

DIÁLOGO

BOLETÍN INFORMATIVO DE BECARIOS

Publicación semestral

Septiembre de 1998

Volumen 2, número 4

Carta del Editor

Aprovecho este número para informar que el Dr. Norman Collins, Director de la Fundación Ford en México termina su estancia en este país para regresar a las oficinas de la Fundación Ford en Nueva York. Durante los siete años y medio que el Dr. Collins estuvo encargado de la oficina en México, tuvimos su constante apoyo para el Programa Regional de Becas de Posgrado en las Ciencias Sociales. Nos apegamos a su partida y la oportunidad de colaborar con él en el futuro. Sin embargo, le deseamos lo mejor en sus nuevas responsabilidades y su amable disposición y generosa ayuda la llevaremos siempre en el corazón. Buena suerte, Norm!

Presentamos el último número de este año con el tema de Salud Pública. Se pidió la participación de ex-becarios del programa patrocinado por las Fundaciones MacArthur-Ford-Hewlett que han realizado trabajos importantes en salud pública. El Dr. Víctor Hugo Borja Aburto participa con el artículo Salud y Medio Ambiente. Víctor Hugo es el Director del Centro Nacional de Salud Ambiental en México. También se incluye un artículo titulado Mortalidad Materna: Costa Rica, 1996, de la Dra. María Caranza. Ella es médica y obtuvo un Master en Antropología Social. Se desempeña como investigadora del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). Ivonne Flores participa con el artículo El Cáncer Cervical en México. Ella ha prestado sus servicios como investigadora y actualmente estudia en la Universidad de Johns Hopkins.

En la sección Noticias de Colegas, Francisco Moyado, asesor de la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social y Norma Ferriz Domínguez, responsable de programas de PROMATURA, nos envían información sobre sus actividades más recientes.

María Teresa San Román

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Víctor Hugo Borja Aburto

Director del Centro Nacional de Salud Ambiental

Durante el presente siglo se ha experimentado un acelerado proceso de cambio del ambiente, el cual se ha visto inmerso en un proceso de globalización cada vez mayor, sobre todo en la última década. A la vez que el hombre ha transformado su ambiente, éste se ha transformado a sí mismo, algunas veces de

EN ESTA EDICIÓN

SALUD Y MEDIO AMBIENTE



MORTALIDAD MATERNA:
COSTA RICA, 1996



EL CÁNCER CERVICAL
EN MÉXICO



NOTICIAS DE COLEGAS

manera positiva y en otras ocasiones el balance no ha sido siempre alentador. El uso de nueva tecnología ha permitido proveer a la población de mayores satisfactores básicos, de alimentación, de vivienda y vestido; así como de nuevas oportunidades de educación y cultura. Estos cambios se han reflejado en la manera como la población vive, enferma y muere. La disminución de la mortalidad infantil ha sido uno de los primeros logros al aumentar el ingreso en los países, con un consecuente aumento en la esperanza de vida. Al patrón de enfermedades crónico-degenerativas producto de la interacción entre factores genéticos, el envejecimiento y las exposiciones ambientales generales por los cambiantes estilos de vida.

La interacción entre ambiente y salud no siempre es fácil de comprender. La explicación de esta relación va desde la consideración del ambiente como el entorno puramente físico, hasta la inclusión de todos los factores sociales como ambientales. Por otro lado, la separación esquemática de los factores de riesgo en factores individuales y ambientales ha provocado que algunos autores consideren que los factores de riesgo para las enfermedades más frecuentes y más severas se asocian a factores de la conducta y de estilos de vida individuales (tales como tabaquismo, dieta inadecuada y excesos en el consumo de alcohol) o a varias características relacionadas con la susceptibilidad individual, tal como la predisposición genética.

Sin embargo, es bien conocido que las condiciones en que la población vive, en un sentido amplio, a través de su impacto en la capacidad de decidir sobre sí mismos, el acceso a servicios básicos, nutrición y cultura, influyen directamente en la salud, así como en la conducta y estado psicológico. En este sentido, el ambiente no sólo tiene un impacto directo como vehículo de exposición a agentes tóxicos, sino que también influencia el ajuste psico-conductual de las personas a los cambiantes patrones de vida.

La clara interrelación entre ambiente y salud puede ilustrarse al comparar la esperanza de vida entre regiones. En América, por ejemplo, un niño nacido en Haití tiene una esperanza de vida menor a los 60 años, mientras que en México rebasa los 75 años en promedio, aunque con diferencias muy importantes por regiones del país. Entre las diferencias más marcadas se encuentran las deficiencias en alimentación, agua limpia y servicios sanitarios adecuados, que acompañan a la pobreza y facilitan la transmisión de enfermedades infecciosas como las diarreas, infecciones respiratorias y otras transmitidas por vectores, como el paludismo y dengue.

Sin embargo, la relación entre salud y medio ambiente va más allá de la determinación directa de las deficiencias locales en ingreso y saneamiento básico. Ante un modelo de desarrollo altamente consumidor de energía, los problemas de contaminación se han globalizado. Las políticas ambientales de un país pueden afectar el futuro de la salud de las poblaciones más allá

de las fronteras políticas. Los problemas de contaminación del aire, de adelgazamiento de la capa de ozono y de contaminación de los mares repercuten en lugares alejados de donde se emiten los contaminantes. Lo mismo sucede con el uso inadecuado de algunas sustancias químicas persistentes como los plaguicidas y otros tóxicos ambientales, la deforestación, y la disposición final de desechos tóxicos.

La introducción de nuevas sustancias en procesos industriales ha traído consigo importantes avances tecnológicos. Sin embargo, la investigación de los posibles efectos por la exposición de la población trabajadora y de la población general no ha seguido el mismo ritmo de desarrollo. Mientras sabemos que la contaminación atmosférica se asocia con efectos respiratorios a corto plazo, conocemos poco sobre sus efectos a largo plazo. El conocimiento de la toxicidad aguda de la mayor parte de las sustancias es adecuado, pero sabemos poco sobre su contribución al desarrollo de enfermedades tales como el cáncer, los defectos al nacimiento y otros problemas reproductivos. Nuestro país, al igual que todos los países que tienen propósitos de desarrollo, debe hacer esfuerzos para participar en la generación de conocimientos al respecto. La adopción indiscriminada de legislación o medidas de control de los países desarrollados no siempre es la respuesta adecuada a las condiciones locales. En términos de salud, las condiciones de exposición y susceptibilidad pueden ser diferentes. Es posible que nuestra población responda de manera diferente a las exposiciones ambientales, no es lo mismo que se exponga a un tóxico ambiental un hombre adulto que un niño o una mujer embarazada (de los que se compone una gran parte de nuestra población), la respuesta a las radiaciones ultravioleta no es la misma para todos los tipos de piel y, en términos llanos, no es lo mismo exponerse a un tóxico ambiental con el estómago vacío que con el estómago lleno.

“...no es lo mismo exponerse a un tóxico ambiental con el estómago vacío que con el estómago lleno.”

La mortalidad materna presentó en Costa Rica un comportamiento decreciente hasta mediados de la década de los 80, fecha a partir de la cual, dicha tasa fluctúa en cifras que oscilan entre 20 y 40 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos. Un análisis del comportamiento trienal de la tasa evidencia, que la misma ha presentado un continuo incremento durante la presente década, para situarse, en el último trienio (93-95), en cifras que superan la del 82-84.

El presente artículo tiene por finalidad presentar las principales conclusiones de una investigación realizada con el objetivo de establecer el perfil biológico, socioeconómico, cultural y de acceso a los servicios de salud de las muertes maternas ocurridas en el país en el transcurso de 1996.

La información que se presenta a continuación fue obtenida mediante entrevistas a los familiares y allegados de la totalidad de las mujeres fallecidas por este tipo de causa en el transcurso de 1996, así como también, mediante la revisión de certificados de defunción, protocolos de autopsia y expedientes de salud.

Principales conclusiones:

1. Los datos recolectados evidencian, que entre las mujeres fallecidas no existían barreras culturales importantes para la asistencia al control médico del embarazo y atención del parto, lo que se hizo manifiesto en los altos porcentajes de control prenatal y parto intrahospitalario.

2. En términos generales puede decirse, que no existieron barreras de orden geográfico que dificultaran el acceso oportuno al control

MORTALIDAD MATERNA: COSTA RICA, 1996

María Carranza

*Investigadora del
Instituto Costarricense
de Investigación y Enseñanza
en Nutrición y Salud
(Inciensa).*

prenatal y atención del parto. Las numerosas vías de acceso y disponibilidad de teléfonos públicos en la zona rural del país, así como también la importante red de servicios de salud, y la gran aceptación de los mismos determinaron que las mujeres y sus familiares tomaran todas las previsiones necesarias para llegar con tiempo suficiente al lugar de atención.

3. La atención deficiente por parte de los servicios de salud se

presentó como el principal factor determinante de la mortalidad materna en el país. Fueron detectadas importantes deficiencias en la atención de un considerable número de mujeres fallecidas y fue estimado, que más de la mitad de las muertes ocurridas no hubieran acontecido, si la mujer hubiera recibido atención de calidad. Atención esta, que en todos casos, se encontraba al alcance de los servicios de salud.

4. Fue demostrada la existencia de una importante asociación entre mortalidad materna y pobreza en el país. El análisis del ingreso promedio familiar al momento del fallecimiento permitió establecer, que la mitad de estas mujeres pertenecían al 20% de las familias que perciben el ingreso más bajo del país.

5. Se estableció también, una asociación importante entre pobreza, no uso o uso deficiente de los servicios de salud, y mala calidad de la atención. Entre las mujeres pertenecientes a las familias que percibían los ingresos más bajos del país se ubicaron gran parte de las mujeres que no asistieron a los servicios de salud, o que lo hicieron en forma tardía, así como también, una proporción significativa de las importantes deficiencias detectadas en la atención.

Los hallazgos antes mencionados señalan la mejoría de la calidad de atención como principal estrategia para disminuir la mortalidad en el país, al mismo tiempo que plantean la necesidad de profundizar en el análisis de la asociación entre pobreza y salud, sumando a los ya conocidos riesgos originados por la pobreza, el riesgo adicional de recibir un trato discriminatorio por los servicios.

Ivonne Flores

*Estudiante de doctorado
Johns Hopkins University*

El cáncer cervical es un grave problema de salud pública en México. La tasa de mortalidad por cáncer cervical ha incrementado en un 9.5 por cada 100,000 mujeres en 1991 a un 21.8 por cada 100,000 en 1994.^{1,2} Incluso en 1992 México tuvo la tasa de mortalidad más alta del mundo con 14.7 defunciones por cada 100,00 mujeres.³ El número de muertes por cáncer cervical en México entre 1980 y 1995 fue de aproximadamente 62,000, y actualmente más de 4,000 mujeres mueren cada año por esta enfermedad. Tristemente, cada dos horas hay una muerte por cáncer cervical en México.⁴

La tasa de incidencia de cáncer cervical invasor en México también es de las más altas en el mundo, estimada en 40.1 casos por 100,000 mujeres (ajustada por edad) en 1985.⁵ Las altas tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cervical demuestran la ineficiencia del programa DOC en México, y la importancia de mejorar la accesibilidad y la calidad del programa. Para lograr esto es necesario llevar a cabo estudios que investiguen los procesos operacionales del programa DOC (detección oportuna del cáncer), y que generen información que pueda ser usada para modificar los conocimientos y las prácticas de las mujeres en cuanto al programa.

***“... es la principal
causa de muerte
para las mujeres
en edad reproductiva
(15-49 años).”***



EL CÁNCER



CERVICAL EN MÉXICO

A pesar de que existe un programa nacional de detección oportuna del cáncer (DOC) desde 1974, el cáncer cervical sigue siendo una de las principales causas de muerte para las mujeres mexicanas. Es la segunda causa más frecuente de muerte para las mujeres en México, y es la principal causa de muerte para las mujeres en edad reproductiva (15-49 años).⁶ Reportes epidemiológicos del IMSS en 1995 indican que el cáncer cervical es la segunda causa de muerte por cáncer más frecuente en general, y en mujeres es la más frecuente.⁷

El programa de DOC tiene una cobertura muy baja (20%),⁸ y una consecuencia de este problema es que las mujeres acuden tardíamente a solicitar servicio. Las mujeres solicitan el Papanicolau cuando ya tienen algún síntoma, como sangrado o dolor abdominal anormal, y lo que reciben es un diagnóstico y no un servicio preventivo. Cuando una mujer ya presenta síntomas, por lo general significa que ya se encuentra en una etapa más avanzada de la enfermedad, lo cual casi siempre es más caro y más difícil de tratar, incluso no curable. En un estudio que se llevó a cabo en la Ciudad de México, se encontró que el 60% de los casos de cáncer cervical detectados por el Papanicolau son de cáncer cervical invasor.⁹ En México, la prueba de Papanicolau se usa principalmente para diagnosticar un cáncer avanzado, y no para detectar oportunamente una condición tratable.

Recientemente, las investigaciones sobre cáncer cervical han estado estudiando más a fondo la asociación entre el cáncer cervical y ciertos tipos del virus de papi-

***“Las mujeres solicitan
el Papanicolau
cuando ya tienen
algún síntoma,
como sangrado o dolor
abdominal anormal...”***

loma humano (VPH). Ya se ha comprobado científicamente que la infección con el VPH por contacto sexual, es el principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer cervical. Se han identificado más de 70 diferentes tipos de VPH, y se ha encontrado que aproximadamente 24 de ellos infectan las células del cérvix.¹⁰ En México se han llevado a cabo varias investigaciones que han estudiado la relación entre el cáncer cervical y el VPH.^{11,12} Estos estudios son muy importantes porque nos han proporcionado con información relevante sobre la presencia del VPH en mujeres con y sin cáncer cervical en México. En un estudio realizado por Berumen y col., se detectó la presencia del virus en un 31% de las mujeres que presentaron una citología. También encontraron la presencia del virus en un 31% de las mujeres que presentaron una citología normal.¹³ Este tipo de información es muy útil, porque al conocer la prevalencia del VPH y su asociación con el cáncer cervical en la población se pueden empezar a desarrollar estrategias de control y prevención.

La detección y el control de los casos de VPH pueden ser importantes estrategias para la prevención del cáncer cervical. En México, el programa de DOC depende principalmente de la prueba de Papanicolau para la prevención del cáncer cervical. El Papanicolau permite, en el mejor de los casos, detectar la presencia de lesiones precursoras o cáncer cervical en etapas más avanzadas. Aunque el Papanicolau también puede detectar la presencia del VPH en algunos casos, es un procedimiento muy poco sensible.

Afortunadamente, ya existe una prueba que puede detectar la presencia del VPH en la mujer. Esta prueba se puede efectuar de dos maneras: (1) el médico o la enfermera le tome a la mujer una muestra de células cervicales (VPH clínico), o (2) la mujer se toma ella

misma una muestra de sus células vaginales (VPH auto-toma). El instrumento que se utiliza para tomar la muestra es como un isopo o cotonete grande, que se introduce a la vagina sin causar ningún dolor o efecto secundario. Una vez tomada la muestra, el instrumento se coloca en un tubo que contiene una solución, y se manda al laboratorio para que sea analizado. En el laboratorio se determina si la muestra está infectada con algún tipo de VPH asociado al cáncer cervical (VPH de alto riesgo). Algunos investigadores sugieren que la existencia de infección de VPH de alto riesgo pudiera determinar la probabilidad de tener algún tipo de lesión o cáncer cervical con mayor sensibilidad que la que ofrece el Papanicolau.

Actualmente se está llevando a cabo un estudio en Morelos que compara la prueba del Papanicolau con la prueba que detecta el VPH de alto riesgo. Este estudio lo están llevando a cabo el Dr. Jorge Salmerón del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Dr. Eduardo Lazcano y el Dr. Mauricio Hernández del Instituto Nacional de Salud Pública, el Dr. Attila Lorínez de la Corporación Digene, y el Dr. Keeti Shah de la Universidad de Johns Hopkins. Los objetivos de este estudio incluyen:

- Comparar la prueba de VPH auto-toma y la prueba de Papanicolau como mecanismos de detección de lesiones precursoras y cáncer cervical invasor.
- Calcular el nivel de costo-beneficio y de costo-efectividad de la prueba de VPH y la prueba de Papanicolau
- Determinar la aceptabilidad de la prueba de VPH auto-toma y de la prueba de Papanicolau.

Para lograr estos objetivos se realizarán ambas pruebas en el contexto del programa de DOC en alguna de las 23 clínicas de More-

***“La detección
y el control
de los casos
de VPH pueden
ser importantes
estrategias
para la
prevención
del cáncer
cervical”***

los serán seleccionadas de manera aleatoria e invitadas a participar en el estudio. Cada una de estas mujeres: (1) se tome una muestra vaginal (VPH auto-toma), (2) le harán un Papanicolau y (3) le tomarán una muestra cervical (VPH clínico). Los resultados clínicos de estas pruebas serán analizados para determinar la efectividad de cada una en la detección de lesiones precursoras y cáncer cervical.

Otro componente del proyecto incluye entrevistas a una sub-muestra de 900 mujeres del total de 7,500 mujeres. A estas mujeres se les aplicará un cuestionario sobre (1) su conocimiento y uso del programa de DOC, (2) la accesibilidad del programa y sus costos para la

paciente, (3) la experiencia y aceptabilidad del Papanicolau y de la prueba VPH auto-toma, (4) factores de riesgo para cáncer cervical, y (5) la disposición para pagar por la prueba de VPH. También se entrevistará a una sub-muestra de 20 pacientes con cáncer cervical para obtener información sobre su calidad de vida y el peso que representa esta enfermedad para la enferma, su familia y la sociedad.

Mi colaboración en este proyecto es una parte importante de mi formación académica como estudiante de doctorado en la Universidad de Johns Hopkins. En dicha universidad, tuve la oportunidad de tomar varias clases con el Dr. Shah, quien me puso en contacto con el Dr. Salmerón y el Dr. Lazcano. Ellos me invitaron a participar en este proyecto, lo cual me dio mucho gusto ya que me interesa bastante el problema del cáncer cervical en México. Mi participación en este proyecto incluye, entre otras cosas: (1) la elaboración del cuestionario que se utilizará para entrevistar a la submuestra de 900 mujeres, (2) el desarrollo de las preguntas sobre la disposición para pagar por la prueba de VPH, (3) la coordinación de la prueba piloto del cuestionario, que incluye 20 entrevistas cognoscitivas sobre las preguntas de la disposición para pagar, (4) el entrenamiento de las enfermeras que aplicarán el cuestionario de las 900 mujeres, (5) el análisis de la información que se obtiene en la prueba piloto y el desarrollo de cuestionario final, y (6) el análisis de la información sobre costos, disposición para pagar y las 900 encuestas.

El Dr. David Bishai del Departamento de Ciencias de la Población y de la Familia de la Universidad de Johns Hopkins también está colaborando en este proyecto. Una de sus especialidades es la economía de la salud, y por lo tanto sus aportaciones sobre costos son muy importantes. Otra de sus aporta-

ciones es que supervisa mi trabajo en este proyecto como mi asesor académico.

Afortunadamente, ya que este proyecto se está llevando a cabo con la colaboración de Johns Hopkins, el trabajo que estoy realizando lo tomarán en cuenta como parte de mis estudios. Incluso, hasta podría llegar a ser parte de mi disertación de doctorado, ya que en mayo de 1999 espero regresar a México para comenzar a escribir mi tesis sobre el cáncer cervical en México.

Me siento muy afortunada de estar colaborando en este proyecto porque es una excelente experiencia profesional y personal. A través de mi trabajo en este estudio he tenido la oportunidad de conocer a varios investigadores muy importantes en el área de cáncer cervical en México, y también he aprendido mucho sobre el trabajo de investigación. Más que nada, es de una gran satisfacción personal saber que estoy colaborando en un proyecto que seguramente ayudará a mejorar el programa de prevención y detección oportuna de cáncer cervical en México.

Bibliografía

1. Lazcano Ponce, E.C., M. Hernández Avila, L. López, P. Alonso de Ruiz, A. Torres Lobatón, G. González Lira, I. Romieu (1995) *Factores de Riesgo Reproductivo e Historia de Vida Sexual Asociados a Cáncer Cervical en México*, Revista de Investigación Clínica, vol. 47 (5)pp. 377-85.

2. Hernández Avila, M. E. C. Lazcano Ponce, J. Berumen Campos, A. Cruz Valdez, P. Alfonso de Ruiz, G. González Lira, (1997) *Human Papilloma Virus 16-18 Infectio and Cervical Cáncer in Mexico: A Case-Control Study*, Archives of Medical Research, vol. 28 (2), pp. 265-71.

3. Lazcano Ponce, E.C., P. Nágera Aguilar, E. Buiatti, P. Alonso de Ruíz, P. Kuri, L. Cantoral, and M.

Hernández Avila, (1997) *The Cervical Cáncer Screening Program in Mexico: Problems with Access and Coverage*, Cáncer Causes and Control, vol. 8, pp 698-704.

4. Hernández, Avila, M.E. C. Lazcano Ponce, P. Alfonso de Ruiz, I. Romieu, (1998) *Evaluation of the Cervical Cáncer Screening Program in Mexico: A Population-Based Case-Control Study*, International Journal of Epidemiology, vol. 27, pp 1-7.

5. Lazcano Ponce, E.C., et al, (1997)

6. Secretaría de Salud (SSA), (1996) *La Perspectiva de Género en la Salud Reproductiva*.

7. Salmerón Castro, Jorge, F/Franco Marina, E. Salazar Martínez, E. Lazcano Ponce, (1997) *Panorama Epidemiológico de la Mortalidad por Cáncer en el Instituto Mexicano del Seguro Social: 1991-1995*, Salud Pública de México, vol. 39, no. 4, pp 266-273.

8. Lazcano Ponce, E. E., E. Buiatti, P. Nágera-Aguilar, P. Alonso de Ruiz, and M. Hernández Avila, (1998) *Evaluation Model of the National Program for Early Cervical Cáncer Detection and Proposals for a New Approach*, Cáncer Causes and Control, vol. 9.

9. Lazcano Ponce, E.C., et al., (1997)

10. Schiffman, M.H., Louise A. Brinton, Susan S. Devesa, Joseph F. Fraumeni, "Cervical Cáncer", *Cáncer by Tissue of Origin*.

11. Hernández Avila, M., et. al., (1997)

12. Lizano, M., A. García-Carrancá, (1997) *Las Variantes Moleculares de Papiloma Virus Humanos Tipo 16, 18, y 45 en Tumores del Cuello Uterino en México*, Gaceta Médica de México, vol. 133 (Suplemento 1), pp. 43-48.

13. Berumen, J. E. R., Unger, L. Casas, P. Figueroa, (1995) *Amplification of Human Papiloma Viruses Types 16 and 18 in Cervical Cancer*, Human Pathology, vol. 26, pp 676-681.

Noticias de Colegas

Soy Francisco Moyado Estrada, nací en la Ciudad de México en 1968. Obtuve la Licenciatura en Ciencias Políticas y Administración Pública en la Universidad Nacional Autónoma de México. Entre 1996 y 1998 cursé la Maestría en Políticas Públicas y Sociales en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, que se imparte en coordinación con el Public and Social Policy Program de The Johns Hopkins University (Baltimore). Ello fue posible al ser distinguido con la beca otorgada por las Fundaciones MacArthur-Ford-Hewlett y la beca del Instituto de Cooperación Interamericana.

El programa de la maestría se concentra en el estudio de la estructura política, social y económica de España, su integración a la Unión Económica y Monetaria Europea; la transición de los Estados del Bienestar; la reforma de los sistemas de salud y seguridad social; los procesos de la formulación e implementación de políticas y servicios sociales en España y países de la OCDE; las políticas sociales y la perspectiva de género; políticas de empleo, combate a la pobreza, vivienda y tercera edad; ciudad y calidad de vida; métodos cuantitativos y sistemas de información para políticas públicas.

Desarrollé la tesis: Cambio tecnológico y políticas de empleo en Europa: análisis del teletrabajo en España; en donde abordamos los cambios generados por el proceso de globalización, el nuevo paradigma productivo, la empresa red y contextualizamos el teletrabajo a partir de los Nuevos Yacimientos de Empleo propuestos por la Unión Europea en el Libro Blanco de 1993. Este trabajo fue encargado a la universidad por el gobierno de la Generalitat de Cataluña (órgano de gobierno de carácter regional que representa a la autonomía catalana).

Al volver a México me incorporé al Gobierno del Distrito Federal como asesor de la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social.

Francisco Moyado Estrada

Me llamo Norma Ferriz y recientemente regresé de los Estados Unidos en donde realicé una Maestría en Administración Pública con concentración en administración de organizaciones no lucrativas. Estudié como becaria Fulbright-García Robles y MacArthur-Ford-Hewlett en la Universidad de Washington en Seattle. Terminé la maestría en junio de 1997 con un proyecto final enfocado al estudio de colaboraciones con organizaciones no lucrativas para abordar problemáticas ambientales.

Al terminar mis estudios realicé un año de entrenamiento académico trabajando como coordinadora de educación y servicio comunitario para "Viva la Gente". Durante este periodo impartí talleres de liderazgo y organicé actividades voluntarias para 150 jóvenes de diferentes partes del mundo viajando por Norteamérica

y Europa. Esta última actividad atendió mis intereses en desarrollo juvenil y globalización, aunque también me interesa mucho la conservación de la naturaleza.

La lógica de mis estudios de administración se basa en el interés que tengo de combinar mis estudios de biología de licenciatura con el desarrollo institucional de organizaciones dedicadas a la conservación de recursos naturales. Previo a mi posgrado trabajé con Pronatura Chiapas, A.C., una organización no lucrativa dedicada a la conservación de la diversidad biológica y a la promoción del desarrollo sustentable en Chiapas.

Actualmente estoy involucrada nuevamente con Pronatura, específicamente como responsable de la adaptación de un paquete de entrenamiento de talleres de acción comunitaria: "Construyendo sociedades sustentables: Entrenamiento para liderazgo comunitario". Dicho paquete ha sido desarrollado por la Fundación Harmony en Canadá y pretende proveer un marco de referencia para capacitar a grupos comunitarios en el análisis y establecimiento de soluciones para las diferentes problemáticas ambientales y sociales que enfrentan. Una vez que el paquete haya sido adaptado y probado en nuestro contexto nacional se utilizará para capacitar a facilitadores de diferentes partes de la República Mexicana para impartir talleres de acción comunitaria en diversas localidades.

Aprovecho esta ocasión para hacer un llamado a los becarios que están involucrados en proyectos de conservación y/o desarrollo sustentable para comunicarse conmigo y establecer contactos que nos permitan formar colaboraciones para realizar talleres de liderazgo y acción comunitaria y otros proyectos enfocados a desarrollo institucional que contribuyan al desarrollo sustentable de nuestro país. Por el momento se pueden comunicar conmigo vía telefónica al (525)572-6103 o vía electrónica a

nferriz@hotmail.com y armando.ferriz@bdk.com

Norma Ferriz Domínguez



Institute of International Education
Oficina para México y América Latina
Londres 16, 2o. piso, Col. Juárez
06600 México D.F., México
Tel. (525) 703-01-67; 209-91-00 ext 3510
Fax (525) 535-55-97
E-mail: ie@profmexis.sar.net