

MANUAL OPERATIVO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



INTERSECTORIALIDAD
PARTICIPACIÓN SOCIAL
INTERCULTURALIDAD
GÉNERO
CURSO DE VIDA

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE DETERMINANTES, COMPETENCIAS Y PARTICIPACIÓN SOCIAL



Manual Operativo de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud

Dirección General de Promoción de la Salud

Dirección de Determinantes, Competencias y Participación Social

Directorio

José Narro Robles



Secretario de Salud

Pablo Antonio Kuri Morales

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

José Meljem Moctezuma

Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Marcela Guillermina Velasco González

Subsecretaría de Administración y Finanzas

Gabriel J. O'Shea Cuevas

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Julio Salvador Sánchez y Tépoz

Comisionado Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

Onofre Muñoz Hernández

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Guillermo Miguel Ruiz Palacios y Santos

Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta

Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Gustavo Nicolás Kubli Albertini

Titular de la Unidad de Análisis Económico

Enrique Balp Díaz

Director General de Comunicación Social

Eduardo Jaramillo Navarrete

Director General de Promoción de la Salud

Lucero Rodríguez Cabrera

Directora de Estrategias y Desarrollo de Entornos Saludables

Adriana Stanford Camargo

Directora de Evidencias en Salud



Elvira Espinosa Gutiérrez

Directora de Determinantes, Competencias y Participación Social

Luz Arlette Saavedra Romero

Subdirectora de Competencias en Salud

Mónica Ramírez Vargas

Subdirectora de Participación Social

Mercedes Clavery De Yta

Subdirectora de Manejo de Determinantes Personales en Salud

Compilación

Elvira Espinosa Gutiérrez

Luz Arlette Saavedra Romero

En la elaboración de este documento participaron:

Elvira Espinosa Gutiérrez



Luz Arlette Saavedra Romero

Mónica Ramírez Vargas

Mercedes Clavery De Yta

Colaboración:

José Luis Calderón Avendaño, DGPS

Patricia Muñoz Bello, DGPS

Marcos Reyes Díaz, DGPS

María Teresa Romero Aguirre, DGPS

Juan Alejandro Rodríguez Hernández, Servicios Estatales de Salud de Veracruz

Cecilia Robledo Vera, CNEGySR

Agradecimiento especial por su colaboración y asesoría:

Oswaldo Medina Gómez

Consultor Nacional de Determinantes Sociales de la Salud OPS/OMS México

Diego González Machín

Asesor en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental OPS/OMS México

Patricia Segurado Núñez

Asesora en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental OPS/OMS-México

Diseño de portada

Jorge Fernando Gamiño Ortiz



Índice

| | |
|--|------------|
| Presentación | 7 |
| Sección I Marco Conceptual..... | 9 |
| Salud | 11 |
| ¿Cómo se conceptualiza la promoción de la salud? | 12 |
| Determinantes Sociales de la Salud | 13 |
| Intervenciones de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud | 17 |
| | |
| Sección II Intersectorialidad | 22 |
| • Fundamentación..... | 24 |
| • ¿Cómo se implementa?..... | 30 |
| • Herramientas de apoyo | 44 |
| | |
| Sección III Participación Social..... | 57 |
| • Fundamentación | 59 |
| • ¿Cómo se implementa?..... | 64 |
| • Herramientas de apoyo | 69 |
| | |
| Sección IV Interculturalidad..... | 78 |
| • Fundamentación | 80 |
| • ¿Cómo se implementa? | 84 |
| • Herramientas de apoyo | 88 |
| | |
| Sección V Género | 94 |
| • Fundamentación | 96 |
| • ¿Cómo se implementa? | 98 |
| • Herramientas de apoyo | 103 |
| | |
| Sección VI Curso de Vida Reflexiones Generales | 106 |
| • Fundamentación | 95 |
| • Herramientas de apoyo..... | 120 |
| | |
| Sección VII Estrategias operativas..... | 128 |
| | |
| Sección VIII Planeación, seguimiento, monitoreo, evaluación y validación..... | 131 |
| | |
| Anexos | 144 |
| | |
| Referencias | 159 |

Presentación



El presente manual integra conceptos y herramientas que permiten desarrollar las acciones de promoción de la salud, actualmente es claro que las soluciones a los problemas de salud, corresponden a varios ámbitos de competencia, para adentrarnos en su contenido es necesario mantener en mente que la salud es un concepto mucho más amplio, que la ausencia de enfermedad y se determina desde antes de nuestro nacimiento, a través del estado físico y mental de nuestras madres y padres.

El enfoque social de la salud, no es nuevo, sin embargo, cobra fuerza cuando se reconoce, a través de diversas investigaciones, que las circunstancias materiales, sociales, de educación, de género, etnia, los hábitos y conductas adquiridas, por mencionar algunos de los determinantes intermedios, así como los determinantes estructurales como las condiciones sociopolíticas y económicas del entorno determinan el bienestar de las personas, por lo que es necesario y urgente actuar integralmente en ellos, para lograr cambios significativos en los indicadores y a largo plazo, aspirar a la equidad en Salud.

En este contexto, la forma en la que hacemos Promoción de la Salud no puede ser la misma, el entorno y las personas son distintas, nuestra sociedad ha cambiado y exige que hagamos lo propio. Desde la carta de Ottawa, se plantearon grandes líneas por las que debemos transitar, sin embargo, hoy debemos considerar una serie de elementos para lograr que nuestras acciones sean más efectivas. A pesar del gran trabajo realizado, de colaboración y coordinación con los programas preventivos como un eje transversal, no se refleja en los indicadores epidemiológicos que finalmente han llevado a establecer prioridades de trabajo conjunto, que seguramente redundará en mejores resultados.

Como Manual Operativo, su principal objetivo es que traduzca de forma práctica los conceptos y enfoques transversales que enriquecen nuestra comprensión sobre, cómo los determinantes sociales inciden en la salud de las personas y cómo el enfoque de género, la intersectorialidad, la interculturalidad, la participación social y el curso de vida, pueden reforzar e incrementar la eficacia cuando se consideran dentro del diseño de las intervenciones que se realizan día a día.

A lo largo de los capítulos se desarrolla un marco conceptual de éstos enfoques transversales, en lenguaje básico y sencillo, se acompañan de esquemas explicativos, herramientas y formatos que permitan su implementación en las acciones de promoción de la salud. Es importante señalar que, al ser enfoques transversales, el contenido de este manual es aplicable a cualquier acción o intervención en salud de la persona, su familia y su comunidad.

El contenido de este manual se desarrolló con una visión transversal, misma que se ha empleado para ejecutar las cinco estrategias operativas del Programa de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, 2013-2018, a saber, Servicios Integrales de Promoción de la Salud y Atención durante el Curso de Vida, en la que actualmente se administra la distribución y uso de las Cartillas Nacionales de Salud; Acciones y Atención a población vulnerable, que se refiere a las intervenciones en salud a la población migrante, indígena y escolar; Fomento a Entornos Físicos y Psicosociales Promotores de la Salud, con la validación de albergues y escuelas; así mismo, Educación y Desarrollo de Competencias en Salud, a través de la realización de talleres en diversos temas y la certificación de promotores en lengua indígena; la conformación de Redes Promotoras de la Salud, tales como las Redes de Escuelas y Universidades



Promotoras de la Salud. Por esta razón, por último, se incluye un capítulo de Seguimiento y Monitoreo de los indicadores establecidos para estas estrategias, los cuales se reportan al sistema de información en salud y a los sistemas de monitoreo y seguimientos con los que se cuenta actualmente.

En conclusión, este Manual Operativo se diseñó pensando en que se facilitará la comprensión y aplicación práctica de los distintos enfoques a las acciones de salud, permite hablar un mismo lenguaje; pretende darnos una visión integral en el diseño de las intervenciones, proporcionando orientación concreta, con herramientas que tienen una visión más real de la problemática y de sus soluciones, con ello, lograr la participación de la población para identificarla pero también para ser parte del cambio, lograr integrar las acciones con otros sectores y avanzar en la modificación de los determinantes que inciden negativamente en un entorno definido, abordar los temas en los distintos grupos con los que trabaje y lograr tocarlos de manera que modifiquen sus conductas haciéndolas más saludables, y dar continuidad a las acciones de promoción a lo largo del curso de vida, con la finalidad de mejorar los resultados alcanzados y la equidad en salud.

El Manual Operativo es dinámico, como la vida misma, la salud o la enfermedad, con la retroalimentación derivada de su aplicación y con la riqueza de las contribuciones de sus usuarios, seguramente se podrá contar con una actualización de mayor utilidad en los próximos años.

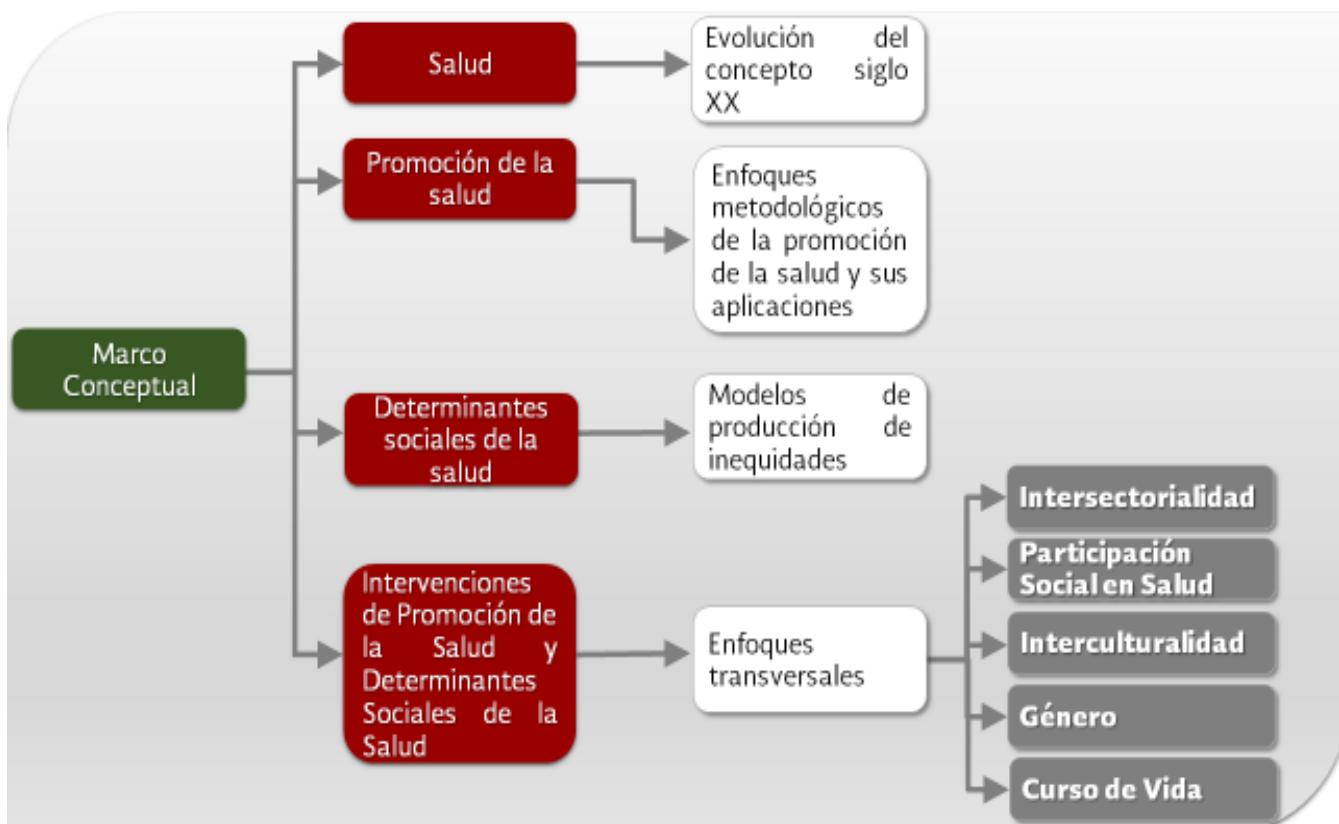


Sección I

Marco Conceptual



Elementos que integran la Sección I Marco Conceptual





Salud

Para referirse a la Promoción de la Salud y los Determinantes Sociales de la Salud, es importante conocer la forma en la que la salud ha sido conceptualizada a lo largo de los años. De forma tradicional, la salud había sido descrita como la ausencia de enfermedades e invalideces (Tabla 1), lo cual ha ido cambiando con el tiempo desde considerarla como un estado de completo bienestar o de adaptación al medio o como una forma de vivir, además de entenderla como resultado de factores ambientales, biológicos, de estilos de vida y de los sistemas de salud. Aunado a los cambios descritos, la salud puede ser considerada como un bien individual y colectivo al que las instituciones y personas dedican recursos materiales, humanos e intelectuales para su conservación.

No sólo el concepto de salud ha evolucionado, también los métodos para abordarla y estudiarla se han ido definiendo por los momentos históricos de la sociedad, de tal modo que la prevención, promoción y normatividad de la salud se han modificado con el tiempo. En este sentido, han surgido modelos de salud, como el que considera la salud y la enfermedad desde un enfoque mágico religioso, biológico, sanitaria, histórico-social, epidemiológico, económico, ecológico (1):

Tabla 1. Evolución del concepto salud en el siglo XX.

| Concepto | |
|--|--|
| I. Concepción tradicional | La salud es la ausencia de enfermedades e invalideces. |
| II. Salud y bienestar | Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. (OMS 1946) |
| III. Salud, adaptación, equilibrio capacidad de funcionar | Es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en el medio (Salleras 1986, Sigerist 1998, Hernán San Martín 1995) |
| IV. Salud como forma de vida | Es una forma de vivir que es satisfactoria, autónoma, solidaria y feliz (German 2000) |
| V. Salud positiva, potencial, personal y factor de desarrollo humano | Es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a problemas del medio ambiente. (OMS 1998) |
| VI. Salud enfoque multicausal | Es el resultado de la interrelación de 4 determinantes: biología humana, medio ambiente, los estilos de vida y el sistema de atención sanitaria (Lalonde 1986) |

A pesar de los cambios que se han hecho en la concepción de la salud, sigue estando presente una visión medicalizada de la salud asociada a la enfermedad, lo que ha generado que las acciones que se formulan con mayor proporción sobre el tema sean para la erradicación y prevención de enfermedades con el fin de evitar la muerte mientras que en una menor proporción se incluyen acciones para aumentar el bienestar físico, mental y social, que es donde se utilizan las herramientas relacionadas con la Promoción de la Salud y los Determinantes Sociales de la Salud. Este enfoque de salud-enfermedad es el que ha dado la pauta a las políticas públicas a nivel mundial y nacional (2):

Con un enfoque en el que la salud es el resultado de diversos factores, conocidos como Determinantes Sociales de la Salud, y cambiando el punto de vista desde la enfermedad hacia la salud, los Objetivos del





Desarrollo Sostenible para el 2030, emitido por la Organización de las Naciones Unidas en el 2015, buscan llegar a la salud de los más vulnerables; con un enfoque integral ya que los diversos componentes están profundamente interrelacionados y vinculados: pobreza, salud, educación, seguridad alimentaria, aspectos sociales, económicos y ambientales (3).

La Promoción de la Salud, junto con la prevención, atención y normatividad de la misma, debe entonces tener un enfoque más amplio que el dado por el proceso salud- enfermedad, lo cual se logra considerando la salud desde los Determinantes Sociales de la Salud.

¿Cómo se conceptualiza la promoción de la salud?

La Promoción de la Salud es una función esencial de la Salud Pública, la cual es la rama de la medicina que tiene como objeto de estudio la salud poblacional, asume el propósito de mejorar la salud, la calidad de vida y prolongar la salud de las poblaciones mediante la Promoción de la Salud, la prevención de la enfermedad y otras intervenciones sanitarias. (1)

Al igual que el concepto y enfoque de la salud han ido cambiando a lo largo de la historia, la definición y estrategias que sigue la Promoción de la Salud ha sufrido variantes. El concepto de Promoción de la Salud se hizo más relevante en la medida en que las teorías reconocieron la variedad de factores que condicionan la salud, es decir los Determinantes Sociales de la Salud. La Promoción de la Salud coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar enfermedades transmisibles, no transmisibles y otras amenazas para la salud, consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los Determinantes Sociales de la Salud, los que son su objeto central, y así mejorarla no sólo abarcando las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino aquellas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, contribuyendo a que las personas incrementen el control sobre los Determinantes Sociales de la Salud. (4)

La Promoción de la Salud, su conceptualización, metodología y evaluación, ha sido diversa y está asociada a paradigmas diversos que han influido en su aplicación:

Tabla 2. Paradigmas (Enfoques metodológicos) de la Promoción de la Salud y sus aplicaciones

| Paradigma | Aplicaciones a la Promoción de la Salud |
|---------------------------|--|
| Médico preventivista | <ul style="list-style-type: none">Se focaliza en las acciones tradicionales de prevención de la enfermedad. Incluye saneamiento básico del medio, educación para la salud, control del riesgo, favorecer prácticas individuales de higiene y organizar la atención médica en niveles preventivosLas evidencias de efectividad de las acciones se miden con indicadores de incidencia / prevalencia de la enfermedad en asociación e impacto epidemiológico. |
| Conductual individualista | <ul style="list-style-type: none">Prioriza en el cambio de comportamiento individual mediante intervenciones dirigidas al individuo sin olvidar el énfasis en la enfermedadIncorpora el discurso de los estilos de vida saludables y las prácticas adecuadas de salud |
| Socio - político | <ul style="list-style-type: none">Se basa en los valores de la equidad, la transformación social, y los derechos humanos. |



- Fomenta la acción colectiva, la abogacía, el empoderamiento, el desarrollo humano sustentable, el establecimiento de alianzas sociales, entre otras.

En medio de estos paradigmas del enfoque de la Promoción de la Salud y sus aplicaciones, es pertinente considerar que la Promoción de la Salud además de ayudar a los esfuerzos que se hacen para afrontar las enfermedades, proporcionará a las personas los medios necesarios para mantener la salud, fortaleciendo sus habilidades y capacidades que les permitan tener control sobre los Determinantes Sociales de la Salud que la pueden afectar.

Determinantes Sociales de la Salud (5)

Hablar de Promoción de la Salud está ligado a hablar de los Determinantes Sociales de la Salud, los cuales fueron definidos por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud en 2008, como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas; esta distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo. A la par, al interior de las naciones puede haber marcadas desigualdades entre estados, regiones y localidades con diferentes ingresos económicos que limitan el desarrollo humano de las personas y por lo tanto sus Determinantes Sociales de la Salud”. (6)

Cada persona está rodeada de diversas circunstancias a lo largo de su vida, algunas de las cuales no dependen directamente de la persona sino de factores biológicos como el sexo, el color de los ojos, la estatura, o los factores económicos que son determinados por cómo se distribuyen los recursos financieros en la comunidad, el municipio, el estado o en el país. Hay otras circunstancias que sí dependen de las personas, como pueden ser los estilos de vida individuales, siendo así que son las diferencias de circunstancias, o Determinantes Sociales de la Salud, los que han generado inequidades en salud.

La equidad en salud se define como la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas. Estas diferencias pudieran ser prevenidas y remedias al tener su raíz en los procesos de estratificación social de una sociedad y por lo tanto estar vinculadas con la realidad política y las relaciones de poder de una sociedad. (5)

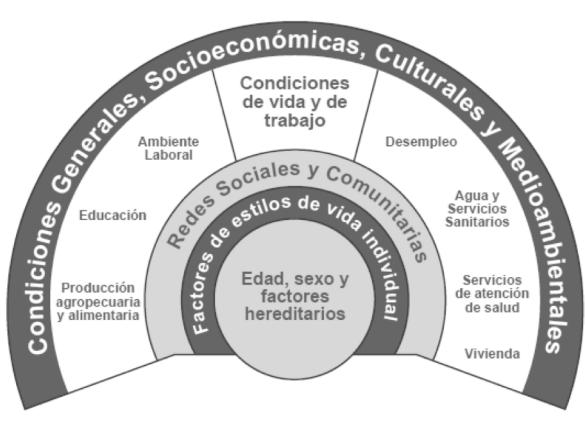
Para visualizar los Determinantes Sociales de la Salud y los principales mecanismos de producción de inequidades en salud, se han elaborado varios modelos para mostrar cómo éstos influyen en el estado de salud y cómo existen nexos entre los diversos tipos de Determinantes Sociales de la Salud, así como visibilizar la manera que contribuyen a generar las inequidades de salud entre distintos grupos en la sociedad.

Uno de los modelos más representativos y difundidos es el de Dahlgren y Whitehead debido a que explica que las inequidades son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. En el centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud de carácter no modificable. A su alrededor se encuentran en forma de capa los Determinantes Sociales de la Salud posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, que son influenciados por la comunidad y las redes sociales. Los importantes tienen que ver



con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa (7). (Ver figura 1)

Figura 1. Modelo de Dahlgren y Whitehead de producción de inequidades en salud



Fuente: Vega, J, y otros. *En la perspectiva de la equidad*. Santiago : Determinantes sociales de la salud en Chile, 2005.

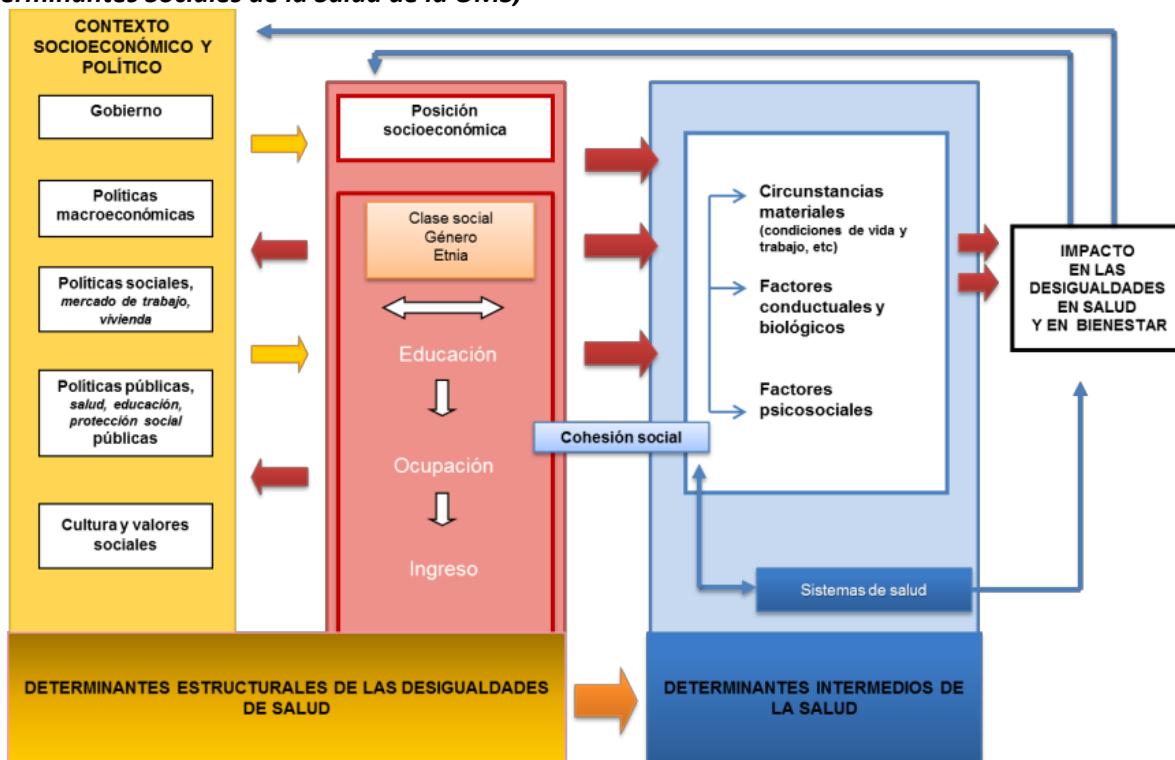


Se han seguido elaborando modelos que buscan describir el entramado de los Determinantes Sociales de la Salud y sus interrelaciones buscando mediante éstos:

- Aclarar los mecanismos por los cuales generan inequidades de salud,
- Indicar cómo se relacionan entre sí,
- Proporcionar un marco para evaluar cuáles son los que son más importantes de abordar,
- Proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de implementación de políticas para la acción en torno a los Determinantes Sociales de la Salud.

El equipo de Equidad – OMS diseñó un marco conceptual donde se agruparon las contribuciones de todos los modelos y además integraron estos requisitos. (Ver Figura 2)

Figura 2. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud, difundido por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, Solar e Irvin 2007



Fuente: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice) WHO. 2007



Este modelo, considera los factores que intervienen en el proceso de desigualdad en tres categorías:

1. El contexto socioeconómico y político: la estructura social, la distribución del poder y recursos (gobierno, políticas sociales, derechos, mercado laboral, valores sociales),
2. La posición socioeconómica que incluye los distintos ejes de desigualdad que determinan las jerarquías de poder en la sociedad, la clase social, el sexo, la edad, la etnia y el territorio;
3. Los Determinantes Intermedios en los que la estructura social determina las desigualdades en los recursos materiales que a su vez influyen en proceso psicosociales y conductas, directamente relacionadas con consecuencias en salud.

El modelo explica que la estratificación de los grupos sociales (ingresos, educación, ocupación, género y otros factores) conlleva la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo. Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados Determinantes Estructurales de inequidades en salud. Se incorpora al sistema de salud como un Determinante Social de la Salud más; porque por una parte, el deterioro o mejora del estado de salud tienen un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica, y por otra parte, el sector salud tiene la función de promover y coordinar políticas de acción sobre Determinantes Sociales de la Salud. (8)

Este es el modelo base para el desarrollo de las diversas acciones de Promoción de la Salud para el presente Manual Operativo, a través de cinco intervenciones o estrategias a seguir:

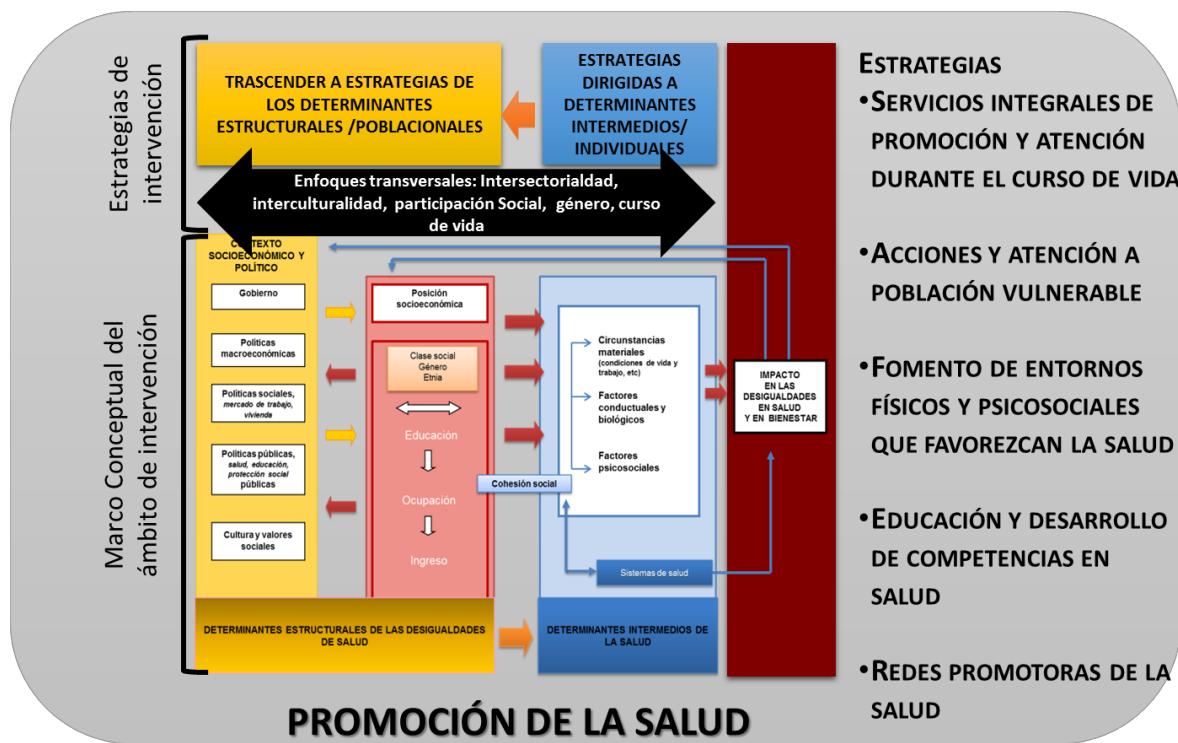
1. Servicios integrales de promoción y atención durante el curso de vida
2. Acciones y atención a población vulnerable
3. Fomento de entornos físicos y psicosociales que favorezcan la salud
4. Educación y desarrollo de competencias en salud
5. Redes promotoras de la salud

Intervenciones de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud



Para comprender el ámbito de intervención que tiene la Promoción de la Salud sobre los Determinantes Sociales de la Salud, es importante clarificar los componentes del modelo del marco conceptual señalado anteriormente. A continuación se presenta una explicación que será útil para la implementación de las intervenciones de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud (Figura 3). (5)(9)

Figura 3. Marco conceptual para estrategias de Promoción de la Salud con enfoque en los Determinantes Sociales de la Salud





1. *Los componentes del marco conceptual del ámbito de intervención (figura 3)*

Los Determinantes Intermedios de la Salud son los factores que actúan directamente en la salud, a través de las conductas relacionadas con la salud y los factores biológicos y psicosociales (8). Se integra por los siguientes elementos.

- a. Las circunstancias materiales. Son aquellas relacionadas con los entornos físicos, la vivienda es un ejemplo (incluyendo las condiciones de construcción de la misma así como la localización), el consumo potencial (por ejemplo el presupuesto para comprar alimentos saludables o ropa), las condiciones del lugar de trabajo y las características físicas del lugar en el que se encuentra. Dependiendo de la calidad de estas circunstancias, llegan a constituirse en recursos positivos para la salud o por el contrario pueden suponer un riesgo para la salud.
- b. Las circunstancias psicosociales. Son los factores de estrés psicosocial, como son los eventos negativos en la vida o condiciones de vida estresantes o, lo contrario los factores psicosociales positivos como las redes y el apoyo social, entre otros. Diferentes grupos sociales están expuestos a diferentes experiencias y situaciones vitales que explican los patrones psicosociales que se dan a largo plazo, asociados a las desigualdades en salud.
- c. Los hábitos o conductas relacionadas con la salud. Se refiere a factores que competen a la conducta de cada persona y pueden ser, son por ejemplo, la dieta, el consumo de alcohol o tabaco y el grado de actividad física. Según el patrón de exposición y vulnerabilidad, éstos pueden constituirse en factores protectores que potencian la salud, como la actividad física, o por el contrario perjudicial para la salud como el consumo de tabaco o las dietas no saludables. Estos hábitos o estilos de vida son resultado de las condiciones materiales en que se nace, vive y trabaja, siendo la forma en que los grupos sociales traducen las condiciones materiales de vida en pautas de conducta.
- d. El sistema de salud. Este factor puede intervenir sobre las condiciones de salud en dos posibles vertientes: directamente sobre las diferencias de exposición, vulnerabilidad, a través de un acceso equitativo al sistema de salud y la promoción de acciones intersectoriales que permitan mejorar el estado de salud o actuar como amortiguador de las consecuencias de una enfermedad o incapacidad en la vida de las personas, al asegurar que el problema de salud no se traduzca en deterioro en su status social y a la vez facilite la reincorporación social de las personas con discapacidad o enfermas.
- e. La cohesión social y capital social. Este apartado considera el conjunto de mecanismos de integración que existen en una sociedad, así como la percepción de la ciudadanía sobre cómo funcionan dichos mecanismos. Estas percepciones determinan, a su vez, el sentido de pertenencia al colectivo social de parte de los grupos que lo integran. Por otro lado el capital social es considerado como un recurso intangible y dinámico que existe en el colectivo social y abarca elementos como la confianza, la participación, la reciprocidad y el sentimiento de pertenencia a una comunidad.



Los Determinantes Estructurales. Estos influyen en la salud a través de los Determinantes intermedios, constituyendo las “causas de las causas” de los Determinantes Sociales de la Salud e incluyen: (9)

- a. El Contexto socio económico y político, (figura 3), son las diversas realidades en las que está inmersa una sociedad, el marco en el que se desarrolla. (9)

Hablar del contexto socio económico y político incluye:

- Gobernanza en un sentido amplio, que incluye patrones de discriminación, participación de la sociedad civil y transparencia en la administración pública.
- Políticas macroeconómicas, incluyendo el balance fiscal y monetario, deuda fiscal y balance de pago, tratados y políticas sobre el mercado laboral, etcétera.
- Políticas sociales, que afectan a factores como el trabajo, la propiedad y la distribución de las tierras y vivienda; las condiciones del entorno en el que se vive y que afectan a la calidad de vida de las personas.
- Políticas públicas en temas como educación, bienestar social, salud, urbanismo, etcétera.
- Cultura y valores presentes y predominantes en la sociedad.

El contexto económico, político y social (que incluye el mercado laboral, sistema educativo, instituciones políticas y valores socioculturales) crea y mantienen una jerarquía social, que asigna a los grupos y los individuos una diferente posición socioeconómica. Esto conlleva al acceso y exposición diferentes por parte de ciertos grupos poblacionales a las condiciones materiales, a los factores psicosociales y a las conductas o hábitos asociados a la salud, que conducen a diferencias en la vulnerabilidad social e individual, así como, a distintas consecuencias sociales, económicas y de salud frente a un determinado evento negativo, que se traduce en distintas consecuencias en la salud, según sea la ubicación en la escala social.

- b. La posición socioeconómica (figura 3). Son los factores sociales y económicos que influyen en la posición que los individuos o grupos tienen dentro de la estructura de la sociedad. Es un concepto que incluye la medición integrada del acceso a recursos y el prestigio en las sociedades, vinculándose a la clase social. Está definida y modelada en gran parte por el contexto sociopolítico y económico. Estos contextos modelan las condiciones sociales generadas por la estratificación y/o exclusión social.

La posición socioeconómica se puede medir con base en los recursos o en el prestigio:

- i. Medición basada en recursos, se refiere al acceso a recursos materiales y sociales, incluyendo ingresos y salario. Los términos que se usan cuando estos recursos son insuficientes e inadecuados, incluyen marginación, pobreza y carencias.
- ii. Medición basada en prestigio o estatus en la jerarquía social, típicamente evaluado en referencia a la calidad de acceso y consumo de bienes, servicios y conocimiento. Para su medición nos referimos al prestigio asociado a la ocupación, ingreso y nivel educacional dado por las redes sociales, y los beneficios asociados a la ubicación en dicho estatus.

En el marco del modelo, para medir la estratificación social, se utilizan los ingresos, educación u ocupación:



- I. Ingresos: Estos recursos miden de manera más directa el componente de índole material. Presenta un efecto acumulativo a lo largo del curso vital, éste indicador pueden variar considerablemente en un corto tiempo. Los ingresos pueden afectar a la salud mediante: El acceso a recursos materiales de mejor calidad, el acceso a servicios que mejoran la salud, la provisión de características materiales externas relevantes para la participación social y el estado de salud, ya que éste puede afectar el nivel de ingresos.
- II. Educación: Es un indicador utilizado frecuentemente, como variable continua (años de educación completa) o categórica (marcando metas educacionales). La educación engloba la transición desde la posición socioeconómica de los padres a la propia en la vida adulta, y es un determinante de los ingresos y empleos futuros. Considera también los conocimientos y habilidades adquiridos a través de la educación para la salud, o que tenga mayor capacidad de comunicarse con los servicios de salud. Por otro lado, una situación de mala salud durante la infancia puede limitar la asistencia y los logros educativos.
- III. Ocupación. Refleja la posición dentro de la jerarquía social y puede estar relacionada con resultados en salud debido a determinados privilegios que presentan aquellos con una posición más elevada, a su vez, está relacionada con los ingresos, por lo que la asociación con la salud puede ser directa a través de los recursos materiales que se tienen. La ocupación también está en relación con redes sociales, estrés laboral, control y autonomía, por lo que puede afectar a la salud a través de estos procesos psicosociales, al igual que a través de las condiciones físicas y ambientales del trabajo.

Dentro de este marco de posición socioeconómica, el género y la etnia tienen un papel relevante en los campos de prestigio y de la discriminación.

2. *Las Estrategias de intervención*

Actualmente las intervenciones en Promoción de la Salud se han limitado a atender los Determinantes Sociales de la Salud intermedios o individuales, y, aunque existen algunas experiencias en varios componentes de integrar uno de los enfoques transversales, dejan pendientes grupos poblacionales que requieren intervenciones específicas en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud estructurales para promover la salud individual y poblacional.

A partir de la identificación y análisis de los elementos que integran el marco conceptual, y con el fin de solventar el alcance que se ha tenido en la Promoción de la Salud con enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, se considera que hay cinco enfoques transversales que deberán de implementarse en todas las estrategias que se diseñen en materia de Promoción de la Salud, con el propósito de aproximar dichas intervenciones al enfoque en Determinantes Sociales de la Salud.

Los enfoques transversales son:

- Intersectorialidad



- Interculturalidad
- Participación Social
- Género
- Curso de vida.

Estos enfoques transversales serán el medio para trascender del marco de intervención del nivel intermedio al marco de intervención en los Determinantes Estructurales, por lo cual es necesario profundizar en ellos para su implementación en el trabajo de Promoción de la Salud. El reto y la finalidad de este Manual, es brindar las herramientas que permitan integrar estos enfoques en las intervenciones de Promoción de la Salud.

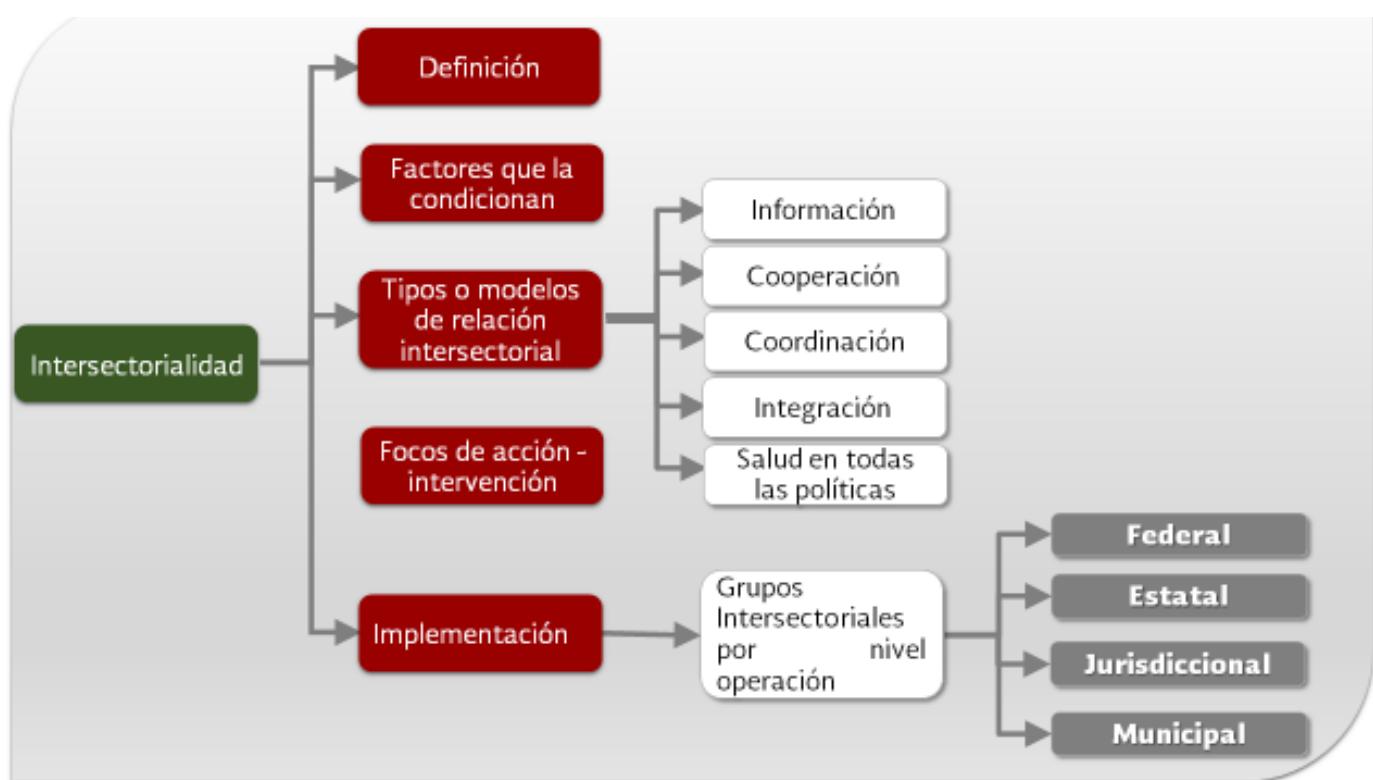
En los siguientes apartados, se describirá el fundamento, cómo implementarlos y herramientas de apoyo.



Sección II

Intersectorialidad

Elementos que integran la Sección II Intersectorialidad



Fundamentación

A partir del Modelo presentado anteriormente sobre Determinantes Sociales de la Salud, se puede observar que atender la salud desde este enfoque requiere no sólo trabajar en los *determinantes intermedios* sino que es necesaria la atención y acción sobre los Determinantes Estructurales de la salud. Estos últimos requieren un trabajo desde políticas que van más allá del sector salud, por lo que si se pretende trabajar desde la raíz de las desigualdades en salud es necesario un enfoque intersectorial.



El concepto de intersectorialidad tiene sus bases en el ámbito de la salud, desde la Declaración de Alma Ata en 1978 “Salud para Todos”, así como en los aportes de la Carta de Ottawa del año 1986. Uno de los aspectos centrales de dicha agenda fue señalar que “la atención primaria entraña la participación además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario; en particular la agricultura, zootecnia, alimentación, industria, educación, obras públicas, comunicaciones y otros sectores; lo cual exige esfuerzos coordinados de todos esos sectores” (OMS, 1978). (10)

Dado que muchos de los factores que generan las desigualdades en salud se sitúan fuera del mismo sector salud, el trabajo de éste es dar visibilidad a las desigualdades asociadas a las acciones de los otros sectores para que se sensibilicen e involucren en el abordaje de la Determinantes Sociales de la Salud. Para realizar el trabajo intersectorial se debe priorizar las relaciones con aquellos sectores con los que se requiere un trabajo estratégico, caracterizar el tipo de relación establecida que hagan posible el desarrollo de acciones concretas para la construcción de intersectorialidad con los sectores necesarios para el desarrollo de la promoción de la salud y determinantes sociales.

Se debe considerar que el objetivo no es realizar cualquier acción intersectorial, sino aquellas iniciativas o intervenciones que puedan disminuir las desigualdades en salud, aunque dichas iniciativas no se originen en el sector salud, o no sean lideradas por éste, e inclusive que no participe directamente en cada una de las intervenciones del trabajo intersectorial buscando evidenciar que la solución de los problemas en salud no puede ser alcanzado por un solo sector y debe percibirse que los beneficios de la coordinación o cooperación superan los costos. (11)

Definición

Para los fines de este manual se definirá la intersectorialidad como:

Intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. Su propósito es el de convertir la cooperación ocasional o casual en acciones, lideradas en un inicio por el Sector Salud, apoyadas en políticas nacionales y estatales orientadas estratégicamente a los problemas identificados y priorizados, donde las intervenciones de otros sectores pueden ser determinantes. ^(Castell)

Factores que condicionan la intersectorialidad

El trabajo intersectorial está sustentado no sólo por aspectos técnicos entre diversas entidades, sino también con los aspectos políticos, la diversidad de contextos sociopolíticos, los grados de desarrollo de los gobiernos (federal y estatal) y las políticas sociales en los que se encuentra la región o país. Para realizar acciones intersectoriales se deben identificar una serie de condiciones previas de las cuales depende la existencia de un escenario proclive para su materialización, que de acuerdo a *Castell* y *Oriel* (12), (13) son:

1. La voluntad política, ya que se requiere la disposición de los integrantes del gobierno federal, estatal y municipal en asumir este enfoque de concertación de intervenciones con el objetivo común de mejorar el bienestar de la población.
2. Entorno jurídico y legal, se refiere a las legislaciones, reglamentaciones y normatividad existente que permita o propicie el trabajo coordinado (recursos: financieros, humanos, materiales, infraestructura)



3. Rectoría en el sector salud
4. Recursos humanos motivados

Tipos o modelos de relación intersectorial

De acuerdo a *Cunill y Oreil* (14) (15), la intersectorialidad debe contar con acuerdos institucionales que condicione cambios en la estructura o en la gestión de las instituciones lo que ha generado un modelo de trabajo con otros sectores o tipos de acción intersectorial, que a su vez indican el grado de relación del sector salud con otros sectores gubernamentales. Dicho modelo se presenta en la figura 4.

Figura 4. Modelos de relación intersectorial





Fuente: Adaptado de (15) (13)

La relación intersectorial debe buscar llegar al quinto nivel, siendo este un esquema en el que se va avanzando poco a poco y se debe identificar en qué nivel se encuentran:

1. Información, este se puede considerar como un primer paso de intersectorialidad, forma parte del proceso de conformación de un lenguaje común de trabajo para llegar al diálogo y entendimiento respecto a la lógica de trabajo de los diversos sectores, con la finalidad de identificar los aspectos que son comunes para los sectores o importantes para un proceso de trabajo conjunto.

2. Cooperación, el trabajo en conjunto está dirigido a alcanzar mayor eficiencia de las acciones en cada sector. Este tipo de relación puede escalar desde una cooperación incidental, casual o reactiva hasta acciones orientadas ante la definición de problemas y prioridades comunes, donde las actividades con otros sectores pueden ser decisivos para el logro en acciones en el ámbito de la salud; por ello es que en la mayoría de las ocasiones es la salud pública quien dirige estos trabajos. Este modelo de trabajo está presente en la ejecución o implementación de programas o políticas públicas, pero no en su formulación.

3. Coordinación, el esfuerzo del trabajo en conjunto conlleva al acuerdo a las políticas y programas de cada sector en la búsqueda de la eficiencia y eficacia. Es una red de trabajo más horizontal entre los sectores, con una instancia más formal y una fuente de financiamiento compartido. Existe planificación y definición de responsabilidades conjuntas entre los sectores involucrados.

4. Integración, se basa en la definición de una nueva política o programa en conjunto con otros sectores. La acción intersectorial no sólo se define por la ejecución o aplicación de políticas conjuntas, sino además por la formulación y financiamiento conjuntos sobre la base de un objetivo social común.

5. Salud en todas las políticas, este enfoque busca mejorar la salud a través de estructuras, mecanismos y acciones planeadas y gestionadas principalmente por sectores distintos de salud, que se sustenta en el abordaje de Determinantes Sociales de la Salud como un puente entre políticas y resultados en salud, y en donde la reducción de las desigualdades en salud es uno de los productos principales y centrales. Es un paso adicional o complementario a la integración.

Focos de acción/ intervención

En la sección anterior se presentaron los cinco niveles de relación de trabajo intersectorial de acuerdo al modelo de *Oreil* (13). Aunado a esto se requiere reconocer cuáles son los contenidos del trabajo intersectorial, así como distinguir cuál es su objetivo o punto de interés, es decir en qué se enfocan las intervenciones en salud pública que se plantean al interior de dichos grupos intersectoriales.

Los principales enfoques que se han identificado se agrupan en los grupos intersectoriales son tres:

1. Si la prioridad está centrada en los efectos en la salud (enfermedad) las acciones de Intersectorialidad se enfocarán en la prestación de servicios y en el acceso a ellos, la relación de trabajo con otros sectores será en optimizar éstos resultados.



-
2. Cuando la prioridad es el abordaje de las condiciones de vida y trabajo, factores psicosociales y estilos de vida, entonces la relación intersectorial se enfoca a reducir la exposición y la vulnerabilidad de la población (prevención).
 3. Si la prioridad es modificar los Determinantes Sociales de la Salud estructurales, las relaciones con los sectores abordarán los mecanismos de redistribución del poder y, por ende, se contemplan procesos de reforma o de transformación social.

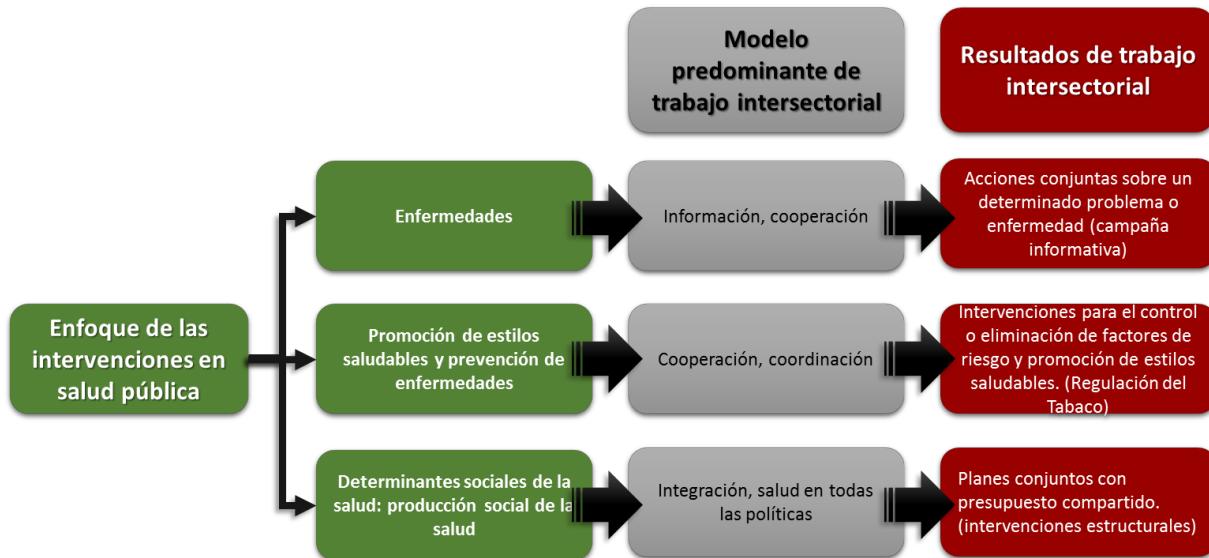
Para el desarrollo de la Promoción de la Salud con un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, se requiere incluir a los tres focos de acción antes descritos, ya que existen acciones que se deben seguir realizando para dar respuesta a las diferentes demandas de la población que debe atender el sector salud.

El tener claro el enfoque de las intervenciones en salud pública, permitirá orientar al tipo o modelo de relación de trabajo intersectorial y sus resultados ya que en cada una de las intervenciones, el nivel de relación intersectorial será distinto. Por ejemplo:

1. Cuando se trabaja en el enfoque de *intervenciones hacia la enfermedad*, el modelo predominante de relación intersectorial es *al nivel de información y cooperación*, con lo cual dan respuesta a la prestación de los servicios de salud y el acceso a ellos.
2. Por otro lado, si el enfoque es de *promoción de estilos saludables y prevención de enfermedades*, su modelo predominante es *de cooperación y coordinación*, para dar como resultado *intervenciones para el control o eliminación de factores de riesgo y promoción de estilos saludables de vida*.
3. En el tercer apartado, el enfoque de *Determinantes Sociales de la Salud*, el nivel de intervención se traduce en *la producción social de la salud*, el modelo que predomina es el de *integración y de salud en todas las políticas*, y se traducirá en *planes conjuntos con presupuestos compartidos* para intervenciones que atiendan problemas estructurales (acorde al modelo de los Determinantes Sociales de la Salud) para reducir las desigualdades en salud. Esto se ejemplifica en la figura 5.



Figura 5. Principales enfoques de intervenciones en salud pública y los modelos de relación intersectorial



Para conformar el trabajo intersectorial es importante definir cómo se denominará la figura base de la relación, puede ser consejo, comité o grupo. El tipo de conformación intersectorial que se seleccione, deberá responder a las necesidades políticas y administrativas de cada área del nivel de operación (federal, estatal, jurisdiccional y local) por lo que es importante considerar que este trabajo intersectorial no es exclusivo para temas de Promoción de la Salud, ya que la inequidad en salud es multicausal y multidimensional. Esto requiere una amplitud mayor de la visión de los grupos intersectoriales buscando la reducción de las inequidades en salud desde todos los sectores posibles.

A pesar que en las diversas estructuras gubernamentales del país, se tiene la conformación de diversos grupos, comités y/o consejos intersectoriales para atender temas específicos del sector salud (por ejemplo salud del adolescente, vigilancia epidemiológica, Promoción de la Salud, cambio climático, vacunas, calidad del servicio, etcétera) una problemática que se presenta es que se tienen en los diversos grupos, los mismos representantes intersectoriales que acuden a todas estas reuniones, lo que genera duplicidad o multiplicación del esfuerzo de una pocas personas, además del pérdida de tiempo, y que muchas veces los acuerdos se perciben diluidos al tener esta variedad de grupos de trabajo interinstitucional. Esto es debido a que no es el mismo nivel de compromiso y responsabilidad de cada componente de la intersectorialidad ante un sinnúmero de acuerdos.

En la medida que se tenga en claro el tipo de grupo que se forma (consejo, comité o grupo), y el nivel de relación que se quiere y puede establecer en la intersectorialidad, este tipo de problemática que se llegan a presentar, irá disminuyendo ya que los representantes sufrirán un menor desgaste, los acuerdos establecidos en los diferentes grupos serán de mayor calidad que cantidad, y el nivel de responsabilidad para llevar a cabo su cumplimiento no se verá diluido entre tantos grupos.



¿Cómo se implementa el enfoque transversal de intersectorialidad?

La implementación de la intersectorialidad se debe realizar acorde al nivel de operación de las estructuras gubernamentales, las cuales pueden ser:

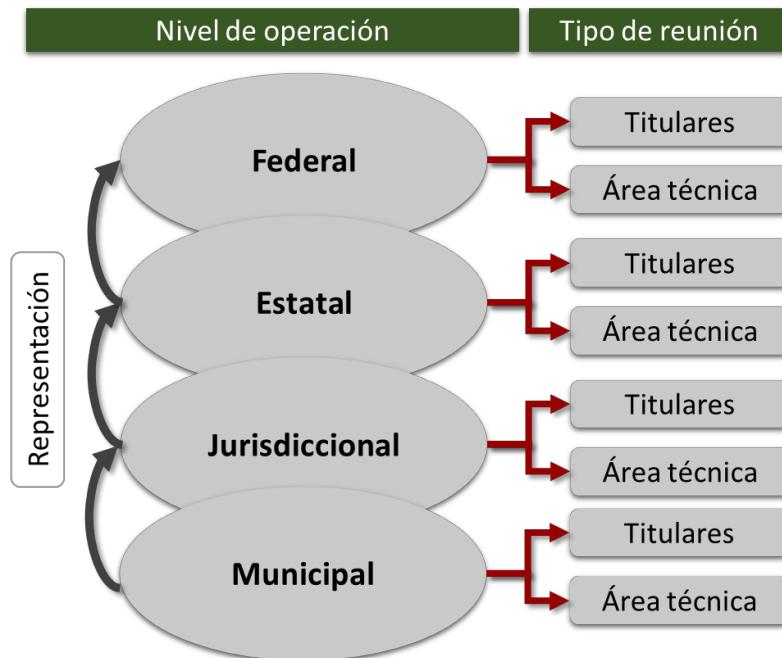
1. Federal.
2. Estatal.
3. Jurisdiccional.
4. Municipal.

Además de la estructura gubernamental, el tipo de reunión que se lleva a cabo en la intersectorialidad, se divide de acuerdo al nivel de toma de decisión en las estructuras gubernamentales, las cuales pueden ser:

- a. Titulares de las instituciones
- b. Área técnica, constituida por expertos en los temas a abordar y de la estructura jerárquica de la institución a la cual representan, figura 6.



Figura 6. Conformación de Grupos Intersectoriales por nivel de operación



Fuente: Elaboración propia. Dirección de Determinantes, Competencias y Participación Social DGPS, 2017.

Para la conformación de los grupos intersectoriales, un elemento fundamental para la integración de los resultados, las propuestas e iniciativas del trabajo intersectorial desde el nivel local hasta el federal, es que cada grupo intersectorial debe estar representado en el siguiente grupo del nivel ascendente; es decir, el grupo intersectorial jurisdiccional debe estar representado en el grupo estatal, pudiendo ser, por ejemplo, el presidente de la Red Mexicana de Municipios por la Salud y otras figuras que representen a los gobiernos municipales. De igual manera en el grupo de trabajo intersectorial estatal deberá haber representación del grupo federal.

Es relevante destacar que se deberán considerar en el ámbito municipal, las reuniones para la identificación de necesidades y prioridades de la estructura comunitaria, donde convergen los representantes de las dependencias de los sectores y las organizaciones de la sociedad civil que se desempeñan en las localidades y comunidades que integran al municipio.



A. Funciones por nivel de operación:

I. Federal

| | |
|---|--|
| Actores /instituciones participantes | Secretaría de Salud Secretaría de Gobernación Secretaría de Desarrollo Social Secretaría de Hacienda y Crédito Público Secretaría de Educación Pública Secretaría de Trabajo y Previsión Social Secretaría de Cultura IMSS ISSSTE SEDENA SEMAR PEMEX DIF SEDESOL Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas Consejo Nacional de Población Instituto Nacional de Migración Instituto Nacional de la Mujer Representante de los grupos intersectoriales estatales Representantes de las organizaciones de la sociedad civil Organización Panamericana de la Salud |
|---|--|



| | |
|-----------------------------|--|
| Propósito | Determinar acuerdos y políticas públicas nacionales que coadyuven en el bienestar de la población, mediante un trabajo intersectorial con enfoque en Determinantes Sociales de la Salud con compromisos y responsabilidades y recursos materiales, humanos, financieros, entre otros. |
| Funciones | El trabajo intersectorial es un espacio de: Trabajo en el que participan los distintos actores comprometidos en el desarrollo de acuerdos y políticas públicas orientadas a actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Intercambio productivo entre los distintos sectores que conforman el territorio. Gestión para implementar políticas públicas. Organización necesaria para lograr verdaderos cambios en los factores que condicionan negativamente la salud. |
| Tipo de reunión | 1. Titulares 2. Área Técnica |
| Modalidad de reunión | 1. Instalación 2. Ordinaria 3. Extraordinaria |

II. Estatal

| | |
|---|---|
| Actores /instituciones participantes | Secretaría de Salud Secretaría de Gobierno Secretaría de Desarrollo Social Secretaría de Administración y Finanzas Secretaría de Educación Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas Sector salud: <ul style="list-style-type: none">• IMSS• ISSSTE• SEDENA• SEMAR• PEMEX• DIF Instituto de la Mujer Instituto del Migrante Universidades Estructuras gubernamentales estatales que se requieran incorporar Representante del grupo intersectorial jurisdiccional /local |
| Propósito | Implementar acuerdos y políticas públicas nacionales y estatales que coadyuven en el bienestar de la población mediante un trabajo intersectorial con enfoque en Determinantes Sociales de la Salud con compromisos y responsabilidades compartidas de recursos materiales, humanos, financieros, entre otros. |
| Funciones | El trabajo intersectorial es un espacio de: |



| | |
|-----------------------------|---|
| | <p>Trabajo en el que participan los distintos actores comprometidos en el desarrollo de políticas públicas orientadas a actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud.</p> <p>Discusión y reflexión sobre las necesidades que tiene la entidad y las soluciones posibles que darán lugar a distintas acciones.</p> <p>Participación estratégica que se constituye como fundamental en el territorio.</p> <p>Construcción de procesos necesarios para el conocimiento y el bienestar del estado.</p> |
| Tipo de reunión | 1. Titulares 2. Área Técnica |
| Modalidad de reunión | 1. Instalación 2. Ordinaria 3. Extraordinaria |

III. Jurisdiccional

| | |
|---|---|
| Actores /instituciones participantes | Secretaría de Salud (Jefe de jurisdicción sanitaria y los coordinadores jurisdiccionales de los programas de salud, atención médica) Secretaría de educación (Coordinaciones Zonales) CDI (Coordinaciones correspondientes) Secretaría de Desarrollo Social Sector salud: <ul style="list-style-type: none">• IMSS• ISSSTE• SEDENA (en municipios donde aplique)• SEMAR (en municipios donde aplique)• PEMEX (en municipios donde aplique)• DIF Presidentes municipales de ámbito jurisdiccional DIF Administración y finanzas Las organizaciones de la sociedad civil del ámbito jurisdiccional, |
| Propósito | Aplicar las políticas públicas nacionales que coadyuven en el bienestar de la población, mediante un trabajo intersectorial con enfoque en Determinantes Sociales de la Salud con compromisos y responsabilidades compartidas de recursos materiales, humanos, financieros, entre otros. |
| Funciones | El trabajo intersectorial es un espacio de: Trabajo en el que participan los distintos actores comprometidos en el desarrollo de políticas públicas orientadas a actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Discusión y reflexión sobre las necesidades que tienen las comunidades y las soluciones posibles que darán lugar a distintas acciones. Construcción de procesos participativos integrales necesarios para el conocimiento y el bienestar de la comunidad. |



| | |
|-----------------------------|---|
| | <p>Participación estratégica que se constituye como fundamental en el territorio.</p> <p>Organización necesaria para lograr verdaderos cambios en los factores que condicionan negativamente la salud.</p> <p>Conocimiento de los recursos de la comunidad.</p> |
| Tipo de reunión | 1. Titulares 2. Área Técnica |
| Modalidad de reunión | 1. Instalación 2. Ordinaria 3. Extraordinaria |

IV. Municipal

| | |
|---|--|
| Actores /instituciones participantes | Presidente Municipal con su estructura municipal (regidores y directores de área que apliquen) Sector Salud: Jefe jurisdiccional, Coordinadores de Promoción de la Salud y Programas sustantivos en las jurisdicciones sanitarias, Coordinador micro regional e instancias de su micro región según aplique) Directores de unidades de salud y homólogos IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, DIF (cuando aplique:) Autoridades municipales auxiliares (Consejos de participación ciudadana, Delegaciones auxiliares, otros que apliquen) Representantes de las organizaciones de la sociedad civil del ámbito municipal, (redes, asociaciones, otros existentes en el municipio) Representantes de la DGPS y otros programas que apliquen de nivel nacional |
| Propósito | Diseñar y operar un plan de acción conjunta con enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, con base en los diagnósticos participativos de necesidades sentidas de las localidades, comunidades, barrios y colonias del ámbito municipal, especificando compromisos, responsabilidades compartidas y recursos requeridos, (incluir recursos materiales, humanos, financieros, entre otros). |
| Funciones | El trabajo intersectorial es un espacio de: Trabajo en el que participan los distintos actores comprometidos en el desarrollo, bienestar social y salud del municipio, con acciones orientadas fortalecer o modificar los Determinantes Sociales de la Salud, conforme a lo requerido. Discusión y reflexión sobre las necesidades que tienen las comunidades, las soluciones posibles que darán lugar a distintas acciones para la atención integral de la salud y bienestar de las comunidades del ámbito municipal, considerando como herramientas básicas los diagnósticos participativos de necesidades sentidas por localidad Construcción de procesos necesarios para el fortalecimiento de competencias en determinantes sociales de salud y bienestar de las comunidades del ámbito municipal. |



| | |
|-----------------------------|--|
| | Participación estratégica que se constituye como fundamental en el territorio. Establecer vinculación con el comité de planeación municipal Organización necesaria para lograr cambiar los factores que determinan negativamente la salud en las localidades, comunidades, barrios o colonias que integran el municipio: Perfilar la red social pertinente. Conocimiento de los recursos disponibles para el desarrollo de acciones y planeación y realización de gestión correspondiente |
| Tipo de reunión | 1. Titulares. 2. Área técnica |
| Modalidad de reunión | 1. Instalación 2. Ordinaria 3. Extraordinaria |

Cuantos más sectores se integren y asistan al grupo de trabajo intersectorial, más representativa será la participación que se traducirán en acciones conjuntas





B. Las reuniones de trabajo intersectorial

| Tipo de reunión | |
|--|--|
| Titulares | Área Técnica |
| 1. Instalación formal 2. Ordinaria 3. Extraordinaria | 1. Instalación de equipos técnicos de trabajo 2. Ordinaria 3. Extraordinaria |

Para la Reunión de Titulares se tendrán los siguientes roles:

| Roles | Funciones |
|---------------------------------------|--|
| Presidente/ coordinador / facilitador | Convoca, preside, conduce la sesión, representa al consejo/comité/grupo ante otras instancias, vigila el funcionamiento y cumplimiento de acuerdos. |
| Secretario(a) técnico(a) | Da seguimiento a las sesiones y acuerdos, lleva registro de integrantes, titulares y suplentes, levanta las minutas correspondientes. Además dirige y coordina las reuniones del área técnica. |
| Consejeros/ integrantes/ | Asisten y participan en las reuniones, cumplen con los acuerdos y compromisos establecidos en la reunión. Proponen y exponen temas para la agenda de la reunión. |

1. Aspectos Generales de Reunión de Titulares

De acuerdo a la modalidad de la reunión, se tiene periodicidad, propósito general y los contenidos generales de cada tipo de reunión, lo cual se presenta en la siguiente tabla:



| Modalidad de Reunión Titulares | | |
|---|---|---|
| Instalación formal | Ordinaria | Extraordinaria |
| Periodicidad | | |
| Una vez durante el periodo de la administración federal/ actualización al cambio de la administración | Se recomienda de 2 a 4 veces al año | El número de reuniones que se requiera |
| Propósito | | |
| Formalizar la integración del trabajo intersectorial lo que respaldará los acuerdos que emanen del mismo | Aprobar plan de trabajo intersectorial a través de los acuerdos que emanen de la agenda de trabajo, la cual responderá a las políticas públicas nacionales en salud y de los sectores que intervengan | Integrar temas emergentes en la agenda de trabajo, que requieren atención inmediata |
| Contenidos de reunión | | |
| A. Agenda de la reunión 1. Presentación del Consejo/Comité/Grupo intersectorial, su propósito, modalidad e instituciones que lo conforman. 2. Designación de sus representantes en el área técnica quienes deberán de ser parte de la estructura organizacional con poder de toma de decisión, además de integrar expertos en las mesas de trabajo que se realizarán en el área técnica. B. Plan de trabajo general, deberá responder a: 1. Necesidades normativas y políticas actuales (mundiales y nacionales), 2. Eventos emergentes, y 3. Necesidades específicas por regiones. C. Acuerdos | A. Agenda de la reunión B. Plan de trabajo, deberá responder a: 1. Necesidades normativas y políticas actuales (mundiales y nacionales), 2. Eventos emergentes, y 3. Necesidades específicas por regiones C. Seguimiento de avances D. Evaluación E. Acuerdos | A. Agenda de la reunión B. Plan de trabajo, deberá responder a: 1. Eventos emergentes C. Acuerdos |

2. Aspectos Generales de Reunión de Área Técnica

De acuerdo a la modalidad de la reunión, se tiene su propósito general, periodicidad y los contenidos generales de cada tipo de reunión, lo cual se presenta en la siguiente tabla:

Modalidad de reunión Área Técnica



| Instalación formal puede ser simultánea a la reunión de los titulares | Ordinaria | Extraordinaria |
|---|--|---|
| Periodicidad | | |
| Una vez durante el periodo de la administración federal/ actualización al cambio de la administración. | 2 a 4 veces al año | El número de reuniones que se requiera |
| Propósito | | |
| Formalizar la conformación del trabajo intersectorial en las áreas técnicas de trabajo | Definir plan de trabajo intersectorial a través de los acuerdos que emanen de la agenda de trabajo, la cual responderá a las políticas públicas nacionales en salud y de los sectores que intervengan. El plan de trabajo se pondrá a consideración de los titulares de las instituciones participantes | Integrar temas emergentes en la agenda de trabajo, que requieren atención inmediata, los acuerdos y resoluciones se pondrán a consideración de los titulares de las instituciones participantes |
| Contenidos de reunión | | |
| A. Agenda de la reunión 1. Presentación del Consejo/Comité/Grupo intersectorial, su propósito, modalidad e instituciones que lo conforman B. Plan de trabajo general, deberá responder a: 1. Necesidades normativas y políticas actuales (mundiales y nacionales), 2. Eventos emergentes, y 3. Necesidades específicas por regiones. C. División de mesas de trabajo por los temas de interés que emanen del plan de trabajo D. Acuerdos | A. Agenda de la reunión B. Plan de trabajo, deberá responder a: 1. Necesidades normativas y políticas actuales (mundiales y nacionales), 2. Eventos emergentes, y 3. Necesidades específicas por regiones C. División de mesas de trabajo por los temas de interés que emanen del plan de trabajo (podrá denominarse cada mesa como comisiones técnicas, equipos técnicos o subgrupos) D. Seguimiento de avances E. Evaluación F. Acuerdos | A. Agenda de la reunión B. Plan de trabajo, deberá responder a: 1. Eventos emergentes C. Acuerdos |



C. El tipo de acuerdos que se generen, deben responder a los tres tipos de enfoques de intervenciones, con la proporción que se indica en la siguiente tabla:

| Enfoque de intervenciones | Tipo de acuerdos | Proporción de acuerdos al año |
|--|---|-------------------------------|
| Enfermedades | Información Cooperación | 40 % |
| Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades | Cooperación Coordinación | 50 % |
| Determinantes Sociales de la Salud | Integración Salud en todas las políticas | 10 % |

La proporción por el tipo de acuerdos presentado, es lo que al inicio se espera que se cumpla; posteriormente la proporción de los mismos se modificarán en el sentido que se espera que exista mayor número de acuerdos intersectoriales de integración. En el apartado de herramientas de apoyo de esta sección, se encuentra la lista de cotejo para análisis de las relaciones intersectoriales y su tipo de acuerdos para facilitar su clasificación.



A continuación se muestra un ejemplo de la conformación de un grupo intersectorial, que corresponde al Consejo Estatal de Salud, donde se integra una mesa técnica específica para todos los temas de Promoción de la Salud. Esta propuesta de integración de trabajo intersectorial es la más factible para mantener la sustentabilidad del trabajo intersectorial con el enfoque de la disminución de las brechas de inequidades en salud.

Figura 7. Ejemplo de integración del grupo de trabajo intersectorial



Integrantes

Consejo Estatal de Salud

- Secretaría de Salud
- IMSS
- ISSSTE
- DIF
- SEMAR
- SEDENA
- PEMEX
- Cruz Roja
- Consejo Estatal de Arbitraje Médico

- Secretaría de Desarrollo Social
- Secretaría de Gobierno
- Secretaría de Finanzas y Administración
- Secretaría de Seguridad Pública
- Secretaría de Educación
- Secretaría de Medio Ambiente
- Presidente Estatal de la Red de Municipios Saludables

- Universidades
- Instituto Estatal del Deporte
- Instituto Estatal de la Juventud
- Comisión Estatal de Derechos Humanos
- Secretaría /Instituto de la Mujer
- Secretaría del Migrante
- Secretaría de Pueblos Indígenas
- Colegio de Médicos



Reunión de Titulares de las instituciones que integran el Consejo

Reunión de Área Técnica de las instituciones que integran el Consejo

Mesas técnicas

Mesas de trabajo del Área Técnica

- Intercambio de Servicios
- Fortalecimiento de la investigación en salud
- Formación de recursos humanos
- Planeación de infraestructura en salud

- Mesa para cada programa preventivo : ejemplo
 - Saluda materna y perinatal
 - Salud Mental

- Promoción de la Salud
- Salud del Adolescente
- Cambio climático
- *Además temas que respondan a necesidades de los Estados

Fuente: Elaboración propia. Dirección de Determinantes, Competencias y Participación Social DGPS, 2017.

Es importante que las reuniones del área técnica sean previas a las reuniones de los titulares, el motivo es porque se requiere la entrega de acuerdos y resultados que se pondrán a votación de los titulares en sus reuniones ordinarias. La excepción es la primera reunión de instalación formal. Por eso es esencial que los representantes de cada titular, tengan competencia para la toma de decisiones, para que el acuerdo y visto bueno superior sea prácticamente una formalidad



Funciones del Área Técnica

Los elementos fundamentales que se deben trabajar en las reuniones del Área Técnica son:



- Elaborar el Análisis de Situación de Salud con enfoque en Determinantes Sociales de la Salud, donde se incluirán indicadores que documenten las desigualdades en salud.
- Priorización de problemáticas a atender por el grupo intersectorial
- Identificar proyectos conforme a los recursos disponibles y al análisis de situación de salud. (alternativas de solución)
- Diseñar e implementar proyectos y/o acciones para actuar sobre los Determinantes y condicionantes de la salud. (estudio de factibilidad para su implementación)
- Monitorear la ejecución de las propuestas.
- Difundir las acciones y resultados.
- Desarrollar Plan de Trabajo, el cual se presentará a los titulares de cada dependencia para su aprobación y votación en las reuniones de los titulares.

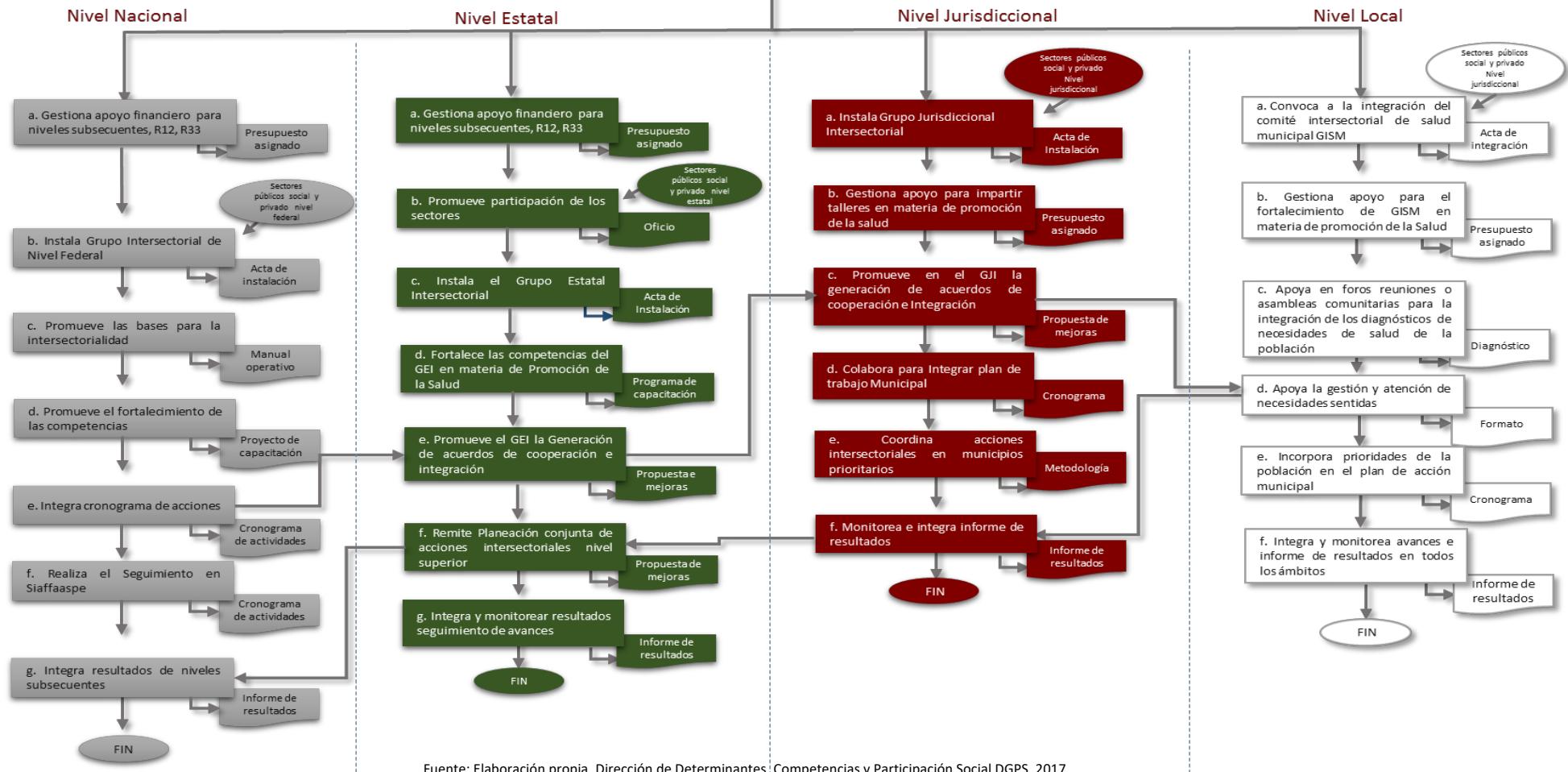


Herramientas de apoyo

Dirección de Determinantes Competencias y Participación Social

INICIO

Proceso para el desarrollo del trabajo intersectorial de promoción de la salud y determinantes sociales



Fuente: Elaboración propia. Dirección de Determinantes, Competencias y Participación Social DGPS, 2017.



2. Lista de cotejo para análisis de las relaciones intersectoriales y su tipo de acuerdos

| Lista para evaluación y seguimiento de los grados de los tipos de intersectorialidad | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------------|-------------|--------------|-------------|
| Evaluación de acuerdos e intervenciones | | | | | | |
| Área | Preguntas | Ítems | Tipos de intersectorialidad | | | |
| | | | Información | Cooperación | Coordinación | Integración |
| Modo de Gestión | ¿Qué se comparte? | 1. Comparten e intercambian información | x | x | x | x |
| | | 2. Comparten actividades y recursos | | x | x | x |
| | | 3. Comparten poder y capacidades | | | x | x |
| | | 4. Comparten autoridad | | | | x |
| | ¿Cuándo se da el trabajo conjunto? | 5. El trabajo en conjunto es incidental o reactivo, que se traduce en acciones orientadas a problemas o prioridades comunes | x | | | |
| | | 6. El trabajo conjunto se da principalmente en la implementación | x | x | | |
| | | 7. El trabajo en conjunto está en el proceso de formulación, implementación y evaluación. Existiendo momentos e instancias específicas para ello | x | x | | |
| | | 8. El trabajo está en el proceso de formulación, implementación y evaluación de trabajo a través de todo el ciclo de la política, sin una instancia específica para ello, sino que dada la magnitud del mandato y su alto nivel político las orientaciones son para el conjunto de los sectores más allá de los espacios formales de encuentro | | x | x | x |
| | ¿Qué pasa con cada sector en ese trabajo conjunto? | 9. El trabajo conjunto requiere de un ajuste de políticas y programas de cada sector | | | | x |
| | | 10. Existe una planificación conjunta que se traduce en los planes y presupuesto de cada sector, aunque no sea un plan único que integre todos los sectores | | x | x | x |
| | | 11. Apunta a un trabajo más horizontal entre los sectores | | x | x | x |
| | | 12. Hay pérdida de autonomía entre los sectores e interdependencia para el desarrollo del programa o política | | | x | x |
| Propósito | Propósito u objetivo del trabajo conjunto | 13. Busca la eficiencia de las acciones de cada sector | | x | | |
| | | 14. Busca la eficiencia y la eficacia de las acciones comunes | | | x | |
| | | 15. Hay un objetivo social común que no responde solamente a la necesidad particular de un sector | | | x | x |



| | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|---|
| | | 16. La definición del programa o política se realiza entre un conjunto de sectores, que se traduce en una nueva política que representa las necesidades y trabajos del conjunto de sectores | | | | x |
| | | 17. La integración de la política y el programa se da a nivel de su formulación, concepción y origen | | | | x |
| | | 18. La intersectorialidad se conceptualiza a nivel de la unidad de intervención (familias, personas) en que el conjunto de la política llegue a la población definida, o sea, la integración se da en las mismas personas, familias y territorios | | x | x | |
| Modos de organización | | 19. Existe una planificación y definición de responsabilidades conjuntas entre los sectores | | | x | x |
| | | 20. Existe una instancia formal de trabajo, pudiendo ser una estructura organizacional o una informal. | | x | x | x |
| Modos de financiamiento | ¿Cuál es el modo de financiamiento? | 21. Existe una fuente de financiamiento para el programa o política que es compartido entre los diversos sectores para las acciones comunes. | | | | x |
| | | 22. Cada sector aporta recursos específicamente para las actividades de su sector incluidas en el trabajo conjunto. | | x | x | |
| | | 23. No existen recursos específicos para dicho programa, aunque puede haber fondos para campañas puntuales o programadas | x | | | |

Fuente: Solar Orielle (13)

2. Formatos de trabajo e indicaciones generales para el Trabajo Intersectorial Estatal y sus mesas técnicas

A. Indicaciones para las mesas de trabajo

Primera parte:

Presentación y conformación de mesa de trabajo (*Tiempo estimado: 15 minutos*)

1. Presentación de cada uno de los integrantes de la mesa de trabajo (Nombre en etiqueta).



2. Designación por consenso del Coordinador(a), quien se encargará de moderar las actividades y participaciones de los integrantes de la mesa. Además de dar lectura al documento final en la plenaria.
3. Designación por consenso del Secretario(a), quien se encargará de transcribir el documento final de la mesa para su lectura en plenaria.

Segunda parte:

Definición de prioridades sectoriales

1. (*Tiempo estimado: 30 minutos*). Llevar a cabo una **lluvia de ideas** sobre la problemática más relevante del tema (nombre de la mesa de la comisión técnica) que se enfrenta como sector salud. El/la Coordinador(a), fomentará y moderará las participaciones de los integrantes de la mesa. El/la Secretario(a), transcribirá todas las aportaciones de la mesa con apoyo en hojas de rotafolio. Terminando la lluvia de ideas, filtrar las ideas que sean similares y adecuar la redacción para que sean claras y precisas en cada planteamiento.
2. (*Tiempo estimado: 30 minutos*). Cada integrante de la mesa llenará la **matriz de priorización** que se anexa a este documento (anexo 1). En la primera columna se pondrán los problemas mencionados en la sesión de la lluvia de ideas. De la segunda a la cuarta columna se valorará cada problema, de acuerdo a los criterios de:
 - ✓ Frecuencia: ¿Qué tan frecuente es el problema?, ¿Ocurre seguido o sólo en raras ocasiones?
 - ✓ Importancia: ¿Cuáles son los problemas más importantes? y ¿Cuáles son los problemas que quiere resolver?
 - ✓ Factibilidad: ¿Qué tan realista es que podamos resolver el problema?, ¿Será fácil o difícil?La valoración se basará en la siguiente tabla:

| Valor asignado | Significado |
|----------------|-------------|
| 1 | Baja(o) |
| 2 | Mediana(o) |
| 3 | Alta(o) |

Cada integrante de la mesa, hará la valoración de cada uno de los problemas, y sumará la totalidad del valor por cada problema.

Posteriormente cada participante compartirá al Secretario(a) el puntaje total de cada problema. El Secretario(a) concentrará los resultados, con lo cual determinará el promedio de puntaje por cada problema.

Así se jerarquizarán los problemas, siendo el de mayor puntaje el problema a abordar en esta mesa de trabajo. Se recomienda seleccionar, máximo, los tres problemas con mayor puntaje en la priorización.



3. (*Tiempo estimado: 30 minutos*). En conjunto, los integrantes de la mesa, desarrollarán una **matriz para acuerdos**, planteando las acciones sectoriales a realizar. (Anexo 2)

Tercera parte:

Presentación final. (*Tiempo estimado: 15 minutos*)

1. Para la presentación final en la plenaria se requerirá que el Coordinador designado sea el que exponga el trabajo de la mesa
2. La presentación se integrará con un número máximo de 3 diapositivas (se contará con equipo de cómputo para realizarlas)
3. En la primera diapositiva se planteará la problemática seleccionada, resultado de la priorización.
4. En la segunda diapositiva, se estipularán los acuerdos (matriz de acuerdos)
5. En la tercera y última diapositiva, se definirá el cronograma de las reuniones de seguimiento del avance de los acuerdos

Consideraciones finales:

En algunas de las Comisiones Técnicas se agrupan diversos problemas de salud pública, en el seno del trabajo de esta sesión se podrá decidir la metodología para dividir y/o integrar una comisión específica, o dividirlo por subtemas para facilitar el análisis y propuestas.

En las reuniones subsiguientes se podrán integrar a otras instituciones, investigadores, académicos, que enriquezcan las mesas de trabajo, para lo cual tendrán que enviar a la Secretaría Técnica del Equipo de Trabajo Interinstitucional dichas propuestas.

Actividad previa a la Reunión Plenaria: Elaborar resumen ejecutivo

Estimados integrantes de las Comisiones Técnicas, previo al evento de la reunión plenaria del día ____ del mes _____ de 20_____, es importante que cada participante lleve un resumen ejecutivo (máximo dos cuartillas) con los siguientes elementos:

1. Identificar el nombre (tema) de la Comisión Técnica en la cual participará.

Del tema:

2. Establecer los indicadores más relevantes en su institución.
3. Planteamiento de problema (s) o dificultades que se pueden afrontar sectorialmente



-
4. Plantear 3 propuestas de acuerdos para ser atendidos por el sector salud, que sean factibles de implementar a corto y mediano plazo.

Para mayor información comunicarse a la Secretaría Técnica al teléfono _____, dirección de correo electrónico: (ejemplo: dpsyds@gmail.com).

Anexo 1. Matriz de Priorización:

Nombre de la Comisión Técnica:

Fecha de elaboración:

| Problema | Frecuencia | Importancia | Factibilidad | Puntaje Total |
|----------|------------|-------------|--------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Anexo 2. Matriz de Acuerdos

Nombre de la Comisión Técnica:

Fecha de elaboración:

| No. | Acuerdo | Indicador | Responsables | Fecha de cumplimiento |
|-----|---------|-----------|--------------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Integrantes de la Comisión Técnica

| | Nombre | Cargo | Institución /Dependencia | Rúbrica |
|-----------------|--------|-------|--------------------------|---------|
| Coordinador (a) | | | | |
| Secretario (a) | | | | |
| Integrantes | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



Análisis de Situación de Salud (metodología ASIS) con enfoque en Determinantes Sociales

A continuación se enlistan los indicadores básicos para el análisis de situación de salud (ASIS) con enfoque en determinantes sociales, que se deberá realizar para el área en estudio: federal, estatal, jurisdiccional y/o local. Esta información forma parte del Diagnóstico de Salud y proporciona elementos referentes a la magnitud, vulnerabilidad y factibilidad del perfil epidemiológico estatal, así como de los recursos disponibles, lo cual es un insumo importante para realizar la priorización de los determinantes a abordar. A continuación se describe la metodología para realizar la definición de prioridades sectoriales

| | | | |
|---|----------------------------------|--|---|
| I. Caracterización de los contextos territoriales y demográficos | A. Contexto territorial | Localización | Ubicación, límites territoriales, división político territorial |
| | | Características físicas del territorio | Clima, fauna y flora |
| | | Accesibilidad geográfica | Vías de comunicación |
| | B. Contexto demográfico | Estructura demográfica | Población total, densidad poblacional por kilómetro cuadrado, población por área de residencia urbana/rural, grado de urbanización, número de viviendas, población indígena, pirámide poblacional, relación mujeres - hombres |
| | | Dinámica demográfica | Tasa de crecimiento, tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad, tasa de fecundidad |
| | | Movilidad (migración) | |
| | C. Análisis de mortalidad | Mortalidad general por grandes causas | Ajuste de tasas por edad, años de vida potencialmente perdidos y tasa ajustada de los años de vida potencialmente perdidos. (por edad y sexo; causa, sexo y grupo de edad) |
| | | Mortalidad específica por subgrupo | Tasas ajustadas por la edad, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas no trasmisibles, afecciones originadas en el periodo perinatal, |
| | | Mortalidad materna- | Razón de muerte materna |
| | D. Análisis de morbilidad | Mortalidad infantil | Tasa de mortalidad infantil |
| | | Principales causas de la morbilidad | Tasas de incidencia y números absolutos |
| | | Morbilidad específica por subgrupo | Tasas de incidencia y números absolutos |



Morbilidad de eventos de alto costo Tasas de incidencia y números absolutos

Morbilidad de eventos de notificación obligatoria Tasas de incidencia y números absolutos

Análisis de la población en condición de discapacidad

Identificación de prioridades principales en la morbilidad

| | | | |
|--|--|---|--|
| Análisis de los determinantes sociales de la salud | 1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud | Condiciones de vida | Cobertura de servicios de electricidad Cobertura de alcantarillado y agua potable Cobertura de servicios de telefonía |
| | | Condiciones de trabajo | Incidencia de accidentalidad en el trabajo Incidencia de enfermedades con el trabajo |
| | | Condiciones de los factores psicológicos y culturales | Costumbres, tradiciones, fechas de fiestas o eventos masivos (religiosos u otros), gastronomía Tasa de incidencia de violencia familiar |
| | | Sistema Sanitario | Cobertura de atención Población beneficiaria de servicios sociales Barreras de acceso a los servicios de salud |
| | | | Coberturas de vacunación Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal |
| | | | Cobertura de parto institucional |
| | | | Porcentaje de partos atendidos por personal calificado |
| | | | Número de unidades de salud por nivel de atención en el sector salud |



| | | |
|--|-----------|---|
| 2. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud | | Número de camas en hospitales, por cada 1,000 habitantes |
| | | Número de ambulancias por cada 1,000 habitantes |
| | | Tiempo de traslado de la institución de referencia a la unidad resolutiva |
| | | Número de médicas/os por cada 1,000 habitantes |
| | | Número de enfermeras/os por cada 1,000 habitantes |
| | | Número de odontólogas/os por cada 1,000 habitantes |
| | Ingresos | Fuentes de empleo, principales medios de producción de la región |
| | | Proporción de población con necesidades básicas insatisfechas |
| | | Índice de pobreza |
| | Educación | Tasa de analfabetismo |
| | | Tasa de deserción escolar |
| | | Tasa de cobertura de los niveles de educación básica, media superior y superior |
| | Ocupación | Porcentaje de hogares con empleo informal |

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



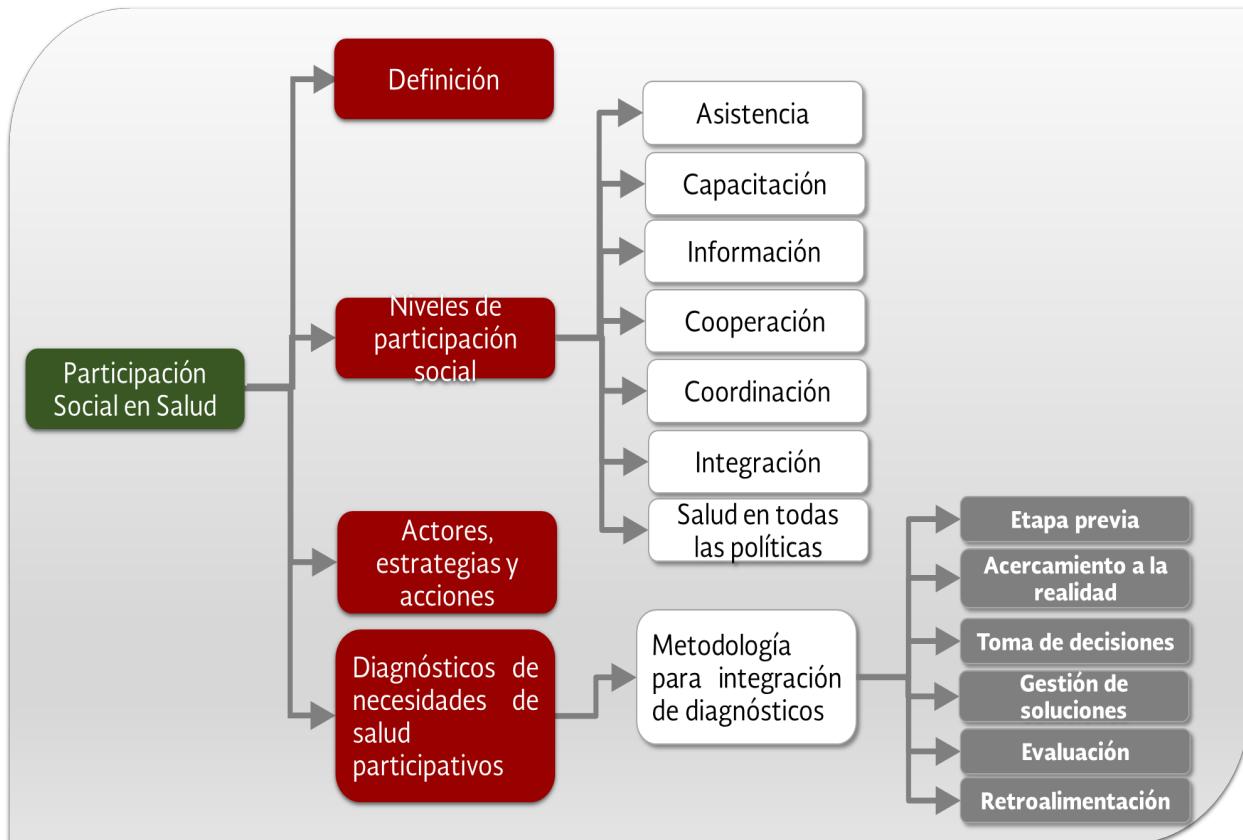


Sección III

Participación Social en Salud



Elementos que integran la Sección III Participación Social en Salud



Fundamentación

La reducción de inequidades en salud requiere pasar del paradigma biomédico centrado en los problemas de salud, que coloca la responsabilidad principal en el ámbito sanitario, a otro basado en los determinantes sociales de la salud, que requiere un alto compromiso político que involucra a todas las áreas del gobierno



y a la participación de la ciudadanía en la priorización de los problemas, su diagnóstico, diseño de programas, implementación y evaluación (OMS)

La Organización Panamericana de la Salud define a la Participación Social en Salud como:

“La acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. Comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula, negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud de una manera deliberada, democrática y concertada” (OPS).

En la reciente Declaración de Shangai (2016), se señala entre otras cosas que las naciones tienen el compromiso de ayudar a las ciudades a promover la equidad y la inclusión social, aprovechando los conocimientos, capacidades y las prioridades de sus diferentes poblaciones mediante un fuerte compromiso comunitario; así como a reorientar los servicios sanitarios y sociales para optimizar el acceso equitativo y dar a las personas y las comunidades un papel preponderante.

Es por ello que la Participación Social en salud es un componente sustantivo del Servicio Integrado de Promoción de la Salud. En este proceso es necesario incluir o diseñar estrategias que en coordinación con acciones intersectoriales, permitan:

- La comunicación efectiva entre la población, su gobierno, el personal de salud, otros sectores o instituciones estatales, organizaciones comunitarias, privadas o de la sociedad civil, que realizan acciones que inciden en la salud
- El desarrollo de la conciencia sobre los Determinantes Sociales de la Salud que están influyendo en ella y la calidad de vida de la comunidad, partiendo de las experiencias previas de las personas
- La generación de intervenciones conjuntas (población, organizaciones comunitarias, de la sociedad civil, personal de salud y municipio) para el abordaje paulatino de las condiciones de salud, así como el diseño de alternativas metodológicas que también incluyan y posibiliten el seguimiento y evaluación de resultados del proceso de participación social

Es importante resaltar que en ocasiones se confunde la verdadera participación social, que encamina una serie de pasos hacia el empoderamiento de la población, con la mera participación comunitaria de las personas en acciones concretas como limpiar espacios o colaborar en proyectos.

La propuesta política de participación social en salud en San Salvador, hace referencia a que: “En la comprensión de la Participación Social en Salud, se observan tendencias conceptuales y prácticas extremas en las Américas, que podrían resumirse en las siguientes:

- Una simple colaboración de la comunidad en actividades sanitarias puntuales, considerada por unos como un modelo manipulativo, en el sentido de que tratan que la comunidad colabore en actividades en las que no tuvo nada que ver cuando se decidió iniciarlas
- Aquella que se integra al proceso de diagnóstico, programación, implantación, evaluación, es decir aquella donde el conjunto social participa en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención en salud. Este tipo de participación ha sido valorado como exitoso, positivo



y de resultados satisfactorios; a nivel de las Américas donde estas experiencias existen a escala limitada, por que muy pocas veces en el sector salud la participación ha sido definida y puesta en práctica como la participación en las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud". (Propuesta política de participación social en salud, San Salvador, El Salvador, Mayo, 2006)

- Cuando la participación se encamina a propiciar cambios por el bien común, pasa a ser un proceso de desarrollo humano, donde las personas crecen como individuos capaces de responder a los problemas que tienen que enfrentar, se está hablando de una participación que educa
- Cuando las personas y los grupos desarrollan acciones estimulados por sus propias ideas y decisiones, sobre las cuales asumen el control y descubren sus potencialidades, usan sus facultades y recursos, desarrollan su creatividad y crecen a nivel individual y colectivo, entonces la participación es un proceso de cambio de actitud, de descubrimiento de valores, de comunicación y de desarrollo de métodos de pensamiento y de acción"

<http://www.cipae.edu.mx/index.php/investigacion-y-desarrollo/participacion-social>

Es así que podemos esquematizar a la participación social a través de diferentes niveles:

Figura 8. La participación social en salud



Fuente: Elaboración propia. Dirección de Determinantes, Competencias y Participación Social 2017



Por lo tanto, la Participación Social significa que todos los actores sociales de una comunidad, toman parte en las decisiones, desde la identificación de necesidades, el establecimiento conjunto de prioridades de los problemas que afectan a la comunidad, la integración de planes de acción en beneficio de su salud, así como la identificación y adopción de medidas de solución y evaluación de los resultados, considerando la generación de evidencias, la integración de acciones de mejora permanente y el compromiso compartido de la población y sus autoridades locales, sin deslindar de responsabilidad a las instituciones prestadoras de servicios de salud, ni a las autoridades locales.

Entre los retos de la Participación Social en Salud, están el crear los canales que permitan la representatividad de la población, especialmente de aquella en condiciones de marginación, incluyendo la que se encuentra en localidades donde no hay unidad de salud, y generar los mecanismos que favorezcan la expresión de las necesidades sentidas y su inclusión en los procesos de desarrollo.

Actores, estrategias y acciones

Para el desarrollo de la Participación Social en Salud a nivel local se consideran cuatro actores principales, una estrategia fundamental y 6 acciones:

Actores

1. La población, mediante la elección, formación y capacitación de sus representantes.
2. Autoridades locales, incluyendo autoridades alternas y autoridades municipales y sus representantes en las localidades promoviendo su vinculación y apoyo para la realización de foros, asambleas o reuniones comunitarias
3. El personal de salud de los niveles, federal, estatal, municipal y local, así como los programas de la Secretaría de Salud, mediante la creación de los mecanismos de comunicación y colaboración, que fortalezcan la Participación Social desde el nivel local. El personal estatal de los diferentes programas que se encuentran en las jurisdicciones sanitarias, así como los que laboran dentro y fuera de las unidades médicas de primer contacto con la población, los cuales constituyen un engrane importante que vincula a los servicios de salud con el Municipio y sus habitantes a través de acciones de abogacía, sensibilización, capacitación, operación y seguimiento de las acciones en los diferentes niveles institucionales, de gobierno y la estructura comunitaria.
4. Las instituciones existentes, organizaciones comunitarias y de la Sociedad Civil (OSC, también llamadas ONG's), quienes se vincularán con el personal de salud y el municipio, en la búsqueda de sinergias, logrando la ampliación de la red de servicios a favor de la salud de la población.

Estrategia

Desde la promoción de la salud debemos detonar una educación orientada a lograr que las personas y las comunidades sean capaces de dar respuesta a sus necesidades y problemas derivados de la inequidad, y con las competencias para transformar su medio, para lo cual es necesario trabajar en estrategias que favorezcan "sujetos reflexivos, autónomos y socialmente solidarios; sujetos que sean potencialmente



capaces de contribuir a un nuevo escenario de relaciones sociales que apunte a una sociedad más justa, fraterna y menos desigual" (Resende, 2008: 344); ello desde un diálogo verdadero y de respeto a la diversidad.

El presente capítulo aborda el ámbito más local de la participación social en salud la estrategia a seguir es identificar las necesidades sentidas de la población como punto de partida para la reflexión y el empoderamiento a través de foros de discusión, asambleas o reuniones comunitarias en las cuales se utiliza como herramienta el diagnóstico local participativo de necesidades en salud, gestionando la solución paulatina de los problemas comunitarios, hasta el seguimiento en su ejecución y evaluación de cada una de ellas.

Acciones

1. Realizar la planeación con enfoque de determinantes sociales para definir las localidades en las que se va a trabajar dando prioridad a aquellas de mayor grado de marginación
2. Trabajar con la población. La capacitación, planificación, implementación, y evaluación de las intervenciones que se desarrollan con la participación de la población, facilitando una relación más estrecha con el personal de salud y municipal, para el desarrollo de respuestas integrales
3. Identificar las necesidades de salud a través de Foros de Discusión, Asambleas o Reuniones Comunitarias
4. Orientar a la población para la gestión y solución de estas necesidades
5. Dar seguimiento a las gestiones
6. Informar periódicamente a la población de los avances y resultados obtenidos



¿Cómo se implementa?

Para el fortalecimiento de la Participación Social en Salud, las principales actividades que se llevan a cabo por nivel son:

A. Nivel Nacional/Federal

| | |
|------------------|---|
| Actores | <ul style="list-style-type: none">• Grupo Intersectorial Federal de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales• Personal de salud de gobierno federal que atienden los programas específicos• Representantes de las instituciones de los sectores Público, Social y Privado del ámbito nacional• Organizaciones comunitarias y/o de la Sociedad Civil |
| Funciones | <ul style="list-style-type: none">• Integrar, ejecutar y evaluar su Plan de Trabajo Anual de Participación Social en Salud.• Generar los Lineamientos de Participación Social en Salud como parte del Manual Operativo de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, darlos a conocer a las entidades federativas y apoyarlos en su implementación.• Participar en el Grupo Intersectorial Federal de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales.• Concertar con otros programas o intervenciones intra o extra sectoriales el apoyo necesario para la implementación de las acciones en los niveles estatal, municipal y local.• Coadyuvar en la integración de planes y programas participativos de salud y bienestar en los niveles subsecuentes.• Generar un sistema de información participativo para el monitoreo y evaluación de las acciones.• Crear un mecanismo de estímulos y reconocimientos a aquellos actores de todos los niveles del proceso que presenten mejor desempeño.• Verificar la información de los niveles subsecuentes e integrar el informe nacional y remitirlo a superiores para su conocimiento y observaciones. |

B. Nivel Estatal

| | |
|----------------|--|
| Actores | <ul style="list-style-type: none">• La población (representante de la población)• Representantes de las instituciones de los sectores público, social y privado en la entidad |
|----------------|--|



| | |
|------------------|---|
| Funciones | <ul style="list-style-type: none">• Personal de salud estatal de los diferentes programas.• Organizaciones comunitarias y/o de la Sociedad Civil• Integrar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar su Programa de Trabajo de Participación Social en Salud• Proponer y aplicar acciones de mejora en los Lineamientos de Participación Social en Salud como parte del Manual Operativo de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, y remitirlos a los niveles subsecuentes para su aplicación e integración de propuestas de mejora• Enviar al nivel nacional su programa de trabajo de Participación Social en Salud.• Realizar la capacitación formal del personal del nivel estatal y los subsecuentes.• Notificar al nivel nacional aquellas acciones relevantes realizadas en materia de Participación Social que no se encuentren contempladas en su programa de trabajo.• Integrar el informe de seguimiento de acciones estatales de Participación Social en Salud.• Remitir al nivel federal su informe de avance de acciones previamente integrado en la plataforma de seguimiento especificada |
|------------------|---|

C. Nivel Jurisdiccional

| | |
|----------------|--|
| Actores | <ul style="list-style-type: none">• La población (representante de la población)• El municipio (representante de los municipios que integran la jurisdicción sanitaria)• Representantes de las instituciones de los sectores público, social y privado que se desempeñan en la región sanitaria• Personal de salud de las jurisdicciones sanitarias |
|----------------|--|



| | |
|-----------|---|
| Funciones | <ul style="list-style-type: none">• Organizaciones comunitarias y/o de la Sociedad Civil• Colaborar en la integración de planes de acción para la atención de las necesidades sentidas recabadas durante la realización de Diagnóstico Participativo de Salud de cada municipio del ámbito jurisdiccional.• Apoyar y proponer acciones para la atención de necesidades y prioridades de comunidades y localidades de los municipios correspondientes.• Colaborar en la integración de acciones que den respuesta a las necesidades sentidas de la población, en el Plan de Trabajo Anual de cada municipio del ámbito jurisdiccional.• Impulsar la gobernanza, a través de espacios e instrumentos de acuerdo y concertación entre la jurisdicción sanitaria y cada uno de los municipios y localidades que integran la región sanitaria.• Fortalecer, apoyar, asesorar y dar seguimiento de las acciones del nivel subsecuente en materia de integración de planes y estrategias de promoción de la salud encaminadas a atender sus necesidades y prioridades en salud y determinantes sociales |
|-----------|---|

D. Nivel Municipal

| | |
|---------|--|
| Actores | <ul style="list-style-type: none">• La población (representante de la población)• El municipio (representante de la estructura del municipio)• Personal de salud municipal• Representantes de las instituciones y dependencias de los sectores público, social y privado que se desempeñan en el ámbito municipal |
|---------|--|



| | |
|-----------|--|
| Funciones | <ul style="list-style-type: none">• Integrar las necesidades sentidas recabadas durante la realización del Diagnóstico Local de Salud Participativo, y presentarlas ante el Comité Municipal Intersectorial de Salud para su mejora o solución.• Integrar acciones que den respuesta a las necesidades sentidas de la población de las localidades, comunidades, barrios o colonias del municipio, en el Plan de trabajo anual del municipio.• Impulsar la gobernanza, a través de espacios e instrumentos de acuerdo y concertación entre la jurisdicción sanitaria y el municipio. |
|-----------|--|

E. Nivel Local

| | |
|-----------|---|
| Actores | <ul style="list-style-type: none">• La población (representante de la población)• El municipio (representante del municipio)• Representantes de la estructura comunitaria: agentes, delegados, comités de participación social, comités vecinales, otros que apliquen en el ámbito local municipal• Personal de salud local incluidos terapeutas y parteras tradicionales, apoyados por promoción de la salud y los programas sustantivos del nivel jurisdiccional• Organizaciones comunitarias y/o de la Sociedad Civil |
| Funciones | <p>Personal de salud:</p> <ul style="list-style-type: none">• Apoyar en la integración del Diagnóstico Local Participativo de Necesidades en Salud.• Participar, cuando sea posible, en los foros, asambleas o reuniones comunitarias de índole informativo o de trabajo con la población, evidenciando la reunión a través de una minuta.• Impulsar la gobernanza, a través de espacios e instrumentos de acuerdo con la unidad de salud local y el municipio.• Apoyar para la inclusión de Necesidades y Prioridades en Salud de las localidades del ámbito de competencia Municipal correspondiente, evidenciando con acuse de entrega conjunta de propuesta de Plan de Acción para la Solución de Necesidades en Salud (autoridad local y personal de salud)• Colaborar en el establecimiento de acuerdos entre el Comité Intersectorial de Salud Municipal y los representantes comunitarios, para el desarrollo de acciones de mejora con base en el Plan de Acción y Gestión para la solución de Necesidades en Salud• Informar el avance de acciones al nivel superior en los formatos y sistemas de información correspondiente. |
| | <p>Autoridad Local de la Comunidad</p> <ul style="list-style-type: none">• Incluir, además de las autoridades oficiales, a aquellas nombradas de acuerdo a los usos y costumbres de la región. |



- Realizar recorrido por la comunidad, para la identificación de las áreas que puedan constituir riesgos o problemas de salud.
- Participar en los foros de discusión, asambleas o reuniones comunitarias a través de las cuales se integra el diagnóstico local participativo de necesidades en salud, convocando a otros personajes de la comunidad para que se integren en la identificación de necesidades y construcción del Plan de Gestión de Necesidades en Salud.
- Establecer acuerdos de colaboración con el personal de salud correspondiente.
- Realizar el seguimiento de las acciones del plan de gestión de necesidades.
- Convocar a asambleas informativas para dar a conocer los avances de las gestiones realizadas.

Herramientas de apoyo

Para que el punto de partida sea desde lo local, es indispensable la identificación de las necesidades sentidas de salud de la población; toda vez que los procesos participativos deben implementarse desde las propuestas que la comunidad identifica como sus necesidades y prioridades y las acciones se planean en conjunto, de otro modo sólo serían buenos propósitos incluyentes, por lo que el esquema que aquí se plantea es a partir de lo acordado con las comunidades durante los foros o asambleas organizadas con tal propósito. Una herramienta útil es el diagnóstico participativo de necesidades de salud, el cual se realiza a través del desarrollo ordenado de ciertos momentos que le integran utilizando ejercicios sencillos y prácticos, teniendo al personal de salud como facilitadores, en los que junto con la población, identifican y priorizan necesidades, las cuales también de manera participativa, se vinculan a las prioridades previamente identificadas por los servicios de salud desde lo local (panorama epidemiológico) y se establecen acuerdos y compromisos para el desarrollo de acciones conjuntas, unidades, núcleos básicos y población de las comunidades de atención, a fin de resolver progresivamente cada prioridad

Metodología para la integración de diagnósticos de necesidades de salud participativos.



La elaboración del diagnóstico participativo no puede hacerse de manera improvisada, exige del desarrollo ordenado de ciertos momentos que le integran:

1. **Etapa previa.** Identificación de situaciones detonantes
 2. **Acercamiento a la realidad.** Foro de discusión comunitario, asamblea o reunión comunitaria
 3. **Toma de decisiones.** Planificación
 4. **Gestión de soluciones.** Seguimiento en la gestión de soluciones a las necesidades identificadas
 5. **Evaluación.** Porcentaje de necesidades solucionadas
 6. **Retroalimentación de resultados a la población**
1. **Etapa previa.** Identificación de situaciones detonantes.

Antes de iniciar el proceso del diagnóstico participativo resulta valioso poder documentarse con fuentes escritas que posibiliten entender y familiarizarse con el lugar y sus características históricas y sociales, en función de que “suele ser más conveniente si antes de llegar con un individuo, una unidad doméstica, un grupo social, una comunidad, o una organización, nos tomamos el tiempo de averiguar cuestiones básicas sobre ellas, con el fin de llegar previamente informados del tipo escenario en el que vamos a jugar el papel de actores” (Diego, 2000: 49).

No se debe olvidar que el principio que rige este momento del diagnóstico participativo se basa en la idea de que éste no debe de darse únicamente desde lo que el facilitador cree que deba conocerse, sino de los problemas que las personas perciben.

Asimismo, previo a la actividad directa con la comunidad –realización del Foro de Discusión Comunitario, asamblea, reunión comunitaria, etc.- es recomendable considerar:

Punto 1. El propósito de dicha actividad; ¿Qué vamos a analizar y hasta dónde?

Punto 2. Identificar las partes interesadas, o sea ¿Quiénes son los potenciales beneficiarios?, ¿Quién es probable que falte de voz?, ¿Quién podría verse resentido por un cambio?

Punto 3. Entender las relaciones entre partes interesadas, factores en conflicto o cooperación, por ejemplo, relaciones de autoridad, grupos étnicos, religiosos o divisiones culturales; ¿Qué tipo de relaciones de conflicto y cooperación existen entre las partes interesadas?

Punto 4. Considerar la importancia de tomar decisiones mediante el diálogo y la concertación; por lo que habría que preguntarse: ¿Qué roles o respuestas deben asumir las partes interesadas?, ¿Qué actitudes de las partes interesadas apoyan o amenazan la corresponsabilidad?

Por tanto, antes de proceder a la recuperación de la información, es necesario tener en claro que en cualquier contexto hay conflictos.

2. **Acercamiento a la realidad.** Foro de Discusión Comunitario, asamblea o reunión comunitaria

Existen muchas técnicas para aplicar con la comunidad y recuperar información, para efectos de esta metodología se propone el Foro de Discusión Comunitario, el cual sirve para que la comunidad reflexione



sobre ella misma y llegue a conclusiones reales, “de esta manera estamos rompiendo el proceso de dominación del que sabe y no sabe. Lo que tenemos que hacer es que esta comunidad esté participando extrayendo datos, pensando y apropiándose de su realidad” (Gómez Jara, 2000). Por lo que, dicho Foro:

- Favorece la transición de la reflexión individual a la reflexión colectiva
- Recrea y retroalimenta el conocimiento de la realidad analizada
- Fortifica la capacidad de análisis
- Promueve la apropiación de actitudes de participación y compromiso para la gestión y solución de la problemática identificada
- Socializa los resultados preliminares para ser legitimados con la opinión colectiva

Para realizar el Foro de Discusión Comunitario es importante hacer lo siguiente:

- a. El facilitador presenta el objetivo de la actividad y la dinámica de trabajo
- b. Se divide a los participantes en grupos (según la cantidad de convocados), a cada uno se le solicita:
 - Exprese cuál es su concepto de salud
 - ¿Qué hacen las personas y las familias para estar sanas?
 - ¿Qué acciones se realizan para cuidar la salud de la comunidad?
 - ¿Cuáles son los beneficios de estar sano?
 - Mencione cuales son las razones que pueden impedir el cuidado de la salud en el ámbito individual o familiar
 - Mencione algunas características o factores de la comunidad que pueden afectar la salud
 - Mencione cuáles son las principales necesidades de salud de su comunidad
 - Seleccione 3 de ellas y con la ayuda del formato registre qué gestiones necesitamos hacer como comunidad para resolverlos

3. Toma de decisiones. Planificación

Reunidos en plenaria, se comparte e integra el análisis de cada grupo, mediante la tabla de resultados con apoyo del facilitador.



Ejemplo:

| Tabla de resultados | | | | |
|---------------------|---|---|--|---|
| Número de equipo | Mencione algunas características o factores de la comunidad que pueden afectar la salud | Mencione cuáles son las principales necesidades de salud de su comunidad | Seleccione 3 de las necesidades enlistadas | ¿Qué gestiones necesitamos hacer como comunidad para resolverlos? |
| 1 | Marginación, pobreza, violencia, falta de acceso a servicios de salud, carencia de educación, no hay vías de transporte y comunicación. | Hay muchos perros en la comunidad Falta de agua en escuela (tubería rota) Acumulación de basura en explanada y fuera de las casas Muchas diarreas por falta de agua limpia Violencia familiar No hay un lugar para hacer ejercicio | Falta de agua en escuela (tubería rota) Acumulación de basura en explanada y fuera de las casas Violencia familiar | Gestionar ante el municipio la reparación de tubería Se forman comisiones de limpieza y se gestiona que pase un día más el camión de basura Se gestionará con la unidad de salud talleres sobre el tema |

Fuente: Ejemplo realizado por los Servicios Estatales de Salud de Veracruz

Como puede observarse en el ejemplo, se priorizan básicamente aquél o aquellos problemas que sean sentidos por el grupo y/o la comunidad y que sean susceptibles de atenderse con gestión de la misma. Lo cual significa que los problemas no catalogados como tales serían discriminados, dando relevancia a los que sí reúnan los criterios propuestos para ser incorporados en la toma de decisiones. Este procedimiento permite la voz y toma de decisión de las personas. De hecho, “lo más importante no es llevarles a la gente cosas sino hacer que la gente analice, decida y se organice. Es el eje de última instancia que va a perdurar



de un programa de desarrollo de la comunidad, que la gente piense su realidad y decida hacer cosas para enfrentarse a ella" (Gómez Jara, 2000).

4. Gestión de soluciones. Seguimiento en la gestión de soluciones a las necesidades identificadas

Con base a los resultados del consenso establecido en la tabla anterior, el facilitador conduce el llenado del formato: **Plan de gestión**, en el que se establece quien, cuando y donde se realizarán las gestiones que darán solución a las necesidades de salud priorizadas

| Formato N° _____. PLAN DE GESTIÓN | | | | | |
|---|-----------|------------|--|---------------------------|-------------------------------------|
| Instructivo de llenado: Favor de utilizar tinta azul o negra y escribir con letra legible. Gracias | | | | | |
| Entidad Federativa: | | Municipio: | | | |
| Localidad: | | | | | |
| Responsables de realizar las gestiones: (Nombre completo y cargo) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Necesidad o problema de salud | Objetivos | Gestión | Dependencia ante la cual se debe llevar la solicitud | Fecha (Día, Mes y Año) | Nombre de quien recibe la solicitud |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Fuente: Secretaría de Salud, Lineamientos para el desarrollo de la Participación social en Salud. México 2012

Para monitorear el avance en la solución de las necesidades de salud identificadas, se utiliza el formato: **Seguimiento de gestiones**, lo cual permite ver el avance paulatino e informar en cualquier momento a la población



| | |
|---|---|
| | |
| Formato ° SEGUIMIENTO DE GESTIONES | |
| Instructivo de llenado: Favor de utilizar tinta azul o negra y escribir con letra legible. Gracias | |
| Entidad Federativa: | Municipio: |
| Localidad: | |
| Responsables: (Anotar el nombre completo sin abreviaturas de quien realiza la gestión) | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Gestión a realizar | |
| Describir la gestión que se realizó: | |
| | |
| | |
| Dependencia ante la cual se efectuó la gestión: | Fecha en que se realizó: (Día, mes y año) |
| Nombre de quién recibió la última solicitud: | Fecha en que se realizó: (Día, mes y año) |
| Situación al momento: | |
| | |
| Fecha de seguimiento: (Día, mes y año) | |
| Observaciones: | |
| | |

Fuente: Secretaría de Salud, Lineamientos para el desarrollo de la Participación social en Salud. México 2012

5. Evaluación. Porcentaje de necesidades solucionadas

Después de un periodo razonable, acordado previamente con la comunidad, es importante evaluar el resultado final en la solución de las necesidades de salud, esto puede realizarse a través del formato: **Evaluación de gestiones**, en el cual se registran las gestiones realizadas, la necesidad que resuelven y el cumplimiento alcanzado, así como la opinión general de los beneficiados y de los líderes de la comunidad.



| Formato N° ___. EVALUACIÓN DE GESTIONES | | | | | | |
|---|------------------------------|----------------------|-----------------------------------|------------|--------------------------------------|---|
| Instructivo de llenado: Favor de utilizar tinta azul o negra y escribir con letra legible. Gracias | | | | | | |
| Nº | Fecha (Día, mes y año) | Gestión realizada | Porcentaje (%) de Avance | Beneficios | ¿Qué opinan los beneficiarios? | ¿Qué opinan los líderes de la comunidad? |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Nota: Para obtener la opinión de los beneficiarios y de los líderes comunitarios, se pueden aplicar encuestas, entrevistas, realizar asambleas participativas, entre otros. | | | | | | |

Fuente: Secretaría de Salud, Lineamientos para el desarrollo de la Participación social en Salud. México 2012

Esto permite retroalimentar a la comunidad, dándole a conocer los resultados alcanzados; compartir el análisis y clasificación de datos, anula la idea de que un diagnóstico sólo es de uso exclusivo de quien lo coordina y refuerza el sentido acerca del uso social de los datos, para la mejora de la calidad de vida de la comunidad; el diagnóstico participativo adquiere así una legitimización local, dado que “solo se justifica en cuanto se devuelva al pueblo lo que a él pertenece: en cuanto sea, no el acto de conocerlo, sino el de conocer con él la realidad que lo desafía” (Freire, 1973:133).

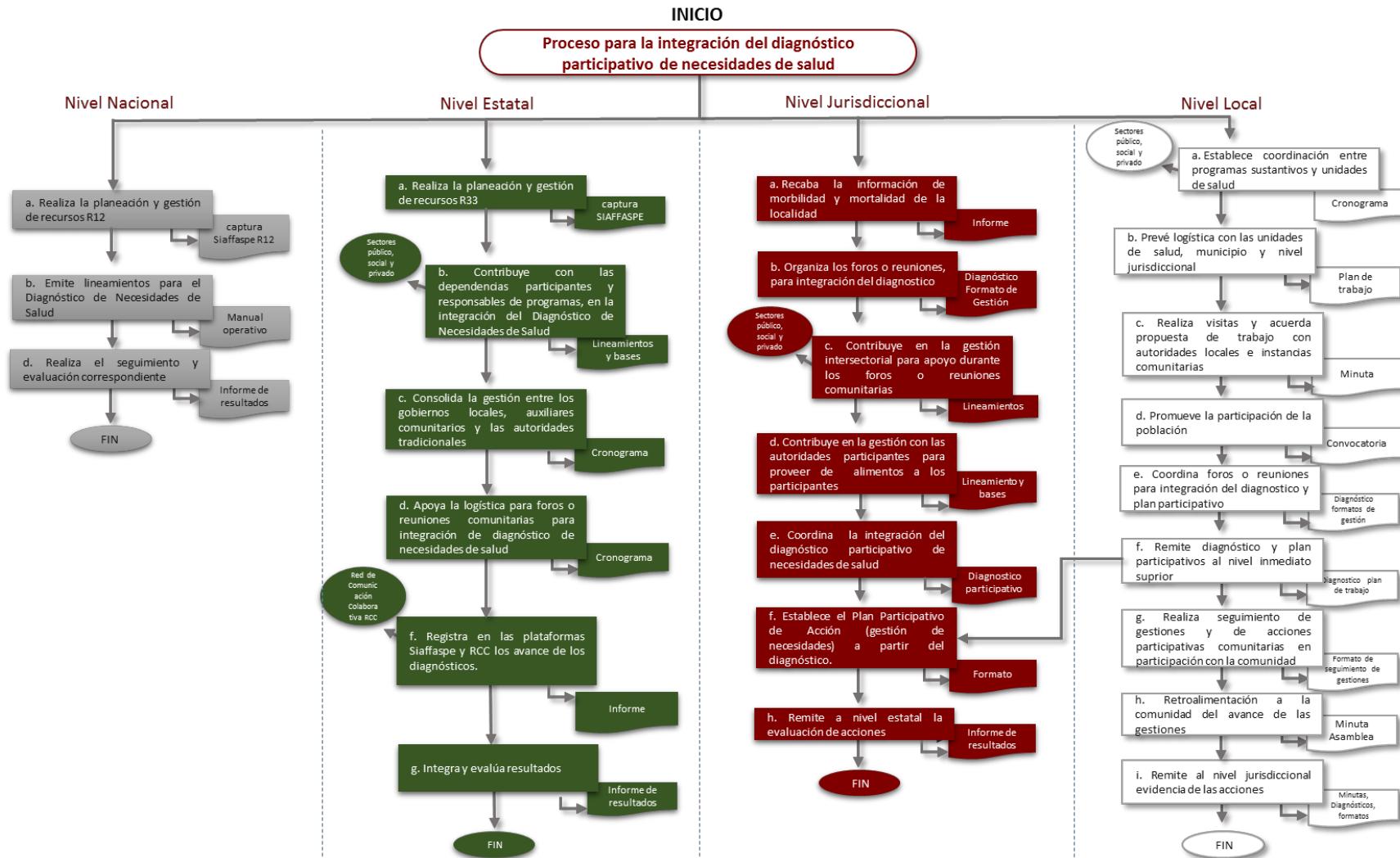
6. Retroalimentación de resultados a la población

Se cierra el ciclo, reconsiderando la importancia de organizarse y sumarse en las alternativas de respuesta a las necesidades de salud, visualizando sus causas, los recursos con que se cuenta para ello y se invita a reflexionar qué pasa si no se realizan acciones. Se agradece la asistencia y participación.



Integrar diagnósticos participativos en salud, tiene grandes alcances debido a que toma en cuenta la capacidad y recursos de la población, y las necesidades identificadas pueden vincularse a las acciones que se realizan en cada nivel de la estructura para beneficiarse de la atención médica y los programas de promoción y prevención.

Y dado que la mayor parte de las intervenciones para abordar los determinantes de la salud no dependen del sector salud, la participación comprometida de todos los actores sociales: población, gobernantes, instituciones de gobierno y organizaciones de la sociedad civil es esencial para el logro de acciones de mejora. La metodología es adaptable a cualquier contexto y puede ser aplicada por los diferentes programas del Sector Salud, contribuyendo a la transversalidad de la promoción de la salud.



Fuente: Elaboración propia. Dirección de Determinantes, Competencias y Participación Social DGPS, 2017.

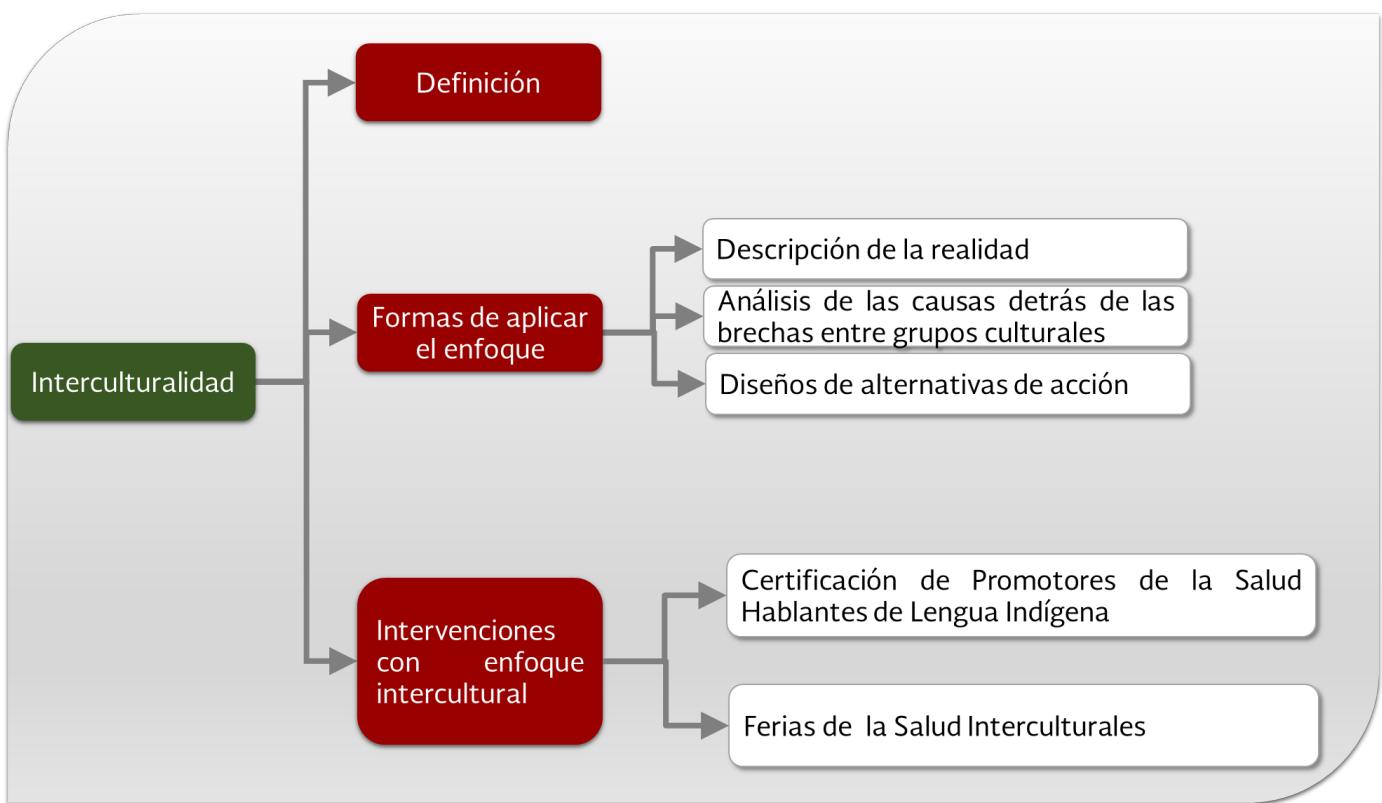


Sección IV

Interculturalidad



Elementos que integran la Sección IV Interculturalidad





El concepto de interculturalidad es muy amplio y no se concreta a la simple interacción de dos culturas diferentes o a las diferencias étnicas entre grupos; se relaciona estrechamente con otros conceptos como el de Multiculturalidad, en el cual se identifica una actitud de respeto frente a la diferencia cultural cualquiera que sea la naturaleza de esta, por tanto, trasciende el componente étnico, pues las diferencias culturales no se limitan o derivan de las diferencias étnicas. El multiculturalismo se genera dentro de la cultura occidental como una expresión del derecho a la diferencia, a la diversidad, y no necesariamente por su componente étnico. En ese sentido, el multiculturalismo, de gran auge en los países desarrollados, ha sido importante en los procesos de reivindicación de distintos grupos marginados por opciones diversas: religiosas, sexuales entre otras, permitiendo que alcancen sus derechos (12).

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, la interculturalidad “está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de reconocer, respetar, concertar”. Fuente www.paho.org

México es una nación con gran diversidad cultural, ya que existen en el país múltiples identidades en su población construidas desde el ámbito y la influencia de la cultura que generan diversas miradas acerca de la fertilidad, la realidad, el mundo, la vida, el cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte. Estas expresiones culturales tienen relación con las transformaciones históricas, el avance científico, las ideas dominantes en las diferentes épocas de nuestro pasado así como las percepciones religiosas, los procesos productivos, tecnológicos y las costumbres particulares de miles de personas que conviven en contextos compartidos y cada vez en mayor interdependencia.

En este proceso de comunicación entre individuos o grupos culturales con características y posiciones diversas, es indispensable que se reconozca que todos son dignos de ejercer todos sus derechos, valorando la riqueza potencial de sus saberes culturales con el objeto de promover la inclusión de todos los integrantes de estos grupos, con respeto y generando sinergias que los beneficien mutuamente. En este reconocimiento de derechos, la Promoción de la Salud se debe ejercer tanto como parte del derecho a la salud, con una serie de actividades que fortalecen la consolidación de otros derechos, como parte de la convivencia entre individuos o grupos con elementos culturales distintos, cuya participación es respetuosa y persigue resolver las posibles barreras derivadas de la diversidad, pues la Promoción de la Salud es un proceso dinámico que debe prevalecer y adaptarse a los cambios e interacciones multiculturales que se manifiestan en diferentes entornos de nuestro país.

Para fortalecer las competencias en la población y los prestadores de servicios, la Promoción de la Salud lleva a cabo procesos educativos participativos y hoy requiere considerar la interculturalidad en todos los ámbitos del desarrollo social, pues es indispensable interactuar con la comunidad en su contexto de manera permanente, diseñar y aplicar estrategias integrales de Promoción de la Salud acordes a las necesidades de la diversidad del grupo o la clase social de pertenencia, a fin de que cuenten con las herramientas necesarias para identificar, modificar y fortalecer los determinantes sociales de su salud y se aproximen al control de ellos.



Con este enfoque la Promoción de la Salud como parte de los servicios de salud que son ofertados a la población, debe ser entregada con pertinencia cultural y en caso de la población indígena en sus propias lenguas como lo marca la Ley General de Salud (Ley General de Salud artículo 51 bis 1. DOF 05-03-2012)

Formas de aplicar el enfoque intercultural en programas o políticas de salud

De manera general, existen al menos tres formas básicas de aplicar el enfoque intercultural y todas son necesarias y complementarias entre sí. La aplicación de este enfoque nos permite complejizar y flexibilizar nuestras perspectivas para entender la realidad y desarrollar nuevas habilidades. Con ello, la aplicación del enfoque se convierte en una experiencia significativa que transforma nuestro quehacer profesional e institucional. Las maneras de aplicar el enfoque intercultural son:

1. Desde la descripción de la realidad
2. El análisis de las causas detrás de las brechas entre los grupos culturales
3. Los diseños de alternativas de acción

Se esquematizan a continuación en la figura 9.

Figura 9. Formas de aplicar el enfoque intercultural



Fuente: (16) Programa Buen Gobierno y Reforma del Estado. *Guía metodológica de “Transversalización del enfoque de interculturalidad en programas y proyectos del sector gobernabilidad*. Lima Perú : Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH., 2013



Con base en lo anterior, se enlistan las acciones estratégicas para la atención en el ámbito de salud de los grupos multiculturales de México:

- Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad
- Analizar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país
- Impulsar las acciones de Promoción de la Salud con enfoque en interculturalidad en los programas y sectores que brindan servicios de promoción de la salud y atención médica durante el curso de vida
- Capacitar a los líderes federales y estatales de programas de acción de la Secretaría de Salud en el enfoque de Promoción de la Salud, Derechos Humanos e Interculturalidad
- Coordinar con los responsables de programas estatales de acción para que sus campañas de comunicación se realicen con pertenencia cultural y lingüística
- Capacitar a servidores públicos de otros sectores de gobierno en el enfoque de promoción de la salud, prevención y atención integral de la salud con el enfoque intercultural
- Capacitar y sensibilizar en el enfoque intercultural al personal que promueve la salud y atiende a población que forma parte de los grupos vulnerables y diversos del país.

El enfoque de interculturalidad es una herramienta que permite analizar las relaciones entre los grupos culturales que cohabitan un mismo espacio, desde dos dimensiones:

1. Distribución del poder en la toma de decisiones sobre sus propias prioridades de desarrollo y control de sus vidas.
2. El nivel de reconocimiento de sus diferencias culturales, sin que ello sea motivo de exclusión o discriminación.





¿Cómo se implementa?

Para el fortalecimiento del enfoque intercultural se requiere además de recursos presupuestarios, de personal capacitado para el diseño e implementación de intervenciones con este enfoque. Las actividades a ejecutar por los diferentes niveles serán de acuerdo a las atribuciones que les correspondan dentro de los procesos que se llevan a cabo como se plantea a continuación.

Objetivos:

- Fortalecer las competencias interculturales del personal de promoción de la salud de niveles federal, estatal, jurisdiccional y local en torno a los procesos de la línea de acción.
- Diseñar, a partir del trabajo conjunto (personal de salud, población y autoridades), las intervenciones interculturales, con la definición de metas, objetivos y resultados que sean viables y realizables en un tiempo razonable, (corto y mediano plazo) con los recursos estatales y comunitarios disponibles; tomando como base el Modelo Operativo de Promoción de la Salud.
- Entregar los servicios de Promoción de la Salud a los diferentes grupos poblacionales, tomando en cuenta sus Determinantes Sociales de la Salud, diferencias culturales, de género, de edad, condiciones de vulnerabilidad, entre otras, con respeto a su diversidad, en la búsqueda de un intercambio enriquecedor que logre la mejor forma de cuidar su salud individual, familiar y comunitaria.
- Realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de los procesos

A. Nivel Federal

| | |
|------------------|---|
| Funciones | <ul style="list-style-type: none">• Planear y gestionar los recursos necesarios• Gestionar la coordinación cooperativa con los programas sustantivos de la DGPS, Secretaría de Salud, otras instituciones del sector salud y otros sectores de gobierno• Diseñar, probar, corregir y promover, con los servicios estatales de salud, estrategias interculturales de intervención con base en el Modelo Operativo de |
|------------------|---|



| | |
|--|---|
| | <p>Promoción de la Salud MOPS y el Diagnóstico de necesidades de salud integrado desde la estructura comunitaria hasta el ámbito federal</p> <ul style="list-style-type: none">• Participar en el diseño y validación de materiales de apoyo educativo con pertinencia cultural y lingüística• Promover la participación intersectorial a niveles subsecuentes de la estructura en el marco del Grupo Estatal Intersectorial de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales y de sus equipos técnicos• Fortalecer las competencias del personal de salud de diferentes niveles en materia de promoción de la salud, derechos humanos, culturales, lingüísticos y el uso de plataformas virtuales para seguimiento de acciones• Colaborar con niveles subsecuentes desde la planeación hasta la evaluación de acciones |
|--|---|

B. Nivel Estatal

Funciones

- Planear y gestionar los recursos necesarios
- Acordar con la Dirección General de Promoción de la Salud DGPS, el apoyo de los responsables de nivel federal en el fortalecimiento de competencias de los participantes en las acciones de los niveles organizacionales estatal, jurisdiccional-municipal y local-comunitario, según corresponda
- Realizar reuniones de trabajo con responsables de Promoción, jefes jurisdiccionales, responsables jurisdiccionales de programas prioritarios, caravanas, seguro popular, atención médica y epidemiología, entre otros
- Priorizar los temas a abordar y el grupo poblacional para proponerlo al nivel jurisdiccional, de acuerdo a los Determinantes Sociales de la Salud que condicionan su panorama epidemiológico
- Integrar los acuerdos de acción y el plan general de trabajo
- Coparticipar con la integración y validación de estrategias de intervención intercultural
- Participar en la validación de materiales de apoyo educativo con pertinencia cultural y lingüística
- Orientar la instrumentación de acciones de registro, seguimiento, monitoreo y control a través de los sistemas de información oficiales y formales



C. Nivel jurisdiccional

Funciones

- Planear y gestionar los recursos necesarios
- Integrar el plan de trabajo jurisdiccional
- Convocar al Grupo Intersectorial Jurisdiccional para dar a conocer el panorama epidemiológico, diagnóstico del municipio y propuesta de plan de trabajo
- Solicitar a nivel estatal el apoyo para fortalecer competencias para la implementación y desarrollo de los procesos interculturales
- Fortalecer en los participantes las competencias en Promoción de la Salud, derechos humanos, culturales y lingüísticos, y uso de plataformas para seguimiento de acciones
- Integrar y validar las estrategias de intervención intercultural
- Coordinar la implementación de las estrategias diseñadas
- Incorporar propuestas de mejora a las estrategias de acción
- Orientar las acciones de seguimiento e información de avances
- Orientar la instrumentación de acciones de registro, seguimiento, monitoreo y control a través de los sistemas de información oficiales y formales Remitir informes de avance periódico y de resultados alcanzados al nivel superior

*Red de Comunicación Colaborativa

D. Nivel local

Funciones

- Acatar la instrucción jurisdiccional de acción conjunta para atención integral de problemas de salud identificados por la estructura comunitaria a través de intervenciones interculturales
- Coparticipar con equipos zonales de supervisión, equipos de salud de microrregiones u homólogos y municipales para desarrollar estrategias de intervención intercultural apoyados por niveles superiores y las organizaciones de la sociedad civil, así como la población beneficiada
- Solicitar cursos de fortalecimiento de competencias para el desarrollo de las acciones
- Enviar propuestas de mejora de la intervención intercultural, al responsable de Promoción de la Salud en la jurisdicción
- Reforzar intervenciones interculturales en consulta subsecuente y visitas domiciliarias
- Continuar el desarrollo de intervenciones en integración del diagnóstico y plan participativo para la atención y solución de necesidades sentidas en salud



- Integrar y remitir la información de acciones realizadas en los formatos primarios para alimentar las plataformas de seguimiento
- Informar los resultados de las acciones a la comunidad y sus líderes correspondientes



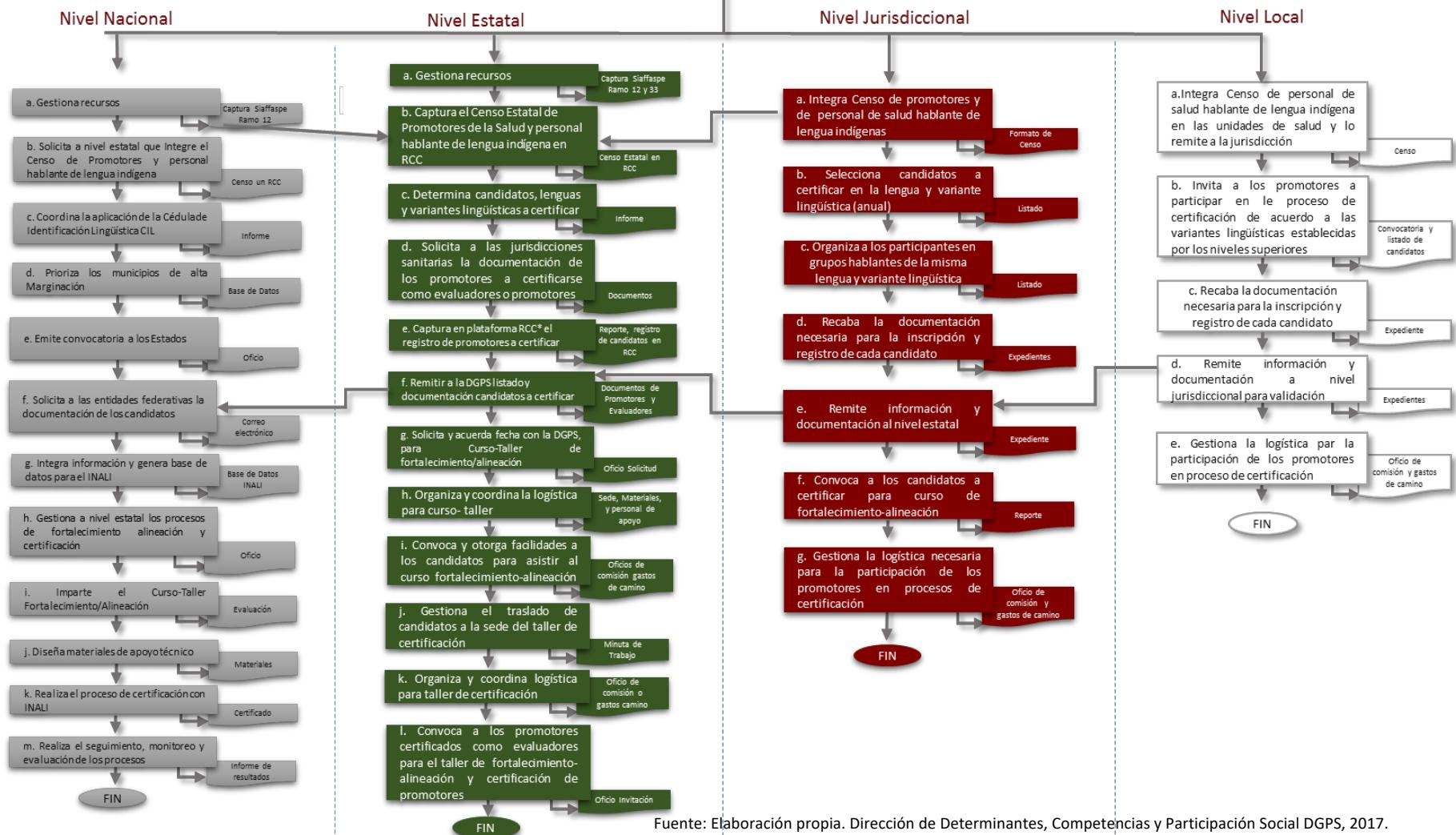
Herramientas de apoyo

Ejemplo de dos intervenciones con enfoque intercultural, las cuales al momento se realizan únicamente en el componente de promoción de la salud en la población indígena: 1. Certificación de promotores de la salud hablantes de lengua indígena, 2. Ferias de la salud interculturales.



INICIO

Proceso para la Certificación de Promotores de la Salud Hablantes de Lengua Indígena

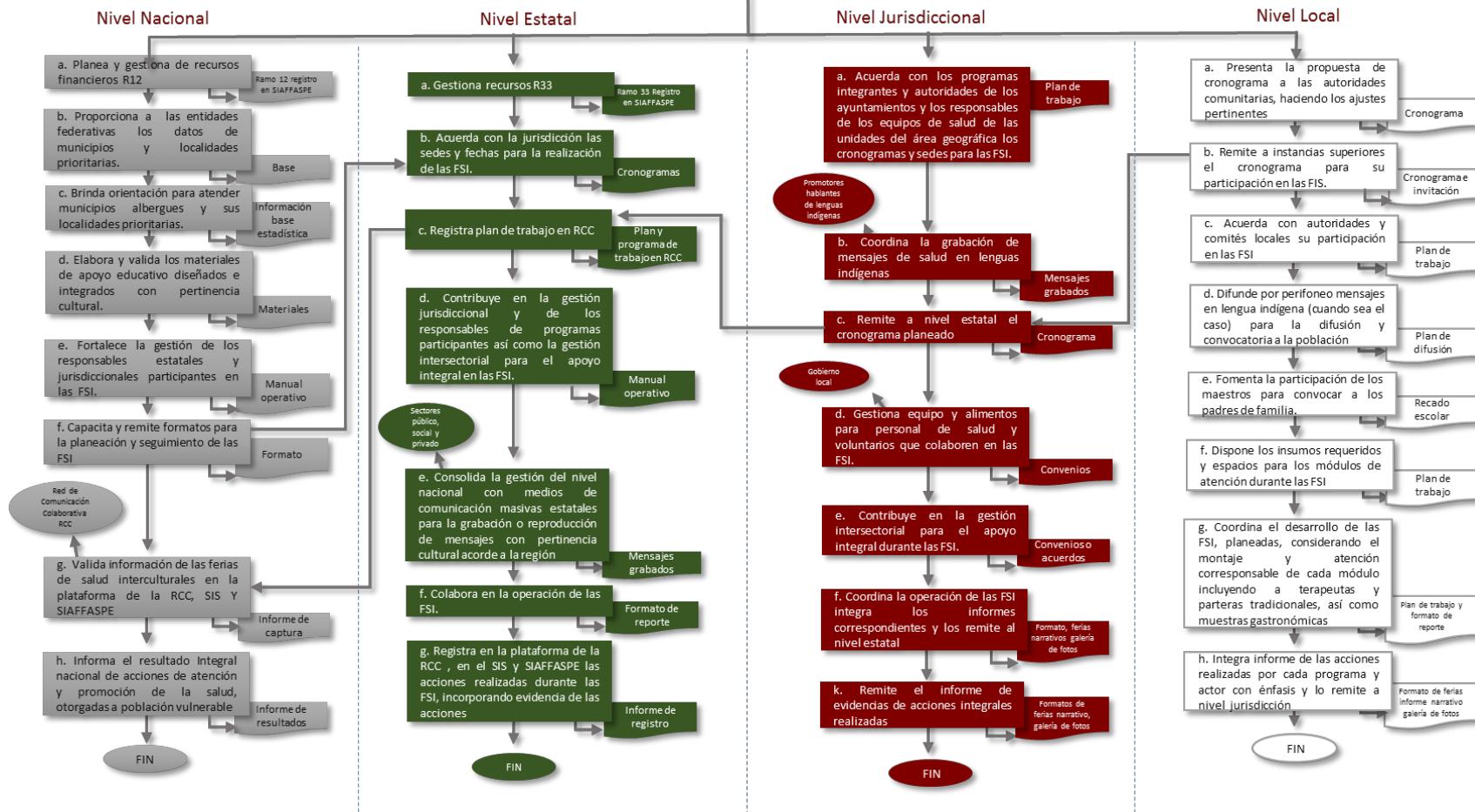


Fuente: Elaboración propia. Dirección de Determinantes, Competencias y Participación Social DGPS, 2017.



INICIO

Proceso para el desarrollo de Ferias de la Salud Interculturales (FSI)



Fuente: Elaboración propia. Dirección de Determinantes, Competencias y Participación Social DGPS, 2017.



Dirección General de Promoción de la Salud

Programa de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales
PDSS - Formato de Registro de Ferias de la Salud Interculturales

Formato de Registro de Ferias de la Salud Interculturales

I. Información General

Folio: _____

Población a la que va dirigida: Migrantes Indígenas Escolares

Fecha: _____

Sede del evento

Jurisdicción: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Calle: _____ Nombre del Entorno: _____

Entorno: Comunidad Escolar Laboral Campo agrícola Unidad Médica Albergue Otro: _____

Responsable de Promoción de la Salud: _____

II. Criterios interculturales

| Criterios para ferias de la salud interculturales dirigidas a población indígena (Marcar como mínimo 4 criterios) | Criterios cumplidos. Marque con X | 5. Se utilizan materiales didácticos, lúdicos y de difusión elaborados con pertinencia Cultural. | |
|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| 1. Se realiza en localidades pertenecientes a municipios indígenas. 1033 municipios catalogados por INEGI/CDI | | 6. Se realizan muestras gastronómicas. | |
| 2. Se incorpora a la población en la planeación, implementación y evaluación de actividades. | | 7. Se instala un módulo donde se muestra la riqueza cultural de las diferentes etnias de la entidad federativa. | |
| 3. Se incorpora la participación de las parteras y terapeutas tradicionales en las ferias, a través de módulos. | | Criterios para ferias de la salud interculturales dirigidas a población migrante | Criterios cumplidos. Marque con X |
| 4. Se brindan todos los servicios en la lengua y variante lingüística correspondiente. | | 8. Realizadas en campos agrícolas, albergues para migrantes y unidades de salud en municipios con flujo migratorio. | |

III. Acercamiento de los servicios

Asistencia General Promedio: Mujeres: _____ Hombres: _____

| Total de Consultas: | Mujeres: | Hombres: | Embarazadas: | Sanos: | No. de enfermedades No transmisibles | No. de enfermedades Transmisibles |
|---------------------|----------|----------|--------------|--------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

| Detecciones | | Acciones de Salud Bucal | | Orientación Consejería | | Acciones de Salud Reproductiva | |
|---------------------|----------|-----------------------------|----------|------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| | Cantidad | Concepto | Cantidad | Concepto | Cantidad | Concepto | Cantidad |
| HTA | | Total de Consultas | | Alimentación correcta | | Consulta a embarazadas | |
| CaCu | | Mujeres | | Planificación Familiar | | Exploración de mama | |
| Ca Próstata | | Hombres | | Activación física | | Otras detecciones | |
| DM | | Revisión de Tejido blando | | ETV | | Concepto | Cantidad |
| CaMa | | Extracciones | | Adicciones | | | |
| Tb Basiloskopias | | Entrega de pastas | | Equidad y género | | | |
| Defectos de postura | | Cepillos | | ITS, VIH y SIDA | | | |
| Agudeza visual | | Trípticos | | Violencia | | | |
| Agudeza auditiva | | Uso de Hilo Dental | | | | | |
| | | Técnica de Cepillado Dental | | | | | |

IV. Acciones de Promoción de la Salud

Actividades para el cuidado de la Salud:

| Tipo: | Cantidad: | Descripción: |
|---------------------|-----------|--------------|
| Talleres | | |
| Actividades Lúdicas | | |
| Otros: | | |



| Estado Nutricional por Grupo de Edad y Sexo | | | | | | | Inmunizaciones |
|---|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-----------|----------|----------------------------|
| Edad | Nutrición Normal | Desnutrición Leve | Desnutrición Moderada | Desnutrición Severa | Sobrepeso | Obesidad | Total de Vacunas Aplicadas |
| Niñas | | | | | | | |
| Niños | | | | | | | |
| Mujeres de 9 a 19 años | | | | | | | |
| Hombres de 9 a 19 años | | | | | | | |
| Mujeres de 20 a 49 años | | | | | | | |
| Hombres de 20 a 49 años | | | | | | | |
| Mujeres de 50 a 69 años | | | | | | | |
| Hombres de 50 a 69 años | | | | | | | |

V. Recursos Humanos de apoyo para el desarrollo de la feria

| Personal de Salud y Comunitario | | | | | | Actividades Realizadas | |
|---------------------------------|-------|--------|-----|------|--------|------------------------|--|
| | SESA* | SMSA** | DIF | IMSS | ISSSTE | Otro | |
| Médicos | | | | | | | |
| Terapeuta tradicional | | | | | | | |
| Enfermería | | | | | | | |
| Odontología | | | | | | | |
| Nutrición | | | | | | | |
| Promotores | | | | | | | |
| Trabajo social | | | | | | | |
| Parteras | | | | | | | |
| Auxiliares de Salud | | | | | | | |
| Otro personal | | | | | | | |

* Servicios Estatales de Salud ** Servicios Municipales de Salud

VI. Recursos Materiales de apoyo para el desarrollo de la feria

| Tipo de Material | Con enfoque Intercultural | En lengua indígena (Especifique) | Cantidad | Tipo de Material | Con enfoque Intercultural | En lengua indígena (Especifique) | Cantidad |
|------------------|---------------------------|----------------------------------|----------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------|
| Rotafolios | | | | Material Impreso | | | |
| Carteles | | | | Modelos y Juegos didácticos | | | |
| Folletos | | | | Guías Didácticas | | | |
| Trípticos | | | | Mensajes Grabados | | | |
| Manuales | | | | Videos | | | |
| Libros | | | | Otros | | | |

VII. Sectores y organizaciones Participantes

| Sectores y organizaciones de la Sociedad Civil | | | | |
|--|------------------|-------|------------------------|--|
| Nombre de la Organización | Tipo de personal | Total | Actividades Realizadas | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VIII. Recursos financieros de apoyo para el Desarrollo de la Feria

| Costo Total de la Feria | Ramo 12* | Ramo 33 | Otro financiamiento** | Especifique |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| \$ <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> |

* Ramo 12 Promoción de la Salud incluye Viáticos, Materiales de Promoción, etc. ** SEDESOL, Organizaciones de la Sociedad Civil, particulares, etc.



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



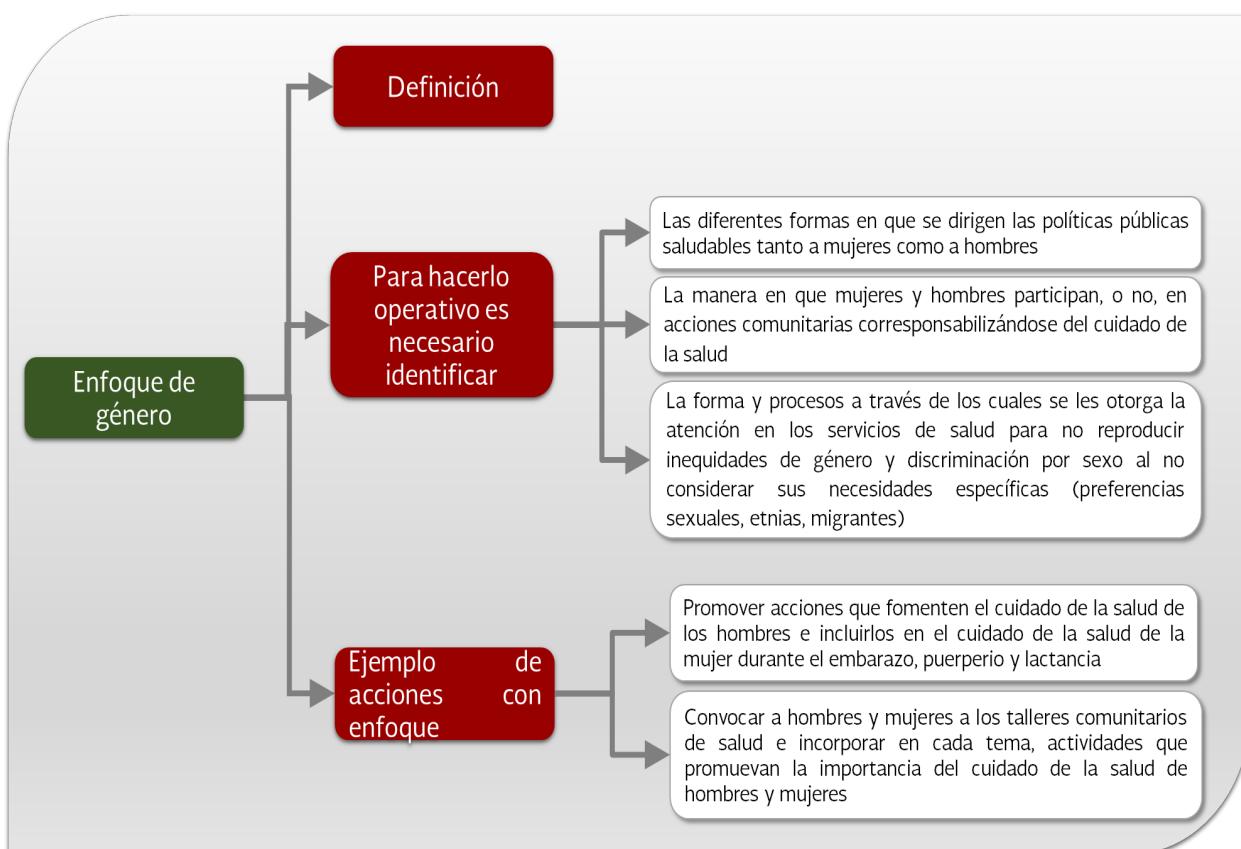


Sección V

Enfoque de Género



Elementos que integran la Sección V Enfoque de Género



Fundamentación

Para hablar de la perspectiva de género en salud es necesario conocer que el género es definido como el conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales, asignados a ser



mujer o ser hombre. Mediante el género se establecen los roles y estereotipos de la mujer y del hombre, y a partir de éstos las personas construyen sus identidades; a partir de los cuales las personas construyen sus identidades lo que genera que sea relacional, jerárquico y cambiante a través del tiempo, contextualmente específico e institucionalmente estructurado (Tabla 1. Ejemplos de roles y estereotipos de género). Por otro lado, el sexo es el conjunto de diferencias biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres las diferencias relativas a la función de la procreación.

Tabla 3. Ejemplos de roles y estereotipos de género

| Mujeres | Hombres |
|---|---|
| Amas de casa, realizan labores domésticas | Proveedores económicos |
| Cuidan de otras personas | Protegen a otras personas |
| Realizan labores manuales | Cargan cosas pesadas y realizan reparaciones |
| Débiles | Fuertes |
| Dependientes | Independientes |
| Fieles a la pareja | Mujeriegos |
| Expresan sus sentimientos | No expresan sentimientos |
| Sumisas | Controladores |
| La familia es antes que ella | Son la máxima autoridad del hogar |
| Educa a los hijos e hijas para desempeñar los roles de proveedor y receptor | Son primero que cualquier miembro de la familia |

Actualmente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, se incluye el concepto de género con el objetivo de otorgar a las personas la igualdad legal, cultural y social, especialmente en las actividades domésticas y laborales, lo que busca asegurar la igualdad de remuneración por el mismo trabajo. Es así, que la igualdad y la no discriminación por razón de sexo son obligaciones del derecho internacional general y principios de carácter primordial que inspira el respeto de los demás derechos fundamentales como lo es el de la salud. En ese sentido la igualdad de género como derecho se asocia con el principio fundamental de los derechos humanos, el principio de no discriminación.

Los estudios sobre género refieren la forma en que se relacionan hombres y mujeres entre sí y permite identificar y analizar desigualdades que implican desventajas para ellas o ellos, con el fin de eliminarlas y alcanzar la equidad.

El género como determinante de la salud, asume que las mujeres y los hombres cumplen diferentes roles dentro de diversos contextos sociales, los cuales influyen su comportamiento en relación a los riesgos y a la salud, afecta el grado hasta el cual las mujeres y los hombres tienen acceso y control sobre los recursos y la toma de decisiones necesarios para proteger su salud, la de su familia y su comunidad. Esto conlleva a patrones desiguales del estado de salud, riesgos y del uso de los servicios de salud.

La Organización Panamericana de la Salud indica que la equidad de género en el ámbito sanitario existe cuando las mujeres y los hombres se hallan en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus



derechos para gozar del grado máximo alcanzable de salud, participar en las decisiones y acciones que afectan el desarrollo sanitario de su colectividad, y beneficiarse de los resultados de ese desarrollo.ⁱ

El enfoque de género es aplicable a los otros enfoques transversales y conforma con ellos un entramado que atraviesa los determinantes estructurales e intermedios que se aborden en las propuestas de promoción de la salud y determinantes sociales de la salud que se propongan realizar.

¿Cómo se implementa?

Para aplicar la perspectiva de género en la promoción de la salud, debemos considerar que la PS se desarrolla fundamentalmente en las cinco estrategias operativas: servicios integrales de promoción y atención durante el curso de vida; acciones y atención a población vulnerable; fomento de entornos físicos y psicosociales que favorezcan la salud; educación y desarrollo de competencias en salud; y redes promotoras de salud.

En el trabajo en salud es pertinente identificar cuáles son las normas, los roles y los estereotipos de género predominantes en el grupo poblacional que se atiende, las relaciones de poder que se establecen entre mujeres y hombres, y cómo interactúan con otros factores que determinan la situación de salud-enfermedad en el grupo, a partir de ello, generar acciones específicas.

Las acciones deberán plantearse y desarrollarse considerando la perspectiva de género como uno de los enfoques transversales que se abordan en este manual. Para hacerlo operativo es necesario identificar:



- Las diferentes formas en que se dirigen las políticas públicas saludables tanto a mujeres como a hombres y los resultados específicos que se esperan
- Los estudios longitudinales existentes asociados a género
- Los espacios y entornos en los que unas y otros se desenvuelven y conviven
- La manera en que las mujeres y los hombres participan, o no, en las acciones comunitarias corresponsabilizándose del cuidado de la salud
- Las habilidades y actitudes personales que debido a los roles y estereotipos de género se desarrollan o limitan de manera específica en las mujeres o en los hombres
- La forma y procesos a través de los cuales se les otorga la atención en los servicios de salud para no reproducir inequidades de género y discriminación por sexo al no considerar sus necesidades específicas (preferencias sexuales, etnias, migrantes)
- Aquellas conductas que forman parte de la cultura y que generan violencia contra las mujeres o barreras para el ejercicio de sus derechos

El análisis que fundamente las acciones, deberán ser desagregadas por sexo en las estadísticas consideradas, por ejemplo: esperanza de vida, morbilidad, accidentabilidad, discapacidad, salud percibida, calidad de vida percibida, salud sexual, salud reproductiva, violencia-maltratoⁱⁱ; y las referentes a los indicadores relacionados con los determinantes sociales de la salud de nivel estructural e intermedio que se consideren en el análisis que se realice: vivienda, educación, abasto, saneamiento, servicios disponibles, pobreza, marginación, etnicidad, características migratorias, entre otros de bienestar social requeridos para el desarrollo armónico de los seres humanos; a fin de orientar este análisis con integralidad y equidad de género. La información desagregada permite visualizar el impacto de los determinantes sociales relacionados al hecho de ser hombre o mujer.

La documentación y fundamentación de cada problema con análisis transversal de género, bien sea morbilidad infantil o materna, sobrepeso y obesidad en las etapas de la vida, enfermedades infecciosas, crónicas y degenerativas o transmitidas por vectores, o cualquiera de los determinantes sociales como la pobreza, marginación, falta de accesos a servicios, entre otros, que se analicen en la conformación de propuestas y acciones integrales de promoción de la salud y determinantes sociales de la salud:

- Pobreza por sexo y grupo de edad permitirá observar si en una entidad federativa, en la jurisdicción sanitaria, en el municipio o en la localidad también se identifica feminización de la pobreza, o por el contrario, los hombres son más pobres.
- Las condiciones de la población en cualquier daño a la salud que se pondere en la localidad, comunidad, barrio, municipio, jurisdicción o entidad federativa.
- Desagregar las muertes maternas por grupos de edad, permitirá definir si existe brecha diferencial entre la mortalidad materna de mujeres adolescentes, mujeres jóvenes y mujeres maduras.

Ejemplo de acciones con enfoque de género (se realiza tabla)

- Promover acciones que fomenten el cuidado de la salud de los hombres e incluirlos en el cuidado de la salud de la mujer durante el embarazo, puerperio y lactancia



- Promover en los niños, niñas y adultos las tareas domésticas compartidas sin distinción por sexo
- Incluir la perspectiva de género en las actividades escolares
- Convocar a hombres y mujeres a los talleres comunitarios de salud e incorporar en cada tema, actividades que promuevan la importancia del cuidado de la salud de hombres y mujeres
- Promover que las Ferias de la salud interculturales incorporen el enfoque de género, resaltando la importancia de la salud de mujeres y hombres, cuidando el respeto a la cultura pero tratando de erradicar aquellas conductas que afectan los derechos y salud de las mujeres
- Programar Ferias de la salud interculturales sobre la igualdad de derechos entre hombres y mujeres
- Incluir en las estrategias dirigidas a los grupos migrantes acciones en contra de la violencia a las mujeres y el ejercicio igualitario del derecho a la salud

Niveles de operación

Objetivos:

- Entregar los servicios de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, a todos los grupos poblacionales con perspectiva de género y condiciones de vulnerabilidad, con base en las prioridades comunitarias y de los sectores participantes desde la identificación de necesidades hasta el diseño e implementación de estrategias integrales de promoción de la salud en beneficio de la población.

A. Acciones a Nivel Federal

| | |
|-----------|--|
| Actores | <ul style="list-style-type: none">• Líder del Programa de Acción: Promoción de la Salud y determinantes Sociales |
| Funciones | <ul style="list-style-type: none">• Establecer coordinación permanente con el Líder del Programa de Acción: Igualdad de Género en Salud• Desarrollar un programa de trabajo anual que incluya la coordinación permanente con la Dirección General de equidad de Género y Salud Reproductiva<ol style="list-style-type: none">1. Trabajo de equipo para el desarrollo de actividades conjuntas en la operación2. Capacitación y Actualización sobre temas de género, equidad, igualdad, discriminación y trabajo en equipo para la promoción de la salud con perspectiva de género3. Supervisión conjunta a las entidades federativas4. Generación de documentos técnico-normativos• Construir indicadores y procedimientos de evaluación de la promoción de la salud con perspectiva de género<ol style="list-style-type: none">1. Mediante monitoreo de indicadores2. Desarrollo de proyectos específicos |



3. Seguimiento de actividades específicas
4. Convenios de trabajo conjunto

B. Acciones a Nivel Estatal

| | |
|-----------|---|
| Actores | <ul style="list-style-type: none">• Servicios Estatales de Salud• Jefatura de Promoción de la Salud• Responsable Estatal del Programa de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales |
| Funciones | <ul style="list-style-type: none">• Coordinación con los responsables estatales del Programa de Acción Igualdad de Género en Salud, así como las áreas de los Servicios Estatales de Salud responsables de Planeación, Epidemiología y responsables de programas preventivos en el Estado• Gestión para la coordinación con:<ul style="list-style-type: none">○ Instituciones del Sector Salud, áreas de Promoción de la Salud○ Instituciones de otros Sectores involucradas en la generación o resolución de problemas de salud pública• Coordinar mesas de trabajo para el análisis de la información relacionada con problemas de salud pública, con perspectiva de género• Coordinar mesas de trabajo para generar políticas, estrategias y acciones de promoción de la salud con perspectiva de género• Coordinar mesas de trabajo con profesionales de la salud en la entidad federativa para evaluar las acciones con perspectiva de género |

C. Nivel Jurisdiccional

| | |
|-----------|--|
| Actores | <ul style="list-style-type: none">• Jurisdicción Sanitaria• Jefatura Jurisdiccional de Promoción de la Salud• Responsable Jurisdiccional del Programa de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales |
| Funciones | <ul style="list-style-type: none">• Coordinación Jurisdiccional con los responsables estatales del Programa de Acción Igualdad de Género en Salud• Coordinación con las Áreas Jurisdiccionales Responsables de las Estadísticas e Información en Salud Jurisdiccional, Epidemiología Jurisdiccional y Responsables de Programas de Salud Preventivos en la Jurisdicción |



- Coordinación con las Áreas de Promoción de la Salud, y Medicina Preventiva de otras Instituciones del Sector Salud presentes en el área geográfica Jurisdiccional
- Coordinar mesas de trabajo para el análisis con perspectiva de género, de la información relacionada con problemas de salud pública en la Jurisdicción Sanitaria
- Generar estrategias y acciones de promoción de la salud con perspectiva de género, en la Jurisdicción Sanitaria
- Participar en las acciones de capacitación, supervisión y monitoreo con el propósito de avanzar en la igualdad en salud y el enfoque de género

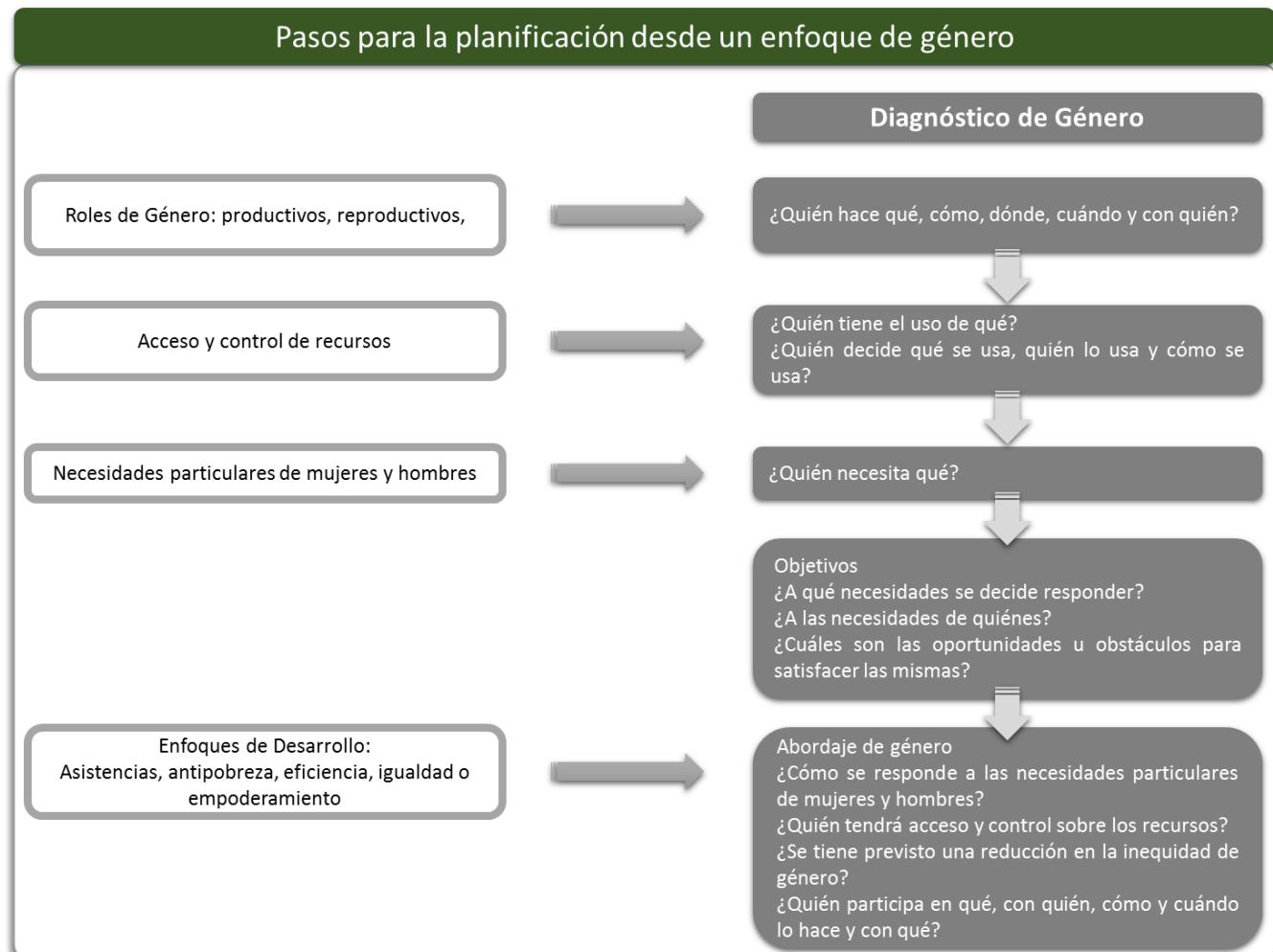
D. Nivel Local

| | |
|-----------|---|
| Actores | <ul style="list-style-type: none">• En las Unidades de Salud.- equipo de salud , dentro y fuera de la unidad.-• Auxiliares de Salud, Parteras, Médicos tradicionales, Comités de Salud, Procuradoras y Procuradores de Salud, Promotoras y Promotores de salud hablantes de lengua indígena. |
| Funciones | <ul style="list-style-type: none">• Participar en acciones de capacitación y actualización con temas de género y salud, perspectiva de género durante la prestación de servicios, Ley sobre la igualdad de derechos y la no discriminación, Derechos Humanos, Derecho a la Salud, programa de Promoción de la Salud y determinantes Sociales• Otorgar servicios con perspectiva de género• Otorgar servicios de salud en estricto apego a la dignidad de las personas y los derechos humanos• Cumplir con las recomendaciones que se hagan durante la supervisión, monitoreo y evaluación del servicio• Trabajar en equipo para el beneficio de la población de responsabilidad |



Herramientas de apoyo

Pasos para verificar la planificación desde un enfoque de género





Instrumentos de Trabajo

Para desarrollar acciones con perspectiva de género es necesario conocer detalladamente documentos normativos tanto de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales como de Igualdad de Género en Salud, eso permitirá apegarse sistemáticamente en el que hacer del programa inyectando desde la creación de estrategias, realización de actividades, generación de instrucciones y otorgamiento de servicios respetando leyes, derechos y el trato digno a la población y a los compañeros de trabajo de manera permanente e inequívoca. Los principales documentos son:

- La Carta Universal de los Derechos Humanos
- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
- El Plan Nacional de Desarrollo
- El Programa de Acción de Igualdad de Género en Salud
- La Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud
- El Programa de Acción de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales
- El Manual Operativo de Promoción de la Salud
- El presente Manual Operativo del Programa de Acción Promoción de la Salud y Determinantes Sociales

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



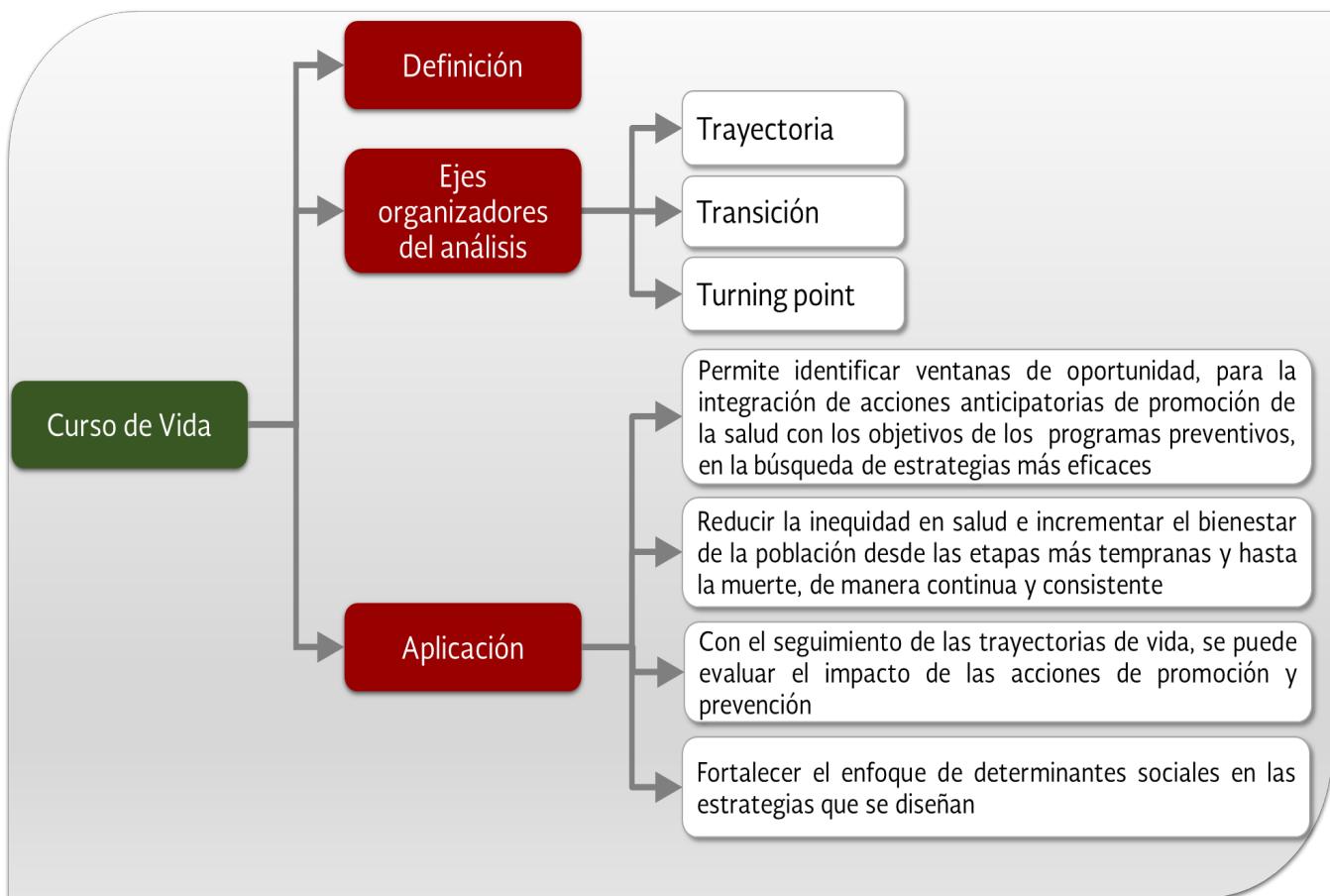


Sección VI

Curso de Vida Reflexiones Generales



Elementos que integran la Sección VI Curso de Vida





El enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite entender cómo múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo del curso de vida y entre generaciones para producir resultados en salud (Hareven & Adams, 1982). Este enfoque de curso de vida se basa en un modelo que sugiere que los resultados en salud para personas, familias y comunidades dependen de la interacción de factores protectores y de riesgo a lo largo de la vida; estos factores se relacionan con las influencias psicológicas, biológicas, conductuales, sociales y el acceso a los servicios de salud.

Es así, como intervenciones durante la niñez y la adolescencia, tendrán efecto en el adulto, adulto mayor y también en las siguientes generaciones. Por ejemplo, mejorar la ingesta de calcio en la adolescencia disminuye la osteoporosis, fracturas y discapacidad en el adulto mayor, y prevenir el tabaquismo durante el embarazo adolescente reduce la incidencia de recién nacidos con bajo peso de nacimiento, y disminuye la incidencia de obesidad y síndrome metabólico en la próxima generación (Barker & Clark, 1997; Gluckman & Hanson, 2008).

Los diferentes momentos en el curso de vida producen resultados diferentes en salud, en épocas pasadas una mujer con cadera estrecha fácilmente moría al momento del parto al igual que el recién nacido, en la actualidad el desarrollo tecnológico en medicina, permite que con una cirugía, esa posibilidad de morir, sea prácticamente nula, dependiendo del acceso a los servicios hospitalarios con personal capacitado que modifica esos resultados en salud. Muchos ejemplos en resultados en salud se han modificado de manera similar.

Bajo el enfoque de curso de vida, el nivel primario, se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo (Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008).

El enfoque de curso de vida, provee una visión integral de la salud y sus determinantes, por lo que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud, centrados en las necesidades de sus usuarios, en cada etapa de su vida (Lu & Halfon, 2003).

El manejo de las emociones en cada etapa de la vida es diferente, los estímulos psicológicos negativos afectan más a las personas jóvenes, en cambio las personas adultas mayores desarrollan competencias para la vida ante influencias psicológicas negativas.

Es mayor el riesgo de enfermar y de morir en poblaciones con bajas coberturas de vacunación, de menores de cinco años que no tuvieron lactancia materna, de menores de cinco años cuya madre tiene baja escolaridad, es decir en poblaciones que por diferente causa tienen menor acceso a servicios de salud.

Al adoptar este enfoque se procura lograr un impacto positivo y sostenible para la salud de la población actual y futura del país. Este enfoque, “considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales. Asume también que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida”.



El eje de investigación más general del enfoque del curso de vida es analizar cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales moldean o configuran tanto las vidas individuales como los agregados poblacionales denominados cohortes o generaciones. (17)

Es decir, el curso de vida sigue al individuo y sus movimientos inmersos en configuraciones familiares y analiza la sincronización (que no quiere decir solo armonización) de transiciones individuales y familiares en diferentes ámbitos (18). Cuando las personas y sus familias que se saben portadoras de riesgos genéticos para enfermedades crónico degenerativas, modifican sus hábitos para convertirlos en saludables, pueden modificar los resultados de salud en su familia por varias generaciones, pues las conductas que trascienden por generaciones se convierten en hábitos culturales.

También hace énfasis en perspectivas sociales y temporales, visualizando las experiencias de vida de un individuo o a través de generación. Además es para obtener claves de patrones actuales de salud y enfermedad, ya que estas experiencias están moldeadas por el contexto social, económico y cultural. (17)

Cuando la línea del tiempo de una persona ha sido marcada por el cuidado de su salud en todas sus etapas con hábitos saludables, cuenta con acceso a los servicios con pertinencia cultural y lingüística de promoción de la salud, protección específica (vacunas), servicios preventivos y su hogar, escuela o trabajo y comunidad en los que vive y se desarrolla son un entorno saludable, el riesgo de enfermar es bajo, y el riesgo de complicaciones por enfermedades crónico degenerativas también disminuyen o se retrasa.

Ejes organizadores del análisis del Curso de Vida

Tres son los conceptos básicos o ejes organizadores del análisis del curso de vida: trayectoria, transición y turning point o punto de inflexión. (17)

El concepto de *trayectoria* se refiere a una línea de vida o carrera, a un camino a lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción” corresponde a la visión a largo plazo del enfoque del curso de vida y se puede definir por el proceso de envejecimiento o el movimiento a lo largo de la estructura de edad.

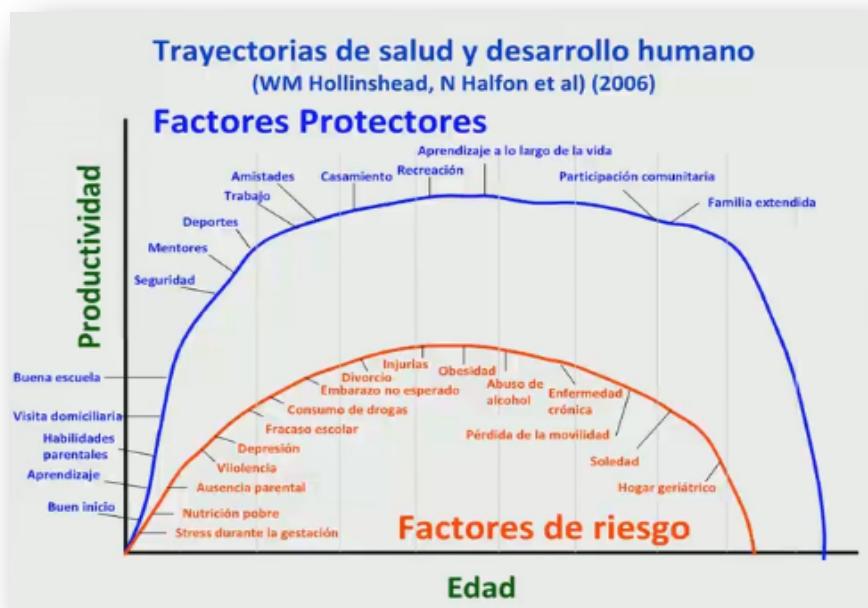
La *transición* hace referencia a cambios de estado, posición o situación, no necesariamente predeterminados o absolutamente previsibles, aunque (al igual que con las trayectorias), en términos generales, hay algunos cambios que tienen mayores o menores probabilidades de ocurrir (por ejemplo, entradas y salidas del sistema educativo, del mercado de trabajo, del matrimonio, etc.) debido a que sigue



prevaleciendo un sistema de expectativas en torno a la edad, el cual también varía por ámbitos, grupos de diversa índole y culturas o sociedades.

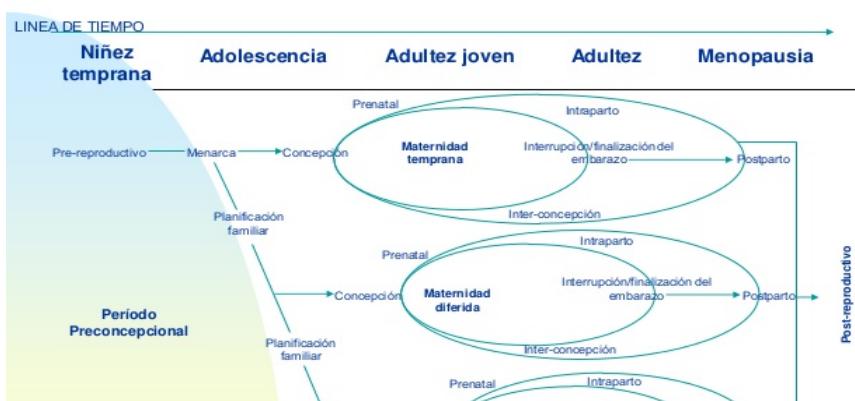
El tercer concepto, asociado a los anteriores, es el de *turning point* o *punto de inflexión*: se trata de eventos que provocan fuertes modificaciones que, a su vez, se traducen en virajes en la dirección del curso de vida. Este “cambio de estado”, como lo conciben algunos autores (Montgomery et al., 2008), pueden surgir de acontecimientos fácilmente identificables, sean “desfavorecedores”, como la muerte de un familiar muy cercano y significativo, o todo lo contrario (Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006), o bien puede tratarse de situaciones que se califican como subjetivas. En cualquier caso, se presenta un cambio que implica la discontinuidad en una o más de las trayectorias vitales. Ver figura 10.

Figura 10. Factores protectores y de riesgo en la trayectoria de salud



El enfoque de curso de vida ofrece un panorama en el que enfoca la importancia de todas las edades y etapas de la vida dentro de un contexto intergeneracional en el que los individuos existen. Está centrado en la salud, enfatiza la promoción de la salud, prevención de enfermedades y manejo de estas disciplinas a lo largo de la vida. Es interdisciplinaria ofreciendo el potencial de enlazar determinantes promoviendo el trabajo multidisciplinario.

Figura 11. Ciclos reproductivos en la mujer y enfoque de curso de vida



! **Curso de vida (CV)** permite entender como múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo de la vida y entre generaciones para producir resultados en salud.

El resultado de la suma de los factores protectores y de riesgo que pueden conducir a diferentes caminos o



ISOT



Teoría de Curso de Vida

La Teoría de Curso de Vida (TCV) es un marco conceptual que ayuda a explicar los patrones de salud y enfermedad, particularmente las disparidades en salud entre poblaciones a lo largo del tiempo. En lugar de enfocarse en las diferencias en los patrones de salud y una enfermedad o cierta condición en un punto específico en el tiempo. La TCV apunta a los factores económicos, sociales y ambientales como causas subyacentes de inequidades persistentes en salud para un rango muy amplio de determinantes para los daños a la salud. (19)

Los conceptos clave para aplicar la TCV son:

1. **Línea temporal:** Son las experiencias del hoy y la influencia de la exposición en la salud del mañana.
2. **Tiempo:** Las trayectorias de la salud están afectadas particularmente durante períodos críticos o sensibles.
3. **Ambiente:** El ambiente comunitario amplio en el que influyen lo biológico, físico y social afectan gravemente la capacidad de mantenerse sano.
4. **Equidad:** Mientras que lo genético puede favorecer con los factores de riesgo protectores para desarrollar algunas enfermedades, la inequidad en salud refleja más allá de ello, como por ejemplo en la elección personal. (19)

La Salud pública y el enfoque de TCV

La misión de la Salud pública incluye el mejoramiento y la protección de la salud de la población, la eliminación de las disparidades en salud y la promoción de la equidad en salud entre los diversos grupos poblacionales entre otras. Se busca el mejoramiento de la salud incrementando el acceso a los servicios de salud, mejorando la calidad de los mismos, modificando los comportamientos y entornos. Sin embargo, gran parte del presupuesto en salud está destinado al tratamiento de enfermedades prioritarias, disminuyendo el presupuesto en materia de promoción y prevención. Es verdad que se deben atender los problemas con claro impacto en la salud. Un mayor acceso a los servicios no garantiza que mejoren los determinantes sociales, económicos o ambientales ocasionando oportunidades perdidas e ineficiente uso de recursos, la TCV ofrece un enfoque diferente en el que las trayectorias de vida de los individuos pueden ser modificadas al realizar intervenciones directas en los determinantes de la salud, expande las



oportunidades para intervenir a nivel multisectorial. La TCV sugiere la necesidad de reenfocar los recursos y las estrategias para hacer gran énfasis en los determinantes tempranos de la salud; incorporar la detección oportuna de factores para la intervención. También sugiere la necesidad de cambiar la utilización de servicios episódicos por servicios integrados, multisectoriales que atiendan las necesidades de por vida para el desarrollo saludable. (20)

El cuidado de la salud de la persona, también es parte del actuar en beneficio de la salud colectiva y ambiental, ya que las intervenciones que con motivo de la promoción del cuidado de la salud se hacen aún desde antes de nacer, definiendo condiciones de salud de los individuos, sus familias y sus comunidades, pues trabajar en beneficio o modificación de los determinantes de la salud, implica integralidad para el fortalecimiento o modificación de los determinantes de la salud tanto personales como sociales.

Tener plan de vida saludable, es un buen principio, si bien es cierto que las decisiones personales dependen de cada individuo, también es cierto que las condiciones de salud deben iniciar su procuración en algún punto de la vida familiar, pues redirigir el rumbo de la salud de la persona y su descendencia, requiere de la acción familiar, porque implica cambiar de manera integral los hábitos de vida, mismos que han de trascender en la descendencia y la colectividad, pues el cuidado y mejoramiento del ambiente, es esencial para la salud integral de la persona que vive en sociedad y convive en un medio ambiente, que a fin de ser favorable a la familia, tendrá que ser procurado y cuidado para ser saludable para todos. Para ello es indispensable redimensionar el cómo desempeñamos cada uno de nuestros hábitos en la vida y considerar la posibilidad de mejorar cada uno de nuestros pasos en el curso de vida, como:

- Personas
- Prestadores de servicios, incluidos los de salud
- Familia
- Comunidad
- Usuarios de servicios
- Habitantes de un entorno natural o construido
- Gobernantes
- Políticos
- Vecinos
- Amigos

Cualquier papel que se desempeñe en la sociedad, implica el **deber** de **hacerlo** con **responsabilidad** para acceder a la salud personal, familiar, colectiva y ambiental, solo basta tener el propósito de actuar como personas y como sociedad para juntos alcanzar la salud integral, como un bien, el máspreciado bien de las personas en su entorno y hacer de esta una práctica permanente, un estilo de vida, de este modo se puede aspirar a tener un **curso de vida saludable** como individuos y como sociedad en un contexto y entorno determinado. Así, en la medida en que las sociedades y sus integrantes tengan mayor control sobre los determinantes integrales de la salud durante el curso de sus vidas, será factible aspirar a tener **comunidades saludables**, pues también sus **habitantes han logrado la salud en el curso de vida**.

Para el desarrollo de acciones en beneficio del curso de vida, hay que actuar sobre los determinantes de la salud de la población o grupo social en un contexto determinado, para ello es indispensable la labor de todos los personajes involucrados en el espacio que se comparte para el desarrollo de cada una de nuestras actividades.



Es indispensable saber cómo cuidar y mantener la salud siempre, independientemente de que existen determinantes de la salud familiar que definen la posibilidad de enfermar o no por causa específica, es decir, también hay que cuidar, procurar y vigilar la salud considerando tanto los determinantes personales como los determinantes sociales de la salud, pues teniendo en cuenta ambos determinantes, será más factible atender las necesidades de salud de la población, al hacerlo de manera integral también se realizarán acción sobre el entorno, asegurando la sustentabilidad de las acciones.

Promoción de la salud tiene un conjunto de herramientas (educativas, participativas, comunicativas, entre otras), que permiten la vigilancia de la salud, como el programa de alimentación y actividad física, las Cartillas Nacionales de Salud, en las cuales se registran las acciones promoción de la salud encaminadas a la prevención de los principales daños que la salud de los mexicanos podemos presentar en las diferentes etapas de la vida,

¿Cómo lograr la salud en el curso de vida?

Los riesgos para la salud son creados y mantenidos por los sistemas sociales, la magnitud de los riesgos depende en gran medida de las diferencias socioeconómicas y los gradientes psicosociales (Ben - Shlomo and Kuh 2002; Brunner y Marmot, 1999; Hertzman 1994; Hertzman et al., 2001; Singer y Ryff 2001). Por consiguiente, nuestros esfuerzos por reducir las diferencias en la salud ya no pueden limitarse sólo a proporcionar mejor acceso y más recursos para atender las necesidades de los marginados o de aquellos que más lo necesitan.

Actualmente es más clara la necesidad de abordar los factores sociales subyacentes que determinan estas inequidades en la salud, desde las diferencias en ingresos y prestaciones laborales, hasta la calidad de las relaciones familiares y sociales.

Diferencias en los resultados de salud y en los factores psicosociales que contribuyen a ellos, se presentan desde etapas tempranas en la vida y se expresan y agravan a lo largo de curso de su vida (Keating y Hertzman 1999; Wadsworth, 1999). Factores de riesgo se integran a los componentes biológicos de un individuo, se manifiestan en la diferencia de salud de la población y se mantienen por las fuerzas sociales, culturales y económicas (Hertzman 2000). Para entender los orígenes y efectos de estas diferencias de salud, es necesario un análisis de los ambientes biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales y físicas y su impacto en la salud de individuos y poblaciones (Blaine 1999; Boyce et al., 1998; Bronfenbrenner 1979; Hertzman 2000; Lerner, 1992). Dado que la investigación sobre las desigualdades en salud, ha demostrado el efecto de muchos determinantes que interactúan en contextos diferentes, en los puntos sensibles de desarrollo, se requiere un modelo conceptual integrado, para traducir la evidencia en las políticas, prácticas y sistema de salud.

Los modelos del desarrollo de contextos dinámicos más recientes, combinan la expresión genética, los cambios en el contexto social y factores ambientales y biológicos, para rastrear el efecto de la sincronización de eventos del desarrollo sobre las trayectorias del desarrollo (Dawson, Ashman y Carver, 2000; Meaney, 2001). Es decir, cómo se expresan los genes está determinada por el entorno físico,



psicológico y social, particular de una persona (Kandel 1998). En consecuencia, las relaciones sociales pueden influir realmente en la expresión del ADN a lo largo de la vida de una persona (Sameroff y Fiese, 2000; Worthman, 1999). Estos hallazgos tienen fuertes implicancias para la política sanitaria.

La comprensión científica actual respecto a la salud y el desarrollo humano, converge alrededor de varios puntos clave:

- La importancia de la integración: por ser este el proceso por el que las experiencias son programadas en la estructura y funcionamiento de los sistemas biológicos y conductuales (Hertzman 1999)
- El papel de los factores de riesgo y protección: los investigadores en salud y desarrollo humano, han acordado que tanto el equilibrio de ganancias de salud y desarrollo, así como el crecimiento contra el deterioro y pérdida, involucra un balance en la interacción entre factores protectores y factores de riesgo (Baltes y Graf 1996; Breslow, 1999)
- La importancia del desarrollo de referencias de tiempo extendidos: la comprensión actual del desarrollo de la salud y la enfermedad, pone de relieve cómo las experiencias en etapas tempranas de la vida, se relacionan con los resultados funcionales en el curso y final de la vida (Ben-Shlomo y Kuh, 2002; Hertzman 1994; Meaney 2001; Singer y Ryff 2001; Wadsworth, 1999). Por ello:
“Una perspectiva del desarrollo del curso de la vida aborda la secuencia de eventos a través de toda una vida y también representa las influencias intergeneracionales.”
- La relación de un gran número de determinantes de la salud: se reconocen las múltiples dimensiones y complejidad de la causalidad, que incluyen sistemas ambientales, sociales, psicológicos y biológicos, que interactúan para influir en la salud y los resultados del desarrollo (Lerner y Benson, 2002; Boyce et al. 1998).
- Representación del desarrollo de la salud como trayectorias funcionales: la salud y el desarrollo presentan cambios en estado o nivel de funcionalidad con el tiempo y en términos de trayectorias de desarrollo.

Las trayectorias de desarrollo de la salud muestran, cómo las primeras experiencias y exposiciones a factores de riesgo, puede afectar más adelante estado de salud, incluyendo la trayectoria de descenso (Figura 12). El valor heurístico de las trayectorias, es apoyado por un importante conjunto de evidencia que muestra que número, tipo, tiempo y contexto de riesgo y factores protectores afectan diferencialmente los resultados (Boyce et al 1998; Sameroff et al., 1993; Steinberg y Avenevoli 2000) a través de mecanismos acumulativos y de programación (Ben-Shlomo y Kuh, 2002; Powers y Hertzman 1997). Factores de riesgo bajos generan trayectorias de desarrollo de salud y si además se promueven factores protectores se elevan las trayectorias, hasta que sean óptimas. Como indica la figura 12, los



resultados de desarrollo de la salud pueden entenderse como el producto de influencias positivas y negativas que compiten con el tiempo.

Por ejemplo, en un niño con asma, la exposición a alérgenos o infección durante períodos en los que el sistema inmunológico se está programando, así como la influencia de la crianza adaptativa o no puede influir en la naturaleza, frecuencia y persistencia de los ataques de asma y el funcionamiento de pulmón a largo plazo. Otros factores de riesgo, como exposición adicional a los alérgenos y control de plagas, el acceso limitado a servicios de salud, pueden disminuir la trayectoria respiratoria funcional del niño. En cambio, la ayuda para lactancia materna, la administración de antígeno, el grado de exposición, las intervenciones conductuales y educativas y un acceso adecuado a servicios de salud de buena calidad, pueden servir como factores de protección que minimizan las exacerbaciones del asma y maximizan los resultados funcionales. Para los individuos y las poblaciones, el número y tipo de factores de riesgo y factores de protección, pueden resultar en trayectorias y resultados de salud diferentes.

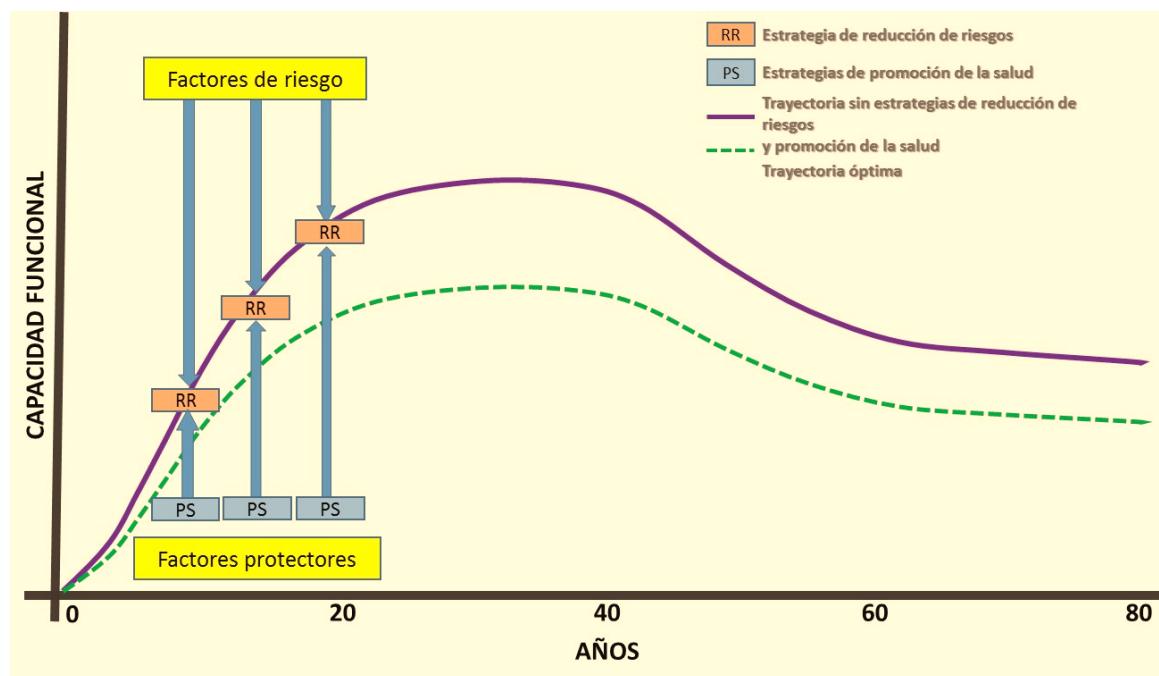


Figura 12.. **Cómo la reducción del riesgo y estrategias de promoción de salud influyen en desarrollo de la salud.** Esta figura ilustra cómo las estrategias de reducción de riesgo pueden mitigar la influencia de los factores de riesgo en la trayectoria del desarrollo, y cómo las estrategias de promoción de la salud puede apoyar y optimizar la trayectoria del desarrollo simultáneamente. En la ausencia de reducción efectiva del riesgo y de acciones de promoción de la salud, la trayectoria del desarrollo no será óptima (curva punteada). Fuente: Halfon, Inkelas y Hochstein 2000.



En Resumen, estos cuatro principios, contexto, proceso, mecanismo y tiempo, constituyen los componentes centrales del desarrollo de salud en el curso de vida.

El desarrollo de la salud está conformado por la interacción continua y dinámica entre la biología y las experiencias y se enmarca en el contexto cambiante del desarrollo durante la vida. Estos contextos encadenados incluyen la crianza de los niños, acceso a recursos, empleo y cuidado de la salud y el ambiente psicológico que interviene en las respuestas de comportamiento y estrés a las pruebas y tribulaciones de la vida cotidiana. La interacción dinámica entre la biología y la experiencia también está conformada por las rutas del biocomportamiento, que están genéticamente programadas e influenciadas adaptativamente por los individuos, las familias y las experiencias sociales y entornos. Las diferencias en las trayectorias de desarrollo de la salud de los individuos y de las poblaciones reflejan los efectos acumulativos y programados de factores de riesgo y protección en desarrollo de la salud.

Organización de servicios para el desarrollo de la salud.

La forma predominante de organización de los servicios de salud en la mayoría de los países, administran para la atención médica de las enfermedades y se centra en la integración vertical de servicios para brindar atención médica primaria, secundaria y terciaria, la cual definitivamente en un momento serán insuficientes para cubrir la demanda de atención especializada. El objetivo de una integración vertical de servicios es garantizar el acceso a servicios médicos que puede mantener eficientemente la salud en un adulto razonablemente sano en la fase de mantenimiento de la vida, o la parte plana de la curva de la trayectoria del desarrollo. Una organización de servicios centrada en el desarrollo de la salud se debe enfocar, en cambio, a mejorar la salud de toda la población y durante su vida entera. Entonces los servicios verticales podrían ser sustituidos por servicios longitudinales integrales, que reflejen el cambiante curso de la salud dado por el desarrollo de la vida misma (Halfon, Inkelas y Hochstein 2000).

Un sistema de entrega de servicio longitudinalmente integrado se centraría en minimizar los riesgos y optimizar trayectorias de desarrollo de salud, lo que no sólo involucra la disposición del servicio de salud, sino también integra a los programas preventivos al servicio de individuos en diferentes etapas de sus vidas. Requiere, a nivel institucional, de la continuidad e implica que los proveedores que han proporcionado atención desde hace mucho tiempo en una comunidad se familiarizan con individuos durante varias décadas y a través de varias generaciones, lo que ocurre ya en muchas de las comunidades del país. Dicho sistema sería responsable de optimizar el desarrollo de la salud de su población, durante un tiempo prolongado y reduciría los incentivos para cambiar los costos de la atención a etapas posteriores o finales de la vida. Lo que refiere es más que una reformulación de qué Alpert, Charney y Starfield entiende por atención primaria de buena calidad (Starfield 1998).



El enfoque de curso de vida como concepto es una herramienta que nos apoya para:

- Reconocer y aplicar en las acciones cotidianas el concepto más amplio de salud y trabajar en todos los ámbitos que abarca, para que en cada una de las acciones que se realicen favorezcan el desarrollo de la salud individual y poblacional
- Permite identificar ventanas de oportunidad, para la integración de acciones anticipatorias de promoción de la salud con los objetivos de los programas preventivos, en la búsqueda de estrategias más eficaces
- Fortalecer el enfoque de determinantes sociales en las estrategias que se diseñan
- A visualizar la importancia de la reorganización de los servicios de salud de manera longitudinal, con el consecuente uso más eficaz de los recursos
- Con el seguimiento de las trayectorias de vida evaluar el impacto de las acciones de promoción y prevención
- Encontrar formas de evaluar los resultados de las estrategias de promoción de la salud
- Reducir la inequidad en salud e incrementar el bienestar de la población desde las etapas más tempranas y hasta la muerte, de manera continua y consistente



Herramientas de apoyo

Actualmente se cuenta con las Cartillas Nacionales de Salud como un instrumento que permite dar seguimiento a las acciones para el cuidado de la salud en los diferentes grupos de edad y sexo. Ver anexo 2

Ejemplo del uso del enfoque de curso de vida desde la perspectiva de promoción de la salud.

En múltiples ocasiones los programas preventivos solicitan el apoyo de las áreas de promoción de la salud para incorporar a sus estrategias acciones que coadyuven a la prevención de los diferentes problemas de salud pública a los que dan atención; sin embargo la mayoría de las veces se limitan las acciones a la difusión de información o a la capacitación. Es por ello que a continuación presentamos un ejemplo de propuesta para el cuidado de la salud del hombre con la finalidad de prevenir el cáncer prostático.

Propuesta de cuidado de la salud del hombre con enfoque de curso de vida

Esta propuesta parte de la salud con un enfoque de curso de vida y realiza algunas precisiones que permiten al programa preventivo observar la relación de las acciones de promoción de la salud con la prevención de su problemática, así como información basada en evidencia en relación a dichas acciones.

El ejemplo inicia con algunas consideraciones generales que se deben tomar en cuenta para visualizar el alcance y trascendencia de las estrategias de promoción de la salud.

Consideraciones generales

- La promoción de la salud no se limita a las acciones de difusión de información a través de diferentes medios o capacitación sobre las enfermedades, es una función esencial de la salud pública que ha evolucionado hasta ser actualmente un proceso político en salud, cuyo fin es el logro de la equidad sanitaria; es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud". Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos.
<http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>



- La implementación de la promoción de la salud incluye al menos cinco estrategias como: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios, con respecto a este último se señala que “El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos. Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos”. Es por lo tanto un concepto positivo que desarrolla los recursos sociales y personales y que no concierne únicamente al sector sanitario

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

- En base a lo anterior consideramos muy relevante establecer las acciones de promoción de la salud que se deben realizar en el Primer Nivel de Atención, como su nombre lo dice, no sólo por el médico, sino por el personal del núcleo básico: médico, enfermera y promotor de salud con apoyo del personal comunitario y de la población, con la finalidad de establecer acciones de cuidado anticipatorias a lo largo de la vida del hombre, que le permitan mantener y cuidar su salud, lograr un envejecimiento activo y saludable y por ende, disminuir al máximo el riesgo de desarrollar enfermedades, en este caso de la próstata.
- La capacitación que tanto el promotor(a) de la salud como el personal médico debe de recibir en torno a lo que le corresponde realizar en un Primer Nivel de Atención es fundamental, si se considera que el trabajo en equipo debe de lograr, además del autocuidado, el acercamiento de la población masculina a los servicios
- Desde el enfoque de promoción de la salud, se plantea la visión del cuidado integral de la salud en el hombre; cómo los padres de familia pueden identificar desde temprana edad, los determinantes que podrían causar daños a la salud en el varón, identificar las edades en que el hombre debe de acudir a la unidad de salud para una revisión general, sin estar enfermo, los trámites a seguir para su atención, y lo que debe de saber en torno a los problemas de la próstata.

Propuesta específica:

Apartado: Acciones de Promoción de la Salud para el cuidado de la salud urogenital del hombre

Para orientar a los hombres de las localidades o comunidades del área de cobertura de las unidades en el primer nivel de atención es indispensable:

1. Que el equipo de salud en conjunto considere la necesidad de dotar a todos los hombres de diferentes edades de su área de responsabilidad con las herramientas para que cuiden y procuren su salud siempre, desde los primeros años de existencia, para que alcancen su curso de vida saludable y se mantengan así durante toda la vida.



2. Tienen como tarea esencial la educación para la salud de sus usuarios, esto debe tener como eje esencial el proceso educativo en salud, que implica interacción, dotar de información correcta y verificar que se lleva a cabo las acciones para el cuidado personal. Por eso el equipo de salud requerirá de esforzarse para entregar su saber de manera clara, concreta y muy sencilla
3. Implica que atiendan a los hombres en todas las edades y etapas de su vida, de modo que habrá que recordar que orientará, dependiendo de la edad a los padres, a la persona directamente o a sus responsables de su cuidado y atención, como es el caso del adulto mayor
4. Recordar que se trata de personas que pueden pensar, analizar, comprender, sentir o amar

¿Que considerar?

Recuerden que son un equipo y necesitan marchar juntos porque lo que harán será formar hábitos para el cuidado de la salud personal y siempre es importante el trabajo conjunto

Habrá que considerar las diferentes etapas de la vida, las cuales se toman en cuenta en las Cartillas Nacionales de Salud:

- Recién nacido
- Preescolar
- Escolar
- Adolescente
- Adulto
- Adulto mayor

Para el **recién nacido** entregar la orientación de manera muy clara, precisa y sencilla a quien se responsabiliza del cuidado y atención del niño enfatizando en particular la higiene, el baño diario y si no es posible que le laven por lo menos una vez al día los genitales del menor con suficiente agua y jabón, recordando que deben correr la piel del pene (prepucio) hasta atrás y lavar muy bien con suficiente agua y jabón, enjuagando muy bien los genitales completos con suficiente agua limpia y tibia.

- Esta limpieza debe hacerse diario hasta que el niño crezca y aprenda a lavarse por sí sólo
- Expliquen que a higiene es indispensable para eliminar la acumulación de gérmenes que pueden dañar las partes internas de los genitales y tracto urinario, además de hacer elástica la piel del pene evitando acumulación de secreciones, mal olor y posibles irritaciones molestas como ardor y dolor al orinar
- Señalen que deben llevarlo a consulta para vigilancia que el niño está sano y creciendo adecuadamente. Reiterar en cada consulta los cuidados que deben proporcionarle y que la limpieza de sus genitales es muy importante para que no tenga problemas en otras etapas de su vida
- Verifiquen que los papás o responsables del cuidado del niño comprendieron y saben cómo correr el prepucio del pene del niño. Recuerden que la maniobra puede ser molesta pero que es muy importante que lo hagan por la salud del niño
- Prevean que el agua puede escasear, en ese caso orienten a los responsables del niño para que solo le laven la zona de los genitales



- Constate en cada consulta que el niño tienen la limpieza de sus genitales como les orientó
- Recuerde el lavado de manos después de cambiar pañal
- Orientar sobre los trámites a seguir en caso de identificar en el recién nacido sobre el no descenso de algún testículo (criptorquidia)
- Reiteren los cuidados higiénicos y alimentarios en cada consulta

Para el niño **prescolar** consolidar el saber de los responsables del cuidado y atención del niño para que aplique las medidas de limpieza de su órgano o pene:

- Pidan al niño que les diga cómo lava sus genitales y que demuestre como recorre el prepucio de su pene
- Explíquenles a los responsables del niño y demuestre cómo deben hacerlo, en caso de que no sepan cómo
- Recuerden que si nunca han revisado y cuidado la higiene de los genitales del niño, la maniobra podrá causar molestias, pero que es necesario y deben hacerlo para evitar daños en sus vías urinarias. Demuéstrenles cómo y ofrezcan ayuda permanente hasta que lo hagan solos
- Expliquen que la acumulación de secreciones como el sudor y la orina ofrecen el medio para la generación de infecciones que causan dolor y ardor al orinar
- Reiteren y verifiquen la higiene genital del niño cada vez que lo lleven a consulta, observe como lava sus genitales el niño sin la ayuda de sus padres o responsables de cuidarlo y atenderlo
- A partir de esta edad, orientar sobre el lavado de manos, después de ir al baño y manipular los genitales
- Reiteren los cuidados higiénicos y alimentarios en cada consulta

Para el **escolar** entran en el panorama otros personajes que formaran parte de la incorporación de creencias y percepciones en relación con la “construcción de la masculinidad”, las cuales inciden a lo largo de la vida en realizar o no conductas para el cuidado de la salud.

Los niños crecen, los papás o los responsables de su cuidado y atención no podrán controlar todo, habrá que ser mucho más claros, concretos y sencillos con el intercambio de saberes.

Recordemos que las personas aprendemos tocando nuestro cuerpo y los niños con mayor razón, por eso es indispensable verificar:

- Durante la consulta que los niños laven muy bien sus genitales todos los días, pregúntenle cómo lava su pene, consideren demostrarle si no sabe cómo, prevean si el agua es escasa en su localidad y oriéntenlo para la higiene de los genitales todos los días con poca agua
- Expliquen al menor y los responsables de atenderlo y cuidarlo, sobre la importancia del cuidado y limpieza de sus genitales para evitar infecciones urinarias. Recuérdenselle que su imagen y cuidado personal son importantes en todas las etapas de la vida
- Reiteren los cuidados higiénicos y alimentarios en cada consulta



- Recuerden a los responsables del menor la importancia de la vigilancia del niño sano y su consulta para verificar cómo está su salud de manera integral
- Expliquen al niño que al tocar sus genitales deben hacerlo siempre con las manos limpias porque las manos siempre llevan gérmenes que les pueden hacer daño
- Orienten a los responsables del menor y al niño mismo sobre los riesgos de experiencias sexuales en edades tempranas y los riesgos de contagio de infecciones que pueden afectar sus genitales internos, háblenle de órganos internos como la próstata y los conductos deferentes
- Chequen sus condiciones de salud genital y verifiquen que todo marche bien en cada consulta
- Reiteren los cuidados higiénicos y alimentarios en cada consulta

Para los **adolescentes** el panorama se va haciendo más complejo, como van creciendo sus inquietudes y experiencias sexuales los ponen en situaciones de riesgo para su salud, por eso en la consulta:

- Considere la privacidad de su paciente pero acompañese del personal del equipo de salud
- Oriente al adolescente sobre su higiene personal y enfatice la importancia del uso del condón como la medida que ofrece una barrera al contagio por su práctica sexual
- Explique claramente la importancia de la estabilidad de la pareja sexual con la que se relaciona y oriéntelo sobre la inconveniencia de tener muchas parejas sexuales
- Infórmale de los riesgos de enfermar y morir por la falta de protección durante la relación sexual
- Dígale que además de diversas infecciones, se pone en riesgo de daños posteriores en los órganos reproductores como la inflamación de la próstata, el crecimiento de la misma y la posibilidad de padecer cáncer en el futuro
- Enfatice la importancia de la limpieza diaria durante el baño y después de tener relaciones sexuales

Para el **adulto** es necesario considerar que muchos de ellos, solo acuden a los servicios de salud cuando están enfermos o no acuden por atención aunque enfermen, por eso hay que aprovechar todas las oportunidades de contacto que se presenten, ya sea porque acompaña a la esposa embarazada o a sus padres u otros miembros de la familia. Aprovechen para ofrecerles las acciones para el cuidado de su salud. Ver Cartilla Nacional de Salud, Hombres de 20 a 59 años.

- Es necesario recordarles en todo momento que sentirse bien y estar sanos son dos cosas diferentes, que es necesario confirmar su situación de salud con la vigilancia conjunta, por lo que deben asistir a la unidad de salud cuando menos dos veces al año aunque se sientan bien.
- Aprovechen la consulta otorgada a los hombres independientemente de la causa y enfaticen la importancia de la práctica de su **sexualidad protegida**, pues tener sexo con parejas diversas o múltiples y sin protección, además del riesgo de infecciones de transmisión sexual, son factores que contribuyen a la inflamación prostática y el cáncer de próstata en etapas posteriores
- Al explorar al hombre durante la consulta, aproveche para verificar higiene genital, y pídale que con sus manos corra el prepucio hacia atrás y observe, si es insuficiente reitere la importancia de lavar muy bien los genitales todos los días, tenga o no sexo



- Señalen a su paciente que aunque el agua sea escasa consideren la importancia de apartar agua para la limpieza de sus genitales
- Expliquen a todo hombre que acude a consulta la importancia de verificar la salud de la próstata, que acudan a la unidad de salud para que los chequen aunque no presenten molestia alguna, que es indispensable para que en caso de problemas haya tiempo para atenderlo oportunamente, por eso debe acudir a revisión anual por lo menos
- En todo momento cuidar aspectos culturales y de género, dirigirse siempre con respeto y recordar sensibilizar al varón, ya que hay resistencia para aceptar métodos como el tacto rectal
- Indaguen la sintomatología provocada por el crecimiento benigno de la próstata y proponga la revisión de la próstata por tacto rectal
- Pidan a las personas que acuden a consulta que informen a los hombres de la casa que su salud es importante y que existen enfermedades que pueden estar presentes y no dar señales hasta que los daños ya están muy avanzados

En el **adulto mayor** de sesenta años en adelante se debe continuar con acciones integrales para la promoción del cuidado de la salud, para lo cual habrá que hacer equipo con la familia responsable de su cuidado, recordando que en esta etapa se puede presentar disminución de la funcionalidad física y mental, aumento del riesgo de accidentes y de la presencia de enfermedades crónico degenerativas o de sus complicaciones y en algunos casos problemas psicológicos y sociales asociados a dependencia familiar o económica. Es así, que no debemos olvidar:

- Promover su incorporación a grupos de ayuda mutua que le permitan mejorar su calidad de vida, prolonguen su bienestar general y fomenten una existencia activa y productiva por períodos más prolongados
- Promover la visita periódica al médico, para el cuidado de la salud
- Explicar el uso de la Cartilla Nacional de Salud del Adulto mayor
- Explicar los signos de alarma para identificar con oportunidad algún problema de salud
- Informar sobre los principales problemas que pueden afectar el aparato urogenital del hombre
- La intencionalidad de la búsqueda de daños prostáticos son imperativas, ellos están en la edad más vulnerable de todas, habrá que verificar signos y síntomas
- Sensibilizar sobre los estudios específicos para la identificación oportuna del Crecimiento Benigno de próstata y Cáncer de próstata (Tacto rectal)

Acciones comunitarias

- Impartir el talleres sobre el cuidado de la salud del hombre, reforzando información específica para el curso de vida para lo cual gestiona con las autoridades municipales y de educación, su realización y la reproducción de materiales lúdicos sobre el cuidado integral del hombre, desde recién nacido hasta adulto mayor



- Realizar perifoneo que oriente a los hombres sobre el cuidado integral de su salud, la posibilidad de padecer enfermedades silenciosas como el crecimiento y el cáncer de la próstata y los servicios de salud existentes en su localidad
- De igual manera, la visita domiciliaria, constituye una actividad en donde el promotor(a) de la salud, apoya a familia brindando información y consejería para el cuidado integral de la salud de sus miembros durante el curso de vida
- Realizar a través de coordinación intersectorial e interinstitucional, Campañas y Ferias de la Salud Interculturales, sobre el cuidado de la salud del hombre, promueva que el programa específico instale módulos para orientar sobre la prevención de Crecimiento Prostático Benigno (CPB)/ Cáncer de Próstata (CaP)

Recomendaciones generales que se deben tomar en cuenta

- Alimentación correcta. La obesidad sobre todo a nivel abdominal incrementa en 10% el riesgo Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) y otras enfermedades crónicas degenerativas, una dieta baja en grasas y proteínas de origen animal disminuye el riesgo de progresión de la HPB, por lo que se debe brindar información en cada contacto con el usuario sobre la importancia de mantener el peso cercano al ideal en todas las etapas de la vida
- Los ensayos controlados han puesto de manifiesto que el consumo de la vitamina E, el selenio y del licopeno, principalmente a partir de los tomates pudieran tener efecto protector para este tipo de cáncer
- La dieta puede modificar el riesgo de cáncer de próstata a través de cambios en los niveles hormonales y datos recientes sugieren que las proteínas de origen animal aumentan los niveles de insulin-like growth factor (IGF-I). Se ha sugerido que los niveles de este factor aumentan el riesgo de cáncer de próstata
- Ver la norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud, en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación; en la que señalan las características de la alimentación correcta para cada grupo de edad
- Realizar por lo menos 30 minutos de actividad física todos los días de la semana, conforme a las recomendaciones de la OMS
- No olvidar capacitar sobre la técnica de lavado de manos y orientar en la importancia del correcto lavado después de ir al baño y manipular los genitales
- Recordar que se debe entregar a los usuarios la Cartilla Nacional de Salud, correspondiente a cada grupo de edad, solicitar que se presente en cada consulta y registrar las acciones realizadas
- En cuanto a otros factores externos, algunas sustancias químicas manejadas en el hogar u ocupaciones como la metalurgia y agricultura han sido identificados como posibles factores de riesgo: los pesticidas, el cadmio, hidrocarburos aromáticos poli cíclicos y la industria del caucho, aunque se requiere mayor investigación al respecto para demostrar su relación causal



Sección VII

Estrategias operativas



En la sección I, se planteó el marco conceptual para que las estrategias de Promoción de la Salud contengan el enfoque de determinantes sociales de la salud (figura 12), En las secciones siguientes se describe cada uno de los enfoques transversales, los cuales responden a las cinco estrategias operativas de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales.

Figura 12. Estrategias de promoción de la salud con enfoque en determinantes sociales de la salud

Marco conceptual para estrategias de Promoción de la Salud con enfoque en los Determinantes Sociales de la Salud



Adaptado de: Salar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice) WHO.

Al aplicar el modelo de determinantes sociales en promoción de la salud, a través de los 5 enfoques transversales: intersectorialidad, participación social en salud, interculturalidad, género y curso de vida, nos llevará a identificar y priorizar en poblaciones vulnerables. En el caso actual del programa estas poblaciones vulnerables son: los escolares, los migrantes y los indígenas. Las cinco estrategias operativas nos dan la gama de acciones específicas para cada una de ellas. Es así que cada población vulnerable identificada requiere al menos una acción específica por cada una de las estrategias operativas. (Figura 13)



Figura 13. Aplicación del modelo de determinantes sociales en salud



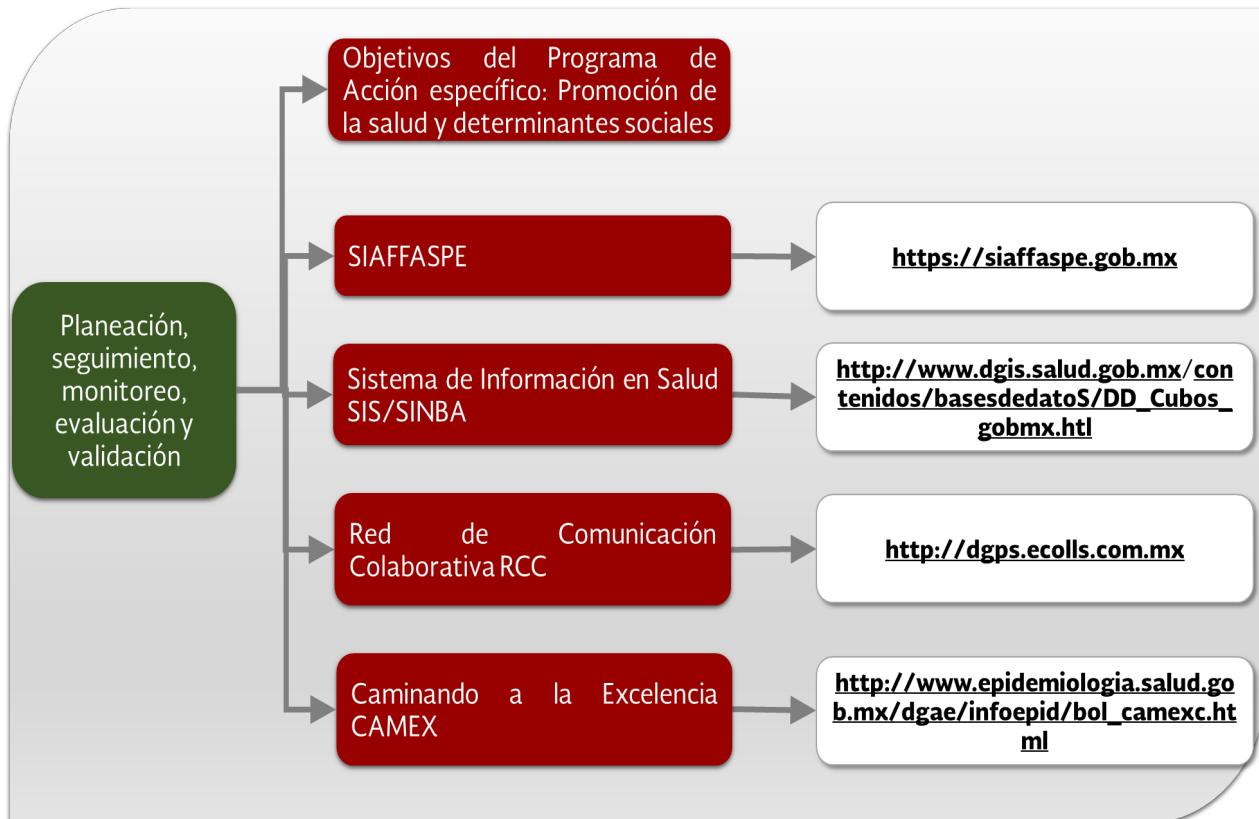
Fuente: Elaboración propia. Dirección de Determinantes, Competencias y Participación Social. DGPS, 2017.



Sección VIII

Planeación, Seguimiento, monitoreo, evaluación y validación.

Elementos que integran la Sección VII Planeación, seguimiento, monitoreo, evaluación y validación



Dentro del proceso administrativo y como parte de la calidad, se señalan etapas de suma relevancia para el control de los procesos y logro de los objetivos como son: **la planeación, el monitoreo, el seguimiento y la evaluación**. A través de la **planeación** se analiza dónde estamos, establece dónde queremos ir, y señala qué vamos a hacer y cómo a través del plan de trabajo. El **monitoreo**, es el proceso sistemático de vigilancia para la evaluación y análisis, que permite la identificación de desviaciones para el logro de las metas y objetivos propuestos, mediante la información y los datos que dan soporte a las actividades del programa realizadas en todo el país, los cuales deben ser recolectados de forma sistemática, de manera continua y oportunamente, pues son insumo para realizar el análisis e interpretación con las que se establecen las bases para facilitar las mejoras continuas, los posibles riesgos y los casos de éxito. Cada uno de los indicadores del programa cuenta con procedimientos específicos y con ello da **seguimiento**, (observación



permanente de las actividades realizadas) y realiza la **evaluación** que consiste en determinar el grado de eficacia y eficiencia así como el grado de cumplimiento de las metas propuestas.

Con la intención de trabajar los componentes del programa como un área de mejora continua se cuenta con 10 indicadores que permiten monitorizar y evaluar el desempeño y éxito de las actividades del Programa de Acción Específico (PAE):

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DETERMINANTES

SOCIALES

1. Ferias de promoción de la salud dirigidas a migrantes en los sitios de origen, tránsito, destino y retorno
2. Ferias de la salud interculturales desarrolladas en municipios indígenas
3. Escuelas validadas como promotoras de la salud
4. Porcentaje de consultas otorgadas en los SESA, en las que la población usuaria presenta la Cartilla Nacional de Salud (CNS)
5. Cursos y eventos de capacitación y actualización dirigidos al personal de promoción de la salud estatal, jurisdiccional y local
6. Promotores de la salud hablantes de lengua indígena certificados en el “Estándar de competencias de promoción de programas públicos de salud en la población hablante de lengua indígena”
7. Talleres comunitarios para la promoción de la salud dirigidos a la población
8. Entidades federativas con grupo intersectorial estatal de promoción de la salud y determinantes sociales
9. Materiales educativos elaborados con enfoque de mercadotecnia social en salud
10. Acciones de supervisión integral, monitoreo y evaluación realizadas

Cada uno de los indicadores anteriores, refleja y visibiliza el trabajo y compromiso de los municipios, jurisdicciones, entidades federativas y del país para mejorar las acciones de promoción de la salud en las poblaciones, su monitoreo se realiza a través de diferentes plataformas (ver anexo XX)

A continuación se describen brevemente las plataformas que sirven como herramientas para registrar, organizar y dar seguimiento a la información del programa con el fin de facilitar la toma de decisiones¹.

1. Plataforma SIAFFASPE <https://siaffaspe.gob.mx>

¹ Los sistemas requieren claves de acceso, a excepción del SIS/CUBOS el cual es un sistema abierto



Para realizar las actividades de planeación, seguimiento, monitoreo y evaluación la Subsecretaría de Promoción y Prevención cuenta con la plataforma SIAFFASPE, en la cual se registra el plan anual de trabajo PAT, de cada uno de sus programas y se registra el avance trimestral de indicadores, se adjuntan evidencias y se realiza la validación de la información por el nivel estatal y federal. El PAE Promoción de la Salud y Determinantes Sociales tiene para 2017, 11 actividades generales, a las cuales se les da seguimiento a través de su indicador correspondiente y se valida el avance trimestral a través de la evidencia requerida para cada una de ellas, la cual se señala en el siguiente cuadro.

ACTIVIDADES GENERALES SIAFFASPE, INDICADORES Y EVIDENCIA PARA SU VALIDACIÓN

| Índice | Actividad General | Indicador | EVIDENCIA | |
|--------|--|---|--|---|
| | | | SIAFFASPE | RCC |
| 1.3.1 | Realizar eventos de promoción de la salud | Eventos de promoción de la salud | • Reporte de eventos de la RCC | • Registro del informe que incluya: fecha objetivo y acciones realizadas • Memoria gráfica |
| 1.3.2 | Realizar ferias de la salud interculturales (indígenas y migrantes) | Ferias de la salud con pertinencia cultural y lingüística | • Reporte de ferias de la RCC • Deben corresponder con el número de ferias y reportados en el SIS y RCC | • “ Registro de Ferias de la Salud Interculturales” uno por cada feria realizada, importante señalar si fue dirigida a migrantes o indígenas, cumplimiento de por lo menos 4 de los 7 criterios específicos para considerarla intercultural • Para reportar las ferias dirigidas a migrantes deben cumplir con el criterio establecido y reportarse en albergues |
| 1.3.3 | Realizar la validación de albergues para migrantes como “albergues promotores de la salud” | Albergues validados como albergue promotor de la salud | • Reporte de la RCC de albergues validados | • Registro de albergues validados • Cédula de validación • Minuta de reunión y acuerdos |
| 1.5.1 | Realizar la validación de escuelas como “escuelas promotoras de la salud” | Escuelas validadas como “escuelas promotoras de la salud” | • Reporte de la RCC de escuelas validadas | • Registro de escuelas validadas • Cédula de validación • Informe de escuelas con intervención |
| 2.1.1 | Organizar y participar en eventos de capacitación y actualización dirigidos | Cursos y eventos de capacitación y actualización dirigidos al | • Reporte de la capacitación de la RCC | • Registro de la capacitación • Carta descriptiva • Lista de asistencia |



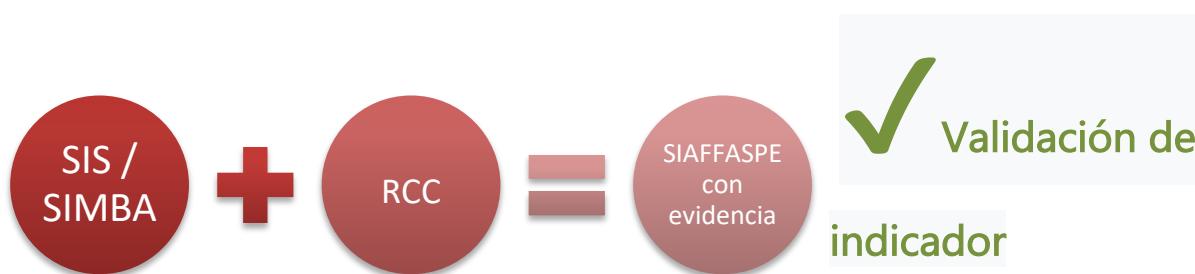
| | | | | |
|-------|---|--|---|---|
| | al personal de promoción de la salud para fortalecer el desarrollo de sus competencias | personal de salud estatal, jurisdiccional y local | | |
| 2.2.1 | Organizar actividades educativas estructuradas para el desarrollo de competencias para el cuidado de la salud | Talleres comunitarios para la promoción de la salud dirigidos a la población | • Reporte de talleres de la RCC | • Registro de talleres en la RCC • Carta descriptiva • Lista de asistencia • Reporte con los compromisos generados |
| 5.1.3 | Diseñar y ejecutar acciones de supervisión del programa “Promoción de la salud y determinantes sociales” | Acciones de supervisión, monitoreo o evaluación realizadas | • Reporte de supervisiones de la RCC | Informe de supervisión, monitoreo o evaluación resumido, que incluya: • Objetivo de la supervisión, monitoreo o evaluación • Cédula, guía, actas o minutos • Formatos requisitados • Acuerdos y compromisos |
| 5.1.5 | Realizar investigación operativa que permita el seguimiento, evaluación y retroalimentación de procesos del programa “Promoción de la salud y determinantes sociales” | Proyectos de investigación operativa realizados | • Reporte de proyectos realizados de la RCC | Informe resumido que incluya como mínimo: • Objetivo del proyecto • Justificación • Lugar de desarrollo • Participantes • Protocolo, desarrollo, actividades contempladas en el mismo • Productos de la investigación • Informes de resultados |
| 6.1.2 | Proporcionar atención integrada de línea de vida | Porcentaje de consultas en los SESA en las que la población presenta CNS | • Reporte de actividades realizadas RCC | • Inventarios regulares a lo largo del año especialmente en preparación para las semanas nacionales • Control de la distribución (movimientos de almacén) • Materiales y actividades diseñados para fortalecer el uso de la cartilla • Supervisiones específicas sobre el uso de cartillas |



| | | | | |
|-------|---|---|---|--|
| 7.1.1 | Fortalecer en las entidades federativas el trabajo intersectorial en el abordaje de los determinantes sociales para promover la salud | Acuerdos cumplidos en el Grupo estatal intersectorial de promoción de la salud y determinantes sociales | • Reporte de seguimiento de acuerdos de RCC | Minutas de reunión Actas de acuerdos Registro de seguimiento de acuerdos |
|-------|---|---|---|--|

NOTA: El índice 4.1.1 correspondiente a Mercadotecnia social tiene seguimiento y validación en otra área

FUENTE: Plataforma SIAFFASPE 2017. PAE Programa promoción de la salud y determinantes sociales



Nota: Para mayor información sobre el registro en la plataforma siaffaspe consulte las clínicas en la liga proporcionada

2. Sistema de Información en Salud SIS/SINBA/CUBOS

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/DD_Cubos_gobmx.htm

El Sistema de información en salud SIS/CUBOS y Subsistema de Prestación de Servicios Nominal (SINBA) es la plataforma oficial de registro de variables de los programas sustantivos. Las variables del Programa Promoción de la salud y determinantes sociales en este sistema son:

- **Porcentaje de consultas otorgadas en los Servicios Estatales de Salud, en las que la población usuaria presenta la CNS** debe ser marcada la presentación de CNS en la hoja diaria de registro y en el concentrado mensual del SIS “Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica SIS-SS-CE-H (hoja 9-promoción de la salud apartado 055, en la edad que corresponda) o de ser el caso, en SINBA en el “registro nominal” apartado Promoción de la Salud, columna Presenta cartilla.



- **Migrantes Atendidos** Deben ser **registradas mes con mes**, de acuerdo a la planeación y realización jurisdiccional y estatal en el apartado 014 y variables AMI01 y AMI02.
- **Consulta con Atención Integrada de Línea de Vida** Deben ser **registradas mes con mes**, de acuerdo a la planeación y realización jurisdiccional y estatal en el apartado 054 y variable ALV10.
- **Promoción de la Salud Escolar** Deben ser **registradas mes con mes**, de acuerdo a la planeación y realización jurisdiccional y estatal en los apartados 135, 136, 137 y 138. Con las variables: PRE08, PRE09, PRE10, PRE12, PRE13, PRE14, PRE15 y PRE16; PRI08, PRI09, PRI10, PRI12, PRI13, PRI14, PRI15 y PRI16; SEC08, SEC09, SEC10, SEC12, SEC13, SEC14, SEC15 y SEC16; MES01, MES02, MES03, MES04, MES05, MES06, MES07 y MES08
- **Sesiones y Talleres** Deben ser **registradas mes con mes**, de acuerdo a la planeación y realización jurisdiccional y estatal en el apartado 141 y variables SES06, SES09, SES11, SES12 y SES13
- **Ferias de la salud interculturales para la población indígena** Deben ser **registradas mes con mes**, de acuerdo a la planeación y realización jurisdiccional y estatal en el apartado 230 y variable PS01.
- **Ferias de la salud interculturales para la población migrante** Deben ser **registradas mes con mes**, de acuerdo a la planeación y realización jurisdiccional y estatal en el apartado 230 y variable PS02.

3. Plataforma de la Red de Comunicación Colaborativa RCC

dgps.ecolls.com.mx

La Red de Comunicación Colaborativa es una plataforma que permite la gestión de los diferentes procesos del programa, incluso de aquellos que no se registran en SIS/CUBOS/SIMBA . Los procesos que se registran en la RCC son los siguientes:

a. **Módulo de planeación:** Temporalidad: anual.

Una vez autorizado el presupuesto federal para cada entidad federativa y previo al registro en la plataforma SIAFFASPE, se realiza el ejercicio de planeación presupuestal entre el nivel federal y el nivel estatal en la plataforma RCC. Para ello cada estado registra: el Programa Anual de Trabajo (PAT), las actividades específicas, los insumos requeridos de acuerdo a las partidas del “Catálogo de Bienes/Servicios SIAFFASPE” del año a presupuestar, así como la asignación del presupuesto (por fuente de financiamiento). Con esta herramienta se logra eficientar la captura de los insumos en la Plataforma SIAFFASPE.

b. **Eventos.** Temporalidad: mensual. Debe requisitarse el formato específico por tipo de evento como por ejemplo, Semanas Nacionales de Salud



- c. **Inventario físico de Cartillas Nacionales de Salud.** Temporalidad: Trimestral (marzo, junio, septiembre y diciembre)
- d. **Requerimiento de Cartillas Nacionales de Salud.** Anual: en el mes de enero
- e. **Censo estatal de promotores de la salud.** Temporalidad: Anual
- f. **Proceso para la capacitación y certificación de promotores de salud hablantes de lengua indígena.** Temporalidad: Anual
- g. **Ferias de la salud interculturales para la población indígena y migrante.** Debe requisarse el "Formato de Registro de Ferias de la Salud Interculturales" por cada feria realizada y registrada previamente en SIS
- h. **Formación de grupos estatales intersectoriales de promoción de la salud y cumplimiento de acuerdos.** Temporalidad: Anual, para la constitución o actualización del Grupo y de manera permanente las actas y el seguimiento de acuerdos
- i. **Validación de Escuelas Promotoras de la Salud.** Temporalidad trimestral. Se compone de tres cédulas: 1. incorporación, 2. Diagnóstico y 3. Criterios de Reconocimiento.
- j. **Registro de Albergues Validados,** Temporalidad trimestral. Se compone de tres cédulas: 1. Incorporación, 2. Diagnóstico y 3. Criterios de Validación.
- k. **Desarrollo de competencias: Talleres comunitarios para la promoción de la salud dirigidos a la población.** Temporalidad trimestral
- l. **Desarrollo de competencias: Cursos y eventos de capacitación y actualización dirigidos al personal de salud estatal, jurisdiccional y local.** Temporalidad trimestral

Nota: Para mayor información sobre el registro en la RCC, consulte la plataforma en la liga proporcionada

4. Caminando a la Excelencia CAMEX

http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/bol_camexc.html

Caminando a la excelencia es una iniciativa de evaluación de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud (SPPS), cuyo objetivo es identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de los diferentes Programas de Acción a través del seguimiento de diversos indicadores establecidos para cada uno de ellos. Los indicadores pueden sufrir modificaciones en su cálculo y conforme a las prioridades en salud agregarse algunos o desaparecer otros, son actualizados y publicados en el manual correspondiente para cada año

Nota: Para mayor información sobre el cálculo de este indicador, puede consultar el Manual CAMEX del año correspondiente.
<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/>

En el siguiente cuadro se describen las actividades que cada nivel realiza para los procesos de planeación, monitoreo, seguimiento y evaluación del programa.

SALUD

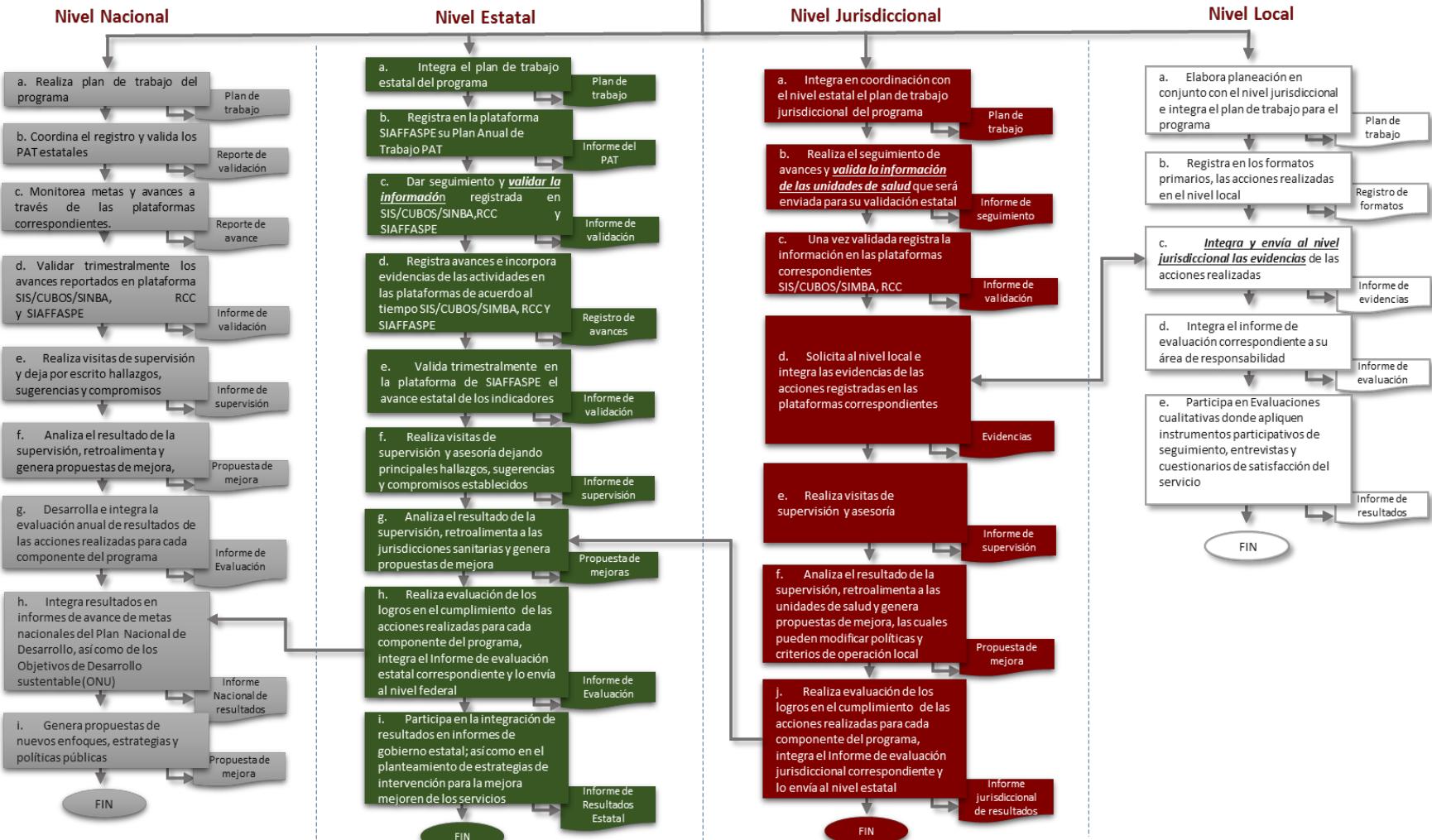
SECRETARÍA DE SALUD





INICIO

Planeación, seguimiento, monitoreo y evaluación



**Indicadores PAE y plataformas de seguimiento**

| Elemento | Indicador | Registro en SIS | Registro en RCC | Registro en SIAFFASPE |
|--------------|--|-----------------|-----------------|-----------------------|
| Indicador 1 | Ferias de promoción de la salud dirigidas a migrantes en los sitios de origen, tránsito, destino y retorno. | ✓ | ✓ | ✓ |
| Indicador 2 | Ferias de la salud interculturales desarrolladas en municipios indígenas. | ✓ | ✓ | ✓ |
| Indicador 3 | Escuelas validadas como promotoras de la salud. | ✓ | ✓ | ✓ |
| Indicador 4 | Porcentaje de consultas otorgadas en los SESA, en las que la población usuaria presenta la CNS. | ✓ | ✓ | ✓ |
| Indicador 5 | Cursos y eventos de capacitación y actualización dirigidos al personal de promoción de la salud estatal, jurisdiccional y local. | ✓ | ✓ | ✓ |
| Indicador 6 | Promotores de la salud hablantes de lengua indígena certificados en el “Estándar de competencias de promoción de programas públicos de salud en la población hablante de lengua indígena”. | No aplica | ✓ | ✓ |
| Indicador 7 | Talleres comunitarios para la promoción de la salud dirigidos a la población. | ✓ | ✓ | ✓ |
| Indicador 8 | Entidades federativas con grupo intersectorial estatal de promoción de la salud y determinantes sociales. | No aplica | ✓ | ✓ |
| Indicador 9 | Materiales educativos elaborados con enfoque de mercadotecnia social en salud. | ✓ | ✓ | ✓ |
| Indicador 10 | Acciones de supervisión integral, monitoreo y evaluación realizadas. | ✓ | ✓ | ✓ |

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD





Anexos



Proceso para el desarrollo del trabajo intersectorial de promoción de la salud y determinantes sociales

Objetivos:

- Consolidar la participación comprometida de las instituciones, organizaciones y programas de las dependencias de los sectores público, social y privado, vinculados e integrados en el Grupo Intersectorial de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, para la consecución de acciones conjuntas e integrales de bienestar social y salud

| Nivel Nacional | Nivel Estatal | Nivel Jurisdiccional | Nivel municipal |
|--|--|--|--|
| <p>a. Convoca a los sectores para la integración del Grupo de trabajo intersectorial de nivel federal</p> <p>b. Acuerda las bases para promover la intersectorialidad y desarrollo de acciones integrales para el bienestar social y salud de la población, fortaleciendo o modificando los Determinantes Sociales de la Salud</p> <p>c. Promueve y gestiona con quien corresponda el fortalecimiento de las competencias de los integrantes en materia de promoción de la salud y determinantes sociales,</p> <p>d. Integra su plan y cronograma de acciones integrales</p> <p>e. Recibe, revisa y remite planes y cronogramas de acción intersectorial con propuestas de mejora a los niveles subsecuentes</p> <p>f. Contribuye en el desarrollo, seguimiento e integración de resultados de acciones de los niveles subsecuentes</p> <p>g. Integra y remite informe</p> | <p>a. Realiza la logística necesaria para la integración del Grupo de trabajo intersectorial</p> <p>b. Promueve la participación organizada de los sectores público, social y privado en integración del GEI</p> <p>c. Instala GIE y establecen calendario de sesiones y cronograma de acciones intersectoriales integrales</p> <p>d. Solicita apoyo requerido para el fortalecimiento de competencias del GEI en materia de Promoción de la Salud, determinantes sociales y participación social</p> <p>e. Revisa y propone acciones de mejora a las propuestas intersectoriales de los niveles subsecuentes y los gobiernos locales integrantes del GEI</p> <p>f. Gestiona el apoyo financiero para el propio GEI y para los de niveles subsecuentes</p> <p>g. Remite la planeación conjunta de acciones intersectoriales a nivel superior</p> <p>h. Informa permanentemente en plataforma correspondiente* sobre el seguimiento de avances de los planes de</p> | <p>a. Convoca a la red regional de municipios por la salud y a los sectores público, social y privado de su ámbito de competencia para integrar el Grupo de trabajo intersectorial</p> <p>b. Gestiona el apoyo para la realización de talleres de fortalecimiento de competencias de los integrantes del en materia de promoción de la salud, determinantes sociales</p> <p>c. Revisa y propone mejoras en cada Plan Participativo de Acción de los municipios asignados a la jurisdicción sanitaria, enfatizando los municipios priorizados</p> <p>d. Integra las propuestas municipales en el plan de acción conjunta</p> <p>e. Remite al nivel estatal el plan de acción conjunta</p> <p>f. Remite al nivel estatal las propuestas de mejora operativa en formatos e instrumentos de apoyo</p> <p>g. Coordina y orienta junto con el nivel superior, a los presidentes municipales de municipios priorizados para la realizar acciones derivadas del plan de acción intersectorial</p> <p>h. Integra informe de resultados para el GI correspondiente para los niveles superior y subsecuente</p> | <p>a. Convoca a los sectores público, social y privado para la integración del grupo o Comité Intersectorial de Salud Municipal GISIM</p> <p>b. Gestiona apoyo de niveles superiores para el fortalecimiento de competencias del GISIM en materia de promoción de la salud, determinantes sociales, participación social</p> <p>c. Apoya a la realización de los talleres participativos con la estructura comunitaria y unidades de salud</p> <p>d. Recibe, revisa y propone mejoras a los planes de acción para la atención de necesidades y prioridades sentidas en cada localidad, comunidad, colonia o barrio de su ámbito de competencia</p> <p>e. Incorpora las prioridades locales en el plan de acción municipal</p> <p>f. Establece acuerdos de colaboración y acción conjunta para la atención de prioridades en materia de salud y bienestar social en el ámbito municipal</p> <p>g. Sigue y reporta avances al propio GISIM, al GJI y a los habitantes de su ámbito de competencia, adjuntando las evidencias recabadas</p> |



| | | | |
|--|---|--|--|
| | acción del GEI y de los niveles subsecuentes *Red de Comunicación Colaborativa o la definida por la DGPS | | |
|--|---|--|--|

Proceso para la integración del diagnóstico participativo de necesidades de salud

Objetivos:

- Conocer los problemas y necesidades sentidas de la población en materia de salud
- Consolidar la interacción con los programas preventivos, atención médica y entrega de servicios de salud de manera integral y conjunta en aquellas localidades de más difícil acceso
- Identificar los recursos con los que cuenta la comunidad para la solución de sus necesidades de salud y orientar para la realización de las gestiones correspondientes

| Nivel Nacional | Nivel Estatal | Nivel Jurisdiccional | Nivel Local |
|---|--|---|--|
| a. Realiza la planeación y gestión de recursos R12 b. Emite los lineamientos | a. Realiza la planeación y gestión de recursos R33 b. Organiza e integra las propuestas de mejora del Diagnóstico | a. Organiza y sistematiza la información de morbilidad y mortalidad del municipio b. Provee recursos para el desarrollo de foros, reuniones o asambleas o talleres para la | a. Establece coordinación entre programas sustantivos, unidades móviles para vinculación y planeación conjunta b. Visita localidades con equipos de salud y promotores de la salud, |



| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>para la realización del Diagnóstico Participativo de Necesidades de Salud</p> <p>c. Contribuye en gestión de apoyo jurisdiccional y convocatoria municipal para realización de diagnósticos participativos de necesidades de salud.</p> <p>d. Recibe, revisa e integra propuestas de mejora de los diagnósticos participativos de la estructura comunitaria y planes de acción participativa</p> <p>e. Realiza el seguimiento y evaluación correspondiente a través de los formatos y sistemas de información acordados</p> | <p>c. Participativo de Necesidades de Salud</p> <p>Remite las propuestas de mejora integradas del Diagnóstico Participativo de Necesidades de Salud</p> <p>d. Contribuye en gestión jurisdiccional de las dependencias participantes y de responsables de programas en integración del Diagnóstico Participativo de Necesidades de Salud</p> <p>e. Contribuye en consolidación de gestión con los gobiernos locales, auxiliares comunitarios y las autoridades tradicionales</p> <p>f. Coordina realización de foros, reuniones asambleas o talleres para integración del Diagnóstico Participativo de Necesidades de Salud</p> <p>g. Remite la planeación conjunta de acciones derivadas del Diagnóstico Participativo de Necesidades de Salud</p> <p>h. Informa permanentemente en plataforma RCC* de seguimiento avance de los diagnósticos participativos de la estructura comunitaria.</p> | <p>integración del Diagnóstico Participativo de Necesidades de Salud</p> <p>y del Plan Participativo de Acción</p> <p>d. Contribuye en la gestión intersectorial para apoyo integral durante los talleres</p> <p>e. Contribuye en la gestión con gobiernos locales, auxiliares comunitarios y autoridades tradicionales para el equipo y alimentos a participantes de talleres</p> <p>f. Acuerda con equipos de salud, de programas, con autoridades municipales y responsables de equipos de salud de unidades del área geográfica, los cronogramas para desarrollo del Plan Participativo de Acción</p> <p>g. Sistematiza los resultados y productos alcanzados en el taller</p> <p>h. Revisa, analiza y prioriza con programas participantes la problemática identificada</p> <p>i. Aprueba el Plan Participativo de Acción</p> <p>j. Remite al nivel estatal las propuestas de mejora de diagnósticos participativos</p> <p>k. Remite al nivel estatal la planeación conjunta de acciones</p> | <p>presentan propuesta de trabajo a autoridades auxiliares y comunitarias, y solicitan apoyo para realización del taller participativo</p> <p>c. Prevé logística con el municipio y servicios de salud jurisdiccional y autoridades auxiliares y comunitarias</p> <p>d. Formaliza solicitud de apoyo a autoridades locales y promueven con la población su participación en acciones organizadas en beneficio de la salud de la población</p> <p>e. Coordina los foros, reuniones asambleas o talleres para integración del diagnóstico y plan participativo de la estructura comunitaria</p> <p>f. Revisa productos del taller participativo e integra resultados y priorización en diagnóstico integral participativo de salud del municipio</p> <p>g. Remite diagnóstico y plan participativos al nivel inmediato superior</p> <p>h. Aplica acuerdos de acciones participativas comunitarias en coparticipación con la comunidad como se establece en el plan participativo</p> <p>i. Da seguimiento y reporta avances a la comunidad y a los niveles superiores correspondientes, adjuntando las evidencias recabadas</p> |
|--|---|---|---|



Proceso de Certificación de Promotores de la Salud Hablantes de Lengua Indígena

Objetivo:

Lograr la certificación de las competencias laborales y lingüísticas de los promotores como un mecanismo que contribuya a mejorar la calidad y calidez en la entrega de los servicios que ofrece el sector salud a la población indígena.

| Nivel Nacional | Nivel Estatal | Nivel Jurisdiccional |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">a. Gestiona recursos financieros (Ramo 12)b. Integra con servicios de salud estatales el Censo Nacional de promotores hablantes de lengua indígenac. Coordina la aplicación de la Cédula de Identificación Lingüística CILd. Prioriza los municipios de alta marginación a trabajare. Coordina con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, INALI las lenguas y variantes lingüísticas la certificación de evaluadores y promotoresf. Coordina con el nivel estatal para la difusión en las jurisdicciones del proceso de certificacióng. Solicita a entidades federativas documentación de candidatosh. Integra información y genera base de datos para INALIi. Imparte Curso-Taller Fortalecimiento/alignaciónj. Diseña materiales de apoyo técnico | <ul style="list-style-type: none">a. Gestiona recursos financieros (Ramos 33)b. Acuerda con nivel federal candidatos, lenguas y variantes lingüísticas a certificarc. Captura el Censo Estatal de Promotores de la Salud en plataforma RCCd. Convoca a jurisdicciones sanitarias para que identifiquen y propongan a los promotores a certificarse como evaluadores o promotorese. Orienta nivel jurisdiccional en requerimientos logísticos para la certificaciónf. Captura en plataforma RCC* el registro de promotores a certificarg. Remite a la DGPS listado y documentación candidatos a certificarh. Solicita y acuerda fecha con la DGPS, para Curso-Taller de fortalecimiento-alignacióni. Organiza y coordina la logística para curso-tallerj. Convoca y otorga facilidades, en coordinación con las jurisdicciones a los candidatos para asistir al curso fortalecimiento-alignaciónk.l. Gestiona con jurisdicciones traslado candidatos del grupo ordinario a la sede del taller de certificaciónm. Organiza y coordina logística para taller de certificaciónn. Convoca a los promotores certificados como evaluadores para el taller de fortalecimiento-alignación y certificación de promotores | <ul style="list-style-type: none">a. Integra Censo de personal de salud hablante de lengua indígena en la jurisdicción y lo remite a nivel estatalb. Selecciona candidatos a certificar en la lengua y variante lingüística, por añoc. Organiza a los participantes en grupos hablantes de la misma lengua y variante lingüísticad. Recaba la documentación necesaria para la inscripción y registro. Ver “Guía para la certificación de promotores de la salud hablantes de lengua indígena”e. Remite información y documentación nivel estatal para validaciónf. Convoca a los candidatos a certificar para curso de fortalecimiento-alignacióng. gestiona la logística necesaria para la participación de los promotores en procesos de certificaciónh. |



- k. INALI realiza proceso de certificación con los grupos ordinarios
- l. Apoya DGPS al INALI para la certificación
- m. Gestiona a nivel estatal los procesos de fortalecimiento y certificación.
- n. Realiza el seguimiento, monitoreo y evaluación de los procesos

*Red de Comunicación Colaborativa

Proceso para el desarrollo de Ferias de la Salud Interculturales (FSI)

OBJETIVO:

- ACERCAR LOS SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS Y LA ATENCIÓN MÉDICA CON PERTINENCIA CULTURAL Y LINGÜÍSTICA, A LA POBLACIÓN VULNERABLE (INDÍGENAS Y MIGRANTES)

| Nivel Nacional | Nivel Estatal | Nivel Jurisdiccional | Nivel Local |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">a. Gestiona recursos financieros (Ramo 12)b. Proporciona a las entidades federativas las bases de datos de municipios y localidades prioritarias.c. Brinda orientación para atender municipios indígenas y sus localidades prioritarias.d. Elabora y valida los materiales de apoyo educativo diseñados e integrados con pertinencia cultural.e. Valida los planes participativos y los cronogramas para las ferias interculturales junto con los responsables de programas prioritarios.f. Facilita los procesos de gestión de para la realización de las FSI.g. Fortalece la gestión de los responsables estatales y jurisdiccionales de programas participantes en las FSI. | <ul style="list-style-type: none">a. Gestiona recursos (Ramo 33).b. Consolida con la jurisdicción los cronogramas para la realización de las FSI.c. Remite a nivel nacional la planeación conjunta de acciones a realizar durante las FIS.d. Contribuye en la gestión jurisdiccional y de los responsables de programas participantes, así como en la gestión intersectorial para el apoyo integral en las FSI.e. Consolida gestión del nivel nacional con medios de comunicación masiva estatales, para la grabación o reproducción de mensajes con pertinencia cultural acorde a la región.f. Colabora en la operación de las FSI. | <ul style="list-style-type: none">a. Revisa e integra junto con los promotores la propuesta de mejora de los mensajes para la promoción de acciones y servicios de salud.b. Coordina grabación de mensajes de salud en las variantes lingüísticas correspondientes con ayuda de los promotores hablantes de lengua indígenac. Remite a nivel estatal las propuestas de mejora de los materiales de apoyo educativo, promocional y de orientación comunitaria integradas.d. Acuerda con los programas integrantes, las autoridades de los ayuntamientos y los responsables de los equipos de salud de las unidades del área geográfica, los cronogramas y sedes para la realización de las FIS.e. Remite a nivel estatal el cronograma derivado de la planeación conjunta.f. Contribuye en la gestión con gobiernos locales, auxiliares comunitarios y autoridades tradicionales para que provean local, equipo y alimentos del personal de salud y de los | <ul style="list-style-type: none">a. Visitan las localidades y presentan la propuesta de cronograma a las autoridades auxiliares y comunitarias, haciendo los ajustes pertinentesb. Consolidan la solicitud de apoyo de las autoridades locales y comités locales de salud, y promueven en conjunto la participación de la población durante las FSI, para lo cual:c. Difunden por perifoneo mensajes para la promoción de la participación y orientación de la población en la lengua y variante lingüística.d. Hacen copartícipes a los maestros para convocar a los padres de familia.e. Acuerdan el apoyo mutuo para el compromiso de los involucrados de las acciones para preparar las FSI.f. Otorgan los insumos para los alimentos de la muestra gastronómica regional.g. Remiten a instancias superiores cronograma para que todos los niveles de la estructura y las instituciones se integren en la realización de las FSI.h. Prevén los insumos requeridos con base en las prioridades |



| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>h. Integra y remite formatos para la planeación, seguimiento del desarrollo reporte de las FSI y sugiere acciones de mejora operativa.</p> <p>i. Valida información de las ferias de salud interculturales en la plataforma de la RCC</p> <p>j. La DGPS informa el resultado integral nacional de acciones de atención y promoción de la salud, realizadas durante las FIS en las comunidades de los municipios indígenas prioritarios.</p> | <p>g. Registra en el formato de la plataforma de la RCC las acciones realizadas durante las FSI, incorporando las evidencias de las acciones</p> <p>Realiza el registro de las FSI en el Sistema de Información en Salud SIS/SINBA y en la plataforma RCC</p> | <p>voluntarios de la comunidad que colaboren en las FSI.</p> <p>g. Contribuye en la gestión intersectorial para el apoyo integral durante las FSI.</p> <p>h. Coordina la operación de las FSI, integra los informes correspondientes y los remite al nivel estatal</p> <p>i. Establecen coordinación entre programas sustantivos, unidades móviles.</p> <p>j. Someten a consideración de autoridades locales y de los PSHLI certificados, los materiales de apoyo educativo y los mensajes para la orientación y promoción de la participación comunitaria durante las FSI.</p> <p>k. Acuerdan las sedes y el cronograma de FSI a realizar con base en las prioridades establecidas por todos.</p> <p>l. Cada programa prevé los recursos e insumos requeridos para la realización de las FSI (con base en sus prioridades).</p> <p>m. revisa y remite el informe y evidencias de acciones integrales realizadas al nivel estatal, enfatizando las AILV.</p> | <p>establecidas con las comunidades y las mejores condiciones de espacio para la instalación de los módulos de atención de la salud.</p> <p>i. Organizan los insumos recibidos para la prestación de servicios a las comunidades.</p> <p>j. Llevan a cabo las FSI planeadas, considerando el montaje y atención corresponsable de cada módulo incluyendo a terapeutas y parteras tradicionales.</p> <p>k. Observan durante las FSI la pertinencia y utilidad de los materiales elaborados por la DGPS y el nivel estatal, realizan propuestas de mejora y las entregan con el informe de acciones realizadas.</p> <p>l. Estimulan la participación de la población en cada módulo, orientando a los participantes según edad, sexo y condición fisiológica (embarazadas, niños y niñas, adolescentes, etcétera).</p> <p>m. i. Integra informe de las acciones realizadas por cada programa y actor, con énfasis en las AILV y lo entrega a Promoción de la Salud,</p> |
|--|---|--|---|



Planeación, seguimiento, monitoreo y evaluación

Objetivo:

Establecer, demostrar y evaluar las actividades y acciones de promoción de la salud realizadas en beneficio de la población con la finalidad de corroborar el cumplimiento de los objetivos y metas del Programa de acción específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales

| Nivel Nacional | Nivel Estatal | Nivel Jurisdiccional | Nivel local |
|--|---|---|--|
| h. Realiza plan de trabajo del programa | a. Integra el plan de trabajo estatal del programa | a. Integra en coordinación con el nivel estatal el plan de trabajo jurisdiccional del programa | a. Elabora planeación en conjunto con el nivel jurisdiccional e integra el plan de trabajo para el programa |
| i. Coordina el registro y valida los PAT estatales | b. Registra en la plataforma SIAFFASPE su Plan Anual de Trabajo PAT | b. Realiza el seguimiento de avances y <u>valida la información de las jurisdicciones</u> que será registrada en las plataformas SIS/CUBOS/SINBA, RCC SIAFFASPE | b. Registra en los formatos primarios correspondientes las acciones realizadas en el nivel local |
| j. Monitorea las metas y avances establecidas para cada entidad federativa a través de las plataformas correspondientes | c. Realiza el seguimiento de avances y <u>valida la información de las jurisdicciones</u> que será registrada en las plataformas SIS/CUBOS/SINBA, RCC SIAFFASPE | b. Realiza el seguimiento de avances y <u>valida la información de las jurisdicciones</u> que será registrada en las plataformas SIS/CUBOS/SINBA, RCC SIAFFASPE | c. <u>Integra y envía al nivel jurisdiccional las evidencias</u> de las acciones realizadas (formatos, informes, cartas descriptivas, listas de asistencia, minutos, etc) que serán incorporadas en las plataformas de registro correspondientes |
| k. Valida en forma trimestral los avances de los indicadores reportados en plataforma de SIS/CUBOS/SINBA, RCC y SIAFFASPE | d. Registra el avance e incorpora evidencias de las actividades del programa en las plataformas de acuerdo a la temporalidad de registro, SIS/CUBOS/SIMBA, RCC Y SIAFFASPE | c. Una vez validada registra la información en las plataformas correspondientes SIS/CUBOS/SIMBA, RCC | d. Integra el informe de evaluación correspondiente a su área de responsabilidad |
| l. Realiza visitas de supervisión integral del programa y deja por escrito principales hallazgos, sugerencias y compromisos establecidos | e. Valida cada trimestre en la plataforma de SIAFFASPE el avance estatal de los indicadores reportados adjuntando la evidencia correspondiente | d. Solicita al nivel local e integra las evidencias de las acciones realizadas (formatos, informes, cartas descriptivas, listas de asistencia, minutos, etc) que serán incorporadas en las plataformas de registro correspondientes | e. Participa en Evaluaciones cualitativas donde apliquen instrumentos participativos de seguimiento, entrevistas y cuestionarios de satisfacción del servicio |
| m. Analiza el resultado de la supervisión, retroalimenta y genera propuestas de mejora, las cuales pueden modificar políticas y criterios de operación | f. Realiza visitas de supervisión y asesoría y se deja por escrito principales hallazgos, sugerencias y compromisos establecidos | e. Realiza visitas de supervisión y asesoría y se deja por escrito principales hallazgos, sugerencias y compromisos establecidos | |
| n. Desarrolla e integra la evaluación anual de resultados de las acciones realizadas para cada componente del programa | g. Analiza el resultado de la supervisión, retroalimenta a las jurisdicciones sanitarias y genera propuestas de mejora, las cuales pueden modificar políticas estatales y criterios de operación | f. Analiza el resultado de la supervisión, retroalimenta a las unidades de salud y genera propuestas de mejora, las cuales pueden modificar políticas y criterios de operación local | |
| o. Integra resultados en informes de avance de metas nacionales del Plan Nacional de Desarrollo, así como de los Objetivos de Desarrollo sustentable (ONU) | h. Realiza evaluación de los logros en el cumplimiento de las acciones realizadas para cada componente del programa, integra el Informe de evaluación estatal correspondiente y lo envía al nivel federal | g. Realiza evaluación de los logros en el cumplimiento de las acciones realizadas para cada componente del programa, integra el Informe de evaluación estatal correspondiente y lo envía al nivel federal | |
| p. Genera propuestas de nuevos enfoques, estrategias y políticas públicas | i. Participa en la integración de resultados en informes de gobierno estatal; así como en el planteamiento de estrategias de | h. Realiza evaluación de los logros en el cumplimiento de las acciones realizadas para cada componente del | |



| | | | |
|--|--|---|--|
| | intervención que mejoren la calidad de los servicios | programa, integra el Informe de evaluación jurisdiccional correspondiente y lo envía al nivel estatal | |
|--|--|---|--|

Anexo 2.

Atención Integrada a la población de acuerdo a su edad, sexo y determinantes de la salud



Atención a niñas y niños recién nacidos

- 1 Identifica signos de alarma
- 2 Verifica condiciones del parto
- 3 Efectúa exploración física completa
- 4 Detecta defectos al nacimiento y signos sugestivos de cáncer neonatal
- 5 Revisa cordón umbilical
- 6 Realiza tamiz neonatal si no se hizo al momento de nacer
- 7 Realiza tamiz neonatal si no se hizo al momento de nacer
- 8 Aplicación de la vacuna BCG y primera dosis de hepatitis B
- 9 Capacita a la madre y al padre sobre alimentación al ceno materno y estimulación
- 10 Entrega y activa o actualiza la Cartilla Nacional de Salud de la niña o niño y da orienta-



¡RECUERDA!

Solicitar la Cartilla Nacional de Salud y cada atención regístral en ella

Estas son las mejores prácticas de atención integrada a la salud.

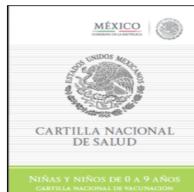
Se realizan durante la atención primaria a la salud en unidades hospitalarias al momento de nacer, en las unidades de consulta externa hospitalaria cuando no se han realizado y en las unidades de salud de primer nivel de atención cuando llevan al recién nacido después de ser atendido en una unidad de salud privada, por partera o médico tradicional.

Las acciones se realizan con la intervención de todo el equipo de salud en la unidad.

El personal de campo realiza la educación a la salud, dotación con activación o actualización de la Cartilla Nacional de Salud la prevención específica, refiere a la unidad más cercana a los usuarios para continuar con la atención integrada de línea de vida y registra sus acciones en la cartilla y el sistema de información correspondiente.

Niñas y niños menores de 5 años

- 1 Identifica factores de mal pronóstico del
- 2 Realiza exploración física completa
- 3 Toma peso y estatura, y anótalos en la Cartilla Nacional de Salud Niñas y niños
- 4 Evalúa el desarrollo psicomotor
- 5 Identifica problemas posturales
- 6 Promueve la salud bucal



¡RECUERDA!

Solicitar la Cartilla Nacional de Salud y cada atención regístral en ella

7 Actualiza el esquema de vacunación

8 Administra complementos nutricionales

9 Realiza desparasitación intestinal

10 Administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar

11 Capacita a la madre y al padre en el cuidado de la niña o niño, alimentación y estimulación temprana

12 Promueve la actividad física y la prevención de accidentes

Estas son las mejores prácticas de atención integrada a la salud.

Se realizan durante la atención primaria a la salud, en las unidades de consulta externa hospitalaria o en las unidades de salud de primer nivel de atención, cuando llevan a la NIÑA o NIÑO MENOR de 5 años, independientemente del motivo que motivó a la madre o padre o cuidador, a acercarse a solicitar un servicios de salud para ese o esa menor.

Las acciones se realizan con la intervención de todo el equipo de salud en la unidad o modulo de atención.

El personal de campo realiza la educación a la salud, dotación con activación o actualización de la Cartilla Nacional de Salud, la prevención específica y refiere a la unidad más cercana a los usuarios, para continuar con la atención integrada de línea de vida. Asimismo registra sus acciones en la cartilla y el sistema de información correspondiente.



Niñas y niños de 5 a 9 años

- 1 Realiza exploración física completa
- 2 Toma peso y estatura; anótalos en la Cartilla Nacional de Salud Niñas y niños de 0 a 9
- 3 Evalúa la agudeza visual y auditiva
- 4 Detecta otros trastornos que limiten el desarrollo y el aprendizaje
- 5 Identifica problemas posturales
- 6 Promueve la salud bucal
- 7 Actualiza esquema de vacunación
- 8 Administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar
- 9 Brinda orientación nutricional
- 10 Promueve la actividad física y la prevención de accidentes
- 11 Promueve la higiene personal y familiar

Estas son las mejores prácticas de atención integrada a la salud.

Se realizan durante la atención primaria a la salud, en las unidades de consulta externa hospitalaria o en las unidades de salud de primer nivel de atención, cuando llevan a la NIÑA o NIÑO MENOR de 10 años, independientemente del motivo que motivó a la madre o padre o cuidador, a acercarse a solicitar un servicios de salud para ese o esa menor.

Las acciones se efectúan con la intervención de todo el equipo de salud en la unidad.

El personal de campo realiza la educación a la salud, la dotación con activación o actualización de la Cartilla Nacional de Salud, la prevención específica, refiere a la unidad más cercana a los usuarios para continuar con la atención integrada de línea de vida. Asimismo, registra sus acciones en la cartilla y el sistema de información correspondiente.

¡RECUERDA!

Solicitar la Cartilla Nacional de Salud y cada atención regístral en ella



- 12 Promueve la prevención de violencia familiar y detecta casos
- 13 Promueve la prevención de consumo de alcohol y drogas, refiere a Centros Nueva Vida

Adolescentes de 10 a 19 años

- 1 Entrega y/o actualiza la Cartilla Nacional de Salud Adolescentes de 10 a 19 años; revisa esquema de vacunación y, si corresponde, aplica biológico
- 2 Realiza exploración física completa
- 3 Realiza detección gruesa de defectos visuales
- 4 Orienta sobre salud sexual y reproductiva
- 5 Informa sobre métodos anticonceptivos y promueve el uso de condones
- 6 Maneja a la adolescente embarazada como paciente de alto riesgo
- 7 Detecta ITS y VIH/SIDA; brinda tratamiento de ITS y refiere los casos de VIH/SIDA
- 8 Verifica riesgo de Tb y, en presencia de tos y flema, toma muestra para baciloscopía
- 9 Administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar
- 10 Evalúa estado nutricional y proporciona orientación alimentaria

Estas son las mejores prácticas de atención integrada a la salud.

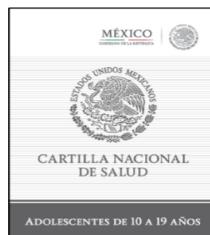
Se realizan durante la atención primaria a la salud, en las unidades de consulta externa hospitalaria o en las unidades de salud de primer nivel de atención, cuando llevan o acude la persona ADOLESCENTE de 10 a 19 años, independientemente de la causa que motivó la solicitud de atención de salud.

Las acciones se efectúan con la intervención de todo el equipo de salud en la unidad.

El personal de campo también realiza, educación para la salud, la dotación con activación o actualización de la Cartilla Nacional de Salud, la prevención específica, refiere a la unidad más cercana a los usuarios para continuar con la atención integrada de línea de vida, como un derecho para cuidar su salud o recuperarla. Asimismo, registra sus acciones en la cartilla y el sistema de información correspondiente.

¡RECUERDA!

Solicitar la Cartilla Nacional de Salud y cada atención regístral en ella



- 11 Identifica casos de adicciones y refiere a Centros Nueva Vida
- 12 Promueve actividad física, salud bucal y prevención de accidentes
- 13 Detecta violencia; orienta y refiere casos
- 14 Realiza detección de cáncer



Mujeres de 20 a 59 años

1 Entrega y/o actualiza la Cartilla Nacional de Salud Mujeres de 20 a 59 años

2 Informa sobre cáncer cérvico-uterino y, si corresponde, toma Papanicolaou

3 Informa sobre cáncer de mama, realiza exploración mamaria y, en su caso prescribe mastografía

4 Aplica vacunas Td, SR e Influenza estacional, y administra ácido fólico, según corresponda

5 Proporciona orientación sobre salud sexual y reproductiva

6 Brinda información sobre planificación familiar y promueve el uso de condones

7 Detecta ITS y VIH/SIDA; brinda tratamiento de ITS y refiere los casos de VIH/SIDA

8 Evalúa y vigila el estado nutricional

9 Aplica cuestionario para detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y osteoporosis; si corresponde, mide colesterol

10 Verifica riesgo de TB y, en presencia de tos y flema, toma muestra para baciloscopía

Estas son las mejores prácticas de atención integrada a la salud.

Se realizan durante la atención primaria a la salud en unidades con consulta externa, como lo son hospitales de segundo nivel, unidades de primer nivel, en las unidades móviles (Caravanas de la Salud y Salud Bucal).

Las acciones se efectúan con la intervención de todo el equipo de salud en la unidad. Independientemente de la razón que motivó a la usuaria a acudir a la unidad médica.

El personal de campo realiza la educación a la salud, la dotación con activación o actualización de los registros en la Cartilla Nacional de Salud, la prevención específica, refiere a la unidad más cercana a los usuarios para continuar con la atención integrada de línea de vida y registra sus acciones en el sistema de información correspondiente.

¡RECUERDA!

Solicitar la Cartilla Nacional de Salud y cada atención regístral en ella



13 Promueve actividad física y prevención de accidentes; detecta e informa sobre riesgos por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

14 Proporciona información sobre salud bucal

15 Detecta y refiere casos de violencia familiar o de pareja

Hombres de 20 a 59 años

1 Entrega y/o actualiza la Cartilla Nacional de Salud Hombres de 20 a 59 años

2 Orienta sobre salud sexual y reproductiva

3 Informa sobre métodos anticonceptivos, incluida la vasectomía, y ofrece condones

4 Detecta ITS y VIH/SIDA; brinda tratamiento de ITS y refiere los casos de VIH/SIDA

5 Aplica cuestionario para detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad. Si corresponde, mide colesterol

6 Aplica cuestionario para detectar enfermedad prostática

7 Verifica riesgo de Tb; en presencia de tos y flema, toma muestra para baciloscopía

8 Administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar

9 Informa sobre los riesgos del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

10 Promueve actividad física y prevención de accidentes

11 Aplica vacunas SR, Td e Influenza estacional, según corresponda

Estas son las mejores prácticas de atención integrada a la salud.

Se realizan durante la atención primaria a la salud en unidades con consulta externa, como lo son hospitales de segundo nivel, unidades de primer nivel, en las unidades móviles (Caravanas de la Salud y Salud Bucal).

Las acciones se efectúan con la intervención de todo el equipo de salud en las unidades.

El personal de campo realiza la educación a la salud, la dotación con activación o actualización de los registros en la Cartilla Nacional de Salud, la prevención específica, refiere a la unidad más cercana a los usuarios para continuar con la atención integrada de línea de vida y registra sus acciones en el sistema de información correspondiente.

¡RECUERDA!

Solicitar la Cartilla Nacional de Salud y cada atención regístral en ella





Mujeres y Hombres Adultos Mayores

1 Entrega y/o Actualización de Cartilla Nacional de Salud

2 Identifica deficiencias visuales y auditivas; promueve la salud bucal

3 Informa sobre cáncer cérvico-uterino y, si corresponde, toma Papanicolaou

4 Informa sobre cáncer de mama, realiza exploración mamaria y, en su caso, prescribe mastografía

5 Aplica cuestionario para identificar enfermedad prostática

iRECUERDA!
Solicitar la Cartilla Nacional de Salud y cada atención regístralá en ella

6 Aplica Cuestionario para detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y osteoporosis; si corresponde, mide colesterol

7 Orienta sobre IRA'S y ofrece vacuna antineumocócica, de influenza estacional y de Td

8 Verifica riesgo de Tb y, en presencia de tos y fielma, toma muestra para baciloscopía

Estas son las mejores prácticas de atención integrada a la salud.

Se realizan durante la atención primaria a la salud en unidades con consulta externa, como lo son hospitales de segundo nivel, unidades de primer nivel, en las unidades móviles (Caravanas de la Salud y Salud Bucal).

Las acciones se efectúan con la intervención de todo el equipo de salud en las unidades.

El personal de campo realiza la educación a la salud, la dotación con activación o actualización de los registros en la Cartilla Nacional de Salud, la prevención específica, refiere a la unidad más cercana a los usuarios, para continuar con la atención integrada de línea de vida y registra sus acciones en el sistema de información correspondiente.

9 Informa sobre riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas

10 Identifica signos de alarma por deterioro cognitivo y depresión



11 Promueve actividad física y prevención de accidentes, con énfasis en caídas

12 Detecta y refiere casos de violencia familiar



Referencias

1. Arroyo H. *La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica*. San Juan, Puerto Rico : Universidad de Puerto Rico, 2004.
2. Málaga, Restrepo y. *La promoción de la salud: cómo construir una vida saludable*,. Buenos Aires : Panamericana, 2001.
3. Organización de las Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. s.l. : ONU, 2015.
4. Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico: Promoción del a Salud y Determinantes Sociales 2013 - 2018*. México D.F. : s.n., 2014.
5. Iniciativa Chilena de Equidad en Salud. *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*. Santiago, Chile : s.n., 2005.
6. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. *Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid : Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
7. Vega, J, y otros. *En la perspectiva de la equidad*. Santiago : Determinantes sociales de la salud en Chile, 2005. ISBN 956-299-863-0.
8. *La salud y sus determinantes sociales: desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI*. Palomino Moral, P., Grande Gascón, ML. y Linares Abad, M. 2014, Revista Internacional de Sociología , Vol. 72, págs. 71 - 91 .
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades en Salud*. Madrid : s.n., 2012.
10. *Alma Ata Atención Primaria de la salud, Salud para Todos*. Organización Mundial de la Salud. s.l. : OMS, 1978. ISBN 92 4 3541358.
11. Solar, O. y Valentine, N. Intersectoral action for tackling the social determinants for health: an approach to an intersectoral typology for improving health equity with examples from different practice settings. Manuscrito no publicado.
12. *La intersectorialidad en la práctica social*. Florit Serrate, Castell. La Habana : Editorial Ciencias Médicas.
13. *La construcción de la intersectorialidad - salud en todas las políticas desde la perspectiva de equidad y determinantes sociales de la salud*. Solar, Oreil. Santiago de Chile : FLACSO, 2016.



14. *La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico - conceptual.* Cunill Grau, N. México D.F. : CIDE, 2014, Gestión y Política Pública.
15. *Moving forward to equity in health: what kind of intersectoral action is needed? an approach to an intersectoral typology. Prepared for the 7º Global Conference for Health and Development "Closing the implementation Gap".* Solar, Oreil, y otros. Nairobi, Kenya : s.n., 2009.
16. Programa Buen Gobierno y Reforma del Estado. *Guía metodológica de "Transversalización del enfoque de interculturalidad en programas y proyectos del sector gobernabilidad.* Lima Perú : Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH., 2013.
17. Salud, Secretaría de. *Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud.* México DF : s.n., 2010.
18. Pilares Salazar C., Villapolo Herrera, L., Valiente Catter, L.,. *Guía metodológica de transversalización del enfoque interculturalidad en programas y proyectos del sector gobernabilidad.* Lima, Perú : PROINDIGENA, 2013.
19. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Guía para la incorporación de la perspectiva de género en programas de salud.* México D.F. : s.n., 2010.
20. *El enfoque de Curso de Vida: orígenes y desarrollo.* Blanco, M., 8, 2011, Revista Latinoamericana de Población, págs. 5 - 33.
21. Secretaría de Salud. *Modelo Operativo de Promoción de la Salud.* México, D.F. : s.n., 2006.
22. *Avanzando en la evaluación de impacto en la salud: análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno Vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático.* Aldasoro E., Sanz E., Bacigalupe, A., et al. 26, 2012, Gaceta Sanitaria, Vol. 1, págs. 83 - 90.
23. *Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles.* López Arellano O. 49, 2013, Divulgación en Salud para Debate, págs. 150 - 156 .
24. Organización Panamericana de la Salud. *Documento de orientación regional sobre los determinantes sociales de la salud en la región de las Américas.* Washington, D.C. : OPS/OMS, 2012.
25. Gómez - Zamudio, M. Red de determinantes sociales de la salud. *Universidad de MOntréal.* [Online] www.usi.umontreal.ca/redet.
26. Secretaría de Salud. *Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud.* México DF : s.n., 2010.
27. Bazzani R. *Investigaciones sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Calibe.* s.l. : OPS - IDRC, 2001.
28. *Reforma en el sector salud y participación social.* M., Celedón C. y Noé. 2000 йил, Revista de la Organización Panamericana de la Salud.



29. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Artículo 4º, fracción fracción XVI del artículo 73.
30. Secretaría de Salud. *Curso - taller para la construcción de la participación social en salud*. Dirección General de Promoción de la Salud. CDMX : s.n., 2006.
31. —. *Modelo Operativo de Promoción de la Salud*. Dirección General de Promoción de la Salud. México D.F. : s.n., 2006.
32. —. *Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud: la salud tarea de todos*. 2012.
33. McQueen, David V, y otros. *Intersectorial Governance for Health in All Policies*. Denmark : World Health Organization, 2012. ISBN 9789289002813.
34. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica*. Washington, DC. : OPS, 2015. ISBN 978 92 75 31857 7.
35. Baró, Silvana. *Mesa de trabajo intersectorial, una herramienta para la gestión de políticas públicas*. Buenos Aires, Argentina : Ministerio de Salud de Argentina.
36. Instituto Nacional de las Mujeres. *Glosario de Género*. México D.F. : INMUJERES, 2007.
37. Secretaría de Salud. Guía para la incorporación del género en programas de salud. México DF : SS -CNECSR, 2013.
38. Gómez Gómez, Elsa. *Curso virtual Género y Salud: Marco conceptual*. Washington DC. : Organización Panamericana de la Salud, 2011.
39. *Genders, sexes and health: what are the connections - and why does it matter*;. Krieger, N. s.l. : International Journal of Epidemiology, , 2003, Vol. 32.
40. Principios de Yogyakarta. [En línea] 6 - 9 de noviembre de 2006.
http://www.oas.org/dil/esp/orientacion_sexual_Principios_de_Yogyakarta_2006.pdf.
41. Gómez Gómez, Elsa. *La igualdad de género en el marco de los derechos humanos y la diversidad. Curso Virtual de Género y salud*. Washington DC : Organización Panamericana de la Salud, 2011.
42. Organización Panamericana de la Salud. *Política de Igualdad de Género. OPS/OMS*. [En línea] 2005. www.paho.org/spanish/ad/ge/PAHOGenderEqualityPolicy2005.pdf.
43. García Calvente, Marí del Mar, del Río Lozano, María y Marcos Marcos, Jorge. *Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes*. s.l. : Escuela Andaluza de Salud Pública y Consejería de Salud y Bienestar Social, 2013.



44. *Proyecto de resolución del plan de acción sobre salud en todas las políticas.* Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la salud. Washington, DC. : OPS/OMS, 2014. CD53/10, Rev. 1.
45. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Orientaciones para la planificación y programación en red . Santiago de Chile : Ministerio de Salud de Chile, 2015.
46. Secretaría de Salud, Universidad Autónoma Metropolitana. Observatorio de la Salud Pública de México. México DF : UAM, 2011. ISBN 978 607 477 550 1.
47. Asamblea General de las Naciones Unidas. Proyecto de resolución remitido a la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015 por la Asamblea General en su sexagésimo noveno período de sesiones. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.* 2015. 15 15900.
48. Secretaría de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud. México D.F. : Secretaría de Salud, 2015. ISBN 978-607-460-495-5.
49. Epstein, David, y otros. *An economic framework for analysing the social determinants of health and ehealth inequalities.* York, UK : University of York, 2009.
50. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. *Observatorio para medición de desigualdades y análisis de equidad en salud.* Bogotá : s.n., 2015. ISBN 978-958-8903-38-5.
51. Cooperación Alemana al Desarrollo, Programa Buen Gobierno y Reforma del Estado en Perú. *Guía metodológica de “Transversalización del enfoque de interculturalidad en programas.* Lima : s.n., 2013.
52. Hernández Xochipa, Vianney. Evolución histórica del concepto de promoción de la salud. Proyecto terminal profesional de la especialidad en promoción de la salud. s.l. : INSP, 2013.
53. *De la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud, construyendo un nuevo paradigma.* García González, Rossana y Ávila Agüero, María Luisa. 1, San José : s.n., enero - marzo de 2007, Acta Médica Costarricense, Vol. 49. ISSN 0001-6002.
54. Lozano, R, y otros. *Carga de la enfermedad en México 1990 - 2010. Nuevos retos y desafíos.* Cuernavaca : Secretaría de Salud, INSP, 2014. ISBN 978-607-460-471-9.
55. World Health Organization. *The implications for training of embracing: a life course approach to health.* s.l. : WHO, 2000.
56. *Life course epidemiology.* Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. 10, s.l. : Journal of epidemiology and community health, 2003, Vol. 57.
57. Fine, A., & Kotelchuck, M. *Rethinking MCH: The life course model as an organizing framework.* s.l. : US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau, 2010.



-
58. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. *Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Atención Primaria a la Salud*. s.l. : Secretaría de Salud, 2016.
59. Baltes, P.B. y Graf, P. Psychological Aspects of Aging: Facts and Frontiers. *The Lifespan Development of Individuals: Behavioral, Neurobiological and Psychosocial Perspectives*. Cambridge : Cambridge University Press, 1996.
60. Blaine, D. The Life Course, the Social Gradient, and Health. [aut. libro] M. Marmot y R.G. Wilkinson. *Social Determinants of Health*. New York : Oxford University Press, 1999.
61. Boyce, W.T., y otros. Social Context in Developmental Psychopathology: Recommendations for Future Research from the MacArthur Network on Psychopathology and Development. *Development and Psycho*. 1998.

**Guadalajara 46, 6° piso
Colonia Roma, Delegación Cuauhtémoc
Ciudad de México, México. Septiembre 2017**

“Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”