

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

Colegio de Ciencias y Humanidades

Licenciatura en Promoción de la Salud

**Trabajo y proceso salud/enfermedad: un estudio de caso sobre
los policías auxiliares del sector 59 de la Ciudad de México**

TRABAJO RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A

OFELIA MARIN BARRIOS

Directora del trabajo Recepcional

Dra. Frida Eréndira Quintino Pérez

Ciudad de México, Enero 2018

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.

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

Colegio de Ciencias y Humanidades

Licenciatura en Promoción de la Salud

**Trabajo y proceso salud/enfermedad: un estudio de caso sobre
los policías auxiliares del sector 59 de la Ciudad de México**

TRABAJO RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A

OFELIA MARIN BARRIOS

Directora del trabajo Recepcional

Dra. Frida Eréndira Quintino Pérez

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar deseo expresar mi agradecimiento a mi directora de trabajo Recepcional, la Dra. Frida Eréndira Quintino Pérez, por la dedicación y apoyo, que ha brindado a este trabajo. La experiencia y aprendizaje que me proporcionó a través de sus ideas y comentarios y todo el tiempo que dedico priorizando siempre esta investigación.

Así mismo, quiero agradecer al Dr. Pablo Claudio Rojas Lara, al Dr. De la Rosa Rodríguez José Javier, al maestro Jaime Molina Correa y al Lic. Arenas Balbuena Reyes por su apoyo en la lectura del trabajo Recepcional y por su dedicación a este trabajo.

También quiero agradecer a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, ya que me acogió en una época donde mi familia no contaba con los recursos económicos para darme una carrera y donde mi deseo más ferviente era estudiar. Y a las instituciones que me proporcionaron algún apoyo económico para seguir estudiando. Gracias UACM, me ayudaste a enfrentar los problemas, a explorar y encontrar soluciones, sin ti no sería lo que soy ahora.

De igual manera agradezco a todas aquellas personas, amigos, familia, maestros, compañeros que estuvieron conmigo siempre luchando y ayudándome a salir de las dificultades, aquellas que me escucharon en mi silencio, aquellos que nunca perdieron la fe, aquellos que creyeron en mí.

En especial quiero agradecer a Antonia Soto salcedo por darme unas buenas regañadas de vez en cuando para terminar la licenciatura y por supuesto este trabajo, por su cariño y amor que me dio en todo momento como una verdadera madre. Y a una persona muy especial para mí J. G. Grimaldo Vázquez por su tiempo, cariño y por escucharme en los momentos más tristes y solos de mi vida.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Justificación.....	6
1.2 Preguntas de investigación.....	8
1.3 Objetivos.....	8
1.4 Antecedentes: Revisión sistemática de estudios sobre riesgos y daños a la salud en policías.....	10
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO PARA EL ESTUDIO DE LA RELACIÓN TRABAJO-SALUD	
2.1 Aportes desde la perspectiva socio-histórica.....	16
2.2 La medicina social: aportes a la relación trabajo-salud.....	18
2.3 Una reflexión: la epidemiología ocupacional hegemónica.....	23
2.4 Aportes de la medicina social latinoamericana.....	27
2.5 Marco conceptual (propuesta).....	31
2.6 Metodología.....	33
2.6.1 Diseño del estudio.....	33
2.6.2 Revisión documental.....	35
1. Estudios sobre salud-enfermedad en policías.....	35
2. Revisión y análisis de documentos normativos de la SSP en México.....	36

3. Revisión de datos en el sistema de información (INFOMEX) de la CDMX.....	37
2.7 Entrevistas a personal directivo y operativo de la Policía Auxiliar.....	37
CAPÍTULO III. ESTRUCTURA DE LA SEGURIDAD PÚBLICA	
3.1 La policía y la seguridad pública (función, profesión y organización).....	41
3.2 Estructura de la Seguridad Pública.....	45
3.3 La estructura de seguridad pública y su nivel de presencia en la Ciudad de México.....	53
CAPITULO IV. TRABAJO Y SALUD DEL POLICÍA AUXILIAR	
4.1 Los policías auxiliares entrevistados: características generales.....	59
4.2 Determinantes sociales de la salud en el trabajo.....	61
4.2.1 Jornada laboral.....	61
4.2.2 Educación.....	62
4.2.3 Salarios/distribución del salario.....	64
4.2.4 Estilos de vida.....	70
4.2.5 Desgaste físico y mental.....	74
4.2.6 Protección personal y equipamiento.....	78
4.2.7 Valoración del trabajo.....	81
4.2.8 Proceso de enajenación y adhesión.....	84
4.2.9 Riesgos laboral.....	86

4.3 Reflexiones finales del capítulo.....	90
CAPÍTULO V. CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE LOS POLICÍAS AUXILIARES DE LA CDMX	
5.1 Subsistema de protección social en salud de trabajadores de la Secretaría de Seguridad Pública.....	94
5.2 CAPREPA: Servicios y prestaciones.....	98
5.3 Financiamiento.....	101
5.4 Beneficiarios de CAPREPA.....	105
5.5 Sistema de incapacidad de CAPREPA.....	108
5.6 Accesos a servicios de salud de CAPREPA.....	111
5.7 Análisis del perfil patológico del PA.....	113
5.8 Reflexiones finales del capítulo.....	118
VI. CONCLUSIONES.....	121
6.1 La salud, el trabajo y sus determinantes sociales en el caso de los PA....	122
6.2 Caracterización general del modelo de protección social y las condiciones de acceso a los servicios de salud de los policías auxiliares.....	126
6.3 Propuestas desde el campo de la promoción de la salud.....	131
Bibliografía.....	134

Anexos

1. Guía de entrevista para personal operativo (PA) de la CDMX.....	147
2. Guía de entrevista para personal de CAPREPA y de Salud.....	156
3. Tabulador de salario de un Policía Auxiliar 1998-2015.....	160
4. Ingresos de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México.....	162

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO PAR EL ESTUDIO DE LA RELACIÓN TRABAJO-SALUD

Cuadro 2.1 Factores de riesgo de la Medicina Ocupacional.....	26
Diagrama 2.1 Distribución de riesgo, enfermedad y muerte del PA en la CDMX.....	31
Diagrama 2.2 Metodología y dinámica utilizada en esta investigación.....	35
Cuadro 2.2 Documentos revisados para el análisis del estudio.....	37
Cuadro 2.3 Informantes clave de la PA de la CDMX.....	38

CAPÍTULO III. LA ESTRUCTURA DE LA SEGURIDAD PÚBLICA

Cuadro 3.1 Organización de las Instituciones de Seguridad Pública en México.	48
Organigrama 3.1 Composición de la Policía preventiva de la CDMX.....	50
Gráfica 3.1 Distribución porcentual del personal de SP por nivel jerárquico 2012.....	51
Gráfica 3.2 Distribución porcentual del personal de las diferentes corporaciones con funciones de SP en 2011.....	52
Gráfica 3.3 Personal con funciones de SP en las administraciones públicas estatales y de la CDMX por entidad Federativa según nivel jerárquico en 2011.	54
Diagrama 3.1 Estructura de la PA de la CDMX.....	56
Gráfica 3.4 Estructura jerárquica de la PA de la CDMX.....	57
Gráfica 3.5 Distribución de sectores pertenecientes a la PA de la CDMX.....	58

CAPÍTULO IV. TRABAJO Y SALUD DEL POLICÍA AUXILIAR

Cuadro 4.1 Características socio-demográficas de los entrevistados.....	60
Cuadro 4.2 Comparación de sueldos en dos diferentes épocas 1998 y 2015 de un PA.....	66
Gráfica 4.1 Rotación entre las empresas que contrataron los servicios de un PA en dos periodos 1998-2015.....	67
Cuadro 4.3 Índice de Masa Corporal de los entrevistados.....	71

Gráfica 4.2 IMC de los entrevistados.....	72
Cuadro 4.4 Equipo policial adquirido en 2014.....	79
CAPITULO V. CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE LOS POLICÍAS AUXILIARES DE LA CDMX	
Cuadro 5.1 Prestaciones y pensiones de los policías preventivos y complementarios de la CDMX.....	97
Diagrama 5.1 Prestaciones de los PA de la CDMX.....	101
Diagrama 5.2 Financiamiento de la Policía Auxiliar de la CDMX.....	102
Gráfica 5.1 Distribución presupuestal de CAPREPA de acuerdo con la política y normatividad (mecanismo financiero formal).....	105
Cuadro 5.2 Derecho-habienencia 2013-2015.....	106
Gráfica 5.2 Derecho-habienencia por género.....	106
Gráfica 5.3 Derecho-habienencia de elementos, pensionados y beneficiarios 2013-2015.....	107
Gráfica 5.4 Productividad de servicios en clínicas de Medicina Familiar.....	107
Flujograma 5.1 Procedimiento de incapacidad del PA en la CAPREPA.....	110
Cuadro 5.3 Directorio de clínicas de medicina familiar y atención integral y de especialidades.....	112
Cuadro 5.4 Las 10 principales enfermedades presentes en las unidades de primer nivel en 2013-2015.....	114
Gráfica 5.5 Morbilidad en unidades de primer nivel (clínicas privadas donde CAPREPA garantiza el servicios) 2013-2015.....	115
Cuadro 5.5 Hospitalización, defunción y nacimiento Enero-Septiembre de 2015.....	116
Cuadro 5.6 Consultas y servicios de especialidades 2015.....	117
Cuadro 5.7 Diferencias entre las instituciones de seguridad social.....	118

Introducción

En el marco de las múltiples transformaciones acontecidas en el campo de la salud y seguridad en el trabajo se ha fortalecido el interés por estudiar los riesgos laborales y los perfiles de daños a la salud en grupos específicos de trabajadores. La salud laboral de trabajadores que forman parte de los cuerpos de seguridad pública constituye una línea de investigación que ha suscitado un particular interés, el cual se sustenta en el incremento sostenido del número de elementos que se incorporan a las distintas corporaciones de seguridad pública, así como en el reconocimiento de las situaciones de riesgo, el desgaste y perfiles de daños a la salud que se derivan del ejercicio de su actividad laboral (Castro B. *et al.*, 2012). Asimismo, las cambiantes condiciones laborales y el acceso diferencial a los servicios de salud que enfrentan las diversas corporaciones de seguridad pública, constituyen otros ejes que sustentan el interés por estudiar la relación trabajo-salud.

En esta investigación se considera importante estudiar el impacto del trabajo en el proceso salud-enfermedad del trabajador que se desempeña como “Policía Auxiliar”, ya que éstos presentan condiciones laborales diferenciales que parecen colocarlos en el último eslabón de la pirámide de la estructura de seguridad pública. Por ello, en este trabajo se propone analizar los determinantes sociales de la salud que se configuran en la esfera productiva que rodea a los policías auxiliares de la Ciudad de México, así como estudiar su estructura organizacional que puede colocarlos en una condición de mayor vulnerabilidad frente a los riesgos que produce el trabajo.

El abordaje de esta temática es importante para el campo de la Promoción de la Salud porque permite analizar la cuestión de la distribución diferencial del proceso salud enfermedad y sus determinantes sociales. El campo de la promoción salud constituye un campo multidisciplinario que posibilita la recuperación de la estructura conceptual y metodológica proveniente de diversas corrientes

interpretativas. En este trabajo se propone un marco teórico-metodológico para estudiar la relación trabajo y salud con base en los aportes de la vertiente de la medicina social y de la epidemiología ocupacional; se problematiza en torno a los determinantes sociales de la salud y se exploran factores de riesgo en el trabajo que influyen en el proceso salud-enfermedad de trabajadores de la Policía Auxiliar; y se proporciona un panorama general sobre las condiciones de acceso a servicios de salud en este grupo de la seguridad pública.

El diseño metodológico de la presente tesis corresponde a un estudio de caso centrado en el análisis de la experiencia recabada mediante el diálogo entablado con policías auxiliares del sector 59 de la Ciudad de México. En el campo de la promoción de la salud, el estudio de caso representa una forma de abordaje de investigación cualitativa que se utiliza para estudiar con profundidad la experiencia de personas, grupos o comunidades, con el propósito de identificar elementos específicos que contribuyan a una mejor comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención que se desarrollan en un tiempo determinado (Ferreira S., y Gómez R., 2007). Para abordar el estudio de caso se aplicaron técnicas y procedimientos de investigación cualitativa, principalmente, revisión documental y entrevistas semi-estructuradas a directivos y trabajadores de la policía auxiliar.

La información documental fue procesada para proporcionar un estado de la cuestión sobre trabajo-salud focalizado en organismos de seguridad pública, así como para caracterizar la estructura organizacional de la policía auxiliar y describir aspectos relevantes sobre el perfil de estos trabajadores. Asimismo, la aplicación, procesamiento y análisis de entrevistas a informantes clave permitió caracterizar aspectos relevantes de las condiciones de trabajo y estilos de vida de los policías auxiliares, así como caracterizar sus condiciones de acceso a la seguridad social y servicios de salud.

El trabajo de investigación se estructuró en seis capítulos. El primer capítulo corresponde al planteamiento del problema e incluye una argumentación de la elección de la figura del “policía auxiliar” como sujeto de estudio; así mismo se

plantean algunas interrogantes que se inscriben en el marco de los debates en torno al vínculo trabajo y salud.

En el segundo capítulo se propone un marco teórico que recupera la estructura conceptual propuesta por el modelo histórico social de la promoción de la salud. En este mismo capítulo, se expone una estrategia metodológica (estudio de caso) que se considera adecuada para trabajar la relación trabajo-salud, se argumenta la relevancia de la investigación cualitativa y se explicitan las técnicas e instrumentos aplicados durante el trabajo de campo, así como el plan de análisis del material empírico.

En el tercer capítulo se proporciona un panorama general de la seguridad pública en tres diferentes perspectivas, se analiza y presenta la estructura organizacional de la Secretaría de Seguridad Pública en la CDMX. Particularmente se ubica al organismo de la Policía Auxiliar dentro de este sistema. A partir de capítulo IV se presentan los resultados, en este capítulo, se describen las principales características de la muestra de entrevistados con la que se trabajó en el estudio de caso realizado en policías Auxiliares y tomadores de decisión, se analizan las condiciones particulares del trabajo, los determinantes y factores de riesgo que influyen en el proceso salud-enfermedad-atención. En el capítulo V se analiza el sistema de protección en salud de trabajadores de seguridad pública, las singularidades que presenta el grupo de estudio (policías auxiliares) a comparación de otras instituciones de seguridad, la provisión de servicios y las condiciones de acceso a los servicios de salud en policías auxiliares de la CDMX. Particularmente se analiza el esquema de protección social en salud administrado por la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar (CAPREPA), destacando sus principales características, funciones, limitaciones, derecho-habिएncia y financiamiento, etc.

Finalmente, las conclusiones de la investigación se presentan en el Capítulo VI. Este se centra en presentar la importancia que fue el analizar el tema de estudio desde ambas perspectivas (factor de riesgo y determinantes sociales) de las

condiciones de trabajo en el policía auxiliar. Así mismo, los resultados más relevantes se configuran en tres principales ejes de discusión: 1) la salud, el trabajo y sus determinantes sociales en el caso de los PA, 2) se realiza una reflexión en torno a las condiciones de acceso a los servicios de salud; y el tercer eje corresponde a mencionar algunas propuestas desde el campo de la promoción de la salud.

CAPÍTULO I.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Justificación

En el presente estudio se parte del reconocimiento de que en el ámbito de las condiciones de vida y de trabajo se configuran los principales determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Desde esta perspectiva, se considera importante estudiar el impacto del trabajo en el proceso salud-enfermedad-atención del trabajador que se desempeña como “Policía Auxiliar”, ya que éstos enfrentan condiciones laborales particulares que pueden colocarlos en los últimos eslabones de la pirámide de la estructura de Seguridad Pública en la Ciudad de México.

La Ciudad de México, es una de las urbes con mayor índice de crecimiento en seguridad pública. En el periodo 1995-2000 se tenía un estado de fuerza de 70,000 policías, mientras que en el año 2015 se incrementó a 84 mil 111 efectivos (Martínez, 20 de marzo de 2015; Diario Oficial de la Federación, 1996). Hasta 2011 se tenía un total de 29,923 policías auxiliares. La policía auxiliar es una corporación que forma parte de la policía complementaria dependiente de la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal; proporciona servicios especializados de seguridad y vigilancia a empresas públicas y privadas, dependencias del Gobierno Federal y local, custodia en el traslado de bienes y personas, así como en instalaciones estratégicas como hospitales, bancos, aeropuertos, entre otros.

En esta investigación se considera que la policía auxiliar es un organismo de seguridad pública integrado por trabajadores que, en el ejercicio de sus actividades, pueden enfrentar riesgos, daños a la salud e incluso un desgaste gradual que puede tener implicaciones en el proceso salud-enfermedad. A partir de la observación participante que permitió una aproximación inicial al tema de estudio, se registró que los PA tienen la obligación de permanecer de pie hasta

por 24 horas al día en su estación, ya sea de guarda y custodia, en la vía pública o intramuros. La mayoría de las veces consumen alimentos inadecuados y altos en calorías, grasas saturadas, azúcares, etc. Además, los riesgos para el PA son constantes y parece que terminan devorando la vida del policía, su entorno, su familia y hasta la misma profesión.

En este trabajo se parte de la premisa de que las condiciones laborales, la jornada laboral, así como las dificultades de acceso a los servicios médicos y esquemas de seguridad social son factores que pueden determinar perfiles específicos de enfermar y morir. En este sentido se consideró relevante documentar que los PA perciben salarios mínimos en comparación con otros policías, trabajan jornadas extensas y prolongadas, cuentan con equipo de trabajo de baja calidad y sólo tienen acceso a un esquema limitado de protección social en salud, etc. Este conjunto de derechos y condiciones laborales diferenciales los sitúa en desventaja frente a otros grupos de trabajadores que también forman parte de los organismos de seguridad pública

Como se mostrará en esta investigación, la epidemiología ocupacional basada en el enfoque de los factores de riesgo o en las teorías del estrés, ha sustentado la mayor parte de los estudios que se han generado sobre el vínculo trabajo-salud en policías. Desde esta perspectiva, se ha priorizado el análisis de las causas más proximales (factores de riesgo en el trabajo) que contribuyen a definir diferentes patologías y síndromes que frecuentemente se recalcan en el trabajador policial.

Como se desarrollará con mayor detalle en el presente estudio, desde el enfoque de la epidemiología ocupacional se ha documentado que los trabajadores de seguridad pública se encuentran expuestos a diversos riesgos, principalmente a accidentes de tráfico, atropellos, caídas, golpes, agresiones físicas, enfermedades profesionales, daños por la utilización de equipos incómodos y pesado, carga física de trabajo, entre otros. De igual manera, los estudios que abordan la relación entre trabajo y salud han evidenciado que en los policías se identifican perfiles de daños a la salud vinculados con el ejercicio de su actividad laboral,

entre los que destaca el estrés, la obesidad, la diabetes, las enfermedades gastrointestinales, enfermedades respiratorias, oculares, hipertensión y muchas enfermedades crónico-degenerativas (Saavedra M. 2010 y Da Silva *et al.*, 2013). En esta investigación se recuperan aportes derivados de los estudios de la epidemiología ocupacional, pero también se considera relevante proponer un marco conceptual y metodológico que contribuya a complementar el análisis mediante la exploración de los determinantes sociales que operan en el ámbito laboral de los cuerpos de seguridad pública, con énfasis en las condiciones laborales y acceso a servicios de salud en PA. Para ello, se retoman componentes centrales del modelo histórico social, el cual parte del reconocimiento de que las condiciones de salud son el resultado de un proceso complejo y dinámico que se produce social e históricamente en todos los ámbitos donde la vida social se desarrolla; y es en el ámbito de las condiciones de trabajo donde se configuran determinantes sociales y estructurales que definen los procesos de salud-enfermedad de las colectividades (Laurell C., 1982).

Desde el modelo histórico social se parte del reconocimiento de que al interior de un mismo grupo de trabajadores existen diferencias en el proceso salud-enfermedad de acuerdo a las singularidades que se presentan en el ejercicio de la actividad laboral (Marx y Engels citado en Rojas S., 1988). A partir de estos referentes se considera relevante estudiar las particulares condiciones de trabajo que viven los policías auxiliares y analizar sus implicaciones en el proceso salud-enfermedad.

A lo largo del presente trabajo se plantea que los riesgos y perfiles de daño a la salud en este grupo policial son diferentes porque cada colectivo genera patologías que están determinadas por las actividades del trabajo. De manera inicial se considera que los PA no cuentan con los mismos derechos que los policías preventivos, particularmente pueden presentar un esquema diferenciado de seguridad social y mayores dificultades de acceso a servicios de salud.

1.2 Preguntas de investigación

A partir de estos referentes se plantearon las siguientes interrogantes que orientan la investigación: **¿Cómo son las condiciones laborales de los policías auxiliares de la Ciudad de México? ¿Cuáles son los determinantes y factores de riesgo en el trabajo que viven estos trabajadores? ¿Qué perfiles de daños a la salud presentan los policías auxiliares? ¿Cuáles son sus condiciones de acceso a servicios de salud?**

1.3 Objetivos

El objetivo general de la presente investigación fue analizar los determinantes Sociales y factores de riesgo en la esfera productiva que influyen en el proceso salud-enfermedad-atención de los Policías Auxiliares que pertenecen al Sector 59 de la Ciudad de México.

Para abordar este objetivo se recuperaron elementos de diversas corrientes interpretativas que aportan elementos teórico-metodológicos para analizar la relación trabajo-salud. Particularmente, se recuperan aportes de la epidemiología ocupacional y del modelo histórico social que se basa en el análisis de los determinantes sociales de la salud en el trabajo.

Desde esta perspectiva, se formularon los siguientes objetivos específicos de la investigación:

- Analizar las condiciones laborales, factores de riesgo en el trabajo y estilos de vida de los policías auxiliares y sus efectos en el proceso salud-enfermedad.
- Caracterizar el esquema de protección social en salud y las condiciones de acceso a servicios de los policías auxiliares.
- Generar algunas recomendaciones y propuestas de acción que contribuyan a la promoción de la salud de los policías auxiliares.

1.4 Antecedentes: revisión sistemática de estudios sobre riesgos y daños a la salud en policías

Como punto de partida para el análisis se proporciona una revisión del estado de la cuestión basado en la sistematización de las publicaciones científicas que contribuyen a visibilizar la importancia que tiene el trabajo como determinante social del proceso salud-enfermedad en el caso de los policías y otros organismos de seguridad pública.

Para realizar el estado de la cuestión se seleccionaron y revisaron diversas fuentes bibliográficas que resultaron de la búsqueda en sitios especializados sobre salud ocupacional y en bibliotecas digitales de salud pública de nivel internacional. La identificación de los textos se realizó utilizando los buscadores con las palabras “salud” y “policías”; a partir de ello, se obtuvieron 20 posibles resultados de literatura con esta relación (publicados a nivel nacional como internacional). Los textos han sido elaborados en contextos específicos de México, Brasil, Colombia, España, E. U., Holanda, Canadá, India, Inglaterra, etc.; y han estado focalizados en la salud de policías y militares.

En esta búsqueda de información se identificó que buena parte de los estudios se han interesado por abordar cuestiones relacionadas con la salud mental, particularmente abordando la problemática del estrés. También son relevantes los estudios que documentan los estilos de vida (la inactividad física, los patrones alimenticios), la calidad de vida y los factores de riesgo que propicia el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónico-degenerativas, entre otras patologías.

Los estudios focalizados en problemas de salud mental priorizan el análisis del estrés y la emergencia de patologías como el síndrome de Burnout, la depresión, entre otros. La mayor parte de los estudios que se centran en esta temática tienden a abordar la sintomatología tanto física como mental provocada por un ambiente laboral violento, estresante y riesgoso. Por ejemplo, los estudios del estrés han relacionado eventos traumáticos y de estrés que conllevan a la

prevalencia de sintomatología física como el dolor corporal, obesidad, índices hematológicos, baja condición física, diabetes, hipertensión (Silva R., *et al.*, 2013; Minayo M., *et al.*, 2011). Así mismo se ha explorado el vínculo entre las problemáticas de salud mental con el consumo indebido de medicamentos, de tabaquismo, alcohol, etc. (Silva R., *et al.*, 2013). De igual manera, se ha documentado que la dinámica laboral predispone a los policías a dolores crónicos de cuello, de espalda y de columna, problemas de la visión y dolor de cabeza, esto debido al estado psicológico, a las presiones ambientales y económicas, así como por la organización del trabajo por turnos y la larga jornada laboral (Silva R., *et al.*, 2013 y De Liz *et al.*, 2014)

Otra línea focalizada en salud mental ha identificado que el trabajo policiaco genera altos niveles de estrés cuando se tiene una edad promedio de 35 o más años (De Liz *et al.*, 2014). El trabajo policiaco se considera de alto estrés por el riesgo que corren diariamente y por la disciplina paramilitar. Así mismo, por el ambiente laboral violento generando síntomas como la ansiedad, angustia, pesadillas, infartos cardíacos, tristeza, coraje, impotencia, sentimientos de culpa, miedo, entre otros (Hyemin J., *et al.*, 2013).

En otros estudios se ha identificado que la mayoría de las veces, los policías perciben el estrés cuando realizan alguna acción impulsivamente en determinadas ocasiones, se sienten emocionalmente cansados después de un día de trabajo y además son agresivos en el trabajo. Así mismo, gran parte de estos grupos pensó en suicidarse por lo menos una vez y nunca se pensaron realizando el trabajo de un policía (Silva R., *et al.*, 2013).

Otros estudios se focalizan en el “síndrome de burnout”. Al respecto se ha evidenciado que este síndrome de “estar quemado por el trabajo” también afecta a los policías e interviene en la baja realización personal y donde el agotamiento emocional es terrible. Una de las alternativas que recomiendan los estudios de salud mental, consiste en mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores y de los servicios que la misma organización les ofrece (Gil Monte P., 2001). Así

mismo, se ha propuesto intervenir y mejorar la autoestima de los policías, lo cual mejora el concepto que se tienen de ellos mismos y su imagen como policías (Andrade E., *et al.*, 2010).

Otra de las líneas que trabaja esta temática mostró que los policías tienen preocupaciones excesivas en cuanto al futuro de sus seres queridos, manifestando preocupación por sus familiares, por la educación de sus hijos, el sueldo que reciben y la convivencia social que se ve limitada sólo a la esfera productiva y a la familiar. Se ha contribuido en mejorar la vida profesional y personal del policía, principalmente en el aprendizaje en tratar las adversidades en la integración de equipos (Hyemin J., *et al.*, 2013).

Otra línea de trabajo se sustenta en el enfoque de los estilos de vida. Desde esta perspectiva han buscado medir actividad física o como ellos bien lo mencionan, la “inactividad física” y su vinculación con el incremento en el peso, el tipo de alimentación, el tiempo de descanso, de sueño, así como el exceso de trabajo que provocan patologías como enfermedades cardiovasculares, metabólicas, etc. Por ejemplo, en el estudio de Silva y colaboradores se identificó el exceso de peso, menor frecuencia de actividades físicas en los policías militares y elevados niveles de colesterol en policías civiles (Silva R., *et al.*, 2013; Andrade E., *et al.*, 2009). El mismo estudio documentó que el bajo nivel de actividad física está ligado a trastornos degenerativos, dolores de espalda y dolores crónicos; y los policías obesos tienen tres veces más probabilidad de padecer estos y otros malestares.

Siguiendo con esta misma temática, en el estudio De Liz y colaboradores se identificó una relación significativa entre el nivel de estrés y el exceso de peso, la inactividad física y las enfermedades crónicas y psicológicas (De Liz KM., *et al.*, 2014). De acuerdo con esa investigación la grasa corporal excesiva derivada de una alimentación alta en calorías y lípidos, así como alimentos procesados y consumo de alcohol, ha sido vinculada con varios tipos de enfermedades. Mantener una dieta sana en combinación con la actividad física, el consumo

moderado de alcohol y reducir el hábito de fumar, reduce la mortalidad en 10 años (Papalia D., *et al.*, 2010, p. 568).

La posibilidad de permanecer sano y en buenas condiciones depende a menudo del estilo de vida, en especial del ejercicio y la dieta. Sin embargo, los estudios han mostrado que los policías tienen menos probabilidades de practicar conductas saludables en su tiempo libre, de evitar el tabaquismo y de mantener un peso apropiado. En este sentido se ha señalado que los policías frecuentemente presentan inadecuados hábitos de sueño y alimenticios, mantienen una jornada laboral intensa y prolongada, lo que produce la aparición de síntomas físicos como problemas de sueño, enfermedades oculares, problemas digestivos, entre muchos otros (Casado-M. y Franco L. 2010 y Morales M. *et al.*, 2012). En esta misma temática, se identificó que los policías y más los policías militares mantienen un estilo de vida de alto riesgo para su salud, fuman, tienen un consumo excesivo de bebidas alcohólicas, son insuficientemente activos, tienen conflictos familiares frecuentes, baja escolaridad y un bajo nivel económico (Ferreira SKD. *et al.*, 2011).

Otras investigaciones retoman la temática de la discapacidad laboral como daño a la salud de los policías, y la abordan como una condición que modifica y deteriora la calidad de vida, y que determina cuadros depresivos asociados con la dificultad para el ejercicio de la actividad laboral (Morales M. *et al.*, 2012; Papalia D. *et al.*, 2010, p. 566). Por su parte, el estudio de Saavedra señaló que el síndrome doloroso lumbar corresponde a una causa de incapacidad laboral, ya que en el proceso de trabajo el riesgo más importante es estar de pie y estático constantemente causando “el síndrome doloroso lumbar e insuficiencia venosa”, esto debido también al constante uso del chaleco antibalas, que corresponde a un factor de riesgo extra para el desarrollo de este síndrome (Saavedra M. 2010).

Asimismo, se ha documentado que entre los policías de tránsito las principales causas de muerte están estrechamente vinculadas con la dinámica y zona de trabajo, concentrándose en muerte por lesión y traumas derivados de agresiones y

accidentes viales (Souza ER. *et al.*, 2012). Por ejemplo, en los últimos seis años han sido atropellados 1180 policías; y en la Ciudad de México cada dos días un policía es atropellado y las cifras demuestran que las víctimas son mujeres policías (Maerker D. 2017).

De acuerdo con CIDE Derecho en Acción, en México, en 2012 la Secretaría de Seguridad Pública (SSP) reportó que de 2006 a 2011 fallecieron 2,886 elementos de seguridad, pertenecientes a los tres niveles de gobierno (SSP y CIDE Derecho en acción, 2015).

En su conjunto, los estudios arriba destacados muestran que las condiciones de trabajo hacen que el policía se vea expuesto a una serie de riesgos tanto físicos como mentales para la salud. La revisión sistemática de la literatura científica en torno al tema, evidencia que la mayor parte de los estudios están basados en la epidemiología ocupacional, particularmente en la teoría microsocial del estrés, desde la cual se considera que los estresores pueden ser de naturaleza individual, con acción aguda, equivalentes al que se designó como “eventos de vida”, o bajo la forma de tensión crónica, el llamado “estrés social” de la opresión y de las desigualdades sociales (Dohrenwend, citado en Almeida Filho, 2004). Para los autores adscritos a esta teoría, los efectos del estrés pueden ser directos, produciendo cuadros psicopatológicos (ansiedad, depresiones, somatizaciones), conductas de riesgo y, aún en el nivel biológico, diferentes formas de inmunodepresión e indirectos, incluyendo en esta lista cuadros cardiovasculares, disturbios gastrointestinales, accidentes, entre otros (Dohrenwend, 1974). Asimismo, la revisión indica que otra línea de estudio prioriza el análisis de los factores de riesgo en el trabajo (físicos, ergonómicos) y en la configuración de perfiles de daños a la salud diferenciales entre los integrantes de diversos organismos vinculados con la seguridad pública.

En la presente investigación se considera que estos enfoques de la epidemiología tradicional contribuyen a visibilizar la problemática que se deriva de la relación trabajo-salud; sin embargo, es necesario ampliar la mirada y analizar otros

aspectos desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. De acuerdo con la propuesta del modelo histórico social de la promoción de la salud, es relevante ampliar el análisis incorporando la exploración de las especificidades del ambiente laboral y documentando condiciones laborales, tales como el salario que perciben, las jornadas laborales, los derechos sociales y las facilidades/obstáculos para el acceso a servicios de salud. Este modelo presenta ventajas en tanto permite articular varias concepciones críticas de la medicina social y de la epidemiología latinoamericana, abiertamente destinadas a sustentar la importancia que tiene la esfera del trabajo en el proceso de determinación social de la salud-enfermedad de grupos específicos de trabajadores. Por ello, se considera que sus propuestas contribuyen a proponer un marco teórico adecuado para el abordaje de los objetivos planteados en el presente estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO PARA EL ESTUDIO DE LA RELACIÓN TRABAJO-SALUD

En este capítulo se propone un marco teórico y una estrategia metodológica que se considera adecuada para analizar la relación trabajo-salud en el caso de los policías auxiliares. El capítulo se estructuró en dos apartados: el primero, permite recuperar los aportes teóricos provenientes de diversas corrientes interpretativas que contribuyen a analizar la relación trabajo-salud. Particularmente, se recupera la perspectiva del modelo socio-histórico y los determinantes sociales de la salud, así como los aportes conceptuales de la medicina social y la epidemiología ocupacional. A partir de estos referentes se propone un modelo conceptual que se considera útil para abordar el tema de estudio.

En el segundo apartado del capítulo describe la estrategia metodológica que se implementó para abordar los objetivos específicos de la presente investigación; se argumenta la relevancia de la investigación cualitativa y se explicitan las técnicas e instrumentos aplicados para desarrollar el trabajo de campo.

2.1 Aportes desde la perspectiva socio-histórica

En la salud pública en general, y en el campo de la promoción de la salud en particular, convergen múltiples vertientes y disciplinas (la sociología médica, la economía de la salud, economía política de la salud, antropología médica, epidemiología social, epidemiología crítica, higiene social, nueva salud pública) que contribuyen a analizar, explicar y comprender el objeto de estudio que corresponde al proceso salud-enfermedad. Desde estas vertientes se han propuesto diversos modelos que contribuyen a abordar cuestiones centrales del proceso salud-enfermedad, principalmente, a comprender el tema de los determinantes y factores que influyen en las condiciones de salud poblacional, así como analizar la frecuencia, magnitud y distribución diferencial de los riesgos y

perfiles de daños a la salud (enfermedad, muerte y discapacidad) entre los distintos grupos de la población (López S., 2000).

Para los motivos de la presente investigación se considera adecuado recuperar los aportes conceptuales provenientes del modelo histórico social. Este modelo plantea la necesidad de analizar los fenómenos de salud-enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad; así como examinar la salud-enfermedad como un proceso definido en el devenir histórico-social (López M. *et al.*, 2000, p. 139; Laurell AC., 1986).

Este modelo parte del reconocimiento básico de que las desigualdades sociales que se expresan en las condiciones de vida y de trabajo constituyen los principales determinantes del proceso salud-enfermedad a nivel colectivo. Para abordar esta relación recuperan categorías conceptuales básicas de la perspectiva socio-histórica, tales como la clase social, la reproducción de la fuerza de trabajo, la producción colectiva y el desgaste laboral.

El modelo explica el fenómeno de la desigualdad social y salud con este enfoque identifica la existencia de dos clases polares y un conjunto de grupos sociales llamados fracciones de clase. En este marco las clases sociales sintetizan procesos, relaciones, contradicciones económicas y políticas e ideológicas que explican la desigualdad social y los procesos de enfermedad, muerte y atención. En este marco es donde confluyen los determinantes de las desigualdades del proceso salud-enfermedad (López A. y Blanco Gil, 2004, p. 12; López A. y Peña SM, 2006, p. 82).

El modelo histórico-social realiza una crítica a los modelos epidemiológicos unicausales y multicausales en los que la enfermedad laboral es explicada desde el enfoque de los factores de riesgo que tiende a otorgar el mismo peso al análisis de causales de la enfermedad que por su naturaleza y complejidad son diferentes. Por su parte, el modelo histórico-social propone tomar en cuenta los efectos del modo de producción capitalista sobre el proceso salud-enfermedad, y de aquí la

necesidad de la recuperar las propuestas conceptuales que contribuyen a analizar la complejidad de la relación trabajo-salud.

2.2 La medicina social: aportes a la relación trabajo-salud

La relación que se da entre el trabajo y el proceso salud-enfermedad-atención ha sido estudiada desde el pasado por los médicos, administradores, economistas, entre otros que empezaban a reconocer que la salud estaba relacionada con las condiciones sociales, políticas y económicas de determinados grupos sociales. Si bien desde el siglo XVII se encuentran estudios que abordaron esta relación fue hasta el siglo XIX cuando se comenzó a estudiar de forma sistemática la relación entre la estructura social, el trabajo y sus impactos en la salud (García J.C., 1998).

Al explorar el marco de antecedentes se identificó que, en el siglo XVII Bernardino Ramazzini realizó importantes aportes a la medicina del trabajo al escribir el “Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores”, por lo cual se considera el precursor de esta vertiente. Dicho autor dedicó más de 20 años de su vida al estudio y atención de las enfermedades asociadas a ocupaciones específicas (Araujo A. y Trujillo F. 2002; INSHT- ITP, 2011). Ramazzini evidenció que el trabajo determinaba la emergencia de enfermedades en ciertos grupos de trabajadores a través de la utilización del método científico empírico.

Es importante mencionar que para Ramazzini el trabajo es una “actividad que debe protegerse, es realizada por hombres concretos en las ocupaciones que tienden a cubrir las necesidades de la sociedad” (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT-ITP, 2011, p. 15). Así mismo, realizó tipologías sobre las enfermedades de las 53 profesiones que estudió, entre ellas se encuentran las enfermedades de los que trabajan de pie y las enfermedades que padecen los soldados. Respecto a este último caso, Ramazzini señaló: “en nuestros tiempos es imposible imaginar un género de vida más peligroso que la de los soldados, al menos la de los soldados simples, en batallas como el sitio de fortalezas, e incluso en el cuartel; tal vez porque en el arte militar no hay quien se

preocupe desde hace tiempo por la salud de los soldados” (Ramazzini, 1633, traducción UAM-X, 2000).

Para el siglo XIX, los trabajos de Karl Marx y Federico Engels, precursores del materialismo histórico dialéctico y de la perspectiva socio-histórica de la salud, reconocieron al trabajo como el eje regulador de la vida social; y desde esta perspectiva estuvieron profundamente interesados en documentar los efectos del trabajo en las condiciones de salud de los trabajadores que vivieron en el contexto de la Revolución Industrial.

Desde esta perspectiva, el trabajo se aborda como un proceso colectivo que nos permite transformar los medios para garantizar la sobrevivencia, y es central para entender cómo la sociedad distribuye y divide sus riquezas privilegiando a unos y haciendo infelices a otros. El trabajo se convirtió en una mercancía que dio origen a la desigualdad social, a la división de clases, a la explotación laboral; y la necesidad del trabajo le da poder a la sociedad capitalista para someter y obligar a los trabajadores a trabajar en sus propias condiciones y por ende, la salud y el acceso a ésta, se ven mediados por esta condición (Engels F. y Marx K. 1895-1896).

La categoría de trabajo constituye un eje articulador de la vida social, no sólo representa el proceso que permite transformar el entorno para generar los medios de sobrevivencia sino también configura un sentido de pertenencia, permite articular identidades individuales y colectivas. Así mismo, diversas vertientes teórico-metodológicas que enriquecen el campo de la Promoción de la Salud, han evidenciado que es importante estudiar la esfera del trabajo para entender y comprender la emergencia de nuevas enfermedades y padecimientos en la vida social de los trabajadores (Laurell C. 1972 y 1982).

El trabajo se reconoce como un valor que tiene efectos positivos en la salud de los colectivos, no obstante, en las diferentes fases del capitalismo, el proceso de trabajo más bien implica contravalores para el proceso salud-enfermedad (Laurell

C. *Op. Cit.*). En este proceso, el trabajador está a disposición de lo que demanda la esfera productiva y se perfilan determinantes y riesgos que influyen en la condición de salud-enfermedad.

Tanto en *“El Capital”* como en las *“Condiciones de vida de la clase obrera en Inglaterra”*, Marx y Engels observaron las repercusiones de las condiciones de trabajo y de vida impuestas por el capitalismo en la salud del proletariado. En estas repercusiones se encuentra el aumento de más enfermedades, accidentes, muertes y la reducción de la vida del obrero (Rojas-S. 1988).

Marx y Engels analizaron la morbilidad y la esperanza de vida con base en un marco teórico materialista y realizaron diversos planteamientos y análisis concretos de las causas y consecuencias sociales de los problemas de salud de los trabajadores. Así también establecieron la relación que existe entre el proceso salud-enfermedad y los diversos fenómenos sociales que se derivan de la explotación capitalista entre ellos están: el hacinamiento, la desnutrición, la intensidad del proceso de trabajo y el desgaste obrero (Rojas-S. 1988).

De acuerdo con los precursores del materialismo histórico, algunos determinantes de la producción que intervienen en la definición del proceso salud-enfermedad son: las formas de obtención de plusvalor, la fuente de trabajo, la división del trabajo, las condiciones sanitarias del medio laboral, la enajenación, la división de la clase social, las condiciones laborales, la jornada laboral y la valoración del trabajo (Marx K. 1859).

La realidad es que los trabajadores carecen de los medios de producción y para subsistir sólo disponen de la fuerza de trabajo que venden al capitalista como una mercancía. A partir de esta afirmación se desprende que existe una “relación entre la forma en que grupos específicos de trabajadores producen, se reproducen, la forma en que se enferman, la patología que padecen, mueren, así como con su esperanza de vida y las características de los servicios médicos a los que acuden” (Rojas-S. 1988 p. 21).

Este consumo de la fuerza en el proceso productivo implica un desgaste tanto físico como mental que repercute directa o indirectamente a corto, mediano o largo plazo en la salud del trabajador. Lo cual lleva a producir mayores enfermedades y accidentes de trabajo y sobre todo implica la reducción de la esperanza de vida de los trabajadores. El consumo de la fuerza de trabajo no sólo conlleva al empobrecimiento de la fuerza de la persona sino también se lleva a la muerte prematura de esta fuerza. Asimismo, las condiciones de trabajo que viven la mayor parte de los trabajadores, generan efectos negativos en los determinantes sociales de la salud, generan miseria y principalmente la muerte prematura no sólo del trabajador, sino de la familia (Laurell C.1986, p. 2).

De esta manera, desde la perspectiva socio-histórica se evidenciaba que el nivel de la salud del trabajador no dependía de causas meramente biológicas, sino de la configuración de determinantes derivados de la relación producción-capitalista e industrialización. Por ello, se planteaba la necesidad de conocer cómo los grupos sociales se insertan en el modelo productivo y particularmente analizar los efectos que tiene este proceso de explotación en la condición de salud de los trabajadores.

En este sentido, el trabajo teórico y empírico desarrollado por Marx y Engels, permitió plantear tres premisas que han orientado el análisis en torno al vínculo trabajo-salud. Cabe señalar que estas premisas teórico-metodológicas han sido recuperadas, reformuladas y enriquecidas por una diversidad de autores que se han adscrito a las vertientes críticas de la salud interesadas en analizar, desde una perspectiva socio-histórica, los vínculos complejos que se establecen entre el trabajo y la salud-enfermedad. De acuerdo con Rojas Soriano (1988), autor que se adscribe a esta corriente, las tres premisas que se han constituido como los principales aportes del materialismo histórico-dialéctico en el campo de la salud son las siguientes:

- El modo de producción capitalista es el principal determinante de los procesos de s/e: cada formación social crea su propia patología y produce

las condiciones sociales para la reproducción de la misma, en consonancia con el modo de producción prevaleciente.

- Existe una situación diferencial entre las clases sociales fundamentales presentes en las formaciones sociales capitalistas (burguesía y proletariado) con respecto a la morbilidad, la esperanza de vida y el acceso a los servicios médicos.
- Dentro del proletariado existe una situación diferencial entre los diversos sectores que lo componen con respecto a las características de la morbilidad, la esperanza de vida, el nivel de conciencia sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos.

Las propuestas de Marx y Engels tuvieron una importante influencia en el pensamiento y planteamientos desarrollados por salubristas que también vivieron en el contexto de las Revoluciones de 1848 de las sociedades europeas. Este reconocimiento permite destacar los importantes aportes de Rudolf Virchow, integrante del movimiento del “reformismo médico alemán” y precursor de la medicina social (Rosen G. 1985).

Este médico-patólogo manifestó una orientación hacia la ciencia aplicada, la dialéctica y el materialismo en sus análisis de enfermedades específicas. Enfatizó las circunstancias históricas y materiales concretas en las cuales aparecía la enfermedad (Waitzkin, 2006). Aunque Virchow como otros higienistas de la época, también centró su interés en el estudio del trabajo y su impacto en la salud del obrero; dio un paso cualitativo importante al considerar la estructura política y social como origen de los males de los pobres; y propuso la acción política como dentro del campo de la medicina como una herramienta para responsabilizar al Estado en la atención de la salud de sus poblaciones. Desde este enfoque la medicina se consideraba como una ciencia social y la política como un instrumento médico, la principal herramienta de prevención (Waitzkin H. 2006, p. 8).

Las condiciones sociales que más resaltaba Virchow corresponden a la estructura de clase, es decir, puso el acento en el análisis de la desigualdad social, observando que “las tasas de morbilidad y mortalidad, y especialmente las tasas de mortalidad infantil, eran mucho más altas en los distritos obreros de las ciudades que en las áreas de mayores ingresos”. A partir de esto, describió las inadecuadas condiciones de vivienda, nutrición y vestido, que la población pobre y trabajadora estaba padeciendo (Waitzkin H. 2006, p. 3). Virchow criticó la capacidad de los funcionarios por ignorar estas condiciones que para él eran las causas de la enfermedad, ya que las políticas públicas estaban diseñadas para que los pobres pagaran, por ejemplo, los servicios hospitalarios en vez de que el Estado y los funcionarios públicos asumieran el cuidado de este grupo como una responsabilidad social. Virchow decía que la enfermedad tenía un origen social, por lo que proponía reformas sociales radicales que trascendían las medidas médicas y de salud pública vigentes en la época (Waitzkin H. 2006).

En este contexto se ha aseverado que el concepto de medicina social surgió como respuesta a los problemas de salud creados por la industrialización. Así como a enfrentar los problemas de la salud y sus raíces sociales, es decir, sus causas, de tal forma que se pudieran llevar a cabo las acciones necesarias para resolverlas. Y al igual que el materialismo histórico, la medicina social identifica dos clases, una trabajadora y una burguesa un conjunto de grupos sociales que constituirán las llamadas fracciones de clase (Rosen G. 1985).

2.3 Una reflexión: la epidemiología ocupacional hegemónica

La medicina social del siglo XIX se constituyó como una tradición de pensamiento que proporcionó importantes aportes conceptuales para comprender la manera en que el sistema capitalista determina la distribución diferencial de la s/e entre los diferentes grupos y sociedades que coexisten en un contexto histórico concreto. Si bien las propuestas de la medicina social europea tuvieron una importante influencia en la configuración de los sistemas de salud y en la implementación de

estrategias de salud pública, a fines del siglo XIX se registró un estancamiento en su desarrollo.

Para las últimas décadas de ese siglo, la medicina social enfrentó varios desafíos. Particularmente, para la 2ª mitad del s. XIX, con el fortalecimiento de las ciencias duras frente a las sociales (el crecimiento de la microbiología y el predominio de las teorías unicasalistas de las enfermedades), la salud pública se inclinó sobre las causas biológicas e inmediatas del proceso s/e, así como sobre las manifestaciones individuales de la enfermedad, y en este marco la perspectiva socio-histórica y el movimiento de la medicina social sufrió un estancamiento en su desarrollo. Asimismo, para la 1ª mitad del s. XX, el estudio de la causalidad de las enfermedades avanzó hacia las teorías multicausales en las que se intentó, con la noción de “factores de riesgo sociales”, recuperar la dimensión social del riesgo en el estudio de las condiciones de s/e. Este nuevo alcance fue favorecido por los aportes de la sociología médica estructural-funcionalista. Con estas bases teóricas se formularon las acciones en SP que conformaron el MMH (Waitzkin H. 2006).

En este contexto se fortaleció la vertiente de la epidemiología ocupacional hegemónica, cuyo principal propósito ha estado dirigido a la prevención, el control de enfermedades y accidentes; así como a la identificación y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el ámbito del trabajo. Esta perspectiva está ligada a factores económicos, sociales, políticos e históricos, así mismo la enfermedad se deriva de los factores de riesgo por causas relacionadas con el trabajo realizado (factores de riesgo en el trabajo).

Desde los enfoques de la epidemiología ocupacional hegemónica, los problemas de salud y accidentes en el trabajo, generalmente son causados por factores cuya prevención es factible mediante el análisis de los riesgos a que está expuesto el personal de una organización; por lo que se propone identificar situaciones que pueden propiciar accidentes o desencadenar enfermedades en los centros de trabajo; y se considera que estos vínculos deben considerarse como un asunto compartido entre autoridades, empleadores y trabajadores.

Por lo tanto, para este subcampo de la epidemiología es importante diferenciar el accidente de trabajo de la enfermedad de trabajo. En el caso de nuestro país, la Ley Federal del Trabajo XIII (LFT 1978) en el Artículo 473, define los riesgos de trabajos como “los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo”. Así mismo, en el Artículo 474 menciona que “el accidente de trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste”, quedando incluidos los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de éste a aquél. Por otra parte, el artículo 475 de la LFT señala que la enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

Asimismo, los investigadores que se adscriben a la epidemiología ocupacional coinciden en que los accidentes y enfermedades de trabajo se derivan de los propios ambientes en los que se desarrollan las actividades laborales (OPS, 2001; Fernández *et al.*, 2007) y se han subrayado tres de ellos: 1) El ambiente físico que se constituye por aquellos factores ambientales que pueden dañar la salud física y orgánica del trabajador; 2) El ambiente psicológico: es consecuencia de factores como inadaptación, insatisfacción, monotonía y estrés, entre otros. 3) El ambiente social: surge a partir de cambio de esquemas de valores, sistemas de mando, política de salarios, sistemas de promoción y ascensos, etc.

Desde este enfoque se considera que para prevenir las enfermedades laborales es necesario implementar un conjunto de medidas técnicas, educacionales, médicas y psicológicas dirigidas a los trabajadores. De esta manera, se ha sustentado el área de la “seguridad en el trabajo” la cual está conformada por un conjunto de conocimientos y técnicas dedicadas a reconocer, evaluar y controlar aquellos factores del ambiente, psicológicos o tensionales, que provienen del

trabajo y pueden causar enfermedades o deteriorar la salud. Por su parte, la higiene industrial está conformada por un conjunto de normas y procedimientos tendientes a la protección de la integridad física y mental del trabajador, preservándolo de los riesgos de salud inherentes a las tareas del cargo y al ambiente físico donde se ejecutan (AEC, 2014).

En este sentido se observa que para la epidemiología ocupacional resulta muy importante la identificación (y posterior intervención) de los “factores de riesgos” en el trabajo en donde se definen riesgos ambientales, de seguridad, en general todos aquellos factores químicos, físicos, psíquicos, ambientales, sociales y culturales que actúan sobre el trabajador (Badía M. 1985, p. 4-5). Por lo tanto, se busca identificar factores de riesgo asociados y medir los niveles de exposición que hace referencia a la intensidad y al tiempo de duración en el ambiente laboral de algún agente causal de la enfermedad. En el siguiente cuadro se describen algunos de los factores de riesgo que son frecuentemente estudiados.

Cuadro 2.1 Factores de riesgo de la Medicina Ocupacional

FACTOR DE RIESGO	OBSERVABLES
Físicos	Ruido, temperatura, radiaciones, iluminación, vibración, etc.
Químicos	Líquidos, tóxicos, gases, vapores, aerosoles, etc.
Biológicos	Micro y macro organismos patógenos y sus residuos.
Mecánicos	Objetos, máquinas, equipos y herramientas que pueden provocar daños o lesiones.
Ergonómicos (carga física)	Cargas estáticas de pie, sentado esfuerzos y otros movimientos.

Si bien la epidemiología ocupacional constituye una rama de la disciplina que ha contribuido a explorar la relación entre el trabajo y la salud, también se han señalado sus limitaciones. Por ejemplo, se ha evidenciado que el abordaje de la categoría trabajo centrada sólo en las condiciones materiales del trabajo, oculta las consecuencias del modo de producción capitalista sobre el proceso salud-enfermedad. En general, se trata de estudios que priorizan la ganancia económica y suponen que el ahorro de la economía de los edificios, la luz, la concentración de máquinas peligrosas, sin instalación de medidas de protección, son factores que resultan en un aumento de la morbilidad de la población trabajadora. Sin embargo, se trata de estudios que se focalizan en los factores más proximales de la enfermedad, en detrimento del análisis de algunos determinantes estructurales (García J.C, 1988).

Desde estos enfoques críticos se señala que convencionalmente, la salud de los trabajadores ha sido abordada desde una perspectiva que reduce sus alcances, pues se consideran las características psico-físico-biológicas, restando importancia a los aspectos sociales implicados en el proceso de trabajo.

2.4 Aportes de la Medicina Social latinoamericana

Los orígenes de la Medicina Social Latinoamericana se remontan la segunda mitad del siglo XX, se trata de una corriente de pensamiento y movimiento social y académico desarrollado por grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud ante constantes movimientos sociales inconformes con el modelo económico desarrollista que se implementó en los 60's en América Latina. De igual manera al creciente auge del marxismo que abrió la posibilidad de continuar con los postulados que caracterizaron a la medicina social. Así mismo se suma la crisis de la salud pública, la creciente y persistente desigualdad social que se mantenía en el sector salud (López A. y Peña SM. 2006, p. 82).¹

¹ En el contexto del estado de bienestar, los indicadores de salud tenían cierta mejoría debido a las transformaciones de las condiciones de vida y trabajo que se implementaron. Así mismo, se ampliaron los

Los principales precursores de esta corriente son Asa Cristina Laurell, Juan César García, María Isabel Rodríguez y Miguel Márquez, autores que dieron impulso a la medicina social latinoamericana no solo con sus trabajos, sino logrando el apoyo financiero para el desarrollo de investigaciones, reuniones científicas y organizativas de la corriente, publicación de libros y concesión de becas de formación en posgrados que paulatinamente se fueron extendiendo en la región (MS Salud para Todos, 2010).

Juan César García, coordinador de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desarrolló importantes investigaciones y análisis sobre la educación médica, las ciencias sociales en medicina, los determinantes de clase social en los resultados de salud enfermedad y las bases ideológicas de la discriminación contra los latinoamericanos. Realizó críticas al modelo biomédico para superar la idea de salud como la ausencia de la enfermedad. García también marcó una nueva epidemiología distinta a la que se conocía, en donde la determinación social unida con el análisis de la producción, el trabajo y la situación de la clase obrera, entre otros estudios que se llevaron a cabo por otros autores marcaron una propuesta diferente (OPS, 1994).

Juan Cesar García consideró que la “medicina social” es una corriente contra-hegemónica opuesta a la medicina de mercado individualista, liberal y capitalista. El concepto señala que la enfermedad está relacionada con los problemas sociales y así mismo, el Estado es responsable de intervenir en la solución

derechos de los trabajadores y de los sectores sociales con menores ingresos, lo que llevó a que todos recibieran salarios equitativos, así como acceso a la educación y seguridad social. Los programas estaban diseñados para que todos recibieran tratamiento hacia alguna enfermedad y facilitaron la mejoría de los indicadores de salud (Iriart *et al.*, 2002). Sin embargo, no fue algo que perduró, por el cambio de Estado que se llevó y fue cuando la salud pública entra en crisis, los indicadores de salud como la mortalidad infantil comenzaron a empeorar tras la tremenda alza que estaba manejando el estado de bienestar con las transformaciones de las condiciones de vida y de trabajo que se pusieron en marcha. Así mismo, se incrementó el impulso de la globalización a finales de los 60s del siglo pasado y como efecto de ella se establecieron empresas extranjeras, aumentó la explotación de la fuerza de trabajo, al mismo tiempo que pierde su valor y aumentó el desempleo. Se daña al ambiente, el deterioro del espacio urbano, aumenta la violencia y sobre todo la violación de los derechos humanos.

(Galeano D. *et al.*, 2011, p. 286). Así, la medicina social latinoamericana surgió a partir de una mirada crítica ante al modelo médico hegemónico y marcando la necesidad de prestar atención a los determinantes sociales y a las desigualdades en la distribución de los servicios de salud (Ibíd., p. 286).

De acuerdo con Juan César García, esta vertiente de la medicina social que prioriza el análisis del vínculo trabajo-salud, reemergió en un contexto epidemiológico caracterizado por el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes de trabajo, así como por el acceso diferencial a los servicios de salud de ciertos grupos sociales.

En cuanto a Cristina Laurell, también privilegia el estudio de la desigualdad social en salud y recupera algunos elementos conceptuales del materialismo histórico dialéctico, así mismo le da prioridad a la esfera de la producción para explicar el proceso salud-enfermedad. En sus múltiples trabajos, estudia el proceso de trabajo, especifica la relación entre el trabajo, los instrumentos de trabajo y el objeto de trabajo, y también abre la posibilidad de estudiar el carácter histórico social del trabajo (Laurell C. 1978). Es por ello que a partir del concepto del trabajo explica las causas sociales de la enfermedad.

De acuerdo a la perspectiva que maneja Laurell (1979) el trabajo es una categoría social, es un proceso consciente por medio del cual el hombre se apropia de la naturaleza para transformar sus materiales en elementos útiles para la vida. El trabajo es el principal organizador de toda la vida social y es una expresión concreta de las contradicciones sociales.

Respecto a la salud-enfermedad la autora lo define como el modo específico de cómo se da en el grupo el proceso biológico de desgaste y reproducción. Y está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, apropiación que realiza por medio del trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción.

Menciona que la s/e es un proceso que simultáneamente tiene un carácter social y biológico. El proceso salud – enfermedad de los colectivos tiene un carácter social cuando adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Pero mencionado proceso, no se agota en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social, ya que es posible no fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico. Lo que lleva a la autora pensar en distintos patrones de desgaste (Laurell, 1986 y 2008). Mientras que el desgaste obrero implica un patrón específico del efecto que produce el modo de producción en las colectividades o más bien dicho el trabajador.

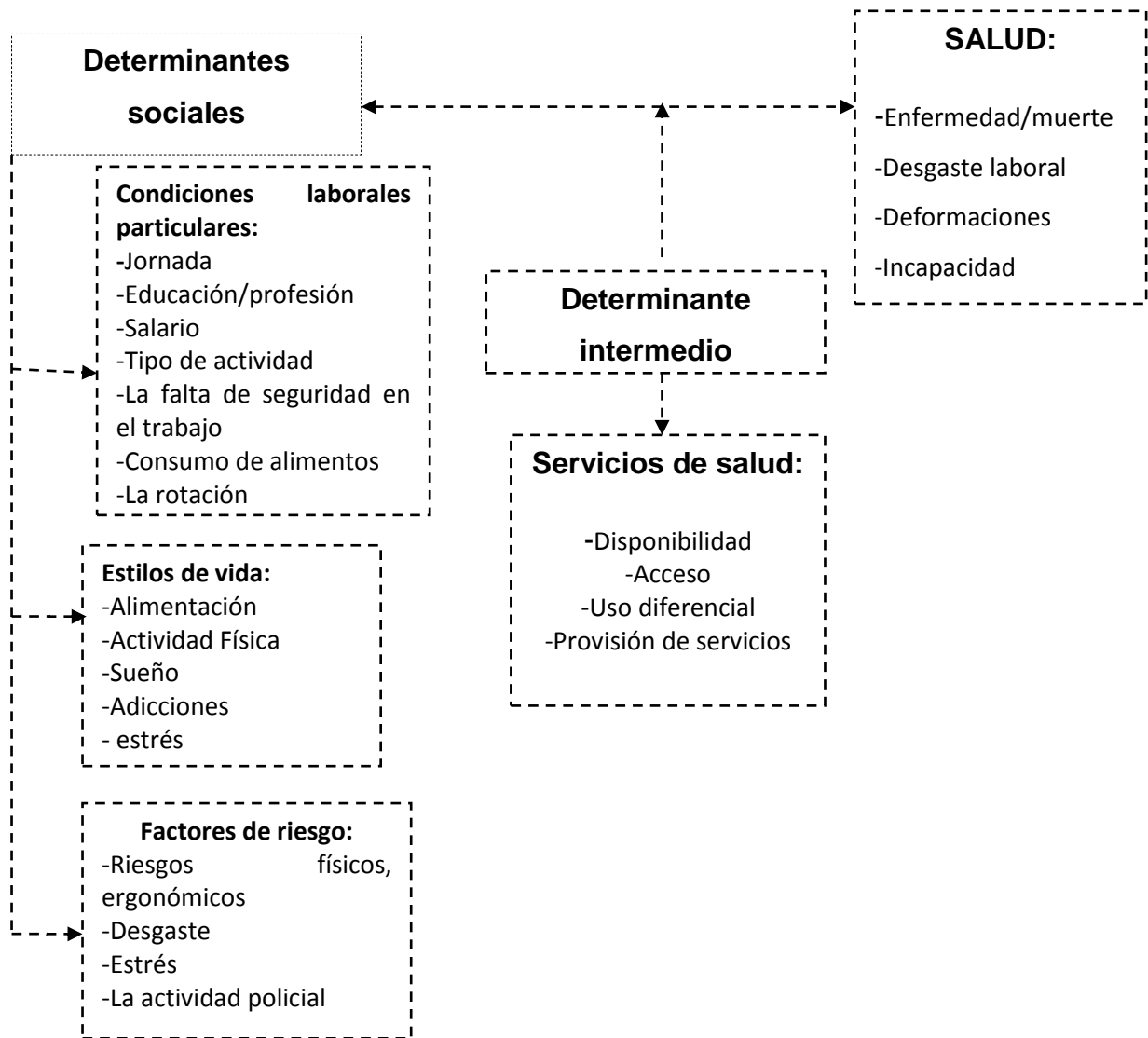
En síntesis, la medicina social latinoamericana parte de la premisa de que los daños a la salud de los trabajadores son resultado de los contradictorios fines que persigue y la forma en que se organiza el trabajo en la sociedad capitalista y, por eso, su solución depende más de problemas de poder y capacidad reivindicativa que de problemas técnicos.

La medicina social considera que la s/e se origina en los procesos sociales, y en este marco la esfera productiva ocupa un lugar prioritario. Recuperando los aportes de los estudios clásicos sustentados en la perspectiva socio-histórica, se considera que en el ámbito del trabajo confluyen diversos determinantes sociales que influyen en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los trabajadores (Oliva LA. *et al.*, 2008, p. 324). Desde esta perspectiva, se propone analizar los determinantes de grupos específicos de trabajadores y sus relaciones con el proceso colectivo de salud-enfermedad; aplicar elementos teóricos y metodológicos para investigar las condiciones de trabajo y su relación con la determinación del perfil patológico; pero también dar continuidad al trabajo que incluye la evaluación de los factores ambientales, resultantes de la relación entre el medio y el objeto de trabajo, y su influencia en el proceso s/e.

2.5 Marco conceptual

A partir de los referentes revisados en el apartado anterior, propongo un modelo conceptual que considero adecuado para analizar la relación trabajo-salud en el caso de los policías auxiliares.

Diagrama 2.1 Distribución de riesgo, enfermedad y muerte del PA en la CDMX



El modelo conceptual que se propone retoma aportes que se derivan tanto de las perspectivas de los factores de riesgo como la de los determinantes sociales de la salud, para explicar cómo se da esta relación de desgaste de la fuerza laboral, de enfermar y morir en una población específica. Esta relación se lleva a cabo porque existen condiciones particulares en la esfera laboral (jornada laboral, el tipo de trabajo, educación, el salario) y en las condiciones de vida del policía que impactan en el proceso salud-enfermedad-atención. Así como, estilos de vida y las causas más proximales de la enfermedad.

En las condiciones laborales se encuentran inmersos principales determinantes y junto con otros conceptos que corresponden al modelo de los estilos de vida y a la epidemiología ocupacional, así como determinantes intermedios (servicios de salud) van a formar el perfil de salud del policía.

En esta relación se encuentran determinantes y desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales: ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación, hábitos de vida saludables y educación que manifiestan generando diferencias injustas (Álvarez C. 2009, p.73). Así mismo son los principales en la afectación o en la formación de perfiles específicos de enfermar y morir, así como de incapacidad.

En el modelo conceptual, los servicios de salud se abordan como determinante intermedio, el cual impacta directamente en la salud del policía. Así mismo, es generadora de las inequidades en salud ya que influye sobre los procesos de estratificación dados por la posición socioeconómica. Es decir, que los servicios de salud se van a ver influidos por el grado económico y la clase social a la que pertenezca el trabajador en cuanto a accesibilidad/acceso y atención. Los servicios de salud son aquellos a través de los cuales fluye la estratificación social hacia el nivel individual, determinando diferencias de exposición y de vulnerabilidad.

Desde esta perspectiva, se plantea que la salud empieza y termina desde el nivel del contexto socio-económico y político de la sociedad, los cuales determinan la salud a través de procesos de clasificación social.

2.6 Metodología

En este apartado se describe la propuesta metodológica que se consideró más adecuada para estudiar los determinantes y factores de riesgo que influyen en el proceso de salud enfermedad de trabajadores que se desempeñan como policías auxiliares en la Ciudad de México. Resulta distintivo el hecho de que la investigación prioriza el abordaje cualitativo, ya que en concordancia con el marco conceptual propuesto, se busca ampliar el entendimiento de dinámicas sociales desde el punto de vista de los actores involucrados, adoptando técnicas e instrumentos que permiten acceder a sus propias interpretaciones e intencionalidades.

2.6.1 Diseño del estudio

El diseño metodológico de la presente tesis corresponde a un estudio de caso centrado en el análisis de la experiencia recabada mediante el diálogo entablado con policías auxiliares del sector 59 de la Ciudad de México. En el campo de la promoción de la salud, el estudio de caso representa una forma de abordaje de investigación cualitativa que se utiliza para estudiar con profundidad la experiencia de personas, grupos o comunidades, con el propósito de identificar elementos específicos que contribuyan a una mejor comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención que se desarrollan en un tiempo determinado (Ferreira S., y Gómez R., 2007). Para abordar el estudio de caso se aplicaron técnicas y procedimientos de investigación cualitativa, principalmente, revisión documental y la aplicación de entrevistas semi-estructuradas a directivos y trabajadores de la policía auxiliar.

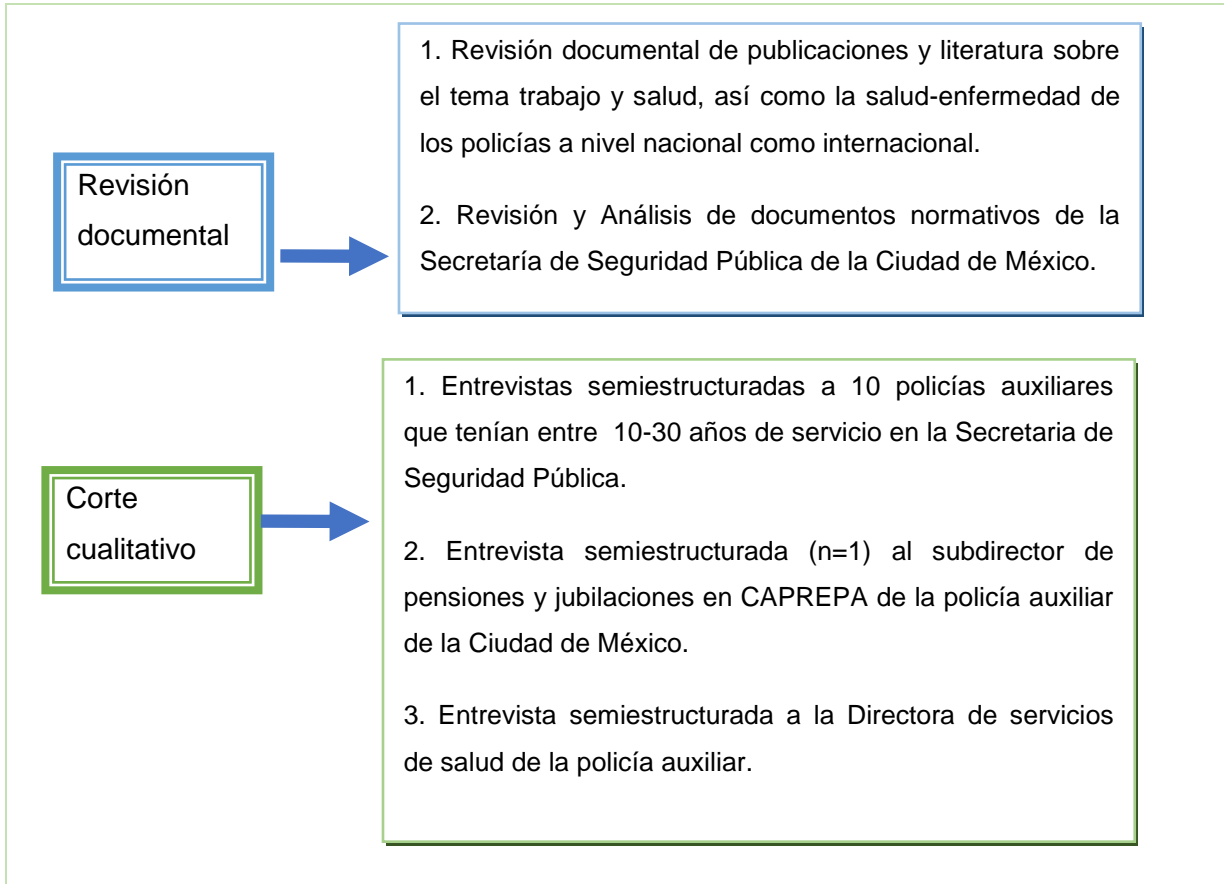
En este trabajo se parte del reconocimiento de que la metodología cualitativa permite llevar a cabo “una adecuada comprensión de los factores subjetivos, los

sujetos y las situaciones de estudio, los cuáles son abordados en un plano de análisis micro, de tal manera que las particularidades interpretativas de los procesos sociales puedan ser aprehendidas” (Castro R. 1995). La metodología cualitativa está orientada a comprender la conducta humana (Krause M. 1995, p.27). Así como buscar a partir de métodos cualitativos como la observación participante, la entrevista a profundidad, comprender los datos descriptivos que generan estos métodos, el análisis cara a cara y de textos (Taylor S. y Bogdan R. 1987).

Así mismo este componente también retoma la aplicación de técnicas y procedimientos de investigación como:

1. La revisión documental que incluyó: consulta de documentos científicos que abordan el tema de trabajo-salud en policías; y la revisión del marco normativo de la SSP, entre otros que abordan relación con la temática (ver diagrama 2.2).
2. Entrevistas semi-estructuradas a 10 trabajadores operativos de la policía auxiliar del sector 59 “pantera” que cumplieron con un perfil básico, así como personal del Centro de Selección y Educación Policial de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México, localizado en Zaragoza número 280. Así como a entrevistas semi-estructuradas al personal de CAPREPA y Dirección de los Servicios de salud de la Policía Auxiliar (Ver diagrama 2.2).

Diagrama 2.2 Metodología y dinámica utilizada en esta investigación (Estudio de caso).



2.6.2 Revisión documental

1. Estudios sobre la salud-enfermedad de los policías.

La información que se obtuvo en la revisión documental provino de publicaciones científicas, artículos de revistas, tesis, monografías, ponencias, informes técnicos y documentos institucionales consultados en internet y publicados por la SSP, el Diario Oficial de la Federación. Así mismo también se consultó información cuantitativa proveniente de estadísticas, encuestas (ENSU) y censos de gobierno, seguridad pública, justicia y sistema penitenciario en México.

De igual manera se realizó una revisión sistemática de literatura con la búsqueda de palabras como “salud”, “policía” y “trabajo” en revistas y publicaciones científicas a nivel nacional como internacional, de las cuáles se obtuvieron 20 posibles resultados, de ellos, 18 se realizaron a nivel internacional (Brasil, Colombia, España, E. U., Holanda, Canadá, India, Inglaterra) y sólo dos se hicieron en México. Esta revisión bibliográfica contribuyó a mencionar que en el grupo de los policías sólo se han realizado estudios desde una perspectiva mínima de determinantes sociales de la salud, y sobre todo, la mayoría de los estudios abordó el tema del estrés como causal de la enfermedad.

2. Revisión y análisis de documentos normativos.

Para la realización del estudio fue importante llevar a cabo la revisión de los documentos que rigen y que fundamentan la seguridad pública en México, particularmente el Artículo 21° constitucional, así como de la estructura como organización y función de la misma (ver cuadro 2.2).

Por otra parte se retomaron estos documentos para analizar algunos conceptos de la esfera laboral (salario, salario mínimo, jornada de trabajo, contrato laboral, riesgos de trabajo, etc.).

Cuadro 2.2. Documentos revisados para el análisis del estudio

a.	CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
b.	LEY GENERAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SEGURIDAD PÚBLICA
c.	LEY DE SEGURIDAD PÚBLICA DEL D.F
d.	LEY DE CULTURA CÍVICA DEL D.F
e.	LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO, REGLAMENTARIA DEL APARTADO B DEL ARTÍCULO 123 CONSTITUCIONAL
f.	LEY FEDERAL DEL TRABAJO
g.	LEY ORGÁNICA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
h.	LEY ORGÁNICA DE LA SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA DEL D. F
i.	REGLAS DE OPERACIÓN DEL PLAN DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS MIEMBROS DE LA POLICÍA AUXILIAR DEL D. F
j.	NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-166-SCFI-2005, SEGURIDAD AL USUARIO-CHALECOS ANTIBALAS-ESPECIFICACIONES Y MÉTODOS DE PRUEBA
k.	MANUAL DE ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA

3. Revisión de datos en el Sistema de Información (INFOMEX) de la Ciudad de México.

Se realizó una revisión al sistema INFOMEX sobre consultas hechas por policías y otras instituciones donde se solicitó información sobre los policías auxiliares en la Ciudad de México. De estas se obtuvieron tres resultados de consultas realizadas en 2009, 2010 y 2011.

2.7 Entrevistas a personal directivo y operativo de la PA

El periodo en el que se llevó a cabo el trabajo de campo fue diciembre-enero de 2015, en diferentes zonas donde se encuentran establecidos los Policías Auxiliares de la Ciudad de México; se realizó una entrevista en el centro de formación y educación policial localizada en Zaragoza 280, donde se realizan cursos de reentrenamiento y selección de candidatos a esta profesión. Así mismo, se llevaron a cabo 7 entrevistas en el sector 59 de los policías auxiliares y en el hogar de un policía que se encontraba en su día de descanso.

Para recuperar las experiencias de trabajo que ha realizado la institución policiaca, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a tomadores de decisión de la policía

auxiliar de la Ciudad de México. Así mismo, se entrevistó a personal administrativo de la CAPREPA y a personal médico de la misma que están incorporados a los programas de salud y la atención médica que brindan a los policías auxiliares y a sus derechohabientes. El cargo de los informantes de nivel directivo se describe en la siguiente Cuadro 2.3:

Cuadro 2.3. Informantes clave de la PA de la CDMX.

	Nombre	Puesto	Clave
1	Israel Hernández Ibarra	Jefe del Estado Mayor de la Policía Auxiliar y segundo inspector	HEMIN-1
2	Bulfrano Gasca Montoya	Comandante del Destacamento 3 del sector 59 "PANTERA" de la Policía Auxiliar del Distrito Federal	BULMONT-3
3	Lic. Tisbe Trejo García	Subdirección de selección y Educación policial	TREJO-2T
4	Lic. Raymundo Guevara López	Subdirector de Pensiones y jubilaciones de CAPREPA	CALO-CAP
5	Dra. Lucila Cuervo Alarcón	Directora de servicios de salud	ALDRA 1

Para aplicar las entrevistas a personal directivo se diseñó una Guía semiestructurada (ANEXO 2). Esta guía estuvo estructurada en los siguientes ejes temáticos: datos sociodemográficos, proceso laboral, jornada laboral, servicios de salud, seguridad social, salud mental, riesgos de trabajo y enfermedades crónicas-degenerativas.

La aplicación de las entrevistas permitió recuperar las experiencias del personal de la CAPREPA sobre el modelo de salud que manejan y sobre los beneficios de la seguridad social de los policías auxiliares en la Ciudad de México. Asimismo, se

exploraron aspectos sobre la distribución de la cuota obligatoria que tanto el trabajador como la institución proporciona a la CAPREPA para la atención médica del policía. También se exploraron aspectos sobre mortalidad de los policías auxiliares, el perfil patológico y el acceso a los servicios de salud; así como información sobre la enfermedad, discapacidad y muerte de este grupo de trabajadores.

La segunda fase del trabajo de campo se centró en la recuperación de la experiencia de trabajadores operativos que se desempeñan como policías auxiliares y que cuentan con una carrera laboral de 10-30 años. Para ello, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a inicios del 2016.

El diseño y aplicación de las entrevistas tuvo el propósito de entender el proceso de trabajo desde el punto de vista de los propios policías auxiliares. Por ello, se diseñó una Guía de entrevista para personal operativo (ANEXO 2).

A partir de las entrevistas se buscó profundizar en el conocimiento de la experiencia que contribuye a visibilizar determinantes estructurales de la esfera productiva y factores de riesgo que influyen en el proceso salud-enfermedad. Se aplicaron entrevistas a diez elementos operativos de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México con los siguientes criterios de inclusión:

1. Tiempo de experiencia laboral de 10-30 años de servicio,
2. Del sexo masculino,
3. En cuanto a edad, no se requiere alguna en especial,
4. Que sean de nivel operativo o mando,
5. Que brinde servicios en la vía pública, intramuros, guarda, custodio o patrullero.

Se realizó un análisis cualitativo centrado en la caracterización de aspectos socio-demográficos como la edad, el sexo, el nivel educativo, el grado policial, el estado civil, el estado de su vivienda, el número de hijos, la actividad u oficio, nivel promedio de ingresos mensual, satisfacción con los ingresos y algunos aspectos

relacionados con la salud como el estilo de vida, el peso corporal, los servicios de salud. Cabe mencionar que el estudio se realizó principalmente en hombres, ya que las mujeres no aceptaron y sólo una de ellas quiso hablar sobre el tema.

En el transcurso de la investigación, se presentaron obstáculos para realizar las entrevistas, una de las limitantes más fuertes fue la cooperación de los policías, ya que a pesar de que ya se contaba con un permiso de los tomadores de decisión como la subdirectora de capacitación y educación policial y del jefe del estado mayor, los policías se negaron a hablar conmigo sobre su profesión y sobre la temática y esta situación se repetía constantemente en todos los lugares que iba.

Durante el trabajo de campo se observó que los policías auxiliares, frecuentemente, se niegan a hablar sobre su situación laboral porque como me comentaban “nadie puede hacer nada por nosotros” y además mencionaron: “a ti no te hacen nada, pero a nosotros nos dan las gracias y nos corren sin nada en las manos”. Otra de las dificultades fue la sistematización que los policías tienen a la hora de contestar, pues tienen sistematizadas sus respuestas a todo y no profundizan en sus respuestas.

Una de las personas que me facilitó mucho el desarrollo de las entrevistas fue el comandante del sector 59, ya que me brindó el espacio para aplicar las entrevistas y sobre todo me brindó facilidades para contactar a los policías que participaron en el estudio.

CAPÍTULO III.

LA ESTRUCTURA DE LA SEGURIDAD PÚBLICA

El propósito de este capítulo es proporcionar un panorama general de la estructura organizacional de la Secretaría de Seguridad Pública, así como ubicar el organismo de la Policía auxiliar dentro de este sistema. En el primer apartado se busca proporcionar una definición de la Policía en tanto organización compleja, sistema de control y cargo vinculado con el mantenimiento de la seguridad pública. En el segundo apartado, se realiza una descripción general de la estructura de la Seguridad Pública en México, incluyendo datos que contribuyen a analizar la distribución de los distintos organismos que la conforman. En el tercer apartado se analizan datos disponibles sobre los diferentes cuerpos policiales existentes en la estructura de la Seguridad Pública en la Ciudad de México.

3.1 La Policía y la seguridad pública (función, profesión y organización)

La Policía² es una institución que cumple funciones centrales del Estado, se trata de una organización compleja que funciona como filtro de entrada al sistema penal y como gestor de la convivencia y del control social formal. La Policía puede ser estudiada desde una perspectiva sistémica interesada en comprender su estructura, organización y funciones centrales. Desde esta perspectiva, la Policía, en términos operativos se refiere genéricamente al mantenimiento del orden y a la adecuada disposición de cada uno de los elementos que constituyen un sistema complejo orientado básicamente al mantenimiento del orden social vigente en un contexto histórico concreto (Martín M., 1992).

Cuando nos referimos a la Policía como una organización hacemos referencia a un colectivo institucional que tiene encomendada una parte de la actividad policial

² Etimológicamente, el término policía procede del griego Politeia, y se refiere al orden y buena disposición entre todos los miembros de una colectividad, en este caso de la Polis o ciudad.

global del Estado. En el Estado moderno, la actividad policial se enfoca a limitar los comportamientos de las colectividades en función de lo que pueda perjudicar al resto de la sociedad regulando la convivencia social, creando así un monopolio de control limitando las libertades individuales de la sociedad a partir del establecimiento de normas y medidas coercitivas tendientes al mantenimiento del orden y la seguridad. En términos formales, sólo el Estado puede recurrir al uso de la fuerza para conseguir mantener ese orden establecido mediante el aparato de control social del que los cuerpos policiales son sólo una parte.

En este contexto adquiere importancia la institución policial y su desempeño en el mantenimiento de la función de la seguridad pública. En términos formales establecidos en el derecho positivo, la función de la seguridad pública forma parte de los mecanismos contractuales que buscan proporcionar seguridad al ciudadano ante posibles violaciones de sus derechos y libertades por parte de otros individuos. Como función del Estado, la seguridad pública incluye la realización de actividades como prevención, persecución, sanción de delitos y reinserción social, salvaguarda de la integridad y derechos de las personas, preservación de las libertades y mantenimiento del orden y la paz pública. Por lo tanto, la seguridad pública además de garantizar el orden social incluye la construcción de garantías para el ejercicio de los derechos y las libertades de las colectividades (González F. 1995).

Además de constituirse como organización y una función, la policía puede ser abordada como el ejercicio de un cargo de servidor público. Al policía se le atribuye la toma de decisiones relacionadas con el control sobre la seguridad de los ciudadanos (la libertad de movimientos, la intromisión en la esfera íntima, personal y privada, hasta la propia vida). Se trata del ejercicio de un cargo que frecuentemente carece de autonomía real y herramientas que permitan ejercer sus actividades y favorecer la resolución de conflictos. Así mismo, el policía se encuentra en constantes luchas derivadas de su función y están constantemente recibiendo las consecuencias de las contradicciones y conflictos sociales. En esto,

las tareas tienen una carga simbólica que las hace policiales pero estas varían de acuerdo a los distintos niveles, especialidades y jerarquías, lo cual lleva a una situación en donde en la práctica la población ha considerado que la policía “no resuelve nada”.

Se debe considerar la perspectiva de que la policía constituye un conjunto heterogéneo de servidores desarrollando su función en organizaciones públicas; el cual, en ocasiones puede transitar por un proceso de profesionalización orientado a fortalecer la eficacia y calidad de los servicios. Si bien en algunos contextos se ha buscado fortalecer la profesionalización del policía, dicho proceso aun es incipiente en el caso de México. Sin embargo, en otros países que cuentan con grupos de trabajo interesados en fortalecer la profesionalización policial, se ha señalado que este proceso formativo tiene la potencialidad de favorecer la organización de los equipos policiales, incluir sistemas de incentivos, impulsar estructuras tolerantes y con dirección participativa. Así mismo, en esos contextos la profesionalización implica un estado positivo de los conceptos, la misión, orgullo, ética y pasión por la función y la misma profesión se reconoce como tal (Martin M. 1992).

Finalmente, la policía como organización, cargo y función se considera cerrada y fuertemente jerárquica, ya que se trata de una estructura de mandos y jerarquías, con apego a protocolos permeados por la lógica burocrática; y por la implementación de lineamientos donde se siguen órdenes orientadas por intereses políticos y militarizados. La definición de la policía en este modelo se determina por la ley y por los intereses del Estado donde son organizaciones normativizadas y cerradas, manteniendo siempre un sistema de justicia rígido y estricto en el que no caben los derechos (Martín M., 1992 y González F. 1995).

Es por ello que desde hace tiempo el tema de la seguridad pública está en el centro del debate en México. En el ámbito social la seguridad y la justicia han pasado a ser objeto de análisis y críticas constantes, lo cual es lógico si recordamos que México no ha logrado incidir en los índices de los delitos de alto

impacto, los cuáles más bien han aumentado en los últimos años. Los homicidios dolosos, por ejemplo, pasaron de 15 a 18 por cada 100, 000 habitantes, mientras que los robos con violencia subieron de 32 a 39. Mostrando así los grados de inseguridad en los que seguimos viviendo y pese a la cantidad de policías que se siguen contratando (Miguel R. 2017).

La seguridad pública es un componente visible del sistema de justicia en México, desde la estructura jerárquica, el sistema penal, la participación en el combate, la persecución de los delitos y la satisfacción de las necesidades en seguridad de la población. En México, el régimen jurídico que regula las acciones formales vinculadas con la seguridad pública está estructurado por diversos instrumentos que van desde la Constitución Política (CPEUM) hasta la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública.

En 2012, por ejemplo, México fue considerado el tercer país con más fuerza policial, superado únicamente por Estados Unidos y la India. Así mismo, se reportó un incremento en el presupuesto para seguridad pública y prevención del delito, a pesar del incremento también de los delitos de alto impacto en la ciudadanía. Actualmente se reportan 231 policías y agentes de tránsito por cada 100 mil habitantes, mientras que la Ciudad de México alcanza un máximo de 678.4 policías, cifra mucho más alta que la que mantiene Tamaulipas con 82.7 agentes por cada 100 mil habitantes, esto respecto de la fuerza laboral policial (Miguel R., 2017).

Si pasamos a la ganancia o al valor que se le da a esta fuerza laboral, entramos en gran conflicto ya que, de acuerdo a la Encuesta Intercensal (2015) los policías y agentes de tránsito ganan en promedio a nivel nacional 31.3 pesos por hora trabajada. Sin embargo, hay entidades donde ganan menos de 20 pesos por hora de trabajo, como Chiapas, Veracruz y Yucatán. Así mismo es importante mostrar que estos trabajadores laboran en promedio de 65.4 horas a la semana y de acuerdo con su jornada laboral, se reportó que el 70.4% trabaja más de 48 horas a

la semana, 29.4% de 35 a 48 horas y sólo 0.2% de 15 a 34 horas en ese mismo lapso (Miguel R. 2017).

3.2 Estructura de la seguridad pública

Como se ha señalado, la policía, como organismo de la seguridad pública opera con base en una normatividad y protocolos bien definidos. En el caso de México, el régimen jurídico que fundamenta la construcción de la seguridad pública se encuentra en el Artículo 21º Constitucional, el cual, desde 1994 establece que “la Federación, el Distrito Federal, los estados y los municipios, se coordinarán, en los términos que la ley señale, para establecer un Sistema Nacional de Seguridad Pública”. Con base en las bases constitucionales se responsabiliza al Estado como el encargado de vigilar el orden público, garantizar la paz y la seguridad de la comunidad anteponiendo siempre la seguridad como valor supremo.

Este sistema se implementa con la publicación de la ley General que establece las bases de coordinación del Sistema Nacional de Seguridad Pública en 1995, y se reforma en 2004. Donde se menciona que la seguridad pública es responsabilidad del Estado. Y esta función se realiza en diversos ámbitos de competencia, principalmente por las autoridades policiales preventivas, del ministerio público, tribunales, responsables de la prisión preventiva, ejecución de penas y tratamiento de menores infractores, de las encargadas de protección de las instalaciones...etc. con la reforma sufrida, lo cual se reformaron muy pocos artículos, la estructura organizacional se mantenía a cargo del Consejo Nacional de Seguridad Pública, a partir de esta se desglosan, el secretario de seguridad, los gobernadores de los Estados, el secretario de la defensa, de la Marina, comunicaciones y transportes, el procurador de la PGR...etc.

Mientras que para el 2009, se publica ya la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública y se reforma en 2017. Esta ley sufrió múltiples modificaciones desde 2010 en los artículos 2, 3, 5, 7, 27, 31, 39, 41, 75, 76, 77, 113, 127 bis, 129, 141, 149, 150, etc.

En esta Ley, la seguridad pública se define como una función a cargo del Estado y se establece que en términos formales, ésta tiene el objetivo de “*salvaguardar la integridad y derechos de las personas, así como preservar las libertades, el orden y la paz públicos y comprende la prevención especial y general de los delitos, la investigación para hacerla efectiva, la sanción de las infracciones administrativas, así como la investigación y la persecución de los delitos y la reinserción social del individuo*” (Art. 2 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública, 2013 y 2016). Con base en estos lineamientos se identifican tres valores principales que debe proteger el Estado:

- La vida y la integridad de las personas
- Los derechos y las libertades de las personas
- El orden y la paz pública

Asimismo, en esta Ley se define la estructura organizacional del sistema de seguridad pública. Particularmente, se define al Sistema Nacional de Seguridad Pública como un ente que regula el funcionamiento a nivel nacional, y el cual se desglosa en la siguiente estructura:

1. Consejo Nacional de Seguridad Pública (CNSP)
2. Conferencia Nacional de Procuración de Justicia (CNPJ)
3. Conferencia Nacional de Secretarios de Seguridad Pública (CNSSP)
4. Conferencia Nacional del Sistema de Penitenciario
5. Conferencia Nacional de Seguridad Pública Municipal (CNSPM)
6. Consejos Locales e Instancias Regionales (CLIR)
7. Secretariado Ejecutivo del Sistema (SES)

El Consejo Nacional de Seguridad Pública está vinculado con las siguientes instancias de gobierno:

- Presidencia de la República
- Secretaría de Gobernación

- Secretaría de la Defensa Nacional
- Secretaría de Marina
- Secretaría de Seguridad Pública, que actualmente se transformó en la Comisión Nacional de Seguridad Pública y que tiene bajo su mando a toda la Policía Federal.
- Procuraduría General de la República
- Gobernadores de los Estados
- Jefe de Gobierno del D. F., que maneja a toda la Secretaría de Seguridad Pública del D. F. (Policía Preventiva y Complementaria)
- Secretario Ejecutivo del Sistema

Así mismo, este sistema mantiene diferencias entre el nivel federal y estatal. En el primer nivel se encuentra la Policía Federal, mientras que el estatal está articulado por la policía de la Secretaría de Seguridad Pública (SSPCDMX), dividida en diversas direcciones y subsecretarías las cuáles se muestran en la primera columna de la tabla 3.1 y el organigrama 3.1. Aunque actualmente la Secretaría de Seguridad Pública a nivel Federal se conoce como Comisión Nacional de Seguridad Pública.

Cuadro 3.1. Organización de las instituciones de Seguridad Pública en México.

Policía Estatal SSPDF	Policía Federal SSP	Procuraduría Estatal PGJ Estatal	Procuraduría Federal PGR
Secretario de Seguridad Pública del Distrito Federal	Secretario de Seguridad Pública	Procurador General de Justicia de cada uno de los Estados	Procurador General de la República
Subsecretario de Seguridad Pública	Subsecretario de Política criminal	Subprocuraduría de averiguaciones previas desconcentradas	Subprocuradores, SIEDO, Fiscales especiales (electoral)
Subsecretaría de Participación Ciudadana y Prevención del Delito	Subsecretario de Prevención y Participación Ciudadana	Subprocuraduría de atención a víctimas del Delito y servicios a la comunidad	Dirección General de Atención a Víctimas del Delito
Oficialía Mayor	Oficialía Mayor	Oficialía Mayor	Oficialía Mayor
Dirección Ejecutiva de Comunicación Social	Dirección General de Comunicación Social	Dirección General de la Unidad de Comunicación Social	Dirección General de Comunicación Social
Dirección General de Asuntos Jurídicos	Coordinación General de Asuntos Jurídicos	Subprocuraduría Jurídica y de Derechos	
Dirección General de Asuntos Internos	Coord. Gral. de Asuntos Internos	Jefatura General de la Policía Judicial	Dirección General de Inspección Interna
Dirección Ejecutiva de Tecnologías de Información	Dir. Gral. Desarrollo Tecnológico	Coordinación General de Servicios Periciales	
Dirección General de Estadística e Información Policial	Coordinación General de Información Criminal Estratégica	Dirección General de Política y Estadística Criminal	Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia
Dirección Ejecutiva de Derechos Humanos	Coord. Gral. de Part. Ciudadana y Derechos Humanos	Dirección General de Derechos Humanos	Subprocuraduría de Derechos Humanos, Atención a Víctimas y Servicios a la Comunidad
Coordinador de Control y gestión institucional	Órgano Interno de Control	Contraloría Interna	

Fuente: www.pgr.gob.mx, www.sspdf.gob.mx, www.ssp.gob.mx, www.pgjdf.gob.mx

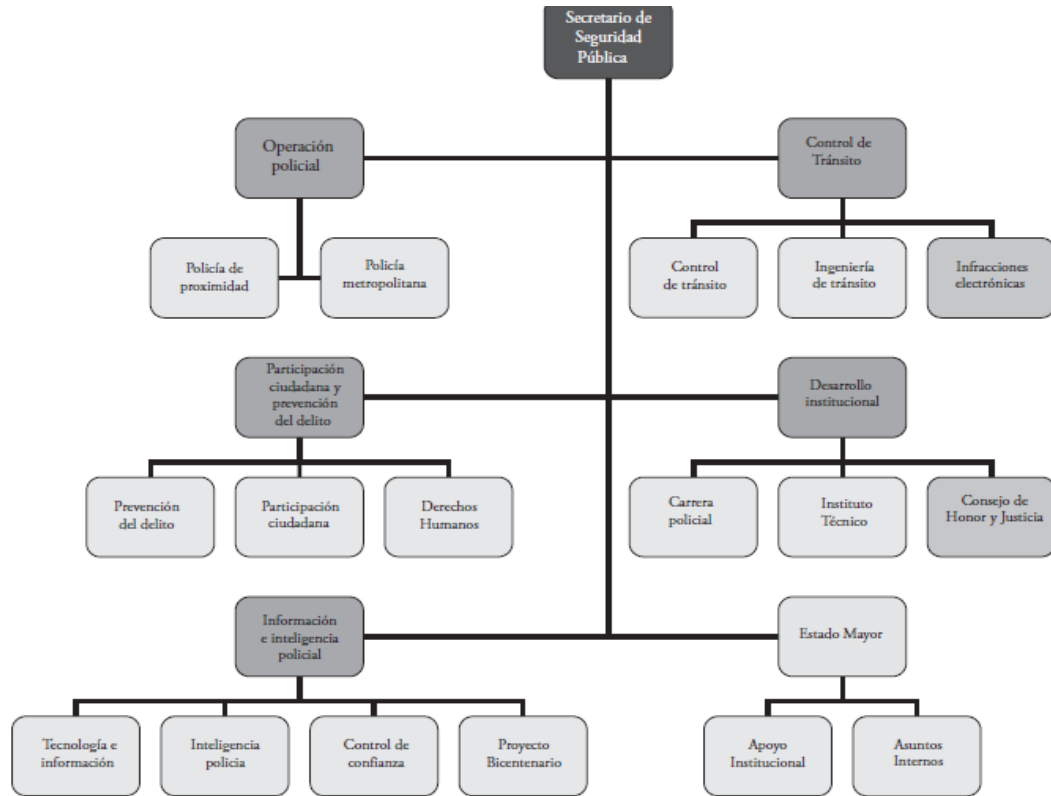
En las normativas también se define toda la estructura orgánica básica de la Secretaría de Seguridad Pública, quedando conformada por 1 secretaría; 4 subsecretarías, 1 oficialía mayor, 2 coordinaciones generales, 17 direcciones generales, cuatro órganos administrativos desconcentrados y un órgano interno de control (Manual de Organización General de la Secretaría de Seguridad Pública, 2010).

Es importante mencionar que “los ejecutivos locales están a cargo de las fuerzas estatales de policías preventivas” como parte de las secretarías de gobierno y las policías complementarias. Mientras que las policías judiciales o ministeriales están bajo el control de las Procuradurías Generales de Justicia. Finalmente, la Policía Preventiva de la Ciudad de México se rige bajo la Ley de Seguridad Pública del D. F. la cual se distribuye en la policía preventiva y complementaria (ver cuadro 3.1).

Cabe señalar que tanto en la Ley de Seguridad Pública como en el Artículo 21º Constitucional se enlistan las principales facultades que tienen todos los policías, señalando que *“todos los organismos policiales tienen las mismas facultades: la prevención y la investigación de los delitos, así como la sanción de las infracciones administrativas. Las instituciones policiales de los tres órdenes de gobierno se coordinan entre sí para cumplir los objetivos de la seguridad pública y forman el Sistema Nacional de Seguridad Pública”* (CPEUM, 2014), así mismo se rige bajo sus propias leyes.

En cuanto a seguridad pública, esta realiza constantes trabajos en cuatro principales ámbitos (prevención y vigilancia, procuración de justicia, administración de la justicia y reinserción social). La prevención debería considerarse como una función central en la seguridad pública, ya que toma en cuenta la participación, cooperación y trabajo mutuo entre la población y los cuerpos de seguridad. Mientras que la procuración pareciera que trabaja para los que tienen las posibilidades de pagar la justicia. Estas cuatro áreas constituyen la base principal de la seguridad pública (González F. 1995).

Organigrama 3.1. Composición de la Policía preventiva de la CDMX.



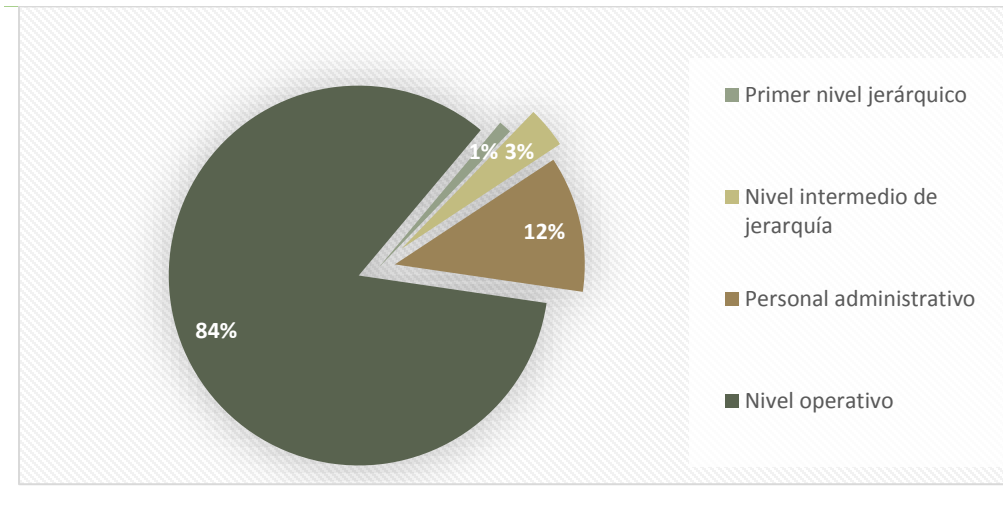
A nivel nacional, el total de personal con funciones de seguridad pública fue de 182,943 elementos considerando a los policías y administrativos. La estructura jerárquica del personal de seguridad pública se divide de la siguiente manera (ver gráfica 3.1):

1. El primer nivel (1%) corresponde al personal responsable de la dirección de los operativos de inspección y vigilancia.
2. En el segundo nivel (3%) se encuentran los oficiales y suboficiales, quienes cumplen funciones de coordinación y vigilancia de los policías del nivel operativo de seguridad pública.
3. Los policías del nivel operativo (84%) que realizan acciones de vigilancia y ponen inmediatamente a disposición de la autoridad a quien sea aprehendido en la comisión de un delito o de alguna falta administrativa, además de auxiliar a las autoridades del Ministerio Público, judiciales y administrativas, cuando

sea requerido por la ley, a este grupo corresponde la mayoría del personal de seguridad pública.

4. Por último, está el personal administrativo (12%) que realiza actividades de apoyo en la institución policial (ver gráfica 3.1).

Gráfica 3.1 Distribución porcentual del personal de SP por nivel jerárquico 2012.



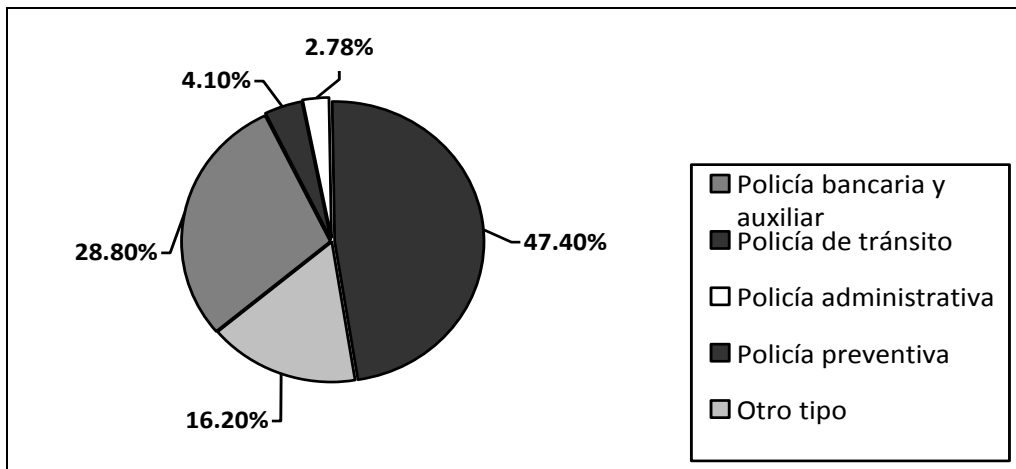
Fuente: INEGI. Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales, 2013 p. 42).

De acuerdo al Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatal (2012), se identificaron cuatro tipos de cuerpos policiales, éstos se conforman por la Policía Preventiva, la Policía Bancaria Industrial y/o Auxiliar, la Policía de Tránsito y la Policía Administrativa. En términos formales, y como se muestra en la gráfica 3.2, los diferentes cuerpos policiales cumplen funciones diferenciadas:

- La Policía Preventiva está orientada a mantener el orden público, proteger la integridad física de las personas y de sus bienes, prevenir la comisión de delitos e infracciones de gobierno y de policía; y auxiliar a la población en caso de siniestros o desastres (INEGI, Estadísticas de gobierno, seguridad pública y justicia estatal 2012. p. 50).

- La Policía Bancaria está destinada a prevenir, proteger y vigilar los intereses de las instituciones públicas y privadas, así como de comercios, industrias, casas habitación, centros de espectáculos, eventos especiales y a particulares, además de proporcionar los apoyos necesarios para la seguridad pública.
- **Por su parte, la Policía Auxiliar, sujeto de la presente investigación, es un organismo orientado a proporcionar servicios especializados de seguridad y vigilancia a empresas públicas y privadas, dependencias del Gobierno de la Ciudad de México y local, custodia en el traslado de bienes y personas, así como en instalaciones estratégicas como hospitales, bancos y aeropuertos, entre otros.**
- La Policía de Tránsito se encarga de cumplir y hacer cumplir las disposiciones de tránsito proporcionando vigilancia, seguridad y protección en la vía pública.
- Finalmente, está la Policía Administrativa, quien tiene funciones de aplicación de la normativa.

Gráfica 3.2 Distribución porcentual del personal de las diferentes corporaciones con funciones de SP en 2011



Fuente: INEGI. Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales, 2012.

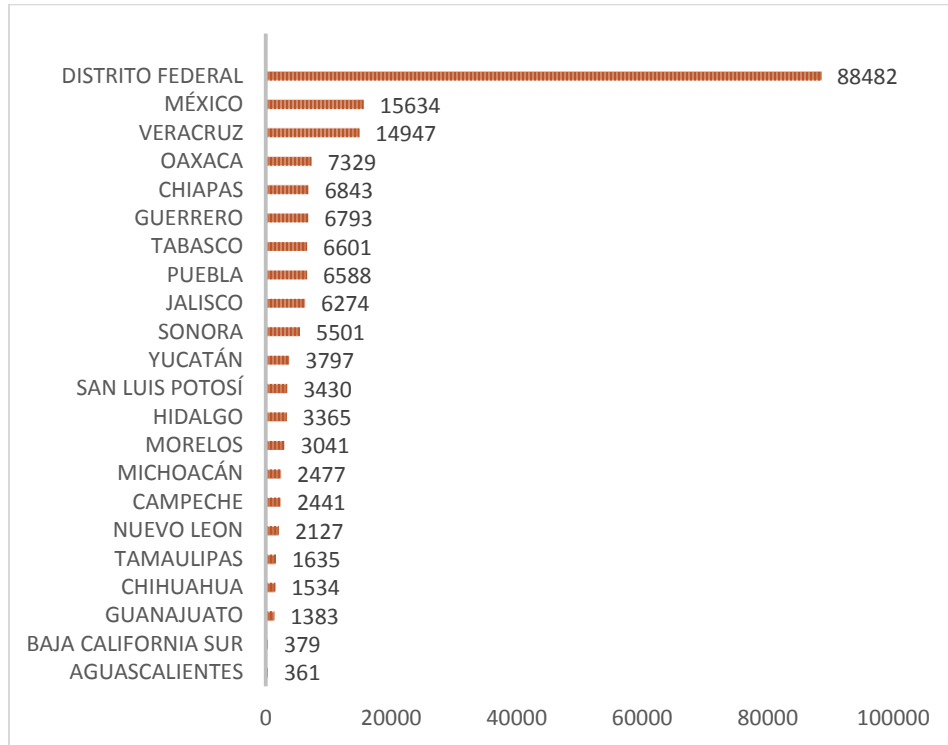
La mayor proporción de elementos de la SSP corresponden a la policía preventiva, le siguen la policía bancaria y auxiliar, enseguida están el grupo de policías que no están especificados y con menor proporción se encuentran la policía de tránsito, la policía administrativa (ver gráfica 3.2).

3.3 La estructura de seguridad pública y su nivel de presencia en la Ciudad de México

En la gráfica 3.3 se describe la distribución del personal con funciones de seguridad pública en las 32 entidades de la República Mexicana. A nivel nacional en 2011 se registró un alza de 200 mil 678 elementos de seguridad pública, mientras que la ciudad de México es el estado que cuenta con el mayor número de personal destinado a funciones de seguridad pública (primer nivel jerárquico, nivel intermedio, operativo y administrativo) con un total 88 mil 482 que representa aproximadamente el 44% del total de personal a nivel nacional. El segundo estado con el mayor número de personal con funciones de seguridad pública fue el Estado de México con 15 mil 634 personas y la tercera entidad fue Veracruz con 14 mil 947 personas mientras que los estados con el menor número de personas fueron Aguascalientes, Baja California Sur y Durango (ver gráfica 3.3, INEGI, 2013).

Es decir que estos dos estados con mayor incremento en personal de seguridad pública, se han convertido también en los principales estados con mayor participación y comisión de delitos contra la ciudadanía. Es por ello que el tema de la seguridad pública sigue siendo todo un reto y una necesidad a cubrir y que las múltiples soluciones que se han enfocado al combate de la inseguridad, la corrupción, violaciones de derechos, siempre tan enfocadas a problemáticas que seguirán existiendo. Así mismo, se incrementa el personal policial, se crean módulos de atención, se abastece de armamento y equipo y vestimenta táctica, entre muchas otras acciones para combatir la delincuencia.

Gráfica 3.3 Personal con funciones de SP en las administraciones públicas estatales y de la CDMX (antes Distrito Federal) por entidad federativa según nivel jerárquico en 2011.



Fuente: INEGI. Estadísticas de Gobierno, seguridad pública y justicia estatal 2012. p. 123.

Cabe señalar que cuando se aprueba la Ley Orgánica del Departamento del D. F.³, la ciudad se divide en 12 delegaciones, en cada una de las cuáles se instala una agencia de ministerio público y una compañía de policías. Surge así la policía preventiva, cuyo “Reglamento Orgánico se expidió el 22 de septiembre de 1939” (Silva-G. p. 383).

La policía preventiva es designada como policía del Distrito Federal y esta policía forma parte de la Secretaría General de Protección y Vialidad del Departamento del Distrito Federal, y sus funciones primordiales son las de garantizar y mantener

³ La ley orgánica del departamento del D. F fue aprobada el 31 de Diciembre de 1941. Cuando se encontraba el presidente Manuel Ávila Camacho en el poder.

la seguridad, el orden público y la vialidad, así como otorgar la protección necesaria a la población en casos de siniestros o accidentes, y brindar asimismo, la prestación de servicios relacionados con el autotransporte público y particular (Reglamento de la policía preventiva del D. F., 2008). Y como se observó anteriormente se divide en diversas áreas colaboran entre sí.

Mientras que el origen de la policía auxiliar se remonta hasta el año de 1941, aunque en un principio se formaron diversos destacamentos para la vigilancia de casas particulares, luego se impulsó la función de los mismos en un solo cuerpo. Así se creó la Policía Auxiliar del D. F. en 1941 (Silva G. p. 383).

La Ley de Seguridad Pública del D. F., menciona que la policía está integrada por: la policía preventiva y la policía complementaria. En la policía complementaria se enlistan la policía auxiliar, la policía bancaria industrial y las demás que determine el reglamento correspondiente (Ley de Seguridad Pública del D. F., 1993).

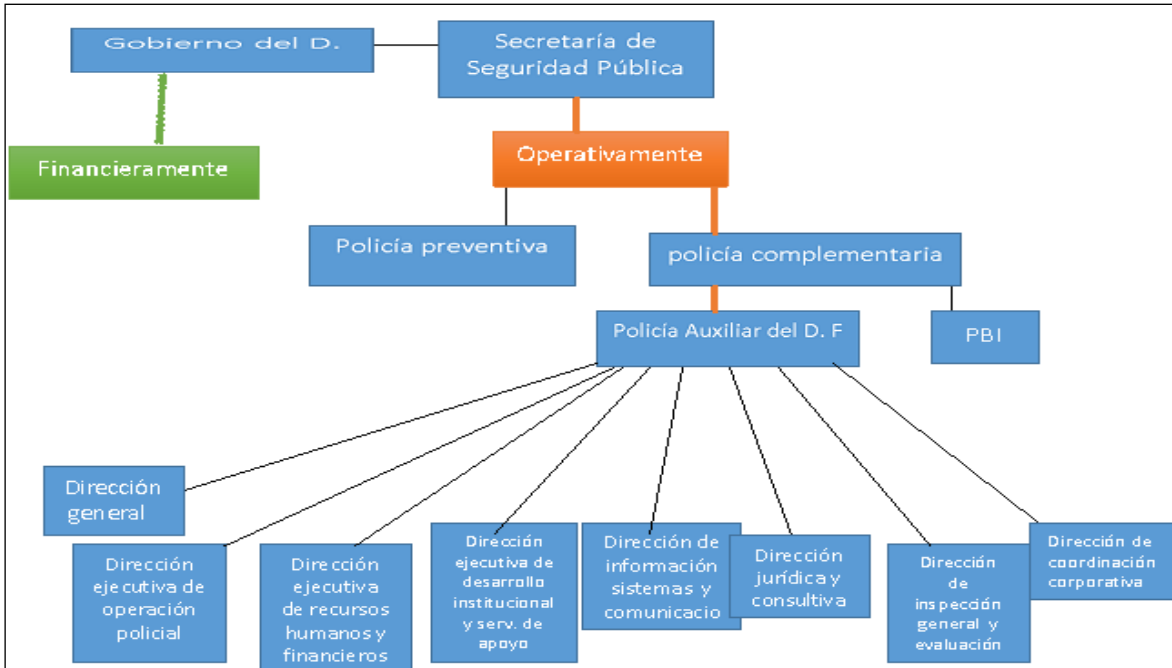
Cabe señalar que la Ciudad de México, se rige bajo las disposiciones legales y reglamentos que emite la Secretaría de Seguridad Pública del D. F., así como el Estatuto de Gobierno del D. F., donde también se encuentran atribuciones de seguridad pública. De la primera emanan las que deben obedecer los policías auxiliares (PA).

La policía complementaria de la ciudad de México mantiene diferencias con la preventiva, desde la capacitación, el tiempo de aprendizaje, las actividades, funciones, servicios, salarios, seguridad social, servicios de salud, así mismo las disposiciones reglamentarias entre una y otra, etc. Sin embargo mantienen similitudes una con otra, por ejemplo; ambas producen el mismo perfil patológico y explotación de la fuerza de trabajo, desgaste, impacto en la vida social y la violación de derechos como trabajadores, etc.

De acuerdo con ello, la policía auxiliar es parte de la policía complementaria de la Secretaría de Seguridad Pública, aunque en lo que se refiere a lo operativo lo maneja completamente la SSPDF, lo financiero lo maneja el Gobierno del D.F. y

finalmente la parte administrativa lo maneja la policía auxiliar (Diagrama 3.1, CALO-CAP).

Diagrama 3.1 Estructura de la PA de la CDMX



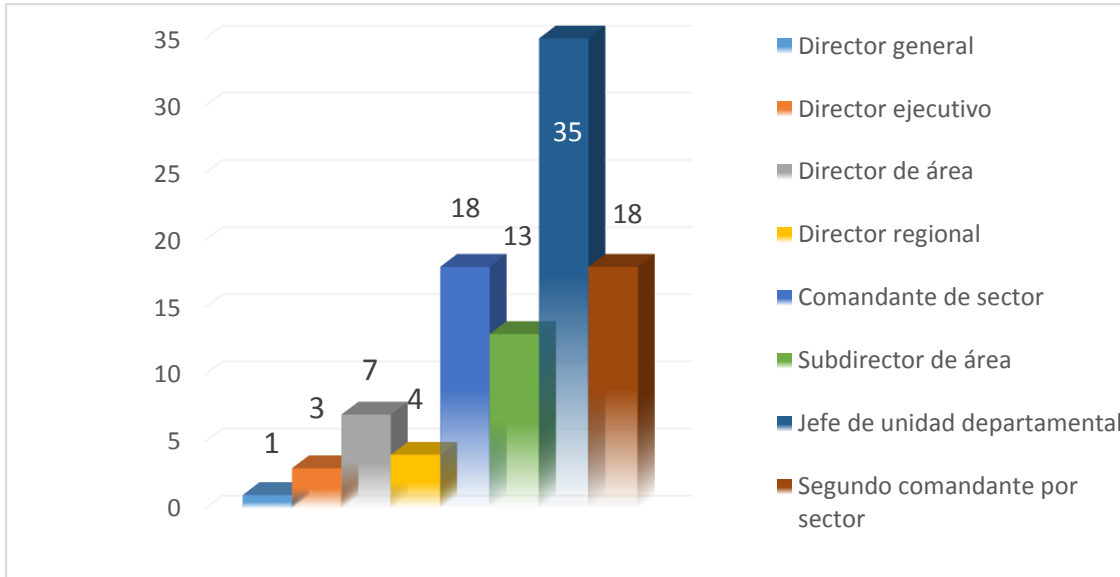
Fuente: Personal CALO-CAP⁴. 25 de Noviembre de 2015).

La estructura básica de la corporación de la policía auxiliar en el D. F., está dirigida por la SSP del D. F., que está encargada de manejar cada una de las instituciones de seguridad pública, aunque los servicios que preste no sean totalmente de las áreas de gobierno.

La policía auxiliar de la Ciudad de México, cuenta con una estructura integrada principalmente por el Director General, Director Ejecutivo, Director de área y el Director Regional. Así mismo por los comandantes de cada sector, los Subdirectores de área, los jefes de unidad de cada departamento y finalmente los segundos comandantes de cada sector que en este caso van desde el sector 50 hasta el sector 76 (ver gráfica 3.4 y 3.5).

⁴ El diagrama se realizó a partir de la entrevista que se realizó con el Subdirector de CAPREPA.

Gráfica 3.4 Estructura jerárquica de la PA de la CDMX



Fuente: Secretaría de Seguridad Pública, 2015.

Actualmente, la policía auxiliar tiene 19 sectores: 50, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 73, 74 y 76 (ver grafica 3.5). El sector 50 se considera el más grande, ya que es personal de estructura es decir, las supervisiones y los mandos, personal que se encuentra en la gráfica 3.4. Al parecer también se dividen por jefaturas.

En este trabajo nos focalizaremos en el sector 59, el cual cuenta con un estado de fuerza de aproximadamente tres mil elementos, por el gran apoyo que brindó desde los inicios de la investigación. Además de ser el sector que más cooperó en las entrevistas, a diferencia de los demás sectores.

CAPÍTULO IV.

TRABAJO Y SALUD DEL POLICÍA AUXILIAR

El presente capítulo presenta los resultados del estudio de caso realizado con policías auxiliares y directivos que participaron en las entrevistas realizadas durante la fase del trabajo de campo de la investigación. Se realiza una presentación de los informantes clave, se caracterizan sus condiciones de trabajo y se analizan determinantes y factores que influyen en el proceso salud-enfermedad.

4.1 Los Policías Auxiliares entrevistados: características generales

En el marco de la presente investigación se aplicaron y analizaron entrevistas a policías auxiliares de la Ciudad de México, los cuales fueron captados en Centro de Formación y Educación Policial, en el sector 59 y 69 de los policías auxiliares.

La muestra del estudio consta de doce PA, de los cuales 2 son mujeres y 10 hombres; el rango de edad oscila entre los 38 a los 66 años, con una edad promedio de 37.5 años de edad. Como lo muestra la Tabla 4.1, la mayoría de los elementos son casados o viven en unión libre y tienen hijos (con un promedio de 4.3 hijos).

Respecto a su escolaridad se observa que seis informantes que se desempeñan como policías auxiliares cuentan con educación básica de nivel secundaria, sólo 1 patrullero contaba con preparatoria; mientras que los informantes que cuentan con un nivel de mando en general cuentan con licenciatura.

Las características generales de los entrevistados también indican que se trata de policías con una larga trayectoria en servicio, ya que reportan entre 14-24 años desempeñando esta actividad laboral, con un promedio de 19.3 años de servicio.

Cuadro 4.1 Características socio-demográficas de los entrevistados

No	Clave	Edad	Sexo	Educación	Grado	Edo civil	Tiempo Trabajo	Vivienda	# Hijos	Ingresos Mes \$
1	P-1	56	M	Sec.	Poli 2°	Casado	14	Propia	6	7200
2	P-2	53	M	Sec.	Policía	Unión libre	24	Rentada	1	7000
3	PPA-3	38	M	Prepa	Patrullero	Unión libre	20	Propio	2	7600
4	P-4	40	M	Sec.	Policía	Casado	17	Propio	5	5000
5	PC-5	58	M	Prepa	Comandante	Unión libre	-----	Rentado	7	
6	P-6	----	M	-----	Policía	-----	-----	-----	-----	Sólo mencionó "mal pagado#"
7	P1-7	43	M	Sup.	1er oficial	Unión libre	23	Prestada	3	5000
8	P-8	45	M	Sec.	Policía	Separado	24	Propio	2	7400
9	P-9	51	M	Sec.	Policía	Unión libre	18	Rentado	9	5248.96
10	P-10	-----	F	Sec.	Policía	-----	----	Rentado	-----	-----
11	D-11	-----	-F	Sup.	Doctora	-----	----	-----	52327
12	CALO-CAP	66	M	Sup.	Subdirector	-----	15	-----	-----	31656

4.2 Determinantes sociales de la salud

4.2.1 Jornada laboral

La prestación del servicio de seguridad pública se realiza las 24 horas del día y durante todo el año en el Distrito Federal, es decir que el policía trabaja siempre y a todas horas. Al respecto, considero relevante reflexionar en torno a la jornada laboral desde una perspectiva socio-histórica. Desde esta mirada, la jornada de trabajo es “una magnitud variable” existe una hora de entrada más no de salida y no se puede determinar el tiempo de trabajo, ya que para unos la jornada de trabajo puede ser solamente un mínimo de tiempo necesario para el trabajador para no desgastar su fuerza de trabajo y para su reproducción y para otros puede ser el tiempo máximo de trabajo del trabajador porque su fuerza de trabajo ya no le pertenece más que al dueño del capital” (Marx, K. versión 28/08/2002).

En la policía auxiliar se identifican diferentes jornadas de trabajo ya que como se mencionará después, existen tanto salarios como servicios diferentes. Desde la perspectiva de los policías la jornada de trabajo no es más que el tiempo o distribución del tiempo en el que su conciencia y la fuerza de trabajo le pertenecen a su patrón (la policía auxiliar), y este tiempo máximo se distribuye en actividades y obligaciones sólo para él (patrón). Y como se observará en el apartado del proceso de enajenación, la conciencia y fuerza de trabajo ya no le pertenecen al policía, todo ya se vuelve parte de la institución.

En cuanto a los tipos y la distribución de la jornada de trabajo que tienen los policías auxiliares, generalmente el tiempo establecido sobrepasa las 8 horas diarias de trabajo que son permitidas, pues tienen jornadas de 12 hasta 48 horas laborables, aunque también hay excesos en estas jornadas porque algunos policías trabajan hasta 72 horas cuando la corporación no cuenta con personal capacitado y laborando o simplemente llegan a tener elementos faltantes en el turno y por ende hay lo que llaman ellos dobletes. En este sentido, un informante señaló:

“Vamos a chambear 24 horas...si no nos encuentran nos arrestan los pretores y no te la perdonan y nos arrestan si no traemos el equipo completo. Y es difícilísimo cargar 24 horas el equipo como el nuestro. En serio, de veras no sé cómo aguantamos, es sobrehumano un trabajo de 24 horas. Es inhumano eso y aparte de eso no solamente son 24 horas, a veces nos tenemos que quedar por x razón que no llega el compañero, nos tenemos que quedar 72 horas” (poli 3).

En estos dobletes no comen, no duermen, sólo realizan las actividades correspondientes al turno. Es impresionante como la vida humana y el valor de la fuerza de trabajo sólo se paga de esa forma y no del desgaste que llega a tener el ser humano. Además de que el valor de la fuerza de trabajo y desgaste que implica no se paga de manera equitativamente, ya que todo se maneja con dinero.

Cabe mencionar que los elementos auxiliares no tienen jornadas de trabajo, tienen turnos de trabajo, es decir que si entran a trabajar a las 7 de la mañana del día de hoy terminan su turno hasta que se les indique y descansan 24 horas o las horas que se les haya asignado y vuelven a cubrir otro turno. Entonces trabajan por turnos dependiendo del servicio que tengan que cubrir y así va a ser su salario, por turnos y si realizan dobletes, su salario se incrementa, pero no lo suficiente porque es menor por ser doblete.

4.2.2 Educación

Si bien en los últimos años se ha tratado de fortalecer la plantilla de Policías Auxiliares mediante la selección de personal con mayor nivel educativo, así como con la capacitación profesional en los cursos que brinda la corporación. Sin embargo, no ha sido suficiente para cumplir con este perfil y con la expectativa, como lo demuestra la siguiente nota:

“Lanzan convocatoria para reclutar policías auxiliares....los elementos que cuenten con formación de oficiales en instituciones nacionales o del extranjero, o con estudios de Licenciatura, Maestría o Doctorado en alguna disciplina o área susceptible de ser

*requerida por la Secretaría y que tengan interés por acceder a la Carrera Policial podrán acceder a ella a través de una jerarquía*⁵.

Actualmente, para cubrir el perfil de selección es necesario tener un mayor nivel educativo, aunque como se observa en la tabla sobre el nivel socio-demográfico se muestra que 6 de cada 10 elementos operativos entrevistados tienen una educación básica, mientras que 2 de cada 10 se encuentran en una educación media superior y 2 de cada 10 tienen una educación superior. Esto demuestra que, aunque se contrate personal para ocupar puestos auxiliares, que siguen siendo muchos y son llamados ejército industrial de reserva. No cuentan con una educación superior y esto disminuye la posibilidad de llegar a ocupar puestos con mayores salarios y de incrementar su calidad de vida, además de los ingresos. Así mismo, se encontró que los policías no cuentan ni con el tiempo ni con la posibilidad de estudiar y seguir preparándose y además tienen obligaciones y prioridades:

“porque no hay tiempo...porque viene uno desvelado. Entonces eliges, te preparas mejor, comes o te quedas mejor a dormir en tu casa” (poli-9).

En cuanto a educación profesional, los policías comentaron que ya teniendo más responsabilidades en casa y en el trabajo menos tienen la oportunidad de prepararse. Sin embargo, la corporación les ofrece cursos de entrenamiento y capacitación constantes, entre ellos:

“te enseñan primero defensa personal, ejercicio, así como un bebé. Te enseñan cómo manejar un arma, te enseñan cómo defenderte de los malos. Después te enseñan cómo tratar a la gente, derechos humanos, cómo debe uno tratar a los delincuentes más con esta nueva ley que salió porque si un policía trata mal a un ciudadano hay queja y te vas al bote. Con mucho, mucho cuidado ahora sí, antes éramos privados pero ahora según entre comillas que somos de gobierno y qué me da el gobierno, yo siempre he dicho no soy de gobierno yo soy privado. El gobierno me quiere nada más a mí, o sea mi patrón es

⁵ Nota periodística del UNIVERSAL. Consultado el 30/05/16.

policía auxiliar ese es mi patrón ese me paga. Ese contrata en el lugar donde quieren que vayan los policías a cuidar no el gobierno. Si yo trabajara con el gobierno, entonces el gobierno dijera sabes qué vas a cuidar tal lugar truene o llueva ustedes van a ganar su quincena, pero no, no soy de gobierno. Yo aquí si trabajo como, si no trabajo no como”.

4.2.3 El salario

En las condiciones de vida y trabajo se refleja la desigualdad social que los Policías Auxiliares están viviendo. El salario o la distribución de los ingresos de los policías en 1998 se mantuvieron en 826.72 y lo llamaremos sueldo base ya que al parecer la policía Auxiliar no cuenta con un sueldo base porque son demasiados servicios y sueldos. Cabe mencionar que el salario que perciben depende de los usuarios, es decir que depende de todas las empresas e instituciones a las que la corporación policial le trabaje y le brinde sus servicios de seguridad:

“No hay un sueldo base, no tienen un sueldo base y todo está en función del pago que el usuario hace del servicio” (calo-CAP) (ver tabla Comparación de sueldo base entre los años 1998-2015.)

Mientras que para los *“servicios personales, materiales y suministros, servicios generales, transferencias, asignaciones, subsidios y bienes muebles, inmuebles e intangibles”* la asamblea legislativa la da un presupuesto el cual, en el 2015 fue de 5, 481,155, 481.00 para cubrirlos.

Es incomparable la división que se ha hecho en cuanto a la distribución del salario, ya que este resulta ser la base de toda la vida social. El no tener un sueldo base como mínimo demuestra lo desolado que se encuentra el trabajador. Eso considerando sólo uno de los servicios y para 2015 este sueldo base se estableció en 2082.96. Es decir que un policía en 1998 venía cobrando máximo 1074.26 mensualmente y hace un año más o menos el sueldo de este mismo policía se mantuvo en 4848.96 mensuales, aunque existen variaciones en este salario.

En las entrevistas se muestra que la distribución de los ingresos de los policías no sobrepasa los 9278 pesos, se puede decir que el 0.86% del sueldo es de 9 mil

pesos mensuales. El salario mensual era y sigue siendo el mínimo y no alcanza a cubrir todas sus necesidades básicas incluyendo las de salud como lo menciona el siguiente entrevistado:

“El policía si trabaja 10 le pagan 10 turnos. Le ponen el salario mínimo como base, pero tiene otra indicación que dice clave usuario es un salario sexenal que depende del usuario como se cargue porque si ganas menos, se reduce la ayuda....Y abajo el deducible como yo la telefonía, que tienen asegurada y su ahorro”, “pues es que a nosotros, lo que cobramos es cuatro mil, pero nos meten que de riesgo, que otras cosas y además todas nuestras percepciones” (poli 5).

La necesidad que el ser humano de alimentarse, de vestir, de protección social y de salud entre otros, obliga a todo trabajador a someterse ante cualquier trabajo y sueldo miserable. Como bien lo comentan más adelante, “es mejor tener un sueldo que no tener nada”.

El salario no les alcanza porque el servicio policial es un trabajo de turnos, es decir que un policía auxiliar va a tener trabajo siempre y cuando la corporación realice contratos sobre usuarios, y va a cobrar un salario siempre y cuando tenga un servicio y este lo necesite. Ya que al momento de que se acabe su contrato con este usuario entonces dejará de cobrar su salario, aunque tiene la obligación de presentarse a su base o con su jefe directo para pasar lista, aunque no tenga servicio ya que de esto depende que mantenga su trabajo. Es como decía el entrevistado si el elemento trabaja esos 10 turnos, se los pagan y no trabaja uno por ejemplo no sólo le descuentan 100 pesos sino hasta 500 pesos. Y esa cuestión de los descuentos, es otro de los problemas porque cuando un policía llega a falta le descuentan 500 pesos, pero si este policía al siguiente turno realiza un doblete no le pagan esa cantidad que le descuentan sino la mitad:

“si no te pagan, no vas a usar ningún dinero para comer. Y bien otra quincena otra vez, nos pagan una miseria y una miseria que se queda en la casa para el gasto. Más ahora que están caras las cosas. Por eso muchos policías roban, muchos policías o la mayoría, pero no digan los patrulleros, los sectoriales y dis que son de gobierno según” (Poli-9).

La mayoría refiere que le alcanza sólo porque alguno de sus familiares directos como la esposa o el esposo les ayuda con su trabajo. Sólo así este grupo sobresale y alcanza a cubrir algunas necesidades como alimentación, educación, pasaje y gastos del hogar.

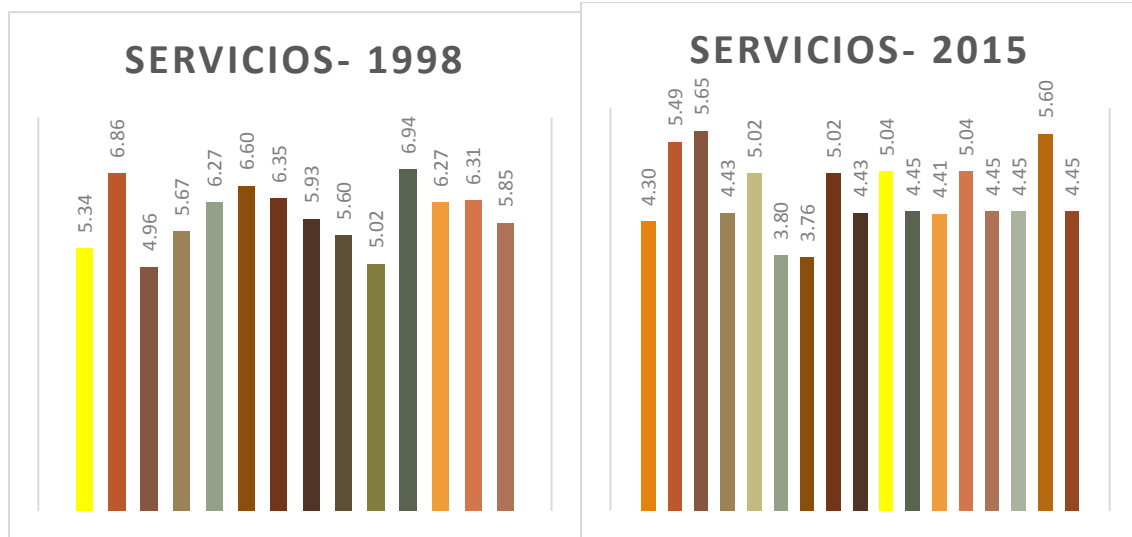
Cuadro 4.2 Comparación de sueldos en dos diferentes épocas 1998 y 2015 de un PA.

Año	Sueldo mínimo	Sueldo mínimo mensual	Sueldo máximo	Sueldo máximo mensual
1998	826.72	1653.44	1074.26	2148.52
2015	1562.22	3124.44	2343.33	4686.66

Como se mencionó anteriormente, los policías Auxiliares manejan diferentes servicios y cada servicio maneja su propio sueldo base, es decir son diferentes y son muchos. El salario mencionado arriba sólo es uno de tantos (sueldo mínimo y máximo) y desde 1998 hasta 2015 se observan diferentes sueldos que demuestran los diferentes servicios que tienen los policías auxiliares al año. Como se muestra en la siguiente gráfica, los colores que más se repiten corresponden al servicio y salario que se mantiene en uno como en otros. Sin embargo, como también se observa, todos los demás corresponden a sueldos diferentes.

Cabe destacar que este análisis se lleva a cabo a partir de la comparación que se realiza con cada uno de los salarios que un policía percibe anualmente, esto sin considerar otros tipos de descuentos o pagos extras, ya que al realizar este análisis no se encontró un salario base que correspondiera o se mantuviera.

Gráfica 4.1 Rotación entre las empresas que contrataron los servicios de un PA en dos periodos 1998-2015



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de los recibo de nómina de un Policía Auxiliar del D. F.

La gráfica 4.1 busca ejemplificar la alta rotación que enfrentan los policías auxiliares que deben prestar servicios en las diversas empresas contratantes. Es relevante señalar que la alta rotación no sólo implica que el policía desempeñe sus actividades en diversos sitios laborales (empresas públicas o privadas) sino que esta constante movilidad implica una alta variabilidad en el nivel salarial. Asimismo, la variabilidad en la percepción salarial va acompañada del ejercicio de actividades diversas que debe realizar el policía durante su horario laboral de acuerdo con los requerimientos que establecen cada una de las empresas que contratan los servicios controlados por la institución de la Policía Auxiliar.

Se observa que en 1998, un policía debía prestar sus servicios en aproximadamente 14 empresas al año, con una alta variabilidad en los salarios; mientras que en 2015 se observa un incremento en el número de empresas donde el policía tiene que desempeñar su actividad laboral. Este ejercicio contribuye a visibilizar que las condiciones laborales (sitio laboral-actividades-salario) las

redefinen constantemente las empresas de acuerdo con sus intereses mientras que a institución de la Policía Auxiliar establece relaciones contractuales flexibles que facilitan los requerimientos de rotación de personal. Es decir que la profesión policial no tiene homologado los servicios que presta ni los salarios, lo cual hace que el trabajador policial se vea afectado por las múltiples condiciones a las que se tiene que acoplar cada vez que enfrenta un requerimiento de rotación laboral (cambio de una empresa a otra). Lo que se concluye con esta aportación es que la institución policial y las empresas pueden usar la fuerza del trabajador como le convenga.

A los servicios que me refiero son los diferentes usuarios que contrata a los policías, es decir las empresas privadas o públicas y como bien lo explica el siguiente entrevistado:

“hay un área en la policía auxiliar que se encarga de vender los servicios. Va con un usuario y le dice -“yo te puedo dar la seguridad ¿Cuántos elementos quieres?”- y a partir de ahí el usuario dice -yo necesito 10 elementos a-¿cómo los quieres? -Con uniforme completo, -con uniforme de gala, con arma, sin arma. O sea todas las características, una vez que el usuario dice con estas características ah ok, te sale tanto por cada elemento. De ese costo que va a pagar el usuario un porcentaje es el que se le da al policía. Y además el policía si trabaja cobra, si no trabaja no cobra. Es decir un elemento puede estar con un usuario está un mes, dos meses, pero de repente el usuario dice ya no necesito 10, nada más quiero 6. Esos 4 salen de ese usuario y se concentran en su agrupamiento, en su sector” (CALO-CAP)

Estos usuarios deciden cómo quieren a los elementos, es decir que entre mayor equipo necesiten mayor es el salario que deben pagarle a la corporación y entiendo, el sueldo que le paguen al elemento va a depender de este usuario y a cómo lo esté pagando. Según mencionaba el entrevistado (CALO-CAP) hace 10 años se le pagaba el 63 por ciento de lo que paga el usuario al elemento, actualmente se desconoce el porcentaje.

Comentando lo anterior cabe destacar que si el salario es pésimo, esto se va a reflejar en el acceso a otras necesidades humanas y sociales, por ejemplo tener o no acceso a una vivienda digna, servicios de salud, alimento y los servicios básicos en el hogar. Esto depende directamente de la condición económica que están manejando ya que por ejemplo los entrevistados mencionan que sus viviendas son rentadas.

A comparación de otros entrevistados que mantienen sueldos altos y ocupan un rango más alto dentro de la estructura policial, los servicios y las condiciones anteriores mencionadas van a ser mucho mejor. Esto se ve por ejemplo, al preguntar lo siguiente:

-¿Cómo está distribuida su vivienda?

-“la casa cuenta con una sala, comedor, una cocina, un estudio, tres recámaras y dos baños completos. La situación es que aquí las oportunidades no son una opción. Ya siendo licenciado (o) no te cuestan nada las oportunidades” (poli-5).

La retribución del trabajo que está realizando el Policía Auxiliar está siendo medida por los diferentes servicios y usuario que contrata a la Policía auxiliar, así como la preparación profesional que tienen, y en base a esto, el salario no está siendo retribuido equitativamente ya que si unos ganan más y otros menos no se puede decir que se paga conforme al trabajo, es decir no hay esa retribución de la fuerza de trabajo aplicada, no se paga por el desgaste ni mucho menos por la fuerza de trabajo del policía. La ganancia es para aquellos como el mismo usuario y la corporación policial se está viendo beneficiado del desgaste policial. Entonces el valor de cambio o salario es el resultado de la reproducción de la fuerza de trabajo, es decir que el salario es insuficiente para reproducir la fuerza de trabajo y se sacrifican algunos bienes básicos lo que hace que no sólo el policía termine trabajando en otros oficios, si no también realice dobles y que finalmente otros integrantes de la familia terminen por trabajar.

4.2.4 Estilos de vida

Los estilos de vida son un “conjunto de patrones de comportamiento identificables y relativamente estables en el individuo que resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona” (Cárdenas G. 2012).

Los policías auxiliares comparten conductas que se ven aumentadas por las actividades tan repetitivas, limitadas y de poco esfuerzo físico, a excepción de la utilización de la posición recta del cuerpo, que realiza y que generalmente son negativas y que terminan dañando su entorno laboral, familiar y a él mismo.

A las conductas a las cuáles se limitan y que son repetitivas son el patrullaje, la vigilancia, la guardia y custodia, entre otras. Estas conductas se incrementan por factores estresantes y violentos que diariamente viven, por ejemplo; si no fumaban antes de ejercer este trabajo lo terminan haciendo, si no bebían terminan bebiendo, etc.

Algunas conductas de riesgo que le están produciendo mayor probabilidad o susceptibilidad a enfermar, entre estas se observan la alimentación que no es balanceada, la falta de actividad física, el consumo de alcohol y otro tipo de sustancias adictivas, así como la falta de asistencia a los servicios médicos y la disminución en el tiempo destinado al descanso y al sueño.

Los entrevistados mantienen un peso mayor a los 62 kilogramos, lo cual se observa a simple vista en cuadro siguiente, el grado de obesidad que tienen.

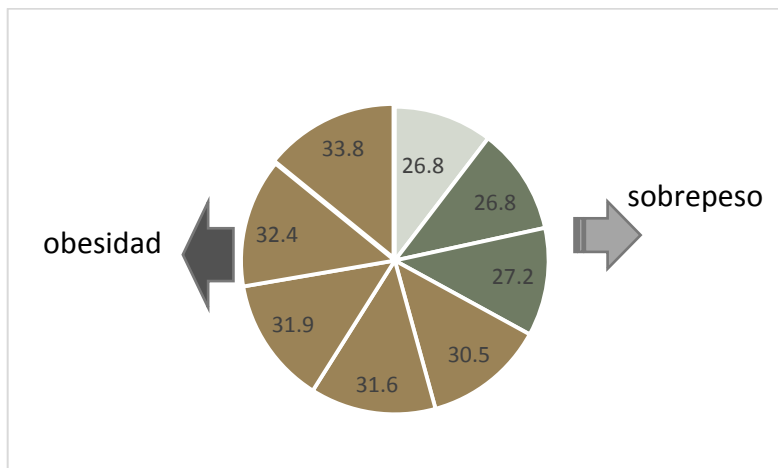
Cuadro 4.3 Índice de Masa Corporal de los entrevistados

P	Clave	Edad	Sexo	Peso	IMC	
1	P-1	56	M	90 kg	31.9	Obeso G-1
2	P-2	53	M	68	27.2	Sobrepeso
3	PPA-3	38	M	87	31.6	Obeso G-1
4	P-4	40	M	85	26.8	Sobrepeso
5	PC-5	58	M	86	32.4	Obeso G-1
6	P-6	----	M	----	-----	-----
7	P1-7	43	M	92	33.8	Obeso G-1
8	P-8	45	M	62	24.8	Normal
9	P-9	51	M	83	30.5	Obeso G-1
10	P-10	-----	F	---	---	----
11	D-11	-----	-F	----	-----	-----
12	CALO-CAP	66	M	----	---	-----

Los principales factores de riesgo en policías son la alimentación, el consumo de sustancias nocivas para el cuerpo y las horas de sueño y descanso, así como la actividad física, entre otros. Para determinar el grado de obesidad, se tomó el IMC de los entrevistados (el Índice de Masa corporal), el cual se obtiene multiplicando la edad por la talla entre el peso corporal (centro para el control y la prevención de enfermedades). Estos resultados de IMC ayudaron a determinar el grado de hábitos de vida que los elementos tienen cotidianamente en su hogar y en su trabajo.

Este índice ayudó a calcular la gordura de una persona y saber si el elemento tiene aumento de peso, sobrepeso u obesidad. De acuerdo con ello, dos de los participantes tienen sobrepeso y 5 de ellos tienen obesidad grado 1 (ver gráfica 4.2). Lo cual demuestra el grado de sedentarismo y la actividad física que tienen, y por otro lado la dieta que están llevando no es la adecuada. Así como se observa en la tabla del nivel sociodemográfico e IMC, el peso de los elementos sobrepasa los 70 kilogramos.

Gráfica 4.2 IMC de los entrevistados



Una de las variables a explorar corresponde al consumo de bebidas alcohólicas. Este tema no fue muy evidente en la narrativa de los entrevistados e incluso fue una causa de enojo al momento de preguntar. Sin embargo, en algunas entrevistas se observó que el consumo es una forma de enfrentar todo el cansancio y estrés que viven diariamente. De acuerdo con la Dirección de Servicios de Salud de CAPREPA, desde 2013 opera un programa para la prevención del consumo inmoderado del alcohol; sin embargo, en las entrevistas se identificó que los policías no la conocen.

En cuanto a la alimentación de este grupo, se identificó que está basada en alimentos con altos índices de calorías (alimentos chatarra, alimentos rápidos como las tortas, bebidas azucaradas como la coca-cola, comida corrida y rápida

que encuentran en cada esquina, así como tacos, gansitos, etc.) y menor gasto energético.

Además de no contar con el tiempo para mantener una dieta balanceada, los policías no cuentan con el tiempo suficiente para realizar alguna actividad física, porque además de trabajar su jornada normal laboral, tienen que asistir a los cursos básicos, complementarios y de especialización que la institución ofrece en sus horas de descanso. Y cuando tienen que realizar actividades físicas obligadas, se las proporcionan en sus días de descanso y no en sus horas laborables. Así mismo, la corporación no está considerando el desgaste físico y psicológico de su jornada. Cabe mencionar que los entrevistados conocen perfectamente cuáles son los alimentos que no deben consumir, pero también mencionan que el tiempo y el trabajo que realizan los limita a consumirlos. Desde la perspectiva de un PA: “cuando eres trabajador de la calle y todo el tiempo estás de pie ya no se cuenta con el tiempo para hacer ejercicio por las distintas actividades que la profesión está obligada a realizar”.

De acuerdo con las entrevistas, la mala alimentación y el bajo nivel de actividad física son considerados una consecuencia del ritmo de trabajo. Desde la perspectiva de los PA, el horario laboral y el desempeño de sus funciones impiden la participación en las actividades físicas, deportivas y recreativas y sobre todo propician el consumo de alimentos de bajo costo y de rápida preparación. Además del sedentarismo esto puede generar patologías relacionadas con el aumento de peso, así como dolores articulares, dificultades al respirar, diabetes, hipertensión, dislipidemias, etc.

Al ingresar a la institución policial en la Ciudad de México, los cadetes deben cumplir con varios requisitos obligatorios. Uno de ellos es el examen médico en donde se debe tener un peso ideal y en muchas instituciones esto es la base primordial para ser aceptados o no. Pero con el pasar del tiempo este peso se incrementa más que nada por los hábitos de vida que han llevado y las conductas alimentarias y por combinarlas con una vida sedentaria. Esta situación que ocurre

en los PA se ve favorecida muchas veces por carecer de un sistema de evaluación permanente del estado nutricional y de salud de los trabajadores por parte de la institución y más que esto, es porque el trabajo policial no ayuda a que esto se lleve a cabo, así como la accesibilidad que los policías tienen para cambiar estos hábitos. Se considera en esto el tiempo disponible con el que no cuentan para hacer ejercicio, comer o consultar a un nutriólogo y sobre todo asistir a sus revisiones mensuales.

4.2.5 Desgaste físico y mental

El desgaste o cansancio es aquella disminución de la capacidad física de una persona después de realizar un trabajo monótono durante un periodo de tiempo constante y determinado (CROEM, 2011). La fatiga ocurre por la carga y exceso de trabajo que tiene el elemento auxiliar al esfuerzo máximo en el que se ve sometido a lo largo de la jornada de trabajo.

Las experiencias de los elementos permitieron concluir que los policías viven preocupados por su trabajo, por su familia, por la educación de sus hijos, por su salario y unido a todo esto las problemáticas que se van generando, el cansancio y la falta de sueño van produciendo también la fatiga física, la fatiga mental o el estrés que se manifiestan como cefaleas, gastritis, colitis, entre otras enfermedades.

“vamos a chambear también y 24 horas si no nos encuentran no nos vamos y todavía si no nos encuentran nos arrestan los pretores y no te la perdonan y nos arrestan si no traemos el equipo completo. Y es difícilísimo cargar 24 horas el equipo como el nuestro, en serio de veras no sé cómo aguantamos, es sobrehumano un trabajo de 24 horas. Es inhumano eso y aparte de eso no solamente son 24 horas a veces nos tenemos que quedar a veces por x razón que no llega el compañero nos tenemos que quedar 72 hora”.

Es decir que el estrés laboral (Cantú-Rivera, 2015) está ocasionando manifestaciones tanto físicas como mentales en el policía. En cuanto al mental

manifiestan la falta de sueño, cansancio, estrés, ansiedad, depresión, tristeza. Coraje, miedo, además de desesperación.

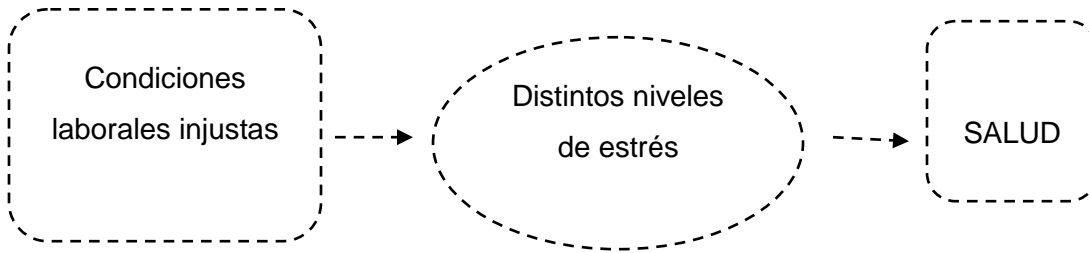
Actualmente, para los términos de fatiga y cansancio laboral se implementó un concepto que explica algunos efectos negativos en la salud física y mental del policía como es el burnout o desgaste profesional. Este desgaste físico y mental en los elementos de la policía Auxiliar se encuentra afectando el entorno familiar, de vida y la profesión del elemento. Hay algunos autores como Durán D. María A. que describe al burnout como “un estado o proceso de agotamiento, desgaste o consumación de energía análogo” físico y emocional resultado de la condiciones de trabajo.

Así mismo, Brufao C. C. en una aproximación a las enfermedades del policía describe 4 niveles en donde el estrés va a marcar niveles de enfermar en un primer nivel antepuesto a muchos otros, estos son;

- Nivel uno: Estrés temporal caracterizado por un aumento de la presión sanguínea y cambios metabólicos.
- Nivel dos: Irritabilidad, ansiedad, tensión, dificultad para la concentración, síntomas del nivel uno mucho más intensos.
- Nivel tres: Dolores de cabeza, problemas estomacales, dolores en el pecho.
- Nivel cuatro: úlceras, alcoholismo, adicción a sustancias nocivas, ataques al corazón, etc.

De acuerdo a la información presentada por el servicio de salud de los policías auxiliares, es notorio el modelo del proceso salud-enfermedad y perfil patológico de los PA, empieza con los niveles ya mencionados 1-4, y con el tiempo aumentan a otras, ya que prevalecen las enfermedades infecciosas y van en aumento las Enfermedades Crónico-Degenerativas. Sin embargo, desde la experiencia policial se ha demostrado que hay enfermedades que los policías no reportan y de las cuáles se ha venido hablando. Y eso sin considerar otras causas de enfermar y de mortalidad en policías auxiliares de la Ciudad de México. Entre ellas se

encuentran las muertes causadas por atropellos, por hemorragias, por arma de fuego, por arma blanca, por lesiones, etc.



Los policías mueren todos los días, ya sea por causas naturales o por múltiples factores o causantes, y no se le está dando la importancia a este tema como una profesión policial ya que es y seguirá siendo la base de la seguridad pública. Al entender esto, se puede hacer más y evitar más muertes en este grupo de trabajadores. Así mismo no hay una estadística visible que muestre la mortalidad y morbilidad de este grupo y de muchos otros.

En este estudio, se encontró que la falta de descanso, así como el exceso de trabajo producen procesos degenerativos de desgaste mental causadas por las horas que no descansan y que dedican a actividades vinculadas a la capacitación policial, actividades para incrementar el salario y otros (cursos de capacitación, dobles y trabajos de algún oficio como la carpintería o la electricidad). Este exceso del trabajo que se da por la jornada laboral desde 48 horas laborables y hasta 72 horas. Y no sólo se trata de trabajar estas 72 horas, si no también manifiestan dolores de cabeza motivado por la presión cotidiana por no faltar al trabajo, por presentar anualmente exámenes de confianza como el polígrafo, etc:

“porqué también nos duele la cabeza, cuando nos mandan a hacer exámenes, uno no va a contestar bien porque nuestra mente quiere descansar. A nosotros no deberían aplicarnos los exámenes, yo por ejemplo cuando estaba en el estadio del CU no había comido nada y me maree....ahí me maree y me quedé sentado y no sé cuánto tiempo me quedé así”.

Cuando se sienten cansados del trabajo prefieren no preocuparse y fingir que no pasa nada para no asistir con el psicólogo o a los servicios de salud porque tanto la corporación como la Secretaría de Seguridad Pública si llegaran a confirmar algún padecimiento, para ellos sería la baja definitiva de su trabajo. Los elementos auxiliares manifiestan inconformidad con relación al desgaste físico y mental porque no pueden y no deben enfermarse, ya que representaría quedarse sin trabajo y sólo se presentan a los servicios de salud bajo urgencia médica porque si no les descuentan el día:

“no vamos. Vamos cuando ya estamos con el tiempo encima, ya estamos de emergencia y ya para qué. Hacemos lo que la institución nos mande. Muchos compañeros dicen -“no, que si no te gusta salte para qué estás aquí”, muchos compañeros en serio que a veces no les importa y son chavos”.

La problemática que está sucediendo, con el exceso de cansancio y el estrés es demasiado y necesita de una intervención sobre la salud mental, así como una estrategia de prevención y tratamiento de enfermedades mentales en este grupo, esto se ejemplifica muy bien el siguiente testimonio:

“Me dan ganas de ahorcarme a veces porque no tengo ni qué comer, qué vivir, pero me la aguanto. Si no tengo dinero, pues a ver préstame échame la mano cabrón. No tengo ni como, me muero de hambre. Mejor hablar y no robar. Está difícil, por eso digo -“la policía auxiliar la verdad no vale la pena”-.

En relación con el desgaste físico y en cierta manera debido al estrés y a otros síntomas que tienen los elementos Auxiliares que se disminuyen o empeoran, los elementos presentan recurrentes dolores musculares de cuello, de espalda, de columna, dolores de cabeza, de pies, hinchazón en las piernas que finalmente se desarrollaran en daños físicos permanentes como enfermedades físicas y enfermedades Crónicas Degenerativas que dañan la salud como menciona un entrevistado:

“no pues es cuestión que tenemos 16, 14 horas parados y lógicamente tenemos las pernas agotadas”, “sí con várices, como dos. Es como acá el compañero dice que se quería desmayar y sí, si es cierto así siento yo cuando estoy bien cansado”.

De esta manera, se visibiliza la estrecha relación entre las condiciones de trabajo y el impacto de la salud de los trabajadores ya que se destacan las carencias de condiciones favorables para el policía y que antepone la necesidad de cubrir equitativamente la distribución del salario, de equilibrar las condiciones físicas y mentales, disminuir el desgaste excesivo, etc., que ayudarían a disminuir los padecimientos que se han ido originando a causa de este desequilibrio laboral en los trabajadores policiales.

4.2.6 Protección personal y equipamiento

La Secretaría de Seguridad Pública, así como la corporación policial Auxiliar en 2014 adquirieron equipo de protección personal como el chaleco antibalas y cascos anti motín que son prendas de protección para los cuáles son los principales para proteger la integridad física del policía:

“Tenemos los adecuados, el chaleco balístico, hay para los operativos un equipo que se le llama equipo anti motín. Les dan todo lo indispensable, les dan un arma de fuego y todo lo demás”.

Sin embargo, hay que considerar que el elemento no sólo necesita estos equipos si no mucho más, ya que se trata de proteger la vida humana y no sólo a objetos. La misma Secretaría tiene la obligación de proteger no sólo con un chaleco antibalas la parte del pecho donde se encuentran órganos como el corazón, etc. Si no también otras partes físicas que llegasen a sufrir daños permanentes como la cabeza, el oído, los ojos y de la cara, de las vías respiratorias, brazos y manos, pies y piernas, piel, tronco y abdomen y la protección total del cuerpo.

Así mismo, el equipo que se adquirió fue solo para la protección del pecho y la cabeza en 2014 que fueron cascos y chalecos en \$12,104 763.29 más impuestos que derivaron cerca de los 2 millones de pesos (convenio Administrativo

Interinstitucional número SSP/BE/CI/A/160/2014 (ver Cuadro 4.4). Y actualmente desconozco el equipo complementario y demás que compra y que es para uso del policía.

Cuadro 4.4 Equipo policial adquirido en 2014.

Partida	Descripción del bien	Cantidad	Unidad de medida	Precio unitario	Total
1	Chalecos antibalas	\$1,282	Pieza	\$8,068.97	\$10,344.419.54
2	Cascos anti motín	\$589	Pieza	\$3,093.75	\$1,760.343.75
				Subtotal	\$12,104,763.29
				IVA	1,936,762.13
				TOTAL	\$14.041.525.42

Sin embargo, las expectativas y experiencias de los elementos demuestran la ineficiencia y baja calidad del equipo, así como escasos, ya que en cuanto al casco, el chaleco y las armas, se tienen que rentar y pagar por ellos y no son repartidos equitativamente a todos. Así mismo la calidad del equipo como el abastecimiento y disponibilidad muestra el grado de mortalidad que sigue habiendo en policías.

“para mí es necesario que la institución se actualice, saber los protocolos, etc. Y si queremos andar bien tenemos que comprar el uniforme que hace falta, el chaleco”.

Los elementos refieren que tanto el equipo de protección como de trabajo son necesarios para la actividad que realizan y que salva en ciertas ocasiones la vida, y para no ser arrestados los tienen que comprar o rentar. Sus experiencias demuestran que cada vez que hablan sobre el tema de actualización del equipo por las malas condiciones, calidad y seguridad personal los mandos los castigan,

los mandan a lugares que nadie quiere y los separa del grupo porque no son confiables y prefieren no hablar sobre el tema:

“a quién le vas a decir, aquí no conviene decir nada. Aquí dicen “oiga jefe no tengo zapatos, jefe no tengo ropa, jefe mi chaleco está muy sucio, el chaleco está vencido”

-Y la respuesta del mando...

“si conoces otro lugar, otra empresa que te den mejor que aquí hijo puedes entregar el equipo que te dí y vete a otro lado a trabajar”.

-Dicen “Te dan las gracias nada más. Aquí nadie puede decir algo, es más en todos lados cuando vas a una empresa, a una gasolinera, una empresa de policía auxiliar, una empresa sectorial y cualquier policía, te dice un alto mando “jefe el chaleco está vencido no me lo voy a llevar”, él no te va a decir si te va a dar otro o si no te lo va a dar “está bien hijo luego pedimos otro para que te lo lleves” y luego dice el mando, “ya quítame ese elemento ya empezó de borrega, este borrego no va a poder ver nada aquí mejor mándalo a otro lado, córrelo que se vaya”. Aquí si te quieres quedar, veas lo que veas y guarda silencio. Yo veo cosas pero no digo nada, quien roba quien no roba y el día que caiga pues caerá. Quien pide dinero y quien no pide dinero o quien me pide dinero y quien no me pide dinero. Yo no puedo comentar eso porque es un delito, tanto delito para él que agarra como también para mí que lo veo. Mejor me quedo así”.

Así mismo tienen escasos de botas e impermeables, la forniture, etc. Pero básicamente les interesa que les otorguen el chaleco antibalas porque se sienten más seguros con este:

“bueno a nosotros pues nos hace falta del equipo, botas e impermeable”, “básicamente el chaleco que es necesario, cual más, la forniture que también nos la dan. No es bastante, pero nos dan el equipo...”

El cuidado y la protección de la vida humana debe ser lo más importante para todo trabajador, así como para la misma corporación. Desafortunadamente la SSP de la Ciudad de México sólo cubre lo básico en equipamiento y lo demás lo cubre el elemento de su bolsillo. En cierta manera si los policías tuvieran equipo de calidad

y que cubrieran la necesidad policial de seguridad, los elementos se sentirían un poco más seguros al ir a trabajar cada día porque al final lo que más valoran además de familia es la vida.

Así mismo el equipo de protección que utilizan debe cumplir con el principal objetivo el cual es prevenir posibles riesgos y disminuir el impacto en la salud de los policías por el hecho de la actividad que realizan continuamente de riesgo y peligro. Así mismo de prevenir patologías y riesgos específicos del trabajo.

Esta temática es importante destacarla ya que la protección que el PA tiene en cuanto a equipo y herramientas de trabajo sigue siendo muy escasas para lo que implica la profesión policial, en comparación con otras instituciones de seguridad Pública. Así mismo, se rescata la importancia de destinar equipo necesario para proteger la salud y la integridad física del trabajador.

4.2.7 Valoración del trabajo

Para enfocarnos y meternos en lleno a la temática de la valoración, es necesario tener una definición sobre la valoración subjetiva que un policía auxiliar tienen sobre el trabajo y las situaciones o condiciones laborales que ya sea afortunada o desafortunadamente ha experimentado dentro de este entorno. La valoración la defino como como la perspectiva y la mirada que este grupo trabajador tiene sobre su trabajo y las actividades que realiza.

En cuanto a la valoración del trabajo con motivo del ¿por qué escogieron ser la profesión policial? El resultado es ambiguo y ambicioso porque surgen nuevas expectativas de la profesión, generalmente son causas de necesidad que se tiene al momento de la ausencia de la satisfacción de las necesidades humanas y por la ausencia de recursos económicos que imposibilita cubrir estas necesidades.

El tema se divide en dos formas de pensamiento, una de ellas es la forma negativa de ver el trabajo y la otra es positiva, al observar los beneficios que se tiene en ser policía. Es necesario especificar también y hacer una diferencia en

cuanto a las entrevistas ya que su forma de pensar influye mucho por el tiempo y experiencia que tienen al ser policías. Las experiencias negativas se han presentado en elementos que ya llevan tiempo dentro de la corporación y al contrario de los elementos que tienen no más de un año, la experiencia y expectativa de las condiciones laborales es totalmente diferente porque para estos, el trabajo policial es bien remunerado. Por ejemplo, en las entrevistas 4 de cada 12 elementos mantienen una experiencia positiva del trabajo.

Así mismo, los elementos auxiliares con mayor experiencia laboral comprenden y conocen muy bien la problemática que los aqueja porque las viven constantemente y no pueden hacer nada para corregir esta situación como lo menciona el siguiente comentario. Aunque lamentablemente la sociedad mexicana tiene una visión y experiencia tal vez equivocada de los policías porque por uno generalizan y satanizan a todos.

“los malos turnos, mal comidos, mal pagados”, “Nosotros no descansamos y cuando trabajamos salimos hasta las 12 de la noche, son 35 horas o idas sin descansar, a veces sin comer, por eso no rendimos. Y luego hasta te quieren arrestar”, “no pues de lo peor el policía, los pinches, los proles les decía. Para eso es el dicho no escupas para arriba porque te cae en la cara. Y ahora a mí me cae en la cara, incluso yo lo tengo así en lo personal....de que no escupas para arriba porque te cae en la cara, en lo personal por eso no es bueno hablar”.

Los entrevistados mostraron gran interés al comentar que la profesión policial además de ser una oportunidad para sobrevivir, los obliga a no seguir estudiando; *“me casé, era joven y tenía que mantener a mi familia”* (PC-5).

Por el contrario de las experiencias mencionadas, los elementos con visión positiva del trabajo, más bien una visión manipulada del trabajo, y que mantienen un perfil bajo, ser policía es una oportunidad que los ayuda a superarse, a prepararse mejor y el pensamiento radica en que, para ser policía se tiene que tener una carrera o una licenciatura. Están conformes con las condiciones laborales que tienen en su trabajo y no desean tener problemas, ni faltas para no

ser sancionados, ya que es mejor tener un trabajo aunque en pésimas condiciones y el salario bajo, que no tener nada y morir de hambre. La principal frase que se usa con este enfoque es que el trabajo policial es *“una fuente de empleo y nada más”*.

El trabajo como tal, es un trabajo con muchas desventajas, pero para el que tiene la vocación y el servicio, es *“un orgullo”*. Es una profesión de orgullo que es necesario corregir ciertas costumbres, determinantes y normas que afectan al trabajador y ver por su beneficio y salud. Realmente si se tuvieran las condiciones, sería mucho mejor para el trabajo, el trabajador y la misma institución.

Las frases *“me gusta el trabajo”*, *“siempre me ha gustado hacer el bien, hacer el bien a la comunidad”*. Son las principales en hacer referencia a la profesión como vocación de servicio, ya sea modificada por la misma corporación, la cual se puede ser aprendida y modificada. Como profesión les toca aprender todo lo que es la policía, entre ellos se encuentra la táctica, historia de la policía, defensa, ética, derechos humanos, marco legal y jurídico, etc.

Para muchos, esta profesión es su vida, ya que no sólo cambian completamente su forma de actuar y ver las cosas porque con toda la capacitación que se les da pareciera ser que los forman como objeto al servicio no sólo de la gente sino del Estado:

“es bueno ser policía porque te ayudan a conocer más, te capacitan más, respetas a quien respetas, te abren los ojos porque antes era ignorante, te abren los ojos y te capacitan mejor. A quién debes respetar, a quién no debes respetar” (p-9), etc.

Esta situación es difícil de comprender para quienes no conocen la profesión policial, porque los policías se encuentran en un dilema ético al no distinguir y conocer lo que es servidor público, no sólo es proteger los derechos de la gente y estar a su servicio, sino que literalmente los policías están al servicio del Estado por ser éste quien los sanciona al no cumplir con sus órdenes, con arrestos, descuentos y correctivos disciplinarios, etc.

Este último tema resulta muy interesante ya que actualmente los elementos han sido arrestados por todo y no sólo por la desobediencia y la disciplina que conlleva ser policía sino también por no vivir para y por la profesión. Ya que el elemento mantiene todos sus pensamientos y actúales en su trabajo y la parte familiar y social que todo ser tiene, el policía ya no.

Por eso, algunos asocian la corrupción, el abuso de poder, fraude y otros delitos, que cometen los policías al salario, a la explotación y las condiciones del trabajo que tienen los policías.

4.2.8 Proceso de enajenación y adhesión

Dentro del proceso del trabajo se encuentra un suceso importante que vale la pena recalcar, este es la enajenación. El proceso que conlleva la enajenación es aquel en el que el dueño del capital se apropia no solamente de la fuerza de trabajo del trabajador si no también se apropia de la conciencia y del pensamiento de este, a tal grado de dominar su modo de vida y de controlar su tiempo libre para manipularlo ideológicamente y aceptar las condiciones de explotación y para reproducir las necesidades del capital (Tecla J. A. *Et al.*, 1982).

Esta enajenación lleva a una degradación de la conciencia porque el ser es un ser social y está determinada por los factores sociales, es decir que todo lo que sucede alrededor de ese ser lo afecta directamente, por ejemplo, en el caso de los policías auxiliares, todo se vuelve parte del trabajo y dentro del trabajo no pueden realizar actividades que no sean parte de este. Como se observa en el siguiente comentario:

“si, nosotros no podemos leer en el servicio porque nos distrae la lectura...hasta eso eh. Por eso hay que pedir primero órdenes o avisar al mando que va uno hacer o hasta para orinar” (PPA-3).

Con el tiempo esta enajenación se asume como cotidiana y hasta se pierde la esencia del individuo para convertirse en el trabajo todo el tiempo, se pierden del

proceso social que sucede, ya sólo ven y viven por el trabajo policial como el siguiente caso:

“si tú preguntas cerca de un mando. Oiga ¿un mando o su jefe le pide dinero? nada más ven y dicen le digo o no le digo. Yo donde estoy aquí no creas que estoy nada más por chulo, mi jefe sabe que estoy aquí por algo, porque le conviene a él. Si no le conviniera a él, tuviera mi salario, estuviera yo en periférico o lejos. Nadie da trabajo gratis o a cambio de nada. El mando también come, tiene esposa, tiene carro, tiene hijos o no le alcanza su salario que gana, tiene que vivir de la tropa. Así es vaya donde vaya, sea del gobierno o sea quien sea, todos roban. Si el gobierno que es más grande roba con una cuchara más grande y nadie se da cuenta, es mucho dinero” (p-9).

El proceso de enajenación sucede sobre todo en el proceso de la instrucción policial ya que se mecanizan los procesos del caminar para ser marchas. En la cual cada sujeto debe mantener una marcha constante y similar a todos. Todo se mecaniza en uno sólo. Así pues, la institución policial se apropia de la fuerza, de trabajo, de la conciencia, de la libertad y de los pensamientos del trabajador, todo se vuelve la propiedad de la institución.

El proceso de enajenación aparecerá en el trabajador policial a través de la división del salario, de los servicios, del tiempo o de la jornada de trabajo, del producto y del resultado de su trabajo. Ya que como se mencionó anteriormente al policía Auxiliar se le despoja de su tiempo de descanso, de su seguridad personal, de su actuar y sobre todo de su conciencia. Finalmente, de la apropiación de la vida del trabajador.

En cuanto al seguimiento de órdenes y el cumplimiento de las normas, se ha observado mucho más separado de la enajenación, ya que por una parte los elementos las cumplen bajo el efecto de que pueden ser amonestados y por la otra no les queda de otra porque es su trabajo aunque les desagrada mucho realizar algunas actividades. Ya que hasta para hacer las necesidades básicas hay que solicitar permiso o avisar. No hay alternativas de perspectiva diferentes al estar en función del trabajo.

4.2.9 Riesgo laboral

Según la ley Federal de trabajo, los riesgos laborales son aquellos accidentes y enfermedades a los cuáles están expuestos los trabajadores y son derivados de su trabajo (art. 473). Los riesgos del trabajo según entiendo, son todas aquellas condiciones que dañan o afectan en cierto grado la salud física, mental, social, etc. del trabajador. Por ejemplo, hay algunas condiciones que le generan no sólo de riesgo a los PA si no también que afecta e impacta su salud directamente e indirectamente. Sin embargo, no se toman en cuenta y sobre todo no aparecen como tal de riesgos derivados del trabajo. Es importante recalcar que es necesario ampliar el listado de riesgos de trabajo.

Hay que considerar que el trabajo del policía se considera un trabajo de alta violencia y peligrosidad, ya que están expuestos diariamente a condiciones que afectan no sólo su salud física sino también afectan todo su entorno familiar, laboral y social. Decir que los riesgos laborales son aquellos que ocurren en el ejercicio del trabajo y que las enfermedades del trabajo son aquellas ocasionadas por el trabajo es considerar al trabajo como causante de patologías derivadas de la acción continua de una causa que tenga su origen en el trabajo (Tesis jurisprudencial núm. p. /j. 28/2016 (10a.) de suprema corte de justicia).

Sin embargo, se excluyen a los trabajadores del derecho a la protección de la salud cuando no se trata de accidentes o enfermedades derivadas del trabajo y como bien lo menciona el siguiente párrafo, no se toman en cuenta a todas las afectaciones de la salud del trabajador que afectan directa o indirectamente la salud, “el derecho a la protección de accidentes o enfermedades profesionales se hace extensivo solamente a infortunios relacionados o derivados del trabajo y no toda afectación a la salud”.

Entonces la encargada de expandir estos riesgos no lo hace (CAPREPA), y para los elementos auxiliares los riesgos de trabajo son sólo aquellos que un médico certifique como tales, y las enfermedades que señalan las leyes de trabajo. Y

además la subdirección de Recursos Humanos de la PA del D.F es quien califica los riesgos de trabajo, si son o no lo son.

Por el contrario, no se consideran riesgos de trabajo los accidentes que suceden bajo el estado de embriaguez, de algún narcótico o de alguna droga, los accidentes provocados por un elemento y las enfermedades que no se encuentren señaladas en las leyes del trabajo (Reglas de operación de la CAPREPA).

Así mismo se define como accidente de trabajo a cualquier lesión, perturbación o muerte que se deriven del ejercicio de su trabajo. En estos también se incluyen los eventos o accidentes que llegan a suceder en el transcurso de traslado del hogar del elemento a la zona de trabajo.

Tanto al dueño del capital como las empresas e instituciones que explotan la fuerza de trabajo tienen una visión preventiva de los riesgos laborales, así como de la seguridad y salud de los trabajadores. Para todos ellos, la seguridad es algo tan diferente y alejado de la salud laboral de los trabajadores como los policías. Por ejemplo, en España en las islas de Canarias existe ya un manual sobre la prevención de los riesgos laborales, donde no existe la salud laboral sino la seguridad en el trabajo y existe la medicina del trabajo (Andreoli, *et al.*, 1948). En nuestro país los principales grupos que no tienen cubierta esta salud laboral y todo lo que conlleva son los elementos de la policía auxiliar, ya que aunque estos demuestran que están incapacitados para realizar alguna actividad, la corporación y la caja hacen caso omiso de esto.

Los riesgos en el trabajo no sólo son riesgos ambientales, físicos, de infraestructura, de equipo, etc. Los riesgos laborales son todos aquellos que le puede suceder al trabajador y pueden ser evitables y no evitables como por ejemplo en los casos de los entrevistados la mayoría reportó dolores musculares, dolores de cabeza y de extremidades inferiores, estrés, etc., que generalmente son riesgos evitables como lo menciona el siguiente entrevistado:

“Me hice un esguince y tuve que darme de alta yo solo porque si no, ya me andaban dando de baja y no nos dan nada de nada, hoy hubo un amigo que le quitaron la comisión y no le dieron nada....cuando me incapacité me pagaron los 120 días y me pagaron el 100%, pero si me dan otros 120 días me pagan la mitad y después ya no....Imagínate trabajar 18 horas diarias ¿cómo me siento? Algunos compañeros se están muriendo y siguen trabajando igual que yo porque tengo necesidad” (PC-5).

Todo lo que hace un policía es un riesgo, desde permanecer de pie las 24 horas del día hasta recibir un balazo, entonces ¿por qué hay una serie de riesgos para la salud del policía que no están establecidos como tal? Aunque la Secretaría de Trabajo y Previsión Social cuenta con un Reglamento Federal de Seguridad y salud en el trabajo para todos los trabajadores menos para los policías cuando también lo son. Estos elementos tienen la obligación de proteger y cuidar a la sociedad y a sus bienes, pero quién protege y cubre las necesidades en protección de la salud, servicios de salud y riesgos en la salud de los policías, cuando todos los días ponen en peligro su vida, su integridad física y su salud.

En cuanto al sistema de incapacidades que maneja la policía auxiliar, desde un inicio se le otorga al elemento tres meses de incapacidad como incapacidad temporal en la cual se le asigna una pensión en efectivo que va depender de la edad del elemento incapacitado, del tiempo laboral que tiene en la corporación y de la importancia o la gravedad de la incapacidad. Y si el elemento continúa de gravedad, puede solicitar la incapacidad permanente la cual incluye una pensión con la cantidad de su salario que venía cobrando, así mismo tiene todo el derecho a recibir atención médica, quirúrgica, de diagnóstico, de hospitalización, rehabilitación y todos los servicios necesarios para mejorar su salud, aunque esta incapacidad no puede exceder un año.

El siguiente esquema de incapacidad es muy parecido al que maneja la policía auxiliar del D. F y es del IMSS. Pero definitivamente y a partir de la información que menciona las reglas de operación de la Caja de previsión Social de la Policía Auxiliar es similar el modelo que manejan. Aunque también se muestra un

flujograma sobre el procedimiento y pasos a realizar cuando se detecta algún padecimiento o accidente.

“El sistema de incapacidad es como es como cualquier otra institución van al médico o a su clínica, le dictaminan algún padecimiento, le dicen “tienes dos días de incapacidad”, le hacen su documento de incapacidad, se manda a la policía auxiliar y la policía auxiliar le paga su día aunque no lo haya trabajado. Ahí sí aunque no trabaje, pero está dentro de un usuario y él verá cómo cubre ese espacio o esa vacante de 2, 3, 15 días con el usuario y le paga al elemento su incapacidad, eso es cuando es una enfermedad genera” (CALO-CAP).

4.3 Reflexiones finales del capítulo

El análisis que se llevó a cabo permite visibilizar con más detalle las condiciones de vida y de trabajo de los Policías Auxiliares de la Ciudad de México. Principalmente se exploraron aspectos generales de las condiciones de trabajo, las condiciones socioeconómicas y demográficas, entre las más relevantes: la educación, la valoración del trabajo, el salario o la distribución de los ingresos, los estilos de vida, la protección y la seguridad social, la salud física y mental (desgaste físico y mental), la protección y seguridad física, el proceso de la enajenación, la jornada laboral, los riesgos de trabajo y las enfermedades laborales y no laborales en los Policías Auxiliares. Que ayudan a visibilizar el verdadero carácter de la enfermedad en el grupo trabajador de la PA del Ciudad de México.

Principales hallazgos:

- Algunas de las conductas encontradas que pertenecen al modelo de los estilos de vida de los PA parecen incrementarse con el paso del tiempo de laborar en esta profesión. Lo cual ha marcado un visible impacto en la salud al incrementarse también algunas patologías relacionadas con el aumento de peso, el consumo de alimentos altos en grasa y el consumo de sustancias adictivas, etc.
- En cuanto a la jornada laboral que mantienen los PA es importante señalar que se manejan turnos completos de trabajo. Y es importante recalcar que manejan diferentes turnos que van desde las 24 horas hasta 72 horas de trabajo. Se confirma que el desgaste laboral se incrementa de acuerdo al turno.
- Si bien se han hecho algunos esfuerzos de profesionalización policial en la CDMX, en este estudio se identificó que el 2% de los policías entrevistados

cuenta con educación media superior y superior. Esta diferenciación se refleja en el salario de los trabajadores.

- El salario es la base principal de la vida humana que marca el valor de uso de la fuerza de trabajo, sin embargo, el salario que está percibiendo el PA sigue siendo el mínimo para cubrir sus necesidades humanas. Entonces cómo se distribuye el valor que se le da al desgaste de la fuerza de trabajo de estos trabajadores. La necesidad del ser humano de alimentarse, de vestir, de la protección social y de la salud están siendo medidos por la distribución del salario y del pago del fuerte desgaste que estos trabajadores están percibiendo y que los obliga a someterse ante condiciones mínimas y deplorables para su salud, además de que su bienestar y el de sus familias depende de los salarios y servicios que tenga la PA.
- El desgaste físico y mental que actualmente vive el PA está siendo medido por factores estresantes que favorecen la emergencia de padecimientos y patologías que sobrevienen por el estrés. Éste es el principal efecto negativo que desemboca en niveles superiores de enfermar en los trabajadores. Así mismo, se encontró que las enfermedades infecciosas se mantienen dentro de este grupo y que las ECD se han ido incrementando conforme el tiempo. El desgaste físico y mental es un efecto negativo que se ha presentado muy frecuentemente en los PA por el exceso de cansancio, fatiga y poco descanso que tienen. Es a partir de este desgaste que se han ido presentando algunos síntomas como dolores musculares de cuello, de espalda, de columna, dolores de cabeza, de pies, hinchazón en las piernas, etc. Estos padecimientos finalmente se convierten en daños físicos permanentes y con el tiempo ECD que disminuyen no solo la calidad de vida del PA si no también impiden que tenga una vida digna.

- El equipo de protección que utilizan los PA no cumple con el principal objetivo, el cual es proteger la vida y disminuir su impacto en la salud por la actividad de riesgo y peligro que realizan. Esta temática es importante destacarla ya que la protección que el PA tiene en cuanto a equipo y herramientas de trabajo sigue siendo muy escasa para lo que implica la labor policial, en comparación con otras instituciones de seguridad pública. Así mismo, se rescata la importancia de destinar equipo necesario para proteger la salud y la integridad física del trabajador.
- La valoración o la perspectiva que los PA tienen sobre su actividad y sobre su trabajo depende diferencialmente del tiempo que llevan laborando en la institución y de las diferentes circunstancias que han ido padeciendo con el estrés laboral y los diferentes efectos negativos que han implicado las condiciones laborales en su salud. Así mismo, el trabajo mantiene “ventajas”, pues se puede decir que literalmente, los PA tienen sistematizados el enfoque de un placer adherido. Es decir “un me gusta” asociado a ciertas ventajas ser policía, haciendo referencia a contar con una mayor seguridad en el trabajo, acceso a servicios de salud, el ejercicio del poder-autoridad.
- Dentro de un proceso de enajenación de los valores humanos que se han ido configurando como naturales y normales en la conducta policial, los PA se han ido adhiriendo a conductas de comportamiento que están afectando su salud mental y física y donde su fuerza de trabajo ya no le pertenece, ésta se transfiere a los intereses institucionales de la Policía Auxiliar. Se vuelven menos humanos a las problemáticas y afectaciones de la sociedad y sólo viven y respiran para su profesión, es decir se va degradando la conciencia. Esto se identificó con el proceso de adiestramiento en el cual cada policía debe sistematizar movimientos y respuestas, así como en la disciplina y el seguimiento de órdenes. Se trata de apegarse a la lógica de

“obligarnos a marchar”, haciendo referencia a la ejecución de órdenes dictadas por la autoridad de mayor nivel jerárquico.

- El proceso de enajenación aparece en el trabajador policial a través de la división del salario, de los servicios, del tiempo o de la jornada de trabajo, del producto y del resultado de su trabajo.
- En cuanto a la definición del concepto de riesgo de trabajo, de salud y seguridad, han sido calificados desde la salud ocupacional donde sólo se retoman los accidentes de trabajo que ocurren dentro de una jornada laboral y en el transcurso del hogar al trabajo. Los PA no sólo tienen accidentes si no también sufren de lesiones físicas provocadas por la extensa jornada y las diferentes variaciones que se ha hecho a la misma. Es necesario mencionar que un riesgo de trabajo no sólo implica estas situaciones si no también todo lo que produce el ejercicio de la actividad para la condición de salud-enfermedad del ser humano.

En síntesis, los resultados del estudio muestran que el análisis de la relación trabajo-salud incluye la identificación de agentes biológicos-físicos-químicos presentes en el ejercicio de la actividad policial. Sin embargo, el análisis buscó trascender los factores más proximales y explorar determinantes sociales de la salud que condicionan el proceso de desgaste laboral (en su nexo biopsicosocial) que enfrenta este grupo de trabajadores. Asimismo, en este trabajo se consideró que el acceso a servicios de salud se constituye como un determinante intermedio que presenta la potencialidad de amortiguar los graves efectos del trabajo en el proceso salud-enfermedad. Por ello, en el siguiente capítulo se exploran la situación de atención en la salud que viven estos trabajadores.

CAPITULO V.

CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE LOS POLICIAS AUXILIARES DE LA CDMX

El propósito del presente capítulo es analizar las condiciones de acceso a los servicios de salud en el grupo de policías auxiliares de la CDMX. Particularmente, se analizan las particularidades del esquema de protección social en salud a cargo de Caja de Previsión de la Policía Auxiliar (CAPREPA), destacando sus objetivos y funciones básicas, así como el perfil de los trabajadores y otros beneficiarios. Asimismo, se proporciona un panorama general del componente de provisión de servicios basado en un modelo subrogado de atención a la salud y se identifican sus potenciales implicaciones.

5.1 Subsistema de protección social en salud de trabajadores de la Secretaría de Seguridad Pública

En México “el trabajo” ha sido y seguirá siendo una actividad y necesidad humana presente en las sociedades como la nuestra; además ocupa un lugar central para explicar los orígenes de la enfermedad, así como las vías de acceso al sistema de salud. En el siglo XX se reconoció que el trabajo ha sido la principal puerta de acceso a las instituciones públicas de salud y a los modelos de seguridad social que se han desarrollado en nuestro país. Se entiende que la seguridad social es un “sistema general y homogéneo de prestaciones, de derecho público y supervisión estatal, que tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, mediante la redistribución de la riqueza nacional” (Macías S. E. *et al.*, 1993).

Se parte del reconocimiento de que el sistema de salud en México es de carácter mixto o fragmentado, ya que está articulado por un sector público que a su vez se

subdivide en el sistema de asistencia social y de seguridad social; y por un sector privado en el que se pueden identificar todo un complejo de empresas con fines de lucro y organizaciones de la sociedad civil que también están involucradas en la provisión de servicios. En el marco del presente trabajo adquiere particular importancia el subsector de la seguridad social, ya que el análisis se centra en este modelo -complejo y dinámico- que históricamente ha estado focalizado en los trabajadores que laboran en el sector formal de la economía.

En el caso de nuestro país se estima que el sector que comprende a las instituciones de seguridad social atiende alrededor de 48.3 millones de personas (activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social). El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA, y SEMAR en conjunto se encargan de proveer servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios (Gómez-Dantes, *et al.*, 2011, p. 224).

Desde los años 90, el sistema de salud ha transitado por un conjunto de reformas que han implicado una reconfiguración de los principios de accesibilidad (pobreza, poder de compra y prioridad socialmente percibida), de las formas de articulación que se establecen entre los principales actores del sistema (Estado, población, prestadores de servicios) y de las funciones básicas (regulación-rectoría, provisión de servicios y financiamiento).

En el marco de estos procesos de transformación se ha señalado que fuerzas armadas representan un subsector con particularidades relevantes que marcan diferencias con el resto los subsectores focalizados en los trabajadores. A diferencia de las reformas neoliberales que han restringido el alcance de los derechos para los trabajadores, en el caso de las fuerzas armadas se han

documentado reformas⁶ (2011) en salud que se caracterizan por la extensión de los derechos de los militares y marinos sobre todo en lo que respecta a jubilaciones y pensiones, créditos, apoyo a viudas y apoyos por incapacidad (Leal Fernández G., 2014). Sin embargo, la extensión de los derechos parece estar focalizada en fuerzas armadas y no se registran cambios relevantes en el esquema de protección social en salud de los organismos de la Seguridad Pública.

Asimismo, al interior de los organismos de seguridad pública se replican las variabilidades; particularmente, en el caso de los trabajadores de la Policía Auxiliar también se identifican singularidades respecto al modelo de protección social en salud en comparación con otros organismo de seguridad pública. Como se describe en la tabla 5.3, una diferencia relevante entre los beneficios que brinda la CAPREPA respecto a la CAPREPOL se centra en los siguientes rubros: en la inexistencia de la previsión social para el retiro, en la falta de cobertura de incapacidad por de lesiones y daños causados fuera del área laboral.

Por lo tanto, el modelo de la CAPREPA es diferenciado del resto de los trabajadores pertenecientes a la seguridad pública, de la defensa nacional, de las fuerzas armadas, etc.

⁶ La reforma del ISSFAM extiende los derechos que tienen los militares y marinos con 31 años de servicio a fin alcanzar la antigüedad necesaria para obtener una pensión acorde con sus esfuerzos, se otorga la pensión vitalicia a viudas de soldados caídos en acción de armas, se otorga crédito hipotecario a viudas o viudos del militar con derecho a pensión, así como a militares incapacitados, sin importar los años de servicio que a la fecha del deceso o la incapacidad tengan. También se reduce de 10 a 6 años el requisito para otorgar crédito hipotecario a los militares en activo, cuyos ingresos sean menores a los requeridos para la adquisición de una vivienda. Se establece la posibilidad de que el ISSFAM afilie a los hijos menores del personal militar con la sola presentación de la copia certificada del acta de nacimiento o por mandamiento judicial, sin más trámite.

Cuadro 5.1 Prestaciones y pensiones de los policías preventivos y complementarios de la CDMX

PRESTACIONES	CAPREPOL (caja de previsión social de la policía preventiva del D. F)		CAPREPA (caja de previsión de la policía auxiliar del D. F)
	Policía preventiva	Policía Bancaria Industrial	Policía auxiliar del D. F
Pensión por jubilación	✓	✓	✓
Por edad y tiempo de servicio	✓	✓	✓
Cesantía en edad avanzada	✓	✓	✓
Por invalidez ajena al servicio	✓	✓	X
Invalidez total o parcial del servicio	✓	✓	✓
Invalidez no laboral	X	X	✓
Pensión por muerte e invalidez por riesgo de trabajo	✓	✓	✓
Pensión por muerte por causas ajenas al servicio	✓	✓	✓
Pensión por muerte en actos de servicio	✓	✓	✓
Transmisión de pensión por fallecimiento del causante	✓	✓	✓
Indemnización por retiro voluntario	✓	✓	✓
Pago de defunción	✓	✓	✓
Gastos funerarios	✓	✓	✓
Créditos hipotecarios	✓	✓	X- subsidio al programa de vivienda
Préstamos a corto plazo	✓	✓	✓
Póliza de seguro de vida	✓	✓	Fondo de ahorro
Sistema de ahorro para el retiro	✓	✓	Fondo de ahorro
Aguinaldo	✓	✓	✓
Prima vacacional	✓	✓	✓
2 periodos de vacaciones	✓	✓	✓
Vales de despensa	✓	✓	✓
Becas escolares	✓	✓	✓
Servicio médico Integral maternidad.	✓	✓	✓

El esquema de seguridad social de los trabajadores de seguridad pública está fragmentado entre lo público y lo privado y puede definirse como un modelo subrogado. En el caso de los Policías Auxiliares como trabajadores pertenecientes al Estado, debieran de estar afiliados al ISSSTE, más no es así, ya que como mencioné anteriormente los policías auxiliares son un organismo que brinda servicios complementarios a los de Seguridad Pública y al mismo tiempo también brindan servicios privados, así lo menciona el siguiente entrevistado:

“Para tener el ISSSTE se necesitaba en aquel tiempo....mil millones de pesos y ninguno quería continuar y echarse el compromiso entonces, se pagaron las prestaciones establecidas....no quisieron y nos dejaron a CAPREPA. Entonces llegaron ofreciendo, haz de cuenta, para liquidarnos nos ofrecieron 10 mil, 6 mil pesos y 800 pesos para darnos cada mes. Ahorita en la actualidad nos dan 3800 pesos si me retiro por derecho de antigüedad, por 55 años de edad, nos dan 3800 pesos cada mes. Y tengo que irme a pelear con la policía Auxiliar para que me den mi retiro porque ahorita con mi salario me darían aproximadamente unos 260 mil pesos. En la policía ahorita, un policía auxiliar si se quiere retirar por antigüedad de su sueldo le ofrece como 100 mil pesos” (CALO-CAP)

Como se ha mencionado, como corporación, los elementos de la Policía Auxiliar están integrados al Registro Nacional de Seguridad Pública perteneciente al Sistema Nacional de Seguridad Pública. Sin embargo, se trata de un corporativo cuyos trabajadores tienen derechos laborales diferenciales que se enmarcan en un modelo de protección social a cargo de la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar del Distrito Federal.

5.2 CAPREPA: servicios y prestaciones

La CAPREPA se crea en 2001, como un organismo público descentralizado de la administración Pública del Distrito Federal que tiene la misión de “otorgar los servicios y prestaciones de previsión social a elementos de la Policía Auxiliar, jubilados, pensionados y sus derechohabientes, para contribuir al mejoramiento de sus niveles de vida (...) Así como determinar y cobrar el importe de las aportaciones, invertir los fondos y reservas en acuerdo con el Órgano de

Gobierno, administrar su patrimonio, adquirir los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus fines” (Silva, p. 383).

La CAPREPA está encargada de otorgar los servicios y prestaciones de previsión social, a que tienen derecho los elementos de la Policía Auxiliar, jubilados, pensionados y sus derechohabientes (cuadro 5.2 y Gráfica 5.3).

Los principales beneficios de este modelo se centran en proporcionar servicios médicos (1er, 2º y 3er nivel), incapacidad por lesión laboral, maternidad, jubilación, prestaciones económicas, vivienda, y servicios sociales, culturales y recreativos.

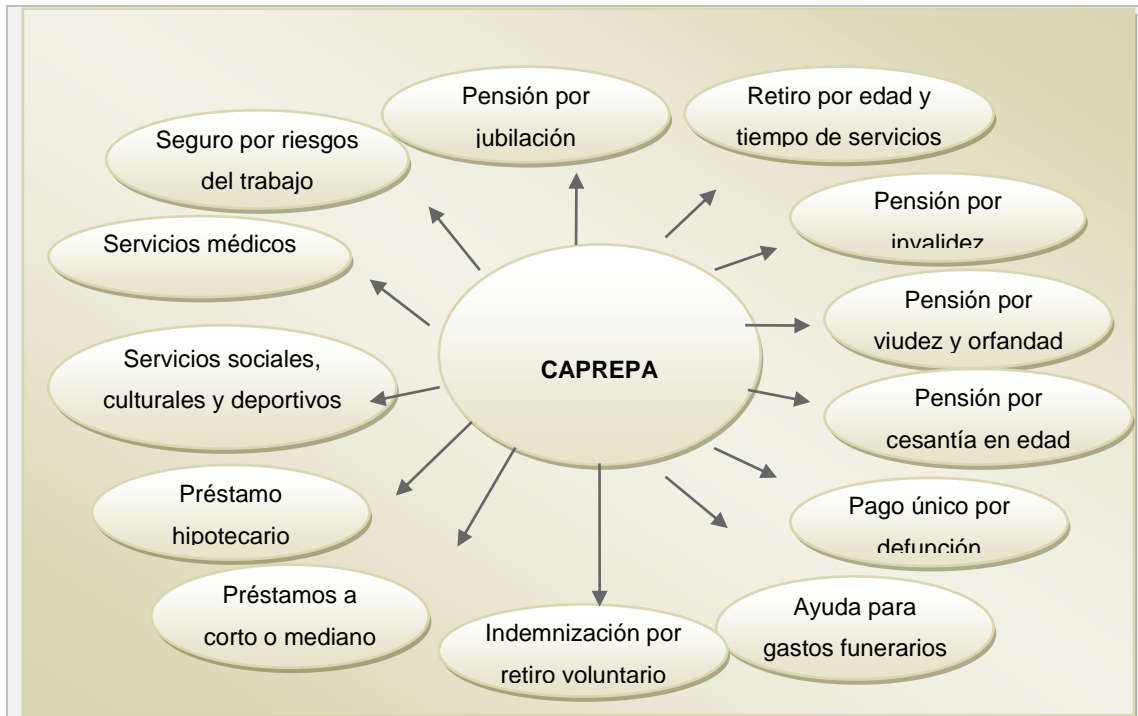
Tal como se muestra en el diagrama 5.1 entre los principales derechos se encuentran:

- El apoyo económico al PA la **separación voluntaria** del servicio activo en forma definitiva, a través de la autorización de la **indemnización** por retiro voluntario.
- El apoyo económico para **gastos funerarios** al familiar derechohabiente del PA o pensionado que fallezca y no haya utilizado los Servicios Funerarios que otorga la Caja.
- La promoción y la difusión para la realización de **eventos culturales** y recreativos, así como deportivos.
- El apoyo económico para el trámite de **préstamos hipotecarios**
- El apoyo para tramitar **préstamos** a corto plazo a los PA y los pensionados
- El apoyo para cubrir los gastos realizados al familiar derechohabiente por motivo de **fallecimiento** del elemento en el servicio activo, mediante el pago único por defunción.

- El apoyo para acceder a los **servicios de salud** del PA, pensionados y familiares derechohabientes, mediante la afiliación y actualización del Carnet Individual.
- La recuperación, corrección y/o prevención de **discapacidades** físicas a consecuencia de accidentes a los que estén expuestos durante el ejercicio de su trabajo a los elementos de la PA del Distrito Federal, a través de la validación médica para el otorgamiento de los aparatos de Prótesis u Órtesis.
- El reembolso de gastos médicos que hayan sido realizados por el PA, pensionado o derechohabiente en situaciones de **extrema urgencia**, para determinar mediante el análisis o estudio clínico.
- El servicio de **traslados en ambulancias** a los PA, pensionados o derechohabientes que pongan en riesgo su vida y salud o que por algún padecimiento estén imposibilitados para trasladarse por sus propios medios a sus citas de consulta externa o al tratamiento correspondiente, a través de la Red del Servicios de Emergencia y del apoyo del personal Técnico en Urgencias Médicas.
- La **dictaminación de los riesgos de trabajo** sufridos por los PA mediante el análisis médico con base a la enfermedad y del riesgo.
- La dictaminación del **estado de Invalidez** de los PA, mediante el análisis del expediente electrónico, la valoración de los médicos especialistas, estudios de laboratorio y gabinete.
- El apoyo al cumplimiento de los **servicios de salud subrogados** conforme a la prestación de los Servicios y a la supervisión diaria, trimestral y semestral.

- Los servicios de salud proporcionados por los Proveedores y Prestadores de Servicios Subrogados en Clínicas de Medicina Familiar, Hospital de Especialidades, Servicio de Hemodiálisis, Servicio de Oxígeno, Abasto de Medicamentos y Material de Curación, Servicio de Laboratorio y Gabinete.

Diagrama 5.1 Prestaciones de los elementos de la PA de la CDMX



Fuente: Caja de previsión de la PA del D. F. En Art. 18 de las reglas de operación del Plan de previsión Social de los miembros de la policía auxiliar del D. F.

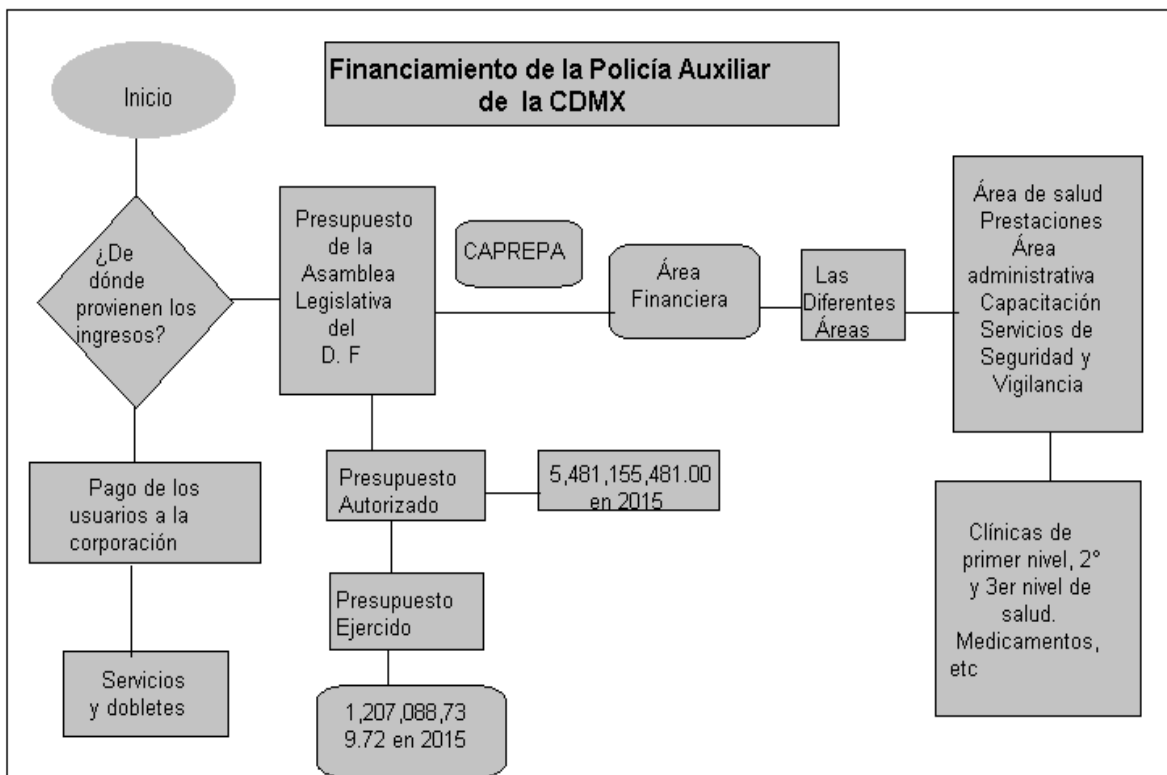
5.3 Financiamiento

El esquema de financiamiento de la CAPREPA anteriormente se manejaba como un modelo tripartita, ya que una parte o proporción del salario la pagaba el policía, la otra parte la corporación (Seguridad Pública-Policía Auxiliar) y por último, el Estado (gobierno de la CDMX).

En el esquema tripartita original, cada elemento de la policía auxiliar tenía cubierta una serie de necesidades en salud, por lo cual, debía cubrir una cuota obligatoria del 8% de su salario base para mantener el funcionamiento de la CAPREPA.

En el esquema de financiamiento original la corporación policiaca debía cubrir el 17.75% del salario base que cotizaban los policías para cubrir las necesidades mencionadas, así como riesgos del trabajo y el fondo para la vivienda.

Diagrama 5.2 Financiamiento de la Policía Auxiliar de la CDMX



Es relevante mencionar que el análisis de las entrevistas muestra inconsistencias con los documentos oficiales donde se describe del funcionamiento del mecanismo financiero de la CAPREPA. De acuerdo con los tomadores de decisión e integrantes de la PA, en la actualidad ha cambiado el mecanismo financiero, ya que se asevera que actualmente impera un esquema unipartita cuya fuente de financiamiento es pública y proviene de la partida presupuestal anual que asigna la Asamblea Legislativa de la CDMX.

“Es mentira eso de que es tripartita el financiamiento. Que la policía pague algo no paga nada. Que ellos hagan una tranza, pero a nosotros en un recibo jamás... llega un descuento ni de impuestos ni mucho menos nada nos dan” “desgraciadamente de lo que yo le comentaba desde el inicio de la corporación no hubo cuotas de aportación, por lo tanto ninguno de los elementos aporta. Hasta este momento aporta para su fondo de pensiones, sigue como está hace 15 o 20 años, en este momento. Y ahorita le explico porque no hay cuotas de aportación. Porque no se ha podido definir los conceptos que integran un sueldo base de cotización, presupuesto que nos dan obviamente que ya nuestra área financiera se encarga de ver qué porcentaje de ese presupuesto le corresponde al área de salud como en cada institución, qué porcentaje le corresponde al área de prestaciones, qué porcentaje le toca al área administrativa para efectos de sueldo y salarios del personal. Obviamente cada dirección, por ejemplo la de salud con su presupuesto pues va a distribuir cuánto es para las clínicas periféricas de primer nivel, cuánto es para el hospital de segundo y tercer nivel, cuánto es para medicamentos, cuánto es para esto, o sea todo lo distribuye. Pero es a base de un presupuesto que da el gobierno del D. F., de esa misma manera se pagan las pensiones. Las pensiones no se pagan conforme a la normatividad, conforme dicen las reglas no se pagan las pensiones porqué, porque no existe la parte correspondiente del elemento. La pensión se integra por dos fuentes de financiamiento que es el recurso que cada elemento, que cada trabajador guardó para su pensión y el recurso que está obligado el gobierno de darle a cada trabajador que deja de ser activo (CALO-CAP).

Si bien en términos formales (documentos, página institucional) se asevera que el financiamiento es tripartita y en el análisis de las entrevistas parece haber cambiado el esquema. Como se ha señalado, de acuerdo con las entrevistas a personal de nivel directivo, actualmente la fuente principal de financiamiento de la CAPREPA proviene del presupuesto asignado por el Gobierno de la CDMX, así como lo menciona el siguiente entrevistado:

-¿Entonces el único que está aportando es la institución o el Estado?

“El Estado. La institución tampoco aporta nada porque como no tiene definido el sueldo base de cotización no nos puede decir “haber del sueldo base de cotización 5 mil o 20 mil trabajadores, aquí está lo que le corresponde, pero con lo único que se está manejando

es con la aportación del gobierno del Distrito Federal, no hay porcentajes, es un presupuesto” (CALO-CAP).

Se puede decir entonces que la fuente de financiamiento es unipartita, es decir, a partir de una sola fuente de financiamiento. Por lo tanto, los servicios subrogados, así como servicios personales, materiales y suministros y servicios generales provienen del Gobierno de la Ciudad de México. Esto se observa en el anexo 5 (Ingresos de la PA).

Como se abordará con mayor detalle en el siguiente apartado, la CAPREPA contrata la provisión de servicios privados para usos de los PA, derechohabientes y pensionados. Es decir que es público el presupuesto, pero las clínicas son unidades médicas privadas, por lo tanto, la CAPREPA maneja un sistema de subrogación de servicios médicos.

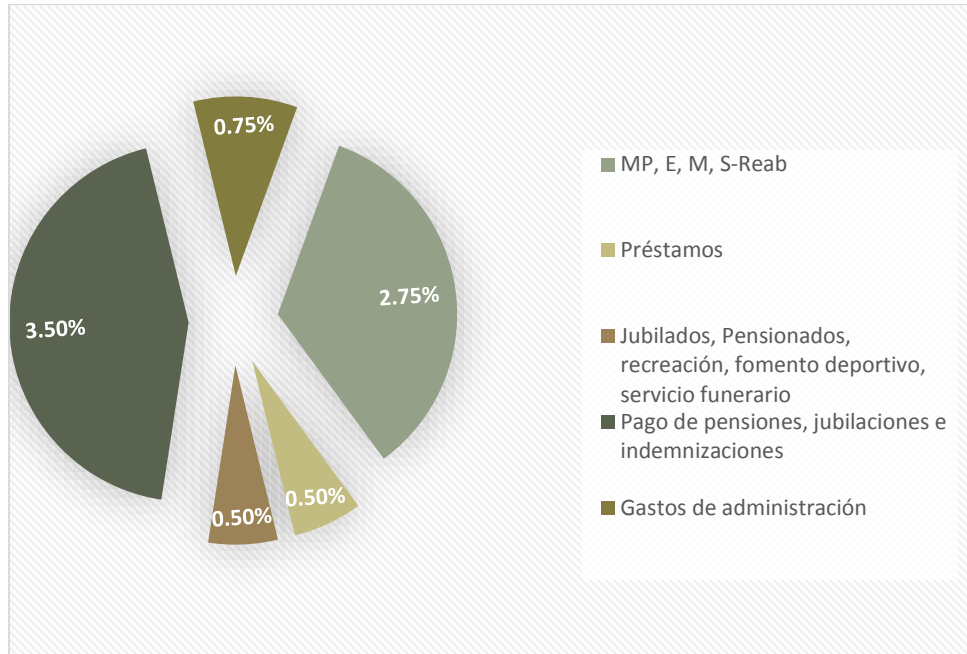
En lo que respecta al uso final de los recursos financieros se identificó que de la partida presupuestal asignada a CAPREPA vía Seguridad Pública, se realiza el pago de pensiones y jubilaciones, tal como lo menciona el siguiente entrevistado:

“La policía auxiliar desde que se creó no hubo una aportación para su fondo de pensiones, nunca desde que se creó la caja, desde que entraron los elementos a la institución nunca hubo un descuento para su fondo de pensiones. Por lo tanto no existe como en las otras instituciones de seguridad social, no existe una cuenta individual de cada uno de los elementos de sus aportaciones”.

De este porcentaje, el 2.75% se invertía en los gastos para cubrir los seguros de medicina preventiva (MP), enfermedades (E), maternidad (M) y servicios de rehabilitación física o mental (S-R). Mientras que el otro 5.25% se van a toda las prestaciones, como las prestaciones relativas a préstamos a mediano y corto plazo, servicios integrales de retiro a jubilados, pensionados, promociones culturales, fomento deportivo, recreación y servicios funerarios, el pago de pensiones, jubilaciones e indemnizaciones y los gastos de administración de la

caja (Reglas de operación del plan de previsión social de los miembros de la PA del D. F).

Gráfica 5.1 Distribución presupuestal de CAPREPA de acuerdo con la política y normatividad (mecanismo financiero formal)



5.4 Beneficiarios de CAPREPA

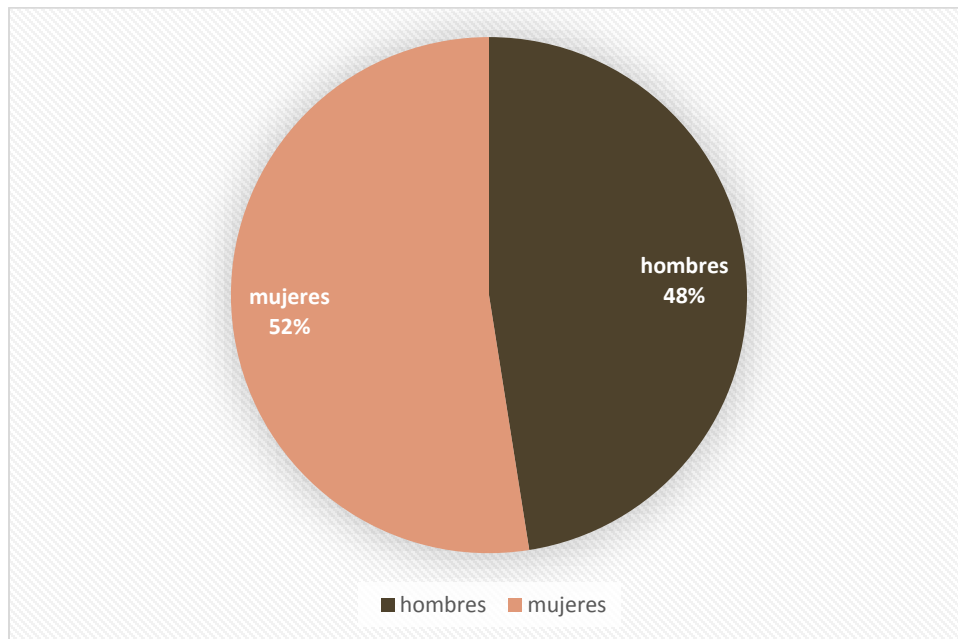
De acuerdo con la Dirección de servicios de salud de CAPREPA, en 2015, la CAPREPA brindaba cobertura a un total de 96,911 derechohabientes. En el periodo 2013-2015, se documentó que del total de población afiliada a esta caja, el 67% está conformada por familiares de PA, alrededor del 30% son trabajadores en activo o dados de alta y el 4% son elementos que se encuentran pensionados por la Caja de previsión social (ver gráfica 4.4). Así mismo, el 52% (50,872) de los derechohabientes son mujeres, mientras que el 47.5% (46,039) son hombres (ver gráfica 5.2. lo cual también indica que las mujeres presentan mayor riesgo a alguna enfermedad y que por ende utilizan los servicios de salud.

Cuadro 5.2 Derechohabiencia 2013-2015

Tipo	2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No.	%
Elementos	28,570	30.1%	28,744	29.61%	28,552	29.47%
Pensionados	2,922	3.08%	3,522	3.63%	4,006	4.13%
Beneficiados	63,433	66.82%	64,793	66.76%	64,353	66.40%
Total de derechohabientes	94,925	100	97,059	100.00%	96,911	100.00%

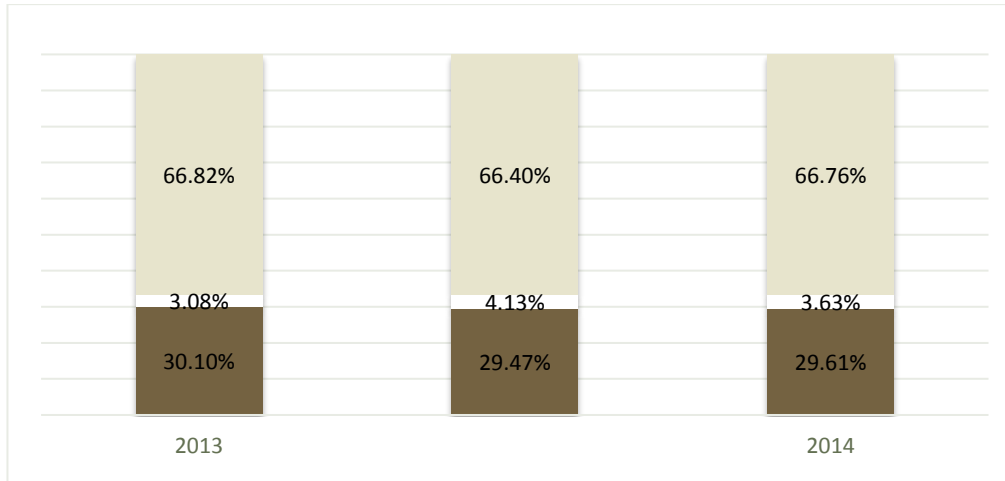
Fuente: Informe de actividades reportadas por la dirección de servicios de salud 2013-2015.

Gráfica 5.2 Derechohabiencia por genero



Fuente: Informe de actividades reportadas por la dirección de servicios de salud 2013-2015.

Gráfica 5.3 Derechohabiencia de elementos, pensionados y beneficiarios 2013-2015



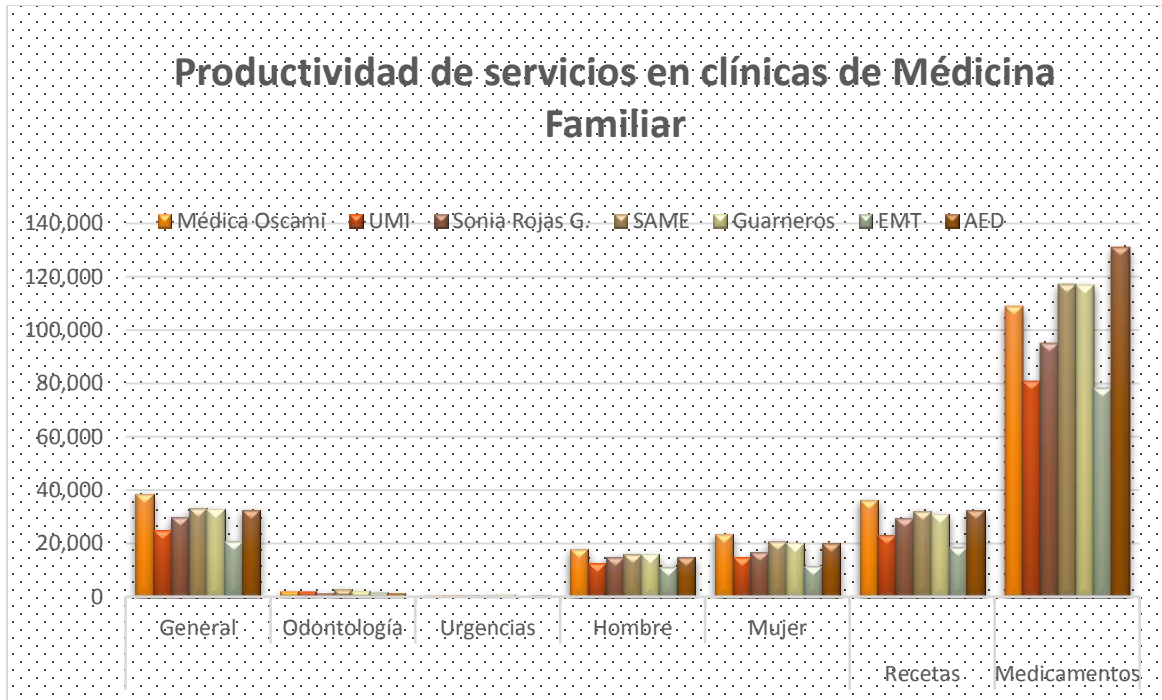
Fuente: CAPREPA. Informe de actividades reportadas por la dirección de servicios de salud 2013-2015.

En términos de números absolutos se observa que para el 2015, se tenían registrados un total de 28,552 policías auxiliares en activo, 4,006 pensionados y un total de 64, 353 familiares que son derechohabientes de la CAPREPA y como se observa en la tabla 4.5 no hay mucha diferencia respecto a años anteriores.

Así mismo podemos identificar que casi el 3% de la población anterior es pensionado (a), y el 66% es una población beneficiaria de los servicios de salud. Es decir que quienes usan con mayor frecuencia los servicios médicos integrales son los familiares de los elementos y estos, sólo por emergencias son utilizados, ya que como se menciona en el apartado de seguridad social, los elementos generalmente no asisten al médico a menos que sea por urgencia médica (30%). De este 99% que es beneficiario de los servicios de salud, la mayor parte se concentra en consultas de tipo general, en mujeres en la clínica Oscami. Lo cual resulta particularmente interesante ya que esta clínica beneficia a los derechohabientes de Iztapalapa, la cual es una de las delegaciones más sobrepobladas de la Ciudad de México. Sin embargo, resulta contradictorio con la

repartición de medicamentos, ya que la clínica que más medicamentos surte es la clínica de Alta Especialidad y Diagnóstico (ver gráfica 5.4).

Gráfica 5.4 Productividad de servicios en clínicas de Medicina Familiar



Fuente: CAPREPA. Informe de actividades reportadas por la dirección de servicios de salud 2013-2015

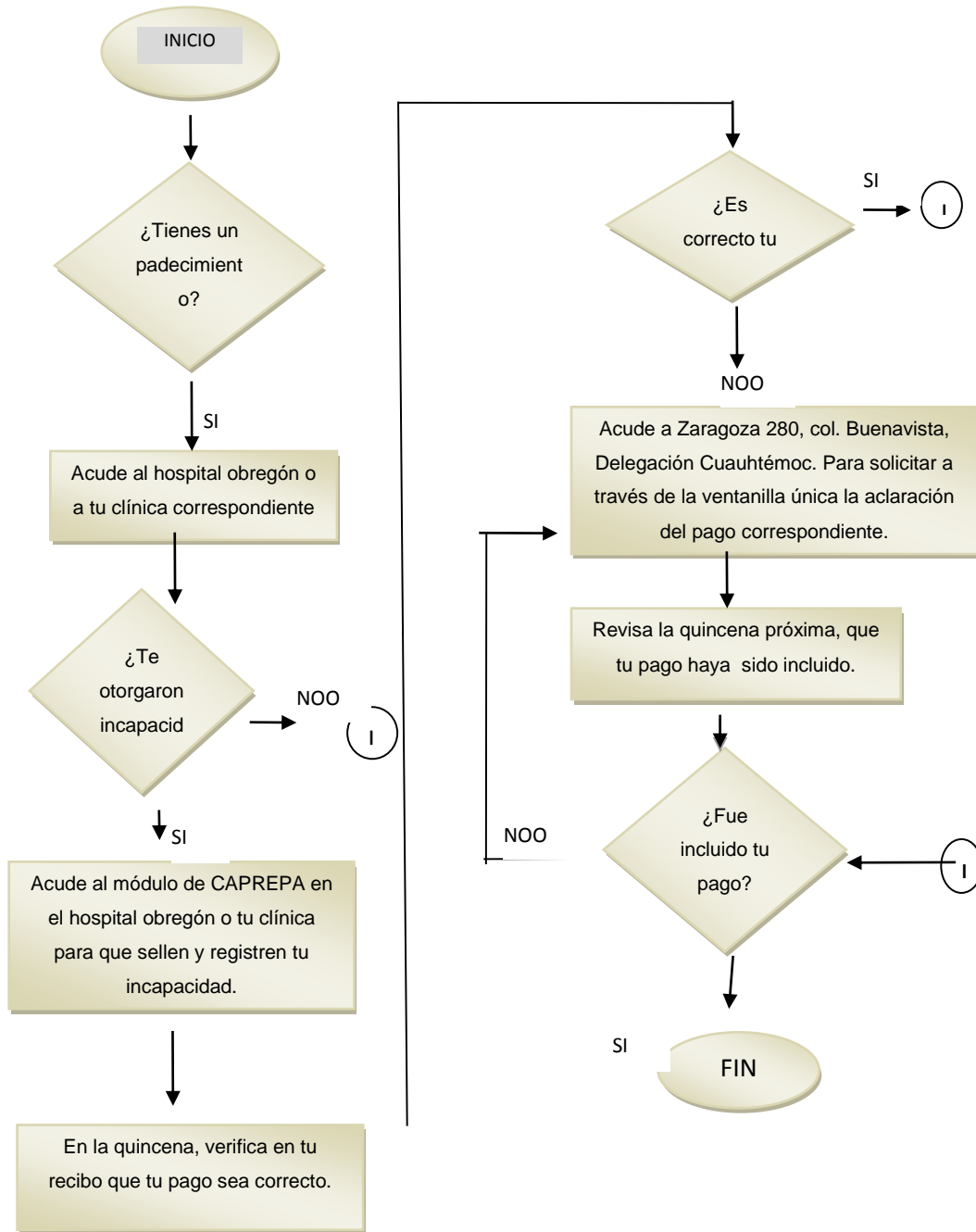
5.5 Sistema de incapacidad de CAPREPA

Así mismo, la CAPREPA maneja un sistema de incapacidad que se deriva del modelo de financiamiento de subrogación de servicios y que además sigue siendo un derecho que tiene el PA, sin embargo sólo se otorga por riesgo de trabajo y está limitado por características que la caja dispone.

De acuerdo al Artículo 41 de las reglas de operación del plan de previsión de social de los miembros de la Policía Auxiliar del D. F.- serán tomados como riesgos de trabajo, “los accidentes y enfermedades a que están expuestos los elementos en el ejercicio o con motivo del trabajo”. Así como, “toda lesión orgánica

o perturbación o la muerte producida repentinamente en el ejercicio o con motivo del trabajo cualquiera que sea el lugar y el tiempo en el que se preste, así como aquellos que ocurran al elemento al trasladarse directamente de su domicilio al lugar en el que desempeñe su trabajo o viceversa” (Reglas del plan de previsión social de los miembros de la PA). Y las enfermedades que están señaladas por las leyes de trabajo.

Flujograma 5.1 Procedimiento de incapacidad del PA en la CAPREPA



Fuente: Reglas de operación del plan de previsión social de los miembros de la policía auxiliar del D. F.

5.6 El acceso a servicios de salud de CAPREPA

Si bien la CAPREPA se conforma como un mecanismo de protección social que cubre ciertos beneficios en materia de atención a la salud, es muy relevante señalar que en términos operativos existe una diferenciación de las funciones, particularmente en lo que respecta a la provisión de servicios de salud. Es decir, que la CAPREPA funge como una instancia administrativa alterna que asume las funciones de regulación y financiamiento, sin embargo, se deslinda de una función prioritaria como es la provisión de servicios de salud. Por lo tanto, se trata de un esquema subrogado, en tanto la CAPREPA compra servicios de salud que son provistos por agentes privados.

A partir de este esquema subrogado se brindan servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención. Los servicios de primer nivel los componen siete clínicas localizadas en diferentes zonas de la Ciudad de México las cuáles son las siguientes; Clínica de Especialidades médicas Tlalnepantla, clínica Same, clínica Médica Oscami, clínica de Especialidades Guarneros, clínica de alta especialidad y diagnóstico, clínica Sonia Rojas García y la Unidad de Medicina Integral (Ver tabla 1). El servicio de segundo y tercer nivel se compone por el hospital Obregón localizado en la delegación Cuauhtémoc. Siendo todos estos de uso privado.

Cuadro 5.3 Directorio de Clínicas de Medicina Familiar y Atención Médica Integral y de Especialidades.

Clínicas	Domicilio
Especialidades Médicas Tlalnepantla	Allende No. 12, Colonia Tlalnepantla Centro, C.P. 54000, Tlalnepantla, Estado de México.
Clínica Same	Av. Cuauhtémoc No. 15, Colonia San Miguel Jacalones, Chalco, C.P. 56600, Estado de México.
Clínica Médica Oscami	Calzada Ermita Iztapalapa No. 2222, Colonia Constitución de 1917, Delegación Iztapalapa, C.P. 09260, México, D.F.
Clínica de Especialidades Guarneros	Av. Ignacio Pichardo Pagaza esq. Valle de los Toltecas No. 70, Colonia Fuentes de Aragón, Ecatepec, C.P. 55210, Estado de México.
Alta Especialidad y Diagnóstico	Calle Av. Pancho López No. 294, Colonia Benito Juárez, C.P. 57000, Nezahualcóyotl, Estado de México.
Clínica Sonia Rojas García	Excélsior No. 86, Colonia Industrial, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07800, México, D.F.
Unidad de Medicina Integral (UMI)	Dr. Carmona y Valle No. 135, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, México, D.F.
Hospital Obregón	Álvaro Obregón Nos. 123, 125 y 127, Colonia Roma, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06700

Fuente: Consultado en el Portal ciudadano del Gobierno del D. F. <http://www.caprepa.df.gob.mx/clinicas.php>.

Estos servicios médicos son pagados por parte de CAPREPA, y ésta contrata las unidades privadas de salud y los hospitales para brindar el servicio a los trabajadores y sus derechohabientes (ver tabla 1 de Directorio de clínicas familiares). Los servicios médicos que reciben los policías, pensionistas y familiares derechohabientes, son costeados por la Caja, en forma directa o por medio de contratos y convenios que para tal efecto se establezcan para este fin de conformidad con lo establecido en la Ley de Adquisiciones para el Distrito Federal y el Plan de Previsión de los miembros de la Policía Auxiliar del Distrito Federal (art. 94 de las reglas de operación de CAPREPA).

Los entrevistados reportan indicadores de tiempo de espera, de acceso al servicio médico, la disponibilidad y la calidad de la consulta como adecuados. Sin embargo, como malo el acceso al servicio médico de segundo y tercer nivel, el tiempo de la consulta, el tiempo de acceso a los exámenes, tratamiento, rehabilitación, etc. Para ellos, esto es muy parecido a los que maneja el ISSSTE y el IMSS, porque pueden llegar a empeorar su enfermedad o padecimiento antes de que el servicio médico les proporcione el tratamiento y los exámenes.

“cuando tú tienes alguna dolencia, tu llegas y rápido te atienden. La atención de segundo nivel es la misma...te revisan, y te pasan rápido. Por ejemplo cuando voy a una consulta de primer nivel, obviamente tarda pues dependiendo de la población que haya. Pero por ejemplo si necesitas una cirugía, te la dan para varios meses” (poli 10).

5.7 Análisis del Perfil patológico del PA

Actualmente las enfermedades crónicas constituyen un serio problema de salud Pública dada su alta prevalencia, cerca del 60% de las causas de mortalidad en la población adulta mexicana muere por esta causa (INEGI, 2016).

Es por ello que se realizó una investigación y análisis de la mortalidad en PA para denotar la diferencia entre la población general y un grupo específico de trabajadores como los PA. En base a la revisión que se hizo sobre los documentos e informes que la Dirección de salud presentó a la CAPREPA se encontró una aproximación del perfil patológico de mayor frecuencia en los servicios de primer nivel de los PA del sector 69 del D.F. d y se identificaron 10 principales padecimientos y patologías, las cuales fueron los más frecuentes en los servicios de primer nivel en los años 2013-2015.

Cuadro 5.4 Las 10 principales enfermedades presentes en las unidades de primer nivel en 2013-2015.

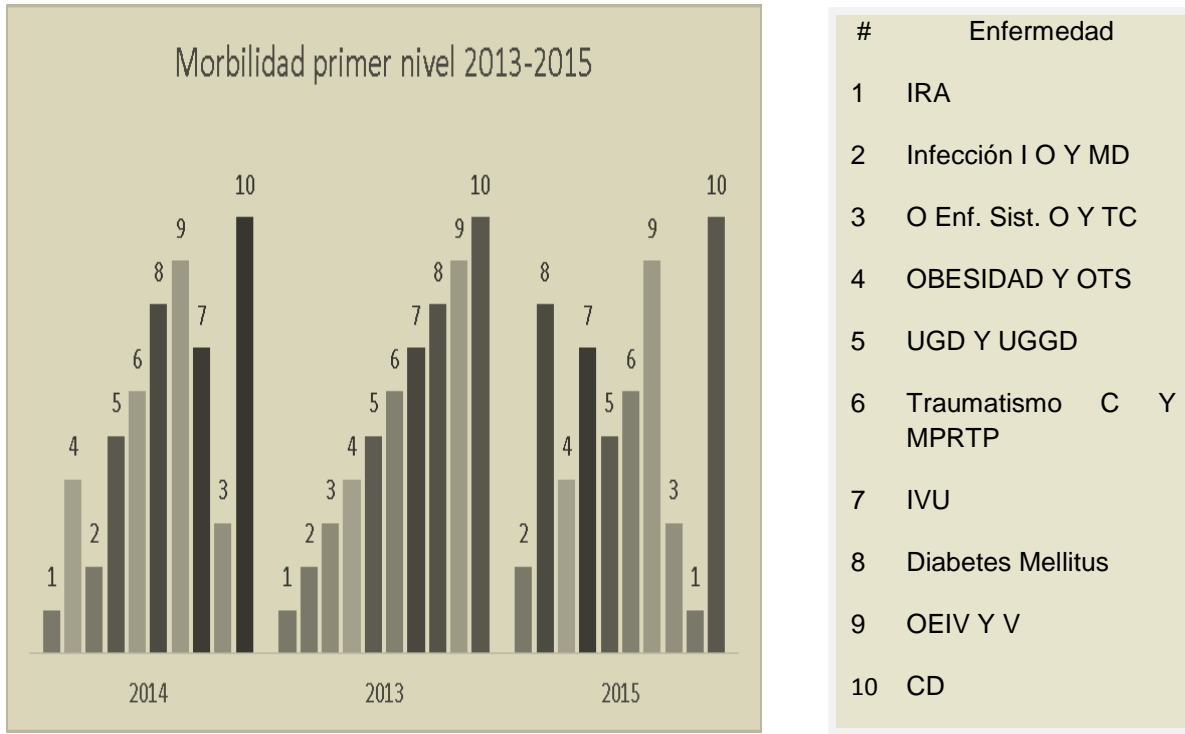
#	2013	2014	2015
1	Infecciones respiratorias agudas (IRA)	IRA	IIO Y MD
2	Infección intestinal por otros organismos y las mal definidas (IIO Y MD)	OBESIDAD Y OTS	Diabetes mellitus (DM)
3	Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (OESO Y TC)	IIO Y MD	OBESIDAD Y OTS
4	Obesidad y otros tipos de sobrealimentación (OBESIDAD Y OTS)	UGD) Y UGGD	(IVU
5	Úlcera gástrica, duodenal y úlcera Gastroyeyunal, gastritis y duodenitis (UGD Y UGGD)	TC Y MPRT	UGD Y UGGD
6	Traumatismo de la cadera y del músculo, pierna, rodilla, tobillo y pie (TC Y MPRT)	DM	TC Y MPRT
7	Infección de las vías urinarias de sitio no especificado (IVU)	OEIV Y V	OEIV Y V
8	Diabetes mellitus (DM)	IVU	OESO Y TC
9	Otras enfermedades inflamatorias de la vagina y de la vulva (OEIV Y V)	OESO Y TC	IRA
10	Caries dental (CD)	CD	CD

Fuente: Reporte de morbilidad de clínicas de primer nivel 2013, 2014 y 2015

Como se muestra en la tabla 11 sobre las principales enfermedades que se presentan en las unidades de primer nivel, como las principales causas de visita al médico aparecen las infecciones respiratorias e intestinales durante los primeros dos años, mientras que en el 2015 pasan de las infecciosas a las crónicas de un momento a otro con las enfermedades derivadas de la sobrealimentación y el sedentarismo, la obesidad pasó a ser la segunda causa de

padecimiento crónico en la población beneficiaria de los servicios de primer nivel, así como la diabetes mellitus.

Gráfica 5.5 Morbilidad en unidades de primer nivel (clínicas privadas donde CAPREPA garantiza el servicio) 2013-2015.



Mientras que en los servicios de segundo y tercer nivel de atención se tuvieron 12,279 urgencias médicas, lo que demuestra el poco control que tiene la CAPREPA sobre el acceso y la morbilidad de la población de la PA, derechohabientes y pensionados. Ya que generalmente los servicios de urgencia médica se derivan de la necesidad que la población beneficiaria tienen sobre ciertos servicios en especial y sobre todo ya al momento de padecer alguna molesta y/o síntoma de alguna enfermedad o patología.

Es decir que a pesar de todo, las enfermedades infecciosas no desaparecen del todo, se mantienen y las Enfermedades Crónicas Degenerativas pasan a ser y a

ocupar los primeros lugares de enfermar. Como se observa en la tabla en 2015, la diabetes de estar en el octavo lugar pasó a ser la segunda causa de enfermar, mientras que la obesidad se mantuvo en el mismo lugar. Así mismo, surgen las enfermedades que son ocasionadas por las malas condiciones de vida y de trabajo, las enfermedades causadas por la mala alimentación, los sobrepesos, el desgaste físico conllevan a generar estos llamados:

“Traumatismo de la cadera y del músculo, pierna, rodilla, tobillo y pie” y las enfermedades como la gastritis y la colitis.

Cuadro 5.5 Hospitalización, defunción y nacimiento Enero-Septiembre de 2015.

Concepto		Hospitalización			Defunciones	Nacimientos	Cirugías		
1	Especialidad	H	M	Total			Hombre	Mujer	Total
		1,464	1,959	3,423	151	456	703	1,434	2,137

Fuente: Informe de actividades Septiembre 2015 del hospital Obregón

En el hospital de segundo y tercer nivel, de Enero-Septiembre de Septiembre del año pasado se hospitalizó a un total de 3,423 pacientes, se tuvieron 456 nacimientos y se realizaron 2137 cirugía. Se reportaron 151 defunciones, de los cuáles 36 fueron por hemodiálisis ya sea por diabetes, hipertensión arterial, etc que le produce un daño al riñón.

De acuerdo a la Dirección de Salud de CAPREPA (2013-2015), el total de consultas que se dieron en 2015 fue de 82,738, 349,333 en medicamentos, 24,240 estudios de gabinete, etc. Es decir que los principales servicios que brinda el hospital de 2do y 3er nivel son de medicamentos, estudios de gabinete, cirugías, estudios de laboratorio, etc.

Cuadro 5.6 Consultas y servicios de especialidad 2015.

Concepto		Consultas			Recetas	Medicamentos	Laboratorio	Gabinete
1	Especialidad	Hombre	Mujer	Total				
		31,857	50,881	82,738	102,040	349,333	46,881	24,240

Fuente: Informe de actividades Septiembre 2015 del hospital Obregón

Estos valores muestran que los servicios se están exigiendo y que además para la cantidad de personas que solicitan los servicios siguen siendo necesarios los servicios médicos de tercer nivel, así mismo se observa que la población beneficiaria de estos necesita una mayor cobertura y accesibilidad al tratamiento de enfermedades infecciosas y Crónicas Degenerativas ya que como se investigó, siguen en aumento.

Cuadro 5.7 Diferencias entre las Instituciones de seguridad social

Grupos de policías	Instituciones	Servicios	Otros mecanismos de protección	Mecanismos complementarios seguros médicos privados
Preventivos	ISSSTE/CAP REPOL	Pensión por jubilación, de retiro por edad y tiempo de servicio, por invalidez o muerte por riesgo de trabajo, por causa de muerte, cesantía en edad avanzada, indemnización por retiro, pago por defunción y gastos funerarios, fondo de vivienda, préstamos a corto y mediano plazo, servicios médicos.	Seguro de invalidez y vida El ISSSTE ofrece servicios de seguro de salud, atención médica preventiva, atención curativa, y de maternidad, rehabilitación física y mental. Servicio de atención para el bienestar y desarrollo infantil	Seguro de vida
Auxiliares	CAPREPA	Pensión por jubilación, pensión de retiro por edad y tiempo de servicio, por invalidez, por viudez y orfandad, por cesantía en edad avanzada, pago único por defunción, ayuda por gastos funerarios, indemnización por retiro voluntario, préstamos a corto y mediano plazo, préstamos hipotecarios.	Seguro de riesgos de trabajo. Servicio funerario	Servicios de 1er, 2do y 3er nivel de salud son privados. Oxígeno terapia Traslados Cirugías
PBI	CAPREPOL	Pensión por jubilación, de retiro por edad y tiempo de servicio, por invalidez o muerte por riesgo de trabajo, por causa de muerte, cesantía en edad avanzada, indemnización por retiro, pago por defunción y gastos funerarios, fondo de vivienda, préstamos a corto y mediano plazo, servicios médicos.		Servicio médico integral atención de 1er, 2do y 3er nivel. Reembolso de gastos médicos de urgencia

5.8 Reflexiones finales del capítulo

En este capítulo se proporcionó un panorama general del modelo de protección social con el que cuentan los policías auxiliares de la CDMX. Se trata de un modelo de protección social en salud caracterizado por una fragmentación de sus funciones. Particularmente, hay una separación de la función que corresponde a la provisión de los servicios médicos. Aunque se requiere dar seguimiento y profundizar en torno a este tema se pueden vislumbrar algunas de las potenciales implicaciones que puede tener la subrogación de los servicios. Cabe señalar algunas de las implicaciones que se derivan de la subrogación de la provisión de los servicios:

- El poco control que hay sobre las enfermedades Crónico-Degenerativas
- No se cuenta con un sistema donde se deriven las aportaciones de seguridad social del trabajador.
- Hay una posible desvinculación entre los servicios médicos de primer, segundo y tercer nivel de atención.
- Una desvinculación que afecta a los protocolos de atención, de referencia y contra-referencia de pacientes y usuarios de los servicios.
- Este tipo de esquemas contribuye al debilitamiento de los servicios, desfinanciamiento del servicio público de salud en México.
- Hay un detrimento de la calidad de atención y fomenta el desinterés por fomentar este esquema.
- Reduce el esquema preventivo de las enfermedades.
- El poco interés por parte de la PA por asistir y permanecer dentro del sistema de seguridad social. Es por ello que al final terminan por no confiar en el sistema y se van a los servicios privados.
- El gestiona el sentido financiero de la seguridad social. Se privatiza la función del Estado.

- Se trasladan recursos a las diferentes unidades médicas privadas pero no mejoran los servicios.
- Con este sistema de subrogación de servicios médicos se está implementando una visión privada y materialista de la salud.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

La tesis presente contribuyó a evidenciar que los Policías Auxiliares del Sector 59, como trabajadores de un organismo complementario de la seguridad pública, enfrentan riesgos en salud y un desgaste gradual en el ejercicio cotidiano de sus actividades laborales, viven condiciones laborales particulares, y presentan un esquema diferenciado de seguridad social y de acceso a los servicios de salud, en su conjunto, estas condiciones laborales se configuran como determinantes del proceso salud-enfermedad de este colectivo.

En el marco de la investigación se elaboró un modelo conceptual que proporcionó herramientas para analizar la relación que existe entre el proceso de salud/enfermedad y los múltiples determinantes que están interactuando en el ámbito productivo. Para la elaboración del modelo se recuperaron los aportes conceptuales derivados tanto de la medicina social como de la epidemiología ocupacional. La integración de ambas perspectivas permitió analizar condiciones que no se remiten sólo a la identificación de factores de riesgo sino a la exploración de determinantes sociales más amplios que también están inmersos en la esfera productiva.

Se considera que los resultados más relevantes del estudio permiten reflexionar en torno a tres ejes de discusión: el primero tiene que ver con los determinantes de la esfera del trabajo que influyen en el proceso salud-enfermedad de los policías auxiliares; y en segundo lugar se realiza la reflexión en torno a las condiciones de acceso a los servicios de salud; y el tercer eje corresponde al tema de estudio y su importancia para la promoción de la salud.

6.1 La salud, el trabajo y sus determinantes sociales en el caso de los PA

Particularmente, el estudio contribuyó a caracterizar las condiciones laborales en que trabajan los policías auxiliares. En un primer acercamiento, se desglosaron las condiciones particulares del trabajo desempeñado por el Policía Auxiliar y se documentó su impacto en el continuo de la salud-enfermedad. Entre las condiciones laborales más relevantes que se documentaron en el marco de la investigación figuran: a) trabajar largas jornadas organizadas en turnos prolongados (rango de 12-72 horas seguidas) que paulatinamente van moldeando el desgaste, estrés y fatiga o cansancio que se expresa en la corporeidad de este grupo de trabajadores; b) se evidenció la constante desigualdad que se suscita en el medio policial a partir del argumento de la “*necesidad del servicio*” (forma coloquial que utiliza la autoridad para prolongar la jornada de trabajo y modificar otros rubros de actividad), dinámica de flexibilidad laboral que no sólo acentúa el proceso de desgaste del trabajador sino también incrementa los riesgos en salud en el trabajo; c) se documentó que en la organización de la policía auxiliar se carece de un salario base, es inexistente un tabulador de salarios de acuerdo con la provisión del servicio y finalmente quien establece el monto final del pago es la empresa contratante (en mutuo acuerdo con la administración de la institución policial), condiciones que en su conjunto acentúan la precariedad laboral y limitan el acceso a una remuneración económica digna que permita adquirir satisfactores básicos en la esfera de las condiciones de vida.

Este último aspecto que se expresa en la carencia de un salario fijo, coloca a los PA en una condición laboral particular respecto a otros organismos de seguridad pública que generalmente cuentan con un salario base (por ejemplo, la policía preventiva). Asimismo, las condiciones desiguales en que se realiza el pago de la fuerza de trabajo necesariamente determinan la forma en que los trabajadores acceden al ámbito del consumo o la esfera de las condiciones de vida. Por lo tanto, las singularidades de la condición contractual del PA marcan el modo de

vida que cada uno tiene, el acceso a los servicios de salud, el acceso a una vivienda digna, la educación, en general, el bienestar de sí mismo y de su familia.

Por otra parte, el análisis también permitió identificar que los integrantes de la PA, frecuentemente enfrentan limitaciones en lo que concierne a la capacitación profesional para el trabajo vinculado en la seguridad pública, ya que el curso de preparación sólo dura 1 mes; y posteriormente, acuden a capacitaciones anuales para actualización de funciones. No obstante, se considera que estas capacitaciones son limitadas porque los contenidos no garantizan el buen ejercicio de la función policial, ya que persiste una importante brecha con lo que ocurre en el campo de trabajo y el ejercicio de las actividades laborales cotidianas.

Asimismo, se evidenció que en la CDMX se han hecho esfuerzos para fortalecer la profesionalización de la actividad policial, pero éstos se remiten a ampliar el nivel de estudios (de secundaria a medio superior), así como al cumplimiento de un perfil básico de contratación (físicas, médicas-clínicas, resistencia, psicológicas). En este sentido parece que la profesionalización policial en nuestro contexto se remite a la implementación de criterios de “selección de personal”. Sin embargo, es relevante tomar en cuenta que en otros países se ha buscado impulsar la profesionalización de los policías, lo cual, en términos formales hace referencia a un proceso formativo continuo que tiene la finalidad de potencializar las capacidades para mejorar las dinámicas relacionales que se entablan con los ciudadanos, favorecer la organización de los equipos policiales, incluir sistemas de incentivos, impulsar estructuras con dirección participativa, y sobre todo realizar las actividades de seguridad pública con principios y valores éticos apegados a una normativa anticorrupción y a las perspectivas de derechos humanos y equidad de género (Martín M., 1992). La recuperación de estas propuestas que apelan a la profesionalización de la actividad policial puede contribuir a diseñar e implementar futuras estrategias orientadas a la promoción de capacidades humanas en los grupos policiales que confluyen en nuestro contexto.

Paralelamente, la presente investigación permitió explorar aspectos relevantes que se vinculan con la organización del trabajo y las condiciones del medio laboral donde se identifican los factores de riesgo, es decir, las causas más proximales del proceso de desgaste, la enfermedad y muerte. Siguiendo con las propuestas de la epidemiología ocupacional, se documentó que los PA desempeñan sus actividades en constante aguante de equipo pesado, lo cual, combinado con la actividad estática de pie representan un riesgo ergonómico que deforma el sistema músculo-esquelético. La actividad policial en la vía pública implica riesgos para el policía auxiliar, particularmente por la constante exposición a padecer accidentes por vehículos automotores, éstos son la causa más proximal de muerte y afectación de la salud. Como se señaló en este trabajo, en los últimos seis años han sido atropellados 1180 policías, y en la CDMX cada dos días un policía es atropellado, y la mayor parte de las víctimas son mujeres (Merker D., 2017).

De igual manera, se considera que en el contexto actual, las actividades en seguridad pública implican el desarrollo de una actividad que coloca a los PA en una condición de vulnerabilidad y riesgo porque determina la exposición constante a situaciones de violencia o al enfrentamiento con organizaciones de la delincuencia. Como se señaló en este trabajo, en la actualidad se reportan 231 policías y agentes de tránsito por cada 100,000 habitantes mientras que la CDMX alcanza un máximo de 678.4 policías cifra mucho más alta que en la mayor parte de las entidades de la República. Cabe señalar que el número de policías por habitante es mucho mayor que el número de médicos por 100,000 habitantes (156). En la última década ha habido un crecimiento sostenido del número de contrataciones de efectivos que pertenecen a los diferentes organismos de seguridad pública, sin embargo, en México no se ha logrado incidir en los índices de los delitos de alto impacto. En el caso de la CDMX, los delitos se han incrementado de manera exponencial en los últimos años; por ejemplo, los homicidios dolosos, pasaron de 15 a 18 por cada 100,000 habitantes y los robos con violencia de 32 a 39 por cada 100,000, violaciones, robo a casa habitación, etc. Esta creciente problemática de inseguridad no sólo afecta a la ciudadanía sino

también determina la exposición de riesgos de los policías auxiliares, quienes se ven constantemente rebasados por el incremento de delitos en las áreas de trabajo que les son asignadas.

Por otra parte, la investigación permitió explorar un ámbito fundamental para el campo de la promoción de la salud: los estilos de vida. Éstos hacen referencia a las formas culturalmente establecidas de vivir y que a su vez están determinadas por las condiciones materiales de existencia (Possas C. 1972). Los estilos de vida implican un conjunto de patrones de comportamiento identificables y relativamente estables en el individuo que resultan de la interacción entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida y trabajo de los grupos.

Entre los principales estilos de vida que se identificaron en este estudio se encuentran; a) el sedentarismo que se caracteriza por la falta de actividad física durante la jornada laboral o el desempeño del trabajo sentado o de pie en la vía pública; b) el escaso tiempo que utilizan para el descanso y para la realización de actividades recreativas, lo cual implica que los patrones de vida se modifican al ingresar como policías y por ende se transforman de forma negativa; c) y la mala alimentación. La interrelación de estos tres elementos tiene un impacto negativo en el proceso salud-enfermedad del policía auxiliar, lo cual se expresa entre otros aspectos en la mayor predisposición de presentar sobrepeso, obesidad y diabetes. En el grupo de PA que participaron en este estudio se identificó que 2 de cada 10 elementos tienen exceso de peso, y 5 de 10 elementos tienen obesidad grado 1.

En general, los policías entrevistados no hacen ejercicio, de acuerdo con ellos “el trabajo no da tiempo para comer bien ni realizar actividad física”; y su alimentación está basada en alimentos altos en grasa, carbohidratos y azúcares, los cuáles han generado síndromes metabólicos, enfermedades crónico-degenerativas y trastornos psicosomáticos (ansiedad, depresión). Sumado a lo anterior, el estudio permitió identificar que los policías entrevistados frecuentemente mantienen hábitos de consumo de sustancias nocivas (alcohol, tabaco y otro tipo de

sustancias psicotrópicas) para mantenerse estimulados y realizar las funciones policiales.

Estos hábitos y comportamientos identificados en el policía auxiliar son modificables y desde la promoción de la salud se pueden realizar acciones relevantes para mantener estilos de vida saludables e incidir en el impacto en la salud. Estudios realizados sobre los estilos de vida mencionan que las conductas o los patrones de comportamiento son modificables a tal grado de disminuir el impacto en su salud. Es decir que si se realiza actividad física, se mantienen una alimentación adecuada, se evita consumir sustancias nocivas que generen adicciones y continuamente se asiste a los servicios de salud, se dice que se mantienen buenos hábitos de vida.

6.2 Caracterización general sobre el modelo de protección social y las condiciones de acceso a los servicios de salud de los policías auxiliares

En esta investigación se realizó una caracterización general del modelo de protección social en salud y las condiciones de acceso a los servicios de salud de trabajadores que forman parte de la Policía Auxiliar, tema que se consideró central para lograr una mejor comprensión de los determinantes intermedios que desempeñan un papel importante en la prevención y atención de la enfermedad y otros problemas asociados con el ejercicio de la actividad laboral.

Particularmente, se evidenció que la CAPREPA es un modelo de protección social que pretende cubrir necesidades vinculadas con la esfera de la atención a la salud. En términos prácticos el modelo está basado en la diferenciación de funciones con limitaciones en el componente de provisión de servicios.

Un hallazgo relevante del estudio se centra en evidenciar que los PA cuentan con un modelo de protección social en salud fragmentado que presenta singularidades respecto a otros esquemas que brindan cobertura a trabajadores formales que también colaboran en instituciones del Estado.

Los policías auxiliares cuentan con un esquema de protección social y un sistema de salud subrogado, el cual, está a cargo de la CAPREPA que funciona como un organismo descentralizado, el cual ejerce las funciones de rectoría y administración del financiamiento, pero que se desliga de la función de provisión directa de servicios de salud. Por lo tanto, la CAPREPA realiza la función de rectoría y establece normas y algunas políticas básicas para regular el mecanismo financiero, así como las condiciones de atención y acceso a servicios de salud y seguridad social para los PA en activo, pensionados y derechohabientes. Sin embargo, existe una brecha relevante entre los documentos de política pública/la normatividad y la práctica operativa que en realidad regula el funcionamiento del esquema de protección social en salud.

En el esquema financiero original (descrito en normas y documentos de política) la CAPREPA funcionaría con base en un mecanismo de recaudación tripartita, donde participa Gobierno local, Seguridad Pública y el trabajador. Sin embargo, en términos operativos no ha funcionado así, ya que el análisis cualitativo indicó que actualmente impera un esquema unipartita cuya fuente proviene del presupuesto anual que la Asamblea Legislativa asigna a Seguridad Pública, secretaría que a su vez destina una partida para “salud” y funcionamiento general de la CAPREPA.

La población beneficiaria que utiliza los servicios de salud alcanza un total de 28,552 policías auxiliares en activo, 4,006 pensionados y un total de 64, 353 derechohabientes de la CAPREPA. Todos los servicios que cubre facilitan la producción de servicios de prevención y atención de la salud (1er, 2º y 3er nivel), así como un mecanismo de previsión social por jubilación, incapacidad y maternidad, incapacidad por lesión laboral, prestaciones económicas, vivienda, y servicios sociales, culturales y recreativos, indemnización en retiros voluntarios y gastos funerarios. Por otro lado hay servicios que no cubre como es el pago por incapacidad fuera del horario de trabajo, no hay un fondo de ahorro que asegure su futuro, ni un crédito para la vivienda.

De esta manera, la investigación contribuyó a documentar que este modelo de provisión de servicios que brinda cobertura a los PA y sus familias, presenta singularidades y desigualdades respecto a otros esquemas de protección social en salud que cubren a los trabajadores de otros organismos de seguridad pública (CAPREPOL) y las fuerzas armadas (ISSSFAM). Lo anterior contribuye a probar la hipótesis que orientó la investigación y que consistió en visibilizar que los trabajadores de la policía auxiliar presentan condiciones laborales diferenciales y limitaciones en el acceso a sistemas de protección social en salud, determinantes estructurales que los colocan en el último eslabón de la pirámide de los organismos vinculados con la seguridad pública.

En este sentido, se considera que uno de los principales aportes de la investigación consistió en documentar y analizar evidencias empíricas que muestran cómo las condiciones laborales de los PA están caracterizadas por una dualidad entre lo público y lo privado; es decir, los policías son capacitados, contratados y regulados por un organismo público como es la Secretaría de Seguridad Pública (jerárquico, vertical, con sistema militar e institución cerrada), pero se convierten en outsourcing o en trabajadores subcontratados por las empresas privadas (bancos, oxxos, tiendas departamentales, restaurantes, etc.) y públicas (universidades) donde realizan sus actividades laborales cotidianas. Este esquema contractual propio de los mecanismos de flexibilidad laboral, tiene importantes efectos, entre ellos, condiciona una variabilidad permanente en los niveles salariales de los PA, así como una alta rotación en el ejercicio de las funciones.

Asimismo, la investigación contribuyó a evidenciar que las singularidades que se expresan en las condiciones laborales, a su vez determinan la estructura general, los alcances y funcionalidad del esquema de protección social en salud con el que cuentan los PA. El funcionamiento de la CAPREPA también está caracterizado por una dualidad entre lo público y lo privado. En este sentido se documentó que la ausencia de un salario base constituye un obstáculo estructural que limita las

posibilidades para fortalecer el alcance de los derechos y servicios previstos por la caja de previsión social. Los policías cuentan con una caja de previsión social pública que les permite atender contingencias en el proceso salud-enfermedad, sin embargo, todos los servicios de salud (1er, 2º y 3er nivel) son brindados por agentes privados.

La CAPREPA cuenta con una red de proveedores de servicios privados de salud que brindan atención a los PA sus derechohabientes; en el caso de unidades médicas integrales privadas se brinda atención del 1er nivel; este esquema de subrogación de servicios se replica con agentes privados hospitalarios donde se brinda la atención de problemas más complejos que requieren atención especializada y subespecializada en el 2º y 3r nivel (ejemplo, unidades hospitalarias como el Sanatorio de Servicios Médicos Obregón).

Este modelo está caracterizado por una fragmentación de sus funciones, principalmente hay una separación de la función prioritaria que corresponde a la provisión de los servicios médicos. Algunas implicaciones que surgen de la fragmentación se expresan en los siguientes ámbitos: en términos de la provisión de servicios se observaron dificultades para realizar el seguimiento del expediente clínico del paciente (PA) el poco control de los servicios médicos y por ende de las enfermedades y riesgos que el PA tiene, no se tiene un sistema donde se muestren las aportaciones de seguridad social del trabajador, hay una desvinculación de los servicios médicos de primer, segundo y tercer nivel de atención, hay un debilitamiento del modelo público de salud y especialmente se impulsa una visión privada de atención a la salud.

Este modelo de provisión de servicios subrogados se lleva los recursos económicos que por ley le pertenece al derechohabiente, y que van sólo beneficiando a las unidades de salud de primer, segundo y tercer nivel privados. Los proveedores de servicios privados cuentan con una red de clínicas, hospitales, doctores, enfermeras, farmacias y otros tipos de proveedores de servicios de salud que venden. En este caso cada proveedor tiene propiedad privada y está

conectada a la CAPREPA bajo contratos y otros acuerdos donde se le paga al proveedor un monto fijo anual.

Cabe señalar que al poseer servicios subrogados se cree que mejora el sistema de salud que tenemos en la Ciudad de México, sin embargo, está creando ciertas divisiones en función que le corresponde cubrir a cada institución de seguridad social que tenga el trabajador. En el caso de los PA, la CAPREPA es la encargada de esto. Así pues, la provisión de servicios está siendo manejada por la caja y es ella quien elige a donde se distribuye y qué se compra. Lo cual conlleva a una distribución de funciones diferenciales entre la seguridad social, los servicios de salud, prestaciones económicas, vivienda, así como servicios culturales, sociales y recreativos.

Así mismo, trastoca el modelo de recaudación de fondos para los policías y no se lleva a cabo el componente universal de salud y no disminuye la lista de espera en consultas de especialidades como en procedimientos de cirugía.

La provisión de servicios médicos se fundó principalmente para contribuir a la universalización de la salud y equilibrar los niveles de insatisfacción y necesidad en salud de la población derechohabiente, trabajador y pensionados. Sin embargo, ha transitado por un conjunto de reformas que implican la configuración de los principios de accesibilidad de las formas de articulación que se dan entre el Estado, la población, y los prestadores de servicios y de las funciones básicas.

6.3 Propuestas desde el campo de la Promoción de la Salud

La promoción de la salud es un campo de acción- investigación multidisciplinario que contribuye -a partir de diversos ámbitos y metodologías- al fortalecimiento de capacidades y habilidades para mejorar la salud de los trabajadores, incluyendo el desarrollo de estrategias que incidan en la reducción de riesgos, accidentes, discapacidades y enfermedades asociadas a las condiciones laborales.

Particularmente, la promoción de la salud enfocada al grupo trabajador seleccionado (policías auxiliares) tiene la potencialidad de contribuir a la construcción de condiciones que garanticen el bienestar de los policías auxiliares a partir del diseño de políticas públicas y de estrategias orientadas al fortalecimiento de las capacidades humanas, así como a la creación y modificación de los espacios y ambientes donde el policía auxiliar realiza sus actividades, implementar estrategias que modifiquen las conductas y estilos de vida en pro de la salud de los policías..

La PS, no sólo se limita a las acciones preventivas de la salud, se trata de un concepto amplio y debe realizarse en ámbitos exteriores al sector salud, como se trata de realizar con este grupo de trabajadores. No se trata sólo de mejorar la calidad de vida de la población en general, la promoción de la salud va mucho más allá, se trata de identificar las acciones que están disminuyendo e impactando en la salud de los trabajadores. La salud se va ver modificada por la actividad laboral, por las condiciones que dividan este proceso, así como garanticen la reproducción de la fuerza de trabajo y del acceso a los servicios de salud, este último como un determinante intermedio que configura un patrón de desgaste, de enfermar y morir.

A partir de la reflexión en torno a los resultados obtenidos en la presente investigación, a continuación se realizan algunas propuestas desde la promoción de la salud que se consideran relevantes para generar alternativas de cambio a favor del trabajador policial auxiliar en la Ciudad de México.

1. Diseñar e Implementar una estrategia de capacitación y profesionalización en temáticas de interés y a favor del policía auxiliar.

Una de las principales ideas que se propone es recuperar las propuestas que apelan a la profesionalización de la actividad policial para contribuir a diseñar e implementar estrategias orientadas a la promoción de capacidades humanas en los grupos policiales que confluyen en nuestro contexto. Realizar una propuesta del diseño de un programa de incentivos para el PA, de acuerdo a las capacitaciones, estudios y esfuerzo aplicados en la actividad policial. Promover el respeto en el cumplimiento de la profesión policial y de los derechos policiales mediante la disminución de la jornada de trabajo, aumento del salario mínimo de acuerdo a las actividades y el riesgo que viven, respetar los días de franca (descanso) de los policías, que accedan a mejores servicios de salud e incremento de programas para la prevención y tratamiento de Enfermedades Crónico-Degenerativo, así como de acuerdo a las necesidades y situaciones de los policías, mejores beneficios en el modelo de seguridad social. Así como para realizar sus actividades diarias y seguras.

2. Implementar una estrategia de prevención de riesgos y daños de salud vinculados al trabajo.

En este eje se propone promover la asistencia, disponibilidad y acceso a servicios de medicina preventiva que contribuyan para modificar la conducta habitual de los policías, ya que actualmente tienden a solicitar servicios de urgencias, lo cual maximiza los niveles de exposición y riesgo que le producen las condiciones laborales, jornadas extenuantes, salarios, etc. También se propone e implementar una estrategia de salud en combinación con el uso de tecnologías avanzadas (un parche de monitoreo) donde se tenga un seguimiento, control y vigilancia de salud de cada uno de los elementos de seguridad en caso de emergencia por la actividad laboral o de enfermedad con el fin prevenir la aparición de enfermedades y daños a la salud. Implementar y diseñar estrategias para modifiquen las conductas y los patrones de

comportamiento en la actividad física, la alimentación, en el consumo de sustancias nocivas, etc. Realizar un estudio ergonómico y fisiológico sobre el desgaste físico de los policías para cada puesto de trabajo, conforme a las funciones y jerarquización de las Policías de la Ciudad de México a partir del área de medicina del trabajo. Es importante que se realicen controles físicos y psicológicos de los elementos, con posibilidad de que los mismos se realicen por profesionales externos al servicio de salud de CAPREPA y de otras instituciones de salud. Así mismo, diseñar un sistema preventivo de riesgos psicosociales, ergonómicos, de seguridad, higiene y salud en el ámbito del trabajo policial donde no solo se retomen los factores de riesgo sino se incluyan los determinantes que se identificaron en este estudio para adoptar las medidas necesarias en cada situación y esté disponible para llevar un control continuamente. Diseñar un programa de educación para la salud donde se lleve a cabo una sensibilización respecto de las enfermedades, la importancia de anteponerse a los factores de riesgo, que se derivan de las malas condiciones laborales en los Policías Auxiliares y sobre todo que los mismos comprendan que pueden mantener una vida saludable.

Bibliografía

AEC-Asociación Española de la Calidad (2014). Salud Ocupacional e Higiene Industrial [Página Web de Contenido]. Retrieved from <http://www.aec.es/web/quest>

Álvarez-Castaño LE. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 8 (17): 2009. P. 69-79.

Álvarez-Lemos R. y Mengarelli S. “Hábitos alimentarios en policías de la Ciudad de Casilda”, control en el peso desde el ingreso hasta la actualidad en la fuerza. 2011. 95 Pp.

Andrade ER, Sousa ER, Minayo MCS. Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. Ciênc. Saúde coletiva [serie de internet] 2009; 14(1): 275-285.

Andrade ER, Souza ER. Auto-estima como expressão de saúde mental e dispositivo de mudanças na cultura organizacional da polícia. Psic. Clin [serie de internet] 2010; 22(2): 179-95.

Andreoli A. Armendáriz R. M. Saib J. C. Martin G. E. 1948. La nueva policía y los derechos de los trabajadores. Concurso “El Estado de la clase trabajadora en la provincia de Buenos Aires. Revista Panoramas de actualidad. Diciembre de 1948. 124 Pp.

Araujo Álvarez JM.; Trujillo Ferrara JG. De morbis Artificum Diatriba 1700-2000. Salud Pública Mex 2002: Vol. 44. 362-370.

Arredondo, Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. Salud pública, Rio de Janeiro, 1992. 8(3). 254-261 Pp.

Badía Montalvo R. Salud ocupacional y riesgos laborales. Bol of Sanit Panam 98(1): 1985. Pp. 20-33.

Caja de previsión de la policía auxiliar del distrito Federal (CAPREPA). Art. 18. Reglas de operación del plan de previsión social de los miembros de la policía auxiliar del distrito federal. Capítulo v. De las Prestaciones y Servicios [serie de internet]; 27 Pp. Disponible en: www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/.../wo27574.doc.

Cantú-Rivera E-J. 2015. El estrés laboral y el personal policial: una invitación para la investigación en México. Revista virtual ciudadanos + policías, UANL e investigador de causa en común A. C.)

Cárdenas G. S. V. Estilos de vida e índice de masa corporal de los policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012.

Casado-Morales MA y Franco L. Salud, Ira y estrategias de afrontamiento en agentes de policía. Universidad Complutense de Madrid. EduPsykhe, Revista de Psicología y Educación [serie de internet] 2010; 9(1): 43-60.

Castro R. En busca del significado: Supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En Szazs Ivonne y Susana Lerner. Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad [serie de internet] 1999; 57-85. Disponible en: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Subjetividad.pdf>.

Castro R. *et al.*, 1995, Investigación cualitativa en salud y reproducción. En Nigenda y Langer. Métodos cualitativos para la investigación en Salud Pública. México, INSP, 53-68.

Castro-Bejarano YR, Orjuela-Gómez MA, Lozano-Ariza CA, Avendaño-Prieto BL, Vargas-Espinosa NM. Estado de salud de una muestra de policías y su relación con variables

policiales. *Diversitas: Perspectivas en Psicología* Universidad Santo Tomás. Colombia [serie de internet] 2012; 8(1): 53-71.

Centro para el control y la prevención de enfermedades (Revisado el 26/05/16)
Consultado en: http://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/.

Chapela Mendoza M. Consuelo. Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. Consultado en: [www.famp.es-promoción-de-la-salud](http://www.famp.es/promoción-de-la-salud).

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. 2009. Informe especial sobre los Derechos Humanos de las y los agentes de las corporaciones de policía de la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal. México, 2009. 153 Pp.

Comisión Nacional de Población. Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales 2013. CONAPO. Proyecciones de Población de las Entidades Federativas [serie de internet] 2013.

Cortés-Díaz, J. M. (2007). Técnicas de prevención de riesgos laborales: seguridad e higiene del trabajo (9th ed.). Madrid, España: Editorial Tebar.

CROEM-instituto de seguridad y salud laboral. Prevención de riesgos ergonómicos. 3-81 pp.

Da Silva R., Matos C., Valdivia B., Cascaes F., Barbosa P. Revisión sistemática acerca de la actividad física y de la salud de los policías. *Revista Med.* Vol. 21(1). Enero-Junio 2013. PP. 75-85. Bogotá, Colombia.

De Liz KM, Silva L, Arab C, Silveira V, Brandt R, Itibere CV, Andrade A. Características ocupacionales y sociodemográficas relacionada con la percepción del estrés en policías militares. *Rev cubana Med militar* [serie de internet] 2014; 43 (4): 467-480.

Durán D. M.A. El síndrome de Burnout en organizaciones policiales: Una aproximación secuencial. Tesis doctoral. Universidad de Málaga. 2001. 429 Pp.

Engels F. El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre. Primera edición en la revista Die Neue Zeit, Bd. 2, Núm. 44, 1895-1896.

Engels F. La situación de la clase obrera en Inglaterra (1845). Ed Futuro [serie de internet] 1965:46-49. Consultado en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivst/spiv/situacion.pdf>.

Ferreira SKD, Bonfim C, Augusto SGL. Fatores Associados ao Estilo de vida de Policiais Militares. Ciênc. Saúde coletiva. 2011; 16(8).

Friedman Pierre G. N. Tratado de sociología del trabajo, Fondo de cultura económica, México, 1963. 466 Pp.

Galeano Diego; Trotta Lucia; spinelli Hugo. Juan Cesar García and the Latin American social medicine movement: notes on a life trajectory. Salud colectiva, Buenos Aires, 7(3): 285-315. 2011.

Galván-Canchila D. M. Factores de riesgo para enfermedades crónicas de origen cardiovascular en uniformados de la policía Nacional de Colombia, 2009. Universidad Nacional de Colombia, Maestría en Salud Pública. Bogotá, 2010. 118 Pp.

Gil Monte, P. El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout): Aproximaciones teóricas para su aplicación y recomendaciones para la intervención. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia [serie de internet] 2001; 1-5.

Gómez-Dantes O., Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Areola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud pública Mex. 2011, 53 supl 2, p. 220-232.

Gonzalez Fernandez J. A. La seguridad Pública en México. 1995. Consultado en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/419/12.pdf>

González-Block M. A; Alarcón-Irigoyen J. A; Figueroa-Lara A; Ibarra-Espinosa I; Cortés-Llamas N. Compra estratégica de servicios de salud: Una gran oportunidad para el sistema Nacional de salud universal. Salud y derecho. Gaceta Médica de México. 2015; 151. 278-280.

Granados-Cosme JA, Tetelboin-Henrion C, Torres-Brambila A. Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios. Proceso de trabajo, valor y salud [serie de internet] 2011.

Hyemin J, Valencia AS, Rodríguez RC, Preciado SL, Soltero AR. Ambiente Laboral violento y salud mental en los policías de la zona Metropolitana de Guadalajara. Centro Universitario Ciencias de la Salud. Doctorado en ciencias de la salud en el trabajo [serie de internet] 2013 [consultado 2015 agosto]; Año 5. 1(8): 31-48.

INEGI. Estadísticas de Gobierno, Seguridad Pública y Justicia Estatal, 2012-2013. México, D.F. [serie de internet] 2014; 128 Pp.

INEGI. Seguridad Pública y justicia 2010. Principales indicadores. INEGI [serie de internet] 2011; 106 Pp.

Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos personales del Distrito Federal. EXPEDIENTE: RR.1779/2011. Policía Auxiliar del D. F [serie de internet] 2011; Publicado en: <http://www.infodf.org.mx/pdfs/resoluciones/recur11/4trim2011/nov2011/241111/V.p.-RR.1779-2011.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de Gobierno, Seguridad Pública y Justicia Estatal, 2013. INEGI [serie de internet] 2014; 128 Pp.

Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el trabajo (INSHTC) y el Instituto Técnico de Prevención (ITP). Tratado sobre las enfermedades de Los trabajadores traducción comentada de “DE MORBIS ARTIFICUM” S. XVIII. 2011. 326 Pp.

Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Traducción comentada de la obra “*DE MORBIS ARTIFICUM DIATRIBA*” de Bernardino Ramazzini. Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores. 2011: 326 Pp.

Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social Latinoamericana: Aportes y desafíos. *Rev Panama Salud Pública/Pan Am J Public Health [serie de internet] 2002; 12(2): 128-136.*

Juárez-García A, Idrovo J. A., Camacho-Ávila A. Placencia-Reyes O. Síndrome de burnout en población mexicana: una revisión sistemática. *Salud mental. Vol. 37, No. 2, marzo-abril 2014.*

Krause M. La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Rev temas educ [serie de internet] 1995; nº 7: 19-39.*

Laurell AC. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina, Cuadernos Médicos sociales [serie de internet] 1986; Núm. 37. 10 Pp.

Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos Médicos Sociales [serie de internet] 1982; Núm. 19. 11 Pp.

Laurell AC. Proceso de trabajo y salud. Cuadernos políticos [serie de internet] 1978; Núm. 17: Editorial Era: 59-79.

Leal Fernández G. 2013. Condiciones para el retiro y el desafío de la longevidad en México. *Estudios políticos, novena época, num. 31 (Enero-Abril), 2014. P. 107-128.*

Leal-Fernández G. 2013. Condiciones para el retiro y el desafío de la longevidad en México. 2011. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Centro de Estudios Políticos. *Estudios Políticos*. núm. 31. México. 107-128.

Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Art. 21 constitucional. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de enero de 2009 [serie de internet] Y la última reforma publicada DOF 29-10-2013.

López-Arellano o. Escudero JC. Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes sociales de la salud, ALAMES. *MS Salud para todos* 3(4):2008. 323-335.

Macías S. E.; Moreno P. J.; Milanés G. S.; Martínez M. V. A.; Hazas S. A. El sistema de pensiones en México dentro del contexto Internacional, Ed. Confederación patronal de la República mexicana, instituto de proposiciones Estratégicas. Themis, México, 1993.

Manual de Organización General de la secretaría de Gobernación. 2015. 128 Pp.

Manual de Organización General de la Secretaría de Seguridad Pública. Publicado en el DOF el 3 de Octubre de 2011.

Martin M. F. Policía, profesión y organización: Hacia un modelo integral de la policía en España. *REIS*, 59/92.1992. P. 205-222.

Martínez F. "Distrito Federal y Edomex, los que cuentan con más elementos policiacos". *Diario la Jornada*, publicado el 20 de Marzo de 2015. En: <http://www.jornada.unam.mx/2015/03/20/politica/004n2pol>.

Martínez MF. Mecanismos de responsabilización Policial en México, D. F. Notas y experiencias para la reforma policial en México. Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana. Universidad de Chile [serie de internet] 2008; 39 Pp.

Marx, K. 1859. El capital. Tomo 1 “El proceso de producción del capital”. Siglo XXI Editores. 733 Pp.

Marx, Karl. El Capital. Ed. Siglo XXI, México, 1975, t. I, p. 215.

Messite J. y Warshaw L. J. 15 Protección y promoción de la salud. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Asistencia sanitaria. 15.2-15.95.

Miguel R. 2017. Policías en México ganan en promedio 31.3 pesos por hora trabajada. Consultado en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/cartera/economia/2017/07/11/policias-en-mexico-ganan-en-promedio-313-pesos-por-hora>.

Minayo MCS, Assis SG, Oliveira RVC. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc. Saúde coletiva. 2011; 16(4): 2199-209.

Morales-Manrique CC, Valderrama-Zurián JC. Calidad de vida en policías: avances y propuestas. Papeles del psicólogo [serie de internet] 2012; 33(1): Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid: 60-67.

Moreno-Giménez B.; González J.; Garrosa E. Desgaste profesional (Burnout), personalidad y salud percibida. Publicado en J. Buendía y F. Ramos. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide (2001), Pp. 59-83.

MS salud para todos, 2010. La medicina Social en México. ALAMES 5(3): 235-240.

Naciones Unidas. Policía. Seguridad Pública y prestación de servicios policiales, Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal. Austria. 2010. 36 Pp.

Oliva López Arellano; Escudero José C., y Luz Dary Carmona. Temas y debates. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Medicina Social, vol. 3, num. 3. 2008. 323-335.

OMS. 2011. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Todos por la equidad. Conferencia Mundial sobre los Determinantes sociales de la salud. Brasil. 46 Pp.

OPS. 1994. Pensamiento social en salud en América Latina Juan Cesar García. Rev Med Uruguay 10:205-206.

OPS. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Serie PALTEX, salud y sociedad 2000 núm. 3. Asa Cristina Laurell, E. U, 1993. 296 Pp.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). Protección social de la salud: Una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica. Campaña Mundial sobre Seguridad Social y cobertura para todos. Ginebra 2007. 94 Pp.

Organización Panamericana de la Salud. (2001). OMS. La higiene ocupacional en América Latina: Una guía para su desarrollo (No. 1). Washington, D.C

Papalia D. E.; Wendkos O. S.; Duskin F. R. Desarrollo humano. Undécima edición, Editorial Mac Graw Hill, China, 2010. P. 568.

Pérez-García G. Diagnóstico sobre la seguridad pública en México. La seguridad pública en México. Fundar [serie de internet] 2004; 12-25.

Possas C. Epidemiología social. México, DF: Editorial Pueblo Nuevo, 1972:268-9.

Rincón-Martínez S. V. Análisis del programa de salud ocupacional de la policía Nacional en la Dirección administrativa y financiera. Universidad de estudios en ambientes virtuales. Bogotá, 2014. 120 Pp.

Rodríguez C.A Los convenios de la OIT sobre seguridad y salud en el trabajo: una oportunidad para mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo. Buenos aires Argentina. 2009. 572 Pp.

Rodríguez-Herrera A. y Bustelo C. La compra de servicios de salud en Costa Rica. CEPAL-Serie de financiamiento del Desarrollo Núm. 201. Unidad de estudios del desarrollo, División de desarrollo económico ONU. Santiago de Chile. 2008. 48 Pp.

Rojas-Soriano R. Sociología Médica. Ed. Plaza y Valdez, 1988, México. 110 p.

Rosen G. 1985. De la policía Médica a la medicina social. Ed. Siglo XXI editores. México. 385 Pp.

Saavedra MA. Análisis del puesto de trabajo de policía para investigar la posible etiología laboral del Síndrome Doloroso Lumbar, propuesta de control. IPN. Maestría en ciencias en salud Ocupacional, seguridad e higiene [tesis] 2010; 265 Pp.

Sacchi M; Hausberger M; Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de salud, en familias pobres de la Ciudad de Salta. Salud colectiva, Buenos Aires, 3(3):271-283. 2007.

Sánchez-Nieto J. M. Frecuencia del burnout en policías de la Ciudad de México. Liberabit, Revista de psicología, vol. 18, num. 1, Perú Lima, 2012. Pp. 69-74.

Schlichting-Junior AM, Silva R. Revisão sistemática da produção científica relacionada à atividade física e qualidade de vida de militares. Revista de educação física do Exército. 2009; 145(3): 28-36.

Secretaría de Seguridad Pública de la Policía auxiliar del D. F. Directorio de personal de estructura de la policía auxiliar del D. F [serie de internet] 2015: 7 Pp.

Silva R, Matos C, Valdivia B, Cascaes F, Barbosa P. Revisión sistemática acerca de la actividad física y de la salud de policías. Rev Med [serie de internet] 2013; 21(1): Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia. 75-85.

Silva-Guerrero L. Régimen Administrativo de los cuerpos de policía en la Ley de Seguridad Pública del Distrito Federal. [Serie de internet]: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2445/20.pdf>. P. 379-402.

Souza ER, Franco LG, Meireles CC, Ferreira VT, Santos NC. Sofrimento psíquico entre policiais civis: uma análise sob a ótica de gênero. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(1): 105-14.

Souza ER, Minayo MCS. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10(4): 917-28

Souza ER; Minayo MCS; Silva JG; Oliveira PT Factores asociados al sufrimiento psíquico de policías militares de Rio de Janeiro, Brasil. Centro Latino-Americano de estudios de violencia y Salud. Escuela de Salud Pública, [serie de internet] 2012; 28(7): 1297-1311.

Susana Vanesa cárdenas García. Estilos de vida e índice de masa corporal de los policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012.

Taylor S. J. y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España. Ed. Paidós. 1987. Consultado en: <http://mastor.cl/blog/wp->

[content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf](#) Pp. 37-301.

Tesis jurisprudencial numero p. /j. 28/2016 (10a.) de suprema corte de justicia, pleno (acciones de inconstitucionalidad). Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. La exclusión de su cobertura cuando no se verifiquen por motivo o en ejercicio del trabajo se encuentra constitucionalmente justificada. Publicado el 14 de Octubre de 2016 en <http://vlex.com/vid/acciones-inconstitucionalidad-651134873>.

Vélez A; Aguilar J. A; Sayeg C; Ayuso B. Hacia una nueva policía: Diagnostico y propuesta. Programa Universitario de Derechos Humanos. UNAM. 2013. 89 Pp.

Waitzkin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. Clásicos de la Medicina Social [serie de internet] 2006; 1(1). 5-6.

ANEXOS



Universidad Autónoma de la Ciudad de México

ANEXO 1.

Guía de entrevista para personal operativo (PA) de la CDMX

Nº de folio:

Presentación: Mi nombre es Ofelia Marín Barrios, soy estudiante de la licenciatura de promoción de la salud y estoy realizando un proyecto de investigación sobre “El Proceso de trabajo-salud: estudio de caso sobre los policías auxiliares del D. F.” y estoy aquí en..... Con el sr/a.....y le solicito de la manera más atenta que conteste a las siguientes preguntas. Le informo que la información que me proporcione será para uso específico de un proyecto de investigación y no será divulgada.

Objetivo General:

Analizar los determinantes estructurales de la esfera productiva que influyen en el proceso salud-enfermedad-atención y analizar la situación actual en la que los policías auxiliares están laborando.

1. Datos sociodemográficos:

Me gustaría iniciar la entrevista con un breve recorrido con algunos rasgos personales:

- Me puede mencionar ¿Cuál es su edad, su talla y su peso?
- Me puede mencionar su estado civil, Si tienes hijos y ¿Cuántos hijos tiene?
- ¿Usted tiene un hogar propio o es rentado? Y ¿Con qué servicios cuenta?
- Me puede describir ¿Cómo es físicamente su vivienda?
- En cuanto al nivel educativo, me podría platicar sobre su último nivel escolar antes de entrar a laborar como policía, si lo terminó y en un segundo momento ¿Cuáles fueron los motivos que tuvo usted para no seguir estudiando? Y ¿Por qué eligió

trabajar como policía? ¿Qué referencias tenía del trabajo y qué pensaba usted sobre ser policía?

- Actualmente tiene otros estudios, o ¿El trabajo policial le exigió seguir estudiando y terminar un nivel de estudios para poder laborar?
- Me podría platicar su experiencia cuando usted aplicó para ser policía, es decir ¿qué exámenes tuvo que realizarse tanto físicos, médicos y psicológicos para cubrir el perfil? ¿Cuánto tiempo le dedicó a este proceso hasta que entró a laborar como policía y qué actividades realizó durante este tiempo? ¿cuál fue el costo económico que tuvo que cubrir para este proceso? y ¿Cómo le hizo? ¿Quién le ayudó económicamente para los gastos, vivienda, comida y vestido?

CONDICIONES LABORALES

Se entiende como condición de trabajo a cualquier condición que contraiga consecuencias negativas para la salud del trabajador.

2. PROCESO LABORAL-DATOS LABORALES

Siguiendo con la entrevista, pasamos ahora a la temática del trabajo:

- Podría mencionarme ¿Cuál es la posición o jerarquía que ocupa dentro de la PA? Así mismo, le pediría me informe el sector, agrupamiento y las funciones que usted realiza.
- Me puede mencionar ¿Cuáles son los servicios que brinda como policía? ¿Y a qué instituciones o sectores de la población le son brindados estos servicios?
- Me puede indicar ¿los años que lleva trabajando? Si ha tenido sanciones o faltas que ameriten arresto y la cantidad de arrestos que he tenido en el último año. Y ¿Por qué lo han arrestado?
- Me podría mencionar dentro de la carrera policial ¿Cuáles son las satisfacciones personales y laborales?
- ¿Actualmente usted realiza trabajos diferentes al policial? ¿Desde qué año?
- Desde su perspectiva ¿Cuántos policías se han quejado por la calidad del equipo, por la seguridad, corrupción o simplemente por el trabajo?
- Dentro de la institución existen preferencias entre hombres y mujeres?.....indique cuáles

- ¿Cómo describiría la convivencia entre las y los policías?
- ¿Son tratadas equitativamente?
- ¿Cuántos cursos de reentrenamiento realizó durante su carrera? ¿Y en el último año?
- ¿Cuántas prácticas de tiro realizó en el último año?
- Desde su experiencia ¿Cuáles son los protocolos para cuando un policía le llegan casos con enfermedades Degenerativas o infecciosas?

3. JORNADA LABORAL

- Como sabemos el salario mínimo está actualmente en \$70.44 pesos. Podría mencionarme ¿A cuántos salarios mínimos corresponde su sueldo como policía a la quincena? Y desde su experiencia ¿Cuánto se ha incrementado desde que entró a trabajar como PA hasta ahorita?
- Este salario actualmente ¿Cómo lo divide, cuáles son sus gastos?
- En la ley General del Trabajo se menciona que sólo podemos trabajar 8 horas como máximo. ¿Cuántas horas trabaja al día? Ahora por ejemplo, multipliquemos estas horas de trabajo a la semana ¿Cuántas horas trabaja y cuántas descansa?
- ¿Cuántos tipos de jornada laboral tienen los PA? ¿A qué hora entran a trabajar y a qué hora salen?
- ¿Qué tipo de contrato firman como policía? ¿Determina un plazo laboral o trabajan hasta que les toca jubilarse?
- Puede mencionarme ¿Cuáles son los lugares de trabajo de los PA? Es decir, ¿dónde trabajan?
- ¿El lugar de trabajo tiene servicios médicos, baños para realizar sus necesidades? ¿Cuenta con áreas de descanso y servicios básicos como agua potable para tomar y drenaje, etc.?
- Podría contarme desde su experiencia ¿Cuáles son los espacios específicos que utiliza para comer?
- Desde su perspectiva ¿cómo están las condiciones de infraestructura de los edificios e inmuebles de la institución y del lugar donde trabaja?

- Desde su experiencia ¿Cuál es el equipo o herramientas de protección necesario para un policía? Y ¿han tenido algún problema con este equipo o con el reparto?
- Desde su vivencia como policía ¿Cómo se distribuye el trabajo para las mujeres y para los hombres o es lo mismo para ambos sexos?

4. NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN

Pasando al tema de alimentación:

- La norma oficial mexicana 043 clasifica a los alimentos en tres grupos; verduras y frutas, cereales y tubérculos, leguminosas y alimentos de origen animal. De estos alimentos ¿Me puede mencionar las porciones y la cantidad que consume al día?

Por ejemplo;

Alimentos	# piezas	X veces
Frutas		
Verduras		
Cereales (arroz,avena,maíz,trigo,cebada,centeno)		
Tubérculos (papa,zanahoria,jicama,apio,ajo,camote,nabo,rábano,betabel)		
Leguminosas (lenteja,garbanzo,habas,soya)		
Carne de cerdo		
Carne de pescado		
Carne de pollo		
Carne de res		

Con qué frecuencia consume los sig. Productos chatarra en la semana:

Alimentos chatarra	cantidad	X veces	
Frituras (chetos, chicharrones)			
Hamburguesas			
Papas fritas			

Donas y pasteles			
Bebidas endulzadas (Jugos)			
Refrescos			
Dulces y golosinas			

Mencione la frecuencia al consumir las siguientes bebidas en la última semana:

Bebidas	cantidad	X veces	
Agua natural			
Agua de frutas			
Bebidas energéticas			
Jugos naturales			
Leche			
Café			

- ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas a la semana, quincena o mes? Me podría indicar la fecha de la última vez que consumió alcohol.

5. SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Siguiendo con la entrevista pasemos al tema de salud y seguridad social:

- Desde su experiencia laboral como policía auxiliar ¿Qué es la salud?
- Por el contrario ¿Qué es para usted estar enfermo?
- Ya sea que a usted o a un conocido le haya sucedido, ¿cuál es su experiencia cuando acude a su clínica o por el contrario cuando tiene que acudir al hospital?
 - Qué pasa con el trato y la atención
 - El tiempo de espera
 - El tiempo de consulta
 - Al final de todo esto cómo se siente después del término de la consulta ¿se siente satisfecho con el servicio?
 - ¿Qué es lo que usted como derecho habiente o titular espera del servicio médico y del personal administrativo y al final cómo le va?

- Si pudiéramos de ejemplo a Ramón, un policía cualquiera que tiene obesidad o diabetes, etc. Pero que necesita atención, tratamiento y el apoyo tanto administrativo como de seguridad social ¿Dígame usted cómo cree que le iría?
- O por el contrario Ramón se acaba de lesionar en el trabajo ¿Qué le dicen?
- Desde su experiencia y de lo que le ha tocado ver ¿qué tanto estar enfermo o padecer de una enfermedad a largo plazo o estar incapacitado afecta su trabajo? ----- ¿cómo la enfermedad puede afectar su trabajo?
- ¿Me podría platicar sobre los eventos, sucesos o acontecimientos que ha tenido y que usted los vincularía con la salud?
- En cuanto a la disposición del personal médico y administrativo ¿me podría comentar su experiencia?
- En todo lo que usted ha visto y experimentado, ¿las clínicas y hospitales cuentan con personal especializado, materiales e insumos suficientes?
- Me puede mencionar si usted ¿Cuenta con un servicio de salud público o privado? Y ¿quién paga estos servicios?
- Cada vez que usted tiene una molestia ¿A dónde acude primero? ¿Cómo son estos servicios?
- ¿Cuál es el paquete básico de salud con el que cuenta un policía auxiliar?
- Cuando entran a laborar a la institución policial les informan ¿Con qué tipo de seguridad social cuentan como policía? Y ¿podría mencionarme cuál es?
- En la ley de Seguridad Pública del D. F se menciona que los PA son policías complementarios del Estado y en sí no están integrados a los trabajadores del Estado y por ende no cotizan para el ISSSTE. ¿Podría mencionarme más en cuanto a esta situación?
- En el reglamento de la CAPREPA del Distrito Federal artículo 4° se mencionan las prestaciones de seguridad social para los policías y sus derechohabientes. Podría mencionarme ¿cuáles son estos y cómo se han aplicado en su experiencia como policía?

- Del 8% que usted cubre por cuota obligatoria a la CAPREPA. Podría mencionarme de este porcentaje ¿a cuánto equivale en dinero o porcentaje lo que le descuentan para el pago de los servicios médicos?
- En cuanto atención de la salud, ¿le han diagnosticado algún padecimiento o por el caso contrario alguna enfermedad que le haya incapacitado?
- ¿Le han dado incapacidad por accidentes de trabajo? ¿Cuántos fueron por lesiones graves?
- En su experiencia ¿Cuál es el procedimiento para cuando se incapacita un policía? En esta incapacidad, cómo fue el proceso de ayuda que le brindó la institución y la CAPREPA.

6. **SALUD MENTAL**

El trabajo policial es muy demandante y por ende es necesario descansar y dormir las horas necesarias para dar un buen rendimiento.

- Podría decirme ¿cuántas horas al día duerme en su casa? O por el contrario ¿cuántas horas descansa al día y de estas cuántas horas duerme?
- Cuando le ha tocado trabajar ¿ha sentido sueño durante el día? O por el contrario, ¿me podría platicar cuándo fue que se sintió cansado o el cansancio es diario?
- Me podría comentar ¿Cuáles son los eventos traumáticos y de estrés que ha padecido en su profesión y que le han provocado sufrimiento? Y a partir de esto, ¿usted qué hizo, cómo lo enfrentó?
- ¿En el trabajo policial es muy factible que un policía se sienta impaciente o irritable? Me podría contar si le ha sucedido y cómo fue en esa ocasión.
- Desde su perspectiva usted ¿se ha sentido deprimido y ansioso? Me podría platicar esta situación
- O en su caso me podría comentar si ¿le han diagnosticado depresión, ansiedad, estrés u otra?
- Como policías ¿cuentan con un programa de salud mental? O qué les dice el médico cuando les duele la cabeza, sienten dolor corporal o sienten cansancio. ¿Ha surgido alguna problemática referente a estos temas?

7. RIESGOS DE TRABAJO

Pasando a la temática de riesgos laborales, estos son todos aquellos accidentes o enfermedades profesionales a que están expuestos los trabajadores (SSA).

- Podría mencionarme ¿Quién determina cuáles son los riesgos de trabajo para un policía?
- ¿Me podría mencionar los principales dolores físicos o malestares que un policía tiene? ¿Cuáles son los principales accidentes que un policía puede sufrir en su trabajo?
- Desde su experiencia ¿Usted cree que estar parado todo el día contribuye a generar accidentes de trabajo y enfermedades físicas y mentales? Y ¿Cuáles son los riesgos físicos por estar parado todo el día?
- Usted cree que ¿ser policía es un riesgo? En los últimos 6 meses ¿ha tenido algún accidente? Y ¿Qué efecto o daños le causó este accidente?
- Por ejemplo; un elemento que sufre alguna lesión física. Me puede exponer ¿los procedimientos o protocolos para cuando sufren este tipo de lesiones o alguna otra?

8. ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS

Para finalizar la entrevista podría mencionarme:

- De las siguientes ECD ¿le han detectado diabetes, colesterol alto, cirrosis, piedras en la vesícula, problemas al corazón, problemas respiratorios, tuberculosis, depresión, problemas mentales, sobrepeso u obesidad, cáncer u otros problemas crónicos
- Me puede mencionar ¿Qué tratamiento le indicó el médico por esta enfermedad? Y ¿Quién paga los gastos que genera esta enfermedad?
- ¿Los exámenes de laboratorio quién los cubre?
- Me podría hablar sobre los protocolos o programas que manejan para el tratamiento y prevención de las ECD? Por ejemplo ¿Qué acciones realizan para la obesidad, diabetes o hipertensión?

- Si usted por ejemplo: padeciera de sobrepeso u obesidad, ¿con quién tiene que acudir y cuáles son los procedimientos para esta enfermedad?

Para terminar ¿le gustaría agregar algo más, algún tema o problemática que no se abordó en la entrevista?

Anexo 2.

Guía de preguntas para personal de CAPREPA y de salud

Nº de folio:

Presentación: Mi nombre es Ofelia Marín Barrios, soy estudiante de la licenciatura de promoción de la salud y estoy realizando un proyecto de investigación sobre “El Proceso de trabajo-salud: estudio de caso sobre los policías auxiliares del D. F.” y estoy aquí en..... Con el sr/a.....y le solicito de la manera más atenta que conteste a las siguientes preguntas. Le informo que la información que me proporcione será para uso específico de un proyecto de investigación y no será divulgada.

Objetivo General:

Analizar los determinantes sociales de la esfera productiva que influyen en el proceso salud-enfermedad-atención y analizar la situación actual en la que los policías auxiliares están laborando.

1. Datos sociodemográficos:

Me gustaría iniciar la entrevista con un breve recorrido de su trayectoria y experiencia laboral:

- Me puede mencionar ¿su edad, su cargo y el tiempo que lleva laborando en la institución?
- ¿Cuáles son las principales actividades que realiza en su cargo?
- ¿Cuál es la formación profesional que tiene o que necesita para su puesto?
- Dentro de la institución ¿Cuál ha sido como la trayectoria laboral o experiencia que tiene?
- Como sabemos, la Policía auxiliar puede actuar como policía complementaria de la seguridad pública, pero también ¿puede brindar servicios privados? ¿Cuáles son las principales empresas que los contrata y cómo se remunera este salario?

- Sebe de casualidad cómo está estructurada la PA a nivel delegacional, así como ¿Cuántos policías corresponde a cada delegación?
- ¿Cuáles son las principales problemáticas a los que se han enfrentado los Policías?
- Desde su perspectiva ¿Cuáles son las condiciones de vivienda, calzado, alimentación y servicios de salud que los policías tienen y sus derechohabientes?

2. PROCESO LABORAL-DATOS LABORALES

Siguiendo con la entrevista, pasamos ahora a la temática del trabajo:

- Me podría platicar sobre el perfil adecuado para ser policía. Desde su experiencia ¿vale la pena ser policía? ¿Qué expectativas se tiene del trabajo?
- Desde el momento en que un candidato se presenta a pedir informes, el papeleo y hasta ser contratado como policía. ¿Cuánto tiempo transcurre? Y ¿cuál es el costo económico al que este candidato se expone para sus gastos?
- Como se sabe, cada año cientos de candidatos aplican los exámenes y evaluaciones que la institución ofrece para ser policía. ¿Cuáles son los exámenes? ¿Cuántos se quedan a capacitación y cuántos son contratados al final de esta capacitación?
- Así mismo, ¿Cuáles son las evaluaciones que debe cubrir un candidato en la capacitación y cuánto dura?
- Dentro de la institución existen preferencias entre hombres y mujeres?.....indique cuáles
- ¿Cómo describiría la convivencia entre las y los policías? ¿Son tratadas equitativamente?
- ¿Cómo policías manejan protocolos de seguridad para terceros o para el colectivo? Desde su experiencia ¿Cuáles son estos protocolos?
- ¿Qué tipo de contrato firman como policía? ¿Determina un plazo laboral o trabajan hasta que les toca jubilarse?
- ¿Cómo se integra o en función de qué se paga el sueldo de los elementos policiales?

3. SEGURIDAD SOCIAL (sólo para personal de la CAPREPA)

- Me puede comentar, en la ley de Seguridad Pública del D. F se menciona que los PA son policías complementarios del Estado y en sí no están integrados a los trabajadores del Estado y por ende no cotizan para el ISSSTE. ¿Podría mencionarme más en cuanto a esta situación? ¿Con qué tipo de seguridad social cuentan los policías? Y ¿Quién los paga?
- ¿Qué hace la CAPREPA y cómo funciona?
- Así mismo, ¿Cuáles son las unidades de salud, clínicas y hospitales al servicio de los policías y sus derechohabientes? ¿Cuáles son de primer, segundo y tercer nivel, cuántas son y cómo operan?
- Así mismo, ¿Cómo está organizado el sistema de protección en salud de los policías Auxiliares?
- ¿Cuáles son los servicios que proporciona la medicina preventiva?
- En el reglamento de la CAPREPA del Distrito Federal artículo 4° se mencionan las prestaciones de seguridad social para los policías y sus derechohabientes. Podría mencionarme ¿cuáles son estos y cómo se han aplicado a los policías?
- ¿Cuánto aporta un elemento policial, la corporación y el Estado a la CAPREPA para cubrir la pensión, prestaciones, seguridad social y los servicios de salud? Y ¿Cómo distribuyen este porcentaje?
- Del porcentaje que cubren los policías a la CAPREPA. Podría mencionarme, ¿Cuánto corresponde o equivale a lo que le descuentan para el pago de los servicios médicos?
- ¿Cuáles son las ECD que cubre el servicio de salud de los policías?
- En cuanto a salud mental ¿Cuentan con algún programa para beneficio de los policías?
- ¿Cómo funciona el sistema de incapacidad en este grupo? Y ¿Con qué padecimientos y/o accidentes o riesgos se otorga la incapacidad?
- En cuanto a riesgos del trabajo, podría mencionarme ¿Quién determina cuáles son los riesgos de trabajo para un policía? Y ¿Qué accidentes o condiciones se constituyen riesgos de trabajo?
- ¿Cuáles son los accidentes que un policía puede sufrir con su profesión?

4. SERVICIOS DE SALUD (Para personal de salud)

Siguiendo con la entrevista pasemos al tema de salud

- ¿Qué es el servicio médico integral y qué servicios otorga?
- Las unidades médicas integrales atienden servicios de primer, segundo o tercer nivel.
- Cuál es el porcentaje de mortalidad policial auxiliar en el D. F y ¿Cuáles son las principales enfermedades por las cuáles un policía enferma, se incapacita y muere?
- En cuanto al género, ¿son similares las enfermedades que padece un policía femenino como masculino? ¿Se enferman, se incapacitan y mueren de lo mismo?
- Cuál es el porcentaje de consultas de los derechohabientes a los servicios de salud (clínicas y hospital)
- En su experiencia ¿Cuál es la situación en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, tabaquismo en los policías? ¿Me podría indicar algunos datos de este problema?
- En el caso de la mujer que presta sus servicios en la policía, ¿Con qué servicios de salud cuenta, tanto ella como las derechohabientes del elemento?
- ¿Cuáles son los tipos de riesgos que un policía puede sufrir con su profesión?

5. ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS

Para finalizar la entrevista:

- Podría mencionarme su perspectiva en cuanto a la atención, acceso y tratamiento de las enfermedades Degenerativas que padecen los policías.
- ¿Existe un protocolo para la atención de estas? Y ¿Cómo se arregla esta situación, los corren o qué acciones toman para esto?
- ¿Cuáles son las principales ECD que se presentan en los policías?
- Para cuando un elemento llega a tener una ECD se le asigna servicios médicos de exploración y diagnóstico, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, de rehabilitación y atención odontológica que sea necesaria desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo máximo de 52 semanas para la atención de la misma ¿Qué tipo

de enfermedades cubre el seguro, además de maternidad y la medicina preventiva?

Anexo 3. Salarios de un policía auxiliar 1998-2015.

1998	Quincena	Mes	sueldo base	sueldo mensual
	1_15	2	826.72	1229.22
	16-28	2	1062.93	1552.84
	1_15	3	767.67	1148.46
	16-31	3	878.39	1090.01
	16-30	4	826.72	1209.36
	16-31	5	970.71	1396.76
	1_15	6	1022.49	1467.64
	16-30	6	983.66	1414.49
	1_15	7	918.94	1343.73
	16-31	7	867.17	1272.87
	1_15	8	776.57	1148.84
	16-31	8	1074.26	1548.72
	1_15	9	970.71	1414.61
	16-30	9	977.19	1417.93
	16-30	11	906	1326.02
	1_15	12	826.72	1217.75
	16-31	12	826.72	1217.75
		Total	15483.57	22417

2015	Quincena	Mes	sueldo base	Riesgo de Trabajo	de sueldo mensual	
	1	1	1785.14	358.42	9278.41	
	5	3	2277.26	416.32	5968.62	
	6	3	2343.33	410.76	6522.45	
	7	4	1838.76	358.42	4529.97	
	8	4	2082.96	365.12	5460.62	
	9	5	1576.08	277.28	3674.32	
	10	5	1562.22	276.92	3293.35	
	11	6	2082.96	365.12	4824.62	
	12	6	1838.76	358.42	4643.97	
	13	7	2093.28	365.12	9258.8	
	14	7	2093.28	350	5198.96	
	15	8	1847.86	358.42	4265.36	
	16	8	1831.62	321.02	4811.37	
	17	9	2093.28	365.12	5248.96	
	18	9	1847.86	358.42	4265.36	
	19	10	2093.28	365.12	4848.96	
	20	10	2093.28	365.12	4848.96	
	21	11	1847.86	358.42	4265.36	
	22	11	2324.84	371.42	5399.49	
	23	12	1847.86	358.42	4915.36	
	24	12	2093.28	365.12	5198.96	
				Total	41495.05	110722.23

Anexo 4. Ingresos de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México y CAPREPA.

INGRESOS Y OTROS BENEFICIOS				
INGRESOS DE LA GESTIÓN	0.0	0.0	0.0	0.0
Impuestos				
Cuotas y Aportaciones de Seguridad Social				
Contribuciones de Mejoras				
Derechos				
Productos de Tipo Corriente				
Aprovechamientos de Tipo Corriente				
Ingresos por Venta de Bienes y Servicios				
Ing. no Comp. En las Fracc. De la Ley de Ing., Causados en Ej. Fiscales Ant. Pend. De Liq. o Pago				
PARTICIPACIONES, APORT., TRANSF., ASIGNACIONES, SUBSIDIOS Y OTRAS AYUDAS	0.0	0.0	0.0	0.0
Participaciones y Aportaciones				
Transferencia, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas				
OTROS INGRESOS Y BENEFICIOS	417,4	405,0	12,35	3.1
Ingresos	38.9	82.6	6.3	
Financieros	3,506.	2,989.	517.3	17.
Incremento por Variación de Inventarios	5	2		3
Disminución del Exceso de Estimaciones por Pérdida, Deterioro u Obsolescencia				
Disminución del Exceso de Provisiones				

Otros Ingresos y Beneficios Varios	413,9	402,0	11,83	2.9
TOTAL DE INGRESOS Y OTROS	417,4	405,0	12,35	3.1
BENEFICIOS	38.9	82.6	6.3	
GASTOS Y OTRAS PÉRDIDAS				
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	193,2	183,1	10,09	5.5
Servicios Personales	03.1	08.2	4.9	
Servicios Materiales y Suministros	15,14	14,74	400.4	2.7
Servicios Generales	4.7	4.3	(5.8)	(0.5)
	1,244.	1,250.		
	6	4		
	176,8	167,1	9,700.	5.8
	13.8	13.5	3	
TRANSFERENCIAS, ASIGNACIONES, SUBSIDIOS Y OTRAS AYUDAS	86,50	67,57	18,93	28.
Transferencias Internas y Asignaciones al Sector Público	6.7	4.5	2.2	0
Transferencias al Resto del Sector Público				
Subsidios y Subvenciones				
Ayudas Sociales				
Pensiones y Jubilaciones	86,50	67,57	18,93	28.
Transferencias a Fideicomisos, Mandatos y Contratos Análogos	6.7	4.5	2.2	0
Transferencias a la Seguridad Social				
Donativos				
Transferencias al Exterior				
PARTICIPACIONES Y APORTACIONES	0.0	0.0	0.0	0.0
Participaciones				

Aportaciones Convenios				
INTERESES, COMISIONES Y OTROS GASTOS DE LA DEUDA PÚBLICA	0.0	0.0	0.0	0.0
Intereses de la Deuda Pública				
Comisiones de la Deuda Pública				
Gastos de la Deuda Pública				
Costo por Coberturas Apoyos Financieros				
OTROS GASTOS Y PÉRDIDAS EXTRAORDINARIAS	632.7	632.7	0.0	0.0
Estimaciones, Depreciaciones, Deterioros, Obsolescencias y Amortizaciones	632.7	632.7	0.0	0.0
Provisiones				
Disminución de Inventarios				
Aumento por Insuficiencia de Estimaciones por Pérdida o Deterioro y Obsolescencia				
Aumento por Insuficiencia de Provisiones				
Otros Gastos				
INVERSIÓN PÚBLICA	0.0	0.0	0.0	0.0
Inversión Pública no Capitalizable				
TOTAL DE GASTOS Y OTRAS	280,3	251,3	29,02	11.

Universidad Autónoma de la Ciudad de México

PÉRDIDAS	42.5	15.4	7.1	6
<u>RESULTADOS DEL EJERCICIO (AHORRO /</u>	137,0	153,7	(16,67	(10
<u>DESAHORRO)</u>	96.4	67.2	0.8)	.8)

Fuente: Estados financieros CAPREPA Junio 2016. Art. 14 de la Ley de transparencia de CAPREPA.