Programa de Acción Específico

Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018

Programa Sectorial de Salud

Versión electrónica, en proceso su publicación impresa

Índice General

Directorio 5
Mensaje de la C. Secretaria de Salud 7
Mensaje del C. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud 9
Introducción 11
I. Marco Conceptual 13
II. Marco Jurídico 21
III. Diagnóstico 25
III.1 Antecedentes 27
III.2 Situación Actual y Problemática 28
III.3 Avances 2006-2012 46
III.4 Retos 2013-2018 48
IV. Alineación con las Metas Nacionales 51
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 53
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 54
V. Organización del Programa 57
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción 59
V.2 Estrategias Transversales 61
VI. Indicadores y Metas 63
VII. Matriz de Corresponsabilidad 75
VIII. Transparencia 91
Bibliografía 95
Abreviaturas y Acrónimos 99
Glosario de Términos 103
Anexos 107

Directorio

Secretaría de Salud

María de las Mercedes Martha Juan López
Secretaria de Salud

Eduardo González Pier
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad

Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Nelly Aguilera Aburto
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

José Meljem Moctezuma
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

Gabriel O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Leobardo Ruíz Pérez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Eduardo Jaramillo Navarrete
Director General de Promoción de la Salud

Sistema Nacional de Salud

José Antonio González Anaya
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
Director General del Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Laura Ibernia Vargas Carrillo
Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Emilio Ricardo Lozoya Austin
Petróleos Mexicanos

Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Mensaje de la C. Secretaria de Salud

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos "Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud", con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

Mensaje del C. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

Introducción

En el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND), y del Programa Sectorial de Salud (PROSESA), se diseña el Programa de Acción Específico (PAE) Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, cuyo fin es contribuir al logro de un México Incluyente, así como optimizar los recursos destinados a los diferentes sectores de gobierno que inciden en los determinantes de la salud a través de la coordinación intra e intersectorial y el impulso de políticas públicas a favor de la salud.

Esta propuesta ha sido integrada a partir de tres programas que anteriormente venían operando en la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS): Nueva Cultura, Escuela y Salud, Vete Sano, Regresa Sano y un modelo de atención intersectorial de Promoción de la Salud para Población Indígena que operó de manera piloto en el municipio de Chilón, Chiapas.

Por tanto, el contenido de este nuevo Programa fortalece aquellas acciones que se vienen desarrollando y que tienen mayor incidencia en los determinantes de la salud.

Es a través de seis objetivos, seis estrategias y 13 líneas de acción, que se propone la entrega de los servicios de promoción de la salud a los diferentes grupos poblacionales que están bajo la cobertura de la Secretaría de Salud con énfasis en la población vulnerable.

Las líneas de acción contribuyen al acercamiento de los servicios de salud a la población, con enfoque de determinantes de la salud, enfoque de género, pertinencia cultural y lingüística, tomando en cuenta condiciones a las que se enfrenta la población como son la migración, la etnicidad, la etapa de la línea de vida en la que se encuentra y la oportunidad de cuidar la salud en entornos determinados como la escuela.

Con este Programa, la Dirección General de Promoción de la Salud proporciona información y herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias para la vida; genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, prepara a las personas para que afronten con mayores recursos las enfermedades, lesiones y sus secuelas, además de utilizar adecuadamente los servicios de salud.

Es así, que el Programa lleva los servicios de promoción de la salud al ámbito más local de acción a toda la población mediante herramientas, como cartillas de salud, talleres comunitarios y mercadotecnia social, poniendo especial atención en la población vulnerable: indígenas, migrantes y niñas y niños en edad escolar, para lograr con ello mayor equidad entre las regiones del país.

I. Marco Conceptual

I. Marco Conceptual

La Promoción de la Salud (PS) es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar enfermedades transmisibles, no transmisibles y otras amenazas para la salud[1] consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y así mejorarla. Por lo que al ser los determinantes de la salud su objeto central, la PS no sólo abarca las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino aquellas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, contribuyendo a que las personas incrementen el control sobre los determinantes de su salud.[2]

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008 definió a los determinantes sociales de la salud como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud". Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas; esta distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo. A la par, al interior de las naciones puede haber marcadas desigualdades entre estados, regiones y localidades con diferentes ingresos económicos que limitan el desarrollo humano de las personas y por lo tanto sus determinantes sociales de la salud.[3]

La CDSS hace tres grandes recomendaciones a los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas para modificar los determinantes que inciden en la salud de la población:

1. Mejorar las condiciones de vida de la población, que implica mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, y las condiciones en que nace la población; favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para las niñas y los niños; mejorar las condiciones de trabajo; formular políticas de protección social dirigidas a toda la población, y crear las condiciones que permitan envejecer bien. Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos han de contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales.

2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y así combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida. Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiamiento, por lo que no sólo hay que fortalecer las instancias gubernamentales, sino también la gobernanza: hay que dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, a un sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad, con el fin de definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva. En un mundo globalizado, se impone aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad.

3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales deben poner en marcha, con el apoyo de la OMS, sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria nacionales e internacionales, que permitan hacer un seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como evaluar los efectos de las políticas e intervenciones en la equidad sanitaria, creando el espacio y la capacidad institucionales que permitan combatir con eficacia dicha inequidad. Para ello hay que invertir en la formación de los responsables de formular las políticas y de los profesionales de la salud, abordar la temática de determinantes sociales de la salud con la población y dar mayor cabida a los determinantes en la investigación en materia de salud pública.

La operación de las actividades del Programa Promoción de la Salud y Determinantes Sociales contempla los preceptos contenidos en las siguientes Cartas y Tratados internacionales:

- Carta de Ottawa, Canadá (1986).
- Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), 1989, sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes.
- Conferencia de Sundsvall, Suecia (1991).
- Declaración de Santafé de Bogotá (1992)

- La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud (1995).
- La Iniciativa Global de Salud Escolar, (1995).
- Declaración de Yakarta, República de Indonesia (1997).
- Escuelas Promotoras de la Salud: Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Carta de Bangkok (2005).
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, aprobada el 13 de septiembre de 2007.
- Informe sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2005 OMS/OPS, publicado en agosto de 2008.
- El Llamado a la Acción de la 7ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Nairobi, Kenya (2009).
- Plan de Acción para la Igualdad de Género (2009). OPS.
- Declaración de Adelaide, Australia (2010).
- Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Helsinki, Finlandia, (2013).

A partir de los anteriores se genera un modelo para la operación.

Modelo operativo de promoción de la salud

La DGPS generó el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS)[4] el cual opera a través de un servicio integrado de Promoción de la Salud, cuyas intervenciones van de lo individual a lo poblacional. Este servicio privilegia a la población más vulnerable para lograr con ello mayor equidad entre las regiones del país.

El servicio considera cuatro componentes sustantivos: manejo de riesgos personales, desarrollo de capacidades y competencia en salud, participación social para la acción comunitaria y desarrollo de entornos saludables y tres componentes transversales: abogacía intra e intersectorial, mercadotecnia social en salud y evidencias para la salud.

Mediante este modelo se operan en lo local las cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa (1986) para la Promoción de la Salud:

1. Establecer una política pública saludable.
2. Crear entornos que apoyen la salud.
3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud.
4. Desarrollar las habilidades personales, y
5. Reorientar los servicios sanitarios.

Figura 1. Servicio integrado de promoción de la salud, componentes

En México, la educación para la salud (EPS), es parte esencial de la promoción de la salud, se incorpora al MOPS, como una metodología a través de la cual se desarrollan las competencias en salud, La EPS, 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, las lesiones y sus secuelas.

A través de cada uno de los componentes antes mencionados, el Programa, pretende acercar los servicios de promoción de la salud al ámbito más local de acción y atender a toda la población a través de herramientas como son las Cartillas Nacionales de Salud (CNS) y los Talleres Comunitarios para la Promoción de la Salud poniendo especial atención a grupos vulnerables, tales como la población indígena, la migrante y la escolar, por lo que un enfoque intercultural es indispensable.

Promoción de la Salud de la Población Indígena, hacia la construcción de un modelo de atención en salud para población indígena en México

Históricamente, los pueblos indígenas en México han sido marginados y socialmente excluidos, por lo que sus derechos pocas veces son respetados. Las políticas internacionales proponen que el trabajo con poblaciones indígenas verse sobre los determinantes sociales de la salud, el bienestar y que se reconozca la diversidad cultural como factores decisivos en el cuidado de la salud,[5] por lo que el principal desafío del sector sanitario es disminuir las brechas de salud de estos pueblos.[6]

La tendencia actual es el diseño de modelos de atención en salud propios para estos grupos, en donde su identidad étnica, cultura, tradiciones, creencias, saberes y prácticas sean respetados; se propone que dichos modelos consideren seis elementos:

Interculturalidad: Se refiere a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades.[7] La cultura a su vez comprende actitudes, valores, normas, ideas, hábitos y percepciones internalizadas, así como formas o expresiones concretas que se adoptan y que, en gran medida, son compartidas entre un grupo de personas.[7] Cuando hablamos de interculturalidad en salud nos referimos a la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud y a la enfermedad;[5] es así como la interculturalidad aspira al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales como una herramienta para la aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema más equitativo y participativo.[7]

Intersectorialidad: Su propósito final es la definición de políticas, que tengan como centro el desarrollo humano integral,[5] por lo que para lograrla no sólo es necesaria la convergencia de estructuras, sino que también se considere la interdisciplinariedad.[8] Esto último implica que quienes toman decisiones en los diversos sectores de gobierno estén conscientes de que sus acciones u omisiones conllevan un impacto sobre la salud.[5]

Integralidad: Se refiere a la atención que se brinda al individuo, no sólo desde el punto de vista de la persona sino de su entorno familiar, social y cultural.[9] La propuesta de algunos autores[5] para hablar de integralidad en modelos de atención en salud destinados a población indígena, es el realizar las siguientes acciones: enfocar las actividades no solo en el individuo sino también en su familia; evitar la fragmentación de la atención médica; complementar la medicina occidental con la tradicional; garantizar acciones de promoción, prevención y atención; asegurar el acceso a todos los niveles de atención y saneamiento básico incluyendo el cuidado de los animales domésticos.[5]

Participación social: Se entiende como los procesos sociales a través de los cuales los grupos, las organizaciones, las instituciones o los diferentes sectores (todos los actores sociales incluida la comunidad), intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una sólida alianza para diseñar, poner en práctica y evaluar las soluciones.[10] Así la participación social será el medio para que la población pueda controlar los procesos que afectan su salud y garantizar el derecho a la autonomía y a la autodeterminación de los pueblos.[5]

Información e investigación: Para tomar decisiones adecuadas y formular políticas que den respuestas a las necesidades de la población, es indispensable contar con información veraz, confiable y oportuna.[5] La evidencia científica es un buen aliado para guiar la toma de decisiones, sin importar la etapa del proceso en las que nos encontremos.[11] Para el trabajo con población indígena se requiere de un sistema de información que incluya la variable de etnia y el análisis epidemiológico con enfoque intercultural, acordándose mecanismos para difundir la información.[5]

Sustentabilidad: Para garantizar que la atención en salud para población indígena se mantenga, es necesario asegurar que los modelos puedan operar a largo plazo; para esto se necesita del compromiso político de todos los niveles de gobierno. Asimismo, se debe garantizar la asignación de recursos nacionales[5] específicos.

Promoción de la Salud de la Población Migrante

México es un país estrechamente relacionado con la migración, la cual puede ser externa (internacional) o interna. La migración externa es el cambio del lugar de residencia que se realiza de un país a otro, la migración interna implica el cambio de lugar de residencia habitual dentro del mismo país, cambiando de un municipio a otro (intermunicipal) o hacia otro estado (interestatal); dentro de la migración interna se presenta otro movimiento migratorio realizado por los jornaleros agrícolas migrantes que en determinadas épocas del año se movilizan desde los estados del sur hacía los del norte y noroeste del país, para ser contratados para laborar principalmente en los campos agrícolas y posteriormente regresar a su lugar de origen (migración temporal). Estos movimientos migratorios generalmente implican una búsqueda de oportunidades económicas que mejoren su calidad de vida.

El tránsito en condiciones inseguras e insalubres desde el punto de vista físico y psicosocial, la incorporación a ambientes laborables con bajos niveles de saneamiento y seguridad y la fractura de las redes familiares, sociales y culturales, convirtiendo a los migrantes en una población vulnerable ante diversas enfermedades infecto-contagiosas, accidentes, padecimientos crónico-degenerativos y a diversos trastornos de tipo psicológico. Además de estar expuestos a adquirir prácticas y consumos riesgosos que pueden alterar su salud.

Por lo anterior, el Programa, desarrolla acciones de promoción y prevención dirigidas a la población migrante aplicadas en los sitios de origen, tránsito, destino y retorno que les permita conservar y mantener un estado de salud favorable, mediante el abordaje de los determinantes de la salud que se presentan en ellos y el otorgamiento individual y familiar de un Paquete Garantizado de Promoción y Prevención durante el proceso migratorio, así como la validación o certificación de albergues como entornos favorables a la salud.

Promoción de la salud escolar

México tiene alrededor de 34 millones de escolares en los diferentes niveles educativos (básico, medio superior y superior).[12] El sistema educativo ofrece un escenario ideal para realizar labores educativas teóricas y prácticas relacionadas al cuidado de la salud individual, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud colectiva, ya que es un espacio donde las y los estudiantes pueden tener acceso a información, conocimiento, ejemplo y el apoyo necesario tanto para modificar o controlar los determinantes de la salud, como para desarrollar hábitos y estilos de vida saludables.[13]

En 1996, México se adhiere al Movimiento de Escuelas Promotoras de la Salud que promueve la OPS, la cual se fundamenta en el desarrollo articulado y sinérgico de tres componentes principales: a) Educación para la salud con un enfoque integral, incluida la enseñanza de habilidades para la vida, 2) Creación y mantenimiento de ambientes saludables y 3) Provisión de servicios de salud, una alimentación correcta y el fomento de la vida activa.

Una escuela promotora de la salud es la que se abre a la participación y a la colaboración de funcionarios, personal de salud, docentes, madres, padres, estudiantes, organizaciones sociales, líderes de la comunidad y el sector privado.[14]

Las y los escolares son vulnerables a la enfermedad, siendo quienes por su condición social (género, etnia, clase social, condición física, estado migratorio), económica, ambiental y personal, presentan mayores posibilidades de enfermar o morir en relación a otras y otros. Las causas de las enfermedades y muerte pueden ser similares, sin embargo, la incidencia y las consecuencias varían dependiendo de los niveles de pobreza, alimentación, acceso al agua, vivienda, educación, empleo, descanso, entre otros.

Partir de un enfoque de los determinantes de la salud desde el ámbito escolar,[15] nos brinda la oportunidad de:

- Identificar la interrelación entre los factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes se enfermen o permanezcan saludables.

- Explicar la problemática de salud con la finalidad de intervenir individual y colectivamente en la transformación de los determinantes negativos a la salud e impulsar los determinantes que favorezcan una comunidad escolar saludable.

- Impulsar la organización y participación social de la comunidad educativa mediante información, reconocimiento mutuo, abogacía y gestión, con el fin de mejorar y controlar los determinantes de la salud de la población escolar.

- Priorizar la atención a las comunidades educativas con un mayor número de condiciones desfavorables para la salud y con ello optimizar los recursos con los que se cuentan.

- Planear y ejecutar intervenciones intersectoriales para garantizar el acceso a los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

En una escuela promotora de la salud, el eje de las acciones de promoción de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes es la modificación de los determinantes de la salud, en lo individual y en lo colectivo, a efecto de que la población escolar los conozca y aprenda a manejarlos y controlarlos en términos favorables a su salud, mediante:

a) El consumo de una alimentación correcta.

b) Adecuada higiene personal y salud bucodental.

c) El incremento de la actividad física.

d) El conocimiento y práctica de una sexualidad responsable y protegida.

e) La modificación del entorno psicosocial.

f) La modificación del entorno físico.

g) El acceso a servicios preventivos.

En la selección de escuelas a incorporar para ser validadas como promotoras de la salud, es fundamental considerar los siguientes principios éticos y conceptuales relacionados con el derecho a la salud y la equidad:[13]

- Contribuir a disminuir las desigualdades que determinan la enfermedad en las y los escolares.

- Destinar mayores recursos donde exista mayor necesidad y otorgar la misma calidad del servicio al universo seleccionado.

- Fortalecer la participación de la comunidad educativa (personal docente, directivo, autoridades, comités, consejos y escolares), así como otros actores sociales en el diagnóstico de necesidades y desarrollo del plan de trabajo.

- Coordinar las acciones con todas las áreas de la institución y del sector salud, el municipio y organizaciones afines, cuyas acciones estén dirigidas a la modificación de los determinantes de la salud escolar para promover la salud y prevenir las enfermedades.

- Gestionar los recursos humanos, materiales y financieros a partir del diagnóstico de salud escolar y de los recursos humanos con los que se cuentan.

Sistema de Cartillas Nacionales de Salud

El Sistema de CNS se encuentra al servicio de la población con la finalidad de incidir junto con ella en la modificación de los determinantes personales y su manejo a nivel individual, familiar y comunitario.

Las CNS son un instrumento que impulsa la cultura del derecho de la población para empoderarla en la protección y cuidado de su salud, son gratuitas para toda la población en territorio nacional, independientemente de su origen étnico o racial, religión, edad, sexo, preferencia sexual, condición de género, lengua o idioma.

Al ser una herramienta transversal a todos los programas de salud, contribuye a mejorar el acceso a los servicios de salud que se otorgan en las unidades del Sistema Nacional de Salud de todo el territorio nacional.

Capacitación del personal de salud sobre promoción de la salud, determinación social, interculturalidad y perspectiva de género

Los recursos humanos son estratégicos para el buen desempeño de cualquier sistema de salud. El reto es desarrollar una fuerza laboral para la salud que esté disponible, tenga arraigo en las comunidades, sea competente, productiva y responda a las necesidades de la población con prioridad hacia la prevención y promoción de la salud. Hoy el sector público enfrenta diversos retos fundamentales respecto a los recursos humanos, que en realidad son un reflejo de la situación en la infraestructura.[16,17]

El personal que realiza acciones de PS, debe reconocer que la primera responsabilidad es formarse y profesionalizarse, lo que le permitirá ampliar sus conocimientos y habilidades de manera permanente, para así responder a las necesidades de la población de los diferentes contextos socioeconómicos y culturales.

En este contexto, la capacitación del profesional de la promoción de la salud se implementa con el propósito de profundizar la articulación entre el marco conceptual de los determinantes sociales y su práctica en el mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad.

La capacitación y actualización concebida como un proceso educativo adquiere un sentido permanente, ya que los aprendizajes más relevantes del profesional de la promoción de la salud se adquieren en el propio ámbito de trabajo y en la práctica con otros profesionales que se desempeñan con y para la comunidad. Es así que la capacitación debe estar orientada a brindar herramientas conceptuales y actitudinales para trabajar junto con la comunidad en la identificación de causas y determinantes sociales de los problemas de salud, disminución de riesgos ante la propagación de enfermedades, y la implementación de prácticas de prevención y promoción; así como incentivar la participación de la comunidad en la detección de necesidades e inquietudes propias de capacitación, con lo que se posibilita la reflexión sobre problemáticas de salud y las posibles formas de abordaje para su atención.

El componente de capacitación del personal estatal, jurisdiccional y local, considera: la promoción de la participación comunitaria para la generación de intervenciones de salud locales, el trabajo coordinado con los propios servicios de salud y con los otros sectores para la ejecución de prácticas de gestión que den solución a problemáticas específicas de salud de la población, así como en la aplicación de metodologías de trabajo comunitario bajo el enfoque de determinantes sociales, género, interculturalidad y derechos.

Talleres Comunitarios para la Promoción de la Salud

En la 8ª. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Helsinki, Finlandia en 2013, se hace explícito que es necesario "incluir comunidades, movimientos sociales y la sociedad civil en el desarrollo, implementación y seguimiento de la salud en todas las políticas y la construcción de conocimientos sobre la salud en la población".[18]

Los Talleres Comunitarios para la Promoción de la Salud (TCPS) son una estrategia educativa dirigida a las personas, familias, grupos y comunidades de acuerdo a edad, sexo, evento de vida y situación epidemiológica, cuyo propósito es contribuir al desarrollo de conocimientos y capacidades individuales y colectivas que conserven, protejan y mejoren la salud biopsicosocial.[19]

Los TCPS como estrategia educativa, permiten que la población que participa reconozca, analice y reflexione sobre los determinantes de la salud individual y colectiva, así como sobre la situación epidemiológica regional que les afecta, identifiquen aquellos determinantes, hábitos, costumbres, situaciones o prácticas individuales y colectivas nocivas para la salud, reconozcan formas prácticas y significativas para modificarlo de manera individual y colectiva y utilicen adecuadamente los servicios de salud a su alcance.

La estrategia educativa de los TCPS está basada desde el punto de vista filosófico y pedagógico en los planteamientos teóricos, prácticos y metodológicos de Paulo Freire,[20] en el método investigación-acción-participativa de Fals Borda[21] y en la teoría del aprendizaje significativo que plantea Ausubel.[22] Se conjugan conceptos fundamentales tales como aprender haciendo y partir de la realidad a través del análisis y reflexión de la práctica y la teoría, procesos que busquen una práctica enriquecida, que reconozcan o identifiquen los determinantes de la salud, cómo transformarlos y/o controlarlos, para aportar al buen vivir a través de una salud integral.

Las intervenciones educativas de promoción de la salud están mediadas por la capacidad de decidir, de participar y de la capacidad de las personas, así como de su motivación para transformar la información o el conocimiento, con el fin de resolver problemas de su comunidad.

II. Marco Jurídico

II. Marco Jurídico

Los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, basan su planeación programática presupuestal y la operación de sus actividades en el siguiente marco normativo.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

- Titulo Primero, Capítulo I, de los Derechos Humanos y sus Garantías. (Denominación del Capítulo reformado DOF 10-06-2011).

  Artículo 1. (Párrafo reformado DOF 10-06-2011).

  Artículo 2. Fracción IB, III, IV, VIII.

  Artículo 3. (Párrafo reformado DOF 12-11-2002, 09-02-2012). Reformas al Quinto transitorio. III, apartado C.

  Artículo 4. (Artículo reformado DOF 31-12-1974).

Ley General de Salud

Última Reforma DOF 19-03-2014.

- Titulo Primero Disposiciones Generales

  Capítulo Único

  Artículo 3.IV Bis.

  Artículo 6.IV Bis, VI Bis.

  Artículo 10.

  Artículo 11.

- Título Tercero Prestación de los Servicios de Salud.

  Capítulo I. Disposiciones Comunes

  Artículo 27.Fracción X.

  CAPITULO IV. Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad.

  Artículo 51 Bis 1 (párrafo segundo).

  Artículo 54.

  Capítulo V. Atención Materno-Infantil

  Artículo 66.

  Capítulo VI. Servicios de Planificación Familiar

  Artículo 67. (Párrafo cuarto)

- Título Cuarto Recursos Humanos para los Servicios de Salud

  CAPITULO III. Formación, Capacitación y Actualización del Personal:

  Artículo 89.

  Artículo 92.

  Artículo 93.

- Título Séptimo Promoción de la Salud

  Capítulo I. Disposiciones Comunes

  Artículo 110.

  Artículo 111.

  Capítulo II. Educación para la Salud

  Artículo 112. Fracción I, II y III.

  Artículo 113.

  Capítulo III. Nutrición

  Artículo 114.

- Título Décimo Séptimo Vigilancia Sanitaria.

  Capítulo Único

  Artículo 393. (Párrafo segundo).

Ley General de Educación

Última Reforma DOF 11-09-2013

- Capítulo I. Disposiciones Generales

  Artículo 7. (Párrafo reformado DOF 17-04-2009, 17-04-2009, 28-01-2011) y Fracción X (Fracción reformada DOF 15-07-2008, 28-01-2011.)

- Capítulo VIII. De las Infracciones, las sanciones y el recurso administrativo.

  Sección 1. De las infracciones y las sanciones.

  Artículo 75. Fracción IX.

Ley de Migración

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

Ley General de Población

Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal

Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

- Capítulo X. De las Unidades Administrativas

  Artículo 28. Fracción I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX y XXI.

Bases de Coordinación que para el Establecimiento, Desarrollo, Ejecución y Promoción del Programa de Acción Específico Escuela y Salud, celebran la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud, 28 de mayo del 2012.

Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, 31-10-2013.

Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional. DOF 16-05-2014.

Programa Sectorial de Educación 2013 – 2018.

Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud. DOF 24-12-2002. Artículo 1

- En junio de 2011 se reforma el artículo 1° de la Constitución Mexicana que eleva a rango constitucional, los acuerdos y tratados internacionales suscritos por el Estado Mexicano. Asimismo, México es miembro de la Organización de las Naciones Unidas y la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud a través de la Organización Mundial de la Salud, con lo cual se cuenta con el marco internacional encaminado al respeto de los derechos humanos y logro de la equidad en salud.

III. Diagnóstico

III. Diagnóstico

lll.1 Antecedentes

Los principales antecedentes de este Programa se ubican en los programas Escuela y Salud (salud escolar), Vete Sano, Regresa Sano (salud de la población migrante) y Nueva Cultura (talleres comunitarios, capacitación al personal, CNS y mercadotecnia social). Estos programas estuvieron en operación hasta diciembre de 2013 y ahora se integran sus principales estrategias y líneas de acción al Programa Promoción de la Salud y Determinantes Sociales.

Salud escolar

La Secretaría de Salud en el año 1989, buscó atender la salud escolar mediante la creación del Programa Nacional de Promoción de la Salud de los Educandos del Sistema Educativo Nacional.

Posteriormente, en el año 1992 se revisó y actualizó el contenido de salud en libros de textos gratuito. En 1994 se incluyó la Salud del Escolar en el Programa Nacional de Salud; durante el mismo año se publicó la NOM-009-SSA2-1994 para el Fomento de la Salud del Escolar. En 1996 México se adhiere al Movimiento de Escuelas Promotoras de la Salud. En el 2001 se estableció el Programa de Educación Saludable en escuelas de educación básica. Para el año 2006 se creó el Programa Escuela y Salud antecedente inmediato del actual componente Salud Escolar.

Grupos vulnerables

A partir del año 2010, la DGPS funge como enlace nacional ante la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) con el propósito, de conjuntar y dar seguimiento en el Sector Salud al Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (PDPI).

En el año 2011, la DGPS participó con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) en el desarrollo del "Estándar de Competencias para la Promoción de la Salud en las Comunidades Hablantes de Lengua Indígena".

En el mismo año, la DGPS elaboró la "Guía para promover la salud de los pueblos indígenas, Módulo Alimentación", dirigida a promotores de la salud. Asimismo, inició en los estados de Chiapas, Guerrero, Campeche y Yucatán la "Investigación participativa de saberes en salud indígena."

Con respecto a población migrante, el antecedente se enmarca en el Programa Vete Sano, Regresa Sano con la finalidad de contribuir a la protección de la salud del migrante y su familia, a través de la participación coordinada interinstitucional e intersectorial, impulsando acciones de promoción de la salud y prevención, en su lugar de origen, traslado y destino, para lograr que esta población sea resiliente y capaz de manejar los determinantes de su salud y mejorar sus entornos.

En 2007, se incorpora al Sistema Nacional de Salud la condición migrante, contando así con una fuente formal de información, lo cual ha permitido el seguimiento de acciones de promoción de la salud y preventivas como el otorgamiento de acciones integradas en línea de vida durante las consultas médicas a migrantes o durante la realización de ferias de la salud, mediante las cuales se logra acercar los servicios de salud a los migrantes.

Sistema de Cartillas Nacionales de Salud

La historia de las CNS inició con un Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de octubre de 1978. Esta herramienta ayudó en el posicionamiento del Programa Nacional de Vacunación y mejorar las coberturas con biológicos que previenen, patologías infectocontagiosas en menores de 5 años de edad.

En 1998, a propósito del "Día Internacional de la Mujer" un nuevo Decreto Presidencial estableció la Cartilla Nacional de la Mujer. El 28 de octubre de 2001, surgió la Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor, en el marco del Programa Nacional de Atención Integral al Envejecimiento. El 24 de diciembre de 2002 y el 28 de febrero de 2013, se estableció el Sistema Nacional de Cartillas Nacionales de Salud por Decreto Presidencial. El Sistema integraba cuatro CNS y más adelante se incluyó la del adolescente.

III.2 Situación Actual y Problemática

Determinantes de la salud

Para todos los programas de salud es importante considerar las circunstancias en que las personas, nacen, crecen, viven, estudian, trabajan se reproducen, envejecen y mueren. Estas circunstancias determinan el estado de salud de la población y son resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local.[23] Asimismo, hay que considerar las particularidades del medio ambiente en el que se encuentran asentadas las poblaciones y los hábitos que caracterizan a las personas, sus familias y sus comunidades.

Indicadores demográficos. Al concluir el año 2013, México contaban con una población de 118,395,053 millones de habitantes distribuidos en 51.17% de mujeres y 48.83% de hombres.[24] (Tabla1)

Tabla 1. Población en México, proyecciones 2013

Entidad federativa	No. de habitantes	Hombres	Mujeres
Aguascalientes	1,252,265	48.8	51.2
Baja California	3,381,080	50.3	49.7
Baja California Sur	718,196	50.9	49.1
Campeche	880,299	49.5	50.5
Chiapas	5,119,186	49.0	51.0
Chihuahua	3,635,966	49.3	50.7
Coahuila	2,890,108	49.5	50.5
Colima	698,295	49.4	50.6
Distrito Federal	8,893,742	47.8	52.2
Durango	1,728,429	49.2	50.8
Guanajuato	5,719,709	48.2	51.8
Guerrero	3,523,858	48.5	51.5
Hidalgo	2,806,334	48.3	51.7
Jalisco	7,742,303	49.0	51.0
México	16,364,210	48.8	51.2
Michoacán	4,529,914	48.3	51.7
Morelos	1,874,188	48.3	51.7
Nayarit	1,178,403	49.7	50.3
Nuevo León	4,941,059	49.8	50.2
Oaxaca	3,959,042	47.9	52.1
Puebla	6,067,607	48.0	52.0
Querétaro	1,943,889	48.6	51.4
Quintana Roo	1,484,960	50.7	49.3
San Luis Potosí	2,702,145	48.8	51.2
Sinaloa	2,932,313	49.4	50.6
Sonora	2,851,462	50.2	49.8
Tabasco	2,334,493	49.2	50.8
Tamaulipas	3,461,336	49.3	50.7
Tlaxcala	1,242,734	48.4	51.6
Veracruz	7,923,198	48.4	51.6
Yucatán	2,064,151	49.3	50.7
Zacatecas	1,550,179	48.6	51.4

***Fuente**: CONAPO. Proyecciones 2013.*

En el país ocurrieron alrededor de 2,245,228 nacimientos, que representa una tasa bruta de natalidad de 18.96, mientras que mueren 672,978 personas, lo que arroja una tasa bruta de mortalidad de 5.86 defunciones por 100,000 habitantes; en contraste como indicador que manifiesta el nivel de desarrollo de un país, la tasa de mortalidad infantil fue de 12.77 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos registrados (NVR), la tasa de mortalidad es mayor en los hombres que en las mujeres con 14.05 y 11.43 respectivamente.

La tasa global de fecundidad corresponde a 2.22, es decir que actualmente las mujeres tienen al final de su vida reproductiva 2 hijos y una minoría tiene 3.

Por otro lado el número de nacimientos que ocurren en mujeres adolescentes es de 56.6 por cada 1,000 mujeres menores de 20 años. La esperanza de vida al nacimiento es de 77.41 años para las mujeres y 71.74 para los hombres.

La densidad de población del país es de 57 habitantes por km², con enormes diferencias entre las entidades federativas y los municipios, presentándose por ejemplo en el Distrito Federal una densidad de población de 5,920 habitantes por km², mientras que en Baja California Sur es de nueve.[2] Al analizar este indicador por municipio, se encuentran grandes diferencias que al asociarse con los indicadores de rezago social, permiten identificar áreas de oportunidad para todos los sectores sociales.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social publicó en su página los siguientes resultados correspondientes al año 2012, con base en los indicadores de rezago social:

En México el 45.5% de la población se encuentra en situación de pobreza, 74.1% de personas viven con al menos una carencia social y el 23.9% vive con por lo menos tres carencias sociales.

El 51.6% de la población mexicana cuenta con un ingreso inferior a la línea de bienestar y el 20% tienen un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo.

La Dirección General de Epidemiología reportó que en el año 2012, las principales causas de enfermedad transmisible son: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, infecciones de vías urinarias, otitis, conjuntivitis y amibiasis intestinal, entre otras. Estas enfermedades tienen una correlación con los indicadores de la pobreza (acceso limitado a agua y drenaje, piso de tierra y poder adquisitivo).

Por otro lado, se presentaron enfermedades no transmisibles, entre las más frecuentes están: ulceras gástricas, gingivitis y enfermedades periodontales, hipertensión arterial, diabetes mellitus y asma. Estas enfermedades en su mayoría también se pueden correlacionar con estilos de vida poco saludables (alimentación incorrecta, inadecuados hábitos personales, sedentarismo, trabajo y estrés), entre otros.

En todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así, como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas.[23]

Grupos vulnerables

En México, el Sistema Nacional de Salud atiende los problemas nacionales de salud pública con programas específicos que van dirigidos a grupos de población según edad y sexo, con pleno respeto a las garantías individuales y los derechos humanos fundamentales consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La DGPS, participa en las acciones dirigidas a las personas en condición de vulnerabilidad por sus determinantes de la salud como es la población indígena, migrante y escolar.

Es importante aclarar que los datos estadísticos sobre indígenas y migrantes regularmente son inconsistentes y se actualizan con menor regularidad, derivado de la carencia de sistemas de información específicos para tales grupos de población. En respuesta a esta problemática, la Secretaría de Salud en 2012, habilitó en el Sistema de Información en Salud (SIS) la desagregación de los datos sobre programas y servicios de salud, por municipios catalogados como indígenas.

Población indígena

En México existen 624 municipios en los que el 40% o más son población indígena (PI)[25] y 485 tiene más del 70%[26] de dicha población. Son diez entidades federativas las que presentan alta densidad de PI, siendo la región Sur-sureste la que agrupa al 78.26% de los indígenas del país.[27]

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del año 2010, México tiene 15.7 millones de indígenas, de estos, 9.1 millones se consideran a sí mismos indígenas (auto adscripción) y 6.6 millones son hablantes de alguna de las 68 lenguas indígenas de México.

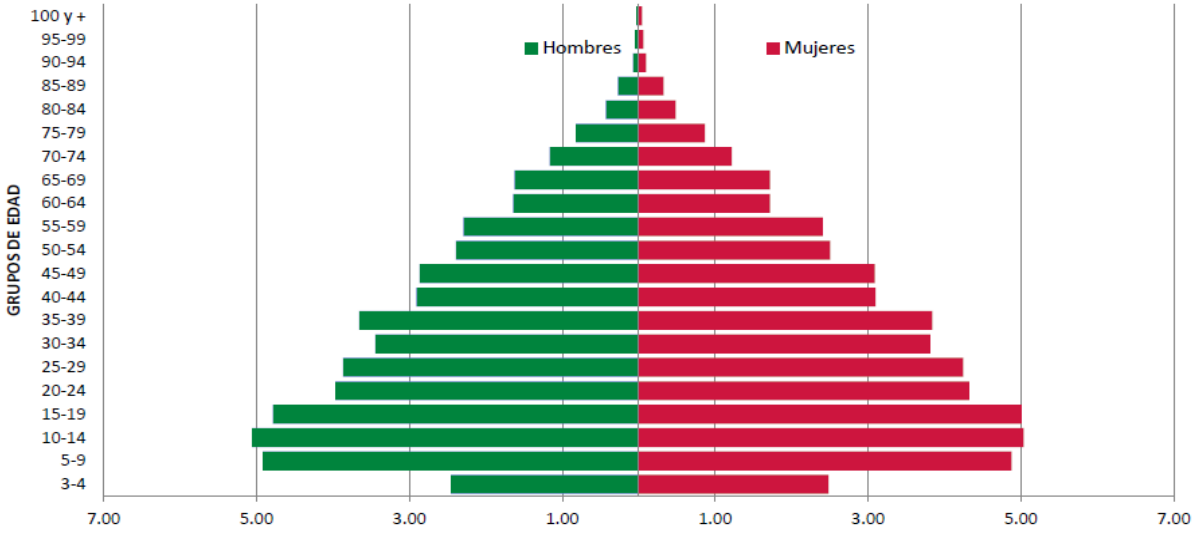
Los pueblos indígenas viven en zonas rurales, urbanas y metropolitanas cuya característica común es que presentan indicadores agudos de pobreza y marginación, produciendo índices desfavorables de desarrollo humano.

El 39.2% vive en condición de pobreza extrema[25] y 62% en municipios de alta y muy alta marginación.

En lo que respecta a carencias sociales de los pueblos indígenas,[26] el 37.2% carecen de acceso a servicios de salud (2.5 millones de personas); 83.5% carecen de seguridad social (5.7 millones de mexicanos); 40.5% sufren carencia alimentaria (2.7 millones de mexicanos indígenas) y 50.6% de esta población carece de servicios básicos en la vivienda (3.4 millones de personas indígenas).

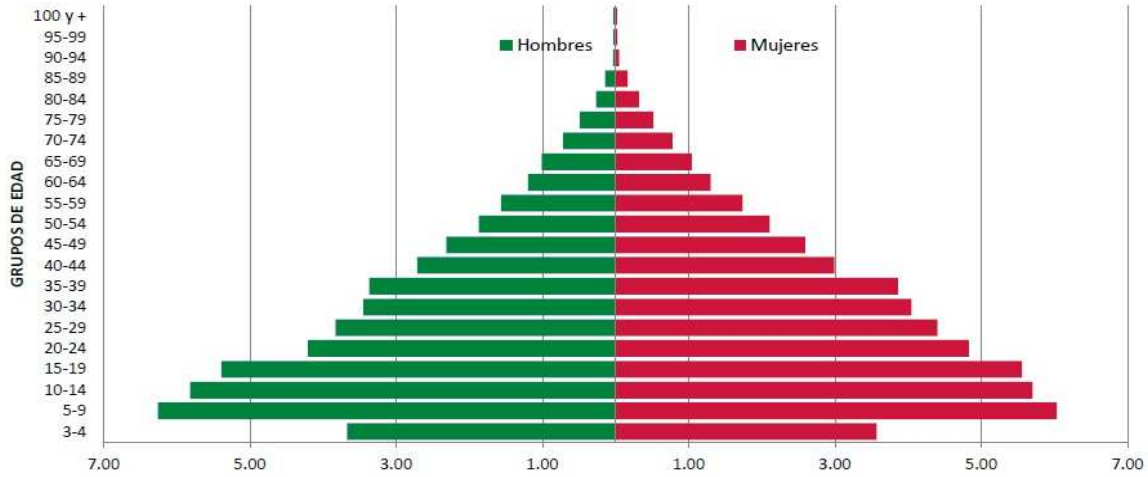
Tanto la población hablante de lengua indígena como la auto-adscrita muestran ser una población joven (5-19 años) y en donde hay ligeramente más mujeres (51%) que hombres (49%).[28] (Gráfica 1)

Gráfica 1. Población hablante de lengua indígena. México, 2010



***Fuente**: Elaboración propia a partir de la base de datos del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda 2010.*

Gráfica 2. Población indígena por autoadscripción. México, 2010



***Fuente**: Elaboración propia a partir de la base de datos del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda 2010.*

La tasa global de fecundidad para la población indígena es de 2.33. La esperanza de vida al nacer varía dependiendo del sexo: hombres: 72.5 y mujeres: 77.7 años.[27]

En educación, el 26.6% de la población que habla una lengua indígena es analfabeta,[29] las mujeres presentan en mayor proporción esta condición.[30] De acuerdo al censo 2010, en el caso de la población infantil en edad escolar (6-14 años), alrededor de un tercio no asiste a la escuela. Mientras que en la población general casi la mitad reportó la primaria[28] como último año de estudios.

En cuanto a la población económicamente activa (de 12 años y más) 3,880,227 indígenas están ocupados,[30] 13.31% son peones y jornaleros y casi la mitad trabaja en el sector terciario.[28] De los que trabajan en el sector primario, 69% recibe menos de dos salarios mínimos o no recibe salario.[28] La inserción en actividades informarles de gran número de indígenas no les permiten disfrutar protección social en términos de salud[31] y otras prestaciones ligadas al empleo.

La población indígena presenta una elevada mortalidad (infantil y general). Tanto la mortalidad como la morbilidad son consecuencia predominante de la desnutrición y las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Por otra parte, el proceso de sedentarización que sufren muchos pueblos indígenas provoca cambios en su dieta y patrones de consumo, generando problemas de salud, como la obesidad, ceguera, enfermedades gastrointestinales y pérdida de dientes.[32]

En los adultos, dos de cada tres defunciones se concentran en padecimientos no transmisibles, destacando la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón, tanto en mujeres como en hombres (Tablas 2 y 3), las agresiones (homicidios) y cirrosis hepática para los hombres (Tabla 3), ésta última asociada al consumo excesivo de alcohol, lo cual origina que el riesgo de morir por cirrosis sea 1.3 veces más alto que en el resto del país. Lo mismo sucede con la tuberculosis; el riesgo de morir por esta enfermedad es 1.8 veces más alto en las mujeres y 2.3 veces más alto en los hombres indígenas que en el resto de la población.[33]

Tabla 2. Principales causas de mortalidad en mujeres indígenas, 1997-2007

Causas	Número
Diabetes mellitus	43,267
Enfermedades isquémicas del corazón*	31,222
Enfermedad cerebro vascular*	16,691
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica*	10,722
Enfermedades hipertensivas	10,088
Infecciones respiratorias agudas bajas**	7,772
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado*	7,208
Nefritis y nefrosis	6,181
Tumor maligno de la mama*	5,062
Desnutrición calórico proteica**	4,369
Resto	142,862
Causas mal definidas	6,247
Demás causas	56,494
Total	**259,669**

Fuente: *Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2007 (En línea) Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) (México) Secretaría de Salud http//www.sinais.salud.gob.mx (Consulta 2 de octubre de 2012).*
**Enfermedades no transmisibles.*
***Enfermedades infeccionas, maternas, perinatales y los problemas derivados de la deficiencia de la nutrición.*
****Causas de morbilidad y mortalidad.*

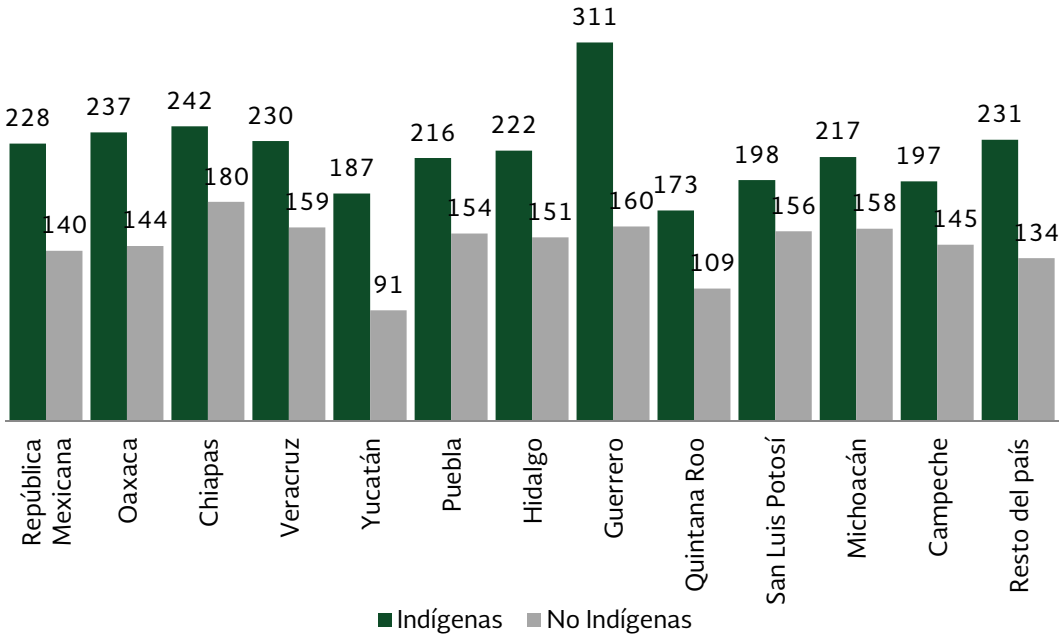
Tabla 3. Principales causas de mortalidad en hombres indígenas, 1997-2007

Causas	Número
Diabetes mellitus	39,692
Enfermedades isquémicas del corazón*	39,658
Agresiones (homicidios)***	23,285
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado*	21,155
Enfermedad cerebrovascular	15,334
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	13,070
Infecciones respiratorias agudas bajas**	9,357
Accidentes de vehículo de motor (tránsito) ***	9,199
Enfermedades hipertensivas*	7,604
Nefritis y nefrosis	7,301
Resto	253,446
Causas mal definidas	6,451
Demás causas	66,621
Total	**332,027**

Fuente: *Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2007 (En línea) Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) (México) Secretaría de Salud http//www.sinais.salud.gob.mx (Consulta 2 de octubre de 2012).*
**Enfermedades no transmisibles.*
***Enfermedades infeccionas, maternas, perinatales y los problemas derivados de la deficiencia de la nutrición.*
****Causas de morbilidad y mortalidad.*

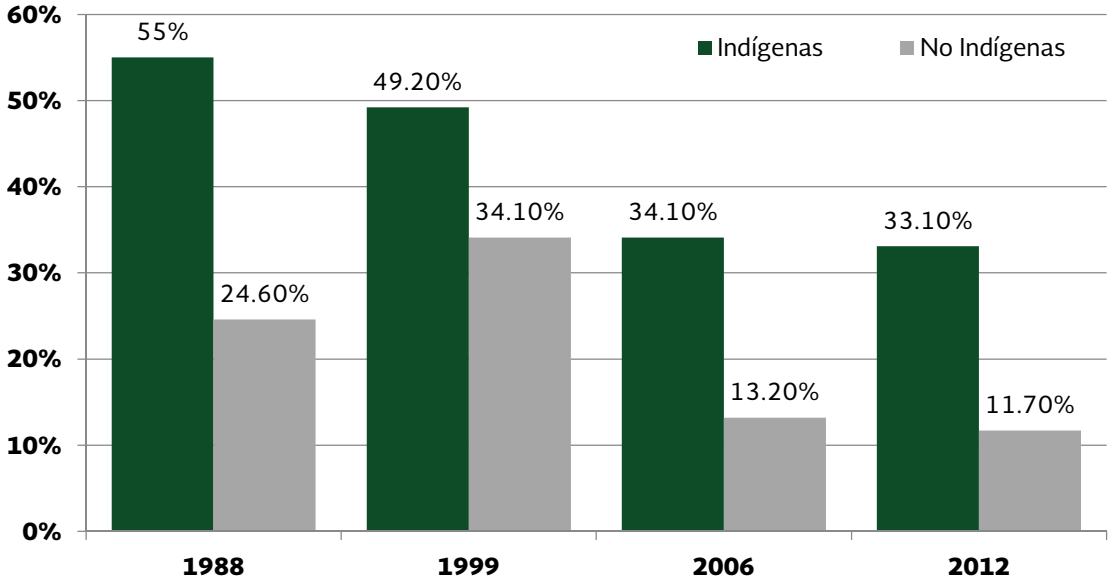
En la Gráfica 3 se muestra la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil entre indígenas y no indígenas. La situación nutricional de la niñez indígena está en desventaja frente a las niñas y niños no indígenas; la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, reportó que la prevalencia de desnutrición crónica en hogares indígenas es de 33.1%, en los hogares no indígenas es de 11.7%. (Gráfica 4)

Gráfica 3. Tasa de mortalidad infantil en el 2010 por condición indígena y entidad federativa (Decesos de menores de un año por cada mil nacidos vivos)



***Fuente**: UNICEF 2010.*

Gráfica 4. Prevalencias de desnutrición crónica en menores de cinco años para hogares indígenas y no indígenas. México 1988, 1999, 2006 y 2012



***Fuente**: ENSANUT 2012.*

Solamente el 41.8% de la población indígena tiene derechohabiencia[25] (IMSS con 27%, ISSSTE con 16% y PEMEX con menos del 0.5%) y 4,224,691 cuentan con Seguro Popular.[30]

Prácticamente todas las cabeceras municipales cuentan con unidades de primer nivel de atención, que están a cargo del Programa de IMSS Oportunidades que opera con recursos federales. Para el 2012, a través de los programas federales Oportunidades y Programa de Apoyo Alimentario (PAL), 1.5 millones de hogares en los que habitan 7.5 millones de indígenas recibieron apoyos en alimentación, salud y educación.[34]

De acuerdo con el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención a la Salud, del total de unidades registradas en el país 10.6% (1,519) se encuentran en los municipios con más del 70% de población indígena, de estas 97% son unidades de primer nivel de atención y 3% son hospitales.[26] A cada unidad médica le corresponden 3,445 habitantes. En el caso de recursos humanos existen 3,235 médicos y 4,064 enfermeras laborando en estos municipios.[26] El IMSS Oportunidades cuenta con 3,548 unidades médicas rurales y 69 hospitales.[35]

Población migrante

La población migrante es considerada un grupo vulnerable debido a que sus constantes flujos de movimiento, en condiciones poco adecuadas, originan cambios en sus patrones culturales, familiares y sociales, problemas relacionados con la salud física y emocional. En nuestro país encontramos tres modalidades migratorias: origen, tránsito y destino[36] y dos tipos de migración, la externa o internacional y la interna o interestatal.[36]

Migración internacional. La migración México-Estados Unidos ha disminuido de manera significativa en los años recientes. En el año 2012, el CONAPO estimó que 255 mil mexicanos emigraron a ese país.[24] El saldo neto migratorio con Estados Unidos para el 2012 supuso una pérdida de 300 mil personas.[24]

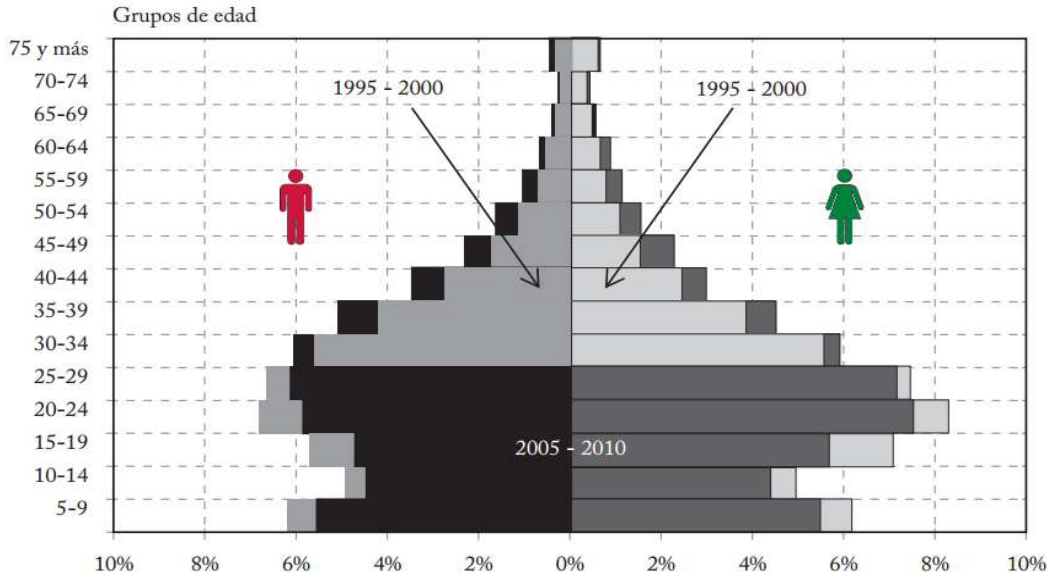
Dentro de la población indígena, la migración internacional se incrementó desde los años ochenta. Del total de municipios indígenas el 43% registran una intensa actividad y 13% son de fuerte atracción. A este proceso de migración indígena se suma la presencia de flujos migratorios estacionales y temporales de indígenas centroamericanos que usan el territorio mexicano como paso hacia los Estados Unidos.[38] Entre ellos Guatemala, Honduras y el Salvador, que son los países que expulsan el 68% de migrantes del centro y el sur de América. El porcentaje de los que se quedan a trabajar en México es significativo.

Migración interna. En la migración interna predominan actualmente los flujos migratorios de tipo urbano-urbano. El CONAPO estimó que durante el periodo 1995-2000, alrededor de 6.9 millones de personas cambiaron de residencia.[29] En el año 2012 hubo 873,228 migrantes internos;[24] el 40.8% procedentes de Estado de México, Distrito Federal, Veracruz, Jalisco y Baja California. Otros lugares de fuerte atracción migratoria son los municipios fronterizos del norte y algunos municipios de fuerte desarrollo turístico.[39]

Los jornaleros agrícolas representan el 21.3% de la migración interna. La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) estima que en el país hay 2,040,414 jornaleros agrícolas que al sumar a sus familias ascienden a más de nueve millones en hogares jornaleros.[37] El 40% de estos son indígenas que se desplazan a los estados del norte o en donde se cosecha tabaco, caña de azúcar, café, plátano y cítricos.[38]

Al comparar la distribución poblacional según sexo y grupo etario de los migrantes, se advierte que la pirámide de población migrante tiene una base ancha y en su cumbre desciende el número de habitantes.[39] La concentración de los migrantes, en ambos sexos, se da en las edades de participación económica, aunque en el quinquenio 2005-2010 se redujo el porcentaje de migrantes menores de 30 años (Gráfica 5).[39]

Grafica 5. Pirámide de población de 5 años y más de los migrantes internos. 1995-2000 y 2005-2010



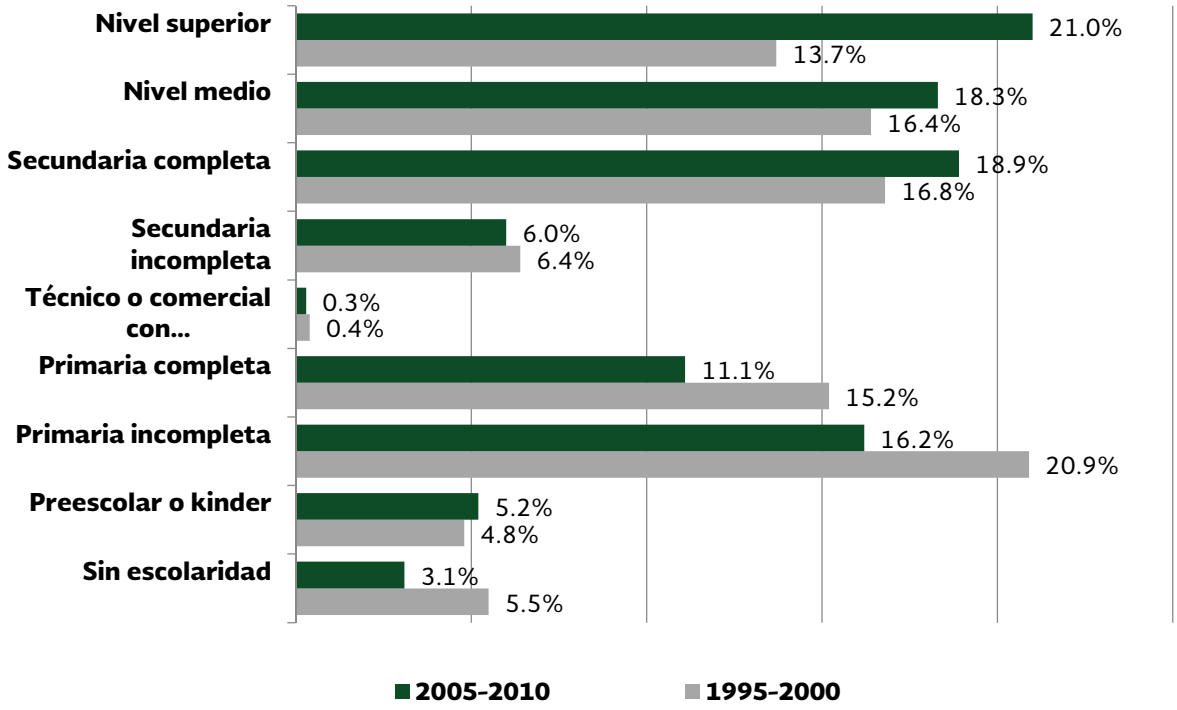
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000 y Censo de Población y Vivienda 2010.

[12] Con base ancha y cumbre donde desciende el número de habitantes.

El aporte migratorio de mujeres muestra una distribución similar a la de hombres aunque con una importante diferencia en los grupos de edad; las mujeres que migran se encuentran en edades económicamente activas (15 a 29 años) mientras que, a partir de los 30 y hasta los 59 años predominan los hombres. Dentro del grupo de 60 años y más, para los migrantes internos, son las mujeres el mayor porcentaje.[39]

En el año 2010 la población migrante interna se encontraba mejor calificada. (Gráfica 6)

Gráfica 6. Distribución de la población migrante, según nivel de escolaridad. 1995-2000 y 2005-2010



***Fuente**: CONAPO*

El perfil epidemiológico de los migrantes es paradójico, ya que se presentan factores como nivel socioeconómico, seguridad médica y estado de salud que limitan el registro estadístico de la mortalidad y morbilidad, por lo que la información que aquí se presenta corresponde a investigaciones realizadas con este grupo.

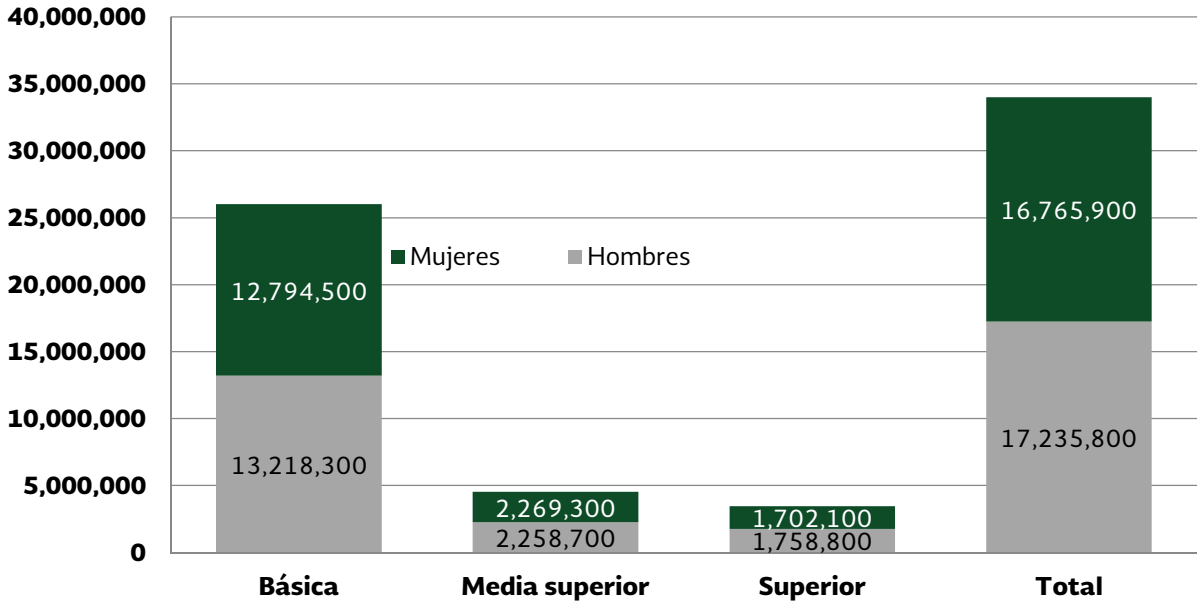
El cambio del entorno, la disminución de actividad física y las modificaciones en los hábitos alimenticios son los principales factores para que los migrantes sean uno de los grupos con mayor incidencia de enfermedades del corazón y diabetes mellitus, así como otras enfermedades crónico degenerativas: hipertensión arterial, obesidad, cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino que ocupan los primeros lugares en las causas de muerte. Otro grupo importante de mortalidad son las adicciones, accidentes y la violencia.

En el año 2002, se estimó que el 24% de la comunidad de origen mexicano viviendo en Estados Unidos, entre los 45 y 74 años habían sido diagnosticados con diabetes mellitus. En cuanto a la hipertensión arterial hay mayores prevalencias con respecto a los nativos debido al poco acceso que tienen para ser diagnosticados, tratados y controlados. El problema del sobrepeso es significativo, y se ha ido incrementando a través de los años. Para 2004, 73.5% de los migrantes presentaba sobrepeso y obesidad,[40] de ahí que el presente Programa contemple estrategias encaminadas a promover la salud de la población migrante como una de sus líneas de acción.

Salud escolar

De acuerdo con el Primer Informe de Gobierno 2012-2013 la matrícula del sistema escolarizado del país, ascendió en ese ciclo escolar a 35.3 millones de educandos en modalidad escolarizada (gráfica 7).

Gráfica 7. Matrícula del sistema educativo escolarizado por tipo de nivel, según sexo. Ciclo escolar 2013 2014



***Fuente**: ENSANUT 2012*

La situación actual de la salud de los escolares en función de sus determinantes, nos indica que el 8% de primaria y 8.5% en secundaria, presentan talla baja, mientras 31.2% de primaria y 31.6% en secundaria tienen sobrepeso más obesidad; 21.2% de estudiantes de primaria y 14.4% en secundaria presenta anemia.[41]

Consumen diariamente más de 433 calorías en el refrigerio, cuando el consumo debe ser entre 227 y 382 kcal dependiendo del nivel escolar.[42] Existen 336 productos en el mercado que cumplen con los requerimientos para el expendio en escuelas.[43] Tres de cada diez estudiantes de primaria realizan actividad física 60 minutos diarios, 50% de adolescentes ven televisión más de 12 horas semanales y 50% de 10 a 14 años no realizaron actividad física formal el año anterior a la encuesta.[44]

Los escolares discapacitados de 6 a 9 años de edad presentan principalmente dificultad para hablar o comunicarse y para poner atención o aprender cosas sencillas;[44] 15.8% de estudiantes de primaria y 15.5% de secundaria presentaron alguna alteración en la visión de al menos un ojo.[45] El 33% de los escolares de primaria y 36% de secundaria presentaron falla auditiva en al menos un oído.[46] El 8.1% de los niños tienen rodillas valgas, 14.3% presentan pie plano y 5% han usado zapatos ortopédicos o plantillas.[46] En Jalisco, por ejemplo, el 14.6% de la población abierta de 6 a 8 años padece Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).[47]

El 80% de las escuelas tienen agua entubada, 55.9% de las primarias y 60.6% de secundarias disponen de agua gratuita para consumo humano y 93% cuentan con sanitarios o letrinas diferenciados por sexo. 20% carecen de agua y conexión a drenaje[48] y el mayor deterioro en infraestructura hidrosanitaria se presenta en preescolar y primaria.[48]

Para 2010, el 54% de menores de 18 años de edad sufren la carencia de algún derecho social en educación, salud, seguridad social, entre otros. La mitad de la población infantil y adolescente son pobres, el 13% vive en extrema pobreza y siete de cada 10 niños indígenas sufren pobreza, mientras 11.9 millones de niños no tienen servicios de salud.[49]

A continuación se presenta la distribución de la población menor de 4 años que contaba con cartilla al momento de realizar la ENSANUT, 2012. (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de la población de 0 a 4 años, según posesión de la Cartilla Nacional de Vacunación o Cartilla Nacional de Salud

Edad (en años)	Mostró		Tiene pero no mostró		No tiene		No especificado		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0	1294.4	64.1	513.4	25.4	53.1	2.6	1590	7.9	2019.9	100
1	1382.6	65.0	662.9	31.2	19.9	1.9	40.1	1.9	2125.4	100
2	1418.9	62.6	771.2	14.0	44.4	2.0	32.5	1.4	2267.0	100
3	1311.3	57.6	860.8	38.0	65.1	2.9	30.2	1.3	2267.4	100
4	1296.2	57.6	862.0	38.3	72.8	3.2	18.4	0.8	2249.4	100
Total	**6703.4**	**61.3**	**3670.2**	**33.6**	**275.2**	**2.5**	**280.3**	**2.6**	**109291**	**100**

Frecuencia en miles.
***Fuente**: Cuestionario de niños. ENSANUT 2012.*

Un 90% de alumnos de sexto de primaria y secundaria[50] alguna vez han sufrido humillaciones o insultos en la escuela, siendo el principal motivo que no cumplan con el estereotipo masculino (22%). Cuatro de cada 10 niñas de primaria manifestaron haber sido insultadas o humilladas por varones. 3.9% de adolescentes entre 10 y 19 años sufrió algún robo, agresión o violencia y 66.6% de los hombres y 36.4% de mujeres sufrió golpes, patadas y puñetazos. En hombres y mujeres aparecen agresiones verbales con 33.0% y 36.8%, respectivamente (Tabla5).[44]

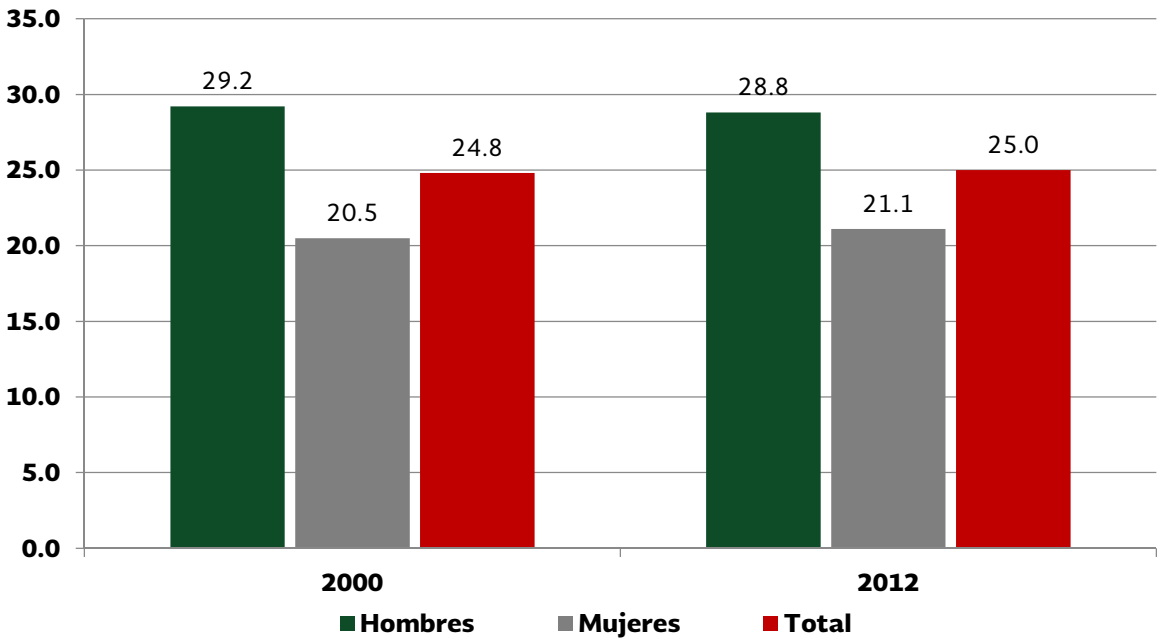
Tabla 5. Distribución de adolescentes de 10 a 19 años que sufrieron daños a su salud por algún tipo de violencia en el último año, según variables seleccionadas y por sexo

Tipo de violencia	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Agresiones con sustancias	22	0.4	3.1	0.8	5.3	0.6
Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento	5.7	1.1	10.6	2.8	16.4	1.8
Arma de fuego	7.8	1.5	2.3	0.6	10.1	1.1
Objetos cortantes	20.9	4.1	16.5	4.4	37.4	4.2
Empujón desde lugar elevado	7.9	1.6	4.6	1.2	12.6	1.4
Golpes, patadas, puñetazos	335.9	66.6	138.4	36.4	474.4	53.6
Agresión sexual	0	0.0	39.3	10.3	39.3	4.4
Agresiones verbales	166.4	33.0	139.9	36.8	306.3	34.6
Otras agresiones o maltrato	28.5	5.7	44.9	11.8	73.4	8.3
Otro	37.8	7.5	61.1	16.1	98.9	11.2

** Frecuencia en miles.*
***Nota**: Los porcentajes suman más de 100% por doble motivo de agresión.*
***Fuente**: Cuestionario de adolescentes ENSANUT 2012.*

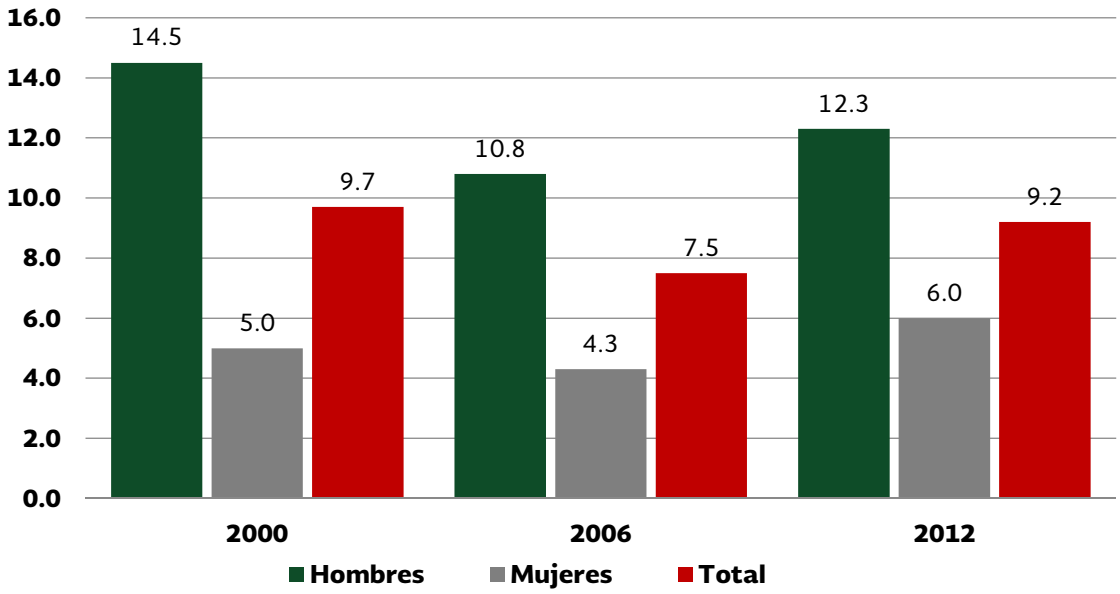
La población de 12 a 65 años consumió más alcohol en el 2011 (51.4%) en comparación con el 2008 (44.1%). La bebida de preferencia es la cerveza, seguida de los destilados. Menos de 1% de los jóvenes abusa del alcohol diariamente, 2.3% semanal, 5.8% mensual y 7.2% ocasionalmente. El 21.7% se considera fumador activo donde 15.8% inició antes de 12 años, 50.5% entre los 13 y los 15 años y 33.7% de 16 a 19 años. El 1.5% consumió alguna droga ilegal de los cuales 1.2% consume marihuana y 0.5% cocaína, con un promedio de edad inicial en el uso de 18.8 años.[51] (Gráficas 8 y 9)

Gráfico 8. Prevalencia de consumo actual de alcohol en la población de 10 a 19 años



***Fuente**: ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012.*

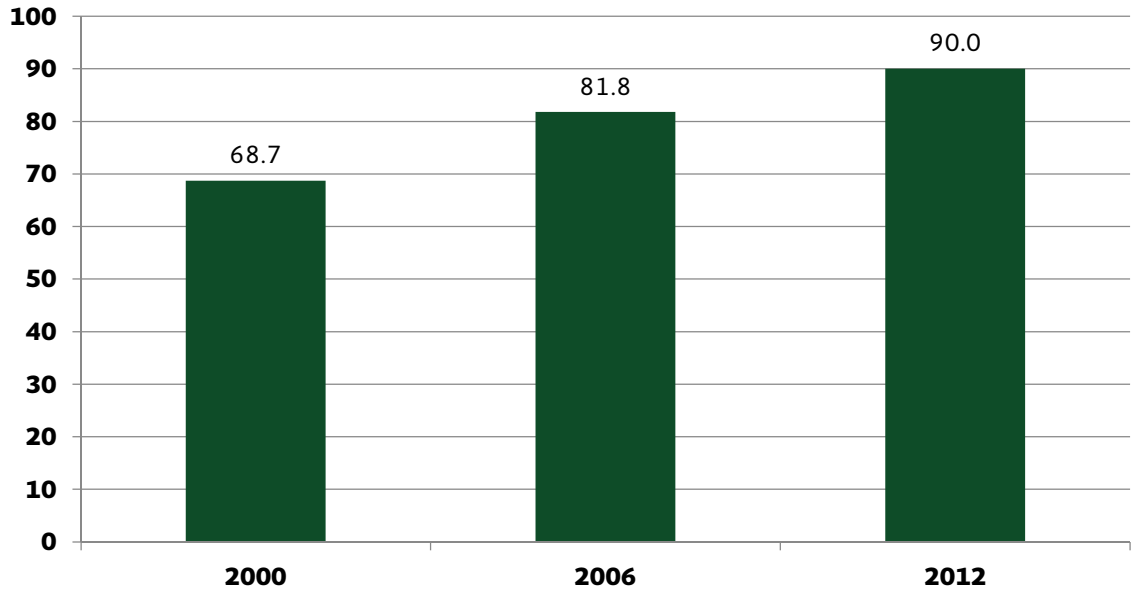
Gráfica 9. Prevalencia de consumo actual de 100 cigarrillos o más en la vida en la población de 10 a 19 años



***Fuente**: ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012.*

El 73% de estudiantes adolescentes han oído de métodos anticonceptivos siendo 82% que asiste a secundaria y 45% a primaria. El 53.4% usó condón en su primer relación sexual mientras 24.3% no utilizó ningún método.[41] En mujeres de 12 a 19 años, 51.9% alguna vez ha estado embarazada y 10.7% estaba cursando un embarazo al momento de la entrevista, mientras que 5 de 100 varones entre 15 y 19 años han embarazado a alguien.[44,52] (Gráfica 10 y Tabla 6)

Gráfica 10. Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que conocen o han escuchado de algún método para no embarazarse



***Fuente**: ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012.*

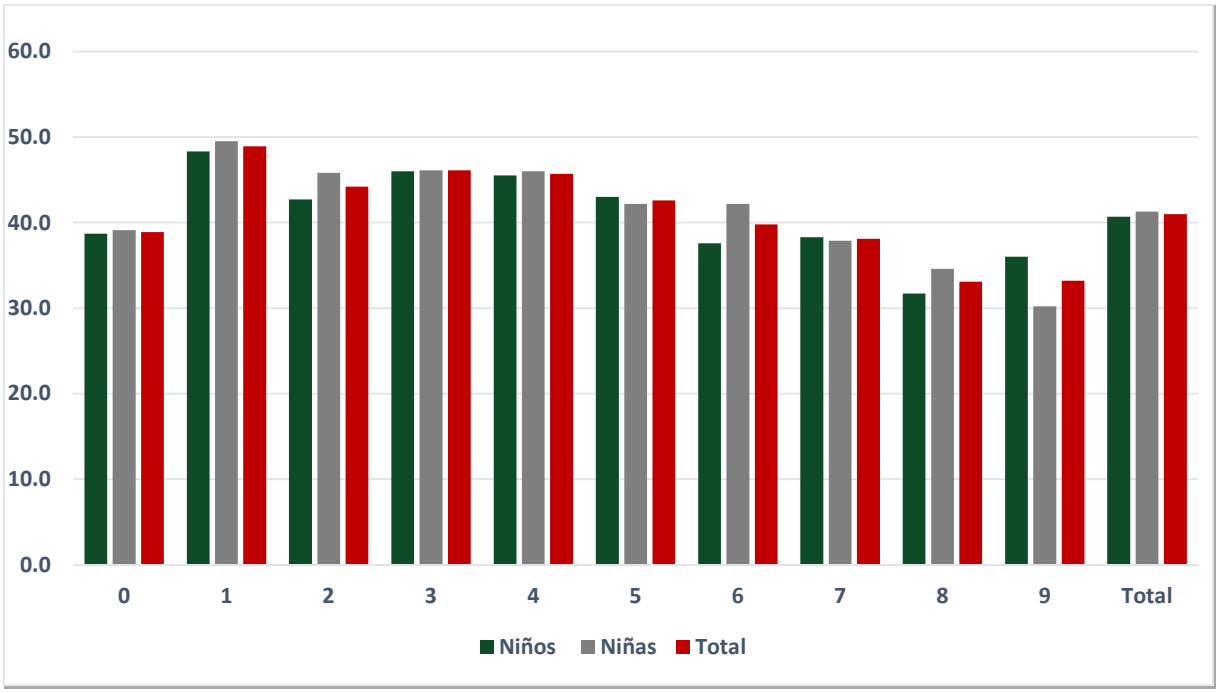
Tabla 6. Porcentaje de adolescentes sexualmente activos por sexo, edad y uso de métodos anticonceptivos en la primera y última relación sexual

	Primera relación sexual						Última relación sexual					
	12-15 años		16-19 años		Total		12-15 años		16-19 años		Total	
Hombres	F*	%	F*	%	F*	%	F*	%	F*	%	F*	%
Condón	177.7	83.0	1689.0	80.4	1866.7	80.6	159.0	74.2	1655.4	78.8	1814.3	78.3
Hormonales**	9.6	4.5	134.9	6.4	144.5	6.2	22.2	10.3	153.0	7.3	175.2	7.6
Otros***	3.5	1.6	13.2	.06	16.7	0.7	2.4	1.1	23.3	1.1	25.8	1.1
Nada	25.1	11.7	315.2	15.0	340.3	14.7	37.2	17.4	345.3	16.4	382.6	16.5
Mujeres	F*	%	F*	%	F*	%	F*	%	F*	%	F*	%
Condón	100.3	59.9	1029.1	61.7	1129.4	61.5	91.3	54.5	750.7	45.0	842.0	45.9
Hormonales**	16.9	10.1	117.5	7.0	134.4	7.3	18.5	11.0	186.2	11.2	204.7	11.2
Otros***	0.0	0.0	13.1	0.8	13.1	0.7	4.3	2.6	151.1	9.1	155.4	8.5
Nada	51.3	30.6	561.2	33.6	612.5	33.4	51.1	30.5	624.2	37.4	675.3	36.8

** Frecuencia en miles*
*** Incluye pastilla anticonceptiva, pastilla de emergencia, implantes, norplant*
**** Incluye DIU, óvulos, jaleas, espumas, diafragma, ritmo, calendario, billings, retiro, vasectomía y otros*
***Nota**: Los porcentajes suman más de 100% por el uso de más de un anticonceptivo.*
***Fuente**: Cuestionario de adolescentes ENSANUT 2012.*

La prevalencia de EDA en niños menores de cinco años fue de 11.0% para 2012.[44] El porcentaje de IRA en menores de 5 años fue de 44.8% mientras que su atención médica incrementó de 2006 a 2012 en 10%. (Gráfica 11)

Gráfica 11. Distribución de la población menor de 10 años, según presencia de infección respiratoria aguda por edad y sexo



***Fuente**: ENSANUT 2012.*

Los servicios de agua, saneamiento e higiene en escuelas mejoran la salud y el rendimiento escolar, tienen impacto positivo en las comunidades.[53] Asociado a esto, en 2012, existían 192,115 Consejos Escolares de Participación Social en el 79.5% del total de escuelas en el país.[54] En el preescolar las actividades artísticas son de carácter obligatorio desde 2004, a partir de 2006 en primaria y de 2009 en secundaria, siendo en 2010 donde se establece una hora a la semana para tal fin.[55]

La promoción de la salud escolar se ha desarrollado cada año en aproximadamente el 9% del total de escuelas de educación básica del país. Lo anterior es resultado de las condiciones, infraestructura, capacidad instalada, personal y recursos con los que cuentan los Servicios Estatales de Salud (SESA) en las 32 entidades federativas.

Para que la estrategia de escuelas promotoras de la salud, cubra el universo objetivo, el trabajo se ha organizado para que las escuelas se vayan incorporando progresivamente de acuerdo a las capacidades y recursos de las entidades federativas.

III.3 Avances 2006-2012

Población indígena

A partir de 2010, la DGPS en representación de la Secretaría de Salud, funge como enlace nacional ante CDI para conjuntar y dar seguimiento a las acciones del sector salud en el Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (PDPI) en el que participan doce instituciones del sector salud.

En 2011 la DGPS participó con el INALI en el desarrollo del "Estándar de Competencias para la Promoción de la Salud en las Comunidades Hablantes de Lengua Indígena".

Mediante la "Guía para promover la salud de los pueblos indígenas, Módulo Alimentación", dirigida a promotores de la salud, se inicia la "Investigación participativa de saberes en salud indígena" aplicada por promotores bilingües y consejeros indígenas cuyos resultados alimentan los contenidos de la guía.

En el año 2012 se integra el Grupo Intersectorial para la Atención de los Pueblos Indígenas (GIAIPI) en el que además de las instituciones del Sector Salud participan, la CDI, la SEDESOL y el INALI. Este grupo, en conjunto con los SESA de Chiapas y las representaciones de sus instituciones en el estado, desarrolló el Proyecto Intersectorial "Acciones Integrales para el Cuidado de la Salud del Municipio de Chilón, Chiapas", que dio como resultado un modelo de atención integral de la salud de los pueblos indígenas.

Población migrante

La DGPS ha llevado a cabo acciones destinadas a beneficiar la salud de la población migrante mexicana implementando diversas estrategias, los resultados obtenidos en el sexenio anterior. (Tabla 7)

Tabla 7. Programa implementado: "Vete sano, regresa sano"

Periodo de ejecución	2007-2012
Atenciones integradas de línea de vida otorgadas a migrantes dentro de las ferias de la salud realizadas en cada una de las entidades federativas	2,585,536
Consultas médicas a migrantes	3,091,524
Talleres de promoción de la salud dirigidas a población migrante y sus familias	108,050
Albergues agrícolas validados como saludables	36

***Fuente**: DGIS/CUBOS/SIS 2007 2012.*

Se realiza coordinación con otras instituciones desde 2012, como son: Instituto Nacional de Migración (INM), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la Secretaria de Trabajo y Previsión Social (STPS), Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Derechos Humanos y los Servicios de Salud del D.F, dichas instituciones participan además, en el Procedimiento de Repatriación al Interior de México (PRIM), mediante el cual se recibe a los compatriotas repatriados de los Estados Unidos apoyándolos para tener un retorno digno a nuestro país.

Salud escolar

Se trabaja en la reorientación del enfoque de las intervenciones del Programa, enfatizando en los determinantes sociales de la salud escolar, lo cual se refleja en la actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar (DOF 09-12-2013), instrumento jurídico que consolida y fortalece el trabajo intersectorial en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a partir del control y la modificación de los determinantes de la salud de los escolares.

Se elaboró y difundió el Manual para el maestro del Programa Escuela y Salud "Desarrollando competencias para una nueva cultura", material de apoyo pedagógico para la planeación y ejecución de acciones preventivas y de promoción de la salud para la población escolar desde el enfoque de determinantes sociales.

Ante la epidemia de influenza A(H1N1), se elaboraron los "Lineamientos para prevenir y mitigar los efectos de la influenza A(H1N1) en el sector educativo". Se capacitó a personal de salud, docentes, maestros, alumnos y padres de familia en las medidas pedagógicas, organizativas, preventivas de control y mitigación del virus.

A partir del ciclo escolar 2010-2011, se inició la primera etapa de implementación de los "Lineamientos Generales para el Expendio o Distribución de Alimentos y Bebidas en los Establecimientos de Consumo Escolar de los Planteles de Educación Básica".

En mayo 2012 los titulares federales de las Secretarías de Salud y Educación, suscribieron las "Bases de Coordinación para el Establecimiento, Desarrollo y Ejecución del PAE Escuela y Salud". Esta formalización de trabajo conjunto que se venía desarrollando entre los dos sectores, sienta las bases para impulsar y materializar, en las entidades federativas los instrumentos jurídicos similares que permitan fortalecer los vínculos de coordinación para la operación, seguimiento y evaluación del Programa.

En las Tablas 8 y 9 se presentan los resultados de las acciones mencionadas.

Tabla 8. Programa implementado: "Escuela y salud"

Periodo de ejecución:	2007-2012
Incorporación de escuelas al Programa	167,367
Certificación de escuelas como Promotoras de la Salud	60,786
Acciones preventivas y de detección de problemas de salud más frecuentes en escolares	22,995,780
Escolares canalizados para su atención en las unidades de salud	7793106, 76% referidos

***Fuente**: DGIS/CUBOS/SIS 2007 2012.*

Sistema de Cartillas Nacionales de Salud

Se cuenta con un "Sistema de Cartillas Nacionales de Salud", instrumentado con una cartilla para cada grupo de edad según su etapa de vida y considera, con perspectiva de género, los servicios básicos para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades que se otorgan en todas las instituciones de salud en apego al derecho fundamental de protección a la salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Actualmente el Sistema de CNS está conformado por cinco cartillas, que corresponden según grupo de edad y línea de vida a la de niñas y niños de 0 a 9 años de edad, la de adolescentes de 10 a 19 años de edad, la de mujeres de 20 a 59 años de edad, la de hombre de 20 a 59 años de edad y la de adultos mayores de 60 años y más.

La CNS es un documento oficial a través del cual las personas pueden llevar un seguimiento personalizado y continuo de las acciones de promoción y prevención de enfermedades con el propósito de ir modificando hábitos que favorezcan su salud, inclusive también se pueden registrar las citas por enfermedad; se utiliza en todo el Sistema Nacional de Salud. El propósito de este documento es primordialmente inducir a un cambio de actitud en la población como principal protector y cuidador de su salud y el manejo de sus determinantes personales de la salud. (Tabla 10)

De acuerdo con la ENSANUT, la cobertura poblacional con esta Cartilla es de alrededor de 79%, observándose las coberturas más altas entre la población de 0 a 9 años y de 10 a 19 con cobertura de 97% y 87% respectivamente.

Tabla 10. Proporción de presentación de CNS al momento de solicitar la consulta en las unidades de salud de los SESA

Año	Proporción de presentación de CNS
2013	45.72
2012	37.22
2011	34.56
2010	33.33
2009	31.37
2008	30.20
2007	32.90

***Fuente**: SIS 2007-2013.*

Talleres Comunitarios para la Promoción de la Salud

Con la finalidad de implementar acciones que contribuyan a mejorar la salud individual, familiar y colectiva de la población, se impartieron 6,306,519 TCPS, con temas enfocados a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud biopsicosocial, así como a la identificación y modificación de los determinantes de la salud.

III.4 Retos 2013-2018

Población indígena

- Dar cumplimiento a la normatividad establecida en la Ley General de Salud (Última reforma DOF 24-04-2013), en materia de atención a la salud de los pueblos indígenas.
- Promover la generación de sistemas de información con registros específicos para los municipios indígenas, con desagregación por sexo, para identificar necesidades y fortalecer la toma de decisiones.
- Atender las necesidades sentidas de la población indígena, a través de intervenciones participativas e interculturales.
- Crear puentes de comunicación entre los servicios de salud y la población ubicada en zonas de difícil acceso, través de la figura del enlace comunitario en salud (ECS).
- Entregar servicios de promoción de la salud a la población indígena con pertinencia cultural y lingüística, mediante la evaluación y certificación del personal comunitario como "Promotor de programas públicos de salud hablante de lengua indígena".

Población migrante

- Fortalecer la entrega del servicio de Prevención y Promoción para una mejor salud al migrante y a su familia.
- Consolidar la coordinación Interinstitucional e intra sectorial.
- Generar evidencias científicas a través de estudios en la población migrante.
- Validar albergues agrícolas como entornos favorables a la salud de los migrantes y sus familias.

Salud escolar

- Participar en la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

- Difundir y capacitar al personal de salud, personal educativo y de otros sectores de nivel estatal y local, en la NOM 009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar.

- Fortalecer la vinculación y coordinación en el nivel federal, estatal y municipal con las instituciones de la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública y de otros sectores públicos, sociales y académicos, con el propósito de hacer posible, facilitar y potenciar la promoción de la salud en el ámbito escolar.

- Promover el cumplimiento de la NOM-009-SSA2-2013 Promoción de la salud escolar.

- Posicionar y fortalecer las intervenciones de promoción de la salud escolar en los niveles medio superior y superior.

- Promover integralmente la modificación de los determinantes de la salud escolar, con énfasis en: alimentación, actividad física, agua, saneamiento básico, sexualidad y promoción de actividades artísticas, deportivas, del cuidado del medio ambiente y de acciones sociales para prevenir las adicciones y la violencia.

- Impulsar y fortalecer la capacitación de la comunidad educativa en habilidades para la vida (HpV) como determinante de la salud mental y protector de adicciones y violencia.

- Impulsar la estrategia de los grupos adolescentes promotores de la salud (GAPS).

- Lanzar la Red virtual de Escuelas Promotoras de la Salud en coordinación con la OPS y mantener actualizada la información de salud escolar en la página virtual de la DGPS.

Sistema de Cartillas Nacionales de Salud

- Impulsar la evolución de las acciones de promoción de la salud relacionada con la CNS, para que con base en los principios establecidos en el Decreto específico (gratuidad, universalidad, equidad y accesibilidad), continúe el trabajo interinstitucional con la población para lograr que sean copartícipes de la protección y el cuidado de su salud.

- Fortalecer la coordinación institucional y al interior de la DGPS para sumar esfuerzos de todos los involucrados en el otorgamiento de servicios en las unidades de salud.

Capacitación del personal de salud

- Contar con un diagnóstico actualizado de la situación de capacitación del personal en promoción de la salud, antecedentes, procesos, personal, infraestructura, materiales, documentos y presupuesto para el proceso de capacitación en los tres niveles: estatal, jurisdiccional y local.

- Fortalecer la vinculación y coordinación en el nivel federal y estatal con las instituciones de la Secretaría de Salud, la Secretaria de Educación Pública y de otros sectores académicos, que permita desarrollar, acercar y potenciar la capacitación del personal en promoción de la salud.

- Elaborar un plan integral de capacitación para el personal de promoción de la salud que aborde temas técnicos, normativos y metodológicos con enfoque de determinación social, derecho, interculturalidad y género.

- Impulsar y dar seguimiento a la capacitación virtual del personal de salud en donde sea posible y de lo contrario, gestionar recursos y equipos que lo hagan posible.

Talleres Comunitarios para la Promoción de la Salud

- Fortalecer la coordinación y estrecha comunicación con el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a nivel federal, estatal y jurisdiccional, en apego a lo estipulado en sus propias Reglas de Operación 2013, con el objetivo de impartir Talleres Comunitarios de Promoción de la Salud a las familias beneficiarias.

- Diseñar, actualizar y elaborar, en coordinación con el Programa Oportunidades, los Talleres Comunitarios para la Promoción de la Salud con enfoque de determinantes, a través de la elaboración de los contenidos basados en el perfil epidemiológico, las principales necesidades de salud y las prioridades nacionales, en el marco de nueve determinantes de la salud.

- Capacitar al personal operativo en la metodología de la estrategia educativa de Talleres Comunitarios para la Promoción de la Salud, así como en el uso de materiales y documentos.

IV. Alineación con las Metas Nacionales

IV. Alineación con las Metas Nacionales

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, se encuentran alineados al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2012-2018, particularmente a la Meta Nacional II México Incluyente, al objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud y a sus estrategias: hacer de las acciones de protección, promoción y prevención, un eje prioritario para el mejoramiento de la salud, así como Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.

.

Cuadro 1. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población.	2.1.2. Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva.	1. Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud. 2. Fortalecer la promoción de la salud en la atención integral de línea de vida. 3. Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud. 4. Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los servicios público, social y privado. 5. Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud. 6. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa.
	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención, un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	
		2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	

IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

Para el caso del PROSESA 2013-2018, su alineación se ubica en los objetivos 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades y 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país.

Cuadro 2. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.	1.1.1. Impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud.	4. Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los sectores público, social y privado.
		1.1.2. Generar estrategias de mercadotecnia social y comunicación educativa que motiven la adopción de hábitos y comportamientos saludables.	5. Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud.
		1.1.3. Impulsar la comunicación personalizada para el mejor uso de la información para mejorar la toma de decisiones en salud.	6. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa.
		1.1.5. Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social.	1. Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud. 2. Fortalecer la promoción de la salud en la atención integral de línea de vida. 3. Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud.
		1.1.6. Fomentar los entornos que favorezcan la salud en particular escuelas de educación básica, media superior y superior.	1. Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud.

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país.	4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad.	4.3.1. Incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población.	1. Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud.
	4.6. Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante.	4.6.1. Ofrecer asistencia y protección a la salud de la población migrante tanto en territorio nacional como extranjero.	
		4.6.2. Ofrecer asistencia y protección a la población infantil y adolescente migrante y repatriada no acompañada.	
		4.6.8 Fortalecer las semanas binacionales de salud.	

V. Organización del Programa

V. Organización del Programa

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

El Programa Promoción de la Salud y Determinantes Sociales está conformado por seis objetivos, seis estrategias y 13 líneas de acción que son concordantes con los objetivos del PROSESA y el PND.

Objetivos:

1. Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud.
2. Fortalecer la promoción de la salud en la atención integrada de línea de vida.
3. Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud.
4. Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los sectores público, social y privado.
5. Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud.
6. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa.

A continuación se presentan las estrategias y líneas de acción para cada objetivo.

Objetivo 1. Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud.

El enfoque de determinantes de la salud está sustentado en la corriente que maneja la Organización Mundial de la Salud a través de la Comisión de Determinantes de la Salud y en la que se define como determinantes de la salud las circunstancias en que las personas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

Referirse a esas circunstancias obliga a que se consideren las características estructurales, ambientales, los hábitos y costumbres de las personas, las familias y la comunidad, en la generación y solución de los problemas de salud pública, con la participación activa de la sociedad en su conjunto.

La entrega de los servicios a la población en lo local debe ser por personal capacitado para otorgar dichos servicios, considerando las características de los determinantes que gobiernan la conducta y hábitos de la persona, su familia y su comunidad, así como las características de su entorno familiar y social. De tal forma que cada persona reciba los servicios que solicite y los que le correspondan de acuerdo a su edad y sexo y se empodere de su derecho a la salud con equidad y perspectiva de género. Es decir, independientemente de su raza, etnia, estatus migratorio, condición social, escolaridad, preferencia sexual, discapacidad, religión y estado civil.

Estrategia 1.1. Fortalecer acciones de promoción de la salud dirigidas a población vulnerable, mediante el enfoque de determinantes de la salud.

Líneas de acción:

1.1.1. Promover que la entrega de servicios de promoción de la salud sea adecuada para la población migrante.

1.1.2. Promover la entrega de servicios de promoción de la salud a la población indígena con pertinencia cultural y lingüística.

1.1.3. Promover que la entrega de servicios de promoción de la salud sea pertinente para la población escolar.

Objetivo 2. Fortalecer la promoción de la salud en la atención integrada de línea de vida.

Para lograr que los trabajadores de la salud continúen promoviendo la salud con enfoque de determinantes, es necesario fortalecer el manejo del Modelo Operativo de Promoción de la Salud en todos los niveles de gobierno y atención.

Es fundamental facilitar la comprensión y operación de los servicios que se otorgan para asegurar la continuidad de programas que benefician a la población por tener como fin mantener su buena salud. Es necesario mantener los modelos actualizados o sustituirlos de acuerdo a los resultados de su operación.

Estrategia 2.1. Actualizar herramientas para la atención integral y la promoción de la salud.

Líneas de acción:

2.1.1. Impulsar la instrumentación del Modelo Operativo de Promoción de la Salud.

2.1.2. Entregar servicios de promoción de la salud, mediante las CNS.

Objetivo 3. Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud.

La capacitación y actualización del personal de salud en promoción de la salud es un deber institucional, orientado a fortalecer conocimientos y capacidades que permitan responder a las necesidades de prevención y de promoción de la salud y al perfil epidemiológico, a través de la implementación profesional y equitativa del Modelo Operativo de Promoción de la Salud, con enfoque en determinantes sociales, en el cumplimiento de derechos, en interculturalidad y con perspectiva de género.

Es necesario, "Promover la formación de cuadros de promoción de la salud a nivel estatal, jurisdiccional y operativo y realizar procesos continuos de seguimiento de la capacitación en promoción de la salud...".[I]

En el fortalecimiento y consolidación de la educación para la salud con énfasis en los grupos vulnerables habrá que establecer un proceso educativo regular, incluyente, horizontal y participativo que parta de la realidad, del reconocimiento y reconstrucción de conocimientos, elabore propuestas y facilite prácticas individuales y colectivas para prevenir enfermedades y promover la salud.

La estrategia general y las líneas de acción se encaminan a la implementación de procesos de capacitación, por los que transitará el personal para mejorar el desempeño profesional y a la impartición de talleres comunitarios para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, como una herramienta teórico-metodológica básica para la educación de la población.

Estrategia 3.1. Fortalecer las competencias del personal de salud y desarrollar las de la población para promover la salud personal, familiar y social.

Líneas de acción:

3.1.1. Capacitar y actualizar al personal de salud en promoción de la salud, determinación social, interculturalidad y perspectiva de género.

3.1.2. Sensibilizar a la población para el cuidado de la salud, determinación social, interculturalidad y perspectiva de género.

Objetivo 4. Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los sectores público, social y privado.

En concordancia a la oportunidad de avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal que ejerza una rectoría eficaz, se intensificarán las acciones encaminadas a la vinculación y coordinación con todos los sectores de la sociedad, que coadyuven a posicionar la promoción de la salud en las políticas públicas, bajo el enfoque de los determinantes sociales, en el cumplimiento de los derechos y con énfasis en grupos vulnerables.

En la última Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, en Helsinki, Finlandia, 2013, se estableció que el compromiso es con la "salud y la equidad en salud como una prioridad política mediante la adopción de los principios de la salud en todas las políticas y la adopción de medidas sobre los determinantes sociales de la salud", así como a "incluir comunidades, movimientos sociales y la sociedad civil en el desarrollo, implementación y seguimiento de la salud en todas las políticas y la construcción de conocimientos sobre la salud en la población".

En este contexto, es indispensable el impulso y fortalecimiento de grupos intersectoriales a nivel federal, estatal, jurisdiccional y municipal para potenciar recursos y posibilidades, con base a las necesidades de salud y a los determinantes prioritarios. En este sentido, es fundamental la participación social y la abogacía con la población organizada o no, para proponer políticas públicas y acciones legislativas con enfoque de derecho, género e interculturalidad, dirigidas a la creación de entornos sociales y ambientales que promuevan la salud.

[I] Evaluación de resultados de la capacitación en promoción de la salud para personal institucional de los servicios estatales de salud en sus fases 2007 y 2008. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.

Estrategia 4.1. Contribuir al posicionamiento de la salud en todos los sectores, para la construcción de determinantes positivos de la salud.

Líneas de acción:

4.1.1. Conformar en los estados, grupos intersectoriales de promoción de la salud y determinantes sociales.

4.1.2. Dar seguimiento a las acciones de carácter intersectorial para la promoción de la salud.

4.1.3. Impulsar modificaciones legislativas nacionales y estatales, que favorezcan la promoción de la salud y la modificación de los determinantes sociales.

Objetivo 5. Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud.

Generar hábitos y conductas favorables a la salud mejora la condición de salud a lo largo de toda la vida del individuo, al evitar procesos patológicos desde la raíz, como obesidad, enfermedades cardiovasculares, niveles elevados de colesterol e hipertensión arterial, entre otros padecimientos. La práctica de conductas positivas que favorezcan el mantenimiento de la salud, repercute también en la demanda de servicios de salud dedicados a enfermedades crónicas y sus complicaciones, así como en la prevalencia de muertes asociadas a estilos de vida poco saludables.

Estrategia 5.1. Desarrollar estrategias de mercadotecnia social en salud que motiven la adopción de comportamientos y actitudes saludables en la población.

Línea de acción:

5.1.1. Diseñar materiales de comunicación educativa enfocados a promover estilos de vida saludables en individuos, familias y comunidades.

Objetivo 6. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa.

En un país en el que más del 50% de su población se encuentra en situación de pobreza, el uso eficiente de los recursos y el adecuado desempeño de los programas constituyen un imperativo ético, por lo que el Programa Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, en apego al PND 2013-2018, que busca un Gobierno Cercano y Moderno, impulsa acciones que fomentan la rendición de cuentas, por medio de mecanismos de seguimiento y evaluación de la operación del Programa en las entidades federativas, con la participación de los SESA y la ciudadanía, a través de organizaciones de la sociedad civil que colaboran en el desarrollo de acciones encaminadas a la promoción de la salud de escolares y grupos vulnerables (indígenas y migrantes).

Es así que, medir el impacto y la efectividad de un Programa es vital para su éxito continuo, mejora y sostenibilidad. Para ello se requiere de un proceso de acompañamiento (supervisión y capacitación), en el que se planifica, organiza, dirige, ejecuta y realimenta constantemente, en conjunto con las entidades federativas.

Asimismo, se requiere de un sistema de información en salud que permita contar con información confiable y oportuna para la toma de decisiones y que en su evolución contemple determinantes como la etnicidad, la migración, la educación y el género.

Estrategia 6.1. Evaluar la efectividad de las acciones del Programa para orientar la toma de decisiones y desarrollar propuestas de mejora.

Líneas de acción:

6.1.1. Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación de la operación del Programa en todos los niveles de intervención.

6.1.2. Fortalecer el proceso de registro para contar con información confiable y oportuna para la toma de decisiones.

V.2 Estrategias Transversales

En concordancia con el PND, el Programa Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, promueve la entrega de servicios de Promoción de la Salud con igual de oportunidades entre hombres y mujeres, favorece el diseño de materiales y productos comunicativos con lenguaje incluyente, promoviendo diversidad de roles. Para tal efecto se desarrollaron las estrategias y líneas de acción con perspectiva de género, a fin de cumplir con las necesidades de la población.

VI. Indicadores y Metas

VI. Indicadores y Metas

Los principales indicadores y metas que permitirán dar cuenta del cumplimiento de los objetivos del Programa Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, se presentan en los siguientes cuadros, los cuales permiten identificar el objetivo, la periodicidad, las metas intermedias y la meta sexenal de cada uno de ellos.

Elemento	Características				
Indicador 1	Ferias de promoción de la salud dirigidas a migrantes en los sitios de origen, tránsito, destino y retorno.				
Objetivo del PAE	Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud.				
Descripción general	Número de ferias de la salud programadas dirigidas a los migrantes y sus familias en los sitios de origen, traslado, destino y retorno, con otorgamiento de consultas con atención integrada de línea de vida.				
Observaciones	Método de cálculo: Número de ferias de la salud dirigidas a migrantes en los sitios de origen, tránsito, destino y retorno realizadas Consideraciones para cálculo y método: Se considera la disponibilidad de recursos, el número de unidades de salud y los sitios de origen, tránsito, destino y retorno de migrantes.				
Periodicidad	Trimestral.				
Fuente	DGPS/SESA				
Referencias adicionales	DGPS a través de los SESA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	320	320	320	320	320
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
NA			1,600		

Elemento	Características				
Indicador 2	Ferias de la salud interculturales desarrolladas en municipios indígenas.				
Objetivo del PAE	Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud.				
Descripción general	Total de ferias de la salud interculturales programadas en municipios con población indígena.				
Observaciones	Método de cálculo: Número de ferias interculturales realizadas en municipios indígenas. Consideraciones para cálculo y método: Se estima la meta sexenal tomando en consideración: recursos humanos y de infraestructura de la Dirección General de Promoción de la Salud y de los SESA, municipios y localidades indígenas de alta y muy alta marginación obtenidos a través del INEGI y la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	DGPS/SESA				
Referencias adicionales	Promoción de la Salud de los SESA y la DGPS				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	15	24	33	45	54
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
0			171		

Elemento	Características				
Indicador 3	Escuelas validadas como promotoras de la salud.				
Objetivo del PAE	Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud.				
Descripción general	Número de escuelas que cumplen con el 80% de los criterios para ser validadas como promotoras de la salud que contiene la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013 Promoción de la salud escolar.				
Observaciones	Método de cálculo: Número total de escuelas públicas de nivel básico y medio superior validadas como Promotoras de la Salud. Consideraciones para cálculo y método: La meta se estima con base en los logros históricos y la disponibilidad de recursos económicos y materiales en los SESA de las 32 entidades federativas.				
Periodicidad	Trimestral.				
Fuente	Numerador: SIS Denominador: DGPS				
Referencias adicionales	Unidades de salud del primer nivel de atención, Jurisdicciones Sanitarias, SESA y la DGPS				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	10,560	10,560	10,560	10,752	10,938
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
10,630			64,000		

Elemento	Características				
Indicador 4	Porcentaje de consultas otorgadas en los SESA, en las que la población usuaria presenta la CNS.				
Objetivo del PAE	Fortalecer la promoción de la salud en la atención integrada de línea de vida.				
Descripción general	Consultas otorgadas en los SESA en las que la población usuaria presenta la CNS.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de consultas otorgadas en las que la población usuaria de los SESA presenta la CNS / Denominador: Total de consultas otorgadas a la población usuaria de los SESA por 100. Consideraciones para cálculo y método: La meta se estima considerando la cobertura de CNS en la población, obtenida a través de la ENSANUT, la disponibilidad del insumo de la CNS y el incremento promedio mensual del indicador en el último año.				
Periodicidad	Trimestral.				
Fuente	SIS				
Referencias adicionales	Unidades de primer nivel de atención, Jurisdicciones Sanitarias y SESA, a través de la DGPS				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	50.6%	53.9%	57.2%	60.5%	63.8%
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
46.02%			63.8%		

Elemento	Características				
Indicador 5	Cursos y eventos de capacitación y actualización dirigidos al personal de promoción de la salud estatal, jurisdiccional y local.				
Objetivo del PAE	Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud.				
Descripción general	Número de cursos y eventos de capacitación y actualización programados dirigidos al personal estatal de promoción de la salud para fortalecer el desarrollo de sus competencias.				
Observaciones	Método de cálculo: Número de eventos de capacitación en promoción de la salud para personal de salud. Consideraciones para cálculo y método: Capacitar y actualizar anualmente al personal estatal y jurisdiccional de Promoción de la Salud.				
Periodicidad	Semestral.				
Fuente	DGPS				
Referencias adicionales	Promoción de la Salud de los SESA y la DGPS				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	292	292	292	292	292
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
292			1,752		

Elemento	Características				
Indicador 6	Promotores de la salud hablantes de legua indígena (HLI) certificados en el "Estándar de competencias de promoción de programas públicos de salud en la población hablante de lengua indígena".				
Objetivo del PAE	Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud.				
Descripción general	Total de promotores de la salud hablantes de lengua indígena (HLI) certificados en el estándar correspondiente.				
Observaciones	Método de cálculo: Número de promotores HLI certificados en el "Estándar de competencias de promoción de programas públicos de salud en la población hablante de lengua indígena". Consideraciones para cálculo y método: Se estima la meta sexenal tomando en consideración: histórico previo, los tiempos y actividades necesarias para la certificación, recursos humanos y de infraestructura de la DGPS y del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, municipios y localidades indígenas de alta y muy alta marginación obtenidos a través del INEGI y de CDI.				
Periodicidad	Anual				
Fuente	Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) /DGPS.				
Referencias adicionales	SESA y la DGPS				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	64	64	64	64	64
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
0			320		

Elemento	Características				
Indicador 7	Talleres comunitarios para la promoción de la salud dirigidos a la población.				
Objetivo del PAE	Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud.				
Descripción general	Número de talleres comunitarios para la promoción de la salud con enfoque en determinación social, interculturalidad y perspectiva de género programados para fortalecer el desarrollo de sus competencias.				
Observaciones	Método de cálculo: Talleres comunitarios realizados. Consideraciones para cálculo y método: Se estima la meta considerando los recursos humanos, materiales y financieros de la DGPS y de los SESA. La meta se compone por talleres comunitarios dirigidos a población general, indígenas, migrante, escolar y docente, según corresponda: • Población general: 2 talleres al mes por 10 meses por unidad de salud. • Población indígena: 18 talleres al año por entidad federativa programada. • Población migrante: 2 talleres al año por unidad de salud que cuenten con población migrante en su área de influencia. • Población escolar: 4 talleres al año por escuela validada • Población docente: 2 talleres al año por escuela validada.				
Periodicidad	Trimestral				
Fuente	SIS				
Referencias adicionales	Unidades de primer nivel de atención, Jurisdicciones Sanitarias y SESA.				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	363,450	363,504	363,558	364,434	365,604
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
0			1,820,550		

Elemento	Características				
Indicador 8	Entidades federativas con grupo intersectorial estatal de promoción de la salud y determinantes sociales.				
Objetivo del PAE	Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los sectores público, social y privado.				
Descripción general	Total de entidades federativas con grupo intersectorial estatal de promoción de la salud y determinantes sociales conformado.				
Observaciones	Método de cálculo: Número de entidades federativas con grupo intersectorial estatal de promoción de la salud conformado. Consideraciones para cálculo y método: Se considera la disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros, para la conformación de grupos intersectoriales.				
Periodicidad	Anual				
Fuente	DGPS y SESA				
Referencias adicionales	Responsables estatales de Promoción de la Salud en los SESA y la DGPS				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	4	32	32	32	32
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
0			32		

Elemento	Características				
Indicador 9	Materiales educativos elaborados con enfoque de mercadotecnia social en salud.				
Objetivo del PAE	Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud.				
Descripción general	Número de materiales programados con enfoque de mercadotecnia social en salud, orientados a promover hábitos y conductas saludables en diferentes grupos de población. Los materiales de comunicación educativa son herramientas de comunicación colectiva o masiva cuyo objetivo esencial es la educación para el cuidado de la salud. La comunicación educativa, por lo tanto, asocia a los medios tecnológicos e instrumentales con procesos de información y de enseñanza-aprendizaje. Las entidades federativas generan materiales de comunicación educativa para fomentar el autocuidado de la salud, fortalecer el cambio de hábitos y conductas favorables a la salud para contribuir a la sensibilización de la población y fomentar ambientes saludables. La mercadotecnia social en salud es una estrategia diseñada para promover el cambio de comportamientos y un llamado a la acción individual y colectiva. Cada material de comunicación educativa, impreso, electrónico o audiovisual desarrollado por las entidades federativas significa un apoyo a las actividades de promoción de la salud y de salud pública. Los medios que se consideran para difundir los mensajes de comunicación educativa en salud son: masivos, electrónicos, de visibilidad externa, impresos y de comunicación cara a cara, mensajes de salud para redes sociales y medios complementarios en español, con variante lingüística y/o con enfoque de interculturalidad.				
Observaciones	Método de cálculo: Número de materiales educativos realizados con enfoque de mercadotecnia social en salud.				
Periodicidad	Anual				
Fuente	DGPS				
Referencias adicionales	Responsables estatales de promoción de la salud y DGPS				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	7	8	8	9	9
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
0			41		

Elemento	Características				
Indicador 10	Acciones de supervisión integral, monitoreo y evaluación realizadas.				
Objetivo del PAE	Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa.				
Descripción general	Total de acciones de supervisión integral, monitoreo y evaluación programadas.				
Observaciones	Método de cálculo: Número de acciones de supervisiones realizadas. Consideraciones para cálculo y método: con base en la disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros, se espera realizar supervisión y monitoreo a la entidad federativa, a cada jurisdicción sanitaria y a las unidades de salud.				
Periodicidad	Anual				
Fuente	DGPS y SESA				
Referencias adicionales	Responsables estatales de Promoción de la salud en los SESA y la DGPS.				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	1,042	1,043	1,043	1,043	1,043
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
0			5,214		

VII. Matriz de Corresponsabilidad

VII. Matriz de Corresponsabilidad

De acuerdo a la OMS, el desarrollo de la promoción de la salud, como un proceso social, requiere necesariamente de enfoques participativos donde “los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos”.

El abordaje de los determinantes de la salud, de por sí complejo, se dificulta más es un país tan diverso en su interior, en el cual la pobreza, es el principal determinante estructural a vencer, esto implica como se señala en el Plan Nacional de Desarrollo, Meta II. México incluyente: “ hacer efectivo el ejercicio de los derechos sociales de todos los mexicanos, a través del acceso a servicios básicos, agua potable, drenaje, saneamiento, electricidad, seguridad social, educación, alimentación y vivienda digna, como base de un capital humano que les permita desarrollarse plenamente como individuos”.

La coordinación intra e intersectorial, constituye una herramienta que permite que las áreas, instituciones y sectores público, social y privado, compartan experiencias, técnicas, metodologías y recursos, haciendo más eficientes las acciones, creando sinergias para alcanzar objetivos comunes, es decir, va más allá de la suma de las partes, es un esfuerzo organizado que permite el mejor uso de los recursos de la administración pública federal para atender las necesidades de salud de la población, colocando a la salud, como un elemento prioritario en la agenda de cada área o sector participante, generando políticas públicas saludables que contribuyan al fin más importante que es el logro de la equidad en salud.

A continuación se presenta la matriz de corresponsabilidad intersectorial del Programa, la matriz de corresponsabilidad interna se presenta en el Anexo 1.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1	Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud con enfoque de determinantes de la salud.		
Indicador 1	Ferias de promoción de la salud dirigidas a migrantes en los sitios de origen, tránsito, destino y retorno.	**Meta 1**	1,600
Indicador 2	Ferias de la salud interculturales desarrolladas en municipios indígenas.	**Meta 2**	171
Indicador 3	Escuelas validadas como promotoras de la salud.	**Meta 3**	64,000

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.1.	Promover que la entrega de servicios de promoción de la salud sea adecuada para población migrante.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	INAMI, STP, SP, CENAPRECE, CONADIC, OIM, INALI, OPS, UNFPA, SEDESOL.	A través del componente de salud del migrante de la Dirección General de Promoción de la Salud, se vincula y coordina con diversas áreas e instituciones del sector salud, para ofertar los servicios de promoción de la salud en forma coordinada y con enfoque de determinantes dirigidas hacia la población migrante y sus familias, con enfoque de género e interculturalidad. Así mismo considerando las implicaciones que la migración internacional tiene sobre los migrantes internos y las repercusiones relativas al otorgamiento de servicios por cada una de las instituciones.

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.2.	Promover la entrega de servicios de promoción de la salud a la población indígena con pertinencia cultural y lingüística.	✓	✓		✓			✓	Secretaría de Desarrollo Social.	La vinculación con SEDESOL tiene como objetivo brindar atención en las zonas prioritarias y con mayor grado de marginación, así como hacer sinergias para que los programas que maneja la secretaría tengan alcance en los municipios prioritarios.
									Instituto Nacional de Lenguas Indígenas.	La vinculación con INALI tiene como objetivo desarrollar estrategias de Promoción de la Salud con pertinencia lingüística tomando en consideración las variables que se hablen en los municipios prioritarios.
									Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.	La vinculación con CDI tiene como objetivo priorizar las acciones de Promoción de la Salud dentro de los municipios que CDI considera indígenas, así como hacer sinergias para que las acciones realizadas por ambas dependencias se complementen.

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.3.	Promover que la entrega de los servicios de la salud sea pertinente para población escolar.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Secretaría de Educación Pública (SEP) Básica, Media y Superior.	SSA a través del área de salud escolar de la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) se vincula y coordina con las áreas e instituciones del sector salud (IMSS, ISSSTE, SEMAR, SEDENA, PEMEX y DIF) para acordar y distribuir tareas con el propósito de cumplir con la Norma Oficial Mexicana NOM 009-SSA2-2013 Promoción de la Salud Escolar y para abordar correctamente tanto la capacitación y modificación de los determinantes de la salud escolar prioritarios de 2013 a 2018 (alimentación, agua , saneamiento básico, actividad física, sexualidad saludable y prevención de violencia y adicciones) como para llevar a cabo las acciones preventivas básicas por edad y sexo y de promoción de la salud con enfoque de género e interculturalidad. SEP y sus correspondientes subsistemas: Cumplimiento de las Bases de Coordinación SEP-SALUD para el Establecimiento, Desarrollo y Ejecución del PAE Escuela y Salud (ahora Promoción de la Salud Escolar). Colaboración para la implementación de la Norma Oficial Mexicana NOM009-SSA2-2013 Promoción de la Salud Escolar.
									Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.	La vinculación y coordinación con CDI, tiene por objeto, priorizar la atención a las poblaciones indígenas, es necesario incorporar las acciones de salud escolar en los planes de trabajo de las escuelas que trabajan con los albergues indígenas y en los albergues mismos.

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
									Organización Panamericana de la Salud (OPS).	La OPS, coadyuva a la promoción de la salud escolar con asesoría, orientación y apoyo técnico y profesional para el desarrollo de estrategias innovadoras.
									Comités municipales de salud (CMS).	En el marco de normatividad y en coordinación con SEP, los CMS coadyuvan a la promoción de la salud escolar particularmente con la modificación y mejoramiento de los entornos físicos y psicosociales para promover la salud.
									Organizaciones sociales de la sociedad civil (OSC) que trabajan y participan en el tema.	En el marco de normatividad y en coordinación con SEP, los OSC, coadyuvan a la promoción de la salud escolar tanto como con los procesos educativos, como con la asesoría y la modificación y mejoramiento de los entornos físicos y psicosociales para promover la salud.

Objetivo 2	Fortalecer la promoción de la salud en la atención integral de línea de vida.		
Indicador 4	Porcentaje de consultas otorgadas en los SESA, en las que la población usuaria presenta la CNS.	**Meta 4**	63.8%.

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.1.1.	Impulsar la instrumentación del Modelo Operativo de Promoción de la Salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	INAMI, STP, SP, CENAPRECE, CONADIC, OIM, INALI, OPS, UNFPA, SEDESOL.	Establecer mediante la rectoría y abogacía, componentes del Modelo Operativo de Promoción de la Salud, el posicionamiento de las acciones de promoción de la salud, así como el establecimiento de líneas de acción que permitan posicionar las políticas de salud en todas las políticas, independientemente del sector, institución o dependencia de la que se trate. Permitirá establecer estrategias que atiendan los determinantes de salud del fenómeno migratorio.
2.1.2.	Entregar servicios de promoción de la salud, mediante las CNS.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Las CNS están unificadas en todo el sector salud e incluye los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades comunes a todas las instituciones. Los grupos de expertos en ocasiones incluyen la participación de profesionales de la salud de la iniciativa privada. En la operación los médicos privados utilizar la herramienta para registrar las atenciones otorgadas si así lo solicita el usuario.

Objetivo 3	Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud.		
Indicador 5	Cursos y eventos de capacitación y actualización dirigidos al personal de promoción de la salud estatal, jurisdiccional y local.	**Meta 5**	1,752
Indicador 6	Promotores de la salud hablantes de legua indígena (HLI) certificados en el "Estándar de competencias de promoción de programas públicos de salud en la población hablante de lengua indígena".	**Meta 6**	320
Indicador 7	Talleres comunitarios para la promoción de la salud dirigidos a la población.	**Meta 7**	1,820,550

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
3.1.1.	Capacitar y actualizar al personal de salud en promoción de la salud, determinación social, interculturalidad y perspectiva de género.	✓	✓				✓		Instituciones académicas y de investigación.	SSA a través de la DGPS se vincula internamente con la Subsecretaría responsable de la educación al personal, así como con universidades y el Instituto Nacional de Salud Pública.
									Organización Panamericana de la Salud (OPS).	OPS coadyuva con la capacitación del personal con asesoría, apoyo y capacitación innovadoras.
									Comités Municipales de Salud (CMS).	Los CMS colaboran con los eventos educativos para la salud y para la difusión de los mismos, con recursos materiales, equipos, espacios públicos y redes de colaboración.
									Organizaciones sociales de la sociedad civil (OSC) que trabajan y participan en el tema.	Las OSC, contribuyen con personal y recursos en todo el proceso educativo, pasando por aportación de contenidos, equipos de capacitación materiales, contribución a la planeación y espacios adecuados.
									Instituto Nacional de Lenguas Indígenas.	La vinculación con INALI permitirá certificar a los promotores hablantes de lengua indígena en su variante correspondiente, así como lograr un proceso de alineación adecuado acorde con las competencias que un promotor de salud debe tener establecidos en el "Estándar de competencias de promoción de programas públicos de salud en la población hablante de lengua indígena".

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
3.1.2.	Sensibilizar a la población para el cuidado de la salud, determinación social, interculturalidad y perspectiva de género.	✓	✓		✓				Seguro Popular Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) Salud.	SSA a través de la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) con el área de Oportunidades-Salud responsable de la estrategia, elaboran de manera conjunta planes, programas y contenidos, así como la validación de los mismos para el desarrollo de los Talleres Comunitarios para la promoción de la salud. Participar en los talleres es obligación de las familias beneficiadas por el Programa Oportunidades.
									Instituciones académicas y de investigación.	SSA a través de la DGPS se vincula internamente con la Subsecretaría responsable de la educación al personal, así como con universidades y el Instituto de Salud Pública.
									Organización Panamericana de la Salud (OPS).	OPS coadyuva con la Estrategia de Talleres Comunitarios para la promoción de la salud aportando asesoría, apoyo y capacitación innovadora.
									Comités Municipales de Salud (CMS).	Los CMS colaboran con los eventos educativos para la salud y para la difusión de los mismos, con recursos materiales, equipos, espacios públicos y redes de colaboración.
									Organizaciones sociales de la sociedad civil (OSC) que trabajan y participan en el tema.	Las OSC, contribuyen con personal y recursos en todo el proceso educativo, pasando por contenidos, equipos de capacitación materiales, contribución a la planeación y espacios adecuados.

Objetivo 4	Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los sectores público, social y privado.		
Indicador 8	Entidades federativas con grupo intersectorial estatal de promoción de la salud y determinantes sociales.	**Meta 8**	32

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
4.1.1.	Conformar en los estados, grupos intersectoriales de promoción de la salud y determinantes sociales.		✓	✓	✓	✓	✓		INM, STPS, OIM, INALI, SEDESOL, PDHO, CDI, SEP (Básica, Medio superior y Superior) de nivel federal, estatal y municipal. Organizaciones sociales de la sociedad civil (OSC) que trabajan y participan en el tema. Instituciones académicas y de investigación.	En estos grupos participarán sectores e instituciones que tienen bajo su responsabilidad la operación de políticas públicas dirigidas a población escolar, migrante e indígena. Las OSC participan en todos los niveles, y contribuyen con recursos, acciones de gestión, abogacía, atención, prevención, promoción, modificación y control de los determinantes de la salud, así como con y propuestas legislativas y de política pública. Las instituciones académicas y de investigación, quienes participarán en la construcción del conocimiento, difusión e impartición de las temáticas con la población escolar reforzando el currículo y las acciones extraescolares.

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
4.1.2.	Dar seguimiento a las acciones de carácter intersectorial para la promoción de la salud.								Las Instituciones académicas de nivel federal, estatal y municipal Las OSC de nivel federal, estatal y municipal.	La Secretaría de Salud como rectora del Sistema Nacional de Salud a través de la DGPS y de los responsables estatales de PS será la responsable de dar seguimiento. Las Instituciones académicas contribuyen con proyectos de seguimiento, monitoreo y evaluación. La OSC contribuye con mecanismos de contraloría social.
4.1.3.	Impulsar modificaciones legislativas nacionales y estatales, que favorezcan la promoción de la salud y la modificación de los determinantes sociales.								Las Instituciones académicas de nivel federal, estatal y municipal. Las OSC de nivel federal, estatal y municipal.	La Secretaría de Salud como rectora del Sistema Nacional de Salud a través de la DGPS, será la responsable de impulsar y dar seguimiento a las modificaciones que favorezcan la PS, primordialmente de la población escolar, migrante e indígena. Las Instituciones académicas y las OSC contribuyen con seguimiento y difusión.

Objetivo 5	Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud.		
Indicador 9	Materiales educativos elaborados con enfoque de mercadotecnia social en salud.	**Meta 9**	41

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
5.1.1.	Diseñar materiales de comunicación educativa enfocados a promover estilos de vida saludables en individuos, familias y comunidades.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Objetivo 6	Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa.		
Indicador 10	Acciones de supervisión integral, monitoreo y evaluación realizadas.	**Meta 10**	5,214

Línea de acción		SSA	SESA	SEP	INALI	SEGOB	STPS	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
6.1.1.	Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación de la operación del Programa en todos los niveles de intervención.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		En coordinación con las instituciones visitas de supervisión a nivel operativo.
6.1.2.	Fortalecer el proceso de registro para contar con información confiable y oportuna para la toma de decisiones.	✓	✓	✓						

VIII. TRANSPARENCIA

VIII. Transparencia

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: **www.salud.gob.mx**, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: **www.spps.gob.mx**, de la DGPS: **www.promocion.salud.gob.mx** y a través del enlace de contacto en el sitio web.

Bibliografía

1. Carta de Bangkok. 6ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud [En línea]. Tailandia; 2005. Disponible en: www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf 11

2. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1998.

3. Organización Mundial de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Reporte final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Buenos Aires Argentina: Ediciones Journal S.A: 2008.

4. Secretaría de Salud/ Dirección General de Promoción de la Salud. Modelo Operativo de Promoción de la Salud. Versión 1.0. México: SSA; 2006.

5. Duarte Gómez MB, Ortega Alegría ML, Mora Ríos LH, Coromoto Fernández N. Un modelo de atención en salud al pueblo wayúu en la frontera colombo-venezolana. Rev Panam Salud Pública. 2011; 30(3): 272–278.

6. Sáez Salgado M. Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas. [En línea]. Perú. Disponible en: http://biblioteca.programaeurosocial.eu/PDF/Salud/Modulo9.pdf

7. Organización Panamericana de la Salud. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas Componente comunitario de la estrategia de Atención integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Washington D.C: OPS; 2008.

8. Ruelas Barajas E. La importancia de la intersectorialidad en los determinantes de la salud en: Urbina Fuentes M y González Block MA., (coord) La importancia de los determinantes sociales de la salud en la política pública. México: Instituto Nacional de Salud Pública/ Academia Mexicana de Medicina; 2012: 95-97.

9. Ministerio de Salud de Perú. Modelo de atención en salud. Gestión de servicios de salud serie 3. Atención primaria y saneamiento básico. Perú. CAJAMARCA/APRISABAC; 1997.

10. Sanabria Ramos G. Participación Social y comunitaria. Reflexiones. Rev Cub Salud Pública. 2001; 27(2): 89-95.

11. Porras A. La investigación para la salud como instrumento para mejorar la salud pública. [Página principal en internet]. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://www.eventos.bvsalud.org/agendas/BVS-COR/public/documents/analia_porras-154419.pdf

12. Presidencia de la República. 1er Informe de Gobierno 2012-2013 Anexo Estadístico. [Página principal en internet] México; 2013. Disponible en: http://d5d3d27e1f3d539a162f-a00104427ebc661a8d17f062b85c9f9a.r74.cf2.rackcdn.com/1_IG_ANEXO_ESTADISTICO.pdf

13. Ippolito-Shepherd J. Escuelas Promotoras de la Salud Fortalecimiento de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud: Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. Serie Promoción de la Salud. Washington D.C: OPS; 2003.

14. Ippolito-Shepherd, J (editora). Las Escuelas Promotoras de Salud en América Latina: Resultados de la Primera Encuesta Regional. Serie Promoción de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2005.

15. Secretaría de Salud/ Dirección General de Promoción de la Salud. Programa Escuela y Salud. Manual Operativo. México: SSA; 2012.

16. Muñoz Hernández O. Propuesta de un Sistema de Servicios de Salud. Componentes de Salud de una propuesta de Seguridad Social Universal. México: Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud/Consejo Nacional de Evaluación, 2012. Disponible en:

http://encuestas.insp.mx/calidad/doctos/LtUvjmSm2Z1UNZVyxY9XZh9G7UCXlQ.pdf

17. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Getting it Right. Una agenda estratégica par a las reformas en México. OECD Publishing, 2012. Disponible en línea en: http://www.oecd.org/centrodemexico/Getting%20It%20Right%20EBOOK.pdf

18. Declaración de Helsinki. 8ª Conferencia Mundial Promoción de la Salud. [En línea]. Finlandia; 2013. Disponible en: http://www.fundadeps.org/Observatorio.asp?grupoRec=Todas%20las%20edades&tiporecursoAct=Documentos%20/%20Informes&tematicaRec=Promoci%F3n%20y%20Educaci%F3n%20para%20la%20Salud,Salud%20P%FAblica&titulo=Declaraci%F3n%20de%20Helsinki%20sobre%20Salud%20en%20todas%20las%20Pol%EDticas&codrecurso=595

19. Secretaría de Salud. Bases para el Fortalecimiento de los Talleres Comunitarios. 1ra. Edición. México: Secretaria de Salud; 2009.

20. Freire P. La Educación como práctica de la Libertad. [Monografía en internet]. La Espiral Educativa Cooperativa; 1967. Disponible en: http://laespiral.momoescuela.org/wp-content/uploads/2014/01/Educ-pract-libertad.pdf

21. Núñez C, Borda F., editores. Paradigma y Utopía: Un balance posmoderno. Discursos Inaugurales y conferencias magistrales. VIII Simposio de Educación Cátedra "Paulo Freire". "Educar para construir el sueño: Ética y Conocimiento en la Transformación Social". México: Cátedra Paulo Freire/ VIII Simposium de Educación y Valores; 2001.

22. Ausubel, D., Novak, J., Hanesian H., Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo. 1ra. Ed. México: Trillas, 1983.

23. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes Sociales de la Salud. [Monografía en línea]. Organización Mundial de la Salud; 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/

24. Proyecciones 2010-2050. [homepage en Internet]. México: Consejo Nacional de Población; c2013. [Actualizada el 13 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones

25. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Memoria documental. Desarrollo con Identidad para los Pueblos y las Comunidades Indígenas 2006-2012. 1ra. Ed. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas; 2012.

26. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Perfil Epidemiológico de la Población Indígena en México. México: Dirección General de Epidemiología; 2012.

27. Zolla C, Sánchez García C (coordinadores). Pueblos indígenas e indicadores de salud en los Estados del Sur-sureste. Informe de la investigación hecha por PUMC/UNAM. México: OPS/OMS-PUMC/UNAM; 2012.

28. Centro de estudios sociales y de opinión pública. Descripción socio demográfica de la población hablante de lengua, autoadscrita como indígena y el resto de la población, a partir de los datos del censo de población y vivienda, 2010. México: LXI Legislatura, Cámara de Diputados; 2011.

29. Consejo Nacional de Población. [Página principal en internet] México. c2012 [actualizado el 28 de marzo de 2014]: [acceso el 9 de febrero de 2014] Migración interna. [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Migracion_Interna

30. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena. México: Consejo Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; 2010.

31. Valdez, R. Encuesta de Salud y Derechos de las mujeres indígenas ENSADEMI 2008. 1ra Ed. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2008.

32. Rentería; R. Seris. Pueblos Indígenas del México Contemporáneo. 1ra Ed. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; 2007.

33. Secretaria de Salud. "Atención a la salud de los pueblos indígenas de México" Elementos generales para el programa de acción. México: SSA.

34. Secretaría de Desarrollo Social. Atienden oportunidades y PAL a 7.5 millones de indígenas. Comunicado de prensa. no. 01/2012. [Acceso el 21 de enero de 2013]. México: Secretaria de Desarrollo Social; 2012. Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/atienden_oportunidades_y_pal_a_75_millones_de_indi

35. Gómez, C., Herrera, J., Solano B. El IMSS en Cifras. Acciones integrales de salud en el Programa IMSS-Oportunidades. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008; 46 (2): 223-232.

36. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Programa de acción específico Vete Sano, Regresa Sano. México: Secretaria de Salud; 2008.

37. México. Secretaría de Desarrollo Social. Encuesta Nacional de Jornaleros Agrícolas. México: SEDESOL; 2009.

38. Albino González G. Consulta sobre migración de la de la población indígena. Dirección de Participación y consulta indígena. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; 2007.

39. Romo R; Téllez Y; López J. [página Principal en Internet] México: Consejo Nacional de Población. c2013. [Actualizado el 14 de noviembre de 2013]. Tendencias de la migración interna en México en el periodo reciente. La situación demográfica en México. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Tendencias_de_la_migracion_interna_en_Mexico_en_el_periodo_reciente

40. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2006.Tabla 31. Disponible en www.cdc.gov/nchs

41. Shamah Levy T, Palma Coca O. Encuesta de salud en estudiantes de escuelas públicas en México Resumen Ejecutivo. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2008.

42. Rivera-Dommarco J. El estado nutricional de la población de México: cambios en magnitud, distribución y tendencias de la mala nutrición. Salud Pública Mex; 2008;(49):267-269.

43. Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica. México: Diario Oficial de la Federación; 2010. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5156173&fecha=23/08/2010

44. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Publica; 2012. Disponible en:http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf

45. Machado J. Programa ver Bien: Experiencia en México. Boletín Trimestral. [Revista en línea] 2014 [consultado el 9-01-2014]. Disponible en: http://vision2020la.wordpress.com/2014/01/09/programa-ver-bien-experiencia-en-mexico/

46. OPS, 2013.

47. Téllez Villagra C, Valencia Flores M. Cronología conceptual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Rev Esp Med-Quir. 2011; 16(1): 39-44.

48. Unidad de Planeación y Evaluación de la Política Educativa; Catálogo de Inmuebles Escolares, 2007.

49. Mancini F, Pérez VH. Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2008-2010. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social/Fondo de las Naciones Unidas para la infancia; 2012.

50. Atme Abdo S, Ramírez A M. Informe Nacional sobre Violencia de Genero en la Educación Básica en México [monografía en internet]. México: UNICEF; 2009. Disponible en:http://www.unicef.org/mexico/spanish/Estudio_violencia_genero_educacion_basica_Part1.pdf

51. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011 Drogas Ilícitas. [Monografía en internet]. México: Instituto Nacional de psiquiatría Ramón De La Fuente Muñiz/Secretaria de Salud. 2011. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

52. Flores Hernández E. Estudio sobre la Salud Física, Emocional y Sexual de los jóvenes de los Planteles del Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal. [monografía en internet]. México: Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal; 2012. Disponible en: http://www.educacion.df.gob.mx/oip/images/oip/articulo%2030/INFORME%20I...pdf

53. Keast Greg.Wash en escuelas Paquete de Herramientas para el monitoreo. [Monografía en internet]. UNICEF, 2011. Disponible en: http://www.unicef.org/wash/schools/files/WASH_in_Schools_Monitoring_package_Spanish(1).pdf

54. González-Montesinos M. Informe técnico y fichas técnicas Indicadores CONAPASE. [monografía en internet]. México: METCUANTUS CONSULTORES ASOCIADOS. Disponible en:

www.consejosescolares.sep.gob.mx/work/models/conapase/Resource/343/1/images/Informe_ficha_tecnica_indicadores.pdf

55. González T. Regulación Artística en Planes y Programas de Estudio. México: 2012.

56. Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Secretaría de Salud, 2013. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf

57. Acuerdo mediante el cual se establecen los mecanismos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional. DOF, 16 de mayo de 2014. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5344984&fecha=16/05/2014

Abreviaturas y Acrónimos

CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CENADIC	Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CenSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA
CMS	Comités Municipales de Salud
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CNS	Cartillas Nacionales de Salud
COFEPRIS	Comisión Nacional para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
ECS	Enlace Comunitario en Salud
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EPS	Educación para la Salud
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
GBD	Global Burden of Disease (Carga Global de Enfermedad)
GIAIPI	Grupo Intersectorial para la Atención Integral de la Población Indígena

HLI	Hablante de Lengua Indígena
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INALI	Instituto Nacional de Lengua Indígenas
INM	Instituto Nacional de Migración
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MOPS	Modelo Operativo de Promoción de la Salud
NOM	Norma Oficial Mexicana
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización de la Sociedad Civil
PAE	Programa de Acción Específico
PAL	Programa de Apoyo Alimentario
PDHO	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
PDPI	Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PI	Población Indígena
PND	Plan de Desarrollo Nacional
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
PS	Promoción de la Salud
SAF	Subsecretaría de Administración y Finanzas
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEMAR	Secretaría de Marina

SEP	Secretaría de Educación Pública
SESA	Servicios Estatales de Salud
SIDSS	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SP	Seguro Popular
SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SSA	Secretaría de Salud
STCONAPRA	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
STCONSAME	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental
STPS	Secretaría de Trabajo y Previsión Social
TCPS	Talleres Comunitarios para la Promoción de la Salud
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Glosario de Términos

Competencias en Salud. Capacidad para influir sobre los factores determinantes de la salud.

Dengue. Infección vírica transmitida por mosquitos, siendo el principal vector el mosquito *Aedes aegypti*. El virus se transmite a los seres humanos por la picadura de mosquitos hembra infectadas. La infección causa síntomas gripales y en ocasiones evoluciona hasta convertirse en un cuadro potencialmente mortal llamado dengue grave. Se presenta en los climas tropicales y subtropicales de todo el planeta, sobre todo en las zonas urbanas y suburbanas. No hay tratamiento específico del dengue ni del dengue grave, pero la detección oportuna y el acceso a la asistencia médica adecuada disminuyen las tasas de mortalidad por debajo del 1%. La prevención y el control del dengue dependen exclusivamente de las medidas eficaces de lucha anti-vectorial.

Determinantes Sociales de la Salud. Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan envejecen incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas públicas adoptadas.

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.

Entorno Saludable. Es aquel que apoya la salud y ofrece a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprende los lugares donde viven las personas, su comunidad, el hogar, los sitios de estudio, los lugares de trabajo y el esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento.

Equidad. Estado ideal que deviene cuando todas las personas cuentan con oportunidades justas para desarrollar su máximo potencial humano.

Esperanza de vida al nacer. Indica la cantidad de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de su vida.

Género. Es el conjunto de atributos sociales que se les asignan a las personas según haya sido identificado como hombre o como mujer. Dichos atributos son socialmente construidos, por lo que cada cultura, según la época y el grupo social, le da un sentido diferente a lo que significa ser hombre o ser mujer.

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

Indígena. Término aplicado a todo aquello que es relativo a una población originaria del territorio que habita, cuyo establecimiento en el mismo precede al de otros pueblos o cuya presencia es lo suficientemente prolongada y estable como para tenerla por oriunda (es decir, originario de un lugar). Con el mismo sentido se utiliza, con mayor frecuencia, el término equivalente nativo, presente en expresiones como idioma nativo; también es habitual utilizar términos como pueblos originarios, naciones nativas o aborígenes.

Interculturalidad. Habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, y es una apuesta dentro de un sistema que busca más igualdad para todos.

Intersectorialidad. Se refiere a la convergencia y la interacción entre nodos de redes complejas con el propósito final de definir políticas públicas

Mercadotecnia social en salud. Se refiere al desarrollo de estrategias que motivan el cambio de hábitos, actitudes, acciones, comportamientos, conductas, valores o prácticas para mejorar la salud de los individuos y las comunidades, mediante la investigación de necesidades, la planeación, la ejecución y la comunicación educativa como herramientas estratégicas.

Migración. Cambio de residencia de una o varias personas de manera temporal o definitiva, generalmente con la intención de mejorar su situación económica así como su desarrollo personal y familiar.

Migrante. Término aplicado a las personas y a sus familiares que van a otro país o región con miras a mejorar sus condiciones sociales y materiales y sus perspectivas y las de sus familias.

Modelos de Atención en Salud: Son modalidades mediante la cual los paradigmas del proceso de salud–enfermedad-atención se implementan mediante prácticas sociales, que pueden ser tanto en salud como de asistencia

Participación social. Se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud.

Poblaciones indígenas o aborígenes. Son aquellas que estaban viviendo en sus tierras antes de que llegaran los colonizadores de otros lugares, los cuales al convertirse en el grupo dominante mediante la conquista, la ocupación, la colonización o por otros medios segregan o discriminan a los pobladores originarios.

Población vulnerable. Son aquellos grupos o comunidades que, por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género o discapacidad, se encuentran en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida y no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas. La vulnerabilidad coloca a quien la padece en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus Derechos y libertades.

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.

Promoción de la salud. Proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla.

Salud. Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Talleres Comunitarios para la Promoción de la Salud. Actividad educativa estructurada y con objetivos bien definidos, que se dirige a grupos previamente organizados (comités de salud, comités escolares, grupos de jóvenes, grupos de promotores voluntarios, entre otros) para actualizar, formar, desarrollar y perfeccionar conocimientos, capacidades, competencias y habilidades para el cuidado de la salud. El taller, tiene dos principios fundamentales: la participación activa de los asistentes –mediante dinámicas de trabajo, reflexión grupal, discusión dirigida, entre otrasy la elaboración de un producto o resultado final –definición de un proyecto, de una tarea o de una acción específica-. Un taller debe tener una duración mínima de dos horas por sesión y, si es necesario, también podrá organizarse en diferentes sesiones para construir el producto final.

Tuberculosis. Enfermedad infecciosa, causada por el complejo Mycobacterium tuberculosis (*M. tuberculosis, M. bovis, M. microti, M. africanum, M. canettii, M. caprae y M. pinnipedii*), que se transmite del enfermo al sujeto sano por inhalación de material infectante; de madre infectada al producto, ingestión de leche contaminada, contacto con personas enfermas bacilíferas o animales enfermos. Puede ser de localización pulmonar o extra pulmonar.

Virus de la inmunodeficiencia humana VIH y el Sida. Virus que ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente.

Vulnerabilidad. Resultado de la acumulación de desventajas y una mayor posibilidad de presentar un daño, derivado de un conjunto de causas sociales y de algunas características personales y/o culturales. Considera como vulnerables a diversos grupos de la población entre los que se encuentran las niñas, los niños y jóvenes en situación de calle, los migrantes, las personas con discapacidad, los adultos mayores y la población indígena, que más allá de su pobreza, viven en situaciones de riesgo.

Vulnerabilidad Social. Conjunto de circunstancias y factores sociales que determinan la existencia de un mayor riesgo de caer en situaciones de menoscabo o privación del bienestar tanto físico como psicológico y afectivo.

Anexos

Anexo 1. Matriz de Corresponsabilidad Interna

Objetivo 1	Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud.		
Indicador 1	Ferias de promoción de la salud dirigidas a migrantes en los sitios de origen, tránsito, destino y retorno.	**Meta 1**	1,600
Indicador 2	Ferias de la salud interculturales desarrolladas en municipios indígenas.	**Meta 2**	171
Indicador 3	Escuelas validadas como promotoras de la salud.	**Meta 3**	64,000

Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
1.1.1.	Promover que la entrega de servicios de promoción de la salud sea adecuada para la población migrante.	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Transversal con las acciones que se van a desarrollar dentro del Programa y el vínculo con las demás instancias.

Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
1.1.2.	Promover la entrega de servicios de promoción de la salud a la población indígena con pertinencia cultural y lingüística.	✓	✓		✓	✓		Dirección General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaria Técnica del Consejo Nacional contras las Adicciones. Dirección General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Dirección General del Centro Nacional de Prevención y Control del VID/SIDA. Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.	Todas las dependencias ya mencionadas trabajan en forma conjunta el apartado metodológico, así como aportaciones técnicas y apoyo para la realización de acciones en beneficio de la población indígena.

Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
1.1.3.	Promover que la entrega de los servicios de la salud sea pertinente para la población escolar.	✓	✓		✓		✓	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME). Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.	La validación de escuelas promotoras de la salud con enfoque de derecho, género e interculturalidad, se basa en tres ejes de acción: educación y desarrollo de competencias para la salud, acceso a servicios preventivos de salud, mejoramiento del entorno físico y psicosocial y participación social. Para lo anterior es necesaria la vinculación y el trabajo coordinado con: CONSAME, CONAPRA, CNEGSR, CENAPRECE, CENSIDA, CENSIA y CENADIC. Es necesaria la coordinación con COFEPRIS para el desarrollo de políticas públicas para la prevención y promoción de la salud, así como para definir lineamientos en este sentido a los niveles estatales correspondientes.

Objetivo 2	Fortalecer la promoción de la salud en la atención integral de línea de vida		
Indicador 4	Porcentaje de consultas otorgadas en los SESA, en las que la población usuaria presenta la CNS.	**Meta 4**	63.8%

Línea de acción		SESA	SPPS	CENAPRECE	CENSIA	CNEGSR	CENADIC	CENSIDA	CONAPRA	Otros	Observaciones
No.	Descripción										
2.1.1.	Impulsar la instrumentación del Modelo Operativo de Promoción de la Salud.	✓									
2.2.2.	Entregar servicios de promoción de la salud, mediante las CNS.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Institutos Nacionales de salud. Red de Hospitales Federales.	En los grupos de expertos participan investigadores y profesionales de la Salud de alta especialidad de los Institutos y Hospitales Federales.

Objetivo 3	Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud.		
Indicador 5	Cursos y eventos de capacitación y actualización dirigidos al personal de promoción de la salud estatal, jurisdiccional y local.	**Meta 5**	1,752
Indicador 6	Promotores de la salud hablantes de legua indígena (HLI) certificados en el "Estándar de competencias de promoción de programas públicos de salud en la población hablante de lengua indígena".	**Meta 6**	320
Indicador 7	Talleres comunitarios para la promoción de la salud dirigidos a la población.	**Meta 7**	1,820,550

Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
3.1.1.	Capacitar y actualizar al personal de salud en promoción de la salud, determinación social, interculturalidad y perspectiva de género.	✓	✓	✓	✓	✓		Instituto Nacional de Salud Pública. Universidades. Organizaciones de la Sociedad Civil expertas en los temas.	
3.1.2.	Sensibilizar a la población para el cuidado de la salud, determinación social, interculturalidad y perspectiva de género.	✓	✓			✓			La sensibilización y proceso educativo dirigidos a la población, a través de los talleres comunitarios para la promoción de la salud, se planean, elaboran e imparten en vinculación y coordinación con el área del Programa Oportunidades de la CNPSS. Los talleres comunitarios son parte de las reglas de operación del Programa Oportunidades, la población objetivo debe asistir a los talleres.

Objetivo 4	Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los sectores público, social y privado.		
Indicador 8	Entidades federativas con grupo intersectorial estatal de promoción de la salud y determinantes sociales.	**Meta 8**	32

Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
4.1.1.	Conformar en los estados, grupos intersectoriales de promoción de la salud y determinantes sociales.	✓	✓	✓		✓			Es necesaria la vinculación con las dependencias al interior de la SPPS responsables de normar acciones de salud dirigidas a escolares, migrantes e indígenas, así como la encargadas de verificar la incorporación de la perspectiva de género.: CNEGSR, CENAPRECE, CENSIDA, CENSIA, CENADIC, STCONAPRA, STCONSAME. La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud a través de la DGPS, dará seguimiento a las acciones de carácter intersectorial para promoción de la salud. Es necesaria corresponsabilidad del SINAIS como área de insumo y de construcción de registro de información para posicionar, monitorear y evaluar la línea de acción.
4.1.2.	Dar seguimiento a las acciones de carácter intersectorial para la promoción de la salud.	✓						Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).	La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud a través de la DGPS, dará seguimiento a las acciones de carácter intersectorial para promoción de la salud. Es necesaria corresponsabilidad del SINAIS como área de insumo y de construcción de registro de información para posicionar, monitorear y evaluar la línea de acción.
4.1.3.	Impulsar y dar seguimiento a las modificaciones legislativas nacionales y estatales, que favorezcan la promoción de la salud y la modificación de los determinantes sociales.	✓	✓				✓	Coordinación General de Asuntos Jurídicos y de Derechos Humanos (CGAJDH).	La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud a través de la DGPS y los responsables estatales de promoción de la salud serán los responsables de esta acción, con el apoyo y asesoría de las áreas de asuntos jurídicos correspondientes.

Objetivo 5	Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud.		
Indicador 9	Materiales educativos elaborados con enfoque de mercadotecnia social en salud.	**Meta 9**	41

Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
5.1.1.	Diseñar materiales de comunicación educativa enfocados a promover estilos de vida saludables en individuos, familias y comunidades.	✓	✓				✓		

Promoción de la Salud y
Determinantes Sociales

Programa Sectorial
de Salud 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

D.R. Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.