

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General de Promoción de la Salud

MODELO OPERATIVO de PROMOCIÓN de la SALUD



ÍNDICE

MENSAJE

por el Dr. Julio Frenk Mora, Secretario de Salud

Presentación

por el Dr. Roberto Tapia Conyer, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

1. Introducción	15
2. Objetivos	19
3. Principios para la construcción del modelo	21
4. Marco Conceptual	23
4.1. Disciplinas básicas de la salud pública	23
4.2. Los determinantes de la salud	24
4.3. Sustentabilidad epidemiológica, social y financiera	25
4.3.1 Carácter anticipatorio	25
4.3.2 Fortalecer la acción comunitaria	26
4.4. Las cinco funciones de la Promoción de la Salud	27
5. El Servicio de Promoción de la Salud	29
5.1. Componentes del servicio	30
5.1.1 Componentes sustantivos	30
5.1.2 Componentes transversales	33
5.2. Sitios de entrega del servicio	35
5.3. Personas atendidas	36
5.4. Prestadores directos	37
6. El servicio de Promoción de la Salud en el nivel	39
6.1. Toda estrategia es local	39
6.2. Combinación de competencias técnicas y sociales para construir valor	41
6.2.1 Liderazgo	41

6.2.2 Conocimiento	41
6.3. Organización para una entrega satisfactoria	44
6.3.1 Interfase	44
6.3.2 Línea organizacional	45
6.3.3 Personal suficiente	49
6.3.4 Equipamiento	49
7. Atributos del modelo	51
7.1. Cadena de valor	51
7.1.1 Reestructurar la cadena de valor	52
7.2. Disciplina transversal	54
7.3. Evidencia de efectividad del servicio	58
7.3.1 Consideraciones temporal, cuali-cuantitativa y de valores	58
7.3.2 Información local	60
7.3.3 Variables económicas	62
7.3.4 Criterios cuantitativo y cualitativo	62
7.3.5 Asesoría internacional	62
7.3.6 Unidad de análisis de evidencias	63
7.3.7 Expectativa última	63
8. Construcción de la Plataforma Social en Salud	65
8.1. Reorientación de la participación municipal	66
8.1.1 Municipio saludable y promotor de la salud	67
8.1.2 Sistema de información municipal	67
8.1.3 Convenios de colaboración	67
8.1.4 Red local, estatal y nacional	68
8.1.5 Elementos de continuidad y profesionalización	69
8.2. Reorientación de la participación comunitaria	69
8.2.1 Comités locales de salud	69
8.2.2 Espacios de gobernanza	70
8.3. Relación con organismos de la sociedad y el sector privado	72
9. Desarrollo organizacional	73
9.1. Alineación de recursos	74
9.1.1 Alineación de recursos financieros	75
9.2. Desarrollo de capital humano	77
9.2.1 Alianza para la profesionalización	78
9.2.2 Estrategia de Formación y Capacitación Nacional	80

9.3. Disponibilidad de capital tecnológico de información y conocimiento	81
9.4. Disponibilidad de capital organizacional	81
10. Conclusiones	83
Agradecimientos	87
Directorio	88
ANEXOS	
A. Bibliografía	89
B. Definiciones operativas	93
C. Cadena de valor por nivel	106
D. Perfiles del personal	107
E. Paquete esencial de equipamiento	111
F. Plantilla mínima para unidades médicas	114

Contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrezcan oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.

Misión del Programa Nacional de Salud 2001-2006

MENSAJE

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 identifica a la Promoción de la Salud como un elemento metodológico e instrumental fundamental para conseguir la democratización de la salud. Así mismo, destaca que las metas propuestas no se alcanzarán avanzando de manera aislada sino que deben ser consideradas como un objetivo social compartido, es decir algo que debían efectuar juntos la sociedad y los tres órdenes de gobierno, para conformar un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo.

De todas estas cualidades, son las de anticipatorio, descentralizado y participativo las que dan sentido a la Promoción de la Salud y destacan su espacio de acción.

En efecto, el sistema de salud en su conjunto debe estar organizado para actuar de forma anticipada ante las necesidades de la población; esto es, para fortalecer y mejorar la salud de las personas prestando más atención a los factores que la determinan que a la curación de enfermedades y lesiones.

Esta forma de actuar adquiere importancia especial en tiempos en que la transición epidemiológica nos desafía con una considerable carga de enfermedades no transmisibles y una visible pérdida en años de vida saludable a causa de trastornos de salud mental.

Todo aquello que no hemos podido prever nos da una señal de alerta: es urgente fortalecer la actitud anticipatoria del sistema de salud y así generar los recursos para atender de forma eficiente los retos futuros.

La creación de un sistema descentralizado va más allá de la transferencia de responsabilidades, contempla la construcción de liderazgo en las propias localidades mediante el reconocimiento de las competencias que ahí existen. Es necesario evitar que la toma de decisiones se concentre en los niveles estatales así como promover que las respuestas de diseñen lo más cerca de donde se

encuentra la gente. En síntesis, es imperativo impulsar una descentralización que conlleve el fomento de la capacidad local.

La renovación del sistema de salud contempla que los ciudadanos se involucren, de manera individual o en forma organizada, en todas las decisiones que afecten a su salud; esto es, que estén representados en los cuerpos directivos de las unidades de salud; que participen en los foros de discusión del sector, sumando sus inquietudes a las agendas estatales y nacionales de salud, y que opinen sobre las grandes decisiones de política pública.

El Modelo Operativo que aquí se presenta obedece a ese espíritu democratizador de la salud y obliga a la revisión del papel de la Promoción de la Salud en el quehacer de la salud pública. Es cierto que ya se han instrumentado algunas acciones mediante los programas de Acción de Comunidades Saludables e Intersectorial de Educación Saludable, y que éstos se han visto fortalecidos por el acuerdo del Consejo de Salubridad General y la estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida. Sin embargo, también es cierto que se requiere una revisión completa de las acciones de promoción de la salud como la que propone el presente modelo con su visión crítica y adecuada a los retos actuales.

El desafío más importante es cumplir cabalmente con los objetivos de la reforma estructural de la salud. Cabe recordar que, con la aprobación de los cambios a la Ley General de Salud de abril del 2003, dicha reforma ha impuesto un giro en la atención de la población sin seguridad social. Hoy podemos esperar que para 2010 toda la población tenga acceso a un seguro público de salud. No obstante, el éxito de la reforma depende en buena medida de la existencia de un programa eficiente de Promoción de la Salud que se concentre en los riesgos individuales y fortalezca los determinantes favorables. Sin un programa así la atención de la población será insostenible. El énfasis no estará ya en la búsqueda de recursos financieros sino en fijar con claridad la mejor forma de invertirlos.

La continuidad de la reforma dependerá de la perdurabilidad de los cambios de comportamiento de la población y de la organización e involucramiento

de todas las partes interesadas; pero sobre todo dependerá de que la gente conozca sus derechos, sepa demandarlos y se organice para hacerlo, y de que los servicios de salud logren dar respuesta. En un lado de la balanza se ubicará el sistema de salud; en el otro, como contraparte de equilibrio, tendremos un ciudadano que pueda utilizar adecuadamente los servicios y que sea co-productor de salud, tanto en lo individual como en los ámbitos comunitario y social.

El Modelo Operativo de Promoción de la Salud representa la plataforma para el desarrollo de esta disciplina y su consolidación como uno de los tres pilares de la reforma estructural de la salud en México.

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

PRESENTACIÓN

La primera estrategia que propone el Programa Nacional de Salud 2001-2006 es vincular a la salud con el desarrollo económico y social, y establece como una de sus premisas centrales la estrecha relación que guardan ambos aspectos. La experiencia internacional demuestra que la atención de la salud fortalece la cohesión y el desarrollo sociales. Ciertamente la inversión en salud incrementa el capital humano y así contribuye al desarrollo. Además, los servicios de salud son por si mismos un vigoroso sector de la economía capaz de producir un efecto multiplicador en el área.

Desafortunadamente son muchos los elementos del vínculo salud/ desarrollo que nuestro ya tradicional sistema de salud no puede abordar adecuadamente.

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud identifica a la promoción de la salud como un componente transversal en todos sus programas. Por ello hemos querido revisar a profundidad la forma en que la orientamos e instrumentamos. El presente Modelo Operativo de Promoción de la Salud ofrece una reorientación conceptual de nuestra disciplina en aras de impulsar su aterrizaje en la acción. Nuestro objetivo es atender de manera efectiva las necesidades poblacionales y los retos que presenta el sistema de salud.

Central al servicio de promoción de la salud es su carácter anticipatorio, por el cual busca dar atención no a la enfermedad sino a los determinantes de la salud, para fortalecer los que son favorables a ésta y delimitar los que no lo son. Nuestra disciplina va más allá del evento y se centra en las causas epidemiológicas multifactoriales. A partir de ahí aspira a aprovechar todos los momentos de contacto que tienen los servicios de salud con la gente en las distintas etapas de la vida de ésta. Al identificar el perfil de riesgos de cada individuo podemos ayudarlo a manejar mejor sus condiciones personales. También nos proponemos fortalecer aptitudes y habilidades y crear una verdadera cultura en salud que fluya vigorosamente entre individuo y población.

Sabemos que es necesario involucrar a los servicios comunitarios así como efectuar labores de abogacía y de mercadotecnia social. A lo anterior añadimos un elemento esencial en esta época en que hay que orientar adecuadamente los recursos: sustentar toda acción en la evidencia de efectividad que se tenga tanto local, estatal, nacional e internacionalmente (así sacamos a la Promoción de la salud del mero intervencionismo social).

La Promoción de la salud, como disciplina que atraviesa todos los programas de Salud Pública, es un servicio integrado por cinco funciones universales que actuarán en las entidades federativas y en las jurisdicciones. Estará concentrado en dos puntos clave: anticipar con base en los determinantes de la salud y construir la base de evidencia. Somos conscientes de que para lograr estos objetivos es necesario que el servicio se reestructure y profesionalice.

El desafío último es llevar estos cambios al nivel local, es decir ahí donde suceden las cosas. Se deberán tomar de dicho nivel las estrategias que él mismo genere. Nuestro propósito es hacer despertar nuevamente en la conciencia de todos el compromiso con la salud de la población e impulsar que éste se haga realidad ahí donde la gente se encuentra. El proceso de implantación contendrá varios elementos: desarrollo organizacional, concertación federal/estatal, adecuación estatal y local, seguimiento de las intervenciones y evaluación continua.

También será necesario conformar una alianza local, nacional e internacional para la transferencia y consolidación del conocimiento entre todos los actores involucrados y para capacitar y formar rigurosamente al personal ahí mismo, en el frente de batalla. Sólo con personal comprometido y competente podremos atender el desafío.

Quienes desde todos los niveles participamos en la labor, debemos contribuir al quehacer primordial de la Promoción de la salud, es decir producir salud. Acuerdo y concertación estatales, coordinación e impulso jurisdiccional y compromiso y profesionalismo locales compondrán, con la rectoría federal, la fórmula estratégica. Si a ésta le sumamos a las personas organizadas tendremos la tría necesaria para conseguir una ejecución exitosa.

Este modelo es diferente a muchos otros. Responde al proceso creciente de democratización y al reto de dar sustentabilidad a la Reforma. Además exige profesionalización, construye sobre evidencia, es versátil, busca la acción local, se enfoca como servicio y responde a la oportunidad que abren nuestras crecientes capacidades. Con su implantación podremos generar en última instancia un modelo enriquecido con la experiencia local, que alcance a los usuarios, que tenga funciones claras y sobre todo que de continuidad social y financiera al Sistema de Protección Social en Salud.

Una vez que hemos definido este Modelo Operativo de Promoción de la Salud procede su adecuación a la realidad de los estados y localidades. A partir de este momento damos inicio a un proceso de construcción acelerada y continua. No podemos permitir que el rezago actual persista. Tampoco podemos despegarnos de lo que la ejecución nos marque y enseñe. Por eso, este documento es una primera versión del modelo.

La labor traerá nuevos avances y versiones. Sin duda, con el acuerdo de las autoridades centrales, la contribución jurisdiccional y el apoyo de las bases colectivas lograremos la transformación buscada.

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

1. Introducción

*No sólo la enfermedad se propaga.
También la salud.*

Guidados por el Programa Nacional de Salud y por la misión que éste se ha propuesto, en la XIV Reunión Nacional de Promoción de la Salud realizada en el mes de agosto del 2005 dimos a conocer nuestra propuesta Reposicionamiento de la Promoción de la Salud, en la que esbozamos un nuevo modelo de operación de la disciplina. La propuesta pretende incrementar la efectividad de los servicios de Promoción de la salud haciéndolos aún más acordes con los retos que plantean la Reforma del Sector Salud y en particular el Sistema de Protección Social en Salud, para así colocar a las tareas de promoción de la salud como el tercer pilar de éstos.

La aparición de este nuevo modelo operativo es una oportunidad para mejorar la oferta de Promoción de la Salud, que presenta actualmente un rezago importante.

El presente documento ofrece un marco de referencia para construir la plataforma organizacional y la infraestructura física y de personal que nos permitan realmente entregar el servicio a la población en forma cercana, simple, rigurosa, atractiva y eficaz, así como apoyar las diferentes actividades de promoción de la salud que llevan a cabo diversos programas de acción.

**Brindar el servicio de promoción de la salud de manera
cercana, simple, rigurosa, atractiva y eficaz.**

Para construir este nuevo modelo efectuamos el siguiente proceso de consulta:

- Realizamos dos reuniones de consulta estatal en Chihuahua y Zacatecas, en las que participaron promotores de salud y funcionarios de los niveles estatal y jurisdiccional, así como de algunas unidades médicas.
- Conformamos un **grupo de expertos** integrado por funcionarios federales y estatales para que, además de participar en la construcción del modelo operativo, analizaran la pertinencia y viabilidad de su instrumentación. Los estados participantes fueron Campeche, Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
- Para redefinir lo relativo a la **base social** y comunitaria, buscamos consenso con el Comité Coordinador de la Red Mexicana de Municipios por la Salud. De la misma forma consideramos las experiencias que sobre los comités locales de salud tienen los estados de Guerrero, Hidalgo y Guanajuato.
- Efectuamos reuniones de consulta con Directores Generales de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, así como con los Coordinadores de asesores del Secretario y de los Subsecretarios de Innovación y Calidad y de Prevención y Promoción de la Salud.
- La propuesta del modelo fue presentada en la XX Sesión ordinaria del **Consejo Nacional de Salud**, en diciembre de 2005.

El modelo iniciará su implantación en algunas de jurisdicciones y entidades federativas que de forma voluntaria lo deseen aplicar, y una vez ajustado se diseminará entre las 32 entidades federativas

Con este nuevo modelo operativo aspiramos a:

- *Que el servicio de promoción de la salud sea entregado de forma oportuna y con calidad en las diferentes etapas de la vida.*
- *Que la población sea co-productora individual y social de la salud.*
- *Que los lugares donde las personas viven, trabajan, juegan, aprenden y socializan favorezcan su salud y seguridad.*
- *Que los servicios de salud se orienten a proteger la salud de las personas y no sólo a restaurarla*
- *Que las instituciones sociales, privadas y gubernamentales generen políticas saludables.*

Cronología histórica de las instituciones de Promoción de la Salud en el ámbito federal

- 1921: Oficina de Propaganda y Educación Higiénica, Departamento de Salubridad Pública
- 1943: Dirección de Educación Higiénica, Secretaría de Salubridad y Asistencia
- 1973: Programa Nacional de Educación para la Salud
- 1978: Dirección General de Educación para la Salud, con áreas en los estados (dentro de los Servicios Coordinados)
- 1985: Dirección de Área de Educación para la Salud (compactación) dentro de la Dirección General de Medicina Preventiva
- 1988: Dirección General de Fomento para la Salud
- 1988: Red Mexicana de Municipios por la Salud
- 1992: Dirección General de Fomento de la Salud
- 1995: Dirección General de Promoción a la Salud
- 2001: Dirección General de Promoción de la Salud

2. Objetivos

- a) Ejercer una rectoría fortalecida en el área de Promoción de la salud a fin de que ésta cumpla a plenitud su función como eje impulsor e integrador de los programas de salud pública y como soporte del Sistema de Protección Social en Salud.
- b) Construir una plataforma organizacional y de infraestructura que permita entregar el servicio de Promoción de la salud a la población y que impulse que los elementos de promoción de la salud incluidos en los programas de acción se ejecuten de forma cercana, simple, rigurosa, atractiva y eficaz.
- c) Orientar e integrar el quehacer institucional con base en un modelo operativo versátil que permita planear, organizar, sistematizar y operacionalizar las acciones de Promoción de la salud en los diferentes niveles, y que ayude a ésta a cumplir su función transversal en los Programas de Salud Pública.
- d) Reposicionar a la Promoción de la salud a nivel nacional, toda vez que ésta es elemento esencial para la sustentabilidad del Sistema de Salud en general y del Sistema de Protección Social en Salud en particular.

3. Principios para la construcción del modelo

Este capítulo enlista los principios que nos guiaron durante la construcción del presente Modelo Operativo de Promoción de la Salud Versión 1.0. El lector encontrará referencia a ellos a lo largo de todos los capítulos.

Focalizar siempre nuestra atención en el nivel local.⁽³⁶⁾

Lograr efectividad en los esfuerzos destinados a modificar los determinantes⁽⁷⁰⁾ de la salud, utilizando la mejor evidencia disponible.

Considerar siempre la gran diversidad de **determinantes de la salud** que existen -incluyendo los psicológicos, ambientales, sociales y nutricionales- así como los estilos de vida y comportamiento.

Promover el desarrollo de **capital humano** comprometido⁽³⁷⁾ y profesionalmente competente⁽⁶⁶⁾.

Esforzarnos por conseguir **versatilidad** para llevar el servicio al nivel local en forma efectiva.

Lograr un óptimo **desarrollo organizacional**, construido a partir de las bases que ya existen.

Incorporar en nuestro servicio **las mejores prácticas** internacionales⁽³⁴⁾ así como propuestas propias, originales e innovadoras.

Responder a los retos actuales, entre ellos el de convertir al servicio de Promoción en el **tercer pilar de la Reforma en Salud**.

Transformar los programas para adecuarlos al **contexto** descrito en la Reforma.

4. Marco conceptual

Este capítulo comienza con una breve descripción de las dos disciplinas básicas de la Salud Pública, la Epidemiología y la Promoción de la Salud, y de su importancia para el conocimiento de los determinantes de la salud.

Enseguida define dos tipos de determinantes de salud -positivos y de peligro- y establece los indicadores que sirven para medir cómo incide la promoción de la salud en ellos. Con esta base propone un principio estratégico.

Más adelante señala cómo el sustento epidemiológico, social y financiero de la acción encuentra su base en tres puntos: el conocimiento de los determinantes de la salud, el carácter anticipatorio de la promoción de la salud y la misión que tiene ésta de fortalecer los lazos comunitarios. A la par destaca la relevancia que el cumplimiento de estos tres puntos tiene para el cumplimiento de la Reforma.

El capítulo termina describiendo brevemente las cinco funciones que desde 1986 se atribuyen a nuestra disciplina en todo el mundo.

4.1 Disciplinas básicas de la salud pública

La epidemiología y la promoción de la salud son **disciplinas básicas** de la Salud Pública. La primera se aboca a reconocer los determinantes de la salud y la segunda a intervenir en las condiciones e instrumentar las acciones necesarias para incidir sobre ellos.

La **epidemiología** -que caracteriza a las poblaciones según las variables tiempo, lugar y persona- identifica los factores que aumentan o reducen las probabilidades de sufrir un daño en la salud.

La **promoción de la salud** parte de esta caracterización y trabaja tomando en cuenta el origen de los determinantes, analizando la forma en que las personas se exponen a los riesgos, poniendo énfasis en averiguar cómo pueden éstas ya sea protegerse o volverse más resilientes⁽⁷¹⁾, y utilizar los determinantes favorables para impulsar su bienestar.

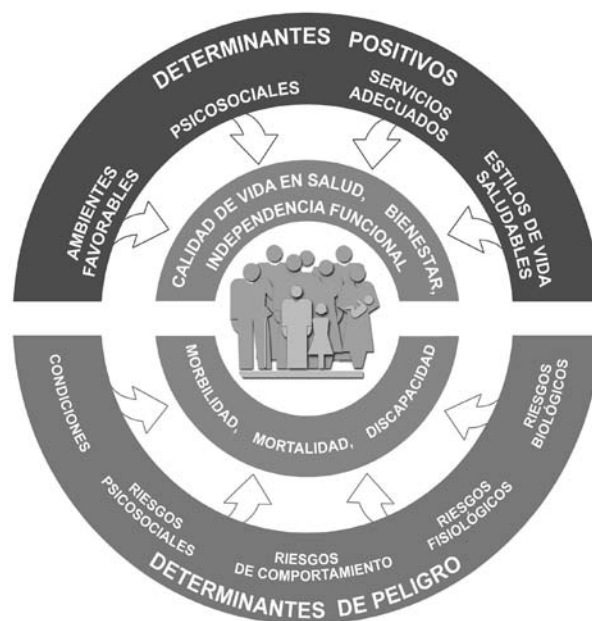
4.2 Los determinantes de la salud

Son determinantes^(69,70) positivos de la salud aquellos que contribuyen a mejorar la calidad de vida de la gente y su bienestar funcional. El objeto de la promoción de la salud es, en primera instancia, **favorecerlos**.

Son determinantes de peligro aquellos que afectan la salud de la población, modificando la morbilidad y mortalidad en un sentido negativo. El propósito de la promoción de la salud es **evitarlos** o **delimitarlos**.

Actuar sobre ambos determinantes ha demostrado ser efectivo. La **efectividad** de las intervenciones de promoción de la salud se debe medir considerando cómo han contribuido éstas a modificar los determinantes de la salud.

Para efectuar esta operación es necesario construir un sistema de **indicadores**. Los indicadores a corto plazo señalan los cambios que sufren los determinantes. Los indicadores a mediano plazo destacan cómo repercuten esos cambios en la calidad de vida de la gente, su salud, bienestar y capacidad funcional. Por último, los indicadores a largo plazo señalan modificaciones en el comportamiento de la morbi-mortalidad y en la esperanza de vida de la población (sólo ocasionalmente se registran cambios en morbilidad y mortalidad en corto y mediano plazos).



Al identificar los determinantes debemos considerar los cambios ocurridos en el **paradigma de ubicación de la población atendida**, que ha pasado a ser mayoritariamente urbana (esto ha modificado sus condiciones ambientales y psicológicas y su estilo de vida). El fenómeno es global -en el 2006, 50% de la población mundial habita en ciudades- pero resulta especialmente pronunciado en México -donde se estima que rebasa el 80%

Con el fin de alinear y orientar el quehacer de todos los actores involucrados en acciones de promoción de la salud proponemos el siguiente principio estratégico⁽²²⁾:

Modificando los determinantes, mejoramos la salud

4.3 Sustentabilidad epidemiológica, social y financiera

4.3.1 Carácter anticipatorio

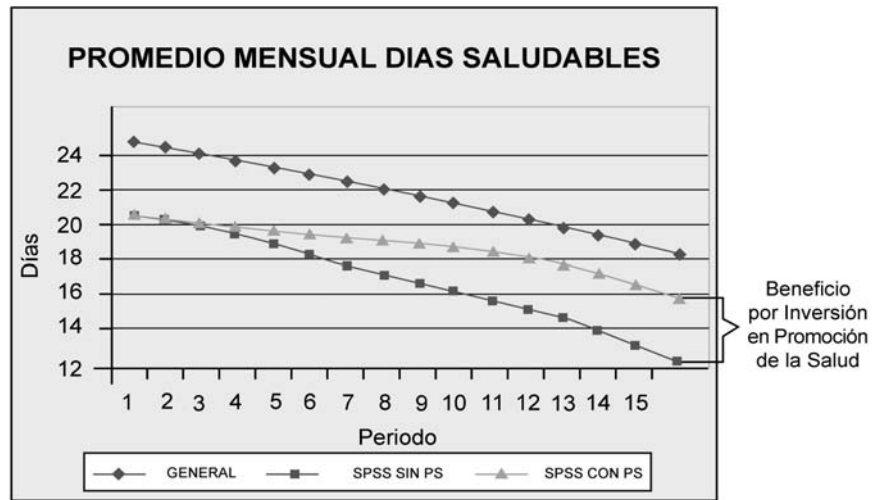
Una cualidad de la promoción de la salud es su carácter **anticipatorio**,⁽⁵⁹⁾ es decir, la virtud de prever y prevenir el desarrollo natural de la enfermedad (tal característica es consecuente con la Visión del **PRONASA** 2001-2006).

El servicio de promoción tiene por objeto **modificar** los determinantes de la salud. Los resultados de esta acción se reflejan en mejoras en la calidad de vida, el bienestar y la independencia funcional de las personas^(5,6).

De lo anterior podemos inferir que **invertir** en promoción de la salud puede reeditar en un mayor beneficio en salud⁽⁷³⁾ así como en un menor gasto⁽⁷⁴⁾, y empujar la morbi-mortalidad a etapas tardías de la vida, permitiéndonos avanzar hacia “la siguiente fase de la transición epidemiológica”.

Este hecho es fundamental para la **sustentabilidad financiera**^(38,63) del Sistema de Protección Social en Salud, cuyos afiliados, cabe recordar, son aceptados sin considerar el deterioro con el que ingresan a la cohorte^(17,19,20) (en 2005 la mayoría de las familias pertenece a los dos primeros deciles y en general su salud se encuentra en malas condiciones).

**Invertir en promoción de la salud
puede reeditar en un mayor beneficio en salud,
así como en un menor gasto.**



4.3.2 Fortalecer la acción comunitaria

Fortalecer la acción comunitaria es función nata y específica de la Promoción de la Salud.

Como tercer pilar del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), la promoción de la salud busca fortalecer la acción comunitaria y generar la base social que provea a la Reforma en salud de dos elementos indispensables:

- Sustentabilidad social, que se consigue cuando los prestadores de servicios de salud **cumplen** las obligaciones adquiridas con los afiliados.
- Sustentabilidad financiera, que se consigue cuando los afiliados se comprometen a **co-producir** salud individual y social junto con las Instituciones y prestadores de servicios.

La Promoción de la Salud legitima el desempeño del SPSS al proteger y mejorarla calidad de vida, el bienestar y la capacidad funcional de sus beneficiarios.

A través de su interacción con la comunidad organizada y con los ayuntamientos, el servicio de Promoción de la Salud puede motivar y facilitar que la población afiliada al Seguro Popular **conozca** sus obligaciones y derechos, y **exijan** estos

últimos. Puede también promover entre la población conductas de autocuidado y de mejoramiento del entorno.

... motivar y facilitar
que los beneficiarios del Seguro Popular
conozcan sus obligaciones y derechos,
y exijan estos últimos.

4.4 Las cinco funciones de la Promoción de la Salud

En la Carta de Ottawa quedaron establecidas las cinco funciones básicas necesarias para producir salud⁽⁷⁷⁾:

a) Desarrollar aptitudes personales para la salud

La promoción de la salud proporciona la **información** y las **herramientas** necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, y para que utilice adecuadamente los servicios de salud. Además ayuda a que las personas se preparen para las diferentes etapas de la vida y afronten con más recursos las enfermedades y lesiones, y sus secuelas.

b) Desarrollar entornos favorables



La promoción de la salud impulsa que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello estimula la creación de **condiciones** de trabajo y de vida gratificantes, higiénicas, seguras y estimulantes. Además procura que la protección y conservación de los recursos naturales sea prioridad de todos.

**Condiciones de trabajo y de vida
gratificantes, higiénicas, seguras y
estimulantes...**

c) **Reforzar la acción comunitaria**

La promoción de la salud impulsa la **participación** de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud. Asimismo fomenta el desarrollo de sistemas versátiles que refuercen la participación pública.

d) **Reorientar los servicios de salud**

La promoción de la salud impulsa que los servicios del sector salud **trasciendan** su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica.

También contribuye a que los servicios médicos sean sensibles a las necesidades **interculturales** de los individuos, y las respeten.

Asimismo impulsa que los **programas de formación profesional** en salud incluyan disciplinas de promoción y que presten mayor atención a la investigación sanitaria.

Por último, aspira a lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad **compartida** entre los individuos, los grupos comunitarios y los servicios de salud.

e) **Impulsar políticas públicas saludables**

La promoción de la salud coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados. Al hacerlo busca sensibilizarlos hacia las consecuencias que sobre la salud tienen sus decisiones. También aspira a propiciar que una decisión sea más fácil al tomar en cuenta que favorecerá a la salud. Asimismo promueve que todas las decisiones se inclinen por la creación de ambientes favorables y por formas de vida, estudio, trabajo y ocio que sean fuente de salud para la población.

**Formas de vida, estudio, trabajo y ocio
que sean fuente de salud.**

5. El servicio de Promoción de la Salud

Este capítulo describe los siete componentes que integran el Servicio de Promoción de la Salud, el sitio específico en que cada uno de ellos se entrega y las acciones que cubre.

Además ofrece una tabla general de los sitios de entrega del servicio clasificados en: Unidades de atención, hogar, otros sitios importantes y sitios ocasionales.

Enseguida menciona quiénes son las personas que reciben el servicio de forma directa, deteniéndose a señalar que éste también brinda beneficios de manera indirecta a quienes lo otorgan. Por su carácter anticipatorio la Promoción de la Salud es un bien de todos.

El último inciso señala que se debe poner especial énfasis en la atención de personas concretas dentro de contextos reales. El mayor apoyo del Sistema debe destinarse a los promotores directos, encargados de ese vínculo último y esencial.

Las funciones de promoción de la salud se cumplen a través de un Servicio Integrado de Promoción de la Salud, cuyas intervenciones van de lo individual a lo poblacional. Nuestro modelo recomienda que el servicio privilegie a la población **más vulnerable** para lograr con ello mayor equidad y equilibrio entre las regiones del país. Con este criterio, enfocamos especialmente nuestra atención en las poblaciones indígena y migrante, ésta última sometida a drásticos cambios de entorno (lo cual resulta poco favorable para su salud). Al modificarse su red social, los migrantes quedan desprotegidos, obligados a enfrentarse al nuevo y muchas veces hostil ambiente sólo con la fortaleza de la cultura con que emigran. Hemos de priorizar a esta comunidad en la integración de nuestra entrega, tanto al interior de la nación como internacionalmente.

**... que el servicio privilegie
a la población más vulnerable.**



5.1 Componentes del servicio

Este servicio tiene siete componentes, cuatro sustantivos y tres transversales.

5.1.1 Componentes sustantivos

a) Manejo de riesgos personales

Este componente identifica los determinantes no favorables que influyen en la salud individual y a partir de ello genera un **perfil individual** según edad, sexo, condición biológica, aspectos culturales y situación laboral. El conocimiento de este perfil facilita la elección de las medidas de promoción y prevención que convendrán a esa persona a lo largo de su vida.

Dicha labor se lleva a cabo a nivel local, de preferencia en las unidades de atención médica y de forma individual y familiar.

Incluye, entre otras acciones:

- Aplicación de las intervenciones de protección específica a lo largo de las diferentes etapas de la vida⁽⁵⁸⁾

- Diagnóstico y elaboración del *Perfil de resiliencia y riesgo*, que consiste a su vez de los siguientes perfiles particulares:
 - Genético (según árbol genealógico) y eventualmente genómico
 - Ambiental
 - Del entorno inmediato: vivienda
 - Del entorno inmediato: lugar de trabajo
 - Social
 - Familiar
 - Cultural
 - Psicológico
 - De seguridad personal
 - De actividad física
 - De hábitos alimenticios
- Manejo de los riesgos identificados

b) **Desarrollo de capacidad y competencia en salud**

Este componente promueve la transmisión de **conocimientos** hacia la población y el fomento de valores, actitudes y aptitudes personales para que la gente salvaguarde su salud fortaleciendo los determinantes positivos.

Este servicio se otorga en los sitios de prestación a nivel local, al individuo, la familia y/o a grupos de específicos.

Incluye, entre otros, acceso a:

- Actividades de Educación para la salud
- Grupos de autoayuda
- Talleres de capacitación comunitaria
- Herramientas e instrumentos varios de comunicación educativa, como guías, trípticos, carteles, periódicos videos y murales

c) **Participación social para la acción comunitaria**

Este componente impulsa la participación informada y organizada de la población y promueve la creación de redes sociales que posibiliten y faciliten la instrumentación de las estrategias de Promoción de la Salud desde la **base social**, logrando así el empoderamiento de las comunidades.

Este componente se desarrolla principalmente en los niveles local, municipal y jurisdiccional.

Incluye:

- Apoyo y asesoría técnica a la sociedad organizada
- Información y capacitación de comités locales de salud
- Promoción de la participación municipal a favor de la salud
- Fomento del desarrollo de Municipios promotores de la salud y saludables
- Gobernanza: organización y estructuración de espacios de interfase con los servicios de salud⁽¹¹⁾

d) **Desarrollo de entornos saludables**

Este componente impulsa la creación de **espacios** físicos y sociales donde las personas vivan, estudien y trabajen en condiciones higiénicas, seguras y estimulantes para producir salud y mejorar su calidad de vida. Además procura la protección y conservación de los **recursos** naturales. Aborda el manejo adecuado de **agentes** físicos, químicos y biológicos.

Este componente se desarrolla en todos los niveles e incluye, entre otros:

- Capacitación a distintos actores
- Educación para la salud
- Guías para el desarrollo de entornos
- Materiales educativos
- Certificación de espacios

5.1.2 Componentes transversales

a) **Abogacía intra e intersectorial**

Este componente se propone influir tanto al interior del sector salud como fuera de él. Intercede y promueve la **cooperación** de otros sectores con el fin de generar sinergia entre los diversos actores, ámbitos y niveles que están o podrían estar involucrados en la prestación del servicio de Promoción de la Salud. Impulsa este concierto con objeto de potenciar el impacto de las intervenciones.

Su acción se lleva a cabo en todos los órdenes de gobierno, de forma directa con: responsables de programas de salud, otras instituciones de salud públicas o privadas, otras instituciones públicas, y empresas y organismos no gubernamentales, entre otros.

Incluye, entre otros:

- Identificación de contrapartes institucionales, municipales y **empresariales**
- Desarrollo de planes municipales y jurisdiccionales de Promoción de la Salud
- Estructuración de redes de apoyo para la promoción de la salud
- Valuación de políticas saludables

b) **Mercadotecnia social en salud**

Este componente busca motivar actitudes y comportamientos tanto individuales como sociales encaminados a promover la salud del público blanco^(54,79). Utiliza la mezcla clásica de la mercadotécnica: producto, plaza, precio (en nuestro caso, costo de acceso) y promoción, así como mezclas propias con elementos como ataduras al financiamiento público, alianzas y políticas⁽⁷²⁾.

Este servicio se efectúa en los niveles local, municipal, jurisdiccional, estatal y/o nacional, y por lo general fuera de las Unidades de atención. Parte de su labor es desarrollar un enfoque particular para cada grupo blanco⁽³⁰⁾.

Incluye, entre otros:

- Identificación y monitoreo de la percepción y cultura sociales sobre salud
- Desarrollo de una metodología de Comunicación / Mensajes / Grupos blanco
- Identificación y utilización de canales específicos
- Integración de paquetes de productos y de sus mensajes de posicionamiento
- Metodología para el diseño de campañas educativas

b) **Evidencias para la salud**

Contribuye a que la información, datos y análisis de los determinantes de la salud apoyen los procesos de **evaluación** de la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud, así como a la generación de nuevo conocimiento para el diseño de estrategias y toma de decisiones, aspectos centrales para alcanzar los objetivos de la Promoción de la Salud.

Este componente se genera en los niveles local, municipal, jurisdiccional, estatal o nacional, y se entrega en los distintos sitios de atención, utilizando los mecanismos de mercadotecnia de la información para la salud, pudiendo ofrecerse de manera individual, grupal o colectiva^(67,68).

Incluye, entre otros:

- Minería de información y documentación
- Recolectar información
- Utilizar los Sistemas de información local y municipal para la salud
- Diagnosticar y evaluar condiciones de salud comunitarias
- Realizar investigación

- Conocer los aspectos colectivos de la salud
- Socializar el conocimiento

5.2 Sitios de entrega del servicio

El servicio de Promoción de la Salud a individuos y familias se brinda principalmente en las unidades de salud. Sin embargo, el hogar también es un lugar favorable para entregarlo de forma oportuna y con amplia penetración. Lo mismo ocurre -aunque con menor intensidad- en escuelas, lugares de trabajo y albergues y otros sitios donde vive gente de forma transitoria. Otros escenarios pueden ser útiles ocasionalmente.

**El hogar es un lugar favorable
para entregar el servicio
de forma oportuna y con amplia penetración.**

Sitios de entrega			
Unidades de atención <ul style="list-style-type: none"> • Centros de salud • Hospitales • Albergues en hospitales (asilos, orfanatos, etc) • Unidades de asistencia • Farmacias • Servicios médicos municipales • Clínicas particulares y sanatorios • Otras instalaciones de salud (v.gr. casas de salud) 	Hogar	Otros sitios <ul style="list-style-type: none"> • Oficinas • Fábricas • Campos jornaleros • Albergues agrícolas • Escuelas • Edificios municipales • Cárceles • Estaciones migratorias 	Sitios ocasionales <ul style="list-style-type: none"> • Centros comerciales • Casetas de peaje • Aeropuertos • Centrales de autobuses • Hoteles • Mercados • Carreteras • Cines • Discotecas • Iglesias • Ferias populares • Puestos temporales de campañas educativas • Clubes de servicios

En busca de estrechar contacto con la población local, el servicio deberá adaptarse a todo tipo de escenarios de entrega y podrá aplicarse en espacios intramuros o extramuros.

5.3 Personas atendidas

El servicio de Promoción de la Salud puede ser otorgado a todas las personas ya sea de forma individual o reunidas en grupos específicos por edad, sexo y ocupación o ramo de actividad, o según el tipo de riesgo o enfermedad que sufren.

La promoción de la salud produce **beneficios** de forma directa o indirecta⁽³⁾.

Personas beneficiadas	
<p>Individuos que reciben directamente el beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población en general • Pacientes • Familias afiliadas al Seguro Popular • Alumnos • Deportistas • Obreros • Trabajadores de oficinas • Jornaleros • Empleados • Migrantes • Reclusos • Familias • Discapacitados • Damnificados • Sexoservidoras (es) 	<p>Actores que al producir beneficio indirectamente también lo reciben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profesores • Directores de escuelas • Alcaldes • Regidores de salud • Directores de empresas • Personal de salud • Promotores de unidades • Comités de salud

5.4 Prestadores directos

El gran reto para de Promoción de la Salud es impactar a la población en su contexto real, es decir, llevar sus componentes y programas directamente a las **localidades** y ahí mismo verificar que de verdad se cumplan y preserven. El énfasis de nuestros servicios debe estar puesto, pues, en el nivel local.

La entrega del servicio en este nivel estará a cargo de:

- Promotores institucionales
- Promotores voluntarios (de la propia comunidad)
- Otro personal institucional que colaborará con los promotores

La actividad del personal de Promoción de la Salud debe apoyarse en una plataforma de **intercomunicación** que asegure movimientos rápidos y soluciones expeditas.

En cuanto a infraestructura, el personal deberá contar con paquetes de equipamiento diseñados según los requerimientos de cada sitio de entrega.

La actividad del personal debe apoyarse en una plataforma de intercomunicación que asegure movimientos rápidos.

6. El servicio de promoción de la salud a nivel local

Este capítulo parte de la idea de que sólo estrechando nuestra relación con la población conseguiremos generar en ésta una demanda de servicios que justifique la inversión efectuada en ellos.

Acercarse a la población significa priorizar la atención otorgada en el nivel local. En ese sentido, el primer paso será crear diagnósticos comunitarios que indiquen las necesidades de cada localidad. Esta acción, que orientará el tipo de servicio que se ofrezca en cada sitio, impulsará la descentralización del servicio de promoción con medidas acordes con la democracia.

Para conseguir un servicio de valor a nivel local es necesario promover entre su personal dotes de liderazgo y acercarlo a fuentes de conocimiento que le permitan estar mejor capacitado cada día.

Es también apremiante la creación de una nueva estructura organizacional que estreche el puente que une población y servicios, y haga más clara y expedita la línea que va de los promotores directos a las redes jurisdiccionales, pasando por gerentes, redes locales y coordinadores jurisdiccionales.

El capítulo termina señalando la necesidad de que exista personal suficiente y bien equipado para conseguir una entrega de servicios satisfactoria.

Hemos tomado como principio rector la idea de privilegiar el nivel local, esto es, el lugar en el que el prestador directo del servicio se encuentra con el usuario. La ejecución a nivel local exige lograr la combinación de tres elementos, sin los cuales no se llevará a cabo con efectividad⁽⁸⁾:

- Una estrategia sólida
- Personas que puedan implantarla
- Una plataforma de organización que facilite la acción

6.1 Toda estrategia es local

Sólo conseguiremos penetrar en el nivel local si empezamos por generar una demanda de servicios de **alto valor** que justifique la inversión y haga que el servicio resulte eficiente o de bajo costo unitario. ¿Cómo se consigue generar tal demanda? Estrechando la cercanía con la población.

... generar una demanda
de servicios de alto valor
que justifique la inversión
y haga que el servicio resulte
eficiente o de bajo costo unitario.

Por otra parte, un método de búsqueda de **eficiencia** será lo único que nos permita demostrar la trascendencia de la ejecución⁽⁶²⁾. ¿Cómo se logra la eficiencia? Con organización y tecnología.

Para fomentar la estrategia local nuestro modelo parte de un **diagnóstico comunitario** -local- de salud. Una ventaja de actuar así es que permite al servicio adecuarse de manera directa a las condiciones y necesidades particulares de la población⁽²⁷⁾. Por ejemplo, el servicio de Promoción de la Salud será esencialmente distinto en una comunidad donde el principal problema sea la expulsión de migrantes que en otra donde lo sea el contacto con plomo en loza vidriada, la exposición al humo de leña o los peligros laborales.

Este modelo de operación promueve que las estrategias generales sean **coherentes** con las exigencias de las localidades y que incluso puedan ser gestadas en estas últimas. Al hacerlo impulsa la **descentralización** y promueve la revisión a fondo de estrategias generales únicas, confirmando la pertinencia de las acciones de promoción de la salud.

... que las estrategias generales
sean coherentes
con las exigencias de las localidades.

6.2 Combinación de competencias técnicas y sociales para construir valor

Para ejecutar a nivel local los componentes de promoción de la salud y conseguir un servicio de valor es necesario que tanto el personal encargado como el de apoyo cuenten con las competencias técnicas y las capacidades sociales-gerenciales adecuadas.

6.2.1 Liderazgo

Competencias⁽⁶⁶⁾

Liderazgo al nivel local
Mejora de competencias técnicas
Profesionalización
Redes de conocimiento
Equipos de expertos nacionales desde lo local
Expedientes de casos locales
Fortalecimiento del personal
Estrategia de desarrollo del primer nivel de liderazgo

Nos hemos propuesto que el liderazgo surja desde el nivel local. Es decir, promoveremos el desarrollo de personas cuya labor permée a toda la organización y sean capaces de motivar e impulsar a los profesionales de la salud, a las autoridades locales, a los directivos de empresas y organizaciones, y a los promotores voluntarios⁽³⁶⁾.

Que el liderazgo surja desde el nivel local...

6.2.2 Conocimiento

Aunque no lo parezca, un recurso crítico más escaso que los recursos materiales y financieros es el conocimiento. A diferencia de aquéllos, éste rinde más frutos cuando se le controla y utiliza plenamente a nivel local. La habilidad para llevar, difundir y explotar el conocimiento local hará que nuestra labor rinda su pleno valor.

Modificar los determinantes de la salud es una responsabilidad que debe estar en las mejores manos, esto es en las de las personas más competentes, quienes una vez identificadas deben sumergirse en un proceso de **actualización** para fortalecer sus capacidades. El procedimiento será atraer, retener y capacitar a aquellas personas que ya tengan una base técnica y profesional sobre la cual puedan construir nuevas competencias.

Atraer, retener y capacitar talento.

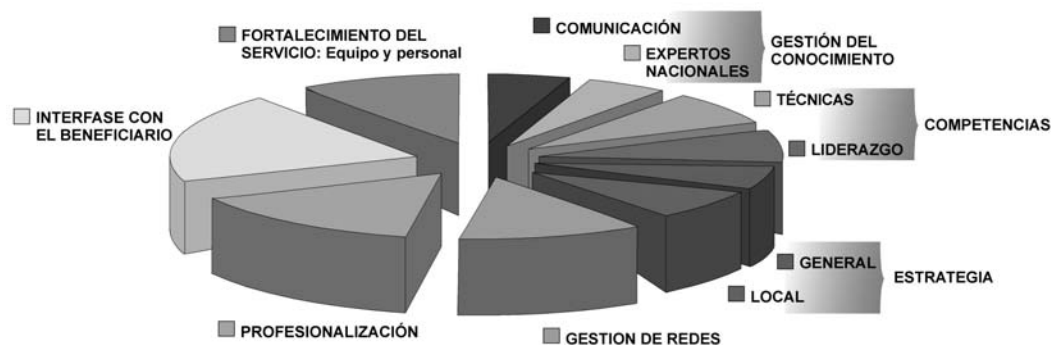
El proceso de mejora de competencias técnicas debe llevarse a cabo a nivel **jurisdiccional**.

Asegurar el máximo nivel de competencia es apremiante (por partida doble en sitios de necesidad extrema⁽⁴⁴⁾). Por eso, además de un continuo esfuerzo de capacitación se requiere impulsar la profesionalización de los promotores y del personal de apoyo.

Impulsar la profesionalización de los promotores de salud.

Elemento clave para el servicio de promoción de la salud es la creación de espacios y mecanismos locales donde compartir el conocimiento -llámese información, inteligencia, etcétera- y la experiencia. A diferencia de los recursos

IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES



materiales que tienen por lo general largo tiempo de vida, la información y el conocimiento son volátiles⁽⁴⁾. El principal reto no es diseñar sistemas que procesen con eficiencia los datos sino crear ambientes en donde la gente pueda de verdad aprovechar la información. Esto se logrará -al menos parcialmente- con la creación de **redes de conocimiento** en las que los promotores institucionales, los voluntarios, los colaboradores y los gerentes de promoción de la salud compartan conocimiento técnico y experiencias adquiridas en la gestión local, y se notifiquen unos a otros ideas e iniciativas.

**Crear redes de conocimiento
donde compartir información y experiencia.**

Asimismo, la presencia de equipos de **expertos nacionales** desde el nivel local ayudará a profundizar en temas específicos de las comunidades⁽¹⁴⁾. Por ejemplo, quienes han impulsado exitosamente la creación de entornos saludables (sitios de trabajo, escuelas, etcétera) deben compartir con otros esa experiencia y convertirse en fuente de consulta para el resto de los promotores a nivel nacional. Con casos como éste se conformarán **expedientes de casos locales**, que quedarán disponibles como instrumento de conocimiento colectivo.

**Presencia de expertos nacionales
en el nivel local.**

6.3 Organización para una entrega satisfactoria ⁽²¹⁾

6.3.1 Interfase

No sólo la calidad de los productos que se entregan y reciben dan a la promoción de la salud su valor social. Tan importante como ellos es la **calidad del proceso** con que se efectúa su entrega. Sin duda es nuestro deber conocer a fondo el producto que estamos ofreciendo (elaboración de un perfil de riesgo individual o comunitario, estrategia de mercadotecnia social, taller comunitario, acción de manejo del entorno para hacerlo más favorable, etcétera) y tener una clara perspectiva sobre los diferentes sitios de entrega posibles. Sin embargo, dominar ese qué y ese dónde no nos hacen cumplir el reto: es necesario construir un cómo satisfactorio. Es aquí donde cobra su más amplio sentido la existencia de un puente, o interfase, entre el servicio de Promoción de la Salud y la población.

**Tan importante como la
calidad de los productos
es la calidad del proceso de entrega.**

Tal como existe hoy, dicha interfase resulta insuficiente. El primer paso para **reinventarla** es que cada uno de los componentes del servicio de Promoción de la Salud genere un diseño local que sea factible y culturalmente aceptable y que considere las siguientes cuatro dimensiones: presencia física y apariencia, cognición, emoción o actitudes y contacto cercano.

Es en el contacto íntimo del prestador con el usuario donde pueden cumplirse cabalmente -o no- las **cualidades** buscadas de la atención, a saber que sea simple, rigurosa, útil, original, oportuna, atractiva, efectiva, actual y sin costos de transacción excesivos.

**Atención simple, rigurosa, útil, original,
oportuna, atractiva, efectiva, actual
y sin costos de transacción excesivos.**

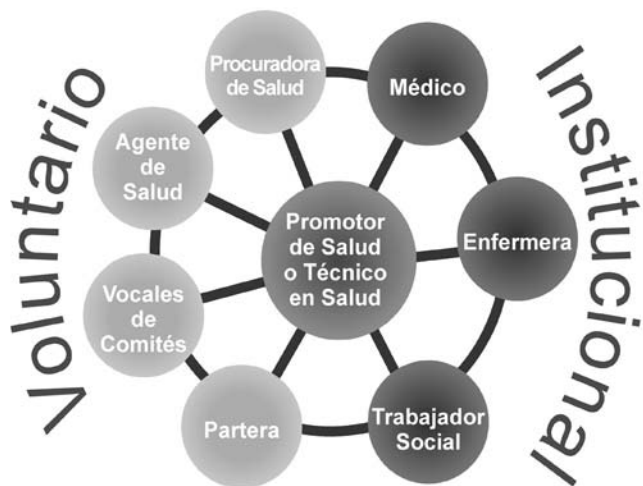
Es también en ese encuentro personal donde el prestador puede interesar al usuario en el proceso integrado de prevención por etapas de vida⁽⁵⁸⁾ y concretar la búsqueda **individualización de la atención** (es decir su adecuación al perfil de riesgo de la persona o de la comunidad).

Es importante el papel que puede jugar la **tecnología** en la reingeniería de la interfase. Algunos ejemplos son: la utilización de televisión educativa no sólo en centros de salud u hospitales sino también en centros comerciales, ferias, sitios de reunión, farmacias y otros; entrega del servicio a través de portales como *E-Salud*; introducción de tableros de touch-screen para ser utilizados en auto-educación y evaluación de perfiles; empleo de sistemas de información; uso de la creciente infraestructura en telemedicina, y utilización de los centros comunitarios digitales.

6.3.2 Línea organizacional

a) Promotores

Volver más clara la línea organizacional del servicio es imprescindible para conseguir una entrega local satisfactoria(25). Muchas de las acciones se hacen alrededor de las Unidades de salud (principalmente Centros de salud), donde, si bien por jerarquía el promotor de salud debe reportar al Director, la normatividad le indica reportar también al Coordinador de participación social o a sus subalternos, es decir a los Coordinadores de programas de promoción de la salud. La cadena se extiende pues además debe responder a los responsables de programas sustantivos, quienes con frecuencia rigen sobre su trabajo. Es por ello que nuestro modelo propone que los promotores institucionales no sólo laboren directamente en las Unidades de salud y sean parte del servicio de Promoción de la Salud, sino que reporten exclusivamente al líder jurisdiccional y -para aspectos administrativos- al Director de la Unidad.



... volver más clara la línea organizacional del servicio.

b) **Redes locales de promoción de la salud**

Para apoyar, complementar y potenciar las operaciones de promoción de la salud así como

para hacerlas flexibles proponemos gestionar la creación de **Redes⁽⁴⁸⁾ locales de promoción de la salud**.

Entendemos por redes un conjunto de “elementos interconectados entre sí a través del conocimiento, los recursos y las acciones”.

Estas redes estarán conformadas por personal institucional de Promoción de la Salud, personal institucional de apoyo a la promoción (médicos y enfermeras) y personas que participen de manera voluntaria⁽⁵⁵⁾ (Promotores voluntarios, Procuradoras de salud, Vocales de salud, etcétera).

Los Promotores de salud son responsables de vigilar que los miembros de la red estén debidamente interconectados y comunicados, y que los recursos disponibles y los productos generados circulen fluidamente a través de ella. Esto permitirá que, por ejemplo, el conocimiento pase de ser un recurso local a uno global⁽¹⁴⁾.

... que los recursos disponibles y los productos generados circulen fluidamente.

c) **Gerentes**

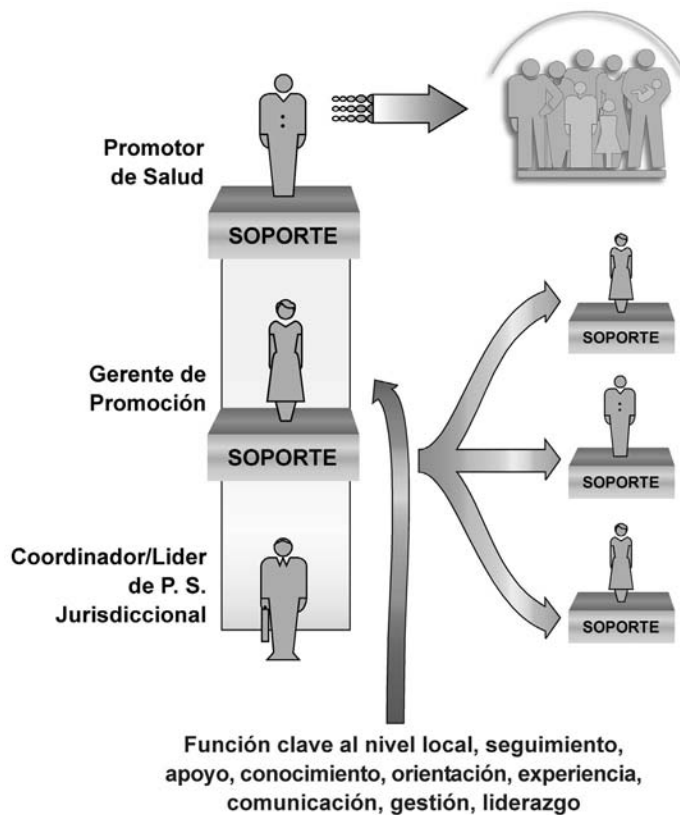
Traducir los programas y estrategias en resultados no es fácil. La experiencia muestra la gran dificultad de concretar la entrega de servicios y llegar a los usuarios y a la población en general^(7,26). Sin embargo, algunas **experiencias exitosas** en la implantación de programas de salud (similares a las de otros sectores y empresas) han dado realce a una estrategia de resultados mucho

más favorables, a saber: impulsar a quienes tienen bajo su responsabilidad a personas que no dirigen a otras ⁽⁵¹⁾.

**Impulsar a quienes tienen
bajo su responsabilidad
a personas que no dirigen a otras.**

Siendo el Promotor de la salud la cara pública del Servicio Integrado de Promoción de la Salud, sus competencias técnicas y sus habilidades juegan un papel crítico⁽²²⁾. Sin embargo, atender, mejorar y asegurar el desempeño del promotor es algo difícil de hacer desde los niveles centrales. Es por ello que nos

proponemos brindarle un importante soporte mediante la experiencia, competencia técnica y capacidad de liderazgo de los **Gerentes** de Promoción de la Salud (ubicados operativamente entre el Coordinador jurisdiccional y la Unidad de salud). Éstos con frecuencia surgen del ámbito local, conocen la cultura de éste así como sus características sociales y pueden crear empatía con los promotores directos más fácilmente.



**Atender el desempeño del promotor
es algo difícil de hacer
desde los niveles centrales.**

Nuestro modelo propone concentrar en estos gerentes la responsabilidad de una comunicación efectiva con los promotores⁽³³⁾ (que de preferencia debe efectuarse cara a cara), de la capacitación de los mismos y de la administración de recursos. Serán ellos, pues, los encargados de hacer llegar al personal que

presta de manera directa el servicio de promoción de la salud las **iniciativas clave** del servicio⁽⁵¹⁾.

Los gerentes han de ser los más **convencidos** de la visión, misión, funciones y valores propuestos por nuestro modelo operativo así como de nuestro principio estratégico, que dice Modificando los determinantes mejoramos la salud. Ellos son el eje desde donde el sentido y el propósito de nuestra labor se contagia a todos los servicios de salud⁽³⁷⁾.

Los gerentes han de ser los más convencidos de la visión, misión, funciones y valores del modelo.

Cada gerente estará encargado de apoyar **entre 7 y 15 promotores** institucionales (la cantidad dependerá de las condiciones de las localidades en que actúen).

Con este esquema de colaboración gerente/promotores directos crearemos la **unidad de personal básica** para implantar la estrategia a nivel local.

d) **Redes y líderes jurisdiccionales**

La Red jurisdiccional de promoción de la salud -o red de redes- busca dar soporte y seguimiento a la acción local así como crear **vínculos** con otros programas de acción y con instancias de salud municipales y de otros sectores.

El Coordinador -o Líder- de promoción de la salud jurisdiccional tiene la función primordial de asegurar la adecuada **interconexión** de la red de redes, facilitar el flujo de conocimientos y proveer los recursos necesarios para brindar el servicio.

Como encargado de gestionar, planear y organizar las complejas relaciones de soporte para el nivel local, **cada Coordinador estará encargado de apoyar entre 4 y 6 gerentes (la cantidad dependerá de las condiciones de las localidades en que actúen).**

**...organización adecuada a las personas,
personas adecuadas a la organización⁽⁸⁾.**

6.3.3 Personal suficiente

Contar con **suficientes promotores** es también requisito para la efectividad. Nuestro modelo teórico de atención recomienda la presencia de un promotor por cada núcleo básico o al menos por cada unidad de atención. Es deseable alcanzar este nivel, cosa que se puede lograr recuperando las plazas de personal ubicadas en otros ámbitos y funciones, así como expandiendo el personal y sus códigos laborales y funcionales.

**Contar con suficientes promotores
es requisito para la efectividad.**

6.3.4 Equipamiento

Conseguir una entrega satisfactoria del servicio depende también de que el personal cuente con el equipo adecuado para efectuarla. Nuestro modelo recomienda apoyar los servicios con insumos y un sólido equipamiento audiovisual, educativo, de comunicación, de transportación y de protección personal.

7. Atributos del modelo

El capítulo comienza por señalar cómo los actores de un proceso humano se relacionan entre sí como los eslabones de una cadena: cada uno de ellos agrega (o quita) valor a ésta.

Enseguida señala la necesidad de reestructurar la cadena de valor que integran los actores involucrados en la Promoción de la Salud, desde las Instancias Federales hasta los promotores directos.

Más adelante describe cómo, por su condición transversal, la promoción de la salud se engarza con aquellas cadenas de valor que, dentro o fuera del sector (y en todos los órdenes económicos, políticos y sociales), se asocian con algún aspecto de salud. Es responsabilidad nuestra armonizar políticas para promover que se tomen siempre decisiones saludables.

Pero no es suficiente tener un buen modelo que guíe la toma de decisiones; es necesario que las acciones derivadas de estas decisiones demuestren su efectividad. Conseguir evidencia de éxito es un desafío metodológico. El capítulo concluye describiendo algunas consideraciones que hay que seguir para enfrentarlo.

7.1 Cadena de valor

**Una cadena es tan fuerte
como su eslabón más débil**

Peter Drucker

El conjunto de instituciones y personas que intervienen con su acción en el proceso de entrega y recepción de los servicios de Promoción de la Salud forma lo que llamamos una Cadena de valor. La manera en que aquellas se relacionan entre sí es comparable con el engarce de los eslabones, sin el cual el conjunto carece de sentido. Su valor sólo existe cuando hay **unión**.

Valor es la aptitud que tienen las cosas para satisfacer necesidades o proporcionar bienestar. Algo es más valioso si da mayor satisfacción y si para hacerlo exige sólo un esfuerzo aceptable o pequeño.

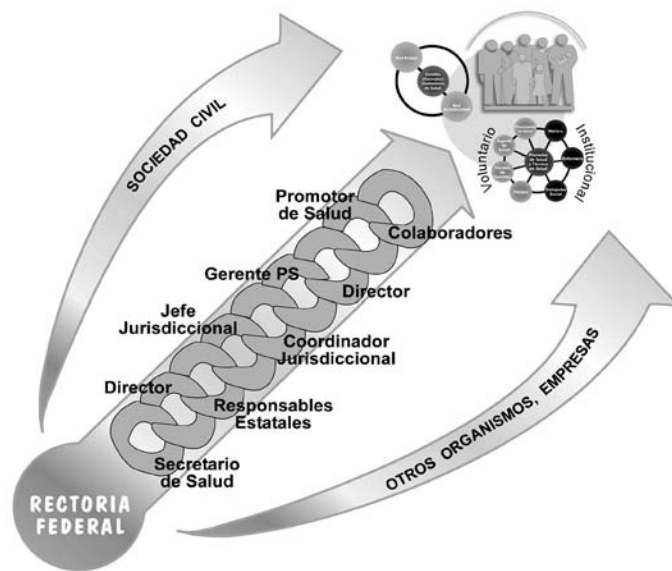
El análisis de una cadena de valor nos permite, primero, identificar lo que los usuarios o beneficiarios **perciben** como valioso y, segundo, conocer de

qué manera contribuye cada uno de los eslabones de entrega del servicio al **resultado** final, es decir, a la satisfacción -o insatisfacción- de la gente⁽³¹⁾.

En una cadena puede haber eslabones que no contribuyan a generar valor o que incluso lo destruyan.

El **valor final** de una cadena admite diferentes enfoques. Así, para el ciudadano común el valor último que obtenga de las intervenciones de promoción será el aumento de su bienestar, de su calidad de vida en salud y/o de su capacidad funcional, mientras que para los promotores el valor final será el impulso que se consiga dar a los determinantes favorables de la salud y el grado en que puedan ser contenidos los peligros.

Si una cadena de valor está construida y actúa de manera efectiva ⁽²⁸⁾ traerá como **resultado** la lealtad, confianza y compromiso de los usuarios hacia el sistema de salud y un sentido de pertenencia hacia éste.



Lealtad, confianza, compromiso y sentido de pertenencia.

7.1.1 Reestructurar la cadena de valor

¿De qué manera esperamos contribuir a aumentar el valor de cada uno de los eslabones de la cadena? Provocando en la organización total del sistema los cambios necesarios para darle una estructura más efectiva. Si conseguimos esta transformación habremos cumplido nuestra principal **expectativa**.

... darle a la organización total del sistema
una estructura más efectiva.

Ciertamente es larga⁽⁷⁸⁾ la cadena de valor antes de llegar al eslabón del usuario. El presente modelo propone identificar en primer lugar cuál es el valor total de la cadena antes del momento de la entrega del servicio, para en segundo lugar, descubrir en toda la cadena cuáles son los eslabones en la cadena actual de prestación (por ejemplo: director, responsable estatal, médico, promotor, etcétera) para identificar, luego cómo este valor se crea o destruye por cada eslabón para finalmente ver si este efectivamente agrega valor⁽⁶¹⁾

Nuestra propuesta es identificar y **fortalecer** los eslabones que agregan valor efectivo a la cadena, **modificar** aquéllos que no lo hacen y **añadir** otros que ayuden a robustecer el conjunto.

El presente modelo propone **reestructurar** la cadena de valor del servicio de Promoción de la salud. A continuación se enlistan los eslabones que configurarán la nueva propuesta así como sus funciones:

- Instancia Federal: ejercerá rectoría y generará impulso
- Titular de servicios: ejercerá rectoría, asignará recursos y coordinará acciones intersectoriales e intrasectoriales
- Titular estatal de promoción de la salud: asegurará que exista vínculo técnico con la federación e instrumentará una labor coordinada con otros programas e instituciones
- Jefe jurisdiccional: planeará a nivel local, efectuará acciones intersectoriales y dará apoyo a su equipo y a las redes que actúen en su región
- Coordinador de promoción de la salud: gerenciará la red jurisdiccional

- Gerente de promoción de la salud: apoyará y gerenciará una red de promotores y vigilará que se mantenga el vínculo con el municipio
- Promotor: se hará cargo de la entrega directa del servicio e impulsará el trabajo de la red colaboradora⁽²⁴⁾.

En la Cadena de entrega de servicios participan dos instancias que aún no cuentan con la orientación, el impulso ni el apoyo de las instancias rectoras. Se trata de las empresas y la sociedad civil. Es papel de las rectorías federal y estatal y, eventualmente, de la jurisdiccional, inferir cómo **orientar los esfuerzos de ambas** para envolverlas en la sinergia del sistema, asegurar un objetivo social compartido y sumar y sistematizar sus esfuerzos a fin de potenciar el valor que transmiten a la población.

7.2 Disciplina transversal

Los programas de las diferentes instituciones pueden tener objetivos y alcances distintos, pero la población a la que todos se dirigen es la misma.

La Promoción de la Salud se nutre del conocimiento surgido en distintos campos (sociología, pedagogía, psicológica, epidemiología, comunicación, bioestadística, medicina, antropología, mercadotecnia, gerencia, etcétera) y de esa manera se erige en soporte de todas las acciones que intervengan sobre los determinantes de la salud. Esta disciplina ofrece andamiaje metodológico^(29,65) y de infraestructura a personas, programas e instituciones asociadas con dichas intervenciones, a fin de hacer de éstas el mecanismo idóneo para desarrollar la **participación** informada, activa y responsable de la población en el cuidado de su salud.

La Promoción de la salud se propone establecer un programa de trabajo de corto y mediano plazos para construir, consolidar y formalizar mecanismos de vinculación y alineación de programas y recursos, dentro de la propia institución y con otras.



Persuasión
<p>Es esencial en este proceso el <i>persuadir</i> a los ejecutores de los programas sobre la orientación de la Promoción de la Salud, para así reposicionar a la promoción de la salud a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivos y regulaciones • Autoridad <ul style="list-style-type: none"> - Por atribución (reglamentarias) - Por reconocimiento • Establecimiento de lazos directos • Ser congruentes con los valores (credibilidad de una sola pieza)

Los **acuerdos de vinculación** son uno de los mecanismos para impulsar la labor conjunta.

INTEGRACIÓN	PROCESO	PROPÓSITO
<p style="text-align: center;">Bajo</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Alto</p>	Intercambio	Intercambia información para beneficio mutuo. Requiere poco tiempo y confianza entre las partes. Banco de información.
	Coordinación	Como lo anterior, pero alteran actividades para beneficio mutuo. Aparea y coordina necesidades y actividades. Se limitan duplicaciones
	Cooperación	Como lo anterior pero se comparten recursos . Requiere de mucho tiempo y alta confianza entre las partes.
	Colaboración	Como las tres anteriores, pero incluye el eleva la capacidad de los asociados para el beneficio mutuo. Se construyen sistemas interdependientes para abordar retos y oportunidades. Se comparten recursos y se igualan compromisos.

Estos acuerdos deberán establecer programas de colaboración especificando tiempos, recursos y compromisos. Además señalarán qué áreas serán prioritarias para el servicio así como las estrategias a aplicar y los indicadores a seguir en el control de resultados. También definirán como estarán distribuidas las responsabilidades entre todos los órdenes de gobierno, así como sistemas de seguimiento que contengan los siguientes rubros: información, asesoría, apoyo, incentivos y vigilancia.

Entre las entidades federativas el vínculo será siempre de tipo cooperativo o colaborativo⁽⁷⁰⁾, excluyendo toda relación jerárquica.

Con respecto a la aplicación transversal de los programas de acción en los niveles federal, estatal, jurisdiccional, municipal y local, nuestro modelo propone asegurar que los programas desarrollen las cinco funciones de Promoción de la salud a través de las siguientes actividades:

- Conducción e impulso
- Asesoría
- Modulación y aseguramiento
- Certificación y acreditación
- Armonización de la provisión
- Vigilancia del aseguramiento
- Información
- Anticipación
- Rendición de cuentas

Algunos Programas de acción en colaboración

- Protección Financiera
- Urgencias epidemiológicas y desastres
- Tuberculosis
- Enfermedades cardiovasculares e hipertensión (en cooperación)
- Prevención de adicciones
- Enfermedades transmitidas por vectores
- Arranque parejo en la vida

Asimismo, nuestro modelo propone **armonizar las políticas** de Promoción de la salud que norman a los distintos programas. Para ello sugiere usar diversos instrumentos rectores y combinarlos según el nivel y la intensidad del vínculo que exista entre cada programa y el servicio de Promoción de la salud. Tales instrumentos son:

EJERCICIO DE ANÁLISIS DE ARMONIZACIÓN NORMATIVA

Funciones Identificadas	1	2	3	4	5	Consistencia en Definiciones
NOM*						
VIH/SIDA	X	X		X		si
Orientación alimentaria	X	X		X		si
Planificación Familiar	X	X		X		no
Tuberculosis	X	X		X		si
Embarazo, Parto y Puerperio	X	X				si
Fomento a la Salud del Escolar	X	X	X	X		si
Rabia				X	X	no
Cáncer Cérvico Uterino	X	X				si
Cólera	X	X	X	X		si
Vigilancia Epidemiológica	X	X	X	X	X	no
Leptosporosis	X	X	X	X	X	si
Atención a la Salud del Niño	X	X				si
Enfermedades Transmisibles por Vectores	X	X	X	X	X	si
Asistencia Social			X	X	X	no
Salud Ambiental	X	X	X	X	X	no
Información en Salud			X	X		no

1 Reforzamiento de la Acción Comunitaria
 2 Desarrollar aptitudes Personales para la Salud
 3 Reorientar los Servicios de Salud
 4 Construir Políticas Públicas Saludables
 5 Desarrollar Entornos Favorables a la Salud

- Asesoría
- Lineamientos y guías
- Normas Oficiales Mexicanas
- Normas técnicas
- Manuales técnicos y operativos
- Reglamentos
- Acuerdos
- Edictos de Buen Gobierno Municipal
- Leyes

... armonizar las políticas de
Promoción de la Salud
que norman a los distintos programas.

7.3 Evidencia de efectividad del servicio

7.3.1 Consideraciones temporal, cuali-cuantitativa y de valores

Un desafío metodológico en el área de Promoción de la salud se presenta al intentar evaluar la efectividad de las intervenciones. Sin duda existe poca tradición y experiencia al respecto⁽⁶⁸⁾. Sin embargo, nuestro modelo establece ya las tres consideraciones más importantes que debemos tener presentes durante la evaluación: una temporal, otra cuali-cuantitativa y otra referida a valores^(18,37,39).

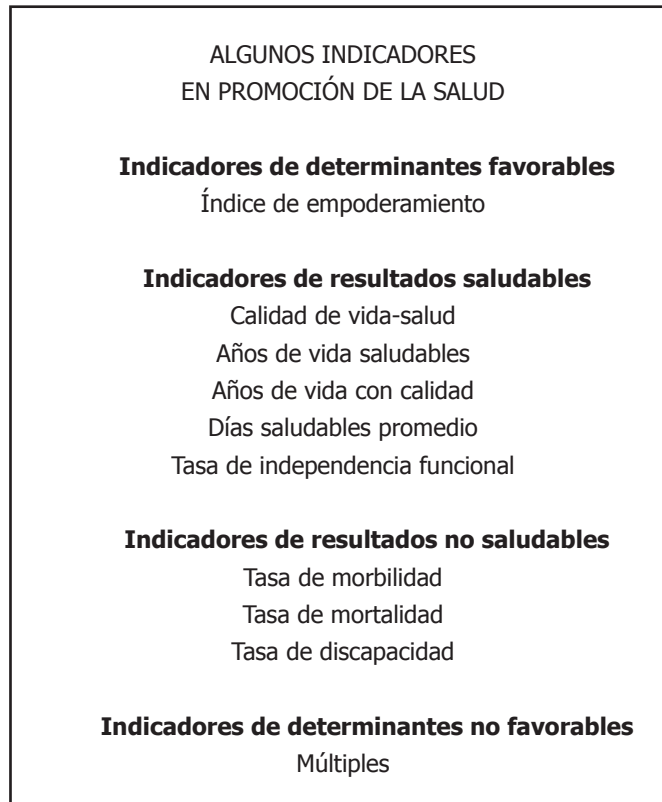
... evaluar la efectividad
de las intervenciones.

La consideración de tipo **temporal** advierte que el resultado de las intervenciones en promoción de la salud no es inmediato. Esta verdad -que puede aplicarse a la salud pública en general- es relativa al aspecto o aspectos que se quiera -o pueda- medir. Por ejemplo, en el caso de Morbi-mortalidad (sobre todo cuando se trata de enfermedades crónicas) el tiempo de retraso antes de que se pueda percibir el efecto de las intervenciones es prolongado. En cambio, los indicadores de Calidad de vida son mucho más maleables. En general, la efectividad de los componentes de Promoción de la salud -cuando es medida según el grado que se consigue de modificación de los determinantes de salud- puede identificarse a más corto plazo.

Nuestra consideración **cuali-cuantitativa**⁽¹⁸⁾ resuelve la tensión que se origina entre los abordajes epidemiológicos y sociológico-psicológicos, rechazando el predominio de los cuantitativos sobre los cualitativos y de los experimentales sobre los de percepción.



Finalmente, nuestra consideración en torno a **valores** advierte sobre la tensión que surge cuando en una intervención se introducen juicios de valor que sin hacerse explícitos desean imponer pre-concepciones. Éstas no son otra cosa que marcos de valor ^(18,46,52) que pugnan desde lo oculto por orientar todo el sistema. Tal caso se da, por ejemplo, cuando se prioriza la efectividad sobre el autocuidado o sobre el control de los determinantes colectivos de salud.



7.3.2 Información local

Un atributo de nuestro modelo es que propone ser **sistemáticos** al evaluar la efectividad de los componentes y programas de modo que podamos identificar las mejores prácticas y demostrar su contribución.

**Ser sistemáticos coadyuvará
a construir cada vez con más solidez
nuestra profesión⁽⁶⁴⁾ .**

Con tal fin, el modelo incluye una propuesta de abordaje^(1,52) que indica que debemos partir del conocimiento universal para enseguida identificar y caracterizar los determinantes de salud en el ámbito mismo de intervención. Se requiere generar un mínimo basal del cual se parte antes de la intervención.

Esto habrá de ser procesado por algunos de los componentes del servicio de promoción de la salud ya sea a nivel local, municipal, jurisdiccional, estatal o nacional.

ALTERNATIVAS EN ANALISIS ECONÓMICO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Sin considerar resultados:

- Costo-reducción, en el que se identifican los costos que no se incurrieron en una nueva intervención de promoción de la salud versus la anterior
- Costo-minimización, analiza los usos alternativos de los recursos

Considera un resultado:

- Costo-efectividad, usando un solo resultado (incremento de años de vida) y los costos de la intervención de promoción de la salud

Considera múltiples resultados:

- Costo-consecuencia
- Costo-utilidad, mide y luego valora el efecto de una intervención en términos de mejora en la medición ponderada de calidad de salud

**.. partir del conocimiento universal
y enseguida identificar
los determinantes de salud
en el lugar mismo de intervención.**

Nuestro modelo privilegia la información recogida en el nivel local (aunque considera importantes los datos estatales o nacionales). Dicha información habrá de integrarse a la que ya existe sobre determinantes e indicadores de salud, y sobre indicadores de percepción, y sumarse también al conocimiento universal para con todo ello concretar un ejercicio de análisis de riesgos, cuyas conclusiones sirvan para ajustar la intervención.

Nuestro modelo privilegia la información recogida en el nivel local.

7.3.3 Variables económicas

Considerar **variables económicas** es algo crítico para el proceso de evaluación. Ciertamente resulta pragmático considerar el aspecto costo-reducción al medir los avances de la forma en que se efectúan las intervenciones. No obstante, la complejidad misma de la promoción de la salud hace que resulte atractivo emplear indicadores multidimensionales de costo-consecuencia, comparando el resultado combinado o multidimensional (por un índice posible) y el costo de la acción (muy adecuado a promoción de la salud pues frecuentemente una intervención genera resultados múltiples).

7.3.4 Criterios cuantitativo y cualitativo

Ciertamente, abordar la evaluación con un criterio **cuantitativo** será fundamental en el sistema, por poderse aplicar en todos los ámbitos, pero igual importancia habrá de darse al criterio **cualitativo**, idóneo para identificar percepciones y comprobar cambios efectivos⁽¹⁸⁾.

7.3.5 Asesoría internacional

Dado que es escasa nuestra experiencia en materia de evaluación, buscaremos siempre que **instituciones internacionales y nacionales** con amplia trayectoria nos brinden asesoría y nos transfieran sus recursos tecnológicos comprobados.

7.3.6 Unidad de análisis de evidencias

El proceso para obtener **evidencia** en cuanto a la efectividad del servicio de Promoción de la Salud es sin duda un área en desarrollo. Por ello proponemos la creación de una Unidad de análisis de la evidencia en Promoción de la Salud que comience como un servicio corporativo federal para después expandirse y actuar como vínculo entre los esfuerzos estatales y locales. En éstos se concentrará el desarrollo que se ofrecerá nacionalmente.

7.3.7 Expectativa última

Una vez que hayamos adquirido suficiente experiencia para atender los determinantes así como para sustentar en evidencia la efectividad de nuestras entregas a nivel local, podremos dar el paso fundamental: fijar **expectativas cuantitativas** a nuestros objetivos en el orden nacional y estatal.

8. Construcción de la plataforma social en salud

El capítulo comienza señalando un hecho innegable: en una sociedad democratizada, los ciudadanos deben convertirse en co-productores de salud y comprometerse íntimamente con la efectividad de los programas.

La palabra clave es *participación* y el capítulo ofrece las vías para reorientarla. Tomando como eje inicial el municipio, propone fortalecer sus funciones en el área de salud, acrecentar el flujo de información hacia la población e impulsar la creación de convenios de colaboración con otras instancias. Además, señala la necesidad de promover la participación de los ciudadanos a través de redes locales, estatales y nacionales donde su voz tenga peso en la toma de decisiones. Finalmente, el inciso propone las vías para dar continuidad a estos planes más allá de las breves administraciones que gobiernan los municipios.

Más adelante se describen las vías para fortalecer de forma específica a los Comités locales de salud, base de una participación comunitaria real. En ese sentido, el capítulo profundiza en la creación de redes y destaca la formación de espacios de gobernanza que realcen la presencia de los Comités ante los servicios.

Por último, promueve la creación de alianzas entre el Estado y organismos de la sociedad civil y el sector privado, cuya participación en cosas de salud exige una rectoría que alinee sus acciones hacia la eficiencia.

Las funciones de promoción de la salud se unen íntimamente al proceso democrático que considera al ciudadano como **co-productor** de la salud individual y social a través del autocuidado y de la acción organizada en comunidad. En efecto, el escenario de acceso universal al Sistema de Protección Social en Salud exige una estrecha interrelación entre el ciudadano y los servicios de salud.

**Las funciones de promoción de la salud
se unen íntimamente al proceso democrático.**

Fomentar este contacto requiere que enfoquemos nuestra atención principalmente en el nivel local.

El cambio de paradigma en la ubicación de la población -que se ha tornado predominantemente urbana- convierte a la colonia en foco de atención tan importante como la localidad.

Es necesario desarrollar una nueva forma de organización para que las brechas **Estado/sociedad** y **servicios/sociedad** se reduzcan y el ciudadano pueda interactuar constructivamente con los servicios de salud (que son, en el caso del nivel local que ahora nos interesa, los directivos de las unidades médicas, de las jurisdicciones y de los regímenes estatales de protección social en salud).

La nueva forma de organización implicará tres **acciones coexistentes**:

- Información y capacitación del personal de Promoción de la salud en las unidades de servicios, de los comités locales de salud y de los ayuntamientos
- Organización de espacios de acuerdo y concertación
- Seguimiento rector institucional que module la interacción servicios/sociedad

A continuación nos detendremos a considerar los dos elementos que intervienen en la conformación de la **plataforma social**, a saber la participación municipal a través de la Red de Municipios por la Salud y la participación comunitaria mediante la Red de comités locales de salud.

8.1 Reorientación de la participación municipal

En la actualidad existen iniciativas municipales para desarrollar la promoción de la salud. En éstas predominan las acciones y proyectos derivados de las atribuciones y responsabilidades constitucionales que otorga el artículo 115.



8.1.1 Municipio saludable y promotor de la salud

La primera propuesta de reorientación es transitar desde el actual municipio saludable hacia un Municipio saludable y promotor de la salud. Conseguirlo implica mantener una visión integradora -concebida a mediano plazo- en la que los ayuntamientos vigilen que los servicios de salud oferten estrategias de prevención específica para cada etapa de la línea de vida, participen activamente en buscar el acceso universal a la protección social en salud, y fomenten la creación de entornos saludables y el desarrollo de políticas saludables.

Los municipios que más **migrantes** generan recibirán especial atención. Se tratará de fortalecer en ellos aptitudes y cultura en temas de salud y asegurar que los familiares que no emigran reciban el beneficio de los servicios.

8.1.2 Sistema de información municipal

Es fundamental el desarrollo de un sistema de información municipal en salud que permita al cabildo y al presidente municipal monitorear avances, tomar decisiones y mostrar a la población las condiciones locales de salud. Este sistema de información también serviría de instrumento para la **rendición de cuentas** pues haría visibles las acciones de salud y evitaría que la presentación de resultados se hiciera únicamente a través de la ya tradicional exposición de obras de infraestructura.

8.1.3 Convenios de colaboración

Para mantener la **sustentabilidad** del Sistema de Protección Social en Salud se propone la creación de convenios de colaboración entre los diferentes actores que llevan a cabo o participan en la promoción de la salud. Éstos podrán ser básicos (destinados sólo a la promoción de la afiliación y a recibir quejas) o asociados (en los cuales habría inversión en infraestructura y en gastos de operación, por ejemplo). Los convenios cumplirían un papel importante en los órganos de gobierno de las redes de Servicios de salud.

Los ayuntamientos fungirían como vigilantes del cumplimiento de los derechos de la población y coadyuvarían a impulsar sus obligaciones.

8.1.4 Red local, estatal y nacional

Como parte de la reorientación se dará un nuevo impulso a la **participación proactiva** de la población en los proyectos de promoción de la salud fortaleciendo su vínculo con la jurisdicción y las redes de comités locales de salud.

Asimismo, se impulsará y fortalecerá la participación de las redes estatales en la construcción de la plataforma social, vinculándolas a la Red de comités locales de salud –instancia que se encargará de representar a la población de sus municipios.

Cada entidad federativa cuenta con una red estatal de municipios saludables.

Los presidentes de las redes estatales forman parte de la Red mexicana de municipios por la salud. Ésta ofrece espacios de comunicación a sus miembros, quienes se agrupan en una asociación civil manifestando su compromiso político para hacer de la salud un objetivo fundamental de la gestión pública. También promueve acciones de capacitación en los ayuntamientos, de creación de estructuras administrativas y de financiamiento para la continuidad técnica de las tareas.

... compromiso político para hacer de la salud un objetivo fundamental de la gestión pública.

8.1.5 Elementos de continuidad y profesionalización

Dada la **brevidad** de las administraciones municipales, serán cuatro los elementos que permitan la continua acción en salud:

- La integración de un Ejecutivo de salud (en algunos municipios ya existe un Director de salud municipal) cuyo perfil profesional y funciones le permitan la implementación de acciones de salud independientes de los cambios de administración.
- El establecimiento documentado de la Red estatal de municipios por la salud y el desarrollo de un programa convenido de trabajo conjunto con la Secretaría estatal de salud. De esta forma los cambios administrativos no afectarán los esfuerzos que se hayan venido desarrollando.
- El seguimiento rector por parte de los servicios estatales de salud.
- La participación activa de la comunidad en el desarrollo de los proyectos municipales de salud y su seguimiento principalmente a través de los Comités locales de salud.

8.2 Reorientación de la participación comunitaria

8.2.1 Comités locales de salud

A través de los Comités locales de salud (órganos de participación ciudadana), la población **organizada para la acción** controlará sus condiciones de salud y ejercerá su derecho a la protección.

En la actualidad, las acciones que realizan estos comités están condicionadas por los criterios de las Unidades de salud, quienes los conducen como a un recurso propio. Es decir, su participación real en la toma de decisiones relativas al otorgamiento de servicios de salud es prácticamente nula. Ahora, dado el proceso democrático de la nación y el propósito estratégico del Programa

Nacional de Salud Hacia la democratización de la salud, será necesario involucrar a los Comités locales de salud en los niveles superiores de gestoría y convertirlos en sujetos sociales en la toma de decisiones. Lo anterior cerrará las brechas estado-sociedad y servicios-sociedad.

Involucrar a los Comités locales de salud en los niveles superiores de gestoría.

Para lograr que estos comités sean verdaderos co-productores de acciones de salud es indispensable reorientar sus funciones asegurando su **representatividad** en las instancias de gestión y manteniéndolos informados y capacitados.

Los comités deberán constituirse en redes a fin de **potenciar** sus acciones. Estas redes interactuarán con los Comités técnicos de los niveles estatal y municipal. Será el Coordinador jurisdiccional el responsable de facilitar el flujo de información y recursos dentro de la red de comités. Además se encargará de interconectar a los comités con los Servicios estatales de salud, los Regímenes estatales de protección social en salud, la jurisdicción, el cuerpo directivo de los hospitales y las Unidades de primer contacto.

8.2.2 Espacios de gobernanza

La interfase que una a los comités con los Servicios de salud se generará construyendo y organizando espacios de gobernanza^(11,43), es decir de concertación y comunicación entre ambos. Los comités participarán en la red de servicios y colaborarán con la Dirección de las unidades de atención y con los hospitales, fungiendo como elemento de enlace entre éstos y la población. Este **espacio de participación** permitirá a los comités desde realizar una junta en un Centro de salud hasta tener un sitio en los Consejos directivos de los Servicios de salud.

El grado de interacción crecerá conforme se incremente la capacidad de los comités, aumenten la apertura y la confianza en la conveniencia de estas interacciones y predomine una relación constructiva que haga madurar el proceso.

**Una verdadera plataforma social será
aquella que asegure la participación
efectiva de la población.**

DOCUMENTOS	PLATAFORMA SOCIAL	CAPACITACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Lineamientos para la construcción de la base social, - Constitución del Comité de Salud, - Manual de operación del Comité, - Derechos y obligaciones de los beneficiarios, - Material de apoyo para personal comunitario (trípticos, carteles, folletos,.etc), - Guía de alcaldes, - Indicadores de seguimiento y efectividad, entre otros. 	<p style="text-align: center;">Red de municipios por la salud</p> <p style="text-align: center;">Comités Locales de Salud</p> <p style="text-align: center;">Red jurisdiccional y estatal de comités locales de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de atención a la salud y organización de los servicios - Sistema de Protección Social en Salud. Derechos y obligaciones - Participación en la reorientación de los servicios de salud; -Servicios regionalizados y comunitarios, unidades de atención médica hospitalaria, - Unidades de primer contacto, redes de servicio de SPSS, - Gobernanza servicios de atención, - Papel del municipio en la construcción de la base social, - Sistemas de información, entre otros. - Condiciones locales, estatales y nacionales de salud

El seguimiento rector del proceso de interacción Comités/Servicios se efectuará por las jurisdicciones, los servicios estatales y la federación mediante los siguientes recursos:

- Registro nominal de los Comités según su ámbito de acción (local, jurisdiccional y estatal)
- Mecanismos básicos para medir efectividad (incluye procedimientos para la elaboración de indicadores de medición y seguimiento de acciones y procedimientos para la rendición de cuentas)
- Impulso, apoyo y asesoría
- Capacitación y mejora continuas

8.3 Relación con organismos de la sociedad y el sector privado

El Estado rector, consecuente con las prioridades nacionales, debe impulsar la participación activa **de la sociedad y del sector privado** en las labores de promoción de la salud. Al compartir un mismo objetivo social⁽⁴⁹⁾, Estado y sociedad reducirán aún más la brecha que los separa.

La relación entre el Estado y la sociedad civil organizada y las empresas debe ser conducida adecuadamente. Se debe reconocer que el vínculo que tienen sociedad y empresas con el Estado le da legitimidad a las tareas que efectúa. La influencia que ejercen sociedad y empresas ha sido, es y será importante en la formación de la percepción poblacional acerca del devenir público. Por ello el esfuerzo que estos sectores puedan ejecutar en nuestra materia requiere de una rectoría que lo facilite y que a la vez alinee su orientación de forma rigurosa. Dicha rectoría se efectuará mediante el establecimiento sistemático de dos **instrumentos**: acuerdos de gestión y sistemas de seguimiento de las acciones, donde se registre ordenadamente y se documenten las acciones realizadas.

Este tipo de alianzas estratégicas -que por cierto gozan de un gran impulso a partir de la VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud efectuada en Bangkok- sólo se podrán consolidar con un trabajo ordenado y planeado⁽⁴⁹⁾.

9. Desarrollo organizacional

El capítulo profundiza en la necesidad de crear una plataforma de organización acorde con los tiempos actuales.

Comienza por proponer la alineación de programas y recursos financieros entre todas aquellas instancias que de forma directa o indirecta intervienen en la Promoción de la Salud.

Enseguida nos recuerda que el principal recurso de este servicio son las personas y que debemos dedicar una buena cantidad de esfuerzo en su profesionalización y capacitación constante. Esta labor no puede ser responsabilidad de una sola instancia: requiere de la existencia de una alianza entre todas las instituciones interesadas en el tema. Asimismo, propone una estrategia de formación y capacitación nacional en el corto y mediano plazos.

Piedra angular de una plataforma de organización es la existencia del capital tecnológico adecuado. El modelo propone los paquetes esenciales de equipamiento que es necesario cubrir en tres niveles: Unidad de salud, jurisdicción y entidad federativa.

Concluimos con una breve síntesis de los aspectos a considerar dentro de la nueva estructura organizacional, insistiendo en la urgencia de consolidar las mejoras para garantizar la continuidad del cambio.

La organización, infraestructura y personal que existen actualmente no componen una plataforma adecuada para la entrega del servicio de Promoción de la Salud ni para dar soporte a los programas de acción⁽⁴⁵⁾. La implantación del presente modelo impone nuevos **requerimientos** como: crear diseños de perfiles ocupacionales profesionales, disponer de capital de tecnología, comunicación, audiovisual e información, y estructurar una agenda de cambio organizacional⁽⁴⁰⁾.

Las acciones que se deben emprender a corto y mediano plazos son:

- Alineación de programas y recursos financieros con otras dependencias
- Desarrollo de capital humano
- Desarrollo de capital de información y seguimiento
- Desarrollo de capital organizacional⁽³⁵⁾

DESARROLLAR EL FUTURO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD



9.1 Alineación de recursos

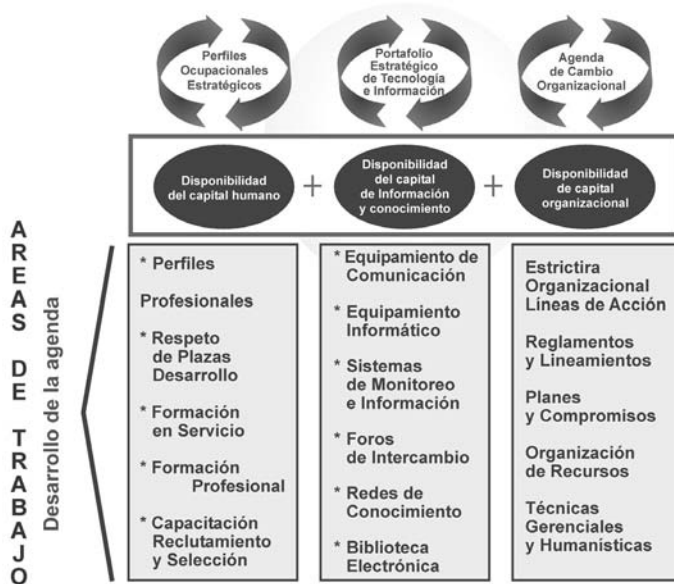
Sin duda es más fácil construir un ambiente saludable cuando la población adquiere conocimientos e información decodificada acerca de los determinantes de su salud, gracias a los cuales puede identificar las formas de organización que le permiten enfrentar los eventos epidemiológicos que ocurren en su entorno.

Son muchos los avances que se han desarrollado con ese criterio:

- Programas de acción de Salud Pública garantizados por el Estado
- Programas de Salud Pública vinculados con el desarrollo económico y social, tendientes a conseguir justicia social y equidad
- Una noción clara y aceptada del Derecho a los servicios de salud como bien social
- Acciones de prevención y promoción de la salud destinadas a individuos y comunidades
- Intervenciones que fomentan la corresponsabilidad de la población en el cuidado de su salud

Los diagnósticos locales de salud elaborados en el ámbito municipal reportan que el servicio de participación y organización comunitaria en promoción posibilita las acciones de salud a través del apoyo a **proyectos anticipatorios**, tales como Fomento a la salud reproductiva y a la planificación familiar o Prevención contra desastres naturales.

Pero lo anterior no es todavía suficiente. Necesitamos que la transversalidad de la promoción de la salud en los programas de acción sea un hecho que se cumpla a **diario**. En especial, es necesario que los programas y recursos de quienes hacen la salud pública en México se alineen y orienten a fortalecer el carácter anticipatorio del servicio de Promoción de la Salud.



... que la transversalidad en los programas de acción sea un hecho que se cumpla diario.

9.1.1 Alineación de recursos financieros

Actualmente las acciones de promoción de la salud se realizan con los recursos presupuestales de los propios programas de acción (que en el mejor de los casos son realmente ejercidos por las áreas de promoción de la salud en el estado y en las jurisdicciones sanitarias).

Diversos programas sustantivos han habilitado áreas de comunicación y contenidos educativos.

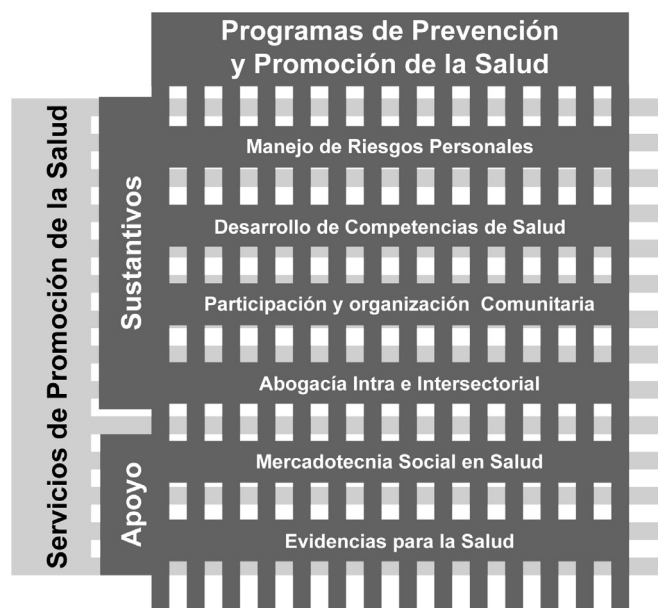
De forma ocasional las áreas de promoción de la salud de los diferentes ámbitos solicitan **apoyo financiero** a instituciones, organizaciones o personas para iniciar alguna acción o para ampliar la cobertura y el impacto de otra en desarrollo. Por lo común, estas alianzas surgen en situación de **emergencia** y con escasa planeación, y se limitan a apoyar actividades específicas. Pocas veces quedan formalizadas institucionalmente.

Es frecuente que el servicio de Promoción de la Salud ejerza sus actividades sin saber que en esa misma región, municipio o localidad se llevan a cabo -a veces con cuantiosos recursos- programas afines del sector salud u otros sectores.

La experiencia indica que debemos **sumar recursos humanos y financieros** y potenciar resultados tanto de los programas como del Servicio de promoción de la salud.

**Sumar recursos humanos y financieros
para potenciar resultados.**

Existen ya algunas **áreas de oportunidad** para alinear recursos. Un ejemplo es la Estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, servicio garantizado por el Seguro Popular que es parte de la corresponsabilidad de los beneficiarios del programa Oportunidades⁽⁶⁰⁾.



Existe un incremento sustancial de recursos para la salud en los estados de la república. Promoción de la Salud no puede pasar de largo este hecho, por lo que debe cumplir con una de sus funciones esenciales reorientando los servicios de salud, principalmente a través de su mecanismo de financiamiento. A raíz de la implantación del Seguro Popular debe consolidar la alineación de sus recursos con los de las **fuentes de financiamiento**, a saber: Ramo 12, Ramo 33, Oportunidades y los Sistemas de Protección Social en Salud nacional, estatal y municipal (en especial con estos tres últimos se debe asegurar la creación de acuerdos de coordinación).

9.2 Desarrollo de capital humano

El Servicio de Promoción de la Salud destaca por dos características:

- Se construye a partir de múltiples áreas del conocimiento
- Es una disciplina de reciente creación pero de acelerado desarrollo y que exige ser implantada con urgencia

Un hecho evidente pero que nunca está de más recordar es que la entrega del servicios de promoción de la salud está en manos de **personas** y que debemos centrar en ellas nuestra atención para que el resultado sea efectivo⁽³²⁾.

¿Qué significa centrar nuestra atención en las personas? Quizás la aportación más importante que podemos hacer al personal de Promoción de la Salud es impulsar su **profesionalización**. Es decir, debemos asegurar que los sitios clave (jurisdicciones y Unidades de atención) cuenten con un cuerpo profesional suficiente, detentor de liderazgo^(41,47) y en permanente desarrollo.

**Quizás la aportación más importante
que podemos hacer al personal
de Promoción de la Salud
es impulsar su profesionalización.**

Una acción importante en ese sentido es fomentar que **personal altamente capacitado** se incorpore a estos sitios clave tanto a nivel local como federal.

Otra labor urgente es impulsar la creación de una carrera profesional que cubra desde el nivel técnico hasta el nivel directivo, y que contenga un sistema de incentivos para atraer y retener a los mayores **talentos**.

Una tercera acción relevante será conseguir que el personal que hoy detenta el **código funcional-laboral** de Promotor de Salud realmente ejecute esta función y si no lo hace regrese a ella.

Es conveniente generar nuevos códigos funcionales-laborales que reemplacen al de Promotor de salud, por ejemplo Gerente de Promoción de la Salud o Promotor de la Salud en el **Ámbito Hospitalario**.

Definir los **perfiles** deseables del personal de Promoción es también indispensable.

Definir los perfiles deseables del personal es indispensable.

9.2.1 Alianza para la profesionalización

Profesionalizar a la promoción de la salud significa capacitar al personal, actualizarlo y volverlo exclusivo del servicio. Significa también abrir posgrados en especialidades, maestrías y programas de investigación nacionales e internacionales⁽¹⁶⁾.

Ciertamente hoy por hoy las personas interesadas tienen la opción de formarse en el extranjero. Nosotros proponemos el diseño y concertación de una **alianza** con instituciones interesadas en el desarrollo de la Promoción de la salud. Esta alianza se encargaría de vigilar la importación de las mejores prácticas y metodologías internacionales sobre aspectos técnicos y de liderazgo. También

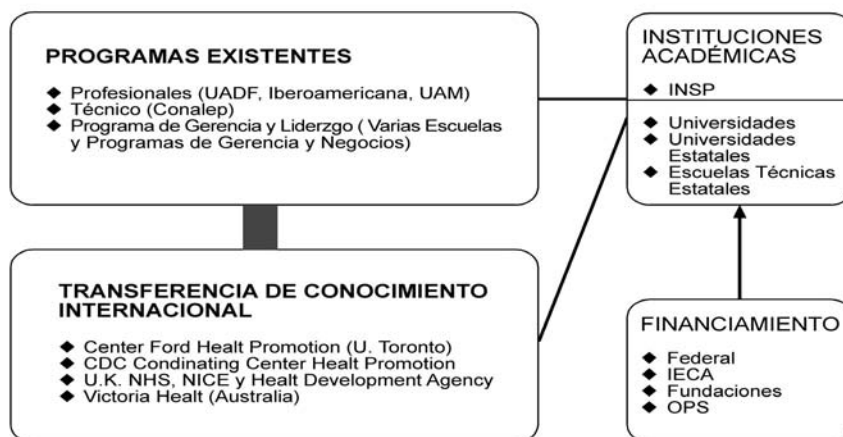
se abocaría a establecer vínculos con organizaciones académicas nacionales e internacionales que ofrezcan formación profesional en promoción de la salud y desarrollo de evidencia de efectividad, y que ejecuten desarrollos de frontera en nuestra área.

**Concertar una alianza
con las instituciones interesadas
en la Promoción de la Salud.**

Por el momento, hemos acordado centrar la transferencia en el Instituto Nacional de Salud Pública para el desarrollo de capacitación, formación en servicio y formación profesional y de investigación en la materia, y en su caso buscar a otras instituciones académicas regionales o estatales.

Crear estas redes de transferencia de conocimiento exige tender vínculos entre el **financiamiento** federal, el estatal y el de fundaciones nacionales e internacionales.

Para vigilar la pertinencia de las acciones de profesionalización y su permanencia en el tiempo proponemos generar un Comité de Aprendizaje y Desarrollo de la Promoción de la Salud. Tal Comité estaría formado por aproximadamente 11 personas, entre autoridades, expertos reconocidos y líderes locales, jurisdiccionales y estatales.



**Enriquecer, validar, institucionalizar
y dar continuidad al esfuerzo.**

9.2.2 Estrategia de Formación y Capacitación Nacional

La labor de una Alianza para la Profesionalización de la Promoción de la Salud se concretaría en los siguientes universos a corto y mediano plazos:

- Capacitación de 1000, 2000 y 4000 Promotores de Salud, en el 1º, 2º y 3er años, respectivamente
- Capacitación de 250, 500 y 250 Gerentes de Promoción, en los mismos periodos
- Formación de 100, 150 y 150 Líderes Jurisdiccionales y Profesionales Centrales, en los mismos periodos
- Formación de 15 y especialistas en Promoción de la Salud, en el 1º y 2º años
- Formación de 7 y 10 nuevos investigadores, en el 2º y 3er años
- Actualización de Promotores, Gerentes y Líderes, en el 3er año.
- Continuidad a la formación de Profesionales en Promoción de la Salud, en el 3er año.

El mercado para el personal formado y capacitado no será sólo la Secretaría de Salud sino también otros organismos del sector público, algunas ONGs, algunas empresas y ciertos organismos privados.

9.3 Disponibilidad de capital tecnológico de información y conocimiento

Para sustentar y hacer efectivas sus acciones, el personal de Promoción de la Salud requiere de un paquete esencial de **equipamiento** que cubra al menos los siguientes aspectos:

- Comunicación
- Movilidad y transportación
- Capacidad para recolectar información
- Protección personal

Existen tres niveles de equipamiento esencial, el de Unidad de salud, el de Jurisdicción y el estatal.

9.4 Disponibilidad de capital organizacional

Debemos reconocer que la forma en que ejercemos hoy la promoción de la salud es insuficiente y exige un cambio(40). Ya hemos mencionado lo urgente que es formar nuevos profesionistas y apoyarlos con un equipamiento adecuado. Ahora hablaremos sobre **modificaciones en la organización**. ¿Qué tipo de cambios son necesarios? Desde mejoras en la instrumentación de las redes de entrega de servicios hasta el establecimiento de recursos de comunicación(21) versátiles y ágiles para aquellos que están al frente en la prestación.

**La forma en que ejercemos hoy
la promoción de la salud
es insuficiente y exige un cambio.**

Una **nueva estructura organizacional** deberá considerar:

- Cambios en la estructura organizacional y en las líneas de acción
- Cambios en la forma de abordar el servicio e impulso de la profesionalización.

- Reorientación del papel rector
- Creación de redes interconectadas
- Cambios en la forma de planear e implantar las intervenciones
- Fomento a la interrelación con los programas de acción
- Revisión del sustento legal y reglamentario(9) de las acciones

El cambio -que habrá ser impulsado en toda la federación y acordado a nivel estatal- se deberá promover de forma especial en los niveles local y jurisdiccional con un vigoroso y bien planeado esfuerzo de penetración.

Todo cambio, por definición, supone la creación de un nuevo sistema. Tal operación sólo es posible cuando se está convencido de que es **urgente** efectuarla. El proceso de cambio supone aprovechar esta urgencia como un trampolín que impulse a establecer alianzas con quienes tienen la fuerza para apoyar el esfuerzo.

Urge -y esto será uno de los primeros pasos de implantación- cambiar los componentes estructurales que limiten el desarrollo del modelo. Urge obtener ganancias a corto plazo que confirmen la bondad de nuestra propuesta. En síntesis, urge consolidar las mejoras e **institucionalizar el cambio** -valga la paradoja- para garantizar su continuidad.

10. Conclusiones

La Promoción de la Salud en México, campo de conocimiento y acción, ha quedado rezagada frente al desarrollo global⁽⁴⁹⁾, las transformaciones epidemiológicas⁽⁶⁾ y los avances en la prestación de servicios. Sin embargo, a pesar de que nuestros recursos son insuficientes, se nos presentan grandes oportunidades para mejorar la organización del servicio, sobre todo en dos aspectos fundamentales: **competencias y capacidades** de los actores involucrados.

La Promoción de la salud influye directamente en la modificación de los determinantes de la salud deviniendo así en una **inversión de alto retorno**^(20,38). Su naturaleza transversal -que la relaciona con los programas de acción del sector salud, de otros sectores públicos y privados y de la sociedad civil- demanda de ella una gran versatilidad y efectividad para instrumentar este vínculo. Tal reto demanda un cambio urgente⁽⁴⁰⁾.

A este desafío se agrega el que impone la **Reforma en Salud**. Ésta prevé, para el año 2010, cubrir con seguridad social a la totalidad de la población que no cuenta con ella. Tres millones de familias provenientes en su mayoría de los deciles más pobres⁽⁹⁾ gozan ya de seguro público. Cabe mencionar que al ser éste un seguro que acepta todas las condiciones pre-existentes, su aplicación conlleva un crecimiento acelerado del pool de riesgos y la presencia de un riesgo poblacional mucho más alto que el que reportan otros seguros.

Ante los retos, sin duda se han conseguido algunos avances. Importante medida ha sido el impulso de acciones preventivas destinadas específicamente a cada etapa de la vida de la gente. Sin embargo un enfoque completo e integrado del problema detecta que es necesario cambiar de forma agresiva el perfil de riesgos de la población afiliada. Esto será posible sólo si se aborda con el criterio **anticipatorio** propio de la Promoción de la Salud. Ciertamente el flujo de recursos frescos ha resultado creciente. Ahora, nuestra visión debe definir cuál es la mejor forma de invertirlos.

El presente Modelo Operativo de Promoción de la salud presenta al menos siete **diferencias** con el modelo actual⁽¹⁵⁾ .

1. Responde a la nueva **realidad social y política** y al proceso de democratización de la salud -aspecto básico dentro del **PRONASA-**, promoviendo el desarrollo de la ciudadanía y la generación de nuevas opciones de gobernanza en los servicios⁽¹¹⁾.
2. Responde integralmente a la transición epidemiológica y a los riesgos que la determinan así como al devenir socioeconómico del país y al desarrollo creciente de los servicios de salud, dando suma importancia a la **sustentabilidad** de la Reforma.
3. A la exigencia social de contar con servicios efectivos y de calidad, responde impulsando la **profesionalización** de la Promoción de la salud y la creación de una carrera en el área.
4. Ante el objetivo de construir sobre el mejor y más actualizado conocimiento universal, responde rescatando las más destacadas prácticas locales y nacionales y difundiéndolas entre la población en general y entre los promotores y personal de salud en particular, con el fin de sustentar las acciones en la mayor **evidencia**.
5. Responde de forma versátil al proceso de descentralización, a las particularidades culturales de cada región, al aumento de capacidades a nivel estatal y a la dinámica de las localidades, colocándose en la **interfase** que vincula a los servicios con la gente.
6. Reorienta los cauces del Servicio de promoción de la salud que antes respondía de manera incompleta a las necesidades de la población y no priorizaba como era debido al beneficiario final. Es decir, le faltaba asumir plenamente su función de servicio y atendía más a las necesidades de las organizaciones que a las **personas**. Su labor avanzaba además por rutas no alineadas y quedaba sin conducción ante el arrollador proceso de globalización.

7. Aprovecha las innovaciones en materia de infraestructura y recursos financieros, tecnológicos y de comunicación para impulsarlas a nivel nacional y, de forma aún más acentuada, a nivel estatal.

La implantación de este modelo requiere de un gran esfuerzo en materia de organización, recursos y personal, pero sobre todo apertura de mente y arrojo en la acción. Buscaremos que el **reto** sea entendido y compartido por todos pues el cambio responde a una necesidad imperante. La introducción del modelo comenzará por buscar consenso ante los puntos débiles del actual diseño y seguirá con el impulso de un nuevo desarrollo organizacional, una nueva concertación federal/estatal, más capacitación para el personal, una estricta adecuación estatal y local, el riguroso seguimiento de las intervenciones y un proceso de evaluación continua (los tiempos previstos para estas acciones se ilustran en el *Cronograma de desarrollo*).

Como toda propuesta, la nuestra es perfectible. La hemos llamado Versión 1.0 para hacer evidente nuestra esperanza de que sea enriquecida con todo tipo de **aportaciones**, sobre todo aquellas que provengan de la experiencia de los niveles locales al implantarlo.

Si la implementación del modelo se realiza de la manera esperada obtendremos, entre otros beneficios, una plataforma de operación con nuevas y más claras funciones, construida sobre la experiencia nacional e internacional, orientada a conseguir que las iniciativas y programas lleguen de verdad a la gente, preocupada por que la democratización de la salud alcance niveles más altos, e impulsora de acciones de anticipación que modifiquen la tendencia epidemiológica y mejoren la **calidad de vida** de la población.

Esta forma de operación cumplirá también con uno de los principales requerimientos de la Reforma del Sistema de salud, a saber, la **sustentabilidad social y financiera** de éste.

Estamos seguros de que una vez cubiertos todos estos aspectos nos habremos reorientado de forma sólida hacia el principal objetivo de nuestra disciplina:

conseguir que la salud y el bienestar se propaguen y que todos **contribuyamos** a ello cada día de forma creciente.

... **que la salud y el bienestar se propaguen**
y que todos contribuyamos a ello
cada día de forma creciente.

Agradecimientos

Este documento fue realizado gracias al apoyo de las personas, grupos, organismos y entidades federativas que participaron en las consultas mencionadas en la Introducción. A todos ellos dirigimos nuestro más sincero agradecimiento por el tiempo dedicado y el espíritu de entrega con el que participaron siempre. Hemos recogido aquí muchas de sus inquietudes y propuestas aunque bien es cierto que los directivos de la DGSP son los últimos responsables de estas páginas. Esperamos haber transmitido en ellas la esencia de sus aportaciones, con las que durante un largo proceso nos fueron enriqueciendo.

Ellos son:

- Servicios estatales de salud de Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo y Zacatecas
- Expertos de Campeche, Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz, Yucatán y Zacatecas
- Directores generales de Epidemiología, Censida, Censia y Salud Reproductiva
- Coordinadores de Asesores del Secretario de Salud, del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, del Subsecretario de Innovación y Calidad, y del Comisionado Nacional de Protección Social en Salud
- Personal técnico y mandos directivos de la Dirección general de promoción de la salud.

Directorio

Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad

Roberto Tapia Conyer

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Ma. Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Carlos Santos-Burgoa Z.

Director General de Promoción de la Salud

Participaron en la elaboración:

Carlos Esponda González

Celia Josefina Pérez Fernández

Lucero Rodríguez Cabrera

Lorenza Mariscal Servitje

Julián Mendoza Flores

Martha Beatriz Cárdenas Turrent

Ma. de la Luz Garibay Cano

Colaboradores:

Elvia Macedo de la Concha

Alfredo Avila Juárez

Margarita Nava Frías

Georgina Navarrete Sosa

Rosa Ma. Gutiérrez Paredes

Coordinador editorial:

Andrés García Barrios

Diseño

Gerardo Rivera Malagón

Consuelo Pérez González

ANEXO A

Bibliografía

1. Alsop Ruth, Heinsohn Nina. Measuring empowerment in practice: structuring analysis and framing indicators. Policy Research Working Paper 3510: 2005 february: 2-126.
2. Anand Sudhir, Peter Favienne, Sen Amartya. Book building the ethical foundations for public health. Perspectives 2005 february 12; 365: 563-564.
3. Assadourian Erik. The role of stake holders part 2 of a series. World-Watch. 2005 september/october; 18(5): 22-25.
4. Bartlett Christopher, Ghoshal Sumantra. Changing the role of top management. Harv Bus Rev 1995 may – june: 132 – 142.
5. Beaglehole R., Yach D. Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. Public health 2003; september 13; 362: 903 – 908.
6. Beaglehole Robert, Bonita Ruth, Horton Richard, Orvill Adams, McKee Martin. Public health in the new era: improving health through collective action. Viewpoint. 2004 june 19; 363: 2084-2086.
7. Block Peter. Reaching and changing frontline employees. Harv Bus Rev 1996 september-october: - 188.
8. Bossidy Larry, Charan Ram. Execution, the discipline of getting things done. New York. 2002. 271p.
9. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación texto vigente última reforma publicada 28 de junio 2005: 131p. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/leyinfo/pdf/142.pdf>
10. Cavanagh Sue, Chadwick Keith. Health Needs Assessment at a Glance. Health Development Agency. 2005 abril: 2-98.
11. Celedan C, Orellana R. Gobernanza y Participación. Chile, 2003 enero.
12. Centers for disease control and prevention and agency for toxic substances and disease registry. CDC health protection research guide, 2006-2015. 2005 november 18: 1-150.
13. Centre for Health Promotion University of Toronto. Overview of sustainability. 2001 april, 31: 8.2.: 4-53.
14. Cerny Keith. Making local knowledge global. Harv Bus Rev 1996 may–june: 22-26.
15. Chan Kim W., Mauborgne Renée. Blue ocean strategy. Harv Bus Rev 2004 october 4: 76-84.
16. Consejo Nacional de Salud. Comité Nacional de Promoción para la Salud. Lineamientos de política de promoción de la salud; 1-18.
17. Day Lincoln. The positive side of the older populations to come. World-watch. 2004 september/october: 54-57.
18. Dixon-Woods Mary, Agarwal Shona, Young Bridget, Jones David, Sutton Alex. Integrative approaches to qualitative and quantitative evidence. NHS.
19. Drucker Peter. The next society. The economist. 2001 november 1: 1-4.
20. Epping-Jordan Joanne, Galea Gauden, Tukuitonga Colin, Beaglehole Robert. Chronic diseases 2: preventing chronic diseases: taking stepwise action. Lancet 2005. november 5; 366: 1667 -1671.
21. Flores de Gortari Sergio, Orozco Gutiérrez Emiliano. Hacia una comunicación administrativa integral. Segunda edición, México. Trillas. 1990. 369p.

22. Gadiesh Orit, L. Gilbert James. Transforming corner-office strategy into frontline action. Harv Bus Rev; 2001 may: 72 – 79.
23. Ghoshal Sumantra, A. Bartlett Christopher. Changing the role of top management. Harv Bus Rev 1996 january – february: 86 – 96.
24. Goleman Daniel. Liderazgo que obtiene resultados. Harv Bus Rev; 2005 november; 125-140.
25. Govindarajan Vijay, Trimble Chris. Building breakthrough businesses within established organizations. Harv Bus Rev 2005 may: 58-68.
26. Greenbaum Karen. Reaching and changing frontline employees. Harv Bus Rev 1996 september-october: -188
27. Greenwald Bruce, Kahn Judd. All strategy is local. Harv Bus Rev 2005 september: 95-104.
28. Hammer Michael, Stanton Steven. How process enterprises really work. Harv Bus Rev 1999 november-december: 108-118.
29. Health Development Agency. National standards, local action: implementing the public health elements of the NHS planning framework 2005/6 to 2007/8: 1-10.
30. Health promotion and marketing alliances benefits and costs. Disponible en <http://www.hc-sc.gc.ca/english/socialmarketing/strategicalliances/benefits.html>.
31. Heskett L. James, Sasser Earl W, Schlesinger Leonard A. The value profit chain: treat employees like customers and customer like employees. The Free Press. New York. 2003. 361p.
32. Hoffer Gittel Jody. Investing in relationships. Harv Bus Rev. 2001 june: 28-30.
33. J. Larkin T., Larkin Sandar. Reaching and changing frontline employees. Harv Bus Rev; 1996 may-june: 95-104.
34. Kahan Barbara, Goodstadt Michael, Rajkumar Elizabeth. Best practices in health promotion a scan of needs and capacities in Ontario. Centre for health promotion, University of Toronto. 1999 march, 1-56.
35. Kaplan R, Norton D. Strategy Maps. Harvard Business School Publishing, EUA, 2004
36. Katzenbach Jon. Reaching and changing frontline employees. Harv Bus Rev. 1996 september-october: -186.
37. Katzenbach Jon, A. Santamaria Jason. Firing up the font line. Harv Bus Rev. 1999 may – june: 107-116.
38. Kelly Michale, McDaid David, Ludbrook Anne, Powell Jane. Economic appraisal of public health interventions. NSH. 2003 december: 1-8.
39. Kelly P. Michael, Speller Viv, Mayrick Jane. Getting evidence into practice in public health. Health Development Agency; 1-12.
40. Kotter JP. Leading change: why transformation efforts fail. Harv Bus Rev 1995 march-april: 59-67.
41. Kotter P. John. Lo que de verdad hacen los líderes. Harv Bus Rev; 2005 november; 150-158.
42. Magretta Joan. Why business models matter. Harv Bus Rev. 2002 may: 86-92.
43. Manville Brook, Ober Josiah. Beyond empowerment: building a company of citizens. Harv Bus Rev. 2003 january: 48-53.
44. McClelland David, H. Burnham David. Power is the great motivator. Harv Bus Rev 2003 january: 117-126.
45. Moore Geoffrey. Innovating within established enterprises. Harv Bus Rev. 2004 july-august: 89-92.
46. National Institute for Health an Clinical Excellence. Update on public health evidence. Lates publications. 2005 june: 1-4.

47. NHS. Improvement leaders' guide: process mapping, analysis and redesign, general improvement skills. Modernization agency. 2005; 1-39.
48. NHS. The healthier communities shared priority project: learning from the pathfinder authorities. Health Development Agency. 2005 may: 1-6.
49. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado, Ginebra, 2005.
50. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud, Glosario. 1998 enero; 33p.
51. Priestland Andreas, Hanig Robert. Developing first-level leaders. Harv Bus Rev. 2005 june: 113-120.
52. Raphael Dennis. The question of evidence in health promotion. Health Promotion International. 1999 august 16; 15(4): 355-367.
53. Rayport Jeffrey, J. Jaworski Bernard. Best face forward. 2004 december: 47-58.
54. Robinson Les. The seven doors social marketing approach. Disponible en <http://www.media.socialchange.net.au/strategy>.
55. Rodríguez E. Voluntariado Biblioteca Digital BID, octubre 2005.
56. Ross Taylor Virginia, Weis Kerstin. Measuring healthy days. Population assessment of health-related quality of life. Measuring healthy days. 2000 november: 1-40.
57. Rychetnik L., Frommer M., Hawe P., Shiell A. Criteria form evaluating evidence on public health interventions. J Epidemiol Community Health 2002; 56: 119-127.
58. Secretaría de Salud. La prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. México 2003.
59. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. 2001:203p.
60. Sedesol. Reglas de Operación de Oportunidades, México 2005.
61. Shaffer James, Towers Perrin, Rosslyn Virginia. Reaching and changing frontline employees. Harv Bus Rev 1996 september-october: 185-186.
62. Stewart A., O'Brien Louise. Execution without excuses. Harv Bus Rev. 2005 march: 102-111.
63. Strong Kathleen, Mathers Colin, Leeder Stephen, Beaglehole Robert. Chronic diseases 1: preventing chronic diseases: how many lives can we save? Lancet 2005; 366: 1578 – 1582.
64. Tanner Pascale Richard, Sternin Jerry. Your company's secret change agents. Harv Bus Rev. 2005 may: 72-81.
65. Terris Milton. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. J Public Health Policy. 1992 Autumn;13(3):267-76
66. Ulrich Dave, Smallwood Norm. Capitalizing on capabilities. Harv Bus Rev. 2004 June: 119-127.
67. V. McQueen David. Perspective on health promotion: theory, evidence, practice and the emergence of complexity. Health Promotion International. 2000; 15(2): 95-97.
68. V. McQueen David. Strengthening the evidence base for health promotion. Health Promotion International; 16(3): 261-268.
69. Victoria Government Health Information. Integrated health promotion: a practice guide for service providers 2003; a practice guide for service providers: (2003) 1-104.
70. Victoria Government Health Information. Integrated health promotion: resource kit. 2003 june: 1-99.
71. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? – 10 – year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. Scand J. Public Health Suppl. 2001; 56:59-68.

72. Weinreich.NK. What is social marketing?. Disponible en <http://www.social-marketing.com/Whatis.html>.
73. World Bank. Dying too young. Addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation. 2005: 1-145.
74. World Bank. Dying too young. Addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation. Summary. 2005: 3-29.
75. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978 september: 1-3. Disponible en http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
76. World Health Organization. Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st. century. 1997 july; 1-6. Disponible en http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf.
77. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 1986 november 21: 1-4. Disponible en http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
78. Wunning Steven. Rethinking distribution: adaptive channels. Harv Bus Rev 1996 september – october: -192.
79. Weinrich Nedra-Khine: What is social marketing?. Disponible en <http://www.socialmarketing.com>

ANEXO B

Definiciones operativas

El siguiente glosario ofrece definiciones útiles para la lectura de este documento. Se trata de acepciones en su mayoría adaptadas al tema de la salud y en algunos casos limitadas al significado particular que se da a la palabra en este documento.

Abogacía de la salud

Combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, aceptación social y apoyo para los objetivos, políticas y programas de salud.

Asesoría

Servicio brindado por expertos mediante el cual el personal de salud recibe orientación e información.

Anticipatorio

Hacer que algo suceda antes del tiempo señalado o esperable.
Que tiene la capacidad de prever, anteponer, aventajar o adelantarse a que algo suceda.

Cadena de valor

Valor adicional que cada elemento del sistema de atención va añadiendo a la oferta. Relativo a los vínculos sociales entre aquellas personas que pueden movilizar acciones de soporte social a favor de la salud.

Capital de información en salud

Conjunto de bienes de información sobre demografía, daños a la salud y servicios y programas de salud. Es producto de un trabajo colectivo y permite la toma de decisiones.

Capital humano

Conjunto de conocimientos y habilidades presentes en seres humanos que facilitan la creación de salud.

Capital organizacional

Conjunto de bienes aportados que constituyen el producto o riqueza de una organización y que sirve de instrumento o medio para la realización de algo.

Ciudadano, ciudadana

Miembro de una comunidad política (originalmente una ciudad; hoy en día se refiere a un Estado). La condición de miembro de dicha comunidad se conoce como ciudadanía y conlleva derechos de participación política.

Capacidad

Aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo (Diccionario de la Real Academia Española). Habilidad.

Además de capacidades técnicas se puede mencionar capacidades organizacionales, útiles para efectuar tareas de colaboración, aprendizaje, liderazgo, rendición de cuentas, conectividad con las necesidades de la gente, fomento de la unidad estratégica, innovación y eficiencia (Ulrich y Smallwood).

Competencia en materia de salud

Capacidad para influir sobre los factores determinantes de la salud.

Cultura

Expresión colectiva de todos aquellos patrones de comportamiento transmitidos por la sociedad a sus miembros a través de símbolos. Comprende costumbres, tradiciones y lenguaje.

Conjunto de conocimientos que permiten desarrollar un juicio crítico.

Conjunto de modos de vida, costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, que están presentes en una determinada época y /o en un determinado grupo social.

Comunidad

Grupo específico de personas que comparten la misma cultura, valores y normas y están organizadas en una estructura social conforme con el tipo de relaciones que el grupo ha desarrollado a lo largo del tiempo. Estas personas generalmente viven en una zona geográfica definida.

Delegación

Procedimiento por el cual una organización, persona o estamento operativo transfiere una o más de sus funciones y/o responsabilidades a otra persona, estamento o unidad, cediéndole a la vez la responsabilidad de cumplirlas con eficiencia.

Descentralizar

Proceso mediante el cual el poder central delega en una entidad federativa funciones, responsabilidades y tomas de decisión sobre actividades, todo ello con el fin de simplificar la operatividad de las mismas y así lograr mayor cobertura y mejores resultados.

Desconcentración

Acción de conceder mayores poderes a los órganos del estado en las colectividades territoriales.

Desarrollo de aptitudes

Conjunto de actividades coordinadas que se dirigen a los individuos de una comunidad para motivarlos y ayudarlos a que obtengan los conocimientos y habilidades necesarias para cambiar hábitos y conductas desfavorables para su salud.

Determinante

Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que influyen de forma categórica sobre el estado de salud de individuos y poblaciones. Dichos factores son múltiples y siempre están interrelacionados. Cabe mencionar que entre ellos no sólo se cuentan factores que dependen o están asociados con la actividad de los individuos, a saber: ingresos, posición social, educación, trabajo, condiciones laborales, creación de entornos físicos inmediatos y uso y acceso de servicios sanitarios adecuados (OMS).

Eficiencia

Capacidad de producir resultados a un costo bajo o manejable (Ulrich y Smallwood).

Ejecución

Disciplina que de forma estratégica combina los tres elementos medulares de una empresa -personas, estructura y organización- para lograr que “las cosas se hagan”. Se trata de un proceso que de forma sistemática discute a fondo los cómo y qué de una actividad, cuestiona toda decisión, impulsa a seguir siempre adelante con tenacidad y asegura la rendición de cuentas (Bossidy y Charan)

Empoderamiento

Proceso mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus requerimientos vitales (Chile).

Epidemiología

Estudio de los factores que determinan los acontecimientos relacionados con la salud de las poblaciones. Dicho estudio abarca además la distribución de esos determinantes. La epidemiología, como ciencia práctica, también investiga de qué forma puede aplicar sus resultados para controlar problemas de salud

Epidemiología social

Disciplina que se sirve de información social, psicológica, económica y política para describir los problemas de salud pública y definir una propuesta de soluciones. Ha evolucionado de forma importante durante las dos últimas décadas.

Equidad

Estado ideal que deviene cuando todas las personas cuentan con oportunidades justas para desarrollar su máximo potencial humano, o bien, expresado en un nivel más pragmático, cuando nadie se encuentra en situación de desventaja al desarrollar tal potencial (el término desigualdad, con el que suele confundírsele, hace referencia a diferencias que no sólo son evitables y resultan innecesarias sino que además son injustas y no equitativas).

Equidad en salud

Proceso en que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar (OMS).

Evaluación

Proceso mediante el cual se determina el valor de algo al juzgarlo contra estándares explícitos y predeterminados (Rychetnik et al).

Evidencia

Interpretación de datos empíricos obtenidos mediante recolección sistemática o investigación formal. Dicha interpretación se efectúa aplicando una combinación de disciplinas y/o metodologías científicas.

Financiamiento

Es el conjunto de bienes monetarios y financieros con que se cuenta para llevar a cabo una actividad. Generalmente se habla de financiamiento cuando se trata de sumas que complementan los recursos propios.

Función de entornos favorables

Conjunto de actividades, hechos, instituciones y determinaciones gubernamentales abocadas a mejorar los lugares donde la gente vive, trabaja, se reúne y goza de esparcimiento, así como a facilitar en esos sitios el acceso a los recursos de salud y a impulsar entre la población el desarrollo de oportunidades de empoderamiento.

Función de fortalecimiento de la acción comunitaria

Actividades efectuadas por una comunidad para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y así mejorarlos.

Función de políticas saludables

Conjunto de actividades, hechos, instituciones y determinaciones gubernamentales abocadas a conservar, aumentar o restablecer la salud.

Función de reorientación de los Servicios de Salud

Conjunto de actividades, hechos, instituciones y determinaciones gubernamentales abocadas a mejorar los servicios de salud con una preocupación más explícita en conseguir resultados.

Generación de recursos

Sucesión de acciones con las que se producen o buscan los medios para lograr algo.

Gestión

Estrategia administrativa diseñada con el propósito de alcanzar determinados objetivos en el menor tiempo posible y con el costo más bajo.

Gobernabilidad

Capacidad del Estado para establecer consensos y conducir la acción colectiva

Gobernanza

Arte de gobernar mediante el desarrollo de acuerdos institucionales (formales e informales) entre Estado y sociedad civil, con el fin de orientar adecuadamente los procesos de intercambio, coordinación, control, interacción y toma de decisiones sobre políticas públicas, todo ello en concordancia con los valores de la democracia y con la eficiencia y eficacia de las instituciones

Hospital promotor de la salud

Aquel que ejecuta acciones destinadas a promover la salud de sus pacientes, de su personal y de la comunidad donde está emplazado. Todo Hospital Promotor de la Salud trabaja afanosamente por convertirse en una Organización saludable (OMS).

Habilidades para la vida

Todas aquellas capacidades que permiten a la gente adoptar el comportamiento adaptativo necesario para abordar con eficiencia los desafíos de la vida cotidiana (OMS).

Se trata de destrezas individuales cognitivas y físicas que permiten a la gente controlar y dirigir sus vidas estableciendo relaciones interpersonales sanas y habitando con plenitud su entorno para lograr que éste cambie. El desarrollo de estas habilidades aparece en la Carta Ottawa como una de las áreas de acción claves.

Indicador

Característica del individuo, de la población o del entorno susceptible de ser medida directa o indirectamente, y útil en la descripción de uno o más aspectos de la salud de una persona o grupo humano (OMS).

Intervención

Conjunto de acciones que apuntan hacia un solo objetivo y cuya coherencia permite producir un resultado identificable (Rychetnik et al).

Liderazgo

Capacidad de influir sobre un grupo para impulsarlo a alcanzar metas.

Mercadotecnia social

Diseño, implantación y control de programas para incrementar entre la población la aceptación de una idea social y/o de determinado tipo de práctica de grupo. Entre sus herramientas conceptuales están la segmentación de mercados, la investigación de clientes, las técnicas de comunicación y la aplicación de incentivos. Aspira a cambiar la idea de utilidad por la de satisfacción máxima del grupo.

Mercadotecnia social en salud

Diseño, implantación y control de programas para incrementar entre la población la aceptación de una idea social y/o de determinado tipo de práctica de grupo destinadas a conservar, aumentar o restablecer la salud de una colectividad.

Minería del conocimiento y de datos

La minería de datos es un proceso analítico diseñado para explorar grandes volúmenes de datos con el objeto de descubrir patrones y modelos de comportamiento o relaciones entre diferentes variables. Esto permite generar conocimiento que ayuda a mejorar la toma de decisiones en los procesos fundamentales de un negocio. La minería de datos permite obtener valor a partir de la información que registran y manejan las empresas, lo que ayuda a dirigir esfuerzos de mejora respaldados en datos históricos de diversa índole.

Surge de la necesidad de extraer conocimiento de las bases de datos que se generan y acumulan continuamente, es el proceso de descubrir conocimiento útil dentro de los datos, aplicando algoritmos específicos para extraer patrones de datos.

Modelo

Representación simplificada de algún fenómeno.
Aquello que se imita en la búsqueda de un ideal.

Modelo de organización

Imagen y diseño de nuestra labor construidos sobre cuatro elementos claves: identificación de nuestro destinatario, visión de lo que éste necesita o valora de nosotros, nociones claras de cómo crecemos o qué ganamos en el proceso de servicio, y conocimiento de una lógica económica que nos permita entregar el servicio a un costo apropiado.

Operación

División mínima del trabajo.

Cada una de las acciones sencillas de ejecución cotidiana.

Acciones, pasos o etapas por las que es necesario transitar para llevar a cabo una labor determinada.

La ejecución de una secuencia de operaciones permite efectuar una o varias tareas

Organismo no gubernamental

Aquel que no forma parte de la administración pública ni se establece en virtud de acuerdos entre gobiernos. El término comenzó a utilizarse en documentos de la Organización de las Naciones Unidas para designar entidades de muy variado género, temporales o permanentes y con una organización interna no siempre bien formalizada. Pueden tener alcance local, regional, nacional e internacional.

Plataforma

Grupo de personas organizadas que tienen intereses comunes.

Políticas saludables

Conjunto de actividades coordinadas para crear entornos de apoyo que permitan a la gente vivir de forma saludable. Una política saludable es aquella que posibilita o facilita el que los ciudadanos hagan elecciones saludables; asimismo convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud (OMS).

Posicionamiento

Acción y efecto de adoptar una determinada actitud o de elegir una opción.

Prevención

Arte y ciencia de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos hacia la defensa, promoción y restauración de la salud.

Promoción de la salud

Estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias en favor de la salud. Brinda oportunidades para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades, y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

Promover la salud supone instrumentar acciones no sólo para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, sino también para desarrollar un proceso que permita controlar más los determinantes de salud.

Profesionalizar

Reconocer la competencia profesional de una persona a través de registros, certificados, licencias y diplomas, o mediante su aceptación en asociaciones acreditadas.

Rectoría

Conducción, supervisión u organización de algo. Gestión responsable y cuidadosa de aquello que se le ha encomendado a uno.

Responsabilidad que tiene el Estado sobre todo el sistema de salud, y en particular en definir su Visión, guiar e impulsar políticas y estrategias, establecer

reglas justas y negociadas, y ejercer un liderazgo efectivo para mejorar las condiciones de vida de la población.

Red

Serie de puntos o nodos interconectados por algún medio físico de comunicación. Las redes pueden conectarse con otras redes y/o contener sub-redes (Informática Millenium.com).

Agrupación de elementos (individuos, organizaciones y agencias) intercomunicados de forma no jerárquica para transferirse conocimiento, recursos y/o labores sobre temas o preocupaciones comunes, los cuales se abordan de manera activa y sistemática.

Rendición de cuentas

Presentación, verificación y relación minuciosa y justificada de logros, gastos e ingresos de una gestión.

Reposicionamiento

Acción y efecto de retomar algo para mejorarlo, sin cambiar su esencia.

Resiliente

Del latín resilire, brincar hacia atrás, recuperar. Capaz de soportar un golpe sin sufrir deformación permanente o ruptura. Dícese de algo o alguien que tiende a recuperarse o ajustarse fácilmente a la pérdida o cambio.

Riesgo

Probabilidad de sufrir un daño.

Dícese de las condiciones sociales, económicas, biológicas, conductuales y ambientales asociadas con deficiencias de salud, lesiones o con el aumento de la susceptibilidad hacia una enfermedad específica (OMS).

Seguro de salud

Seguro que proporciona cobertura de atención médica, quirúrgica u hospitalaria en general.

Seguro voluntario de salud

Aquel cuyos beneficiarios contribuyen de forma voluntaria con la prima correspondiente.

Servicio

Instancia y personas destinadas a cuidar intereses y/o satisfacer necesidades de un individuo, población o entidad oficial o privada.

Prestación humana que satisface alguna necesidad social y que no consiste en la producción de bienes materiales (Diccionario de la Real Academia Española).

Sociedad civil

Conjunto de personas que conviven y se relacionan dentro de un mismo espacio y ámbito cultural (v.gr., se habla de la sociedad de principios de siglo).

Conjunto de personas y/o instituciones que actúan unidas para conseguir un mismo fin.

Supervisión

Fase del proceso administrativo orientada a lograr que las actividades se realicen en el lugar, el tiempo, la magnitud y el modo previstos

Sustentabilidad

Continuación, viabilidad en el largo plazo, sobrevivencia.

Hay cuatro niveles de sustentabilidad: sustentabilidad del tema, que se consigue manteniendo una alta atención sobre éste en la agenda de todas las partes involucradas; sustentabilidad del cambio de comportamiento, que se logra construyendo habilidades, creando estructuras físicas que apoyen dicho cambio y modificando el ambiente social; sustentabilidad de programas, que se logra integrando actividades en las organizaciones que se responsabilizarán del

programa en el largo plazo, y sustentabilidad de la alianza, que se consigue creando y manteniendo relaciones de trabajo productivas y maximizando los beneficios que surgen cuando diversas partes interesadas abordan un tema

Tamizaje

Identificación presuntiva de una enfermedad aún no confirmada, mediante pruebas, exámenes, cuestionarios o cualquier otro procedimiento .

Valor

Grado de aptitud de las cosas para satisfacer necesidades o proporcionar bienestar o deleite.

Fuerza, actividad, eficacia o virtud de las cosas para producir sus efectos (Diccionario de la Real Academia Española).

Resultado final que se obtiene al efectuar una inversión o un pago.

En materia gerencial, es el valor lo que conduce y motiva a organizaciones y personas. Cabe recordar que la gente no busca los productos o servicios por sí mismos sino por sus resultados finales. Además espera que el proceso de entrega sea de calidad. El propósito de una organización es justamente potenciar los resultados y la calidad de los procesos sobre los costos: se obtiene mediante una estrategia operativa consistente y un enfoque en las distintas condiciones de las poblaciones foco (Heskett, Sasser, Schlesinger).

Voluntario

Individuo u organización -con o sin personalidad jurídica- que presta un servicio solidario para solucionar problemas que afectan a la población. Dicho servicio es continuo y sin fines de lucro. El voluntario efectúa prestaciones personales voluntarias y gratuitas. Actúa en el ámbito de la administración pública o bien en organizaciones no gubernamentales

ANEXO C

Cadena de valor por nivel

Personal de Salud (Unidad de Salud)	Gerente de Promoción de la Salud	Coordinador Jurisdiccional de Promoción de la salud	Jefe Jurisdiccional	Titulares Estatales de Promoción de la Salud	Servicios Estatales de Salud: Secretario de Salud/Director de Servicios	Dirección General de Promoción de la Salud
<ul style="list-style-type: none"> • Toma decisiones operativas • Implanta los programas • Ejerce poder de convocatoria • Elabora los diagnósticos situacionales • Ejerce liderazgo local • Gerencia la red local de Promoción de la Salud • Promueve la organización y participación comunitaria • Efectúa la gestión local 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya y da soporte al promotor de salud • Toma decisiones de gestión • Genera proyectos • Orienta sobre las necesidades de la comunidad • Ejerce liderazgo • Gerencia la red de promotores • Da seguimiento a la organización y participación comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla proyectos • Gerencia la red jurisdiccional de Promoción de Salud • Adecua e implanta los programas • Gestiona los recursos y apoyos logísticos • Asegura la vinculación horizontal con otros programas • Ejerce liderazgo regional • Evalúa e integra resultados • Capacita 	<ul style="list-style-type: none"> • Planea localmente • Gestiona los recursos • Ejerce liderazgo y rectoría • Asegura la coordinación entre programas • Adecua los programas • Vincula los recursos humanos • Capacita 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestiona recursos • Concerta recursos adicionales • Ejerce rectoría y liderazgo estatal • Asegura el vínculo con la Federación • Coordina y concerta • Supervisa procesos • Cumple abogacía • Innova para satisfacer necesidades • Desarrolla investigación operativa • Aplica las normas y lineamientos de los programas • Desarrolla capital humano 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejerce rectoría y liderazgo • Prioriza programas • Define políticas públicas a impulsar • Posiciona a la Promoción de la Salud • Asigna recursos • Favorece la inversión en salud • Gestiona recursos adicionales • Coordina la implantación de programas • Concerta en niveles intrasectorial e intersectorial • Promueve la capacidad creativa estatal • Promueve innovación y crecimiento • Adecuación de material educativo • Evalúa procesos e impactos • Certifica y valida 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejerce rectoría • Emite lineamientos y metodologías • Enlaza y da seguimiento • Asume coordinación interinstitucional e intersectorial • Capacita a nivel gerencial • Difunde las estrategias de Promoción de la Salud • Certifica y valida ((¿qué?)) • Define indicadores de evaluación • Homogeniza las estrategias de Promoción de la Salud • Promueve el desarrollo organizacional y la mejora del desempeño • Ejerce poder de negociación • Investiga y difunde el conocimiento • Genera servicios compartidos con economías de escala, amplitud de visión y alta especialización • Establece y actualiza el marco legal y normativo • Asegura la vigilancia regulatoria • Vela por la equidad • Fomenta la fiduciariedad entre entidades

ANEXO D

Perfiles del personal

PERSONAL	PERFIL MÍNIMO	COMPETENCIAS
<p>Promotor de Salud (nivel local)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnico de educación media superior en salud • En hospitales, personal con licenciatura de ciencias de la salud • De preferencia bilingüe en los casos de zonas indígenas 	<p>Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los riesgos epidemiológicos regionales • Integración de diagnósticos de salud comunitarios • Diseño de programas de trabajo • Conocimiento de técnicas didácticas • Establecimiento de perfiles de riesgos individuales y manejo de prevención y promoción durante la línea de vida • Conocimientos básicos de etnomedicina regional • Capacidad de interpretar las AGEBS y planear los censos de su área de responsabilidad • Manejo de paquetería informática básica para la operación de los sistemas en salud • Conocimiento del idioma regional • Conocimientos de nutrición, toxicología, educación física, ergonomía • Conocimientos de diseño y métodos de mercadotecnia <p>Gerenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo • Comunicación asertiva • Escucha efectiva • Creación y construcción de ambiente de confianza en la comunidad • Capacidad de gestión y concertación

<p>Gerente de Promoción de la Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnico de educación media superior o equivalente 	<p>Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los riesgos epidemiológicos regionales • Conocimientos básicos de etnomedicina regional • Capacidad de interpretar las AGEB's y planear los censos de su área de responsabilidad • Sistematización de la información y elaboración de informes • Manejo de paquetería informática básica para la operación de los sistemas en salud • Conocimiento del idioma regional • Conocimiento de movimientos migratorios dentro y fuera del país • Manejo de técnicas y metodologías didácticas <p>Gerenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo • Comunicación asertiva • Escucha efectiva • Creación y construcción de ambientes de confianza en la comunidad • Trabajo en equipo • Negociación y manejo de conflictos
<p>Coordinador Jurisdiccional de Promoción de la Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en área de la salud o afines (medicina, promoción de la salud, odontología, trabajo social, psicología, pedagogía) • Formación/capacitación en el área epidemiológica • Formación/capacitación en didáctica, diseño, mercadotecnia, ciencias sociales • Conciencia social, compromiso comunitario y entusiasmo 	<p>Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los riesgos epidemiológicos en la jurisdicción y en la entidad • Elaboración de planes de mercadotecnia social • Análisis de sistemas y servicios de salud • Manejo de paquetería informática (Word, Excel, Ppt. e internet) • Conocimientos básicos de idiomas regionales • Elaboración e interpretación de informes. Identificación de prioridades en salud • Buscar el desarrollo de las capacidades humanas • Aplicación de métodos estadísticos • Desarrollo de investigación operativa • Interpretación de la realidad social • Operación de las directrices institucionales con apego a la cultura de la comunidad • Dominio en el manejo del sistema de información en salud • Elaboración e integración de informes <p>Gerenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo • Conformación de equipos e trabajo • Análisis de problemas y toma de decisiones • Planeación estratégica y programación presupuestal • Comunicación asertiva y escucha efectiva • Administración pro procesos con un máximo de beneficio a un menor costo • Coordinación interinstitucional e intersectorial • Negociación y manejo de conflictos

<p>Responsable Estatal de Promoción</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional de la salud, preferentemente médico con maestría o especialidad en salud pública, promoción de la salud , epidemiología aplicada o medicina social • Licenciatura en áreas sociales (sociólogo, trabajador social, comunicólogo, mercadólogo, pedagogo) con maestría y experiencia en salud pública 	<p>Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los riesgos epidemiológicos en la entidad • Análisis de sistemas y servicios de salud • Elaboración e interpretación de informes • Aplicación de métodos estadísticos • Desarrollo de investigación operativa • Interpretación de la realidad social • Manejo y análisis del sistema de información en salud • Manejo adecuado de medios de comunicación • Manejo de paquetería informática básica • Diseño de programas educativos y de promoción de la salud • Evaluación de programas de promoción de la salud <p>Gerenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo • Análisis de problemas y toma de decisiones • Planeación estratégica, programación y presupuestación • Formación de equipos de trabajo • Comunicación asertiva y escucha efectiva • Desarrollo de las capacidades humanas • Negociación y manejo de conflictos • Concertación y gestión • Administración por procesos con un máximo de beneficio a un menor costo • Innovación y creatividad • Apertura ante el cambio organizacional
------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Se propone que, en lo referente a Promoción de la Salud, el jefe jurisdiccional cubra el siguiente perfil:

<p>Jefe Jurisdiccional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Medicina o en Promoción de la Salud • Formación/capacitación en el área epidemiológica • Formación/capacitación en Administración de Servicios de Salud y Salud Pública 	<p>Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regionalización de servicios de salud • Manejo de metodologías técnico administrativas para la planeación estratégica de los servicios de salud • Conocimientos sobre políticas públicas en salud • Sistemas de información e investigación operativa • Identificación de los riesgos epidemiológicos regionales <p>Gerenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo • Comunicación asertiva • Gestión • Trabajo en equipo • Negociación y manejo de conflictos • Orientación de resultados
-----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO E

Paquete esencial de equipamiento

PAQUETE ESTATAL

CONCEPTO	CANTIDAD	CARACTERÍSTICAS
Cámara de video	1	Formato mini DV
Cámara fotográfica digital	1	5.1 megapíxeles con memoria SD de 512 MB
Rac para quema masiva de 7 unidades	1	Quemadores de DVD 17X con un cerebro
Video proyector portátil	1	1000 lúmenes como mínimo
Rotafolio	3	Estructura de aluminio
Computadora de escritorio con quemador cd/dvd	1	Pentium 4, HD 160 GB, 512 en RAM, 128 MB en video
Pantalla fija	1	
Pantalla portátil	1	
Pintarrón	1	Para plumón
Laptop con quemador cd/dvd	1	P4 Intel cetrino, 512 en RAM, quemador de DVD
Scanner	1	De 48 bits, 2400 DPI
Impresora a color	1	Láser a color
Vehículo compacto	1	Chevy
Fotocopiadora	1	Alta velocidad, blanco y negro, ambas caras (en renta)
Equipo de sonido	1	Portátil, con cuatro bocinas y dos micrófonos

JURISDICCIONAL

CONCEPTO	CANTIDAD	CARACTERÍSTICAS
Cámara de video	1	Formato mini DV
Cámara fotográfica digital	1	5.1 megapíxeles con memoria SD de 512 MB
Video proyector portátil	1	1000 lúmenes como mínimo
Rotafolio	2	De aluminio
Pantalla	1	
Pintarrón	1	
Laptop con quemador cd/dvd	1	Procesador Pentium 4, HD de 80 GB, 512 en Ram, Combo
Scanner	1	De 48 Bits, 2400 DPI
Impresora a color	1	Inyección de tinta
Altavoz con megáfono	1	
Equipo para teatro guiñol	1	Material para su construcción
Vehículo compacto	1	Chevy
Vehículo todo terreno	1	Dodge RAM

UNIDAD DE SALUD

CONCEPTO	CANTIDAD	CARACTERÍSTICAS
Video proyector portátil	1	1000 lúmenes como mínimo
Rotafolio	1	De aluminio
Pantalla	1	De pared 1.4*2.0 metros
Pintarrón	1	Para plumón
Computadora de escritorio	1	Pentium 4, HD 40 GB, 512 en Ram
Altavoz con megáfono	1	
Equipo de teatro guiñol	1	Para su construcción
Impresora blanco y negro	1	Láser monocromática

ANEXO F

Plantilla mínima para unidades médicas

TIPO DE UNIDAD MÉDICA	PERSONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	CANTIDAD
Primer contacto con un núcleo básico	Promotor	1
Primer contacto con más de un núcleo básico	Promotor	1 por cada 3 núcleos básicos
Hospital básico comunitario	Promotor	1
Hospital general	Promotor	2
Hospital de especialidad	Promotor	2

