hegemónica, desde finales del siglo XIX hasta la fecha, ha sido propia de la medicina. Sin embargo, otras definiciones a finales del mismo siglo cuando se representaba una concepción reduccionista que no consideraba características de ésta que no estaban vinculadas directamente con la patología y el malestar. La OMS planteó que: *“El completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 1998).

A partir de esta definición de salud se empezaron a tomar en cuenta características que antes no eran considerados relevantes, por ejemplo; los condicionantes económicos, políticos, culturales y sociales para explicar por qué las personas y los colectivos enfermaban y morían de forma diferenciada (Chapela, 2013).

#### **5.18.1. Antecedentes históricos.**

En 1974 el ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá Marc Lalonde propuso la nueva conceptualización del “campo de salud”, mediante *“El Informe Lalonde”* identificaron dos objetivos relacionados a la salud que son:

- 1) Sistema de atención de la salud.
- 2) Prevención de problemas de salud y la promoción de la buena salud.

Por lo que, fue el primer documento que agrupan y describen los factores y condicionantes que influyen en el proceso de salud-enfermedad, tanto a nivel individual como colectivo, como: la biología humana, los estilos de vida, el medio ambiente y el sistema sanitario (Villar, 2011). En 1978 en Alma Ata, Rusia se realizó una conferencia donde se discutió la posibilidad de armar la definición de salud más allá en su implicación política y social. Y se debatió en torno a la importancia de la intervención del Estado en materia social y económica para garantizar la salud de su población y la Atención Primaria en Salud (APS), era el medio para que en el año 2000 los pueblos tendrían que alcanzar un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económica digna. Con ello, se redefinió la salud con las organizaciones nacionales e internacionales, ciudadanas y movimientos sociales organizados y personal de salud desde el compromiso de promover la APS como una estrategia de hacer del mundo un lugar más equitativo y justo.

Para finales de los 60's, se cuestionó el carácter biológico de la enfermedad desde una visión crítica, cuando las investigaciones confirmaron que el proceso salud-enfermedad es un proceso social (Laurell, 1981). Esta perspectiva histórico social generó una forma nueva de entender a los colectivos, sus formas de enfermar y morir ya que la definición biomédica de salud no explicaba por qué las personas que pertenecían a distintos colectivos (y clases sociales) tenían perfiles patológicos (tipos de enfermedades) tan diferentes. Desde la perspectiva socio histórica se han explicado problemas de enfermedad a partir de su vinculación con la manera de vivir (condiciones materiales de vida) del colectivo al que pertenece. El proceso salud-enfermedad, está determinado por la estructura social, que se expresa en una

distribución desigual en el ingreso, y en situaciones diversas como: género, raza y clase social. Estas determinantes al final se expresan en una manera desigual de vivir la salud y la enfermedad, es decir, en maneras diferenciadas de vivir y de morir (Cerde, 2007).

La Dra. Chapela (2009) una de las grandes exponentes de la Promoción de la Salud propuso el cuerpo humano como un territorio en disputa que los agentes del mercado quieren hacer suyo y que la Promoción de la Salud consiste en el ejercicio de las capacidades humanas al servicio de que los colectivos recuperen el poder sobre su cuerpo y su vida. La Promoción de la Salud entonces tendría entre sus objetivos permitir que el sujeto reconquiste su territorio, su cuerpo (Chapela, 2010) que ha sido invadido por el mercado y el consumo, pero también los significados de la “ciencia” que patologiza todo modo de vida que no sea característico de los manuales de ciencias médicas.

#### **5.19. Promoción de la Salud (PS).**

La Promoción de la Salud (PS) proporciona a los pueblos herramientas o los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado 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 (Carta de Ottawa, 1986). Así mismo, dentro de la Carta de Ottawa menciona la participación activa en la promoción de la salud, que implica:

- *La elaboración de una política pública sana:* se basa en identificar y eliminar los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas, cuyo objetivo

deberá ser conseguir la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

- *La creación de ambientes favorables:* Determinar las necesidades para tener el control sobre el impacto en los cambios del medio ambiente influyen directa o indirectamente en la salud, tecnología, trabajo, energía, producción y urbanismo. Acompañado de medidas que garanticen el carácter positivo en efectos de esos cambios en la salud pública formando parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.
- *El reforzamiento de la acción comunitaria:* proceso de las comunidades, de posesión y control que tengan sobre sus empeños y destinos, basándose en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad para desarrollar, reforzando la participación pública y el control sanitario.
- *Desarrollo de las aptitudes personales:* proporcionar los medios necesarios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas y afronte enfermedades y lesiones crónicas.
- *Reorientación de los servicios sanitarios:* consiste en prestar mayor atención a la investigación sanitaria, cambios en la educación y la formación profesional (Carta de Ottawa, 1986).

Por otra parte, la OMS y el gobierno de Tailandia aunaron la Sexta Conferencia de Promoción de la Salud, llamado “*Los determinantes de la salud en relación con las Políticas y alianzas para la acción sanitaria*”. Como resultado la Carta de Bangkok que centraliza su atención en la promoción de la salud, buscando empoderar a las comunidades para mejorar la salud y la igualdad en materia de salud, donde ocupar

un lugar central en el desarrollo mundial y nacional. Basada en el derecho humano fundamental como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual (Carta de Bangkok, 2005).

La Promoción de la Salud es la capacitación y concientización de los determinantes de la salud, que permite ejercer un mayor control sobre estos, a través de un trabajo en conjunto, en donde se proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma, basada en un derecho humano que refleja a la salud como un determinante de la calidad de vida que comprende el bienestar físico, mental, social y espiritual.

#### **5.19.1. Antecedentes históricos.**

El término Promoción de la Salud fue propuesto antes de la OMS, por Henry Sigerist en 1946 quien hizo referencia a una práctica que, aunque perteneciendo al campo médico, se diferenciaba de la prevención de enfermedades, destacando cuatro tareas esenciales de la medicina: la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de los enfermos y rehabilitación (Martínez, 2009).

En su propuesta la salud “se promovía proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de ocio y descanso”, gracias a Sigerist, vinculaba con la garantía de derechos sociales que permiten a los individuos y colectivos vivir con dignidad. Relacionándose por primera vez como determinante la salud con las condiciones materiales de vida. Después de la conferencia de Alma Ata se enfatizó la idea de que la salud estaba relacionada también con la justicia social por lo que se unieron representantes de 38 países para

realizar la primera conferencia internacional de Promoción de la Salud, en Ottawa, Canadá en 1986: en donde;

*“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar 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, ya que no concierne exclusivamente al sector sanitario” (Carta de Ottawa, 1986).*

La Carta de Ottawa propuso a la Promoción de la Salud como el medio para que las personas tomen como indicador de salud la viabilidad de sus aspiraciones, estableciendo un paso hacia la autonomía. Así mismo, se consideró que la salud no era algo que se tuviera de una vez (deja ver a la salud como una meta) y propuso que fuera como un recurso, propio de los seres humanos, utilizando como “riqueza en su vida cotidiana” en función de las aspiraciones tanto individuales como colectivas.

A partir de la Carta de Ottawa marcó un antes y un después para la identidad de la promoción de la salud como disciplina independiente de la medicina, y las múltiples conferencias internacionales de esta disciplina destacan: Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Yacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009),

Shanghái (2016), Ginebra (2021) entre otras, ninguna ha tenido tanto impacto como la de Ottawa.

Es por ello que, la Promoción de la Salud “emancipadora” retoma este espíritu y propone una contra las agencias del poder para acompañar a las personas a resistir ante los mecanismos de dominio. En la práctica, el problema de salud se entiende como aquello que limita y condiciona tanto las capacidades humanas (imaginar, trabajar, crear, razonar, planear, construir, administrar y tomar decisiones) y juego de capitales (Económico, Social, Simbólico y Cultural) para construir proyecto y lograr las aspiraciones; como también todas aquellas situaciones que condicionan al sujeto o colectivo en el ejercicio de autonomía. En cambio, la enfermedad se entiende como aquello que afecta el cuerpo físico producto de un padecimiento y que puede o no, ser parte de un problema de salud. Desde esta postura, la enfermedad es solo una eventualidad de la vida.

#### **5.19.2. Promoción de la Salud Emancipadora.**

Existen dos dimensiones del ser humano una dimensión subjetiva, simbólica (la cultura) y una dimensión material, natural o biológica (el cuerpo). La Primera abarca los contenidos inmateriales que hacen que sujeto sea quien es; en cambio, la dimensión biológica se entiende como lo relacionado con las funciones fisiológicas, cerebrales, vitales, de la naturaleza del sujeto (Chapela, 2010).

Las inscripciones son marcas, huellas, cortaduras, raspaduras, escrituras resultan de la práctica y experiencia de los sujetos en su paso, a veces tortuoso, por las “instituciones totales” (Foucault, 1974): familia, escuela, trabajo, cárcel, hospital,

asilo, etcétera (Chapela, 2010) que controla y fabrica no solo lo que se debe pensar sino lo que se debe sentir.

Un sujeto saludable es capaz de construir y de reconstruir los conocimientos, valores y significados adquiridos a lo largo de su vida, para trazar sus propios proyectos. Es entonces la autonomía uno de los indicadores de salud y la entendemos como la “facultad de autogobernarse, vivir y actuar en función de los propios intereses, de las propias decisiones” (García, 2013). En la medida en que el sujeto vaya retomando su proyecto estará recuperando su autonomía y distanciándose del proyecto condicionado.

Los capitales son un término que Bourdieu propone en su teoría de la reproducción de significados y que la promoción de la salud emancipatoria usa para explicar el problema de salud. “Un capital es el factor eficiente en un campo dado, como arma o apuesta; permite al poseedor ejercer poder y existir en un determinado campo” (Bourdieu, 1995).

Para la promoción de la salud estos términos son pertinentes ya que permiten entender los problemas de salud de una persona y su colectivo (por ejemplo, familias homoparentales) están determinados por los juegos de capital que se movilizan en su campo (frente a agencia del poder como del colectivo de pertenencia). Los sujetos mueven estos capitales en función de lograr sus proyectos. Si las aspiraciones no se logran, la promoción de la salud pretenderá que hay limitaciones en sus capitales (Giménez, 2019) y por ende un problema de salud.

Para ganar poder y elevar los niveles de salud, las capacidades humanas permiten identificar y construir las aspiraciones: la capacidad faber (de trabajo manual), ludens (imaginar y soñar futuros viables), erótica (de comprometerse y apasionarse por un proyecto o meta), capacidad política (de tomar decisiones), capacidad económica (de planificar y administrar los recursos en función de proyectos para hacerlos viables) y por último la capacidad sapiens (de pensar y del trabajo intelectual).

## 5.20 Ubicación geográfica.

Dentro de la República Mexicana se localiza la Ciudad de México (CDMX), está conformada por 16 alcaldías, Tláhuac es una de ellas, se localiza al oriente de la ciudad, su perímetro limita al norte con Iztapalapa, al sur con Milpa Alta, al oeste con Xochimilco y al oriente con los Municipios de Valle de Chalco solidaridad y Chalco (Fig. 2).

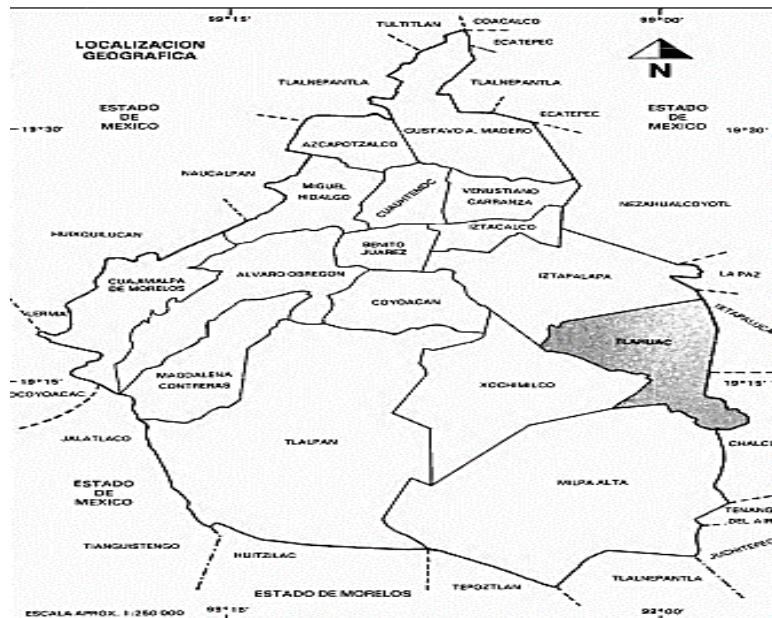


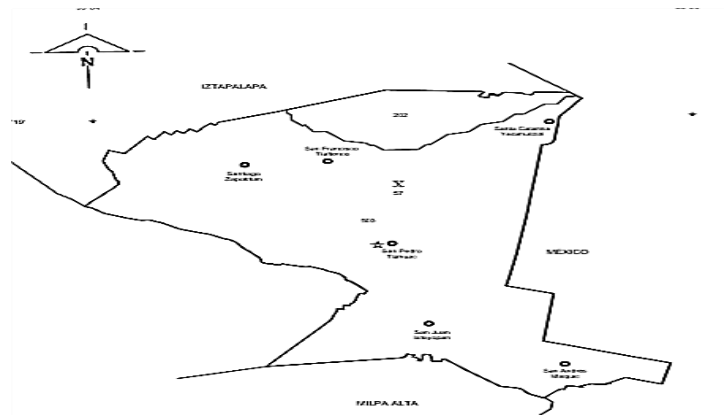
Figura 2. Localización Alcaldía Tláhuac (INEGI,1990).

San Francisco Tlaltenco es uno de los siete pueblos originarios que conforman la extensión territorial de la Tláhuac, comprende de 8'534.62 hectáreas (24.19%) de suelo urbano y 6'469.82 (75.81%) integran las áreas de conservación. También representa el 5.7% del área total de la CDMX y se ubica al sureste de la Ciudad (Fig. 3).



**Figura 3. División Municipal de la CDMX (INEGI, 2020).**

La porción central de Tláhuac está constituida por una planicie de origen la cumbre situada a 2225m de latitud, limitada hacia el norte y suroeste, con un relieve pedregoso, donde sobresalen estructuras de origen volcánico (Fig. 4), con una altitud de 2750m en la cima del volcán Guadalupe, al límite norte con Iztapalapa.



**Figura 4. Distribución de estructuras de origen Volcánico de la Alcaldía Tláhuac (INEGI,2020).**

### 5.20.1. Localización Pueblo SFT.

SFT es uno de los siete pueblos originarios que conforman Tláhuac, su nombre conformado por tres raíces: “*tlalli*”, que significa “tierra o cerros”; “*tentli*”, que significa “*orilla*”, y todo lo relacionado con su espacialidad, en conjunto significa “*la orilla de la Tierra*” o “*en la orilla de los cerros*”, también se localiza en la parte norte de Tláhuac y al sur de Santa Catarina, es uno de los pueblos más grandes de la localidad (Fig. 5), conformado por un centro histórico y doce colonias en la periferia (Tláhuac, 2017).



Figura 5. Localización grafica del pueblo de SFT (INEGI,2024).

### 5.20.2. Orografía.

Tláhuac se localiza en “*Altiplano Mexicano*”, en la provincia “*Eje Neovolcánico*”, correspondiendo a la subprovincia “*Lagos y Volcanes de Anáhuac*”; se clasifica de acuerdo con el sistema de topofomas de: Sierra Volcánica con estrato volcánico, el

28% de la superficie de la Alcaldía; llanura aluvial (18%); llanura lacustre (42%) y llanura lacustre salina (12%). La altitud media es de 2,235 metros sobre nivel del mar (msnm), con una pendiente descendente de noroeste–sureste, por lo que la colonia de Santiago Zapotitlán se localiza a una altitud de 2,300 msnm; el edificio central de la Alcaldía está a 2,240 msnm y el de San Andrés Mixquic se localiza a 2,220 msnm. La principal elevación cuenta con una altura de 2,710 msnm es el Volcán Teuhtli localizado en la porción sur de la Alcaldía, sirviendo de límite con Xochimilco y Milpa Alta. En el límite norte se localiza la Sierra de Santa Catarina con una altura máxima de 2,500 msnm, integrada por las elevaciones del Volcán de Guadalupe, Cerro Tetecón y Volcán Xaltepec (Tláhuac, 2017).

### **5.20.3. Factores Socioambientales.**

Lo social es aquello que pertenece a la sociedad, y es el conjunto de individuos que comparten una misma cultura y que interactúan entre sí para conformar una comunidad. Por otro lado, ambiental proviene del latín *ambiēns* (“que rodea”), se utiliza para nombrar al aire o la atmósfera. Por eso el medio ambiente es el entorno que afecta a los seres vivos y que condiciona sus circunstancias vitales (Dorantes, 2020). El término socioambiental es el conjunto de fenómenos o elementos naturales y sociales que rodean a un organismo, que responde de una manera determinada (Ecoestrategia, 2020).

### **5.20.4 Medio ambiente.**

Todo lo que rodea a un objeto o a cualquier otra entidad, en donde, el hombre experimenta el medio ambiente en que vive como un conjunto de condiciones físicas, químicas, biológicas, sociales, culturales y económicas que se diferencian

según el lugar geográfico, la infraestructura, la estación, el mantenimiento del día y la actividad realizada (Cantarino, 1999).

#### **5.20.5. Ecosistema.**

El ecosistema es una comunidad natural y el ambiente físico. Conjunto de especies que interactúan entre ellos y su medio en el que viven (Biodiversidad, 2020).

Un ecosistema incluye:

- Seres vivos, vegetales, animales y microorganismos en equilibrio entre ellos.
- El ambiente en que viven los seres vivos.
- Las relaciones entre ambos, tanto del ambiente como de los seres vivos.
- La energía que permite en conjunto funcionar como un sistema abierto relacionado con otros sistemas (Martin, 2003).

#### **5.20.6. Clima.**

De acuerdo con el Programa Delegacional de Desarrollo Urbano (PDDU) de Tláhuac, la demarcación posee un clima templado subhúmedo con lluvias en verano otoño, con una temperatura promedio de 15.7° C, siendo la mínima 8.3° C (diciembre y enero) y la máxima 22.8° C que se desarrolla en los meses (abril o mayo) pudiendo llegar a registrar los 30° C. El fenómeno meteorológico más frecuente durante el año son las heladas que alcanzan entre 20 y 30 días por año, desde finales de diciembre hasta febrero e inicios de marzo (Tláhuac, 2008).

### **5.20.7. Ecosistemas.**

Dentro de los ecosistemas que tiene Tláhuac, se distinguen tres tipos de ecosistemas:

- 1) Humedales y zona chinampera: se localiza en la parte baja de la demarcación, en el pueblo de San Pedro Tláhuac, representado por las lagunas de Tláhuac, ubicados en terrenos ejidales, su superficie varía de acuerdo con la temporada de lluvias alcanzando una dimensión hasta de 1,000 hectáreas. Así mismo, la zona chinampera ubicada en los pueblos de Tláhuac, Mixquic y Tetelco, cuentan con una superficie aproximada de 600, 500 y 300 hectáreas respectivamente, su principal elemento es el agua que se obtiene por rebombeo de agua tratada del Cerro de la Estrella y agua pluvial, su vegetación son las plantas acuáticas como: el tule, lirio acuático, berro y chilaca.
- 2) Pastizal: se localiza en la parte del ejido de Tlaltenco, Tláhuac y en Ampliación de San Juan Ixtayopan, colindante al sur con los humedales, al Norte con la Sierra Santa Catarina, al este con el Estado de México y al oeste con la zona urbana de Tlaltenco. Su vegetación son pastos y plantas anuales como la coquia.
- 3) Matorral xerofito: ubicado en la Sierra de Santa Catarina, delimitada al sur por el eje 10 y al norte se extiende hasta la Delegación Iztapalapa, al este colinda con el pueblo de Santa Catarina y al oeste con la zona urbana de Iztapalapa. Está conformado especialmente por arena y grava, ocasionando la filtración del agua, su vegetación esencial son los matorrales, arboles de

pirul, encino, zapote blanco, tepozán, palo loco, palo dulce y huizache, nopales, agaves y cactáceas; en la parte alta cuenta con encino enano, caracterizado por su escasez de agua, árboles dispersos y plantas con espinas (Gaceta Oficial Ciudad de México, 2017).

#### **5.20.8. Hidrografía.**

Dentro del territorio fluyen cuatro canales, Chalco, Guadalupano, Atecuyuac y Amecameca, siendo los dos primeros importantes para la zona de chinampera y un atractivo turístico. Adicionalmente existen otros canales más pequeños que configuran el sistema de riego de la zona agrícola que colinda con San Miguel Xico, Estado de México en la zona de inundación llamada Ciénega de Tláhuac como reserva ecológica; Finalmente un lago artificial en el Bosque de Tláhuac (Gaceta Oficial Ciudad de México, 2017).

#### **5.20.9. Economía.**

El informe, anual del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) sobre la situación de pobreza y rezago social 2020, reportó a la Alcaldía con un nivel “Muy bajo”, cerca del 37.8% de la población se encontró en situación de pobreza moderada y 1.34% en pobreza extrema, la población vulnerable por carencias sociales alcanzó un 23.1%, mientras que por ingresos fue de 12.3%.

Los datos del Censo Económico 2019, mostraron que los sectores económicos que concentraron más unidades económicas en Tláhuac fueron Comercio al por Menor (8,196 unidades), otros servicios excepto actividades gubernamentales (2,671 unidades) y servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y

bebidas (1,866 unidades). Para el segundo trimestre del 2020, la tasa de participación laboral de la CDMX fue de 57.2%, lo que incremento 3.29 puntos porcentuales respecto al trimestre anterior (53.9%). La tasa de desocupación fue de 7.26% (322 mil personas), con una disminución de 0.052 puntos porcentuales respecto al trimestre anterior (7.31%). Por otro lado, la población ocupada en la CMDX en el segundo trimestre de 2020 fue 4.12 millones personas, siendo superior en 6.38% al trimestre anterior (3.87 millones ocupados). También, el salario promedio mensual en el segundo trimestre 2020 fue de \$4.38 mil pesos mexicanos (INSP, 2022). cuenta con mercados formales y tianguis, que son un aporte en la economía local (Tabla 2).

<b>Tabla 2. Mercados y Tianguis del pueblo de SFT</b>		
<b>Mercado</b>	<b>Número de Locales</b>	<b>AGEB</b>
Selene	120	170
SFT	114	147
Líder de Tianguis	2	250

Fuente: (ENOE, 2020).

### 5.21 Áreas geoestadísticas básicas (AGEB)

El Área Geoestadística Básica (AGEB) se refiere a la extensión territorial que corresponde a la subdivisión de las áreas geoestadísticas municipales, mismo al que se le ha asignado una clave compuesta por tres dígitos, un guion y un número que va del 0 al 9 o la letra A. Estas son representadas por una línea punteada (Fig. 6):



Figura 6. Representación gráfica del AGEB (INEGI, 2021).

Este a su vez se divide en dos áreas las cuales son:

- *Área geoestadística básica rural*: ubicada en la parte rural del Municipio, cuya extensión territorial es variable y caracterizado por el uso del suelo de tipo agropecuario o forestal, cercando localidades rurales y superficies naturales como pantanos, lagos, desiertos, etc. Delimitados por rasgos naturales (ríos, arroyos, barrancas, etcétera) y culturales (vías férreas, líneas de conducción eléctrica, carreteras, brechas, veredas, ductos, límites prediales, etc.).
- *Área geoestadística básica urbana*: conformada por manzanas, que van del 1 al 50, delimitadas por calles, avenidas, andadores y otra característica de fácil identificación en el terreno, cuyo uso del suelo es habitacional, industrial, de servicios, comercial, entre otros (INEGI, 2024).

Las AGEB urbanas, conformados en una localidad urbana con claves y manzanas que las conforman; esto dependiendo de su tamaño las localidades, estas se verán representadas de acuerdo a la siguiente descripción: (Fig. 7)

- Localidades de 2 500, habitantes y cabeceras municipales.
- Manzanas, numeración, nombres de calles y ubicación de los principales servicios de la comunidad.
- Límites y claves de AGEB contenidas en la localidad, así como las claves de AGEE, AGEM o AGEB rurales colindantes.
- Rasgos naturales y culturales.
- Vías de acceso a la localidad.

- Datos de identificación (INEGI, 2019).

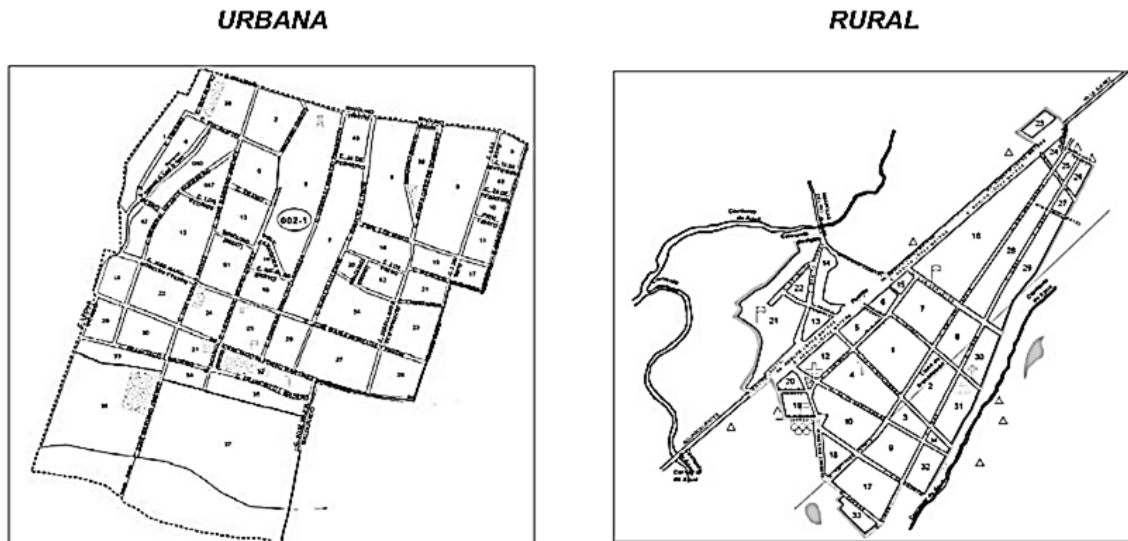


Figura 7: Claves de manzana de acuerdo con la localidad (INEGI,20220).

### 5.21.1. AGEB´s demarcación del Centro de Salud TIII, SFT.

Las AGEB´s del área de influencia que le corresponde al Centro de Salud están asignadas a la Ciudad de México, con clave municipal 11 y localidad 0001 (Tabla 3).

Tabla 3. AGEB´s Demarcación del Centro de Salud TIII, SFT		
Entidad	Nombre de la localidad	NUMERO DE LA AGEB
Ciudad de México, Tláhuac.	AGEB urbana	0132
		0147
		0151
		0166
		0170
		0240
		0255
		026A
		0753
		0823
		1107

Fuente: INEGI (2020).

Además, cuenta con diez localidades identificadas con los AGEB 129, 0145, 148, 138, 0147, 144, 146, distribuidas en el área geográfica (Fig. 8), que forman parte del área de responsabilidad del centro de salud (Centro de Salud, 2020).

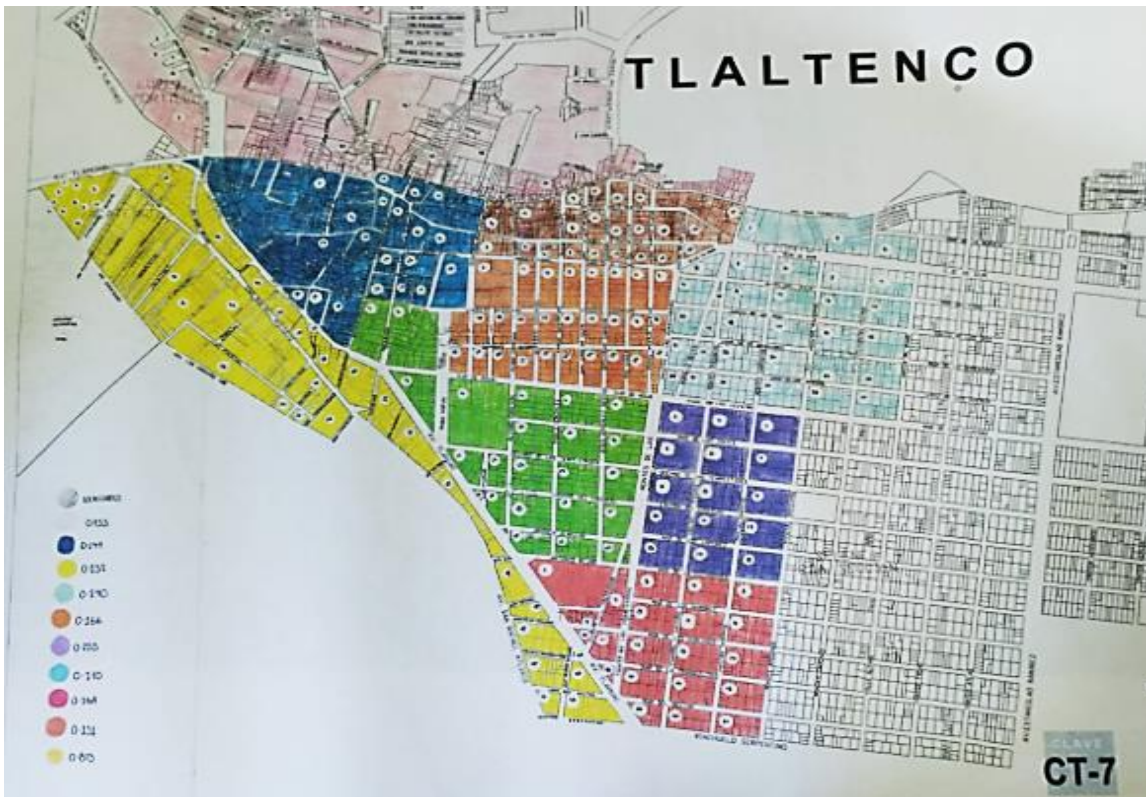


Figura 8. Distribución de AGEB's del pueblo SFT año 2020 (Centro de Salud, 2020).

## 5.22 Medios de Comunicación.

En el 2020, el 36.7% de la población tiene vehículo propio (automóvil, camioneta o motocicleta) como principal medio de transporte al trabajo. En relación con los medios de transporte para ir al lugar de estudios, 54.4% de la población utilizó camión, taxi, combi o colectivo como principal medio de transporte. En Tláhuac, el tiempo promedio de traslado del hogar al trabajo fue 53.2 minutos, 55.3% de la población tarda menos de una hora en el traslado, mientras que 32% tarda más de 1 hora en llegar a su trabajo. Por otro lado, el tiempo promedio de traslado del hogar al lugar de estudios fueron de 31.5 minutos, el 83.1% de la población tarda menos

de una hora en el traslado, mientras que el 15.6% tarda más de 1 hora (INEGI, 2020).

### 5.23. Vivienda.

La vivienda para el INEGI (2021) es el espacio delimitado generalmente por paredes y techos de cualquier material, con entrada independiente, que se construyó para que las personas, o vivan, esto es, dormir, preparar los alimentos, comer y protegerse del ambiente.

Las viviendas de los AGEBS que acuden al Centro de Salud TIII SFT (Tabla 4), representan el 9.27%, del total de las viviendas de Tláhuac, de las cuales 10,063 habitadas, el 90% cuenta con servicio de electricidad y el 84% con agua potable, (INEGI, 2020).

Tabla 4. viviendas de los AGEBS que acuden al Centro de Salud TIII SFT.					
AGEB	Número de viviendas	Viviendas habitadas	Viviendas que con cuentas de electricidad	Viviendas que con cuenta con agua potable	Viviendas que con cuenta con piso firme
0166	802	774	773	770	758
0170	1,204	1,150	1,143	1,142	1,132
0240	966	890	883	878	873
0255	513	480	480	479	478
026A	714	669	667	667	658
0753	2,490	2,268	2,264	2,130	2,208
0823	142	119	118	113	116
0110	969	841	797	334	626
<b>Total</b>	11,025	10,063	9,990	9,344	9,680

Fuente: INEGI (2020).

La población sin acceso a sistema de alcantarillado en el 2020 fue del 0.25% (963 personas), el 2.15% no contaban con red de suministro de agua, 0.27% no tenía baño y 0.23% no poseía energía eléctrica, la mayoría de las viviendas particulares

habitadas contaban con 4 (25.6%), 3 (20.9%), 2 (43%) y 1 (26.6%) recamaras respectivamente (INEGI, 2020).

#### 5.24. Educación.

La tasa de analfabetismo de Tláhuac en 2020 fue 1.67%, del total de población analfabeta, el 32.9% son hombres y el 67.1% mujeres, los principales grados académicos de la población fueron Secundaria (29.6%), Preparatoria o Bachillerato General (24.6%) y Licenciatura (19.2%). Las escuelas de nivel básico y medio superior del área de responsabilidad del Centro de Salud TIII SFT, corresponde a Escuelas de Nivel básico y Medio superior (Tabla 5):

<b>Tabla 5. Escuelas de Nivel básico y medio superior, Centro de Salud TIII SFT.</b>			
<b>No</b>	<b>Nombre de la Escuela</b>	<b>Disponibilidad de Turno</b>	<b>Dependencia</b>
1	Jardín De Niños Quetzalcóatl	Matutino Vespertino	Pública
2	Jardín De Niños Chalchiuhtlicue	Jornada Ampliada	Pública
3	Jardín De Niños Pablo Neruda	Jornada Ampliada	Pública
4	Jardín De Niños Inst. Antonie Henry Becquerel	Matutino	Privada
5	Estancia Infantil "Tercer Milenio"	Matutino	Privada
6	Estancia Infantil "Los Ángeles"	Matutino	Privada
7	Jardín De Niños Preescolar Los Ángeles	Matutino	Privada
8	Colegio Ludwig Van Beethoven Preescolar	Matutino	Privada
9	Primaria Plan De Ayala (Azules)	MatutinoVespertino	Pública
10	Primaria Manuel Rafael Gutiérrez	Matutino/Vespertino	Pública
11	Primaria Principado de Mónaco	Matutino/Vespertino	Pública
12	Primaria Plan de Ayala (Verdes)	Matutino/Vespertino	Pública
13	Primaria Colegio Liceo Anglo Pedagógico San Fco.	Matutino	Privada
14	Primaria Colegio Tlaltenco	Matutino	Privada
15	Primaria Instituto Antonie Henry Becquerel	Matutino	Privada
16	Escuela Secundaria Técnica 116	Matutino Vespertino	Pública
17	Escuela Secundaria General No 154 "República De Cuba"	Matutino Vespertino	Pública
18	Colegio De Bachilleres #16	Matutino Vespertino	Pública
19	Escuela Secundaria Particular Antonie Henry Becquerel	Matutino	Pública

Fuente: Centro de salud T-III SFT (2020).

Las instituciones que concentraron mayor número estudiantes en el 2020, fue el Instituto Tecnológico de Tláhuac (ITT) en sus tres planteles representado:

- ITT-I: 2 millones 74 mil estudiantes.
- ITT-II: 1 millón, 13 mil estudiantes.
- ITT- III:1 millón, 02 mil estudiantes.

El INEGI (2020), reporto las carreras más demandadas en Tláhuac fueron Arquitectura (801), Ingeniería en sistemas computacionales (676) e Ingeniería en sistemas automotrices (664).

### 5.25. Demografía.

De acuerdo con el INEGI (2020) la población total fue de 392,313 habitantes, siendo 51.5% mujeres y 48.5% hombres, el 25% de la población presente con mayor rango de edad fue de 20 a 24 años (33,573 habitantes), 25 a 29 años (33,430 habitantes) y 15 a 19 años (32,389 habitantes) respectivamente (Fig. 9) (INEGI, 2020).

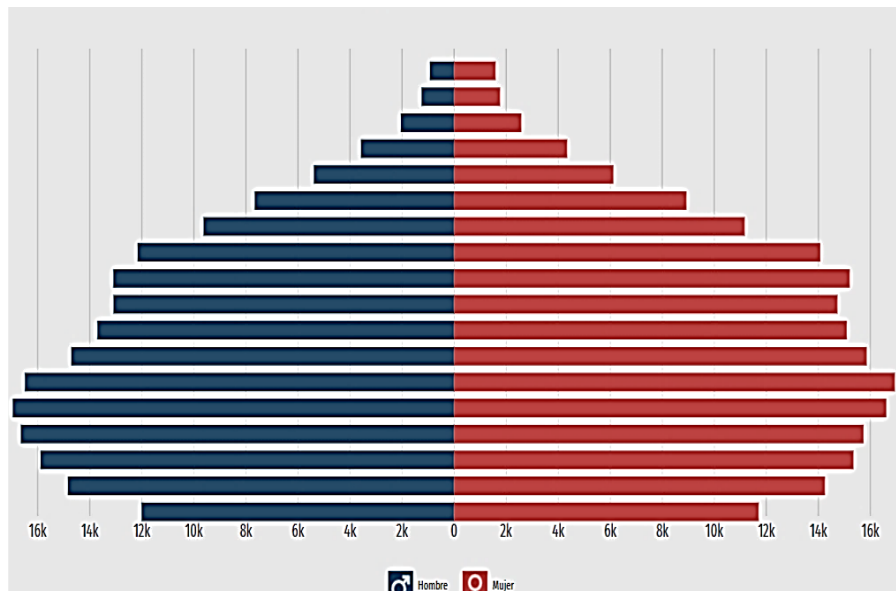


Figura 9. Pirámide población total de Tláhuac 2020 (INEGI, 2020).

La distribución de la población (Tabla 6) correspondiente a las 10 AGEB que conforman el área del Centro de Salud TIII, SFT fue de 36,100 habitantes que representa el 9.2%, de los cuales 51.8% son mujeres y 48.2% son hombres (Fig. 10).

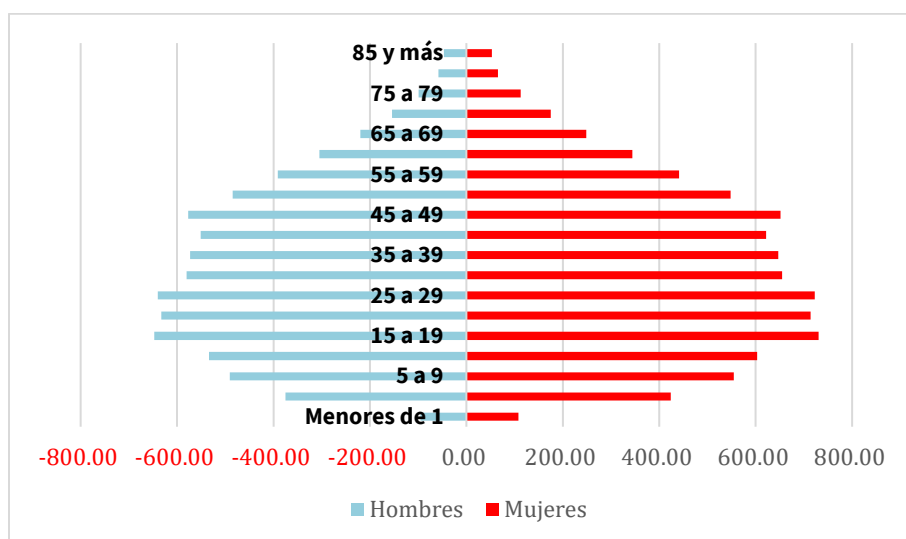


Figura 10. Atención de la población del Centro de Salud T.III SFT en el 2020 (INEGI, 2020).

Tabla 6: Representación de la distribución poblacional en Tláhuac, distribuida por AGEB urbana.			
Clave AGEB	Población total	Hombres	Mujeres
0132	5,343	2,781	2,562
0147	3,155	1,617	1,538
0151	1,796	942	854
0166	2,853	1,461	1,392
0170	4,060	2,102	1,958
0240	3,183	1,685	1,498
0255	1,754	930	824
026 <sup>a</sup>	2,090	1,057	1,033
0753	8,372	4,329	4,043
0823	444	244	200
1107	3,050	1,560	1,490

Fuente: INEGI (2020).

## 5.26 Salud.

La población que no es derechohabiente de IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMART fue de 43.22% (169,479). No hay unidades de Primer Nivel de Atención del IMSS e ISSSTE, para la atención de Segundo Nivel (hospitalario), se cuenta con el Hospital general de ISSSTE y dos hospitales de la red de Servicios de Salud de la Ciudad de México (General de Tláhuac y Materno Infantil). Por otro lado, el Centro de Salud TIII SFT, atiende las necesidades de la población de 15,595 (DGIS,2020). Este centro de salud tiene un total de 78 recursos, de los cuales solo se asignan 4 recursos para el turno vespertino, 7 para el fin de semana, el turno matutino es que cuenta con más personal con una asignación de 67 recursos (Tabla 7).

<b>Tabla 7. Plantilla de personal de la unidad T- III de SFT, Tláhuac.</b>			
<b>Personal</b>	<b>Turno matutino</b>	<b>Turno vespertino</b>	<b>Turno de fin de semana</b>
Médico	6	1	2
Odontología	2	1	1
Enfermería	17	1	1
Nutrición	1	0	0
Psicología	1	0	0
Inmunizaciones	1	1	1
Epidemiólogo	1	0	0
Administrador	1	0	0
Gestor de Calidad	1		
Trabajo Social	4		
Laboratorio	2		
Rayos X	1		
Ultrasonido			1
Servicio Social	14		
Farmacia	1		
Archivo	1		1
Administrativos	13		

Fuente: Elaboración propia, Centro de salud T-III SFT (2020).

Los servicios con los que cuenta la unidad son consulta general, odontología nutrición, psicología, inmunizaciones, un laboratorio con distintos estudios, entre otros (Tabla 8).

<b>Tabla 8. Servicios que oferta la unidad médica T-III de SFT, Tláhuac</b>			
<b>Personal</b>	<b>Turno matutino</b>	<b>Turno vespertino</b>	<b>Turno de fin de semana</b>
Consulta General	6	1	1
Odontología	1	1	1
Nutrición	1	0	0
Psicología	1	0	0
Inmunizaciones	1	1	0
Epidemiólogo	1	0	0
Administrador	1	0	0
Gestor de Calidad	1	0	0
Trabajo Social	2	1	0
Laboratorio	2	0	0
Rayos X	1	0	0
Ultrasonido	0	0	1
Farmacia	1	0	0
Archivo	1	0	1
Administrativos	13	0	0

Fuente: Elaboración propia, Centro de salud T-III SFT (2020).

Dentro de la Red de atención del Centro de salud, cuenta con el apoyo del Hospital General de Tláhuac y el Hospital Materno Infantil del Segundo Nivel para la atención de especialidades y atención obstétrica en caso de requerirlo: Cirugía de Catarata, Cirugía General, Anestesiologías, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Ginecología y Obstetricia, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Pediatría, Terapia Intensiva Adultos y Neonatal. También se cuenta con el apoyo de hospitales de Servicios de Salud de la Ciudad de México en caso de no contar con la especialidad. Asimismo, la coordinación intrahospitalaria se realiza a través del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población que requiera una especialidad y a través de la contra referencia al centro de salud para su seguimiento (DGIS,2020).

### **5.27 Morbilidad.**

De acuerdo con el Anuario de Morbilidad de la Dirección General de Epidemiología, se presentan de las principales causas de morbilidad en la Ciudad de México en el 2019, ver en el Anexo 1 (DGIS,2020).

## 5.28 Egresos en segundo nivel de atención.

La Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la secretaria de Salud (SEDESA) presenta las principales causas de egresos hospitalarios en Segundo Nivel en Tláhuac durante el año 2019 (Tabla 9) y lo reportado se ha reportado hasta octubre del año 2020 (Tabla10) DGIS (2020).

Tabla 9. Principales causas de egresos hospitalarios Segundo nivel Tláhuac, 2019							
Clasificación de enfermedades cie 10	Derechohabiencia						Grand total
	Ninguna	IMSS	ISSSTE	Seguro popular	Se ignora	Gratuidad	
Gran Total	3,343	2	21	5,075	125	1,142	9,708
O80 Parto único espontáneo	450	1		1,585	36	231	2,303
O82 Parto único por cesárea	153	0	0	826	12	59	1,050
E11 Diabetes mellitus tipo 2	107	0	0	86	0	44	237
J18 Neumonía, organismo no especificado	127	0	0	89	0	20	236
O47 Falso trabajo de parto	49	0	0	149	0	13	211
O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	41	0	0	108	1	34	184
K81 Colecistitis	73	0	0	75	0	30	178
O06 Aborto no especificado	78	0	0	60	3	12	153
K29 Gastritis y duodenitis	31	1	0	72	0	41	145
K92 Otras enfermedades del sistema digestivo	87	0	0	37	0	12	136
	4,539	4	21	8,162	177	1,638	14,541

Fuente: Dirección General de Información en Salud (2020).

**Tabla 10. Principales causas de egreso en la Ciudad de México, durante 2020**

Clasificación de Enfermedades cie-10	Derechohabiencia							Gran total
	Ninguna	IMSS	OTRO	INSABI	ISSSTE	PEMEX	Se ignora	
Gran Total	3926	3	2108	121	11	1	180	6350
O80 parto único espontáneo	1007	1	882	48		1	85	2024
U07 uso emergente de u07	744	1	18		1			764
O82 parto único por cesárea	310		288	24			33	655
P36 sepsis bacteriana del recién nacido	115		31	4			1	151
O06 aborto no especificado	86		38	2			10	136
O99 otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	69		35	1			1	106
O62 anomalías de la dinámica del trabajo de parto	66		31	1			1	99
O47 falso trabajo de parto	52		42	1			2	97
O14 preeclampsia	58		25	2				85
O03 aborto espontáneo	59		18				1	78

Fuente: Dirección General de Información en Salud (2020).

La hospitalización evitable, por falta de atención efectiva y oportuna de la parte de unidad de primer nivel, como el caso de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus, que fue la tercera causa de egresos durante 2019 y 2020, lo que sugiere que se debe mejorar el proceso de atención integral, de calidad y oportunidad, aplicando acciones de prevención a través de orientaciones y conformación de grupos de ayuda mutua, con el propósito de contribuir en el control cardio metabólico de estas personas y disminuir hospitalizaciones y retrasar la complicaciones de la patología (DGIS,2020).

#### **5.29. Morbilidad.**

La morbilidad toma en cuenta la cantidad de personas que enferman en una población determinada en un tiempo determinado. Las cifras de la tasa de mortalidad se deben a la modificación de altas o bajas que hay en la morbilidad o letalidad (UNAM, 2010).

#### **5.30. Mortalidad.**

La mortalidad indica el número de defunciones por lugar, en un tiempo dado y causa. En los datos de la OMS reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, causas de defunción codificadas por las autoridades nacionales, que es definida como "la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal", expuesto en la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 2020).

de acuerdo con la información publicada de la DGIS (2020), representa las 10 principales causas de mortalidad en Tláhuac durante el 2019 (Tabla 11), por cada 100,000 habitantes.

<b>Tabla 11. Principales causas de mortalidad en Tláhuac, durante el 2019</b>			
<b>No.</b>	<b>Causas de Defunción Clave CIE-10</b>	<b>Casos</b>	<b>Tasa de mortalidad</b>
1	E11 diabetes mellitus tipo 2	253	69.89
2	I21 infarto agudo de miocardio	253	69.89
3	J18 neumonía, organismo no especificado	52	14.36
4	K70 enfermedad alcohólica del hígado	52	14.36
5	X95 agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	44	12.15
6	Y34 evento no especificado, de intención no determinada	40	11.05
7	J44 otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	31	8.56
8	I12 enfermedad renal hipertensiva	30	8.29
9	K72 insuficiencia hepática, no clasificada en otra parte	24	6.63
10	C22 tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	22	6.08

Fuente: DGIS (2020).

De acuerdo con la Agenda Estadística de la Ciudad de México 2019, se reportó las tasas de mortalidad (Tabla 12):

<b>Tabla 12. Tasas de mortalidad de Tláhuac, 2019.</b>							
<b>Mortalidad</b>	<b>Año</b>						
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
General	4.4	4.6	4.8	4.6	5.1	5.4	5.2
Infantil	15.7	13.4	13.5	11.9	12.3	11.3	10.4
Preescolar	0.3	0.5	0.8	0.4	0.6	0.4	0.3
Escolar	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2	0.4	0.3
Edad reproductiva	2.6	2.7	2.9	2.7	3.2	3.2	3.3
Materna	49.7	17.0	101.0	17.0	55.0	0.0	21.3

Fuente: SEGOB (2019).

### **5.31. Antecedentes históricos y geografía del área.**

En 1857 la Ciudad de México contaba con veinte Municipalidades distribuidas en cuatro prefecturas políticas: Tacubaya, Tlalpan, Guadalupe Hidalgo y Xochimilco, a ésta última perteneció Tláhuac y Mixquic. En 1889, las Municipalidades aumentaron a veintidós y las prefecturas a seis; destacando Xochimilco, que comprendieron las municipalidades de Tláhuac, Mixquic y San Francisco Tlaltenco (FAO, 2016).

El 26 de marzo de 1903 el Gobierno Porfirista expidió la “Ley de Organización Política y Municipal del Distrito Federal”, que suprimió la municipalidad de Tláhuac. Una vez superada la fase militar de la revolución, los pueblos de la zona solicitaron que se restableciera el Ayuntamiento y aún llegaron a elegir, dos regidores sin tener base jurídica (Juan Calzada y Maclovio Fuentes) para el período de 1922 a 1923 (Maqueda, 2012). Por otro lado, El 5 de febrero de 1924, gracias al apoyo de Severino Ceniceros, senador por Durango, el congreso decretó la segregación de Tláhuac de la municipalidad de Xochimilco y restableció el ayuntamiento. En 1928 Tláhuac se constituye como Alcaldía. Y el 1° de septiembre del 2018, se consolidó como la Alcaldía de Tláhuac, esta última se fundó en el 1222 D.C. Fecha de fundación se toma como el año 10 pedernal (1268), donde sus primeros pobladores fueron los Chichimecas decidieron establecerse en Quiauhxacatital que significa *“el lugar en donde está la máscara labrada de árbol”* (Tláhuac, 2017).

En 1949 se terminó de construir la iglesia de SFT símbolo de unidad del pueblo y una de las más ricas de Tláhuac, el nombre de Tlaltenco significa a la orilla de la tierra. Por otro lado, la puerta o arco de Tlaltenco data de la época colonial y principios de la independencia servía como aduana, SFT se localiza en la parte

norte de Tláhuac, a orillas sur de la sierra de Santa Catarina. Presenta una planicie en su totalidad, rodeada, por sierras originadas por erupciones volcánicas que la convirtieron en un sitio plano y bajo sin salida para el agua, este último proviene de los manantiales del pueblo de Tulyehualco, Xochimilco y Mixquic, los ríos de Amecameca provenientes de Chalco, alimentados por agua del deshielo de los volcanes. (Tláhuac, 2017)

### **5.32 Carnaval.**

El carnaval es un evento cultural que expresa la alegría y colorido que, de las festividades de los habitantes de Tláhuac, en SFT sintetiza, el esfuerzo de un pueblo, de su historia. Su origen se remonta a finales del siglo XIX y da inicios el primer domingo de cuaresma de cada año, destaca el desfile de disfraces acompañado por música de los “Chínelos”; recorre las calles principales hasta llegar a la plaza centenario, con la presencia de los charros con sus trajes plateados o chinaco (Tláhuac, 2008).

Este evento, más allá de sus manifestaciones espontáneas y ornamentales expresa la genuina motivación de un pueblo, que no delimita solamente a la faena diaria de la escuela o centro de trabajo, si no que se expresa de manera pública, abierta, con música, bailes y desfiles (Tláhuac, 2008).

El origen del Carnaval con eventos ancestrales dio inicio con las bacanales romanas, algunas de las festividades relacionadas con la religión judío, cristianas y hasta ceremoniales prehispánicas, lo cierto es en SFT se remonta a principios de este siglo. Sus disfraces dan un espectáculo que ha dado fama y proyección nacional e internacional a esta parte de la ciudad de México.

## **VI. METODOLOGÍA**

El diagnóstico participativo busca mejorar y proteger la salud en el ámbito local a través de un proceso colaborativo y abierto, que involucre todos los sectores y agentes de las comunidades para actuar sobre los determinantes de la salud que operan en el ámbito local.

### **6.1. Gestión administrativa.**

Se solicitó a las autoridades del Centro de Salud T-III SFT, para realizar la intervención en el área de influencia, y poder utilizar los datos proporcionados por la institución para brindar el reconocimiento correspondiente para dicha investigación.

### **6.2. Tipo de estudio.**

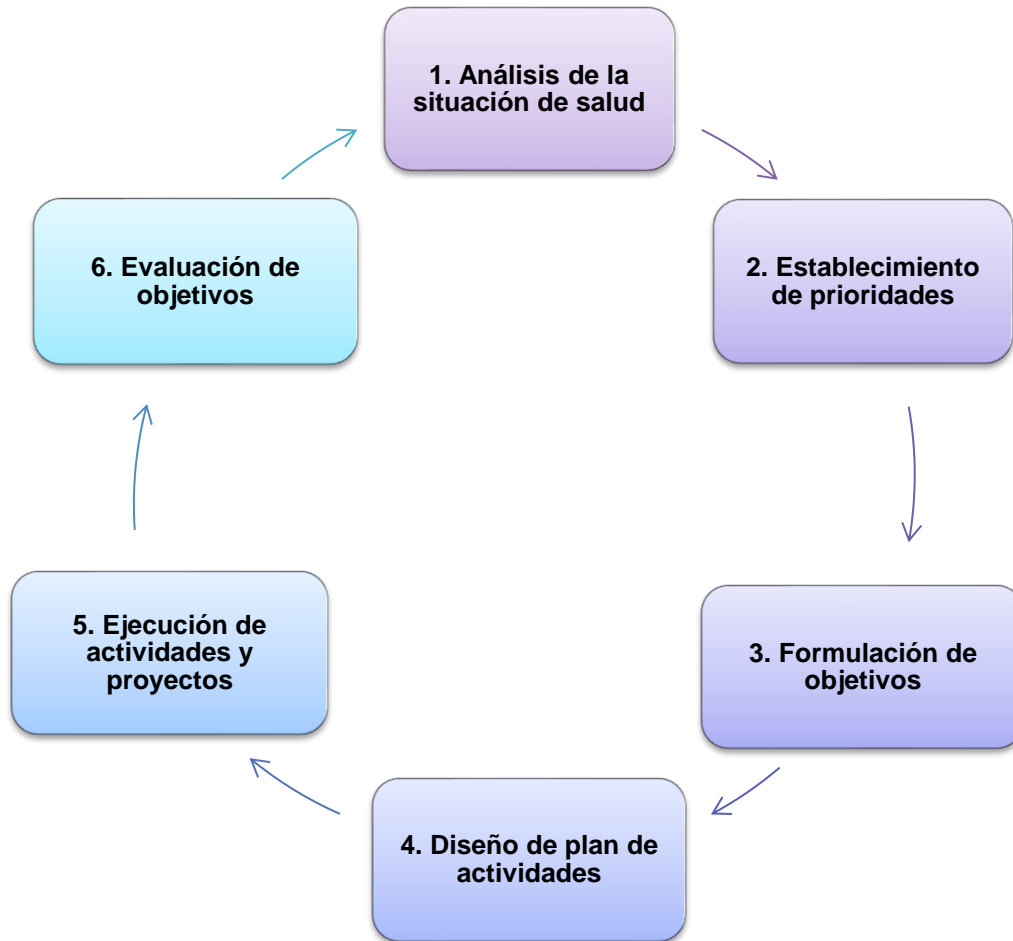
Estudio transversal descriptivo, se utilizó una metodología cualitativa.

### **6.3. Método**

La metodología mixta utilizada para el proceso de diagnóstico participativo en Salud se utiliza una metodología mixta (cuantitativa y cualitativa) permitió obtener información sobre el estado de salud de la comunidad, así como del espacio a intervenir, sus determinantes y recursos disponibles relacionados con la salud.

Se busca la protección y mejora de su salud en el ámbito local a través de un proceso colaborativo, abierto que involucra a todos los sectores y agentes de la comunidad, para poder actuar sobre los determinantes de la salud que operan en el ámbito local.

Para organizar este proceso se utilizó un esquema general de planificación sanitaria (Fig. 11) sobre el que se sustentó el modelo de planificación en salud propuesto desde la atención primaria orientada para la comunidad (Hevia, 1997).



**Figura 11. Esquema general de planificación sanitaria.**

A partir de este esquema, se formularon las etapas del proceso de diagnóstico participativo. Dentro de los procesos de intervención se clasificó en diez dimensiones: I) Diagnóstico de necesidades, II) Objetivo, III) Contenidos, IV) Contexto de desarrollo, V) Destinatarios, VI) Funciones, VII) Agentes, VIII) Carácter científico, IX) Diseño de programa o proyectos y X) Evaluación (Ander, 1997).

## VII. RESULTADOS y DISCUSIÓN

La realización del Diagnóstico Participativo en el Pueblo de SFT fue del mes de noviembre del 2020 a noviembre del 2021, identificado con la AGEB 0147 (Fig. 12), tuvo una participación de 10 habitantes, el número de participantes fue elegido debido a la contingencia sanitaria por COVID 19.



Figura 12: Pueblo de intervención SFT identificado con la AGEB 0147 2020.

### 7.1. Conformación de la comisión de salud.

Para realizar el Diagnóstico Participativo, se hizo un recorrido de la AGEB para delimitar el territorio y las condiciones materiales de vida de la comunidad, se realizó un segundo recorrido para hacer la invitación para conformar la Comisión de Salud (Tabla 13), para ello fue necesaria la búsqueda de personas dispuestas a participar en el mejoramiento de la salud de la población de su localidad; Los criterios de inclusión fueron: Participantes con una edad promedio  $\geq$  a 18 años, de preferencia que sepan leer y escribir, así como disposición para colaborar en el desarrollo y en el beneficio de la comunidad.

Para este diagnóstico, la participación de la comunidad fue de manera voluntaria para formar la Comisión de Salud en la unidad territorial. La participación fue organizada, democrática, voluntaria y comprometida. Cada integrante fue previamente informado sobre su participación y función dentro de la Comisión de Salud, bajo una colaboración efectiva para alcanzar los propósitos, quienes a su vez tenía voz y voto en la toma de decisiones, priorizando los intereses de la comunidad.

**Tabla 13. Integrantes de la Comisión de Salud SFT.**

<b>Cargo</b>	<b>Sexo</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Edad</b>
<b>Presidenta</b>	Mujer	Hogar	Casada	72
<b>Secretario</b>	Hombre	Jubilado	Casado	75
<b>Primer vocal</b>	Mujer	Comerciante	Viuda	69
<b>Segunda vocal</b>	Mujer	Hogar y apoyo en actividad física	Casada	57
<b>Participante</b>	Mujer	Jubilada	Viuda	61
<b>Participante</b>	Mujer	Odontóloga	Divorciada	42
<b>Participante</b>	Hombre	Jubilado	Casado	65
<b>Participante</b>	Mujer	Hogar	Casada	48
<b>Participante</b>	Hombre	Abogado	soltero	36
<b>Participante</b>	Hombre	Comerciante	casado	54

Fuente: Elaboración propia, (2020).

## **7.2. Análisis de la situación de salud.**

La AGEB 0147 cuenta con una población total de 3,155 habitantes, que viven en 870 viviendas de las cuales el 99.9% cuentan con luz eléctrica, el 99.40 % tiene red de agua potable, no se cuenta con alguna escuela ya sea pública o privada, el 1.67% de la población no cuenta con estudios, en contraste, el 19% cuenta estudios de licenciatura. Así mismo, en salud, la unidad más cercana es el Centro de Salud T-III SFT, cuenta con: consulta general, odontología, nutrición, psicología, inmunizaciones, entre otros, ofrece servicios de atención de lunes a viernes en dos turnos (matutino, vespertino) y fines de semana por la mañana. En general el Pueblo

de SFT Tláhuac las siete principales causas de defunción durante el 2019 (100, 000 habitantes) (CIE-10) fueron:

1. Diabetes mellitus tipo 2 (69.89%).
2. Infarto agudo al miocardio (69.89%).
3. Neumonía por organismo no especificado (14.36%).
4. Enfermedad alcohólica del hígado (14.36%).
5. Agresión con disparo por otras armas de juego y no especificadas (12.15%).
6. Evento no especificado, de intención no determinada (11.05%).
7. Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (8.56 %).

Cabe destacar que la diabetes mellitus tipo 2 y el infarto al miocardio ocupan el porcentaje más alto en la tasa de mortalidad del 2019.

Por otra parte, las principales causas de egreso hospitalario en el segundo nivel de atención medica en Tláhuac 2019 (100,000 habitantes) fueron las siguientes:

1. Parto único espontáneo (23.03%).
2. Parto único por cesárea (10.50%).
3. Neumonía, organismo no especificado (2.36%).
4. Falso trabajo de parto (2.11%).
5. Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio (1.84%).
6. Colecistitis (1.78 %).
7. Aborto no especificado (1.53 %).

Estos resultados permiten relacionar las condiciones materiales de vida y de atención en salud, por lo que es posible hacer una planeación de intervención vinculando a la comunidad, para que trabaje de manera activo en pro de su salud.

### **7.3. Taller Intersectorial de Planeación.**

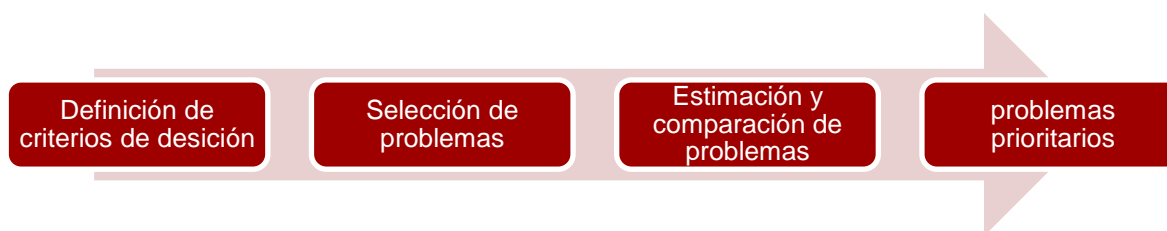
En el taller intersectorial de planeación se dieron a conocer los resultados del diagnóstico de salud de SFT, donde se identificaron los Determinantes Sociales de Salud (DSS) que inciden en la población, problemas necesarios atender para proponer acciones que pueden favorecer las condiciones de salud. El proceso se realizó de manera conjunta entre la Comisión de Salud, Unidad de Salud y Promotores de Salud, teniendo como referencia el Diagnóstico Situacional del Municipio. También, se consideraron problemas asociados de Salud Pública que enfrenta el país, así como las prioridades determinadas por la unidad de salud y las necesidades sentidas de la población, englobando los problemas identificados por estas organizaciones. Esto con la finalidad de definir las prioridades y acciones a realizar por parte de los actores sociales, la comunidad, diversidad y algunos sectores, llevando a cabo una programación participativa donde se favorece la efectividad, sustentabilidad técnica y política que responde de una manera efectiva a las necesidades sentidas de la población.

Durante el taller se consideraron 2 momentos:

- La priorización de problemas.
- La definición de objetivos y acciones a realizar para su control.

#### 7.4. Priorización de Problemas.

Derivado del diagnóstico situacional del Municipio sobre las necesidades sentidas por la comunidad se identificaron diversos problemas multifactoriales que afectan la salud de la comunidad, por lo que se recomienda establecer un orden de importancia para su atención (Fig. 13) y de esta manera priorizarlos, tomando en cuenta los actores clave o relevante para resolverlos.



**Figura 13. Etapas de la priorización de problemas.**  
Fuente: elaboración propia (2020).

Cabe mencionar que existe una variedad de instrumentos para realizar la priorización de problemas, para el trabajo participativo se utilizan técnicas que permitan guiar a grupos de personas, la más utilizada es la búsqueda por consenso, como la siguiente: (Tab. 14).

<b>Tabla 14 Técnicas grupales por búsqueda de consenso</b>	
Técnicas que utilizan un tipo de encuesta	El enfoque a través de informadores cable La técnica de Delphi
Técnicas que utilizan una reflexión individual	Grupo nominal El brainwringing
Técnicas que utilizan la interacción	El brainwringing Formulario comunitario
Técnicas combinadas	Las impresiones de la comunidad

Fuente: (Hevia, 1997).

Para el desarrollo del taller (Anexo 4) se utilizó la aplicación de la técnica del grupo nominal, la cual es una metodología que favorece al proceso de toma de decisiones, promueve la creatividad y participación de todos los integrantes, indagando para su

solución a una situación específica, para realizar un diagnóstico sobre un problema que afecte a un grupo (Acosta, 2023), que consta de 8 etapas para la selección de problemas prioritarios:

1. Bienvenida y presentación de la dinámica a los asistentes.
2. Formación de mesas de trabajo.
3. Presentación de los documentos de trabajo.
4. Lluvia de ideas.
5. Enumeración de ideas en forma ordenada.
6. Discusión y distribución de la información.
7. Votación para la selección de los problemas prioritarios por equipos.
8. Priorización de problemas.

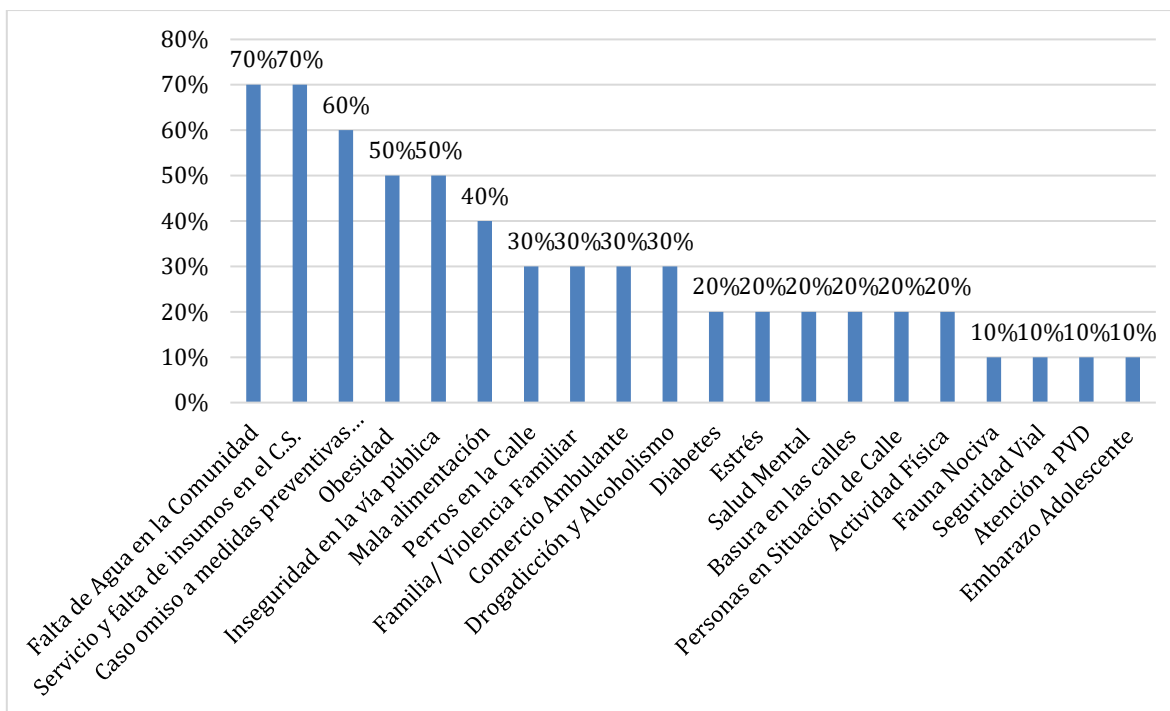
Para el desarrollo del taller, con base en los puntos antes mencionados, se les dio la bienvenida y se les presentó la dinámica, a los participantes se les invitó a formar 2 mesas de trabajo, los grupos fueron conformados por 5 integrantes cada uno y cada mesa fue acompañada de un Promotor de Salud; se revisó en el diagnóstico situacional las prioridades de la unidad de salud y se les pidió a los participantes que derivado de los documentos de trabajo elaboren una relación de los problemas de salud y las posibles causas que los ocasionan (Anexo 5).

Durante el taller, la priorización de problemas de salud, de acuerdo con la metodología, permitió solicitar a cada participante, realizar una lista de 5 a 10 problemáticas de salud (Tabla 14) que considere que afecte su salud.

<b>Tabla 15. Problemas de salud sentidos por la comunidad.</b>	
<b>Participante</b>	<b>Problemáticas identificadas</b>
<b>1 Mujer, Edad 72, Hogar.</b>	1. Falta de agua en la red, Mala Alimentación, 2. Obesidad en los niños 3. Estrés, 4. No usan cubrebocas la gente en la calle, 5. Hay poca unión familiar, 6. Perros de la calle, 7. Diabetes en gran parte de la población
<b>2 Hombre, Edad 75 Jubilados</b>	1. No se tiene una buena salud emocional (falta de felicidad), 2. Poca unión familiar, 3. Diabetes en gran parte de la población, 4. Falta de agua para el uso diario, 5. Puestos ambulantes obstruyendo las banquetas y vías públicas, 6. Drogadicción, 7. Ratas y cucarachas
<b>3 Mujer, Edad 69 Comerciante</b>	1. No hay un uso de cubrebocas en adultos y niños, 2. Violencia Familiar, 3. Personas en la calle alcoholizadas y/o drogadas, 4. Falta de medicamentos en el Centro de Salud, 5. Atención regular a los pacientes en el Centro de Salud, 6. Delincuencia
<b>4 Mujer, Edad 57 Hogar.</b>	1. Doble fila de autos en escuelas y vía pública, 2. Puestos ambulantes obstruyendo banquetas, 3. Basura, 4. No hay agua potable, 5. Agua sucia en los lavabos de los sanitarios del centro de salud, 6. Baños tapados en el Centro de Salud.
<b>5 Mujer, Edad 61 Jubilada</b>	1. Falta de atención a las personas con discapacidad, 2. Falta de agua, 3. Personas en la calle, 4. Obesidad en la comunidad, 5. Las personas no se quedan en casa durante la contingencia.
<b>6 Mujer, Edad 42 Odontóloga</b>	1. Falta de agua potable, 2. Puestos ambulantes obstruyendo las banquetas y vías públicas, 3. Drogadicción, 4. Obesidad y sobrepeso, 5. Inseguridad en las calles
<b>7 Hombre, Edad 65 Jubilados</b>	1. Poca actividad física, 2. Mala Alimentación en las escuelas, 3. Estrés, 4. Falta de equipos de laboratorios y rayos x en el centro de salud, 5. Robos a peatones, 6. La gente no hace caso a las medidas preventivas COVID 19
<b>8 Mujer, Edad 48 Hogar</b>	1. No hay unión en la comunidad, 2. Poca de perros, 3. Obesidad y sobre peso, 4. Robos en las calles, 5. Persona que vive en la calle, 6. Sin agua en las tuberías, 7. Embarazo adolescente.
<b>9 Hombre, Edad 36 Abogado</b>	1. No hay una alimentación adecuada, 2. No se realiza o poca la actividad física que se realiza/ falta de ejercicio, 3. No hay agua potable todos los días, 4. Basura en las calles, 5. Falta de medicamentos en el centro de salud, 6. No se siguen indicaciones o medidas de prevención por contingencia de COVID
<b>10 Hombre, Edad 54 Comerciante</b>	1. No hay unión en la comunidad, 2. Excremento de perros, 3. Inseguridad en la vía pública, 4. Alimentos chatarra y mala alimentación, 5. Mal trato en el centro de salud por el personal, 6. Obesidad

Fuente: Elaboración propia (2020).

Con base en la relación de problemas de salud identificados (Tab. 15) para cada participante de la comisión de salud, se obtuvo la priorización de problemas del Pueblo de SFT en 2020 (Fig. 14).



**Figura 14: Frecuencia de la problemática de salud de SFT en 2020.** Fuente: Elaboración propia (2020).

El 70% de la población encuestada, seleccionó la falta de servicios de agua en la comunidad, así como la falta de insumos en el centro de salud (Fig. 14), como un problema prioritario de salud, seguido de un 60% de caso omiso a medidas preventivas por COVID-19 y 50% refirió la obesidad e inseguridad en vía pública, por otro lado, el 10% identificó la fauna nociva (plaga de roedores y cucarachas), seguridad vial, atención a personas viviendo con discapacidad y embarazo adolescente.

También, tanto los integrantes de la comisión de salud y promotores de salud proponen desde su perspectiva, los problemas de salud que deben ser atendidos con base en la tasa de morbilidad y mortalidad, identificando a partir del Diagnóstico Local de Salud. Con este último se realizó la discusión para analizar, clarificar, añadir o eliminar algunas ideas de la mesa de trabajo, donde de manera conjunta,

se consensó de acuerdo con la frecuencia de selección de participantes sobre las principales problemáticas identificadas.

Después del análisis, se elaboró una tabla de jerarquización (Anexo 2) para clasificar los criterios y ponderación (Anexo 3), siendo los promotores de salud los responsables de elaborar la base de datos para generar un listado final (Tabla 15) donde se realizaron las sumatorias para obtener el puntaje total y se clasificaron los problemas en orden de prioridad. La PS es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar enfermedades transmisibles, no transmisibles y otras amenazas para la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y así mejorarla (PS y DSS 2013-2018).

La Promoción de la Salud 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 (Carta de Ottawa 1989). La salud como derecho humano fundamental, refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual, para capacitar a la gente y ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así su calidad de vida (Carta de Bangkok, 2005).

La Promoción de la Salud deberán sensibilizar a la población, capacitar y concientizar sobre los determinantes de salud, para ejercer un mayor control a través de un trabajo en conjunto, basada en un derecho humano fundamental, el cual refleja a la salud como un determinante de la calidad de vida adecuada.

El trabajo del promotor se desarrolla en una comunidad, la cual entendemos como un conjunto de seres humanos que tiene algún tipo de rasgos comunes (como el idioma, las costumbres, los valores, etc.), o algún tipo de contexto de encuentro. Sin embargo, el alcance de sus acciones repercute en la sociedad en conjunto como parte de una estructura compleja de organización que incluye sistemas formales, informales, y marcos normativos basados en leyes, creencias y cultura.

**Tabla 16. Jerarquización de problemas de la comunidad de SFT.**

<b>Problemática Identificada.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Gravedad</b>	<b>Posibilidad de solución</b>	<b>Recursos para su solución</b>	<b>Disposición de sus participantes para su solución</b>	<b>Total</b>	<b>Mayor puntaje</b>
<b>Falta de Agua en la Comunidad</b>	18	17	8	5	17	65	1
<b>Caso omisión a medidas COVID 19</b>	10	14	11	9	14	58	2
<b>Servicio y falta de insumos en el C.S.</b>	17	17	8	3	11	56	3
<b>Inseguridad en la vía pública</b>	14	17	3	5	15	54	4
<b>Obesidad</b>	13	15	9	3	12	52	5
<b>Drogadicción y Alcoholismo</b>	13	14	9	3	7	46	6
<b>Perros en la Calle</b>	11	14	7	4	6	42	7
<b>Familia/ Violencia Familiar</b>	12	7	9	3	6	37	8
<b>Comercio Ambulante</b>	10	8	6	2	6	32	9

**Fuente: Elaboración propia (2020)**

Con los resultados de la jerarquización de problemas de SFT (Tab. 16) se encontró de acuerdo con la percepción de los habitantes que la falta de agua es una problemática frecuente y que se puede tener una mayor disposición para resolverla, seguida de caso omiso a medidas preventivas para COVID-19, mientras que el comercio ambulante fue considerado de menor gravedad y con poca disposición para resolverlo, así como problemáticas de perros en la calle y violencia familiar.

Con estos resultados se contemplaron cinco problemáticas sentidas por los habitantes de la comunidad, destacando:

- ▶ Falta de Agua en la comunidad.
- ▶ Caso omisión a medidas preventivas para COVID 19.
- ▶ Servicio y falta de insumos en el C.S.
- ▶ Inseguridad en la vía pública.
- ▶ Obesidad

Cabe destacar que las problemáticas antes mencionadas fueron resultado de las votaciones que se obtuvieron de acuerdo a la frecuencia obtenida de las nueve sentidas por la comunidad (Tab. 16). Finalmente, los problemas que inciden en la salud de la población no corresponden al ámbito de sector salud, a través de un proceso participativo, en conjunto con otros actores que pueden incidir en la comunidad, se definieron los objetivos y acciones por atender los problemas priorizados en el ejercicio anterior.

#### **7.5. Programa de Trabajo Comunitario de Promoción de la Salud (PTCPS).**

El programa de trabajo comunitario tiene como objetivo la suma de esfuerzos entre autoridades municipales, instituciones, sector privado, organizaciones no gubernamentales y la comunidad, para dar solución a los problemas que inciden en la salud de la población, donde cada uno de los actores intervendrá desde su área de competencia. Siendo un reflejo de las acciones intersectoriales en la ejecución para favorecer la salud de la comunidad.

Este instrumento de planeación (Tabla 17) tiene como base el diagnóstico situacional de la comunidad y el producto obtenido durante el taller de la planeación y priorización de problemas. Para ello, se realizaron dos talleres

- 1) **Encuadre del Trabajo comunitario en SFT:** sus objetivos fueron el construir un espacio de manera colectiva, creando acuerdos mínimos de convivencia y de trabajo que se requiere durante el proceso.
- 2) **Taller de intercambio de experiencias:** su objetivo principal fue compartir el trabajo colectivo con la comunidad de SFT en relación con el uso del espacio público e Identificar y priorizar problemáticas que la comunidad del Pueblo de SFT.

Con el diagnóstico y los talleres, se obtuvo la priorización de problemas destacando:

1. Falta de agua en la comunidad (agua y saneamiento)
2. Servicios y falta de insumos en el C.S.T-III SFT (reorientación de los servicios)
3. Omisión de medidas sanitarias preventivas COVID- 19 (desarrollo de aptitudes personales)
4. Obesidad (desarrollo de aptitudes personales)
5. Inseguridad en la vía pública.

**Tabla 17. Programa de trabajo comunitario de promoción de la salud para SFT.**

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Responsable	Fecha		Metas	Cumplidas
				Inicio	Término		
<b>Obesidad</b>	Disminuir incidencia de sobrepeso y obesidad en población	Diseñar e impartir talleres de alimentación correcta, lectura de etiquetas y combinaciones saludables.	Personal de nutrición, médico, TS y enfermería CST-III, Personal PS y TS de la JS Tláhuac, Comisión Local de Salud	01/2021	08/2021	12 talleres	Por realizar
		Pláticas sobrepeso y obesidad, realizar actividad física.				10 pláticas	Por realizar
		Promover actividad física y recreativa con infografías y carteles, en DIF, Pilares y Centro de Salud.				10 carteles 10 infografías digitales	Por realizar
<b>Incumplimiento medidas higiénico-preventivas (COVID-19, IRAS)</b>	Informar a población sobre medidas de prevención contra Covid-19 e IRAS y repercusiones de salud e importancia de realizar medidas higiénico-preventivas.	Diseñar e informar por diferentes medios (mural, spots, infografías y carteles) sobre medidas higiénico-preventivas ante COVID 19.	Trabajo social, médicos y enfermería del C. S. T-III SFT. PS y TS JS Tláhuac, comisión local Salud	01/2021	12/2021	10 murales coordinación territorial	Por realizar
						10 spots	Por realizar
						12 infografías	Por realizar
						50 carteles	Por realizar
<b>Inseguridad pública</b>	Gestionar acciones para generar espacios públicos seguros.	Gestión luminarias, vigilancia, alarmas, poda maleza, mantenimiento y retiro de objetos vía pública que obstruyen visibilidad	TS y área administrativa del CST-III Personal PS y TS J.S Tláhuac. Comisión Local Salud	03/2021	10/2021	1 oficio	Por realizar

	Capacitar a la población para tomar medidas personales de seguridad.	Diseñar implementar talleres, pláticas con instancias de participar y disminuir prevalencia delitos.	Seguridad Pública de la Alcaldía.			6 pláticas 6 talleres	Por realizar
		Difusión información medidas preventivas del delito.				10 infografías Digitales	Por realizar
<b>Falta de agua potable</b>	Gestionar abastecimiento agua potable instancias y promover uso cuidado del agua.	Informar a la comunidad de las instancias (área de la Alcaldía) que se encargan de dar el servicio de pipas.	TS y administrativa del CST-III Alcaldía. PS y TS JS Tláhuac. Comisión Local Salud Personal SEDEMA	04/2021	09/2021	5 infografía digitales	Por realizar
	Incorporar programa cosecha de lluvia	Pláticas sobre el cuidado del agua, manejo a adecuado y reciclar el agua y realizar videos.				12 talleres 2 videos	Por realizar
		Solicitud incorporar habitantes comunidad programa cosecha de lluvias SEDEMA				1 oficio para SEDEMA	Por realizar
<b>Falta insumos y servicios en centro salud.</b>	Solicitar insumos para el servicio de laboratorio, trabajo social y farmacia	Seguimiento encuestas calidad.	Personal Comité Local Salud	01/2021	10/2021	20 encuestas de calidad	Por realizar
		Servicios y horarios atención cuenta CS.				20 carteles digitales	Por realizar

Con base en el PTCPS (Tab. 17) está planificación y coordinación de acciones cumplen las siguientes características.

1. Atender al menos 5 prioridades derivadas del taller tres estrategias.
2. Definiendo las formas en que se realizaron las acciones.
3. Fomentar la participación de diferentes actores procurando la integración de las estrategias para dar solución a los problemas.
4. Describir cuales son los recursos con los que se cuenta para realizar las acciones.
5. Programar estrategias para un periodo de tiempo no mayor a un año.
6. Identificar las localidades donde se realizarán las estrategias, así como, la población que se beneficiara directamente.
7. Programar uno o más proyectos vinculados a salud pública.

Para realizar estos procesos se requieren los determinantes sociales (DSS) ya que son circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (OMS, 2015), donde los entornos favorables para la salud, las habilidades personales, los servicios de salud y la cultura participativa, están altamente contaminados de condiciones de vida que se dan entre las personas de una comunidad (PS y DSS 2013-2018).

Finalmente, las redes de salud deberán de conocer las actividades realizadas dentro de los diferentes sectores para hacer las modificaciones en las condiciones de vida y medio ambiente, que favorezcan el bienestar de la población. Para el desglose de las mismas se pondrá el nombre de las estrategias en donde se describen las

acciones realizadas para la atención, se colocará la fecha de inicio y de término, el nombre de los responsables y de los participantes para alcanzar la meta. Por último, el avance de las actividades planteadas en el programa, de acuerdo con las metas propuestas y cronograma de actividades, permitirán identificar y anticipar los contratiempos que se presenten en la ejecución, tomar medidas necesarias para enfrentarlos. Por lo que, este plan requiere un seguimiento de proceso continuo desde la recolección y análisis de datos, las etapas de su realización, cronogramas y evidencias para realizar el proceso.

La participación social, funge como parte de las obligaciones de la PS ya que es parte fundamental para la integración, cooperación y consenso, en donde se consideran las necesidades que identifican los miembros de la comunidad como problemáticas prioritarias dentro del espacio en el que viven, con la finalidad de realizar diferentes actividades que coadyuven a las mejoras de la comunidad con responsabilidad, igualdad, empatía, trabajo comunitario, libertad e identidad cultural, gestión y enlace interinstitucional para tener una mejor calidad de vida. Así mismo, en el Manual Operativo para Certificación de Municipios Promotores de la Salud, se mencionan los mecanismos de participación social que utiliza el PEyCS, en donde los Agentes de la salud (PS) y Comités Locales de Salud se relacionan para la priorización de problemáticas y consenso, donde se involucra a todas las partes para tener un mejor manejo de sus Determinantes Sociales de Salud con la participación comunitaria.

## VIII. CONCLUSIONES

El diagnóstico participativo en salud del Pueblo San Francisco Tlaltenco Tláhuac fue realizado de acuerdo con la planeación estratégica a pesar de existir la situación epidemiológica por COVID-19, al elaborar dos Talleres: **1) Encuadre del Trabajo comunitario en SFT y 2) Intercambio de experiencias**, para identificar y priorizar problemáticas de la comunidad, obteniendo con el diagnóstico las necesidades emergentes, como la falta de agua, servicios y falta de insumos en el C.S.T-III, omisión y medidas sanitarias preventivas por COVID-19, obesidad e inseguridad en vía pública.

De las problemáticas identificadas, se realizaron al menos tres estrategias de Promoción de la Salud: como Taller 1. Plática 1, para disminuir la incidencia de obesidad en la población y se realizaron 100 encuestas y 3 carteles para solicitar insumos para C.S.T-III. Por otro lado, la alcaldía Tláhuac tiene atribuciones legales para actuar sobre los determinantes sociales que condicionan la salud de la población destacando la inseguridad y salud pública.

En el trabajo comunitario se lograron identificar cinco problemáticas, con la suma de esfuerzos entre los órganos gubernamentales, sector privado, organizaciones, mediante la participación “municipal en salud” para dar soluciones integrales a la priorización de problemas para mejorar el entorno, sobre los derechos y responsabilidades, con la Participación activa y PS así como en el Manual Operativo para la Certificación de Municipios Promotores de la Salud (Carta Ottawa, 1986, SEDESA, 2016).

Los Promotores de Salud han realizado trabajo comunitario, al conocer las necesidades de las comunidades, su entorno, viviendas, determinantes sociales, individual, familiar y colectivo; organización, forma de gobierno y toma de decisiones. De las estrategias propuestas, se realizaron trabajos de planificación y/o programación, bajo acciones sistemáticas, para identificar y priorizar determinantes de salud: El diagnóstico participativo permitió analizar, comprender, debatir y promover la acción colectiva, en asuntos relevantes para la comunidad. Por lo que es necesario seguir trabajando, para el desarrollo de actividades construyendo comunidades saludables y espacios de salud.

El avance participativo en un proyecto de intervención es posible gracias al apoyo de las comunidades para conseguir “Entornos Saludables” para corregir, prevenir, orientar y resolver alguna situación problema y/o necesidad. Actividades que se alinean con la “Política Social” que contempla acciones referentes a las vigilancias sanitarias y epidemiológicas, orientadas a la previsión de emergencias o propagación a daños a la salud, así como problemas de salud pública. Para ello, el Programa Sectorial de Salud 2018-2024 plantea la inclusión del promotor de salud como un participante activo en la comunidad:

La labor del Promotor de Salud con el Trabajo comunitario en este proceso, requirió de estrategias de promoción de la salud desde el diagnóstico, crear espacios de trabajo y dar seguimiento a las necesidades comunitarias, bajo actividades y acciones que día a día se realizan en las calles y domicilios a favor de la población destacando algunos programas como: Médico en tu casa, Cosecha de llluvias,

Comedores comunitarios, Comidas calientes, Pilares, Ponte Pila, Utopías-Iztapalapa, entre otras.

## IX. REFERENCIAS.

- Acosta, F. S. F. (2023). Los paradigmas de investigación en las Ciencias Sociales: Capítulo 4. Editorial Idicap Pacífico, 60–79. <https://doi.org/10.53595/eip.007.2023.ch.4>
- Almaguer, G. J. A., Vargas, V. V. y García, R. H. J. (2014). Interculturalidad en Salud. México; Programa Editorial del Gobierno de la República. 3ª Ed. 277-22-24. (25-03-2024) Desde: <https://www.redalyc.org/pdf/545/54549363002.pdf>
- Ander, E. E. (1997). Cómo elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales, 18ª Ed. Argentina: Lumen Hvmanitas. ISBN: 950-724-416-6. 96. (24-03-2024) Desde: <http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2017/05/Como-elaborar-un-proyecto-2005-Ed.18-Ander-Egg-Ezequiel-y-Aguilar-Id%C3%A1%C3%B1ez-MJ.pdf.pdf>
- Barragán, H. L. (2007). Fundamentos de Salud Pública. España: Editorial Universidad Nacional de la Plata. ISBN: 978-950-34-0415-7. 106. <https://doi.org/10.35537/10915/29128>
- Barragán, V. J. P. (2023). Diagnóstico de servicios de salud. Manual de organización. 198 (10-08-2020), desde: [http://www.pediatria.gob.mx/diplo\\_diagsit.pdf](http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf)
- Biodiversidad (2020). Definición ecosistema. Comisión Nacional para el conocimiento y uso de la biodiversidad. (22-12-2023). Desde: <https://www.biodiversidad.gob.mx/ecosistemas/quees.html>
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. D. (1995), "Habitus, illusio y racionalidad", Respuestas, por una antropología reflexiva, México, Grijalbo. 79-99. (12-08-2023). Desde: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S0186-7210201500010007700003&lng=en](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0186-7210201500010007700003&lng=en)
- Cantarino, C. M. (1999). El estudio de impacto ambiental. Lo ambiental. España. Universidad de Alicante, ISBN: 847908491. 22. (14-05-2021). Desde: [http://catarina.udlap.es/u\\_dl\\_a/tales/documentos/mgc/rojas\\_l\\_fj/ca.pdf](http://catarina.udlap.es/u_dl_a/tales/documentos/mgc/rojas_l_fj/ca.pdf)
- Cerda, A. (2017) Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos. México: UAM-Xochimilco. ISBN: 607-477-273-8. 156. Desde: [https://books.google.com.mx/books/about/Promoci%C3%B3n\\_de\\_la\\_salud\\_y\\_poder.html?id=IUKfmwEACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.mx/books/about/Promoci%C3%B3n_de_la_salud_y_poder.html?id=IUKfmwEACAAJ&redir_esc=y)
- Chapela, M. C. (2010). Contenidos de poder en la historia de la promoción de la salud. Primera Edición, Editorial: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud,

Departamento de Atención a la Salud, México, D.F., ISBN: 9786074772739 (15-06-2023). Desde: <https://search.worldcat.org/es/title/838658481>

Chapela, M. C. (2017). Reforma a la ley forestal: una amenaza a la vista. En: Políticas públicas para un México megadiverso y pluricultural, La Jornada Ecológica, 3-4. (29-11-2021) Desde: <http://ecologica.jornada.com.mx/2017/05/26/reforma-a-la-ley-forestal-unaamenaza-a-la-vista-8984.html/29> de enero de 2018.

Centro de Salud (2020). Directorio del Centro de Salud T-III SFT. CDMX, SEDESA (08-09-2021). Desde: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/unidades-medicas/centros-de-salud>.

Colell, E., Sánchez, L. E., Novoa, A. M., Daban, F. Fernández, A., Juárez, O. y Pérez, K. (2018). El diagnóstico de salud del programa Barcelona Salut als Barris. Metodología para un proceso participativo. Gaceta Sanitaria, 32(4): 396-399. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.12.003>

Congreso de la unión. (2020). San Francisco Tlaltenco. (23-02-2024) Desde: <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/ccf7c6a6b20cdd982d21c7ed2f909c2b9043684e.pdf>

De la Guardia, G., M. A., y Ruvalcaba, L., J. C. (2020). La salud y sus determinantes, Promoción de la Salud y educación sanitaria. J. Negat. No Posit. Results, 5(1): 81–90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>

Diario Oficial de la Federación (2019). Plan Nacional de Desarrollo. (12-10-2024) Desde: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0)

Díaz, B., Pérez, R., Báez, P, F. y Conde, M. M. (2012). Generalidades sobre promoción y educación. Revista Cubana de Medicina General Integral. 28(3): 299-308. (12-02-2023). Desde: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n3/mgi09312.pdf>

Dirección General de Información en Salud. (2020). Consulta base de datos, Gobierno de México. (22-12-2023). Desde: <http://www.dgis.salud.gob.mx/>

Durbos, R. (1975). El espejismo de la salud: utopías, progreso y cambio biológico. México: Fondo de cultura económica.309. (22-12-2023). Desde: [https://jabega.uma.es/discovery/fulldisplay?docid=alma991005062619704986&context=L&vid=34CUBA\\_UMA:VU1&lang=es&adaptor=Local%20Search%20Engine](https://jabega.uma.es/discovery/fulldisplay?docid=alma991005062619704986&context=L&vid=34CUBA_UMA:VU1&lang=es&adaptor=Local%20Search%20Engine)

Ecoestrategia. (2020). Foro económico y ambiental. Ecoestrtegia. (14-05-2023), Desde: <http://www.ecoestrategia.com/articulos/glosario/glosario.pdf>

- Escalante, D. (2020). Definición social. Diccionario de la lengua española. España. Asociación de Academias de la Lengua Española (16-04-2023) Desde: <http://definicon.de/social/#izz3138fDclT>
- Figueroa, P. D. (2002). Participación comunitaria y salud. Revista de la facultad de Salud pública y nutrición 3(2):1-8 México: Nuevo León. (23-02-2023). Desde: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/85>
- Foucault, M., Gómez, C. y Ochoa, J. (1974). El sujeto y el poder. Precedido por tiempo y espacio en el discurso. (Trad.) Bogotá: Carpe Diem Ediciones. 320. (12-12-2023) Desde: <https://perio.unlp.edu.ar/catedras/wp-content/uploads/sites/96/2020/03/T-FOUCAULT-El-sujeto-y-el-poder.pdf>
- Gaceta Oficial de la Ciudad de México (2017). Programa Delegacional de Desarrollo Urbano de Tláhuac. Gobierno de México. (16-04-2023). Desde: <https://paot.org.mx/centro/programas/df/pdf/2021/PROGRAMA%20DE%20DESARROLLO%20URBANO%20DE%20TLAHUAC.pdf>
- García, G. y Manzano, J. (2013). Procedimientos metodológicos básicos y habilidades del investigador en el contexto de la teoría fundamentada. Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, 69: 17-39. (22-11-2023). Desde: <https://www.redalyc.org/pdf/393/39348726002.pdf>
- Giménez, G. (2019). Culturas e identidades. Revista Mexicana de Sociología. 86(4): 77-99. doi: <http://dx.doi.org/10.22201/iis.01882503p.2004.0.58046>
- Gómez, J. A. (2017). Educación social, derechos humanos y sostenibilidad en el desarrollo comunitario. Teoría de la Educación, 29(1): 245-272. <https://doi.org/10.14201/teoredu291245272>
- Hernández, S.M. (2003). Tratado General de Salud en las sociedades humanas, salud y enfermedad. México, D.F: Prensa Médica.14.
- Hevia, P. (1977). Modelos de participación de la comunidad en los programas de salud. Educación médica y salud, 11(3): 258-276. Ciudad de Panamá, Panamá. (24-11-2023). Desde: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/419/408/471>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEGI, 1990). Tláhuac cuaderno de información básica delegacional. (19-08-2020). Desde: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/920/702825920869/702825920869\\_1.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/920/702825920869/702825920869_1.pdf)
- INEGI. (2019). Encuesta nacional agropecuaria 2019. (07-09-2020). Desde: <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/607/download/18173>
- INEGI. (2020). Censo de población y vivienda, 2005 Principales resultados por localidad. Carta topográfica. (07-08-2021). Desde: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2005/>

- INEGI. (2020a). Atención a la población por Centro de Salud. (28-05-2020). Desde: <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/Default?ev=10>
- INEGI. (2020b). División municipal, Distrito Federal-Tláhuac. (23-08-2021). Desde: [https://cuentame.inegi.org.mx/informacion/df/territorio/div\\_municipal](https://cuentame.inegi.org.mx/informacion/df/territorio/div_municipal).
- INEGI. (2020c). Pirámide poblacional total de tláhuac. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (14-07-2021). Desde: <https://www.inegi.org.mx/app/cpv/2020/resultadosrapidos/default.html?texto=ALCALDIA%20TLAHUAC>
- INEGI. (2021). AGEB 0147 urbana. (24-06-2021). Desde: <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/Default?ev=10>
- INEGI. (2021). Entorno y sus conceptos. (24-06-2021). Desde: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Cursoentorno/TA/33\\_inmueble\\_vivienda\\_e\\_informante\\_adecuado.html](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Cursoentorno/TA/33_inmueble_vivienda_e_informante_adecuado.html)
- INEGI. (2024). Conceptos estadísticos. (07-08-2021). Desde: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Cursoentorno/TA/31\\_conceptos\\_geoestadsticos.html](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Cursoentorno/TA/31_conceptos_geoestadsticos.html)
- Instituto Nacional de Salud Pública (2022) Módulo del programa de oportunidades en la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) en “Informe de resultados”. (12-12-2023). Desde: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/index.php>
- Laurell, A. (1981). La salud- enfermedad como proceso social. Revista latinoamericana en salud. Cuadernos Medico Social. 19:1-11. (08-10-2024). Desde: <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>
- Lazcano, P. E., Martínez, M. O. G., Charvel, S. y Hernández, A. M. (2012). Funciones esenciales de la salud pública. Capítulo 1 En: Salud pública. Teoría y práctica. México. Instituto Nacional de Salud Pública. Manual moderno. 1-20. (05-08-2024). Desde: <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>
- López-Sánchez, M. P., Alberich, T., Aviñó, D., Francés, F. Ruiz-Azarolaf, A, Villasante, T. (2018). Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. SESPAS 2018. 32(S1): 32-40. DOI: 10.1016/j.gaceta.2018.06.008
- Martínez, P. M., Sanabria, R. G. y Prieto, S. R. (2009). Propuesta de dimensiones configurativas de la promoción de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 25(4): 138-150. (22-10-2024). Desde: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000400014&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400014&lng=es&tlng=es).

- Martínez, R.A. Chávez, S. Enriqueta, L., Cambero, G. Erika, L. Ortega, L. K. y Zillyham, M. (2009). Factores Inhibidores de la Calidad en los Servicios de Salud, Análisis desde la perspectiva de los Hospitales privados y públicos. CONAMED. 14.5-14. (22-11-2023) Desde: [://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol\\_14\\_2009/COMPLETO\\_3.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_14_2009/COMPLETO_3.pdf)
- Martin, H. S. (2003). Tratado General de Salud en las sociedades humanas, salud y enfermedad. México: Prensa Médica. 14. Desde: <https://biblioteca.ecosur.mx/bib/31882>
- Menéndez, E. (1997). Antropología médica: espacios propios, campos de nadie. Nueva Antropología. Asociación Nueva Antropología A.C. Vol. XV, núm. 51. 83-103. (26-09-2023). Desde: <http://www.redalyc.org/pdf/159/15905107.pdf>
- Ministerio de salud. (1997). Metodología para el trabajo comunitario en salud. Cajamarca. APRISABAC. Vol. 2. 134 (12-11-2023) Desde: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/391476/Metodolog%C3%ADa\\_para\\_el\\_trabajo\\_comunitario\\_en\\_salud20191017-26355-14b3ogx.pdf?v=1571312815](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/391476/Metodolog%C3%ADa_para_el_trabajo_comunitario_en_salud20191017-26355-14b3ogx.pdf?v=1571312815)
- Montero, M. (1998). Teoría y práctica de la psicología comunitaria, La tensión entre comunidad y sociedad. Argentina. Paidós. ISBN 950-12-4518-7. 201. (18-10-2023). Desde: [https://centrodocumentacion.psicosocial.net/wp-content/uploads/2002/01/montero-m-teoria-y-practica-de-psicologia-comunitaria\\_1parte.pdf](https://centrodocumentacion.psicosocial.net/wp-content/uploads/2002/01/montero-m-teoria-y-practica-de-psicologia-comunitaria_1parte.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Glosario de Promoción de Salud. Ginebra. (15-09-2023) Desde: [//efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf](http://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf)
- OMS. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (12-06-2022) Desde: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).
- OMS. (2009). 62ª Asamblea mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (18-09-2023) Desde: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_9-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf)
- OMS. (2015). Salud y derechos humanos. Nota descriptiva N°323. (19-09-2023) Desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- OMS. (2020). Enfermedades No Transmisibles ENT. (23-07-2023). Desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- OMS y OPS. (1998). Glosario de promoción de la salud. Ginebra: Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. (23-09-2023) Desde: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf)

- OMS y OPS. (2002). Módulo de principio de epidemiología para el control de enfermedades. Washington. 2a Ed. 56. (23-07-2023). Desde: <http://www3.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE2.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2013). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud 1986, Canadá. (12-04-2023). Desde: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2016). El estado de los bosques del mundo 2016. Los bosques y la agricultura: desafíos y oportunidades en relación con el uso de la tierra. 137 (16-11-2023) Desde: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/fdc32e01-edb4-4ab4-a3f9-02c8c399a4fe/content>
- OPS y OMS. (2017). Definición de la Salud Comunitaria en el Siglo XXI. (23-08-2023). Desde: <https://www.paho.org/es/noticias/14-7-2017-reunion-expertos-salud-comunitaria-definicion-salud-comunitaria-siglo-xxi#:~:text=Un%20enfoque%20de%20salud%20comunitaria%20se%20ocupa%20de%20la%20salud,los%20objetivos%20de%20la%20organizaci%C3%B3n>
- Pasarín, M. I., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J. L. y Gofin, J. (2010). Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. Gaceta sanitaria 24(1): 23-27. Barcelona: España. (13-15-2023) Desde: <http://www.gacetasanitaria.org/es/salud-comunitaria-una-integracion-las/articulo/S0213911110001949/>
- Raya, D. E. (2005). Modelos de intervención en trabajo social comunitario. México. 67-104. (29-04-2023) Desde: <https://www.acanits.org/assets/img/libros/Modelos%20TS.pdf>
- Raza, C. D., Acosta, J. (2022). Planificación ambiental y el reciclaje de desechos sólidos urbanos. Economía, sociedad y territorio. 22(69): 519-544. <https://doi.org/10.22136/est20221696>
- Romero, S. M., Muñoz, C. M. (2014). Comunidad y desarrollo comunitario: aspectos teóricos y metodológicos. Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina. 2(2): 77-89. (16-05-202) Desde: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552357197008>
- Salud, L. G. (2020). Reforma a la ley general en salud. Ciudad de México. (08-08-2024). Desde: [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS\\_ref119\\_04dic20.doc](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref119_04dic20.doc)

- Salud. (2015). Modelo de Atención Integral de Salud (MAI). CDMX. DGPLADES. 1a Ed. 78. (06-09-2023) Desde: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/modelo-de-atencion-integral-mai-183955?state=published>
- SEGOB. (2020). Agenda estadística 2019. (12-10-2024). Desde: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Agenda%202019.pdf>
- SEGOB. (2022). Anuario de Morbilidad 1984-2022. (12-10-2024). Desde: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/glosario.html>
- Tláhuac, A. (2008). San Francisco Tlaltenco. Alcaldía Tláhuac. (20-01-2021) Desde: <http://www.tlahuac.cdmx.gob.mx/san-francisco-tlaltenco/>
- Tláhuac, A. (2017). San Francisco Tlaltenco: Historia del pueblo. Alcaldía Tláhuac. (20-01-2021) Desde: <http://www.tlahuac.cdmx.gob.mx/san-francisco-tlaltenco/>
- Torres, F. P. (2012). Acerca de los enfoques cuantitativo y cualitativo en la investigación educativa cubana actual. Atenas. 2(34), 1–15. (12-02-2023). Desde: <http://atenas.umcc.cu/index.php/atenas/article/view/419>
- UNAM. (2010). Medición de salud y la enfermedad. Gaceta FACMED UNAM, 38-42. (10-10-2024). Desde: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2015/11/bonita.pdf>
- Varela, P. L. F. (2016). Health and quality of life in the elderly. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 33(2): 199–201. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
- Villar A. M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta médica peruana, 28(4), 237-241. (29-03-2024) Desde: <http://www.redalyc.org/revista.oa?id=966>

# Anexos

## Anexo 1. Veinte principales causas de enfermedades en la Ciudad de México, por grupos de edad en 2019.

Número	Padecimiento	Código de la lista detallada CIE-10a. Revisión	Fuente de notificación										Total
			SSA	IMSS Ord.	ISSSTE	IMSS Bienestar	DIF	PEMEX	SEDEMA	SEMAR	OTRAS		
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	3 940 330	4 234 865	666 601	738 795	162 801	83 378	60 815	27 093	4 058 139	14 009 637	
2	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	907 943	902 445	154 337	227 938	19 818	20 355	14 071	5 527	579 323	2 831 957	
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	A04, A08-A09 excepto A08.0	620 150	560 502	153 653	109 968	42 540	15 262	15 141	5 177	1 059 939	2 581 732	
4	COVID-19	U07.1, U07.2	904 830	477 932	63 388	9 419	698	12 278	12 484	7 438	74 768	1 563 135	
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	302 024	197 740	61 707	62 187	7 153	2 704	5 626	1 506	251 769	892 416	
6	Conjuntivitis	H10	115 127	213 126	33 384	26 422	4 241	5 783	3 884	1 232	133 196	556 297	
7	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	139 752	5 910	30 209	36 212	6 798	1 258	2 532	1 088	260 901	504 670	
8	Vulvovaginitis	N76	216 847	60 614	15 119	73 146	1 239	339	2 049	339	83 856	433 588	
9	Hipertensión arterial	I10-I15	96 338	157 761	63 888	11 849	1 922	1 807	6 016	1 089	89 670	430 330	
10	Gingivitis y enfermedad periodontal	K05	133 215	116 927	31 328	40 428	4 098	5 377	2 048	1 716	70 807	426 144	
11	Obesidad	E66	70 698	188 494	29 133	20 182	1 748	1 240	3 822	913	62 209	378 439	
12	Influenza	J09-J11	237 620	92 623	21 077	516	35	4 283	2 055	521	16 144	374 876	
13	Diabetes mellitus no insulín dependiente (Tipo II)	E11, E14	88 334	95 673	58 838	10 634	1 631	1 194	4 037	801	57 267	316 629	
14	Intoxicación por picadura de abeja	T63.2, X22	194 807	38 216	3 342	25 693	66	103	114	87	7 675	270 103	
15	Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	J02.0, J03.0	63 496	5 943	8 194	5 873	3 776	22	1 362	923	74 006	163 595	
16	Neumonías y bronconeumonías	J12, J18 excepto J18.2, J13 y J14	53 113	44 234	17 339	2 646	527	992	4 808	1 664	30 393	153 956	
17	Asma	J45, J46	36 138	41 278	16 719	1 621	664	384	1 327	438	28 749	127 738	
18	Insuficiencia venosa periférica	I87.2	17 580	62 720	11 661	3 132	882	509	1 834	139	28 633	127 090	
19	Candidiasis vaginal	B57.3-B57.4	43 305	10 632	6 342	37 117	1 096	136	687	94	18 633	118 484	
20	Amebiasis intestinal	A06.0-A06.3, A06.9	39 560	23 474	6 380	21 376	2 068	124	531	99	20 042	113 674	
Total 20 principales causas			8 261 617	7 338 149	1 482 439	1 463 134	263 821	137 732	145 463	57 934	7 026 361	26 398 690	
Otras causas			530 633	324 948	77 301	71 738	5 735	7 228	10 977	2 437	237 815	1 289 012	
<b>TOTAL GLOBAL</b>			<b>8 812 250</b>	<b>7 663 097</b>	<b>1 559 940</b>	<b>1 536 892</b>	<b>269 556</b>	<b>164 960</b>	<b>156 440</b>	<b>60 371</b>	<b>7 264 176</b>	<b>27 687 702</b>	

Anexo 2. Jerarquización de problemas de la comunidad

Problema	Frecuencia	Gravedad	Posibilidad de solución	Recursos para su solución	Disposición de los participantes para su solución	Total

Fuente: Manual operativo para la certificación de Municipios Promotores de la Salud, 2019

<b>Anexo 3. Criterios y ponderación para priorizar problema.</b>			
<b>Criterio</b>	<b>2 puntos</b>	<b>1 punto</b>	<b>0 puntos</b>
Frecuencia del problema.	Muy frecuente 2 puntos	Medianamente frecuente 1 punto	Poco frecuente 0 puntos
Gravedad del problema	Muy grave 2 puntos	Medianamente grave 1 punto	Poco grave 0 puntos
Posibilidad de resolver el problema	Fácil 2 puntos	Medianamente fácil 1 punto	Difícil 0 puntos
Disponibilidad de recursos para resolver el problema	Existen recursos en la localidad 2 puntos	Posibilidad de obtener recursos locales 1 punto	Recursos inexistentes local 0 puntos
Disposición de los participantes para su solución	Buena 2 puntos	Poca 1 punto	Nunca 0 puntos
<b>Fuente: Manual operativo para la certificación de Municipios Promotores de la Salud, 2019</b>			

#### **Anexo 4. Carta Descriptiva encuadre del Trabajo comunitario**

##### **Taller: Encuadre del Trabajo comunitario en SFT**

**Horario: 9:00 a 14:00 horas.**

##### **OBJETIVOS:**

- Construir un espacio de manera colectiva donde se reconozca a los integrantes interesados en el Trabajo comunitario de SFT
- Compartir expectativas del proceso del Trabajo comunitario, para crear los principales acuerdos mínimos de convivencia y trabajo compartido que requiere durante el proceso.

<b>Tiempo</b>	<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Responsable</b>	<b>Actividad/ Formato</b>	<b>Desarrollo</b>	<b>Material</b>
<b>9:00 a 9:30</b>	Registro	Que los asistentes se registren en la lista de asistencia		Individual	Que los asistentes se registren; es importante entregarles etiquetas para identificarnos. En la parte de abajo de la tarjeta anotaran su nombre ejemplo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Organización vecinal en Pedregales de Santa Úrsula</li><li>• Líder comunal de SFT</li></ul>	Lista de asistencia, plumas. Etiquetas (anotar nombres de luchas o movimientos) y plumones.

<b>9:30 10:00</b>	a	Presentación	Dar la bienvenida a las y los participantes del Taller	Jacqueline y Jesús	Plenario	En plenaria se da la bienvenida a los asistentes.	Cárteles, letrero de bienvenida.
<b>10:00- 11:00</b>		Reconstruyendo mi Pueblo	Realizar un collage para que los asistentes se presenten y conozcan.	Jesús	Plenaria	Se colocan diversas imágenes, también se colocan plantas, texturas o bien objetos.  Se pide a los asistentes que seleccionen una imagen o alguno de los objetos.  Posterior, en grupos de máximo tres personas se presentan y comparten: ¿Por qué me llamó la atención esa imagen u objeto? ¿Qué me recuerda de mi comunidad? ¿Encuentro alguna identificación con la colonia donde vivo?	Imágenes, maskin, objetos (piedras, frijoles, maíz, plantas). Texturas y colores (plumas, cartoncillos)
<b>11:00- 12:00</b>		Sketch	Reflexionar sobre la realidad que vivimos de acuerdo al entorno.	Jacqueline	Equipo de 4-8 personas.	Se solicitan 4 u 8 voluntarios para que realicen una investigación en el grupo sobre la experiencia en SFT, como es su entorno (educación, comercio, salud, etc). El equipo preparará un informe sobre los resultados y propuestas (es importante señalar que el informe sea presentado de manera lúdica).	Materiales para el sketch.
<b>12:00 12:30</b>	-	Construcción de acuerdos	Leer y construir acuerdos mínimos de convivencia.	Jesús y Jacqueline	En 4 grupos.	Se pide a los asistentes que se reúnan en cinco equipos.  Se les entregan tarjetas para que juntos lleguen a un consenso, para que juntos elaborar lo que creen que son acuerdos mínimos de convivencia.	Papelógrafos, plumones, maskin, hojas de colores.

<b>12:00 - 13:30</b>	Presentación del Sketch	Presentar los resultados del trabajo en equipo del Sketch	Jesús	Plenaria	<p>Se pide a los integrantes del equipo de Sketch que presenten su actividad. Se pregunta a los asistentes qué les gustó y qué les llamó la atención. ¿Por qué?</p> <p>Después, se pregunta a los integrantes del equipo qué fue lo que quisieron compartir con el grupo.</p>	
<b>13:30 - 14:00</b>	Cierre y evaluación	Evaluar la sesión	Todos	Evaluación de la sesión de manera individual.	<p>Se entrega una hoja de color a cada asistente. Se les pide que elaboren un símbolo que les signifique algo a cada uno (figura) con el papel, pero que contenga tres partes.</p> <p>Después se pide que en cada una de las partes coloquen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué recupero de esta primera sesión?</li> <li>2. ¿Qué espero de este trabajo con mi comunidad?</li> </ol>	Hojas blancas, tijeras, pritt (Resistol), plumones.
<b>Fuente: Elaboración propia (2020)</b>						

**Anexo 5: Carta descriptiva del Taller de intercambio de experiencias.**

*Días: jueves y viernes*

*Horario: 9:00 a 14:00 horas*

*Lugar: Explanada del Pueblo de SFT*

**OBJETIVOS:**

- Compartir el trabajo colectivo con la comunidad de SFT en relación al uso del espacio público.
- Identificar y priorizar problemáticas que la comunidad del Pueblo de SFT.

Tiempo	Tema	Objetivo	Responsable	Actividad/ Formato	Desarrollo	Material
9:30-10:00	Registro	Registrar a los participantes	Todos	Individual	Se pasa la lista para que las personas se registren.	Listas de asistencia, plumas.
10:00-10:45	Experiencias comunitarias de SFT	Compartir experiencias referentes al contexto sociohistórico de la comunidad de SFT	Jacqueline	Plenario	Se presenta la experiencia sobre el trabajo a realizar para adentrarnos al contexto sociohistórico en el que se encuentra la comunidad	Cañón, bocinas, computadora, plumones, papelógrafos, maskin.
10:45-11:00	<b>DESCANSO</b>					

<b>11:00-14:00</b>	<b>Segunda: Experiencias de los “líderes comunitarios de SFT”</b>	Compartir reflexiones sobre las acciones que llevan a cabo para el uso del espacio público de SFT	Jesús	Taller participativo	<p>*Conocer el contexto de la situación en SFT, uso del espacio, en un diálogo con los “líderes” presentes, donde se puede hallar puntos en común.</p> <p>*Compartir ¿qué tipo de acciones llevan a cabo para hacer frente a ese contexto? * Identificación de Problemáticas y priorizarlas.</p> <p>*Compartir herramientas que estén implementado para difundir, sensibilizar y sumar a más personas.</p>	
<b>2° DÍA</b>	<b>SEGUNDA SESIÓN</b>					
<b>09:30-10:00</b>	Registro	Registrar a los participantes	Todos	Individual	Se pasa la lista para que las personas se registren.	Listas de asistencia, plumas.
<b>10:00-13:00</b>	Tejido de experiencias	Realizar una síntesis que nos permita descubrir coincidencias, novedades para seguir construyendo colectividad.	Jacqueline y Jesús	Trabajo por equipos	<p>Se pide a las personas reunirse en tres equipos (procurar que por lo menos esté una persona invitada a compartir experiencias en cada grupo).</p> <p>En colectivo responder a lo siguiente:</p> <p>De lo compartido en el día: a) ¿Existen aspectos similares en cada una de las experiencias compartidas?</p>	Papelógrafos, plumones, maskin, bola de estambre.

					<p>b) ¿Qué problemáticas comunes descubrimos después de estas participaciones?</p> <p>c) ¿Han realizado algunas invitaciones para el trabajo en colectivo, seguimiento o para la resolución de los problemas identificados?</p>	
<b>13:00 a 14:00</b>	Cierre y agradecimientos	Cerrar el espacio y agradecer a las personas invitadas.	Jacqueline y Jesús	<i>Plenario</i>	Se agradece a todas las personas participantes.	
<b>Fuente: Elaboración propia (2020)</b>						