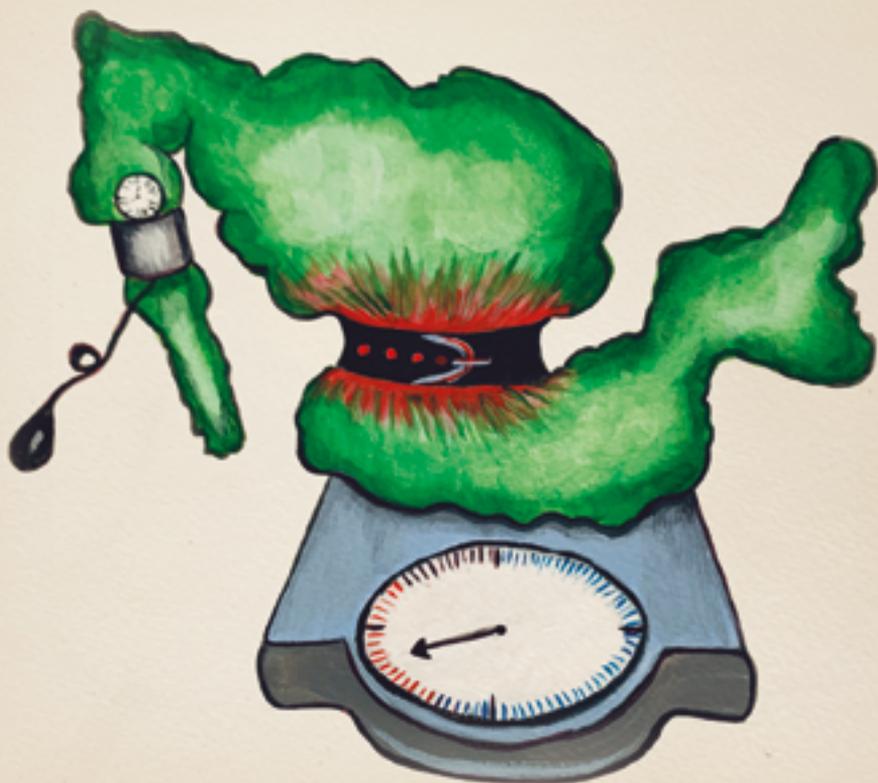


GOBERNANZA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: HACIA UNA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA SOSTENIBLE

ESTHER NISSÁN SCHOENFELD



INNAP

SECCIÓN MEXICANA DEL
INSTITUTO INTERNACIONAL
DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

INSTITUTO
NACIONAL DE
ADMINISTRACIÓN
PÚBLICA, A.C.

65

Años mejorando
las instituciones
públicas

ESTHER NISSÁN SCHOENFELD

**GOBERNANZA PARA LA PROMOCIÓN
DE LA SALUD:
HACIA UNA ADMINISTRACIÓN
PÚBLICA SOSTENIBLE**

COMITÉ EDITORIAL

Diego Barría Traverso
Jorge Culebro Moreno
Mauricio Dussauge Laguna
Maximiliano García Guzmán
Roberto Padilla Domínguez
Fernando Pérez
Adriana Plasencia Díaz
Diana Vicher García
Héctor Zamitiz Gamboa

Gobernanza para la promoción de la salud: hacia una administración pública sostenible.

Primera edición INAP: abril de 2020

ISBN: 978-607-8744-00-8

© Instituto Nacional de Administración Pública, A.C.
Km. 14.5 Carretera México-Toluca No. 2151
Col. Palo Alto, C.P. 05110
Alcaldía Cuajimalpa, Ciudad de México
50 81 26 57
www.inap.org.mx

Portada : Ilustración original creada por la pintora mexicana Nigrí.

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta obra,
citando la fuente, siempre y cuando sea sin fines de lucro

CONSEJO DIRECTIVO 2017 - 2020

Carlos Reta Martínez

Presidente

Luis Humberto
Fernández Fuentes
**Vicepresidente para
Asuntos
Internacionales**

Ricardo
Uvalle Berrones
Vicepresidente

José de Jesús
Jiménez Hernández
**Vicepresidente para los
IAPs de los Estados
2019-2020**

CONSEJEROS

José Ángel Gurría Treviño
Roberto Padilla Domínguez
Arturo Núñez Jiménez
Omar Guerrero Orozco
Carlos Almada López
Julián Alfonso Olivas Ugalde
Alejandro Romero Gudiño
Jorge Tamayo Castroparedes
Elena Jeannetti Dávila
Soraya Pérez Munguía
María de Jesús Alejandro Quiroz
Jorge Francisco Márquez Montes
Fernando Pérez Correa Fernández del Castillo
Raúl Martínez Almazán
Manuel Quijano Torres

CONSEJO DE HONOR

Adolfo Lugo Verduzco
José Natividad González Parás
Alejandro Carrillo Castro
José R. Castelazo

IN MEMORIAM

Gabino Fraga Magaña
Gustavo Martínez Cabañas
Andrés Caso Lombardo
Raúl Salinas Lozano
Ignacio Pichardo Pagaza

FUNDADORES

Francisco Apodaca y Osuna

José Attolini Aguirre

Enrique Caamaño Muñoz

Antonio Carrillo Flores

Mario Cordera Pastor

Daniel Escalante Ortega

Gabino Fraga Magaña

Jorge Gaxiola Zendejas

José Iturriaga Sauco

Gilberto Loyo González

Rafael Mancera Ortiz

Antonio Martínez Báez

Lorenzo Mayoral Pardo

Alfredo Navarrete Romero

Alfonso Noriega Cantú

Raúl Ortiz Mena

Manuel Palavicini Piñeiro

Álvaro Rodríguez Reyes

Jesús Rodríguez y Rodríguez

Raúl Salinas Lozano

Andrés Serra Rojas

Catalina Sierra Casasús

Ricardo Torres Gaitán

Rafael Urrutia Millán

Gustavo R. Velasco Adalid

CONSEJO DIRECTIVO 2020 - 2023

Luis Miguel Martínez Anzures
Presidente

Gloria Luz Alejandre Ramírez
Vicepresidente

Alberto Haas Díaz
**Vicepresidente para los IAPs
de los estados 2020-2021**

CONSEJEROS

Clicerio Coello Garcés
Adriana Reynaga Morales
David Villanueva Lomelí
Rina Marissa Aguilera Hintelholher
Mario Alberto Fócil Ortega
Gricelda Sánchez Carranza
José Martínez Vilchis
Jaime Domingo López Buitrón

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	18
PRESENTACIÓN	19
PRÓLOGO	21
INTRODUCCIÓN	25
CAPÍTULO 1	33
SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS MEXICANOS: DE LAS EPIDEMIAS CONTAGIOSAS A LAS DEL ESTILO DE VIDA	35
1.1 Situación de Salud en México: Transición epidemiológica	35
1.2 Costo de la obesidad y diabetes a las Finanzas Públicas	40
1.3 Casos reales: la emergencia no está en las cifras.	42
1.4 ¿Qué comemos los mexicanos? Situación Alimentaria y Nutricional	46
1.4.1 ¿Cómo elegimos los alimentos que nos comemos?	48
1.5 Comentarios finales al capítulo	52
CAPÍTULO 2	55
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL: POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PRE- VENCIÓN DE LA OBESIDAD Y DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, 2013-2018	57
2.1 Programas de Acción Específica (PAEs) 2013-2018 de la Secretaría de Salud vinculados a la promoción de la salud y a la prevención de obesidad y Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	58
2.1.1 Hallazgos principales de la investigación referente a los Programas de Acción Específica (PAEs) de la Secretaria de Salud	60

2.1.2	Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes	65
2.1.2.1	Antecedentes a la Estrategia. Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria 2010.	66
2.1.3	Modelo de Atención Integral de Salud (MAI)	68
2.2	Programas Presupuestarios Anuales (Pp) 2013-2018.	69
2.2.1	Presupuesto Anual asignado a los Programas de interés	72
2.2.2.1	Programa Presupuestario P018: “Prevención y Control de Enfermedades”:	78
2.2.2.2	Programa Presupuestario S037: Comunidades Saludables	79
2.2.2.3	Programa Presupuestario U008: Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes	81
2.2.3	Calificación de los Programas presupuestarios asignada por el CONEVAL entre el 2008 y el 2016	83
2.2.4	Diagnóstico de los programas sobre promoción de la salud, prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares	85
2.3	Secretaría de Salud. Operatividad e implementación de los programas	86
2.3.1	Historia de la Secretaría	86
2.3.2	Funciones de la Secretaría	86
2.3.3	Unidades de la Secretaría de Salud con competencias de promoción de la salud y prevención de obesidad y ECNT	89
2.3.4	Duplicidad de las funciones de las Unidades Administrativas que conforman a la Secretaría de Salud federal	90
2.3.5	Secretaría de Salud federal y los municipios: Red Mexicana de Municipios por la Salud A.C.	94
2.3.5.1	Algunos hallazgos	95

2.4 Sistema Nacional de Salud (SNS)	97
2.4.1 Estrategias y acciones de algunas instituciones del SNS	99
2.4.1.1 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	99
2.4.1.2 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	100
2.4.1.3 Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)	100
2.4.1.4 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF o DIF)	101
2.4.2 Diagnóstico del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el tema de la promoción de la salud y la prevención primaria de la obesidad y las ECNT (diabetes)	102
2.5 Políticas Públicas 2019 para el control de la epidemia de obesidad y diabetes.	103
2.6 Comentarios finales al capítulo	104
CAPÍTULO 3	107
MARCO LEGAL: LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL	109
3.1 Tratados internacionales	109
3.1.1 La protección a la salud como un derecho humano fundamental y universal	109
3.1.2 Promoción de la salud y Agenda Internacional	111
3.1.2.1 Declaración de Alma Ata (1978): Atención Primaria a la Salud	112
3.1.2.2 Conferencias Internacionales para Promoción de la Salud	112
3.1.3 ONU: Objetivos para el Desarrollo Sostenible, Agenda 2030	115

3.2 La salud como parte de los derechos sociales en los Ordenamientos Nacionales	117
3.2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM):	
Artículo 1° Constitucional	117
3.2.1.1 Ley General de Desarrollo Social	118
3.2.2 Artículo 4° Constitucional:	
“el derecho a la protección a la salud”	119
3.2.2.1 Ley General de Salud	120
3.2.2.2 Ley General de Cultura Física y Deporte	123
3.2.3 Artículo 115 Constitucional:	
el municipio libre	124
3.2.4 Ley Orgánica de la Administración Pública	126
3.2.5 Leyes que Regulan la Planeación del Desarrollo y la Participación de la Ciudadanía: Ley de Planeación.	126
3.3 Comentarios finales al capítulo	127
CAPÍTULO 4	129
GOBERNANZA: ELEMENTOS CLAVE	131
4.1 Gobernanza clásica	131
4.2 Gobernanza contemporánea o actual	135
4.2.1 Gobernanza territorial / local / descentralizada	136
4.2.2 Gobernanza multinivel	137
4.2.3 Gobernanza colaborativa	137
4.3 Conceptos inherentes a la gobernanza	141
4.3.1 Intersectorialidad	141
4.3.2 Participación social, ciudadana y comunitaria	144
4.4 Gobernanza para la salud	146
4.5 La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la gobernanza	148

4.6 La promoción de la salud en la gobernanza	152
4.6.1 Gobernanza para la Promoción de la Salud (PS)	153
4.7 Brasil y Chile: ejemplo de buenas prácticas de gobernanza territorial y prácticas asociativas: Organizaciones de la Sociedad Civil como detonadores de cohesión social y promoción de la salud.	154
4.7.1 Caso Brasil	154
4.7.2 Caso Chile	156
4.8 Comentario final del capítulo	157
CAPÍTULO 5	159
MODELO DE GOBERNANZA TERRITORIAL Y EDUCACIÓN PARTICIPATIVA PARA HACER MÁS EFICAZ LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)	161
5 Propuesta para la Administración Pública:	162
5.1. Primero: Red de Gobernanza para la promoción de la salud	164
5.1.1. Necesidad de conformar una red de Actores	164
5.1.2 Recursos, tipos de capital aportados por los actores e intercambios a través de la red de gobernanza	166
5.1.3 Actores gubernamentales y no gubernamentales	166
5.1.3.2 Sector social: Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)	167
5.1.3.3 Sector privado: empresarial	168
5.1.3.4 Sector Académico: Universidades e institutos de investigación	169
5.1.3.5 Profesionales de la salud	170
5.1.3.6 Representantes de la comunidad, líderes comunitarios	170
5.1.3.7 Vínculos entre actores	171
5.1.4 Plataforma Digital Web 2.0	171
5.1.4.1 Estructura de la Red de gobernanza	171

5.1.4.2 Administración de la Red de gobernanza	175
5.1.4.3 Medición del desempeño de la Red	177
5.1.4.4 La Red de gobernanza y la plataforma digital interactiva y colaborativa como innovación social y pública	180
5.2 Segundo: Concurrencia y coordinación de los tres ordenes de gobierno para la implementación de un Programa Nacional, intersectorial y participativo en promoción de salud y prevención primaria de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles	181
5.3 Tercero: Unidades Administrativas correspondientes y correspondientes del Programa en los tres ordenes de gobierno.	182
5.4 Cuarto: Metodología para la Gestión Pública Municipal para la Promoción de la Salud basado en el enfoque de la gobernanza	188
5.4.1 Plan Estratégico municipal para la promoción de la salud	189
5.4.1.1 Fase I: Investigación Diagnóstica (antes de la planeación).	190
5.4.1.2 Fase II: Creación de la red de gobernanza territorial y la sensibilización de la población sobre el valor de la salud y la importancia de la prevención	190
5.4.1.3 Fase III: Coordinación e implementación de los subprogramas de salud elegidos por el Consejo en los espacios asignados (que forman parte del Programa Nacional de promoción de salud)	192
5.4.1.4 Fase IV: Evaluación de programas y cumplimiento del Plan Municipal de promoción de la salud	193
5.4.2 Reglamento u ordenamiento municipal para construir un entorno saludable	193
5.5 Comentarios finales del capítulo	196

CAPÍTULO 6	197
PROMOCIÓN DE LA SALUD EFICAZ. NUEVO PARADIGMA: TRABAJO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	199
6.1 ¿Qué entendemos por Promoción de la Salud?	199
6.2 Dimensiones de la Promoción de la Salud (PS)	199
6.3 Metodologías para Promoción de la Salud	202
6.3.1 Educación Participativa/Activa	202
6.3.2 Comunicación	205
6.3.2.1 Comunicación Social	205
6.3.2.2 Mercadotecnia Social	205
6.3.3 Participación	206
6.3.4 Intersectorialidad	208
6.3.5 Abogacía	209
6.4 Niveles de la intervención en la promoción de la salud	210
6.5 Fundamentos teóricos para cambios de conducta	211
6.6 La Promoción de Salud es para toda la población, se centra en el Individuo	212
6.7 Sistema de gobernanza de promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles	212
6.8 “Prisma hexagonal para la Promoción de la Salud Municipal”	213
6.9 Comentarios finales del capítulo.	216
CAPÍTULO 7	217
CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN HACIA UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE: MERCADOTECNIA SOCIAL	219
7.1 Elementos clave para el éxito de una campaña	220
7.2 Estudio de Caso: Análisis de la campaña “ <i>Chécate, mídete y muévete</i> ” implementada en el periodo 2013-2018.	224

7.2.1 Algunos resultados de la campaña	226
7.2.2 Aspectos para reflexionar y mejorar la eficacia de campañas de comunicación social. Caso <i>Chécate Mídete Muévete</i>	228
7.2.3 Evaluación del desempeño de la Campaña “ <i>Chécate, mídete, muévete</i> ”	233
7.3 Comentarios finales al capítulo	234
CONCLUSIONES FINALES	235
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS, HEMEROGRÁFICAS Y CIBERGRÁFICAS	239
ANEXO A	258
ANEXO B	268
ANEXO C	270
ANEXO D	275
ANEXO E	279
ANEXO F	282
ANEXO G	284
ANEXO H	288
ANEXO I	295

Dedicatoria

Quiero dedicar esta obra a mi adorada familia.

Para Isaac, compañero entrañable de vida y de alma.

A mis amados hijos y nietas por ser el motor de mi vida.

*A mis padres, por ser siempre el ejemplo a seguir
y por su amor incondicional que me ha hecho ser como soy.*



AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento
y reconocimiento a:

Carlos Reta Martínez, Presidente del INAP, anfitrión de esta publicación. Muchas gracias por el gran apoyo para hacer realidad este libro, así como por la confianza depositada en mi persona al abrirme la puerta del instituto para realizar acciones en el campo de la promoción de la salud. Mi más profundo agradecimiento, admiración y respeto.

Luis Miguel Martínez Anzures, Director de la Escuela Nacional de Profesionalización Gubernamental del INAP, maestro y amigo. Muchas gracias por sus infinitas enseñanzas, invaluable recomendaciones para mejorar el trabajo y por siempre tener su puerta abierta para recibirme. Gracias por honrar este libro con su docta pluma en la elaboración del prólogo. Mi sincera admiración y respeto.

Araceli Parra Toledo, maestra y amiga. Le agradezco enormemente haber sido una guía importante en el desarrollo de la presente propuesta. Gracias mil por sus enseñanzas, dedicación y entrega.

Y desde luego, gracias al **INAP**, mi Alma Mater en el camino de la Administración Pública. Muchas gracias a los académicos y amigos que me han apoyado vigorosamente para la publicación de esta obra.

Un sensible agradecimiento a la pintora mexicana **Nigri** por la creación de la ilustración de la portada del libro.



PRESENTACIÓN

Sin duda alguna uno de los mayores problemas que deberán enfrentar los Estados en el siglo XXI es el relativo a la salud de sus poblaciones. No obstante, ello no debe conducirnos al error de que no se ha avanzado en la materia, sino que el tipo de retos a los que nos enfrentamos son de naturaleza diversa.

En efecto, el siglo XX ha sido testigo de un impresionante avance en materia de salud y, en consecuencia, de la calidad de vida. Hoy en día un mayor número de personas viven en mejores condiciones que en cualquier otra época de la historia. Esto es manifiesto en la expectativa de vida promedio de la población, así como en el porcentaje de mortalidad infantil. En este sentido, México sigue un camino similar a los países desarrollados y en vías de desarrollo similares. Claro está, una parte importante de la población aún subsiste en condiciones de pobreza y marginación.

Ahora bien, como se mencionó los retos que enfrenta en términos de políticas de salud son diversos, pero no inexistentes. Así, se ha presentado una transición epidemiológica en la cual, los países con menor desarrollo económico, las enfermedades más importantes que enfrentan son infecciosas, mientras que los países más ricos, se puede observar que las muertes infantiles son poco comunes, la mayoría de las muertes son de personas en edad avanzada, y el mayor número de decesos se debe a enfermedades crónicas, asociadas principalmente a padecimientos cardiovasculares o cáncer.

En consecuencia, cada uno de los Estados nacionales deberá plantearse con mayor precisión los escenarios que enfrentarán en el corto, mediano y largo plazo, para diseñar una estrategia adecuada. En particular para México se presentan problemas muy serios en materia de salud asociados al estilo de vida de la población, específicamente en alimentación, asociados al proceso de envejecimiento natural. En este sentido, baste señalar que nuestro país posee el peor nivel de obesidad en el mundo.



Por tal motivo resulta de particular interés la aparición del libro *Gobernanza para la promoción de la salud: hacia una administración pública sostenible*, de la doctora Esther Nissan Schoenfeld, y que el INAP pone en las manos del público interesado, pero principalmente para los tomadores de decisiones y especialistas en la materia en los tres órdenes de gobierno.

De acuerdo con su autora el propósito de la investigación es proponer un modelo de diseño e implementación de políticas de salud que fomente la participación de los diversos actores de la sociedad civil. Con ello se busca promover una mayor coherencia en los esfuerzos de las autoridades y, en consecuencia, evitar la fragmentación y dispersión de las acciones.

Al momento de redactar estas líneas, nuestro país, así como el mundo en general enfrenta la mayor amenaza a la salud que se haya visto en al menos un siglo. Lo anterior ha puesto de manifiesto la debilidad de la infraestructura sanitaria, así como de la deficiencia de los procesos de toma de decisiones para atender esta emergencia. Por tal motivo, esta crisis nos obliga a replantear la manera en que el Estado administra la salud de los mexicanos. El libro de la doctora Nissan, sirve como una orientación en esta reorganización que se deberá emprender.

Estoy convencido que este libro será de interés a todo aquel ciudadano y funcionario público consciente de la situación actual. No me queda más que invitar a su lectura y discusión.

Carlos Reta Martínez

Presidente del INAP



PRÓLOGO

En México la Reforma Constitucional del 10 de junio de 2011, estableció una de las transformaciones más importantes en nuestra Carta Magna, en su conjunto generó un nuevo paradigma para garantizar los derechos de las personas y con ello, permitió modificar el quehacer público. La propuesta integral que incorpora a los Derechos Humanos encuentra concordancia con los Tratados Internacionales suscritos por nuestro país, a partir de entonces, se ha tratado de armonizar un conjunto de instrumentos jurídicos y diseñar políticas públicas que permitan respetar, proteger, garantizar y promover los Derechos que establece nuestra Constitución, con el fin de estructurar valores y principios que sean el eje transversal en materia de educación, trabajo, salud, cultura, alimentación y deporte entre otras.

En este sentido, los Estados democráticos modernos están obligados a garantizar estos derechos, y la administración pública a ampliar sus capacidades institucionales bajo el enfoque de gobernanza, para que la agenda pública los incorpore en los procesos de diseño de políticas públicas y la implementación de acciones gubernamentales.

En esa tesitura, el artículo 4o Constitucional establece dos ejes importantes en sus párrafos tercero y cuarto: el derecho que toda persona tiene a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad y el derecho que toda persona tiene a la protección de la salud.

La realidad es que en el país aún impera la desigualdad y la exclusión en los servicios de salud que brinda el Estado, los cuales se encuentran fragmentados y sus recursos resultan insuficientes para garantizar la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas con el fin de atender y dar cobertura de manera eficiente y oportuna a las demandas de la población en general.

En este contexto, los planteamientos de este libro presentan una visión diferente a partir del análisis de aspectos conceptuales, estadísticos, normativos y de política pública para entender la protección de la salud en sus diferentes dimensiones, lo que



lo convierte en un texto obligado para estudiantes, académicos e investigadores especialistas de este importante tema.

En los siete capítulos del libro se problematiza de forma cuantitativa y cualitativa el reto que representa para el Estado mexicano atender la obesidad, la diabetes, las enfermedades del corazón e hipertensión, que por la falta de políticas integrales de prevención y detección oportuna tienen como resultado la pérdida de vidas humanas y el aumento en la condición de discapacidad de algunas personas.

En datos que presenta la obra “se estiman más de 100 mil decesos al año causadas por diabetes [...] son precedidas por un largo periodo de discapacidad severa y costosa. La diabetes es la primera causa de ceguera prevenible en el adulto en edad productiva; es la primera causa de insuficiencia renal terminal y la primera causa de amputaciones no traumáticas, así como la principal causa de infartos al miocardio.”

La realidad es que en México las estrategias de atención que implementa el Sistema Nacional de Salud al igual que en varios países de América Latina, está planeado para atender y curar enfermos y no para prevenir enfermedades. Esto se traduce en una disminución de recursos públicos, como lo señala un estudio del Instituto Mexicano de Competividad (IMCO), donde la obesidad afecta la competitividad, porque se asocia con costos equivalentes a 2.8% del PIB global. Esta cifra es parecida a la que generan los conflictos armados y el tabaquismo.

Uno de los grandes aportes para la disciplina y el estudio de la administración pública, que presenta con éxito esta investigación, es la propuesta basada en un modelo de gobernanza territorial que busca hacer más eficaz la promoción de la salud y la prevención de la obesidad y diabetes. Esta protección abordada desde una visión de derechos, deja atrás el discurso tradicional de un modelo médico-asistencialista y busca la corresponsabilidad de los tres órdenes de gobierno, esto significa que, los diferentes actores de la sociedad civil, junto con las comunidades locales, deben trabajar en el diseño de mecanismos de participación ciudadana aprovechando los avances y herramientas tecnológicas para una mejor gestión gubernamental.



En el aspecto metodológico centra su marco teórico conceptual en el estudio del término gobernanza, donde desarrolla sus tipos y formas planteando la posibilidad de la concurrencia de tres grandes ejes de estudio: gobierno digital y uso de tecnologías; transparencia y acceso a la información; y participación ciudadana. Además en ese apartado se exponen conceptos complementarios a la gobernanza, como el valor y la innovación pública.

La vigencia del libro está en reconocer que los altos niveles de sobrepeso y obesidad afectarán el desempeño económico de México en los próximos 30 años, porque los gobiernos tendrán que destinar una gran cantidad de recursos al gasto en salud. De ahí la importancia de las líneas de investigación que invitan a los diferentes órdenes de gobierno a trabajar en la promoción de la salud, aprovechando las vías globales de información y comunicación para hacerla en forma efectiva a través de Programas de “Promotoría de la Salud” basada en la participación ciudadana de la comunidad.

En este modelo de gobernanza también se reconoce la incidencia de las organizaciones de la sociedad civil, y como muestra recientemente la Cámara de Diputados aprobó, en lo general y en lo particular, las reformas y adiciones a la Ley General de Salud que permite el etiquetado frontal de advertencia en alimentos procesados y bebidas no alcohólicas que excedan los límites máximos de contenido energético, azúcares añadidos, grasas saturadas, sodio y nutrimentos críticos.

Como sabemos el sobrepeso y obesidad son dos de los factores de riesgo para desarrollar diabetes por ello, uno de los planteamientos base de este estudio es generar hábitos alimentarios correctos y la realización de actividad física en la población en todas las etapas de la vida. Para dicho fin exige el trabajo comprometido del sector público y privado así como la participación activa de la sociedad no sólo como una política pública integral sino como un Derecho Humano.

En suma, el Estado mexicano está obligado a dar cumplimiento a los Tratados Internacionales y trabajar en el desarrollo sostenible, definido como el desarrollo permanente para satisfacer las necesidades del presente en beneficio de futuras generaciones, bajo esta directriz debe dar cumplimiento a la Agenda



2030, en los próximos 10 años para entregar resultados y avances en los 17 Objetivos y 169 metas que se han trazado, recordando que el tercer objetivo, establece la salud y el bienestar bajo el enfoque de inclusión y respeto a los Derechos Humanos.

Finalmente “*Gobernanza para la promoción de la salud: hacia una administración pública sostenible*” permite abrir otra línea de investigación respecto a los nuevos mecanismos de protección respecto de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) que necesariamente involucran el trabajo con la comunidad y los gobiernos para garantizar el derecho a la salud de las personas, porque de no tomarse las medidas preventivas necesarias no habrá presupuesto que alcance para atender una de las demandas más sentidas de la población, el derecho constitucional a la salud de los mexicanos.

Luis Miguel Martínez Anzures



INTRODUCCIÓN

En noviembre de 2016, por primera vez en la historia de México, la Secretaría de Salud Federal declaró una emergencia sanitaria por dos enfermedades no contagiosas: obesidad y diabetes. Estamos viviendo una situación de emergencia por la gran cantidad de personas con obesidad, diabetes, enfermedades del corazón e hipertensión, entre otras enfermedades que en la mayoría de los casos pueden ser prevenibles. Lo anterior se ve reflejado en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, recién publicados en diciembre del 2019. Estos revelan que el sobrepeso y obesidad a nivel nacional han aumentado¹; de igual manera los casos de diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión.

El costo monetario de atención médica por estos padecimientos es enorme. Se estima que, de forma directa, por diabetes y sus consecuencias es más de 120 mil millones de pesos anuales. Con base en una investigación realizada por el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP 2018), considerando la transición epidemiológica y el cambio demográfico, se estima que el gasto en salud aumentará a un ritmo de 4.2% anual y que las enfermedades crónico-degenerativas representarían el 90% de las estimaciones. Se hace evidente que resulta necesario incentivar políticas de prevención y promoción de salud.

El Sistema Nacional de Salud en México está planeado para atender y curar enfermos y no para prevenir la enfermedad y promocionar la salud (PS). La prevención de enfermedades, el diagnóstico oportuno y la PS es costo efectivo, por lo que se exhorta a enfocar y concretar acciones hacia este camino.

Hoy en día las necesidades de cambio son evidentes, el Sistema Nacional de Salud enfrenta desafíos que son derivados del nuevo perfil demográfico y epidemiológico de la población de nuestro país.

¹ ENSANUT 2018, los datos reflejan que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es de 75.2% en adultos, 35.6.2% en niños (5 a 11 años) y 38.4% en adolescentes (12-19 años). La prevalencia de diabetes es de 10.3% de adultos a nivel nacional (8.6 millones de personas).



El Estado enfrenta tres factores que inciden negativamente en su capacidad para dar plena vigencia al derecho a la protección de la salud que establece el Artículo 4° Constitucional (PND 2013-2018:49):

1. El modelo de atención, de las instituciones del sector salud, ha estado enfocado hacia lo curativo y no a la prevención. En este sentido, es fundamental hacer de las acciones de prevención de las enfermedades y de la promoción de la salud un imperativo en el sistema. Es básico que permee de manera horizontal a través de un modelo de atención actualizado, homologado, resolutivo e integrador de todos los niveles de prestación de servicios.
2. No han podido implementarse totalmente políticas de salud con un enfoque multidisciplinario, interinstitucionales y articuladas en todos los órdenes de gobierno. Por ello, se debe asegurar una coordinación efectiva de las estrategias y acciones federales, estatales y locales que permita que la salud esté presente en los programas y políticas de otros sectores [...] (PND 2013-2018:9-10).
3. En la administración 2013-2018, se había planeado conformar un Sistema Nacional de Salud Universal más equitativo e integrador que fortaleciera la intersectorialidad, la prevención de enfermedades y promoción de la salud, la prestación de servicios basados en la atención primaria. Al día de hoy no ha sido concretado.

La gobernanza como camino

La *gobernanza* es una nueva forma de gobernar. Un sistema de la administración pública del presente siglo. En algunos países de América Latina, y en especial de la Unión Europea, utilizan a la gobernanza como método para la solución de problemas sociales; mediante la asociación, colaboración y cooperación del gobierno con la sociedad civil organizada, en especial enfocados a la atención de los problemas sociales, incluyendo a la salud.

La *Gobernanza para la salud* requiere un conjunto sinérgico de políticas, muchas de las cuales residen en sectores distintos al de la salud. Por ello necesitan del desarrollo de nuevas estructuras y mecanismos que faciliten la colaboración entre los participantes, el gobierno y los actores no gubernamentales.



El éxito de una política pública en promoción de salud, prevención y diagnóstico oportuno de las enfermedades, sólo será posible con la participación activa y conjunta de los ciudadanos y el gobierno. El carácter multidimensional y multicausal, de la compleja problemática de salud que se está viviendo en el México de hoy, hace necesaria una respuesta integrada a través de hacer de la salud un objetivo común del gobierno y la sociedad.

Las políticas públicas serán más efectivas cuando se tome en cuenta a los beneficiarios para la toma conjunta de decisiones, y se trabaje corresponsablemente en las acciones.

En la actualidad, son múltiples los esfuerzos en el campo de la promoción de la salud y la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles en nuestro país, en su mayoría desarrolladas por el gobierno federal y los gobiernos locales.

Existe una fragmentación en la planeación y elaboración de los programas federales, estatales y municipales. Los programas federales abarcan al país, pero en cada entidad federativa desarrollan los propios, e incluso algunos municipios hacen los suyos. Esta multiplicidad de programas no permite una adecuada coordinación; muchas veces se duplican las funciones y esto incrementa inútilmente el gasto y pulveriza las acciones, incluso a veces sin llegar a los ciudadanos.

Es importante mencionar que el lugar ideal para hacer efectiva la promoción de la salud es el orden municipal, el nivel más cercano a los ciudadanos, donde la gente vive, trabaja y estudia. Desafortunadamente, muchos de los programas no están permeando a este nivel.

Otras iniciativas también son desarrolladas por la sociedad civil organizada, por centros de investigación de la salud, por fundaciones, por el sector empresarial y por otros actores no gubernamentales. Por ello es de suma importancia la inclusión de estos actores locales en el sistema de gobernanza, para que puedan corresponsabilizarse y trabajar por el cuidado de la salud de los habitantes de la localidad.

La forma para poder conectar y coordinar a los distintos actores será a través del desarrollo de un sistema de gobernanza territorial, multinivel, interactivo y participativo apoyado en



las nuevas tecnologías de la información (TIC). También será importante, que el gobierno, como facilitador de las interrelaciones, desarrolle y promueva espacios de interfaz para conjuntar a los distintos actores del sistema de gobernanza, un buen ejemplo serían la conformación de consejos ciudadanos de promoción de salud en la localidad o el municipio.

El objeto de este libro es presentar el Modelo de gobernanza territorial para hacer más eficaz la promoción de la salud y la prevención primaria de obesidad y diabetes. En este modelo se promueve una colaboración, asociación y corresponsabilidad entre los tres ordenes de gobierno (federal, local y municipal) y los diferentes actores de la sociedad civil, dividida en sector privado o empresarial, académico, social (Organizaciones de la Sociedad Civil), junto con las comunidades presentes en un territorio, conectados a través de una plataforma web 2.0, o a través de los consejos ciudadanos, en caso de no contar con la herramienta tecnológica, según sea el caso.

Por medio de este Modelo para la administración pública se puede tener una línea de acción que va desde el municipio a la federación y viceversa, evitando así la fragmentación y la dispersión de las acciones, pero a su vez, adecuándose a las necesidades de cada uno de los territorios y sus comunidades.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles será efectiva si se realiza a nivel local, por lo que hay un nicho grande de oportunidad en el orden municipal para cubrir una necesidad básica para la solución de uno de los problemas más relevantes de salud pública que tenemos en el país.

Al trabajar con diversos alcaldes, me he percatado que a nivel local hay un hueco importante en el conocimiento sobre el tema “¿qué es promoción de salud?” y cómo hacerla en nuestras poblaciones. Además, hay una brecha enorme entre los programas de promoción de la salud (que hay muchos excelentes) y las administraciones públicas (especialmente las locales) que los implementan.

Por todo lo anterior, la presente publicación, traduce a una forma sencilla este conocimiento sobre salud, gestión pública municipal y el modelo de gobernanza territorial participa-



tiva para hacer más eficaz la promoción de la salud. A su vez, presenta una estructura y organización para la administración pública local, una metodología para implementar, con mayor probabilidades de éxito, programas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y promocionar la salud en la localidad y revertir así, o al menos, frenar el incremento de personas que padecen sobrepeso, obesidad y diabetes.

El libro está dirigido a tomadores de decisión sobre política pública en el tema, servidores públicos de los sistemas de salud de las diferentes Entidades Federativas y municipios del país, que trabajen en el área de gestión pública de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Busca desarrollar y fomentar el valor hacia la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Es decir: cuidar a las personas sanas, mantener la salud y al menos controlar la enfermedad en quienes ya la padezcan.

El libro cuenta con siete capítulos, que se dividen de la siguiente forma:

1. Situación epidemiológica actual: el estado nutricional y de salud de los mexicanos, con el fin de entender la magnitud del problema que estamos viviendo hoy en día en el tema de la obesidad y la diabetes, y explicando las causas principales que nos han llevado a esta situación. Contiene información sobre las prevalencias de las enfermedades más frecuentes, las causas de mortalidad y la situación nutrimental y alimentaria de los mexicanos. Para ello, entre otra información, se presenta un análisis de qué comemos los mexicanos.
2. Estudio de caso: Política pública de promoción de la salud y de prevención de obesidad y diabetes en la Administración Pública Federal, período 2013 a 2018. En este capítulo se presentan los hallazgos más relevantes de la investigación que dio pauta para el desarrollo del Modelo de Gobernanza territorial propuesto. La investigación abarcó el análisis de la funcionalidad de la estructura y organización de la Administración Pública en el sector salud, enfocado en los programas de la promoción de la salud, prevención de obesidad y enfermedada-



- des crónicas no transmisibles desde lo federal a lo local/municipal. Las Categorías Investigadas fueron:
- a) Eficacia de los programas (diseño, conceptualización).
 - b) Efectividad de los programas (resultados).
 - c) Eficiencia y economía (duplicidad de funciones, costo operativo).
 - d) Coordinación y comunicación (gobierno y sociedad civil).
3. Marco legal que sustenta el modelo. El tercer capítulo se centra en exponer las leyes que sostienen la propuesta, desde la Constitución Política de México, con sus artículos 1° y 4°, sobre los derechos humanos fundamentales, el derecho a la protección a la salud, la Ley General de Salud, que lo reglamenta, y el artículo 115 constitucional, que le otorga las atribuciones y competencias al municipio, analizando el papel que juega la salud pública en el mismo. También se incluyen los Tratados Internacionales sobre Promoción de la Salud a los que México está adscrito.
 4. Bases conceptuales del Modelo: la gobernanza. En este capítulo, se presenta un marco teórico conceptual sobre la gobernanza, los tipos y formas de gobernanza, como la territorial, la multinivel, entre otras. Se expone conceptos complementarios a la gobernanza, como el valor público, el capital social y la innovación pública. El objeto de este apartado es que el lector comprenda las evidencias empíricas y teóricas que sustentan el modelo propuesto.
 5. Modelo de Gobernanza territorial, multinivel, interactivo y participativo apoyado en las nuevas tecnologías de la información (TIC): Se presenta el modelo de gobernanza propuesto, incluyendo la metodología para poder implementar de forma sencilla un sistema de gobernanza local que nos conduzca a la implementación corresponsable y compartida de programas de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.
 6. Promoción de la Salud: En el sexto capítulo se presenta una metodología denominada “El Prisma Hexagonal para Promoción de la Salud” que explica el concepto de promover la salud, y los elementos clave que ésta debe incluir para hacerla en forma efectiva. Se presenta también



una serie de programas de “Promotoría de la Salud”, que es educación participativa para trabajar en forma activa con la comunidad diversos temas que promueven un estilo de vida saludable.

7. Mercadotecnia Social: Elementos clave para hacer campañas de comunicación social exitosas. Una de las herramientas para hacer promoción de la salud efectiva es la mercadotecnia social, por lo que el séptimo capítulo se dedica a mostrar los elementos clave para poder llevar a cabo una campaña eficaz, como hacer para cambiar los hábitos de alimentación, actividad física, etc. en las personas a través de campañas comunicativas de salud. También se presenta en el capítulo un breve análisis de la Campaña “Chécate, mídete y muévete”, que se llevó a cabo en el período 2013-2018.

En la parte final del libro se encuentran las conclusiones generales y las fuentes de información. Hay también un segmento con anexos que incluye tablas, figuras e información complementaria que puede ser de utilidad. A su vez también se incluye un CD con dos manuales de Promotoría de la Salud (Programas “*Su Corazón Su Vida*” y “*Aprender a vivir con Diabetes*”), para promover un estilo de vida saludable, a través de la educación participativa en la comunidad.

Se espera que el contenido del presente libro sensibilice a los tomadores de decisión y a los hacedores de las políticas públicas de las localidades, para enfocarse en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Es relevante evitar la enfermedad en las personas sanas y, en el caso de las personas ya enfermas, tener un mejor control sobre su enfermedad para no llegar a las consecuencias y comorbilidades de las mismas que incrementan enormemente el costo de las mismas.



CAPÍTULO 1

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS MEXICANOS: DE LAS EPIDEMIAS CONTAGIOSAS A LAS DEL ESTILO DE VIDA



CAPÍTULO 1

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS MEXICANOS: DE LAS EPIDEMIAS CONTAGIOSAS A LAS DEL ESTILO DE VIDA

Este primer capítulo tiene el objeto de entender la situación nutricional de la población mexicana, así como los problemas de salud más relevantes. Contiene una breve descripción de la situación epidemiológica y nutricional actual, incluyendo los datos, tasas y prevalencias de los padecimientos. Para entender mejor el porqué de la epidemia de obesidad y diabetes que vivimos en la actualidad, se presenta también la situación alimentaria: ¿qué estamos comiendo los mexicanos? y ¿cómo y porqué elegimos lo que comemos?

1.1 Situación de Salud en México: Transición epidemiológica²

Durante el siglo XX, especialmente en la segunda mitad, en México se han dado cambios en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades, esto debido a los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales, culturales y los avances en el campo de la medicina y en la atención a la salud.

De acuerdo con las investigaciones realizadas por Guadalupe Soto-Estrada, Laura Moreno-Altamirano y Daniel Pahua Díaz de la facultad de Medicina de la UNAM, se ha observado una “transición epidemiológica” o “transición de riesgos”.

En el transcurso de la primera mitad del siglo XX, la población estaba expuesta a los riesgos propios de un país con desarrollo incipiente, caracterizado por higiene deficiente, mala disposición de excretas, agua para consumo humano de baja calidad, viviendas insalubres con hacinamiento, convivencia con animales en el hogar, esquemas de vacunación incompletos, cobertura insuficiente y subutilización de servicios de salud.

² Soto-Estrada G., Moreno-Altamirano L., Pahua Díaz D.; Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad (2016) . Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM; Vol 59 No. 6, Nov-Dic. 2016.



En consecuencia a este desarrollo, las formas de vida han ido cambiando y han traído nuevos riesgos para la población: el sedentarismo, el estrés, el consumo de dietas altamente energéticas, bebidas azucaradas y alimentos procesados. Así como alto consumo de tabaco, drogas y alcohol. Esto ha generado sobrepeso, obesidad, colesterol elevado, hipertensión arterial, diabetes y algunos tipos de cáncer, además de otras enfermedades crónico-degenerativas.

El mejoramiento en las condiciones de vida, que ha experimentado México en las últimas décadas, ha contribuido a la configuración de un nuevo panorama de salud. Los datos arrojados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) muestran que la población se ha concentrado más en las zonas urbanas (pasó de 43% del total de la población en 1950 a 78% en 2010)³. Esto ha impactado en la transición de riesgos para enfermar y morir.

En lo positivo, por ejemplo, hubo una disminución de la mortalidad infantil (uno de los primeros logros que el país ha alcanzado) descendiendo de 220 en 1922 a 12 por cada mil nacidos vivos en 2015. La esperanza de vida pasó de 36.9 en 1930 a 75.2 años en 2016. Esto tiene implicaciones sustanciales, ya que al vivir más se tiene mayor riesgo de presentar enfermedades crónico degenerativas y de morir por estas causas; de hecho, a partir del año 1990 las primeras cuatro causas de muerte en México corresponden a enfermedades no transmisibles, lo cual implica que cada vez habrá mayor número de personas de la tercera edad demandando atención y cuidados sanitarios.

Como se observa en la tabla 1.1, en 1922 las primeras causas de mortalidad correspondían a enfermedades infecciosas o transmisibles, y esto se conservó así hasta los años 50. Es a partir de allí que se comenzó a perfilar la transición en las causas de muerte y que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) comenzaron a posicionarse en las primeras causas de muerte.

³ INEGI. Volumen y crecimiento. Población total según tamaño de localidad para cada entidad federativa, 2010.



Tabla 1.1: Principales Causas de muerte en México, 1922-2013. ⁴

TABLA 1. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MÉXICO, 1922 - 2013						
	1922	1950	1970	1990	2000	2013
1	Neumonía, influenza	Gastroenteritis, colitis	Neumonía, influenza	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
2	Diarreas, enteritis	Gripe y neumonía	Enteritis y otras enfermedades	Tumores malignos	Enfermedades del corazón	Enfermedades isquémicas del corazón
3	Fiebre y caquexia palúdica	Ciertas enfermedades de la primera infancia	Enfermedades del corazón	Accidentes	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	Tumores malignos
4	Tos ferina	Accidentes, envenenamientos y violencia	Ciertas causas de enfermedades perinatales	Diabetes mellitus	Enfermedades cerebrovasculares	Accidentes
5	Viruela	Paludismo	Tumores malignos	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Enfermedades del hígado

Fuentes: Perdigón-Villaseñor G, Fernández-Cantón SB. Principales causas de muerte en la población general e infantil en México, 1922-2005. Bol Med Hosp Infant Mex. 2008;238-40. /INEGI. Estadísticas de mortalidad. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484> Perdigón-Villaseñor et al (2008)

Las estadísticas del INEGI también muestran que durante 2017, el 88.6% (622 mil 647) de las defunciones se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud y el 11.4% (80 mil 400) a causas externas, principalmente accidentes (36 mil 215), homicidios (32 mil 079) y suicidios (6 mil 559). Por problemas de salud, las tres principales causas de muerte, tanto para hombres como para mujeres, son: enfermedades del corazón (141 mil 619, 20.1%), diabetes mellitus (106 mil 525, 15.2%) y tumores malignos (84 mil 142, 12.0%).

En la tabla 1.2 se observan las principales causas de muerte en México del año 2017⁵, las primeras cuatro son provocadas

⁴ Idem. P:13.

⁵ Perdigón-Villaseñor G., Fernández-Cantón SB. Principales causas de muerte en la población general e infantil de México, 1922-2005. Bol Med Hosp Infant Mex. 2008, 65: 238-40/INEGI. Estadísticas de Mortalidad.



por Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y, si observamos las primeras 10, las enfermedades causantes son ECNT, accidentes de tráfico y agresiones. Lo importante de esto es saber que las muertes por ECNT son en su mayoría prevenibles y están directamente relacionadas con el estilo de vida de las personas.

Tabla 1.2: Principales causas de muerte por sexo en México en 2017.

RANGO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1	Enfermedades del corazón 141,619	Enfermedades del corazón 75,256	Enfermedades del corazón 66,337
2	Diabetes mellitu 106,525	Diabetes mellitus 52,309	Diabetes mellitus 54,216
3	Tumores malignos 84,142	Tumores malignos 41,088	Tumores malignos 43,053
4	Enfermedades del hígado 38,833	Agresiones (homicidios) 28,522	Enfermedades cerebrovasculares 17,881
5	Accidentes 36,215	Enfermedades del hígado 28,400	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 11,140
6	Enfermedades cerebrovasculares 35,248	Accidentes 27,362	Enfermedades del hígado 10,418
7	Agresiones (homicidios) 32,079	Enfermedades cerebrovasculares 17,366	Influenza y neumonía 9,828
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 22,954	Influenza y neumonía 12,063	Accidentes 8,823
9	Influenza y neumonía 21,892	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 11,814	Insuficiencia renal 5,757
10	Insuficiencia renal 13,167	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 7,452	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 5,567

● Enfermedades del corazón ○ Diabetes mellitus ● Tumores malignos ■ Otras enfermedades no transmisibles ■ Accidentes □ Agresiones (homicidios) ■ Enfermedades transmisibles

Tabla 1.2 Fuente: INEGI (2018)⁶

⁶ INEGI 2018; Comunicado de Prensa No. 525/18, fecha: 31 octubre 2018.; accesado el 2 de diciembre en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>



Datos reportados en la Encuesta Nacional de Nutrición 2018⁷ revelan que las cifras de sobrepeso y obesidad a nivel nacional han aumentado en relación a las reportadas en 2012, especialmente en las mujeres en todos los grupos de edad. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en 2018, considerando adultos de 20 años y más, es de 75.2% (tres de cada cuatro), porcentaje que en 2012 fue de 71.3%. En 2018 los niños entre cinco y 11 años de edad, fue de 35.6% (37.9% en zonas urbanas y 29.7% en zonas rurales), mientras que en el 2012 había sido de 34.4%. En los adolescentes de 12-19 años la prevalencia 2018 es de 38.4% (mujeres 41.1% y hombres 35.8%), mientras que en el 2012 había sido de 34.9%. Por ello, en noviembre de 2016 la Secretaría de Salud Federal declaró una emergencia sanitaria por obesidad y diabetes.

La misma tendencia sigue la diabetes, la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo II, en población mexicana mayor de 20 años de edad, pasó de 9.2% en 2012 a 10.3% (8.6 millones de mexicanos) en 2018. El 25% de adultos mayores de 60 años la padecen y lo peligroso es que casi la mitad (46.4%) no realiza alguna medida preventiva para retrasar o evitar sus complicaciones. Otro dato importante es que las cifras publicadas son las personas que ya fueron diagnosticadas con la enfermedad, y aproximadamente una tercera parte de personas aún no han sido detectadas, lo que indica que el número de personas diabéticas es mucho mayor.

Se estiman más de 100 mil decesos al año causadas por diabetes y sus consecuencias. Además de ser muertes prematuras, son precedidas por un largo periodo de discapacidad severa y costosa. La diabetes es la primera causa de ceguera prevenible en el adulto en edad productiva; es la primera causa de insuficiencia renal terminal y la primera causa de amputaciones no traumáticas, así como la principal causa de infartos al miocardio.

Además, otro dato alarmante proporcionado por el Instituto Nacional de Salud Pública muestra que al día de hoy, hasta un 14% de adultos tiene un estado pre-diabético (cifras de glucosa entre 100 y 125 mg/dl), situación silenciosa porque es asintomático, lo que quiere decir, que de no cuidarse, probable-

⁷ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, presentación de resultados; Instituto Nacional de Salud Pública, INEGI y Secretaría de Salud; 2018.



mente en un futuro cercano desarrollen la enfermedad, por ello es importante su detección oportuna, con una simple prueba de laboratorio de glucosa sanguínea.⁸

Otro dato importante revelado en la encuesta (ENSANUT 2018) es que el 18.4% de los adultos en México (15.2 millones de personas), presenta diagnóstico médico de hipertensión arterial. Lo más peligroso es que el 40% de ellos no lo sabían. Esto se convierte en un factor para presentar infartos cerebro-vasculares y muerte. Del total de las personas diagnosticadas con hipertensión, la mitad no lleva un control médico adecuado. La presión alta se convierte en una enfermedad silenciosa, la persona puede no darse cuenta hasta que le viene el infarto cerebral.

De esta misma encuesta deriva que más del 80% de los niños y 35% de los adolescentes no cumple con las recomendaciones de Actividad Física (AF). La realización de la actividad física en los niños y adolescentes en México es baja y la tendencia no ha mejorado en los últimos seis años.

1.2 Costo de la obesidad y diabetes a las Finanzas Públicas

Considerando la transición epidemiológica y el cambio demográfico, según una investigación realizada por el Centro de Investigación Económica y presupuestaria (CIEP) en 2018, el gasto en salud aumentará a un ritmo de 4.2% anual y se observa que las enfermedades crónico-degenerativas representan el 90% de las estimaciones del gasto. Resulta urgente incentivar políticas de prevención y promoción de salud que contengan estos niveles proyectados.⁹

Un estudio realizado por el Instituto Mexicano de la Competitividad (IMCO)¹⁰ en el año del 2018, cuyo objeto era identificar

⁸ INSP, Diabetes, causa principal de muerte en México; accesado en: <https://www.insp.mx/presencia-insp/3877-diabetes-causa-muerte-mexico.html> el 21 junio 2019.

⁹ Centro de Investigación Económica y Presupuestaria A.C., Sistema Universal de Salud. Retos de Cobertura y financiamiento; México 2018.

¹⁰ Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. Boletín de Prensa: Pequeños pasos para transformar el sistema de salud: Propuestas para mejorar los servicios; mayo 2018, accesado en: https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2018/05/Bolet%C3%ADn_Peque%C3%B1os-pasos-para-transformar-al-sistema-de-salud_22-05-2018.pdf el 2 de diciembre 2019.



las causas principales del gasto de bolsillo¹¹, explica que el gasto en salud de los mexicanos es uno de los más altos del mundo (ocupa el segundo lugar con porcentaje más alto de los países de la OCDE). Si una familia mexicana tuviera que pagar el total del tratamiento de diabetes tendría que endeudarse y/o vender su patrimonio. Explican que desde un escenario conservador, los hogares afectados por una enfermedad crónica podrían tener un gasto de bolsillo insostenible del 20% del total de sus ingresos. Esto puede condicionar a una familia a caer en pobreza.

Un estudio realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), denominado “*La Pesada Carga de la Obesidad. La Economía de la prevención*” publicado en 2019 describe que México tiene una de las tasas más altas de obesidad en el mundo, y como consecuencia los mexicanos viviremos en promedio 4.2 años menos debido al sobrepeso, siendo ésta la mayor reducción en esperanza de vida de todos los países analizados en la investigación. Explica, que para México esto tendrá repercusiones económicas muy graves, ya que el sobrepeso representa el 8.9% del gasto en salud y reduce la producción del mercado de trabajo en una cuantía equivalente a 2.4 millones de trabajadores a tiempo completo por año. Todo eso se traduce en que el sobrepeso y la obesidad reduce el PIB de México en un 5.3%, siendo este el mayor impacto en todos los países analizados en la investigación.^{12 13}

Se estima que el costo anual directo por diabetes y sus consecuencias es más de 120 mil millones de pesos. La obesidad y la diabetes impactan fuertemente las finanzas públicas.

Existe una diferencia enorme en el gasto en salud entre una persona con diabetes diagnosticada y tratada, y una que presenta la enfermedad no diagnosticada sin tratamiento.

¹¹ El gasto de bolsillo se refiere al gasto directo de las familias para solventar requerimientos de la atención de la salud (no incluye los seguros médicos privados).

¹² OCDE (2019), *La Pesada Carga de la Obesidad*, 2019. Accesado en: <https://www.oecd.org/mexico/Heavy-burden-of-obesity-Media-country-note-MEXICO-In-Spanish.pdf> el 11 de enero 2020.

¹³ OCDE (2019), *The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention*, OCDE Health Policy Studies, OCDE Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>. Informe completo en: [oe.cd/obesity2019](https://www.oecd.org/obesity2019)



Para entender y valorar la magnitud de mencionada diferencia, daremos el siguiente ejemplo: una persona tiene diabetes, con el tratamiento adecuado, que puede ser relativamente económico (una dieta más antiglucomiantes -que no cuestan más de 200 pesos mensuales-) puede vivir perfectamente y evitar las consecuencias de su enfermedad; mientras que una persona diabética no diagnosticada, a mediano plazo sufre de consecuencias provocadas por la diabetes como ceguera, insuficiencia renal o amputaciones por pie diabético. Siendo esto mucho más costoso para el paciente y para el sector salud. Simplemente, una persona que tiene insuficiencia renal puede necesitar realizarse hemodiálisis dos veces por semana (mil 300 pesos cada diálisis, por dos a la semana, por cuatro semanas, por 12 meses); al menos tendría un costo de 124 mil 800 pesos anuales. El costo es muy elevado para la persona y para el sector salud. De allí deriva la importancia de la prevención y/o la detección oportuna para dar tratamiento y control adecuado de la enfermedad.

Además, mientras se aumentan los gastos en salud destinados a cubrir enfermedades crónicas, el presupuesto destinado a salud decreció más del 20% durante el sexenio 2012-2018. En términos reales (descontando la inflación), el presupuesto de la Secretaría de Salud pasó de 113.4 mil millones de pesos en 2012 a 90.5 mil millones de pesos en 2018.

La merma del gasto por atención médica de estos padecimientos llegará a ser insostenible, ya sea recursos públicos o gasto directo de las familias. Por ello será importante enfocarse en la prevención y en la promoción de la salud.

Las actuaciones de salud pública para promocionar estilos de vida saludable tienen un impacto positivo sobre la salud de la población y son costo-efectivos, siendo una excelente inversión, según la investigación de la OCDE(2019) citada, en promedio, por cada peso mexicano que se invierte, se logra un retorno de hasta 6 pesos mexicanos en beneficios económicos.

1.3 Casos reales: la emergencia no está en las cifras.

Las estadísticas son alarmantes. Los datos nos sitúan como un país con una epidemia provocada por la obesidad y la diabetes. Una de cada cuatro personas mayores de 50 años padece dia-



betes y al menos 100 mil personas mueren al año por esta enfermedad y sus complicaciones, como puede ser la insuficiencia renal. Muchas de estos padecimientos pudieran evitarse al ser atendidos oportuna y correctamente.

Sin embargo, los números son fríos y no permiten palpar el drama de esta realidad. A continuación presentaré unos fragmentos de unas entrevistas realizadas a personas que viven con diabetes (que son parte de una nueva investigación que está en proceso) que nos ayudará a concientizar la grave situación de vida de éstas personas.

Las entrevistas se realizaron en noviembre de 2019 a un grupo de pacientes diagnosticados con diabetes, de una clínica del sector público en la Ciudad de México. Todos ellos son pacientes a los que se les practica regularmente (tres veces por semana) hemodiálisis por insuficiencia renal y algunos de ellos presentan tres o más padecimientos.

Paciente femenino de 72 años.

...“Nos dicen que hagamos medicina preventiva pero tampoco hay médicos que la hagan. Usted llega a consulta y el médico le dice ‘buenos días, ¿en qué puedo servirle?’, le dices ‘nada más vengo a checarme’ y te dice ‘¡Ay, señora! Allá afuera hay mucha gente que viene mal. Para ellos (los doctores) todo es bajar de peso pero no te orientan cómo. Ni en la escuela ni en ningún lado te hablan de medicamentos, de prevención...

Yo fui diagnosticada con diabetes hace 22 años pero creo que lo era desde mucho antes. En mi familia hay diabetes. No sabíamos la forma (adecuada) de comer. No se sabía. Con mis hijos la fui cambiando.

La diabetes es una enfermedad que te deja hacer lo que quieras, que comas lo que quieras, pero cuando pasa factura hay que pagar. Otra complicación ha sido el riñón. Nunca me he puesto a pensar por qué es pero sí es consecuencia.

Todo el problema que hay en México es educación. Estamos bien confundidos, todo el mundo piensa que porque van a la escuela ya están educados. No es cierto. Mi vida sí hubiera sido diferente si hubiera recibido información tanto en casa como en la escuela. A mis hijos les di lo menos que podía de sal y de azúcar en las comidas. Pero cuando están chiquitos se comen lo que les das y luego ya no. Conseguir comida saludable es difícil...”



Paciente masculino de 74 años.

Yo tengo más de 30 años diagnosticado con diabetes. A mí se me ocurre que todo está en la prevención. En todo el país hay servicios médicos pero por lo general uno tarda mucho en llegar a ellos.

Se habla mucho de obesidad pero nunca hemos tenido una prevención de la obesidad. A mí se me ocurre que en la clínica haya un chef porque la hoja de la nutrióloga, con nombres que no sé que son, no sirve de nada. La verdad es que yo no sigo la dieta, nunca la he seguido. Me baso en los análisis. Si me está subiendo el potasio, no como plátano, no como jitomate. Si me está bajando, entonces sí...

Cuando me diagnosticaron no tenía suficiente información. Solo la espantada con los familiares: ¡ya te vas a morir! Me empecé a sentir muy mal. Cuando llegué al hospital ya iba loco. Tenía sed, sed, sed. Tenía 900 de glucosa. Entonces tenía como 30 años.

Desde que me detectaron diabetes, pasaron unos 25 años para que se afectaran los riñones. ¿Con más información hubiera podido evitar que se dañaran los riñones? Yo pienso que sí.

De chico era muy deportista y mi alimentación era la del campo: café negro, frijoles, huevo, leche, sopa de papa, lo que levantábamos del campo... Pensé que desde que dejé de hacer deporte tengo diabetes. Me salí de mi casa a los 15 y hasta los 19 era soltero ¡¿qué dieta iba a seguir?! Ahí empecé a cambiar mi alimentación a tamales, tacos, tortas. Pura 'vitamina T'.

Paciente femenino de 63 años.

Yo a penas tengo tres meses que me pusieron el catéter (a través del cual hacen temporalmente la hemodiálisis, después se coloca fistula para hacerlas de forma más habitual). Me han tratado maravillosamente los doctores y las enfermeras que me han estado atendiendo. Pero sí me puedo quejar que falta de medicamento y las vitaminas que me ha recetado el nefrólogo.

Tengo 18 años con diabetes y desde los 24 tengo problemas de presión. En el 2017 a mí me mandaron con el nefrólogo, yo me sorprendí porque como no tiene uno conocimiento... supuestamente que yo tenía problemas del riñón pero no tenía insuficiencia. Cuando me dijo que me iban a dializar yo me espanté y no volví a agendarme con el especialista. Yo creo que eso empeoró y se me empezaron a hinchar las piernas y tengo la presión alta. Pero todo depende de uno porque no cuidamos la alimentación, yo lo reconozco. No hacía ejercicio. Todas estas enfermedades yo me las acumulé, la verdad. Yo sí sabía qué tenía que hacer. Ya no me encuentran las venas.

Lo que comemos, ahí está el problema. Yo ya lo comprobé, ahora que estuve mala para mí fue un shock que ya no lo quiero volver a



vivir. Ahora ya dejé el refresco. Ya me mandaron con la nutrióloga pero a mí la sal me hace falta, ya se lo dije. Pero eso sí, ya el refresco no lo tomo por nada del mundo aunque en mi familia se compra.

Paciente masculino de 56 años.

Dice el nefrólogo que con el paso de la hemodiálisis ahora soy diabético. Me lo dijeron hace cuatro meses. Primero empecé con insuficiencia renal y luego se desarrolló la diabetes. Cuando me puse malo, estuve 19 días internado. Creían que tenía leucemia por la palidez pero me hicieron unos estudios y le dijeron a mi esposa que era otra cosa. Analizaron el riñón y ahí detectaron insuficiencia renal.

Yo, la verdad, comía de todo. Sí estaba un poco pasado de peso Tomaba refresco diario, ahorita ya no.

Hace como 30 años, ahora tengo 56, me detectaron piedras en el riñón. Me salió una piedra como un grano de sal. Diez años después me volvió a salir. Yo seguía comiendo normal. No me informaron del tipo de cosas que producían las piedras.

Comer saludable es difícil para uno que trabaja. En mi caso son tres horas de hemodiálisis. Llego a las 10 y salgo a la 1:30. Tengo que comerme algo porque uno sale mareado o con la presión baja. Me como un taco o dos ahí afuera en la calle porque tengo que llegar a trabajar a las 2.

Como se puede percibir de algunos de los diálogos de las entrevistas con las personas que sufren diabetes y hemodiálisis tres veces por semana, la mayoría de ellos comentan que han vivido una falta de información, de orientación hacia la prevención, de cómo llevar una correcta alimentación, y que quizá de haber tenido información adecuada en forma oportuna, su vida hoy sería diferente.

Desafortunadamente, la mayoría de los pacientes entrevistados tienen ya una salud muy deteriorada y una mala calidad de vida, incluso aparentan físicamente tener mayor edad de los años que tienen, e insisten que en “los 15 minutos que dura su consulta”, los doctores no les tienen paciencia y no les explican bien qué deben hacer.

Algo muy interesante de comentar, es que uno de los objetivos de la entrevista era ver si los pacientes percibían que su estilo de vida, su forma de alimentarse, sus hábitos de ejercicio, etc. tenían relación con su diabetes y con el deterioro de su salud, y



sorprendentemente, parece que las personas no relacionan su estilo de vida con su salud, lo que denota nuevamente la falta de conocimientos al respecto, y que la gente en realidad no tiene conciencia de tener un problema.

Estos pacientes diabéticos con hemodiálisis regular, tienen un alto costo para la Clínica, ya que el gasto en ellos varía entre \$530 mil pesos a \$2 millones 650 mil pesos anuales por paciente.¹⁴

1.4 ¿Qué comemos los mexicanos? Situación Alimentaria y Nutricional

Así como en las últimas décadas la población de nuestro país sufrió una transición epidemiológica, provocada en gran medida por los avances en la medicina y el desarrollo económico del país, los cambios sustanciales en la forma de alimentarnos, y en los hábitos que tienen las personas en cuanto a su estilo de vida, han producido una *transición nutricional* hacia una alimentación cada día más parecida a la de algunos países industrializados.

El aumento de la población, la urbanización, la diversidad de actividades económicas, la incorporación de las madres de familia a la vida laboral, la modificación en el tamaño de las familias, el crecimiento e innovación de la industria alimentaria, entre otras, son las principales causas de la modificación de los hábitos en el estilo de vida y de la estructura alimentaria en las últimas tres décadas.

A continuación se describirá cuáles han sido los cambios más importantes en las últimas décadas, que se pueden observar principalmente en dos aspectos:

1. Incremento en el consumo de alimentos preparados fuera del hogar.
2. Sustitución de la dieta tradicional mexicana [basada en el consumo de maíz (cereal), leguminosas (frijoles) y salsas (tomates, jitomates, cebolla, ajo, hiervas, chile], por una dieta más diversificada, orientada a proteínas, trigo, y gran cantidad de productos (alimentos y bebidas) procesados.

¹⁴ Datos otorgados por la Clínica.



Se está dejando a un lado la dieta tradicional rica en cereales como el maíz, del que se hacen las tortillas, y leguminosas como el frijol, para adoptar una nueva cultura de comida rápida con alto valor energético pero pobre en nutrimentos esenciales. La dieta tradicional mexicana tenía mayor equilibrio y mejor valor nutricional. La nueva alimentación es alta en grasas, sal, azúcares añadidos y altamente energética, esto nos ha llevado al problema del sobrepeso y la obesidad y a desarrollar las ECNT, por un excesivo consumo de energía.

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, que publica el Instituto Nacional de estadística y Geografía (INEGI), revela que en el estrato de menos ingresos (decil I) de la población nacional, se confirma que el consumo de alimentos preparados fuera del hogar ha tomado una mayor relevancia en los últimos 20 años. En 1996 solo el 7% de los hogares reportaba consumir alimentos fuera del hogar, mientras que en el 2012 aumentó al 28.1%

También, el gasto relativo destinado a la compra de alimentos para su preparación dentro del hogar fue menor, mientras que el gasto destinado a alimentos preparados fuera de la casa aumentó. En 1996, los hogares de menores ingresos, de cada 100 pesos que destinaron a la compra de alimentos, 97.4% fue para su preparación en el hogar; para el 2012 se destinó 89.5% del gasto.

México es el primer consumidor de refrescos en el mundo, consumiendo un promedio de 163 litros per cápita al año, 45 litros más que el estadounidense promedio. El 60% de las familias incluye el refresco en la dieta habitual. Los refrescos son un factor de riesgo importante para desarrollar obesidad y diabetes, por la gran cantidad de azúcar que contienen (aproximadamente un refresco de 600 mililitros contiene 60 gramos de azúcar añadida, 12 cucharaditas). Aunado al consumo de otros productos azucarados (como galletas y golosinas), se puede fácilmente superar la ración de azúcar recomendada por la Organización Mundial de la Salud (máximo 10% del total de calorías requeridas durante el día). Por ejemplo, para una dieta de 2000 kcal, debería ser máximo 200 kcal provenientes de azúcar, lo que equivaldría a 10 cucharaditas o 50 gramos, lo que implica un máximo de 500 mililitros de refresco, siendo este el único producto en todo el día que aporte azúcares añadidos.



Para el año 2020 se piensa reducir la recomendación del consumo de azúcares libres a menos del 5% de la ingesta calórica total, lo que sería, siguiendo el ejemplo anterior de 2000 Kcal a un máximo de 100 kcal, lo que equivale a 25 gramos o 5 cucharaditas, o un máximo de 250 ml de refresco (como único aporte de azúcar añadido a la dieta).¹⁵

Otros datos importantes obtenidos de la ENSANUT 2016¹⁶ (de medio camino), son que un porcentaje importante de la población no consume frutas, verduras, ni agua sola diariamente.

1.4.1 ¿Cómo elegimos los alimentos que nos comemos?

Paul Rozin, investigador y antropólogo de la alimentación, realizó estudios sobre la selección de alimentos en las personas. Dependiendo la cultura y el origen de los individuos, tienen diferentes formas de elegir. Dándole prioridad a unos alimentos sobre otros. Desarrolló cinco categorías para la selección:

- Sabor
- Disponibilidad
- Precio
- Valor nutrimental
- Higiene de los alimentos

En México, la gente, elige primero un alimento que le guste por el sabor. En segundo lugar se encuentran empatados el precio (costo del producto) y la disponibilidad, que esté accesible. Al último está el valor nutrimental y la higiene. Otros países, como Francia, eligen sus alimentos dándole mucha importancia al valor nutrimental y a la higiene.

En los estratos de menor ingreso existe una restricción en las opciones de compra, lo que los lleva a elegir alimentos de bajo costo pero con alta densidad energética. Así, logran reducir la sensación de hambre. Por el contrario, cuando el ingreso es elevado, existe mayor posibilidad de adquirir variedad de ali-

¹⁵ Organización Mundial de la Salud (2015); Nota informativa sobre la ingesta de azúcares recomendada en la directriz de la OMS para adultos y niños; pp: 13.

¹⁶ Instituto Nacional de Salud Pública (2016); Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino 2016.



mentos (Popkin et al 1993 en Ibarra Sanchez 2016).¹⁷ Además, las personas de estratos bajos se enfrentan a otra barrera: perciben que los alimentos saludables, como las verduras y las frutas, son más caras de lo que en realidad son, especialmente si se busca las de temporada.

Las crisis económicas han sido otro factor que ha influenciado al cambio de la dieta de los mexicanos. En los años 80, los hogares con ingresos bajos disminuyeron el gasto en la alimentación por lo que se vieron obligados a sustituir los alimentos más caros de origen animal (carne, pollo, verduras) por alimentos de origen vegetal de bajo costo (tortillas y huevo) (Tolentino et al 2003 en Ibarra Sanchez 2016).

Otro factor que ha influido en el consumo de alimentos es la estimulación de la economía consumista. La industria alimentaria ha crecido enormemente, produciendo cada vez más un mayor número de productos alimentarios y ofreciendo productos industrializados que se consumen en circunstancias “de antojo”, los cuales tienen costos accesibles a toda la población y son densamente energéticos, con azúcares añadidos, cantidades considerables de grasas, sodio y aditivos, lo que no los hace el alimento idóneo.

Otro aspecto que tiene que ver con la oferta y el costo de los alimentos, es la producción agrícola de granos, de alimentos básicos. La producción interna y la necesidad de importación debido a la problemática rural.

En México, durante los últimos años, el patrón de abasto de alimentos también ha evolucionado. Del tipo tradicional, que se caracterizaba por la conformación de diversas etapas de intermediación entre las regiones de producción y los espacios de consumo, con múltiples canales en la distribución minorista como “estancillos”, tianguis, misceláneas o mercados públicos, a otro más moderno impuesto por firmas comerciales representadas por supermercados y tiendas integradas en cadenas, muchas veces transnacionales, que responden de manera funcional a demandas segmentadas de alimentos.¹⁸

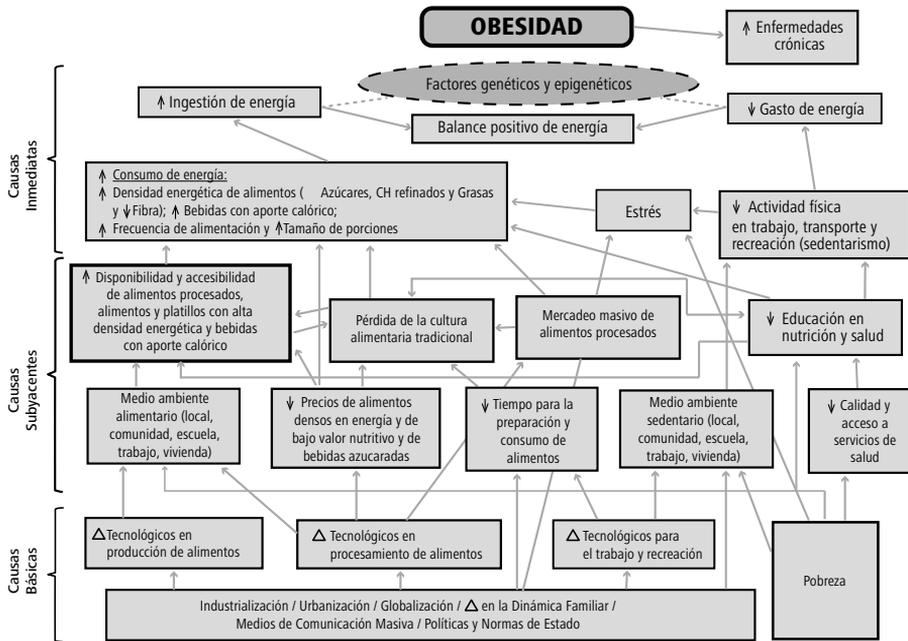
¹⁷ Ibarra Sanchez S., et al (2016); Prácticas Alimentarias desde una perspectiva sistémica completa: Transición Alimentaria en México; Revista electrónica: Razón y Palabra; Vol: 20 Num 3_94 Jul-sept; 2016 ISSN: 1605-4806 pp:166-182.

¹⁸ Idem. P:174



En cuanto a la disponibilidad, podemos hablar de lo que se conoce como un **“ambiente obesogénico”**. Un conjunto de factores externos que nos incentivan a comer más y de mala calidad, lo que significa que el ambiente en sí, la calle, está llena de puestos, tienditas, misceláneas, que venden una gama de productos, alimentos, comida preparada altamente energética, que además tienen un precio accesible, son atractivos y sabrosos (cumplen con los tres primeros parámetros de elección, según P. Rozin), lo que hace que las personas los compren y tengan un consumo elevado de los mismos, dando como resultado el sobrepeso y obesidad. También, un ambiente obesogénico puede ser aquel que estimule el sedentarismo por estar lleno de tecnología que facilita el “no esfuerzo humano” y la poca o nula actividad física de las personas.

Gráfico 1.1: La salud como un sistema complejo; causas y factores que aumentan el riesgo de presentar obesidad



Fuente: Cosío T., Rivera Dommarco J.; Barquera S., et al (2012). “México: La obesidad como pandemia del siglo XXI.



Si se observa el diagrama anterior, presentado en el gráfico 1.1, dentro de las causas inmediatas encontramos algunas directas para presentar obesidad: consumo excesivo de alimentos, baja actividad física, estrés, etc. Las causas subyacentes son las provocadas por el mismo ambiente donde vive la persona, como la disponibilidad y accesibilidad alimentaria, publicidad de alimentos, precios bajos en alimentos industrializados muy energéticos, pérdida de la cultura tradicional alimentaria, poca o nula educación en nutrición, etc. Y las causas básicas se refieren a los determinantes sociales: la pobreza, la globalización, la economía, las normas del Estado, entre otras. A estos factores que afectan de una u otra manera la salud de las personas, factores económicos, sociales, políticos, ambientales, se les conoce como Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), del 2013 a la fecha, ha desarrollado documentos donde incentiva a los gobiernos a modificar o incidir en dichos DSS para cambiar los hábitos y provocar cambios positivos hacia la salud.

Kickbusch y Gleicher (2014) reconocen la importancia de incluir a todos los actores de la localidad así como identificar los factores de riesgo que ponen en peligro la salud de las personas en el territorio (por ejemplo: el sistema de alimentación, la industria alimentaria, la publicidad, entre otros) o los factores que la favorecen, que serían los factores protectores de la salud, como la disponibilidad de verduras, de alimentos menos energéticos, de agua potable, entre otros.

Un estudio importante, respecto a la perspectiva de la salud poblacional es el Informe Lalonde de Canadá realizado en 1974, donde también se aboga fuertemente sobre los enfoques preventivos en las políticas nacionales de salud. Bajo este modelo, los determinantes que influyen en la salud se incluyen en cuatro dimensiones:

1. La biología humana, la cual influye en un 27%
2. El ambiente, el cual determina el 19%
3. Los estilos de vida, que ocupan el 43%
4. Los servicios de atención a la salud, con el 11%



Esto indica que los determinantes van mucho más allá del nivel individual y de la organización de los sistemas de salud. El énfasis fue puesto en el rol de las opciones personales de conducta o de los estilos de vida individual para determinar el estado de salud. Si observamos los porcentajes, la suma de los estilos de vida más el ambiente nos da que el 62% de la influencia, solo el 11% es el acceso a los servicios de salud, y lo que no se puede modificar es el 27% que corresponde a la genética de la persona.

1.5 Comentarios finales al capítulo

Es un hecho que estamos frente en una situación compleja. Al repasar la información presentada en este capítulo, queda en evidencia un fuerte problema relacionado con la salud de nuestra población.

Por un lado, tenemos personas que no se están alimentando de la mejor forma: presentan un consumo excesivo de energía, en su gran mayoría con baja realización de actividad física. Esto los está llevando al sobrepeso u obesidad, e incluso a la diabetes. Estamos inmersos en un “ambiente obesogénico” que favorece esta situación. El panorama alimentario nacional no ayuda: hay una alta disponibilidad de productos altamente energéticos, sabrosos, y baratos, de muy fácil acceso para la gente, lo que estimula el consumo de los mismos.

Además, es evidente que existe falta de conocimiento e información relacionada a la correcta alimentación, y cómo tener un estilo de vida más saludable. A su vez, hay una falta de conciencia de la misma población sobre la gravedad para la salud que implica tener diabetes u obesidad. Se le da poco valor al cuidado del cuerpo y de la salud misma. Carecemos de una cultura de prevención de enfermedades; la gente acude a la clínica cuando ya presenta un padecimiento grave o síntomas que ya no les permiten seguir viviendo adecuadamente. La diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial son enfermedades silenciosas, y solo dan aviso cuando ya están en un estado avanzado de deterioro.

Haciendo conciencia de todo lo anterior, nosotros, como servidores públicos, o tomadores de decisión, tenemos la responsabilidad de encaminar y facilitar a nuestra gente a un **es-**



tado de bienestar. Por ello, primero se exhorta a **la concienciación** de la importancia que merece la **“salud como un valor”** y, segundo, al valor mismo de la **prevención de enfermedades y de la promoción la salud** en nuestras poblaciones. Ya que, como se mencionó en el presente capítulo, al menos las primeras cuatro causas de muerte están relacionadas con los estilos de vida y pudieran ser prevenibles.

Es en este sentido, el objeto primordial de esta publicación es presentar la situación que vivimos, explicando las causas principales que nos han llevado a ella. Así, este libro facilita el entendimiento de los factores que determinan la alimentación y la salud de las personas y provee herramientas metodológicas de gestión pública para solucionar, con mayores probabilidades de éxito, esta situación.



CAPÍTULO 2

**ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL:
POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Y PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y DE
ENFERMEDADES CRÓNICAS, 2013-2018.**



CAPÍTULO 2

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL: POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, 2013-2018

En este capítulo se presentan algunos de los programas existentes sobre promoción de salud y prevención de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), así como los resultados e impacto que han tenido los mismos. A su vez, se analizó la Estructura Programática para la asignación de recursos públicos, es decir, los programas presupuestarios anuales (2012 a 2017) correspondientes.

Además, se describe la estructura y organización de la Secretaría de Salud que operativiza e implementa los programas y en forma breve la conformación del Sistema Nacional de Salud, identificando las estrategias y acciones específicas de promoción de la salud y de prevención de obesidad y de ECNT en la administración pública federal. A su vez, cómo concurren con los otros ordenes de gobierno (Entidades Federativas y Municipios del país) hasta llegar a los ciudadanos.

El Capítulo está ordenado de la siguiente forma, primero los Programas de Acción Específica (PAEs) identificados con acciones de promoción de salud y prevención de obesidad y ECNT, sus resultados e impacto; segundo los Programas Presupuestarios correspondientes y su evaluación; tercero, la Secretaría de Salud, funcionalidad, estructura y organización; y cuarto el Sistema Nacional de Salud, estructura y organización de acciones de promoción de salud y prevención de ECNT de las distintas instituciones que lo conforman.

Al final del capítulo, se presenta brevemente la nueva propuesta del gobierno federal sobre la política integral para el combate a la epidemia de obesidad que se implementará a partir del 2020, presentada en diciembre del 2019.



2.1 Programas de Acción Específica (PAEs) 2013-2018 de la Secretaría de Salud vinculados a la promoción de la salud y a la prevención de obesidad y Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

De los 35 Programas de Acción Específica que poseía la Secretaría de Salud se identificaron ocho Programas de Acción Específica 2013-2018 de distintas instancias de la Secretaría.

A continuación, se hace una breve descripción de cada uno y se indica la unidad administrativa de la Secretaría de Salud que lo implementaba.

La Dirección General de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud tiene a su cargo tres Programas de Acción Específicos:

- 1. Alimentación y Actividad Física (2013-2018).** Su fin es promover los hábitos alimentarios correctos y la realización de actividad física en la población en todas las etapas de la vida. Involucra al sector público y privado y fomenta la participación activa de la sociedad. Las diferentes estrategias que aplica este programa tienen en común la educación y la orientación alimentaria, a través de campañas que promueven el estilo de vida saludable.
- 2. Entornos y Comunidades Saludables (2013-2018).** Tiene como ámbito de acción los municipios, las comunidades y los distintos entornos donde las personas viven, trabajan y se desarrollan. Reconoce que la colaboración de los municipios es fundamental por ser éstos la instancia de gobierno que se encuentra más cercana a las necesidades y carencias de la población. Algunos de los objetivos que ha planteado son: fomentar que las comunidades y los entornos sean higiénicos, seguros y propicien una mejor salud; mejorar las competencias del personal de salud y de los diferentes actores sociales de la comunidad, así como la elaborar políticas locales en favor de la salud, vinculadas con los determinantes sociales que la afectan.
- 3. Promoción de la Salud y Determinantes Sociales (2013-2018).** Contribuye al acercamiento de los servicios de salud y de su promoción a la población considerada más vulnerable, como son los indígenas, los migrantes, y los niños y niñas en edad escolar. Está enfocado en



las determinantes sociales de la salud; proporciona información y herramientas para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias para la vida y para que la población tenga mayor control sobre su salud y entorno; además de utilizar en forma adecuada los servicios de salud brindados a la población.

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), órgano desconcentrado de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, cuenta con tres Programas de Acción Específicos relacionados con el tema de la presente investigación:

- 4. Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular (2013-2018).** Enfocado en la detección oportuna de la obesidad, la hipertensión y las dislipidemias, para poder dar tratamiento y control adecuado a las mismas.
- 5. Prevención y Control de la Diabetes Mellitus (2013-2018).** Dirigido a la detección temprana y el diagnóstico oportuno de la diabetes mellitus tipo 2, con el fin de dar el tratamiento oportuno y así evitar sus consecuencias y comorbilidades.
- 6. Programa de Prevención del Envejecimiento (2013-2018).** Prioriza acciones de prevención y promoción de la salud e integra prácticas exitosas e innovadoras, sustentadas en evidencias científicas, con el fin de atenuar la carga de enfermedades en las personas adultas mayores.

La Dirección General de Epidemiología cuenta con un Programa de Acción Específico:

- 7. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) (2013-2018).** Éste fortalece las redes de usuarios y proveedores de información sobre las enfermedades, haciendo alianzas fuera y dentro del sector salud con el fin de desarrollar fuentes de información confiable para conducir las políticas públicas del país. Esta conjunción de información permite entender mejor las determinantes que afectan la salud y los contextos en los que ocurren.

Por último, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) contaba con un *Programa de Acción Específica*:



8. Atención a la Infancia y la Adolescencia (2013-2018), el cual desarrolló objetivos de promoción de salud y prevención de enfermedades en niños y adolescentes. El objetivo principal del programa era reducir la morbilidad y mortalidad en los menores de 19 años en el país. Una de sus principales estrategias fue la de implementar acciones de prevención, orientación alimentaria y actividad física, así como de detección, control y seguimiento de los niños, niñas, y adolescentes con sobrepeso y obesidad.

En la tabla 2.1, ver anexo A, se presenta una síntesis de la evolución de los programas, considerando avances y acciones de las anteriores administraciones, así como otros programas que los antecedieron.

En la tabla 2.2, del mismo anexo, se presentan los objetivos, estrategias y principales acciones planteadas, así como los indicadores de medición para la evaluación de los mismos.

2.1.1 Hallazgos principales de la investigación referente a los Programas de Acción Específica (PAEs) de la Secretaría de Salud

Este apartado se enfoca al seguimiento y evaluación de resultados de los Programas de Acción Específica (PAEs) seleccionados, tomando como fuente de referencia los reportes del sistema “*Caminando a la Excelencia*”¹⁹, de la Dirección de Epidemiología.

En la tabla 2.2, presente en el anexo A, se muestran los objetivos e indicadores de medición de los ocho PAES seleccionados, así como la evaluación.

En la tabla 2.3 se presenta el índice de desempeño nacional de los indicadores de los PAEs seleccionados, así como su clasificación con base al índice de desempeño trimestral en los años 2014, 2015 y 2016.

¹⁹ Para verificar y monitorear los avances en la implementación y el desempeño de la operación a través de los indicadores propuestos, la Secretaría de Salud cuenta con el Sistema “Caminando a la Excelencia”, que monitorea los programas en las entidades federativas. Trimestralmente es publicado el avance en el boletín *Caminando a la Excelencia*. El índice de desempeño permite clasificar a las entidades federativas en cuatro grupos: estados con desempeño sobresaliente, satisfactorio, mínimo y precario (Dir. Gral. Epidemiología, *Manual metodológico* 2015:29-34).



Tabla 2.3
Evaluación, Indicadores e Índice de Desempeño Nacional de PAEs de Interés

	2014				2015				2016			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Entornos y comunidades saludables												
% Comités Locales de Salud Reorientados	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
% Comunidad Iniciada	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
% Comunidades activas	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Comunidades Saludables Certificadas	0.6	1.2	2	11.1	0.5	0.3	1.2	8.4	0.0	0.1	3.2	NA
% Comunidades con bandera blanca en saludizada	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Entornos Certificados como favorables a la salud	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
% Agentes capacitados en temas de salud pública	1.3	1.7	2.0	2.0	6.1	1.7	0.7	16.5	1.4	0.3	6	6
Municipios saludables incorporados	0.5	2.3	2.6	13.2	1.6	0.6	4.7	1.4	0.5	1.3	53.4	NA
Índice de desempeño	3.04	3.77	7.48	14.32	6.34	4.76	0	12.95	0.88	1.07	31.07	NA
Categoría	Precario	Precario	Precario	Precario	Precario	Precario	NA	Precario	Precario	Precario	Mínimo	Mínimo
Programa de alimentación y actividad física												
% eventos educativos promoción alimentación y consumo de agua simple	NA	NA	NA	100	NA	NA	NA	93.0	NA	42.13	100	NA
% eventos educativos promoción actividad física	NA	NA	NA	100	NA	NA	NA	93.7	NA	31.19	95.7	NA
% eventos educativos promoción beneficios lactancia materna y alimentación complementaria	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	29.31	90.2	NA
% eventos educativos difusión cultura alimentaria tradicional correcta	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	20.6	87.3	NA
Índice de desempeño				100				93.78		31.74	93.43	
Categoría	Precario	Precario	Precario	Sobresaliente	Precario	Precario	NA	Sobresaliente	Precario	Precario	Sobresaliente	Sobresaliente
Promoción de la Salud y Determinante Sociales												
% consulta con Cartilla Nacionales de Salud	NA	NA	NA	NA	100	100	100	100	65.8	66.4	66.2	NA
% Escuelas validadas como promotoras de la Salud	NA	NA	NA	NA	5.2	18.7	37.1	37.1	6.1	19	100	NA
% atenciones integrada de línea de vida a Migrantes	NA	NA	NA	NA	86	85	85	85	72	73	74.5	NA
% talleres de Promoción de la Salud dirigidos a Migrantes	NA	NA	NA	NA	21.8	19	21.6	21.6	NA	56.2	NA	NA
% atenciones integradas de la línea de vida a pueblos indígenas	NA	NA	NA	NA	75	73.2	74.7	74.7	57.4	100	58.4	NA
Índice de desempeño					61.2	61.6	65.4	65.41	56.7	58.2	72.36	
Categoría	NA	NA	NA	NA	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo	Mínimo



Como se puede observar, el **Programa de Entornos y Comunidades Saludables** cuenta con tres indicadores reportados. Obteniendo en promedio nacional un índice de desempeño mínimo (31.07%). En forma individual, los indicadores de “cobertura de comunidades certificadas como saludables” tiene un índice de desempeño nacional precario de 3.2%; la “cobertura de agentes capacitados en temas de salud pública” de 6.0% y el “porcentaje de avance de certificación de municipio promotores de salud” uno de 53.4% (*Boletín Caminando a la excelencia*, cierre 2016:229-231).

En el Boletín Caminando a la Excelencia, edición segundo trimestre del 2019, ya no aparece este programa reportado.

El **PAE de Alimentación y Actividad Física** cuenta con siete indicadores de desempeño o proceso, aunque sólo se reportan cuatro (porcentaje de eventos educativos para la promoción de alimentación saludable, actividad física, lactancia materna y cultura alimentaria). El 72% de las entidades federativas tiene un índice de desempeño o cumplimiento sobresaliente y satisfactorio, y solo el 15.6% aparece como precario (*Boletín Caminando a la excelencia*, cierre 2016:238). Los indicadores de proceso o desempeño muestran el cumplimiento de las actividades y acciones propuestas, pero no indican el impacto final de haber realizado las acciones. Así, no se sabe si a partir de los cursos, pláticas y talleres impartidos realmente cambiaron los hábitos de alimentación o actividad física de las personas beneficiadas del programa.

En el reporte del segundo trimestre del 2019, la mayoría de los indicadores del Programa se encuentran en índice de desempeño “Precario”. Esto indica que durante el 2019 no ha sido implementado el programa en la mayoría de las Entidades Federativas.²⁰

El **PAE de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales** cuenta con cinco indicadores: cuatro son de proceso y uno de resultado. Sólo cinco entidades federativas (15.6%) tie-

²⁰ Secretaría de Salud (2019), Dirección General de Epidemiología, Boletín Caminando a la Excelencia, edición segundo trimestre 2019 pp: 176-178. Accesado el 19 de noviembre del 2019 en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/bol_camexc/2019/ce_2019_2dotrim.pdf



nen un índice de desempeño sobresaliente, y el 34.4% satisfactorio, siendo mínimo el índice de desempeño nacional. El indicador del “porcentaje de materiales de comunicación educativa con enfoque de mercadotecnia social en salud producido y reproducido” del 69% (22 de 32 entidades federativas) tiene un índice de desempeño mínimo (72.36%) (*idem*: 233-236).

En el reporte del segundo trimestre del 2019, la mitad de las Entidades federativas se encuentra en índice de desempeño “Precario” de los indicadores del Programa, el resto en desempeño mínimo. Sólo un estado, Quintana Roo, está catalogado como sobresaliente; lo que indica, que durante el 2019 no ha sido implementado el programa en la mayoría de las Entidades Federativas.²¹

La gran mayoría de los indicadores de medición, de los ocho PAEs estudiados, presentan la misma dinámica: en su mayoría son indicadores de procesos (cobertura y desempeño) y de los 66 indicadores totales, sólo cuatro serían de impacto o resultado del cambio atribuido al programa o intervención.

En síntesis, el Programa Entornos Saludables presentó un índice de desempeño entre precario y mínimo; el de Promoción de Salud y Determinantes Sociales lo tuvo mínimo, lo mismo que el de Diabetes y Obesidad. Por su parte, el programa de UNEMEs, en el control de pacientes con diabetes y obesidad, contó con un índice de desempeño entre mínimo y precario en este mismo lapso.

Como se pudo observar en los índices de desempeño de los indicadores reportados en el Boletín “*Caminando a la Excelencia al cierre 2016*” de los distintos PAEs, los resultados denotan una falla en la implementación u operatividad de los programas así como en la cobertura de los mismos. Hay diferencias importantes en el índice de desempeño entre las Entidades Federativas, con estados con un desempeño satisfactorio en la mayoría de los programas, y otros con desempeños mínimos y precarios. Debe resaltarse que la mayor parte de los indicadores están enfocados en los procesos y desempeño, y muy pocos en el resultado o impacto final de la estrategia.

²¹ *Idem* p: 172-175.



Los programas anteriormente mencionados fueron ejecutados por la Administración Pública Federal, supuestamente a través de los tres ordenes de gobierno (federal, estatal y municipal), aunque no se identificó la forma concreta en cómo se realizaría la vinculación para concretar las acciones propuestas.

2.1.2 Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes

Los ocho programas mencionados se integraron bajo el marco de la **Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes**.

Con el propósito de resolver la emergencia sanitaria producida por el acelerado ritmo de crecimiento de la obesidad, el sobrepeso y, especialmente, la diabetes mellitus tipo 2, se elaboró la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes como programa rector de las acciones llevadas a cabo en la administración (2013-2018) en forma transversal en diferentes entidades de la Secretaría y apoyada en los programas anteriormente citados.

En el gráfico 2.1 se presenta una descripción de la estrategia:

Gráfico 2.1: Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (2013-2018)



Fuente: Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, Secretaría de Salud, Gobierno de la República, septiembre, 2013, p. 57.



La estrategia dividía las acciones en tres pilares básicos:

1. La Salud Pública, enfocado más a preservar la salud poblacional a través de la promoción de estilos de vida saludable.
2. La Atención Médica, que garantiza el acceso efectivo a los servicios de salud a través de acciones dirigidas a personas con factores de riesgo o que ya cuentan con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 para evitar complicaciones.
3. La Regulación Sanitaria y la Política Fiscal; en este se incluyen acciones relacionadas con el etiquetado de los alimentos, la publicidad y las políticas fiscales que disminuyen el consumo de alimentos con escaso valor nutricional (Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes: 49-59).

Desafortunadamente, hasta el 2018 no hubo avances en el tema del etiquetado. Es hasta la nueva administración, que inició su gestión en 2019, donde se ha tenido avance; en octubre del 2019, la cámara de senadores aprobó la inclusión del nuevo etiquetado de advertencia en alimentos y bebidas no alcohólicas. La norma oficial mexicana (NOM-051-SCFI/SSA1-2010) para reglamentarlo está en proceso de elaboración (finales 2019-2020).

Por otro lado, se desarrolló un sistema de indicadores para llevar a cabo una evaluación eficaz de la Estrategia. Este fue articulado por el Observatorio Mexicano de las Enfermedades No Transmisibles (OMENT) vinculado con los centros de referencia.

2.1.2.1 Antecedentes a la Estrategia. Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria 2010.

Algunas acciones relevantes que el gobierno federal había implementado para solucionar y controlar el problema de sobrepeso, obesidad y las ECNT anterior a la estrategia fue el **Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria**. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad (ANSA, 2010). Esta se elaboró en el 2010 con el objeto principal de revertir el problema de obesidad y ECNT, con acciones dirigidas especialmente a los menores de edad. Proponía hábitos más saludables, actividad física, consumo de agua potable, entre otros (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, 2010).



Rivera Dommarco (2012: 25), investigador y actual Director del Instituto Nacional de Salud Pública, analizó su desarrollo. Encontró que hubo dos aspectos básicos que limitaron el desarrollo e impacto de mencionada estrategia. El primero: la ausencia de un marco jurídico que garantizara la puesta en marcha de las acciones. El segundo: la falta de asignación presupuestal para el ejercicio de las actividades.

Lo anterior hizo que careciera de una definición de mecanismos de coordinación para asegurar la implementación de las acciones a realizar por los distintos órdenes de gobierno y por parte de la industria alimentaria. Faltó establecer metas, plazos e indicadores de resultados.

El ANSA (2010) fue un buen ejemplo de sistema de gobernanza porque había involucrado a actores de todos los sectores (público, privado y social). Desafortunadamente no cumplió con las metas planteadas por la falta de un marco jurídico y un presupuesto asignado, aunque pudiese servir como aprendizaje para futuras propuestas.

El propio Rivera Dommarco (2018) expuso más tarde que la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes llevada a cabo el sexenio pasado (2013-2018) ha sido insuficiente para modificar el entorno alimentario y de actividad física. “Su componente educativo tampoco ha logrado motivar a la población a adoptar una alimentación más saludable y a realizar más actividad física”.²²

En ese mismo texto, expone que “Las acciones del eje de atención médica y de salud pública deben evaluarse a la brevedad para conocer su efectividad y rediseñarse en caso necesario(...) En México, generalmente el diseño e implementación de las estrategias de promoción de estilos de vida saludables no se basan en las mejores prácticas para cambios del comportamiento, por lo que tienen poco potencial de impacto(...)”.²³

²² Rivera Dommarco J., Colchero A., Fuentes M.L., Gonzalez de Cosío T., et al Editores (2018); “*La Obesidad en México: estado de la Política Pública y recomendaciones para su prevención y control*”; Instituto Nacional de salud Pública; México.

²³ Idem. p: 17.



2.1.3 Modelo de Atención Integral de Salud (MAI)

Es interesante explicar brevemente sobre otro de los esfuerzos que se desarrollaron paralelamente junto con los ocho PAEs mencionados y la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, el **Modelo de Atención Integral de Salud (MAI)** Documento de Arranque.

Este modelo fue elaborado por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, en el año 2015, y estaba basado en la propuesta que hace la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) sobre la renovación de los sistemas de salud a partir de la atención primaria, aplicado desde el 2007.

Este Modelo es interesante y similar a la propuesta del presente modelo. Propone ocuparse de la salud desde las localidades, creando un modelo de Atención Integral de Salud, que organiza su funcionamiento a través de redes que consideran las determinantes sociales de la salud de las personas.

El Modelo promueve **Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS)**, que deben organizarse y articularse desde el ámbito local, considerando las vías, medios de comunicación, distancia y movilidad natural de la población, así como las situaciones sociales y culturales de la región. También busca la corresponsabilidad de otras dependencias y entidades públicas, privadas y de la sociedad civil, en el desarrollo de las políticas saludables y en la construcción de entornos y ambientes adecuados. Así como la participación de la comunidad en el autocuidado de su salud y en la prevención de los riesgos y enfermedades.

En 2015 se aplicó el modelo piloto de MAI en los estados de Guanajuato, Durango e Hidalgo (Secretaría de Salud, MAI, 2015:34-37), aunque a la fecha no existe publicado ningún resultado de su impacto. Los detalles del modelo se presentan en la Tabla 2.4 del Anexo B.



2.2 Programas Presupuestarios Anuales (Pp) 2013-2018.

La Estructura Programática del Proyecto de Presupuesto de Egresos 2017, indicó que la Secretaría de Salud (Ramo 12) tiene tres Programas presupuestarios (Pp) que incluyen en sus objetivos la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades:

1. P018 Prevención y Control de Enfermedades.
2. U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes
3. U009 Vigilancia Epidemiológica.

En los años 2018 y 2019 no hubo modificaciones a la Estructura Programática por Ramos Administrativos.

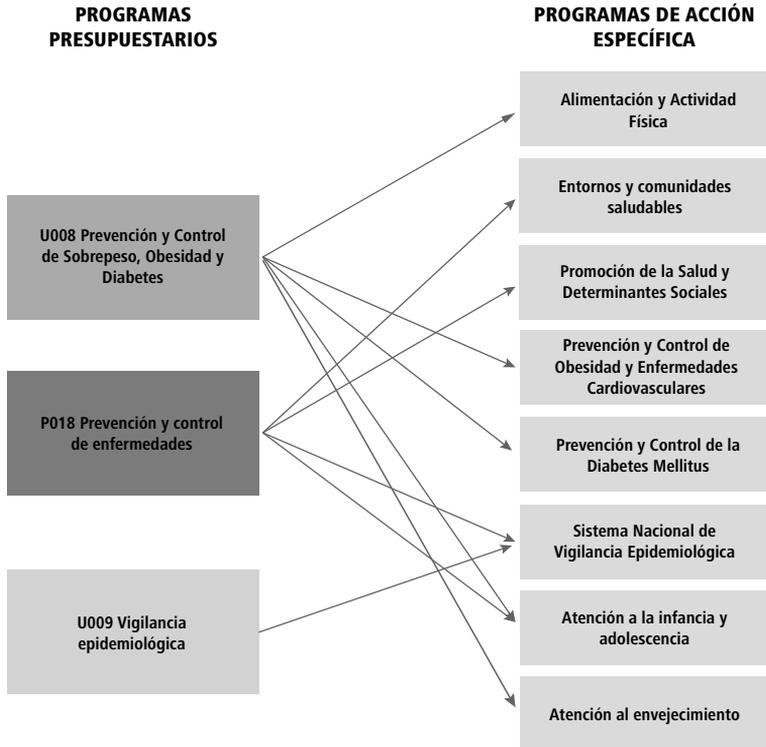
Con el propósito de entender el funcionamiento de la gestión gubernamental de la política pública de promoción de la salud, prevención y control de la obesidad y de las ECNT, en la administración 2013-2018, a continuación se presenta una síntesis del seguimiento y evaluación del desempeño gubernamental (eficiencia) y la eficacia programática de los Programas presupuestarios vinculados con los PAEs descritos anteriormente.²⁴

El gráfico 2.2 muestra los Programas presupuestarios, para el Ejercicio Fiscal 2016 y 2017, vinculados con dichos PAEs.

²⁴ Nissán Schoenfeld, Esther (2018). Gobernanza para la salud: una nueva estructura y organización para la promoción de la salud y la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles; Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), México.



Gráfico 2.2
Programas presupuestarios vs. Programas de Acción Específica (PAEs) de interés



Fuente: Elaboración propia con base en la Estructura Programática 2016.

Como se puede observar en el Gráfico 2.3, que muestra la evolución de los Programas presupuestarios (Pp) en cuestión, encontramos que los cambios principales que se dieron en la Estructura Programática del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016 (SHCP, junio del 2015) en el ramo 12: Salud, fueron la fusión del **Pp S037** Programa Comunidades Saludables con el **Pp P014** Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y lesiones, en un nuevo **Pp P018** Prevención y control de enfermedades.



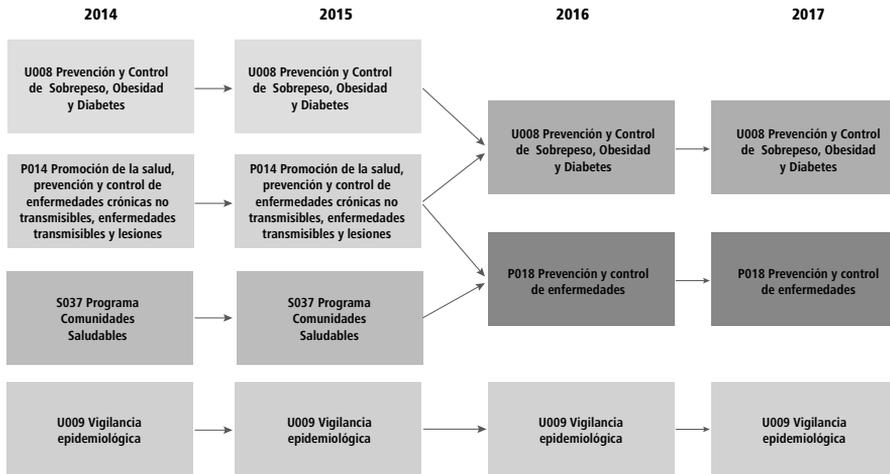
A su vez, la fusión del **Pp U008** Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, con el **P014** Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y lesiones, en su componente de enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas a sobrepeso, obesidad y diabetes, en un nuevo: **Pp U008** Prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes (SHCP, 2015:56-57). Se incorporaron a este programa los recursos y actividades que se desprendían del **P014**, en lo que se refería a las enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas directamente con la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.

Con este nuevo **Pp U008**, vigente al año 2018, se pretende “contribuir a las acciones de promoción de la salud, prevención y control de estas enfermedades en el marco de la Estrategia Nacional de Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, cuyo objetivo es mejorar los niveles de bienestar de la población y desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales”.

Los mencionados Programas presupuestarios **P018 y U008**, permanecieron sin cambios en la Estructura Programática empleada en los años 2019 y 2020.



Gráfico 2.3
Evolución de los Programas presupuestales del 2014 al 2017



Fuente: Elaboración propia con base en la Estructura Programática 2016.

2.2.1 Presupuesto Anual asignado a los Programas de interés

A continuación, en la tabla 2.5, se presenta un compendio del gasto público destinado a los **Pp U008, U009, P018, P014 y S037**; del 2012 al 2017.



Tabla 2.5
Presupuesto Anual Acumulado asignado a los Programas presupuestarios de interés

U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes

U008	2012	2013	2014	2015	2016	2017
008 Comisión Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	\$ 519,871,000	\$ 1,000,000,000	\$ 1,111,948,797	\$ 1,812,212,221	\$ 1,721,188,083	\$ 1,612,241,953
316 Dirección General de Promoción de la Salud	N/A	N/A	N/A	\$ 149,000,000	\$ 115,351,153	\$ 159,110,410
317 Instituto Nacional de Psiquiatría y Fomento de la Familia	\$ 100,000	N/A	\$ 171,419	\$ 1,000,000	N/A	N/A
Total	\$ 519,971,000	\$ 1,000,000,000	\$ 1,113,120,196	\$ 1,813,212,221	\$ 1,836,539,236	\$ 1,771,352,363

El total que se ha destinado de 2012 a 2017 suma MXN \$2,237,917,014.

U009 Vigilancia epidemiológica

U009	2012	2013	2014	2015	2016	2017
316 Dirección General de Epidemiología	N/A	\$ 104,212,218	\$ 140,020,000	\$ 184,920,000	\$ 250,635,172	\$ 170,000,000
009 Comisión Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	\$ 787,647,244	\$ 519,940,000	\$ 483,319,333	\$ 470,242,007	\$ 514,577,701	\$ 518,078,003
Total	\$ 787,647,244	\$ 624,152,218	\$ 623,339,333	\$ 655,162,007	\$ 765,212,873	\$ 688,078,003

El total que se ha destinado de 2012 a 2017 suma MXN \$ 4,111,661,594.

P018 Prevención y control de enfermedades

P018	2012	2013	2014	2015	2016	2017
008 Comisión Nacional contra las Adicciones	N/A	N/A	N/A	N/A	\$ 7,340,811	\$ 5,412,012
310 Dirección General de Promoción de la Salud	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	\$ 51,566,255
009 Comisión Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	N/A	N/A	N/A	N/A	\$ 29,837,027	\$ 83,016,241
009 Comisión Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	N/A	N/A	N/A	N/A	\$ 117,188,899	\$ 130,854,506
313 Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental	N/A	N/A	N/A	N/A	\$ 93,383,932	\$ 91,695,212
009 Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud	N/A	N/A	N/A	N/A	\$ 55,546,837	\$ 55,170,011
316 Dirección General de Epidemiología	N/A	N/A	N/A	N/A	\$ 311,091,764	\$ 195,509,876
315 Secretaría Técnica del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes	N/A	N/A	N/A	N/A	\$ 51,061,549	\$ 47,816,152
008 Comisión Nacional contra las Adicciones	N/A	N/A	N/A	N/A	\$ 275,600	\$ 642,831,281
Total	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 718,257,099	\$ 1,380,868,882

El total que se ha destinado de 2012 a 2017 suma MXN \$ 1,380,868,882.



P014 Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y lesiones

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
001 Comisión Nacional contra las Adicciones	\$ 450,000	\$ 4,650,000	\$ 12,689,820	\$ 9,743,197	N/A	N/A
010 Dirección General de Protección de la Salud	\$ 209,259,000	\$ 115,635,299	\$ 158,533,925	\$ 210,112,096	N/A	N/A
020 Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	\$ 78,252,261	\$ 88,302,207	\$ 92,839,418	\$ 86,038,278	N/A	N/A
030 Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	\$ 71,195,646	\$ 93,982,236	\$ 136,178,655	\$ 158,635,813	N/A	N/A
033 Subdirección Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental	\$ 79,343,310	\$ 74,702,297	\$ 83,062,451	\$ 78,949,489	N/A	N/A
035 Subdirección de Promoción y Protección de la Salud	\$ 56,529,216	\$ 48,538,236	\$ 62,037,842	\$ 69,202,324	N/A	N/A
036 Dirección General de Epidemiología	N/A	\$ 285,445,138	\$ 702,709,655	\$ 219,872,233	N/A	N/A
037 Subdirección Técnica del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes	\$ 46,554,886	\$ 17,256,287	\$ 63,087,649	\$ 59,175,252	N/A	N/A
080 Comisión Nacional contra las Adicciones	\$ 2,700,000	\$ 2,200,000	\$ 2,273,000	\$ 320,000	N/A	N/A
ANL Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad	\$ 1,610,831	\$ 21,574,148	N/A	N/A	N/A	N/A
014 Subdirección Técnica del Consejo Nacional para la Prevención de Discapacidad	\$ 12,773,692	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total	\$ 893,371,842	\$ 792,189,354	\$ 899,511,895	\$ 869,884,473	\$ -	\$ -

El total que se ha destinado de 2012 a 2017 suma MXN \$ 2,740,642,101.

S037 Programa Comunidades Saludables

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
315 Dirección General de Protección de la Salud	\$ 116,688,276	\$ 132,680,287	\$ 25,634,739	\$ 27,064,379	N/A	N/A
Total	\$ 116,688,276	\$ 133,680,443	\$ 75,634,738	\$ 77,854,378	\$ -	\$ -

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total	\$ 3,533,879,542	\$ 3,829,643,148	\$ 3,899,466,313	\$ 3,939,393,944	\$ 2,663,599,228	\$ 3,761,650,274

Total

Sumando todos los Programas presupuestarios de interés da un total de **MXN \$ 10,873,067,832** de 2012 a 2017.

Fuentes: Subdirección de Análisis Económico, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis; “El Proyecto del Presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2016-2017”; noviembre, 2016.

Subdirección de Análisis Económico, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis; “El Proyecto del Presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2015-2016; diciembre 2015.

Subdirección de Análisis Económico, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis; “El Proyecto del Presupuesto Público Federal para la Función Salud; 2014-2015; marzo, 2015.

Subdirección de Análisis Económico, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis; “El Proyecto del Presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2013-2014; abril 2014.

Subdirección de Análisis Económico, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis; “El Proyecto del Presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2011-2012; junio 2012.

Plataforma Transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/evaluaciones.

http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/evaluaciones.



Como se observa en la tabla 2.5, existe un presupuesto asignado para cada programa. En el gráfico 2.4 se puede observar la elevada dificultad en la logística para la distribución del presupuesto asignado para el Programa presupuestal **P018** Prevención y Control de Enfermedades, ya que este se distribuye en nueve unidades administrativas, que a su vez lo tienen que remitir a las acciones de los diferentes Programas de Acción Específica (PAE) que tienen a su cargo. Esta forma de distribuir el presupuesto entre nueve unidades administrativas es confusa, poco práctica e ineficiente. Además, no queda claro quién es el responsable principal de obtener los resultados buscados por los programas.

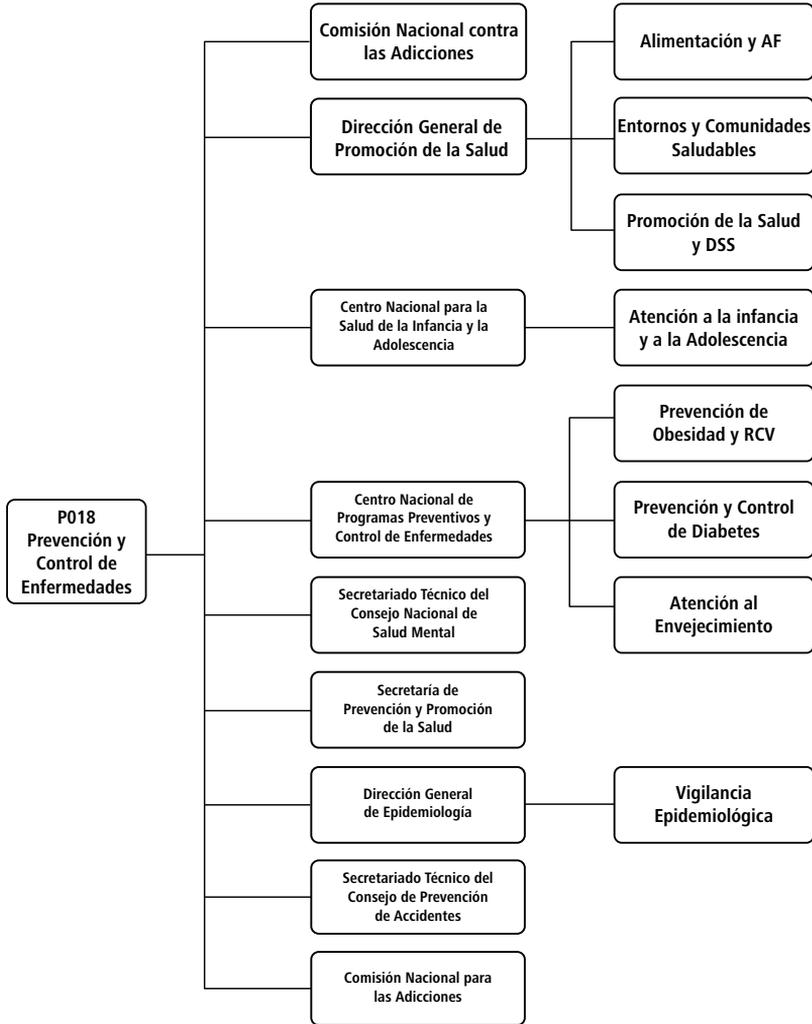
En el gráfico 2.5 se presenta el Programa presupuestario **U008** Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes que distribuye los recursos en tres unidades administrativas, las cuales asignan los recursos para el pago de las acciones de seis de los programas de acción específica de interés. Nuevamente se denota una compleja organización y logística para repartir responsabilidades y obtener resultados del programa.

Otro aspecto relevante es que una misma unidad administrativa recibe diferentes partidas presupuestales que tiene que distribuir según el PAE. Por ejemplo, en el 2017 el CENAPRECE recibió 202, 781,963 pesos para el **Pp U008**, 526,076,083 pesos para el **Pp U009** y 130,864,506 para el **P018**. Sumando un total de 859 millones 722,552 pesos. La Dirección General de Promoción de la Salud recibió 303 millones 747,201 pesos para el **P018** y el **U008**. Este tipo de distribución de los recursos es poco clara y se presta a confusión.



Gráfico 2.4

Programa presupuestal **P018** Prevención y Control de Enfermedades, las unidades administrativas que lo implementan y los programas de acción específica que abarcan

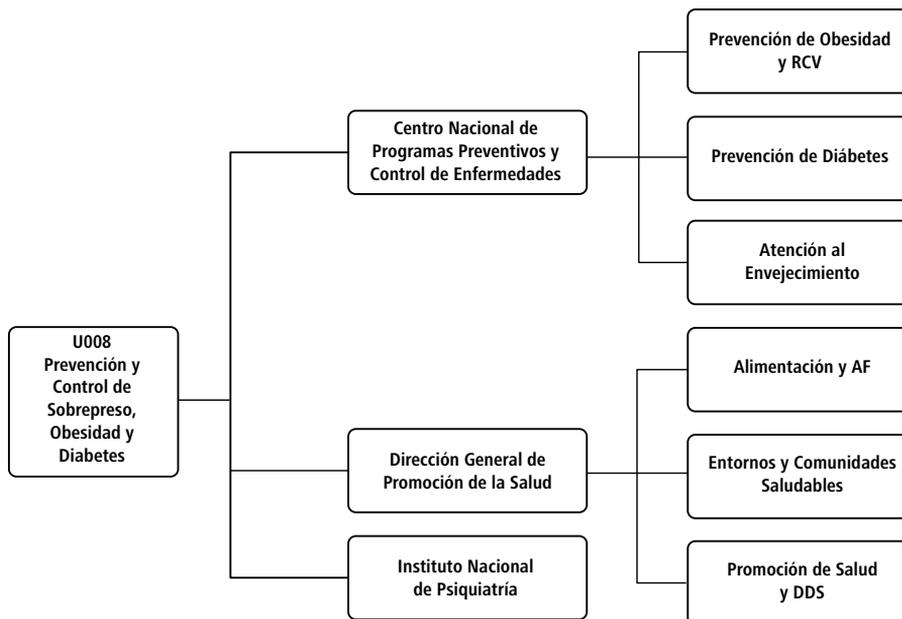


Fuente: Elaboración propia con base en la Estructura Programática 2016 y PAEs de los programas mencionados.



Gráfico 2.5

Programa presupuestal **U008**: Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, las unidades administrativas que lo implementan y los programas de acción específica que abarcan



Fuente: Elaboración propia con base en la Estructura Programática 2016 y PAEs de los programas mencionados.

Por otro lado, se observa que del 2012 al 2017 se han gastado 10 mil millones 873,067,832 pesos en los programas que agrupan la promoción de la salud y la prevención de obesidad y ECNT. Siendo una cifra considerable para resultados bajos y de poco impacto en el control y disminución de la obesidad y la diabetes en el país. Esto se ve reflejado en los índices de desempeño obtenidos de los indicadores de los programas analizados.

2.2.2 Análisis y evaluación de los Programas presupuestarios de interés

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública y el CONEVAL son los organismos encargados de medir el impacto y realizar el seguimiento de los Programas



presupuestarios (Pp) que contribuyen al desarrollo de la política social de México. Cada año se emite el Programa Anual de Evaluación que determina cuál será el tipo de análisis y evaluación²⁵ que se realizará a cada uno de los programas.

El CONEVAL realizó las evaluaciones a los programas: **S037** “Comunidades Saludables”, **U008** “Prevención y Control de Sobrepeso y Obesidad” y el **U009** “Vigilancia Epidemiológica”. Mientras que la SHCP realizó las evaluaciones de los **Pp P018** “Prevención y Control de Enfermedades” y **P014** “Promoción de la Salud, prevención y control de enfermedades crónico degenerativas y transmisibles y lesiones”, que se detallan a continuación.

2.2.2.1 Programa Presupuestario P018: “Prevención y Control de Enfermedades”:

Las características principales e indicadores del programa presupuestario **P018** “Prevención y Control de Enfermedades” se encuentran en la tabla 2.6 en el Anexo C, el cual sigue vigente en 2019 y 2020.

El año 2016 fue su primer año de existencia, por lo que le correspondió una evaluación en materia de diseño que sugiere varias recomendaciones; la más relevante es que se debía redefinir el área de enfoque del programa, ya que la Subsecretaría de Protección y Promoción de la Salud (SPPS) no es la instancia que ejecuta directamente los PAEs. Estos últimos dictaminan las normas y lineamientos que los 32 sistemas estatales de salud debían llevar a cabo en materia de prevención y control de enfermedades, por lo que el equipo evaluador propuso que sean los 32 sistemas estatales los que aplicaran los lineamientos contenidos en los mismos. También se propuso reconceptualizar y reformular la problemática a resolver y reestructurar la Matriz de Indicadores por Resultado (MIR), entre otras recomendaciones.²⁶

²⁵ Tipos de evaluación para los programas: 1. *Evaluación de diseño*: evalúa la consistencia y la lógica interna de los Programas presupuestales; 2. *Evaluación de consistencia y resultados*: diagnóstica la capacidad institucional, organizacional y de gestión de los programas para alcanzar los resultados; 3. *Evaluación de impacto*: mide los efectos netos del programa sobre la población que atiende, 4. *Evaluaciones complementarias*, aquellas que los propios programas y dependencias realizan para profundizar sobre su propio desempeño y 5. *Evaluación de indicadores*: revisa mediante el trabajo de campo la pertinencia y el alcance de los indicadores del programa para el logro de sus resultados (CONEVAL, 27 de noviembre de 2017).

²⁶ Nissán Schoenfeld E. (2018); Gobernanza para la salud: una nueva estructura y organización para la promoción de la salud y la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles. Tesis Doctoral, INAP 2018 pp 138-140.



2.2.2.2 Programa Presupuestario S037: Comunidades Saludables

Desde el año 1994 se propone el Programa de Municipios Saludables, pero es hasta el periodo 2001-2002 cuando se publican sus primeras Reglas de Operación y se le asignan recursos financieros. Del 2007 al 2012 se elabora el Programa de Acción Específica “Comunidades Saludables”, el cual se define como “el conjunto de acciones destinadas a generar y fortalecer los determinantes que favorezcan la salud a través de la acción coordinada de los sectores público, social y privado y específicamente el municipal” (SS, Reglas de Operación, 2012).

Su objetivo principal es el apoyo a proyectos, para el desarrollo de promoción de la salud, elaborados por la comunidad organizada en los sectores sociales a nivel municipal. Se enfoca a municipios del país con entre 500 y 2,500 habitantes y apoya el desarrollo de proyectos que propongan modificaciones de los determinantes de la salud y que incluyan la participación comunitaria a nivel de localidades y sectores.

Los proyectos seleccionados reciben apoyo monetario con carácter de subsidio (500,000 pesos como máximo) para su realización. Los municipios beneficiarios deben financiar la cantidad complementaria y deben dar continuidad al proyecto (CONEVAL, Informe de la Evaluación, 2014-2015).

El Informe de la Evaluación dictaminó, primero, que el programa no cuenta con evaluaciones de impacto. Segundo, encuentran inconsistencias en la definición de los indicadores de Fin del programa. También hay cambios constantes en la definición de Propósito del programa entre los años 2008 y 2014 (MIR, 2014).

Las conclusiones del evaluador externo INSAD, contratado por el CONEVAL, mencionan que para el 2014-2015 el programa tuvo un desempeño “Medio”, ya que dependía de subsidios y recursos financieros, así como de la participación voluntaria de los municipios y no cuenta con evaluaciones de impacto.

En 2014 el programa alcanzó solo el 53.5% de los municipios programados como meta y de los 145 municipios con proyectos aprobados, 55 de éstos son para beneficiarios que viven en localidades mayores de 2500 habitantes (MIR, 2014:9-10).



De las observaciones expuestas en el documento: “El Programa en 2014-2015 no ha identificado claramente el problema que busca atender. El objetivo principal del programa se enfoca en un tema de gestión (realizar acciones de promoción de la salud) pero no se hace referencia a los resultados que se pretende alcanzar” (MIR, 2014:10).

Cabe mencionar, que el programa de comunidades saludables **S037** fue catalogado con “Dispersión de la política social federal para atender problemas relevantes” en 2016, por GESOC A.C. (Centro de análisis e investigación el cual genera evidencia pública sobre la eficacia de los programas sociales) ya que cuenta con un INDEP (Índice de Desempeño de los programas Públicos federales) de 60.2 y una cobertura de 33.7, mientras que en su diseño tiene 86.5 puntos de un total de 100.

Reflexión sobre Programa Presupuestario S037: Comunidades Saludables

Las evaluaciones de procesos, componentes o actividades son útiles para ver si el programa se desarrolla conforme a lo planeado, y si se está alcanzando la cobertura de la población establecida. Pero la evaluación de resultados y de impacto son también importantes y hay que hacerlas.

La elaboración del programa Comunidades Saludables está basada en evidencia científica y en las recomendaciones internacionales sobre promoción de la Salud (Carta de Ottawa, 2013), y tiene un excelente planteamiento; solo que la población objetivo debería abarcar todas las comunidades, sin importar sus condiciones o marginalidad.

Los habitantes de municipios de muy alta y alta marginalidad enfrentan condiciones de alto riesgo en el tema de la salud, ya que ella está muy relacionada con las determinantes sociales (vivienda, trabajo, nivel socioeconómico, alimentación, educación, acceso a los servicios de salud, etc.) y quizá la problemática que enfrenta la comunidad es muy específica, y no necesariamente se refiera a la obesidad o enfermedades del corazón. Debido a esto, es conveniente iniciar una intervención de promoción de salud con un diagnóstico participativo, para descubrir cuáles son los problemas que le preocupan a determinada comunidad



y, entonces sí, desarrollar una intervención con base en las necesidades reales. Es conveniente realizar un seguimiento a través del tiempo sobre lo que sucedió con los municipios y proyectos para comprobar si valió la pena el apoyo monetario otorgado.

Por otro lado, con base en las reglas de operación del Programa, no se permitía dar el apoyo por dos o más años consecutivos, lo que impide dar continuidad y seguimiento a las conductas o cambio de hábitos buscados por la intervención. La Secretaría de Salud no cuenta con un seguimiento puntual de los proyectos a través del tiempo.

Con base en lo estudiado del nuevo programa donde se fusionó (**P018**), los nuevos objetivos no buscan tener un municipio o comunidad “saludable”, donde la promoción de la salud sea el eje central del programa; en sus objetivos deberían incluirse acciones puntuales, redactadas de manera clara y sin ambigüedades. Por ejemplo: modificación a los ambientes (estructura física), trabajo colaborativo entre los distintos sectores de la sociedad y participación comunitaria gestiona-ria.

2.2.2.3 Programa Presupuestario U008: Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes

Vale la pena mencionar que este programa, junto con el **P018**, está vigente en la actualidad (2020). Su historia data del año 2010 se asignó al CENAPRECE la responsabilidad de fortalecer las acciones de detección y prevención del sobrepeso y la obesidad (CONEVAL; 2015, Informe:1).

En el 2011 dicho programa cambió de clasificación U “Otros Subsidios”, quedando como “**U008**: Prevención contra la obesidad”. Esto con el propósito de que se pudieran transferir los recursos a las entidades federativas para que éstas realizaran las detecciones de sobrepeso y obesidad. En forma simultánea se desarrollaba el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA, 2010), el cual enfrentó barreras en su implementación por la falta de objetivos, metas, mecanismos de evaluación concretos así como presupuesto asignado (Rivera Dommarco J.; 2012).

La falta de logros del ANSA y del Programa presupuestario U008 “Prevención de la Obesidad” se vieron reflejados en la



Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENSANUT 2012) que mostró que las cifras de sobrepeso y obesidad seguían creciendo en la población mexicana (71.3% en los adultos).

El Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015 para el Programa presupuestario “**U008**: Prevención de Obesidad” reveló una desvinculación en el programa, desde el nombre, las acciones, la forma en cómo se distribuía el presupuesto y los indicadores de resultados.

La evaluación de diseño para el programa de Obesidad en el año 2010 destacaba: “el programa no cumple con los requisitos de un programa formalmente constituido, ya que no existen reglas de operación ni manuales de operación...” Dicho hallazgo se considera vigente (2016), ya que el programa sigue sin contar con Reglas de operación (SS, Evaluación, 2016).

En 2015 se realizaron cambios relevantes al programa. Se modificó su nombre pasando de “Prevención contra la obesidad” a “Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes” y cambio de enfoque; se incluyeron al programa dos indicadores: el de “Control de obesidad, diabetes e hipertensión arterial, en la población de 20 años y mayores responsabilidad de la SS” y el de “prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad”. Sin embargo, el objetivo principal está enfocado en la gestión y el “fortalecimiento del tratamiento y prevención del sobrepeso, obesidad y diabetes”, y no en el resultado final (CONEVAL, 2015:5-6).

En el informe sobre los avances del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 que emitió la Secretaría, en lo que se refiere al indicador de prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años, y partiendo de la base de 14.62% en el 2012 y cuya meta para 2018 era bajar la prevalencia a 12.0%, sin embargo, se reportó un incremento, teniendo una medición de 18.10% de los niños entre 5 y 11 años que la presentan. Este resultado es grave y relevante, al ser el único indicador de impacto con el que contaba el programa en su momento.

En el anexo C, se encuentra la Tabla 2.7 que contiene la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa (MIR) del Pp U008: Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes.



2.2.3 Calificación de los Programas presupuestarios asignada por el CONEVAL entre el 2008 y el 2016

Cada año el CONEVAL realiza un análisis de la calidad de la Matriz de los Indicadores para los Resultados (MIR), evalúa el diseño general de los objetivos de un programa y la construcción particular de los indicadores que se asocian a cada objetivo que lo compone. A continuación se presenta, en la Tabla 2.8, el diagnóstico de los programas evaluados por el CONEVAL junto con la calificación total, de diseño y de indicadores otorgada, así como su clasificación.



Tabla 2.8
Diagnóstico Matriz de Indicadores por Resultados (MIR). Base de Datos.Ramo 12 Salud
elaborada por el CONEVAL

Año	Clave Pp	Nombre Programa	Calificación Total (CT)	Calificación Diseño (CD)	Calificación Indicadores (CI)	Semaforización Calificación Total Calificación de Diseño Calificación de Indicadores
2008	S037	Comunidades Saludables	50%	66.8	100	Moderado Moderado Destacado
2010	S037	Comunidades Saludables	42%	63.2	28.0	Oportunidad de Mejora Moderado Oportunidad de Mejora
2012	S037	Comunidades Saludables	55%	71	28.0	Adecuado Oportunidad de Mejora
2014	U008	Prevención contra la Obesidad	41%	14.3	62.5	Oportunidad de mejora Oportunidad de mejora Moderado
2016	U008	Prevención y Control de sobrepeso, obesidad y diabetes	82%	71	88	Adecuado Adecuado Destacado

Nota: calificación general o total (CT); calificación del diseño de los objetivos (CD); calificación del diseño de los indicadores (CI).

Fuente: Elaboración propia basada en Base de datos de MIR y CONEVAL.



Como se observa en la Tabla 2.8, el Programa de Comunidades Saludables, tanto en su diseño como indicadores, presenta una calificación menor al 55%, y en la semaforización está catalogado como moderado a oportunidad de mejora. Pero si se le relaciona con el PAE de Entornos y Comunidades Saludables, resalta que el desempeño y la cobertura del programa a nivel nacional presentó deficiencias.

En el 2015, el Programa **U008** obtuvo calificaciones deficientes, y fue catalogado con oportunidades de mejora. En el 2016, ya rediseñado, se considera adecuado, incluso como destacado. Esto es contradictorio porque el único indicador de impacto con el que cuenta es la prevalencia de obesidad en niños entre 5 y 11 años de edad, en la cual no se obtuvo un resultado positivo.

2.2.4 Diagnóstico de los programas sobre promoción de la salud, prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares

Con base en los resultados encontrados en las evaluaciones realizadas por el CONEVAL y la SHCP, el seguimiento de los programas de acción específica estudiados —reportados en el boletín “Caminando a la Excelencia” de la Dirección General de Epidemiología—, así como los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 y 2018²⁷ —que reportan un incremento en la prevalencia de obesidad y diabetes—, es posible afirmar que los objetivos buscados por los programas no se están cumpliendo.

Los Programas presupuestarios **U008** y **P018** presentan un problema de conceptualización del problema a atacar, refle-

²⁷ Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2018, revelan que las cifras de sobrepeso y obesidad a nivel Nacional no han disminuido, por el contrario, ha aumentado. De acuerdo con los resultados de la medición, entre 2012 y 2018, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad pasó de 34.4% a 35.6% en niños de 5 a 11 años de edad, de 34.9% a 38.4% en adolescentes de 12 a 19 años, y los adultos (20 años y más) aumentó de 71.3% a 75.2%. El aumento de la prevalencia en mujeres adolescentes es verdaderamente alarmante, ya que pasó de 35.8% a 41.1% en 2018.

La prevalencia de la diabetes en la población mexicana mayor de 20 años de edad pasó de 9.2% en 2012 a 10.3% en 2018, esto con base en un diagnóstico previo de la enfermedad. Un dato interesante reportado por la encuesta es que el 46.4% de los adultos con diabetes no realiza alguna medida preventiva para retrasar o evitar sus complicaciones. Y el 14% de la población nacional se encuentra en estado prediabético (glucosa entre 100 y 120 mg/dl).



jado en el diseño de los mismos, como expliqué anteriormente. Asimismo, ambos programas presentan problemas en los objetivos de los distintos indicadores.

La gestión del programa **U008**, reflejada en los componentes y actividades, se encuentra mezclada, confusa y poco específica en cuanto a las acciones a realizar.

Los recursos públicos invertidos en la implementación de los Programas presupuestarios mencionados (**U008** Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, **P018** Prevención y control de enfermedades, **P014** Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y lesiones, **S037** Programa Comunidades Saludables y **U009** Vigilancia epidemiológica) desde el 2012 al 2017, suman un total de 10 mil 873 millones 67 mil 832 pesos (\$10,873,067,832.00). Una cantidad considerable que hace necesario replantear la organización y estructura ocupada en la implementación de los programas.

2.3 Secretaría de Salud. Operatividad e implementación de los programas

2.3.1 Historia de la Secretaría

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 se establece la creación del Departamento de Salubridad Pública como una dependencia de la Secretaría de Gobernación. En 1937 dicha unidad sufre una separación en dos departamentos, el de Salubridad Pública y el de Asistencia Social Infantil, el cual, más adelante, se transforma en el Departamento de Asistencia Pública. Es hasta 1943 cuando se fusionan ambos para crear la nueva Secretaría de Salubridad y Asistencia. En 1985 dicha secretaría se transforma en lo que hoy conocemos como la Secretaría de Salud (INAP:2015).

2.3.2 Funciones de la Secretaría

Las principales funciones de la Secretaría de Salud, con base en el Artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública (DOF 30/12/2015), son:



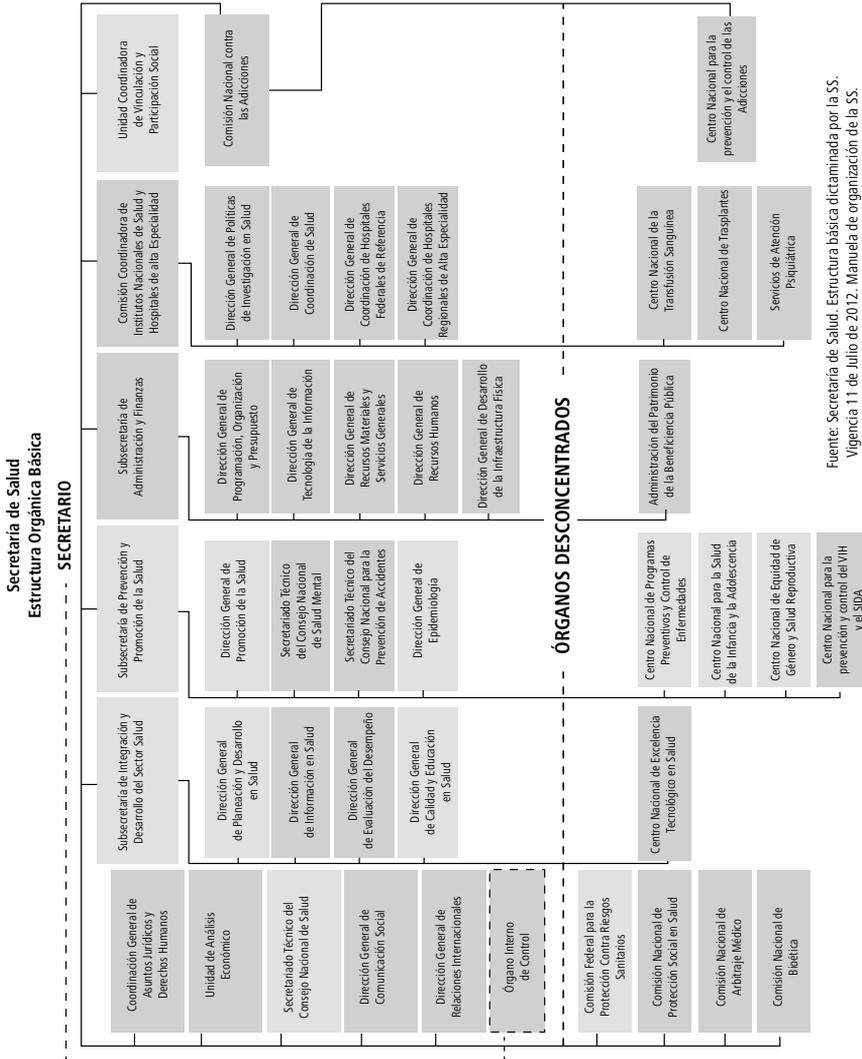
- Establecer y conducir la política Nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y por programas afines que, en su caso se determinen.
- Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

También le corresponde a la Secretaría propiciar y coordinar la participación de los sectores social y privado en el Sistema Nacional de Salud, y lo relacionado a la salud pública, así como vigilar y velar sobre el tema de la salubridad general que las leyes le dan al poder Ejecutivo, en el cumplimiento de la Ley General de Salud.

En la Estructura Orgánica Básica de la Secretaría de Salud (DOF, 20-02-2012), que se presenta en el gráfico 2.6, se muestra que hasta el año 2018 la secretaría se dividía en tres subsecretarías. Siendo la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y las dos direcciones generales adscritas a la misma –la de Promoción de la Salud y la de Epidemiología– las unidades administrativas foco del presente estudio.



Gráfico 2.6 Secretaría de Salud Estructura Orgánica Básica



Fuente: Secretaría de Salud. Estructura básica dictaminada por la SS. Vigencia 11 de Julio de 2012. Manual de organización de la SS. DOF publicado viernes 17 de Agosto de 2012. p. 67



2.3.3 Unidades de la Secretaría de Salud con competencias de promoción de la salud y prevención de obesidad y ECNT

El aparato burocrático de las unidades administrativas de la Secretaría de Salud, hasta el año 2018, era bastante amplio. Contaba con al menos 28 oficinas que entre sus competencias incluyen la promoción de la salud y la prevención, control y tratamiento de la obesidad y de las ECNT. Ese número de oficinas se conforma por las contenidas en la Dirección General de Promoción de la Salud, en la Dirección General de Epidemiología, en el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) y otras áreas de la misma Secretaría (Nissán, 2018).²⁸

Se observa que hay una alta concentración administrativa central. Se menciona que debe haber una concurrencia entre los tres órdenes de gobierno más no se explicita concretamente como se deberá llevar a cabo la vinculación y sincronización de la ejecución de los programas y acciones conjuntas.

En la siguiente tabla 2.8 se presenta la distribución y número de oficinas cuyas funciones se relacionan con la promoción de la salud y la prevención de la obesidad y ECNT en la Secretaría de Salud.

²⁸ Nissán Schoenfeld, Esther. (2018); *"Gobernanza para la Salud: Una nueva estructura y organización para la Promoción de la Salud y la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles"*; Tesis Doctoral, Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).



Tabla 2.8

Unidades Administrativas de la Secretaría de Salud cuyas funciones se relacionan con la promoción de la salud y la prevención de obesidad y ECNT

Nombre de la Unidad Administrativa	Número de Unidades Adscritas	Número de Unidades con funciones de PS y prevención, control y tratamiento de ECNT
Secretaría de Salud	43 29 unidades 14 Órganos Desconcentrados)	9 3
Dirección General de Promoción de la Salud	6	6
Dirección General de Epidemiología	19	5
CENAPRECE	5	5
Total		28

Fuente: Elaboración propia con base en los organigramas básicos de la S.S. y su Reglamento interior.

2.3.4 Duplicidad de las funciones de las Unidades Administrativas que conforman a la Secretaría de Salud federal

El reglamento interno de la Secretaría de Salud, así como los manuales de operación de algunas unidades administrativas, denotan duplicidad de acciones entre varias oficinas. En la Tabla 2.9, se plasman las duplicidades mencionadas.



Tabla 2.9
 Duplicidades en las funciones de las unidades administrativas que conforman la Secretaría de Salud federal 2013-2018.

Funciones	Unidades Administrativas de la Secretaría de Salud	Artículos
<p>Vinculación con Organizaciones y Grupos de la Sociedad Civil y Participación Social.</p> <p>Impulsar la participación de la sociedad y de la comunidad en las acciones de PS</p>	<p>Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector salud</p> <p>Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud</p> <p>Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social</p> <p>Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)</p> <p>Dirección General de Promoción de la Salud, Subdirección de Participación Social en Salud.</p>	<p>Artículo 9. Fracción XII.</p> <p>Artículo 10. Fracción XIV (Reglamento: 9).</p> <p>Artículo 13. Fracciones II, III, IV, V. Del Reglamento.</p> <p>Artículo 45. Fracción X. Reglamento. P: 55.</p> <p>Artículo 45. Fracción VIII del Decreto Reforma Reglamento (SS, noviembre,2012).</p> <p>Punto 1.7.1.0.3.3 del manual (p: 43).</p> <p>Artículo 28. Fracciones IV, IX, XII y XX. Reglamento (pp: 33-35).</p>
<p>Definir estrategias de comunicación social, comunicación educativa, elaboración de materiales didácticos, gráficos y audiovisuales para la educación y promoción de la salud, campañas de información a la comunidad.</p> <p>Definición, instrumentación, supervisión y evaluación de las estrategias y los contenidos de los materiales de comunicación social.</p>	<p>Dirección General de Promoción de la Salud</p> <p>Subdirección de Mercadotecnia Social</p> <p>Dirección de Comunicación Social</p> <p>Dirección General de Calidad y Educación en Salud</p> <p>Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)</p>	<p>Manual de organización específico de la DGPS. Punto: 1.7.1.0.1.2. p: 31.</p> <p>Artículo 19. Fracción III, IV. Reglamento P: 23.</p> <p>Artículo 45. Fracción V. Decreto del reglamento. P: 38.</p>

(continúa)



(continuación)

Funciones	Unidades Administrativas de la Secretaría de Salud	Artículos
	<p>Dirección del Programa de Salud en el adulto y en el anciano</p> <p>Dirección General de Epidemiología</p> <p>Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia</p>	<p>Manual de Organización Específico CENAPRECE. Punto 1.7.5.1.1 P:57</p> <p>Artículo 32 Bis 2 Fracción IV. Decreto P: 32.</p> <p>Artículo 47. Fracción X P. 59.</p>
Capacitación y educación en salud y actualización de los recursos humanos de la secretaría.	<p>Dirección General de Calidad y Educación en Salud</p> <p>Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud</p>	<p>Artículo 18. Fracción I.</p> <p>Artículo 25. Fracción XVII.</p>
Elaboración de Normas Oficiales	<p>Dirección General de Calidad y Educación en Salud</p> <p>Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)</p>	<p>Artículo 18. Fracción III, IV, V.</p> <p>Artículo 45. Fracción VII.</p>
Certificación del desempeño de las localidades y jurisdicciones sanitarias, entidades federativas, comunidades y regiones	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)	Artículo 45. Fracción IX.
Investigación	<p>Dirección general de Políticas de Investigación en Salud</p> <p>COFEPRIS</p>	Artículo 26. Fracción I, II, III.

(continúa)



(continuación)

Funciones	Unidades Administrativas de la Secretaría de Salud	Artículos
<p>Programas y acciones relacionados con Promoción de la salud, prevención de enfermedades crónicas y control.</p> <p>Proponer políticas y estrategias nacionales en materia de programas preventivos de salud y de ECNT, y evaluar su impacto y el de los programas en materia de prevención</p>	<p>Subsecretaría de Prevención y promoción de la Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DGPS ▪ CENAPRECE <p>Dirección General Adjunta de Programas Preventivos</p> <p>Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud: Proyecto Modelo de Atención Integrada (MAI) 	

Fuente: Elaboración propia basada en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en el Manual de Organización General de la Secretaría de Salud y en el manual Específico de Organización de la Dirección de promoción de la Salud.



Por otro lado, en el organigrama de la Secretaría quedan sin estar vinculadas la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, el centro Nacional de excelencia Tecnológica en salud (Telesalud) y la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social. Es muy necesario hacer sinergia, entre las unidades mencionadas en la tabla anterior, para la promoción de la salud.

2.3.5 Secretaría de Salud federal y los municipios: Red Mexicana de Municipios por la Salud A.C.

En marzo del 2003, como iniciativa de la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), se constituye una asociación civil denominada “Red Mexicana de Municipios por la Salud”, con la entidades incorporadas al Programa de Comunidades Saludables que contaban con el reconocimiento de la Secretaría de Salud. El objetivo principal es promover y preservar la salud en los municipios, así como generar intercambio de experiencias y una colaboración. Se inició con tres municipios (Álamos, Sonora; Zapopan, Jalisco; Santa Catarina, Nuevo León) pudiéndose integrar la totalidad de los municipios del país siempre y cuando cumplieran con los requisitos establecidos por el Programa de Comunidades Saludables.

El programa está dividido en tres etapas.

- La primera: Municipio Saludable Incorporado, que indica cuando el municipio cuenta con un Comité Municipal de Salud en funcionamiento.
- La segunda: Municipio Saludable Activo, que es cuando ya está cumpliendo con un plan de trabajo que incluye lo siguiente:
 1. Dotación de agua limpia a sus comunidades.
 2. Manejo higiénico y disposición final de la basura.
 3. Control y estabilización de los perros.
 4. Control de la fauna nociva.
 5. Mejoramiento de los mercados municipales.
- La tercera: Municipio Saludable Acreditado, es cuando además de los puntos anteriores, se establece el compromiso de implementación y desarrollo de un programa municipal



de promoción de la salud que cuando menos tenga un proyecto vinculado a la prevención y promoción de salud.

La Red Mexicana de Municipios por la Salud cuenta con una página web oficial en la que se presentan sus aspectos generales, materiales de las reuniones anuales, algunas buenas prácticas y la posibilidad de acceder a una plataforma, que es manejada por personal de la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS). A través de ella, se puede entablar un diálogo entre los miembros de la red, aunque en forma rudimentaria, ya que es a través de un correo electrónico que pasa a través de la coordinación y lo remite a la persona a la que se dirige el mensaje. Debe decirse que en ninguna parte de la página se menciona cuáles son los municipios participantes, qué tipo de acreditación tienen, los programas municipales de promoción de la salud realizados por ellos y los resultados o alcance de dichos planes.

Dentro de los materiales que se incluyen en la página se encuentra una Guía para Autoridades Municipales en materia de Salud Pública y Local²⁹ (Secretaría de Salud, 2015) elaborada como parte del Programa de Entornos y Comunidades Saludables, desarrollada por la DGPS. Un aspecto muy importante de la guía es que presenta como un reto para los municipios fortalecer la reglamentación (normas administrativas) y los bandos municipales a favor de la salud y el bienestar de las comunidades.

2.3.5.1 Algunos hallazgos

Según información publicada en la Guía, hasta el año 2015 se habían incorporado 1,513 municipios al programa; se ha apoyado a 1,059 proyectos municipales vinculados a la salud pública; realizado 22 reuniones nacionales de la Red Mexicana de Municipios por la Salud, y presentado más de 500 experiencias municipales. La información sobre las redes estatales y los municipios activos en el año 2019 no está presente en su sitio web o página oficial (<http://www.promocion.salud.gob.mx/red/>), aunque existe información valiosa sobre la temática, conferencias, experiencias y carteles de promoción de la salud de los municipios participantes, así como sus presentaciones de las últimas tres reuniones anuales (XXI, XXII, y XXIII) llevadas a cabo en 2014, 2015 y 2016.

²⁹ http://www.promocion.salud.gob.mx/red/descargables/1_Guia_de_autoridades_municipales.pdf



En agosto de 2015, cuando se llevó a cabo la XXII Reunión Nacional de la Red mencionada, contaba con 26 redes estatales activas y 6 inactivas, y para noviembre de ese mismo año esa cifra cambió a 16 redes activas y 16 inactivas, debido a los cambios de gobierno y administraciones públicas municipales derivados del proceso electoral de 2015 (Secretaría de Salud, 2015: 23-24).

A través del Programa de Acción Específica “Comunidades Saludables” (Programa presupuestario S037) se otorgaba hasta 500,000 pesos, además que el Municipio beneficiado tenía que aportar la misma cantidad aportada por la Secretaría de Salud, lo que hacía un monto hasta de un millón de pesos para realizar las actividades de promoción de la salud en la localidad.

Una observación importante, deducida del análisis de los apoyos económicos dados, es que los proyectos son distintos entre sí, con temáticas muy variadas, que generalmente tenían una duración de menos de un año (8 meses en promedio) y no había continuidad ni seguimiento para los años posteriores. Por las mismas reglas de operación del programa, no se permitía otorgar el apoyo dos años consecutivos al mismo proyecto, lo que disminuye el impacto de las acciones realizadas.

Una tarea pendiente es hacer un seguimiento de los municipios apoyados y saber qué pasó con los proyectos, si se tuvo realmente un cambio efectivo en la modificación de hábitos o el estilo de vida de las personas. A la fecha no existen datos públicos con dicha información.

Algunos de los municipios apoyados por el Programa de Entornos y Comunidades Saludables presentaron sus iniciativas en la reunión anual con proyectos adecuados a las necesidades de su localidad. Sin embargo, tras su aplicación, solamente el 50 por ciento presentó resultados de la iniciativa. Cabe mencionar que en 2016 ya no se otorgaron recursos públicos directamente al programa S037 Comunidades Saludables. Este fue fusionado con el programa P018 Prevención y Control de Enfermedades.

El avance que ha tenido la Secretaría de Salud en la red de municipios por la salud es importante. Se sugiere complementar con actores no gubernamentales presentes en la localidad, participando corresponsablemente en un sistema de gobernanza.



En promedio, entre el 2014 y el 2016 se apoyaron a 150 municipios por año con recursos públicos. En la tabla 2.10 presente en el Anexo D se muestran algunos ejemplos de dichos proyectos de promoción de salud que se presentaron en la Conferencia Anual de la Red de Municipios Mexicanos por la Salud, clasificados por localidad, temática, proceso y resultado.

2.4 Sistema Nacional de Salud (SNS)

Aunque no es el foco directo del presente libro, es importante entender al sistema de salud como un todo que responde a las necesidades de la población.

La Secretaría de Salud es la responsable de “establecer y conducir” la política nacional en los rubros de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como de coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal (Art. 39, Ley Orgánica de la APF). Es el eje rector que guía y coordina las acciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Reglas de operación, DOF,6-10-10).

El SNS en México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a su vez dos partes:

1. El Sistema de Seguridad Social, que integra a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, entre otros) que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía.
2. Las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social. Dentro de las que se incluía, hasta el 2018, el Seguro Popular de Salud, la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades.

El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago (Murayama-Ciro, Ruesga M. Santos, 2016).

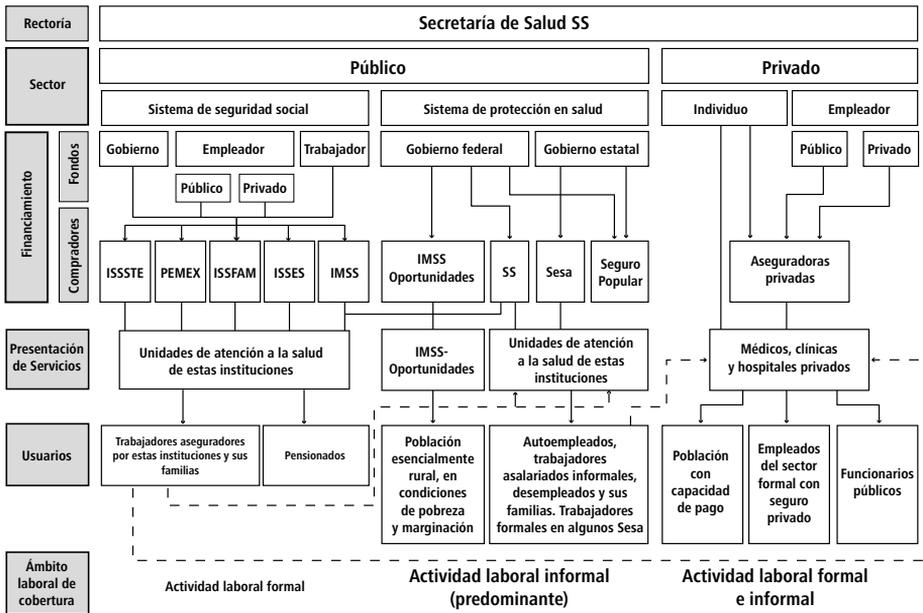
A partir del 2019, el Senado de la República aprobó la reforma que desaparece al Seguro Popular y crea el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI). La creación de este Instituto busca establecer un acceso a la cobertura universal en salud y atender a los 53 millones de personas que no forman



parte de la formalidad laboral. Su entrada en operación se prevé para enero del 2020.

En el gráfico 2.7 se presenta un esquema sobre la estructura básica del SNS en México.

Gráfico 2.7
Estructura del Sistema Nacional de Salud en México.



Fuente: Murayama, Ciro y Ruesga M., Santos (coords) (2016) *Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México*; México UNAM.

Como se puede observar en el gráfico 2.7, el SNS sigue siendo un sistema fragmentado. Desafortunadamente, a la fecha todavía no se ha concretado la universalización de la salud en nuestro país.



2.4.1 Estrategias y acciones de algunas instituciones del SNS

A continuación se describen brevemente algunas de las estrategias y acciones relacionadas con la promoción de la salud implementadas por el IMSS, ISSSTE, Seguro Popular y DIF.

2.4.1.1 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

En el 2002, el IMSS realizó cambios estructurales e integró la prevención en los procesos de salud por grupos de edad. Esa fue la entrada a la Atención preventiva Integrada, que hasta el año 2018 se conocía como “chequeo anual PREVENIMSS” (Programas Integrados de Salud). Se trataba de una estrategia de prestación de servicios de promoción de la salud; evaluación del estado nutricional; atención preventiva, detección temprana, y control de enfermedades, entre otras acciones (González P., Rosales Piñón A., *et al*, 2014:10-12).

En el periodo 2007-2012, implementó un proceso de mejora de la medicina familiar, que incluía en su estrategia un reordenamiento de las acciones y la sistematización de la prestación de los servicios preventivos, a través de programas de salud en diferentes etapas de la vida (niño, adolescente, mujer, hombre y adulto mayor), enfocados en la nutrición, detección, prevención y control de enfermedades, salud bucal, entre otros (Estrategia PrevenIMSS:2014). También habían desarrollado un Programa Institucional para la Prevención y Atención a la Diabetes (DIABETIMSS).

El programa del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 presentó cinco objetivos:

1. Contribuir a la universalización del acceso a la salud.
2. Fortalecer los ingresos.
3. Incrementar la productividad.
4. Mejorar el modelo de atención a la salud.
5. Mejorar la atención de las prestaciones económicas y sociales.

Es en el cuarto objetivo en el que incluía las actividades de (PREVENIMSS), sobre fortalecer estrategias de educación participativa para el autocuidado de la salud (Programa Institucional del IMSS 2014-2018:34-45).



2.4.1.2 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

En febrero del 2010, fue activado el Programa PrevenISSSTE, un Modelo de Atención Preventiva cuyos objetivos fueron:

- La promoción de la salud y la prevención y control del sobrepeso y la obesidad .
- La detección de cáncer de mama y cérvico uterino, así como de diabetes, entre otras enfermedades prevenibles.
- La promoción de la salud, de una sana alimentación y la práctica de ejercicio en forma regular.

Además, se elaboró el Programa de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE).

En la misma fecha se inició el Programa Preventivo Personalizado y Masivo de Salud, “PrevenISSSTE cerca de ti”, con la implementación de una plataforma electrónica. Era una herramienta que ofrecía información en relación a factores de riesgo para enfermedades crónico degenerativas (diabetes, hipertensión, cáncer –mama, cervicouterino y próstata–, sobrepeso y obesidad, así como abuso de sustancias –alcohol, tabaco, drogas–). Brindaba recomendaciones para mejorar las determinantes de salud, estimulando hábitos y conductas saludables (PrevenISSSTE).

Estos programas funcionaron hasta el 2018. A partir del 2019 se cuenta con el programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y la Obesidad (PPRESyO).

2.4.1.3 Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud fue un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa que fue el responsable de financiar la provisión de los servicios de salud a la población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud.

El Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular ofrecía, hasta el año 2018, servicio a todas aquellas personas que viven en México y que no eran derechohabientes de una institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE, otras).



Las enfermedades e intervenciones médicas que cubría eran más de 250. De las cuales, las primeras 20 del cuadro se enfocaban en la parte preventiva: vacunas o acciones provisorias en los distintos grupos de la población.

2.4.1.4 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF o DIF)

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF o DIF Nacional) se fundó en 1977. Es un organismo público descentralizado, con patrimonio y personalidad jurídica propia, normado por la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social. Tiene como objetivos principales promocionar la asistencia social y prestar servicios para desarrollar el bienestar de las familias mexicanas. Debe actuar en coordinación con dependencias federales, estatales y municipales en el diseño de políticas públicas, operación de programas, prestación de servicios y realización de diversas actividades en la materia.

En la actualidad, año 2019, el DIF Nacional cuenta con una Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario, a través de ella busca entablar una coordinación entre los tres ordenes de gobierno, enfocándose en el bienestar y la salud comunitaria. Cuenta con el Programa “Salud y Bienestar Comunitario” (PSBC), anteriormente denominado “Comunidad DIFerente”, el cual se enfoca en dar apoyo para lograr comunidades saludables autogestivas y empoderadas. Este programa apoya a comunidades de alta y muy alta marginación con procesos de organización y participación social, desarrollando las capacidades de la población para mejorar la salud comunitaria, está iniciando su operación en 2020, y básicamente incluye ocho componentes: Alimentación correcta y local, autocuidado, economía solidaria, sustentabilidad, espacios habitables, gestión integral de riesgos, recreación y manejo del tiempo libre. Las reglas de operación 2020, exponen que se pudiesen otorgar hasta 600,000 pesos para cada uno de los proyectos locales que cumplan con los requisitos. De funcionar correctamente, este programa será una excelente forma para gestionar el desarrollo de la salud comunitaria.³⁰

³⁰ Programa de Salud y Bienestar comunitario (2020) Reglas de operación; Sistema Nacional DIF, 2020.



El Programa presupuestario correspondiente es el S251 Programa de Salud y Bienestar Comunitario, modificándose algunos de los alcances y componentes del mismo.

En el ámbito municipal, a modo de ejemplo, en el Municipio Huixquilucan, la presencia del DIF, que forma parte del Sistema DIF Municipal del Estado de México, es importante para sus habitantes. Cuenta con proyectos relacionados con la promoción de la salud y prevención de enfermedades como es la formación de una cultura alimentaria, a través hábitos saludables que creen conciencia en las familias mediante la impartición de pláticas y talleres de orientación alimentaria. También brindan desayunos escolares comunitarios, entre otras actividades.³¹

2.4.2 Diagnóstico del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el tema de la promoción de la salud y la prevención primaria de la obesidad y las ECNT (diabetes)

Como se puede observar en los apartados anteriores, el SNS y sus acciones de promoción de la salud y especialmente las de prevención de enfermedades como la obesidad y la diabetes, se encuentra fragmentado y descoordinado. Cada una de las entidades desarrollan sus propios programas y acciones.

Tanto el IMSS como el ISSSTE cuentan con estrategias de prevención para la diabetes y la obesidad (PrevenIMSS, DIABETIMSS, PrevenISSSTE). El Seguro Popular contaba con 20 intervenciones de tipo preventivo. Sin embargo, las muertes por diabetes y enfermedades cardiovasculares tienen una tendencia al alza³² (siendo la primera y segunda causa de mortalidad en el país respectivamente).

El Sistema Nacional DIF también cuenta con sus propios programas a nivel Nacional y municipal. A la fecha no se encontraron publicadas mediciones de resultados y de impacto de la efectividad de los programas.

³¹ Sistema Municipal DIF Huixquilucan. Programa Trienal de Asistencia Social 2016-2018, pp: 20-54.

³² Muertes por diabetes en 2012: 85,055, 2013: 89,469, 2014: 94,029, 2016:105,572 y 2017: 106,525. Muertes por enfermedades cardiovasculares 2016: 97,743. Cifras oficiales reportadas por INEGI y SINAIS 2016.



2.5 Políticas Públicas 2019 para el control de la epidemia de obesidad y diabetes.

A continuación se exponen de modo muy breve algunas de las acciones que la nueva administración (2019 - 2024) está empezando a implementar para combatir la pandemia de mala nutrición, obesidad y diabetes, y sus comorbilidades, así como el deterioro de la salud de la población en México.

Juan Rivera Dommarco, Director General del Instituto Nacional de Salud Pública, presentó la política integral para prevención de la obesidad, en el Foro Internacional de Alto Nivel en Prevención de Obesidad infantil llevada a cabo en diciembre del 2019.

Se creó un grupo de trabajo intersectorial denominado Grupo Intersectorial de Salud, Alimentación, Medio Ambiente y Competitividad (GISAMAC) integrado por las Secretarías de Salud, de Agricultura, de Hacienda, del Bienestar, de Educación Pública, el Sistema Nacional DIF (SNDIF), el Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI), la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), la SEGALMEX (Seguridad Alimentaria Mexicana), la CONAGUA (Comisión Nacional de Agua), el Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA) y el Poder Legislativo. Este grupo tiene el fin de trabajar en todo el proceso del sistema alimentario como determinante del estado de salud y nutrición, desde la producción de alimentos, su procesamiento, la distribución y el abasto, el ambiente alimentario, lo que lleva al consumo, y como resultado final el estado de salud y nutrición del individuo.

Rivera Dommarco (2019)³³ afirma que dada su naturaleza multifactorial, la adopción de una alimentación saludable requiere de un paquete de intervenciones múltiples, con enfoque multisectorial y sistémico; ya que ninguna acción aislada, por sí sola será suficiente para resolver el problema, será la suma del efecto de varias acciones lo que dará resultados.

Explica que algunas de las acciones en las que se trabajará, iniciando en el año 2020, son:

³³ Rivera Dommarco J. (2019) Presentación en Foro Internacional de Alto Nivel en Prevención de Obesidad infantil; Políticas de prevención de obesidad en México en el contexto del Grupo Intersectorial de Salud, Alimentación, Medio Ambiente y Competitividad (GISAMAC); Diciembre 2019.



- Transformar el sistema alimentario mediante regulaciones, normas, lineamientos, y leyes. Por ejemplo, las medidas fiscales como los impuestos a refrescos, a productos no saludables, subsidios a productos saludables; modificar el etiquetado de alimentos a uno de advertencia; regulación del expendio de alimentos y bebidas en guarderías y escuelas; protección y apoyo de la lactancia materna en madres trabajadoras, entre otras acciones.
- Convertir los entornos proclives a la alimentación no saludable, en ambientes promotores de dietas saludables. Por ejemplo, mejorar la calidad, confianza y abasto de la red de agua potable; restringir la publicidad de alimentos y bebidas no saludables a niños en horario extendido, entre otras acciones.
- Generar la voluntad de adopción de dietas saludables mediante comunicación educativa, consejería nutricional a madres de menores de 5 años, orientación alimentaria en educación básica y en Atención primaria a la Salud, entre otras.
- Prevención, detección oportuna y tratamiento de la obesidad en la Atención Primaria a la Salud.

Un aspecto relevante a resaltar, pienso sea importante para tener éxito en el combate a la pandemia de obesidad y diabetes, es el trabajo comunitario a través de educación participativa, y la creación del sistema de gobernanza, donde se incluyan a otros actores no gubernamentales en la resolución del problema común, es la corresponsabilidad y trabajo conjunto con las comunidades de las localidades.

2.6 Comentarios finales al capítulo

La administración pública federal cuenta con Programas de Acción Específica para la promoción de salud y prevención y control de la obesidad y las ECNT. Sin embargo, pudo observarse en los resultados y evaluación de los programas, que no se están alcanzando los objetivos planteados. La cifra de personas con sobrepeso, obesidad y diabetes sigue en aumento.

Al analizar los programas se hizo evidente que se necesita una nueva conceptualización de los mismos (**P018, U008 y S037**). En un mismo programa se incluyen muy diversos temas y por ende acciones muy diferentes.



Es vital recordar que la protección de la salud debe estar basada en la promoción de la salud y la prevención primaria de obesidad y diabetes; esto es, cuando las personas todavía no están enfermas. Lo que se requiere es que las acciones estén enfocadas en dar herramientas y habilidades a las personas para que no caigan en la enfermedad. Por otro lado, si la persona ya presenta dichos padecimientos debe acudir a la atención médica, es decir, al control y tratamiento. De allí deriva la sugerencia de separar o volver a conceptualizar los programas.

J. Rivera Dommarco (2018), expone que la estrategia nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes llevada a cabo el sexenio pasado (2013-2018) ha sido insuficiente. “Su componente educativo tampoco ha logrado motivar a la población a adoptar una alimentación más saludable y a realizar más actividad física. Estos dos elementos, así como la modificación del entorno y la motivación de cambio, son indispensables para revertir las altas prevalencias de sobrepeso y obesidad en México.”³⁴

Por otro lado, se expone en la publicación mencionada, que no se cuenta con indicadores que permitan identificar si las intervenciones han tenido los resultados esperados...“ Las acciones del eje de atención médica y de salud pública deben evaluarse a la brevedad para conocer su efectividad y rediseñarse en caso necesario... En México, generalmente el diseño e implementación de las estrategias de promoción de estilos de vida saludables no se basan en las mejores prácticas para cambios del comportamiento, por lo que tienen poco potencial de impacto...”³⁵

A su vez, existe una fragmentación en la planeación y elaboración de los programas federales, estatales y municipales. Los programas federales abarcan al país, pero en cada entidad federativa desarrollan los propios, e incluso algunos municipios hacen los suyos. Lo que no permite una adecuada coordinación: duplicando las funciones e incrementando el gasto, lo que pulveriza las acciones, incluso a veces sin llegar a los ciudadanos (Nissán, 2018).

³⁴ Rivera Dommarco J., Colchero A., Fuentes M.L., Gonzalez de Cosío T., et. al. Editores (2018); “*La Obesidad en México: estado de la Política Pública y recomendaciones para su prevención y control*”; Instituto Nacional de salud Pública; México.

³⁵ Idem. p: 17.



CAPÍTULO 3

MARCO LEGAL: LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL



CAPÍTULO 3

MARCO LEGAL: LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL

El presente capítulo está enfocado en mostrar el sustento legal para el Modelo Propuesto, partiendo de que la protección a la salud es un derecho humano fundamental. El análisis se inicia con los tratados internacionales a los que México está suscrito y sigue con los ordenamientos nacionales, desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las leyes relacionadas al tema de la salud y las involucradas en la organización del Estado que gestionan la salud, hasta llegar a los ordenamientos locales, profundizando en las competencias municipales que otorga el artículo 115 constitucional y el derecho a la salud.

También se aborda brevemente la reglamentación que permite establecer la relación y el involucramiento de los ciudadanos con el sector público. Se muestra la legalidad relacionada con el Sistema Democrático de Planeación, cómo los ciudadanos pueden y deben participar en el desarrollo del Plan Nacional que guía las acciones de la administración pública y encamina el progreso del país, así como el bienestar de los ciudadanos. Se describen los aspectos relevantes de la Ley de Planeación y las leyes relacionadas con la participación ciudadana y las organizaciones de la sociedad civil.

3.1 Tratados internacionales

3.1.1 La protección a la salud como un derecho humano fundamental y universal

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) es de gran relevancia para la salud. En este documento se reconoce el derecho a la salud de cualquier individuo. En su artículo 25 dice:

Toda persona tiene derecho a un nivel adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros de



desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por las circunstancias independientes de su voluntad.

Otra declaración importante de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) fue el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), a la que el gobierno de José López Portillo se adhiere y firma en marzo de 1981. El artículo 10 de esta declaración proclama “se conceda a la familia la más alta protección, así como a las mujeres en tiempo de gestación, y señala la necesidad de adoptar medidas de protección y asistencia a favor de los niños”.

En el artículo 11 proclama:

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia.

Y en el 12:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos los aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas...”

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas emitió en el año 2000 la *Observación General* Número 14: “**El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud**” en relación al artículo 12 del Pacto, donde se especifica que el derecho a la salud está directamente relacionado y depende de otros derechos humanos como el de la igualdad o el derecho a una vida digna, del cual se desprende el derecho al



agua (es competencia municipal proporcionar los servicios públicos de agua a los ciudadanos). Además, el artículo 12 del Pacto no se limita a la **“atención oportuna y apropiada de las enfermedades”**, pues **incluye otros factores determinantes de la salud, incluso la necesidad de la participación comunitaria en la toma de decisiones en este tema.**

Otro pacto internacional que merece ser mencionado es el Pacto de San José, firmado en la Convención Americana sobre Derechos Humanos. En su artículo 4 habla sobre el **“Derecho a la Vida: no comprende solo el derecho de todo ser humano a no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también al derecho a que no se generen condiciones que le impidan o dificulten el acceso a una existencia digna”**. En este caso, el **Estado debe protegerlo y garantizarlo, “generando las condiciones de vida mínimas compatibles con la dignidad de la persona humana”** (Nettel Barrera, Alina del Carmen, 2013).

El “Protocolo de San Salvador” (1988), adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, firmado por México en noviembre de ese año, es considerado el instrumento que recoge puntualmente el derecho a la salud: en su artículo 10 estipula que **“toda persona tiene derecho a la salud; que el Estado debe reconocer la salud como un “bien público”, y que debe garantizar este derecho a través de diversas acciones**. Algunas de estas son: la atención primaria a la salud puesta al alcance de todos los individuos y sus familias; la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todas las personas; la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas y de otra índole; la educación de la población para la prevención de problemas de salud, y la vigilancia de grupos vulnerables y de alto riesgo. En su artículo 11 habla sobre el derecho a un medio ambiente sano: **“toda persona tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con los servicios públicos básicos”**.

3.1.2 Promoción de la salud y Agenda Internacional

A continuación, se presentan los mandatos o cartas internacionales relacionados con el tema de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a los cuales México está suscrito.



3.1.2.1 Declaración de Alma Ata (1978): Atención Primaria a la Salud

En Alma Ata, en aquel entonces parte de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), en 1978 se lleva a cabo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, en la cual se detecta la necesidad urgente de que todos los gobiernos y el personal de salud y de desarrollo de la comunidad mundial promuevan y protejan la salud. En esta Conferencia se redacta la Declaración de Alma Ata (1978).

En su apartado V hace un llamado a los distintos países a asumir responsabilidad en el mejoramiento de la salud de sus poblaciones; se establece que **el fin último de todos los gobiernos es cuidar de la salud de sus pueblos a través de medidas sanitarias**, y se coincide en que la atención primaria de la salud³⁶ era la clave para alcanzar la meta de que para el año 2000 toda la población tuviera acceso a la salud.

Esta declaración se constituyó en un hito para movilizar a los gobiernos, a los ministerios y a las secretarías de salud de la región hacia la Atención Primaria a la Salud (APS), así como para concientizar sobre la necesidad de desarrollar un trabajo intersectorial y promover la participación comunitaria, elementos que son la base para la promoción de la salud a partir de los años ochenta.

3.1.2.2 Conferencias Internacionales para Promoción de la Salud

Se han realizado nueve conferencias internacionales sobre Promoción de la Salud (PS) desde 1986 a la fecha, en las que se establecen compromisos por parte de los países participantes. Sus contenidos se encuentran plasmados en las distintas Cartas y Declaraciones Internacionales.

³⁶ Atención primaria a la salud es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, en el que se incluye la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.



La primera Conferencia de Promoción de Salud (PS) se llevó a cabo en Canadá en el año de 1986, Carta de Ottawa y fue un parteaguas. En ella se acuña la definición de PS que tiene vigencia hasta hoy en día.

La Carta de Ottawa (1986) concreta las acciones propias de la PS en cinco grandes áreas estratégicas, mencionadas a continuación:

1. Construcción de políticas públicas saludables.
2. Creación de entornos y espacios saludables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos y culturales).
3. Participación comunitaria y empoderamiento ciudadano.
4. Desarrollo de habilidades y capacidades en las personas (estilos de vida).
5. Reorientación de los sistemas y servicios de salud (hacia la atención primaria).

La Carta aunque fue elaborada en 1986, presenta conceptos vigentes en la actualidad, ya que toma el concepto de salud como el bienestar físico, mental y emocional de la persona, por lo que la Promoción de la Salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Además, asienta que:

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad... Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud. (Carta de Ottawa, 1986:1).

La Carta señala con fuerza y claridad que para gozar de salud se necesitan los prerrequisitos mencionados, que están muy relacionados con lo que hoy se conoce como las Determinantes Sociales de la Salud (DSS); también resalta la acción y participación comunitaria como parte fundamental, y el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios hacia la atención primaria de salud.



Otro aspecto importante es que, indirectamente, menciona la necesidad de incluir a los diferentes sectores para la resolución del problema, coincidiendo con lo que hoy conocemos como gobernanza. Los gobiernos, a través de su sistema sanitario o de salud, deben actuar como mediadores:

“El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que, es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. La gente de todos los medios sociales está involucrada como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud”(Carta de Ottawa, 1986:2).

La más reciente Conferencia Mundial de PS fue llevada a cabo en Shanghai en noviembre del 2016, y se tituló “Promover la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)³⁷: Salud para todos y todos para la salud”. **El objetivo primordial de esta conferencia de alto nivel, en la que participaron expertos y encargados en la formulación de políticas, es situar a la promoción de la salud en el centro del desarrollo sostenible** (OMS, 2016).

En esta Conferencia se elabora la “**Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**”, (OMS,2016) algunos de cuyos compromisos son:

- Aplicar los mecanismos de que disponen los gobiernos para proteger la salud y promover el bienestar mediante políticas públicas;
- Reforzar la legislación, la reglamentación y la fiscalidad de los productos no saludables;
- Aplicar políticas fiscales como herramienta poderosa para posibilitar nuevas inversiones en la salud y el bienestar, especialmente en sistemas sólidos de salud pública;

³⁷ Anteriormente llamados Objetivos del milenio (2015), pero ahora es la nueva agenda 2030, donde la salud ocupa el objetivo número 3.



- Introducir la cobertura sanitaria universal como forma eficaz de lograr la protección sanitaria y financiera;
- Velar por la transparencia y la responsabilidad social y posibilitar una participación amplia de la sociedad civil;
- Reforzar la gobernanza mundial para abordar mejorar las cuestiones sanitarias transfronterizas;
- Reconocer los conocimientos sanitarios como un determinante fundamental de la salud y a invertir en su desarrollo;
- Formular, aplicar y hacer un seguimiento de las estrategias intersectoriales nacionales y locales para reforzar los conocimientos sanitarios de todas las poblaciones y en todos los entornos educativos;
- Aumentar el control de los ciudadanos sobre su propia salud y sus determinantes mediante el aprovechamiento del potencial de la tecnología digital;
- Asegurarnos de que los entornos de consumo promuevan elecciones saludables mediante políticas de fijación de precios, información transparente y un etiquetado claro (OMS, 2016)

En el Consenso de Shangai sobre Ciudades Saludables (2016:2) se reconoce el valor y la importancia de la siguiente información:

La salud se forja en el ámbito local, en los entornos de la vida cotidiana, en los barrios y comunidades en los que las personas de todas las edades viven, aman, trabajan, estudian y juegan. La salud para todos no es posible sin liderazgo en el plano local y el compromiso de los ciudadanos.

Como se observa, los temas de la novena conferencia, así como su declaración de compromisos, van de la mano con la presente propuesta.

3.1.3 ONU: Objetivos para el Desarrollo Sostenible, Agenda 2030

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se aprobó en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ella se establece una visión hacia la sostenibilidad económica, social y ambiental de los 193 Estados miembros que



la suscribieron y será la guía de referencia para el trabajo de la institución en favor de esta visión durante los próximos quince años, incluye 17 objetivos y 169 metas (ONU/CEPAL, 2015).

Los 17 objetivos, que incluyen distintas metas para su cumplimiento, son (ONU/CEPAL, 2015:9):

1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo;
2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible;
3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar en la población de todas las edades;
4. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos;
5. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas;
6. Garantizar la disponibilidad del agua potable para beber, y el agua para usos domésticos, con una gestión sostenible, garantizando el saneamiento para todos;
7. Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos;
8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos;
9. Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación;
10. Reducir la desigualdad en y entre los países;
11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles;
12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles;
13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos;
14. Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible;
15. Promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y frenar la pérdida de la diversidad biológica;
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles;



17. Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.

Como se puede observar, de ser utilizado el modelo de gobernanza propuesto, puede apoyar fuertemente al cumplimiento de diversos objetivos, como el 3 (salud), el 4 (educación), el 11 (ciudades sostenibles), el 16 (sociedades pacíficas) y el 17 (alianzas entre sociedad y gobierno, coaliciones, intercambio de conocimientos, recursos, etc.), entre otros.

3.2 La salud como parte de los derechos sociales en los Ordenamientos Nacionales

A continuación, se describen brevemente los ordenamientos nacionales, desde nuestra Carta Magna, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), hasta los artículos más relevantes y pertinentes a la promoción de la salud, así como las leyes que los reglamentan a nivel federal, estatal y municipal.

3.2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM): Artículo 1° Constitucional

El artículo 1° de la Constitución establece que “todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos por la Constitución y en los tratados internacionales que el Estado Mexicano sea parte”. Además, que todas las autoridades (se incluyen los tres órdenes de gobierno), en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promoverlos, respetarlos, protegerlos y garantizarlos (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2017: Art. 1).

Existen distintos derechos humanos reconocidos por nuestra Constitución, como son el derecho a la igualdad, a la libertad y a la seguridad. Pero el foco del presente libro es el derecho a la salud, incluido en los derechos sociales. Estos son, además de la salud, el derecho a una vida digna, a la educación, a una vivienda digna, a un medio ambiente sano, al agua y al saneamiento, a la alimentación, a la cultura física y al deporte, al trabajo y a la seguridad social. Como se puede observar, los derechos humanos sociales están directamente relacionados con los determinantes sociales de la salud.



3.2.1.1 Ley General de Desarrollo Social

Esta ley es la que reglamenta al Artículo 1º constitucional. Se aplica en todo el territorio nacional y su objetivo es garantizar los derechos sociales presentes en nuestra constitución, que son **“la educación, la salud, la alimentación nutritiva y de calidad, la vivienda, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo y la seguridad social” (Art. 6), a toda la población (Art. 1, Fracción I)**. También señala las obligaciones que el gobierno (en sus tres órdenes) debe cumplir para garantizarlos, y establece los lineamientos generales de la Política Nacional de Desarrollo Social (Art. 1, Fracción II). Establece un Sistema Nacional de Desarrollo Social en el que participan los gobiernos municipales de las entidades federativas y el federal (Art. 1, Fracción III) y determina las competencias de cada uno en materia de desarrollo social (Art. 1, Fracción IV).

En cuanto a la planeación y a la programación del desarrollo social, esta ley explicita claramente en su artículo 13 que se debe incluir a los programas municipales, planes y programas estatales, programas institucionales, regionales, así como el Programa Nacional de Desarrollo Social y el Plan Nacional de Desarrollo. Destaca: **“Los Municipios serán los principales ejecutores de los programas, recursos y acciones federales de desarrollo social, de acuerdo a las reglas de operación que para el efecto emita el Ejecutivo Federal”** (artículo 17).

Algo importante es que se puede, **a través de convenios de coordinación entre los municipios, las entidades federativas y el gobierno federal, etiquetar el gasto y destino del presupuesto del gasto social que la federación tiene destinado a la descentralización** (Art. 23).

El Sistema Nacional de Desarrollo Social (Art. 38) ayuda a coordinar la colaboración y/o concertación entre los tres órdenes de gobierno, así como con el sector privado y social. **Los ayuntamientos tienen la competencia de “formular y ejecutar el programa de Desarrollo Social”** y coordinar los programas con el gobierno de su entidad federativa, o con otros municipios (Art. 45).

Un punto que debe destacarse, con base en la Ley, es el hecho de que se cuenta con tres organismos que en cierta forma pueden considerarse como distintos tipos de gobernanza:



1. La Comisión Nacional de Desarrollo Social, la cual está formada por representantes de los tres órdenes de gobierno relacionados con la función del desarrollo social, es decir, exclusivamente funcionarios públicos, y tiene la función de recibir propuestas de los sectores privado y social respecto al desarrollo social, evaluarlas y proponer criterios para la planeación y ejecución del mismo (Art. 49).
2. La Comisión Inter Secretarial de Desarrollo Social, instrumento de coordinación entre Secretarías cuya función principal es recomendar mecanismos para garantizar correspondencia entre la Política Nacional de Desarrollo Social con la de los estados y municipios (Art. 51 y 52).
3. El Consejo Consultivo de Desarrollo Social, el cual es un órgano consultivo de conformación plural de la Secretaría de Desarrollo Social, en el que existe la participación ciudadana. Su objetivo es proponer y analizar los programas y acciones que inciden en el cumplimiento de la política de desarrollo social (Art. 55 y 56).

La Contraloría Social es la encargada de la vigilancia de la utilización de los recursos públicos, la aplicación de los programas y su cumplimiento (Arts. 69, 70 y 71).

Por último, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) es el organismo autónomo constitucional que evalúa los resultados y el alcance de los programas, midiendo su cobertura, calidad e impacto a través de los indicadores de resultados de los mismos (Arts. 72, 74 y 75).

Como se observa, esta ley apoya directamente al presente Modelo de gobernanza para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, ya que **la promoción de la salud debe ser parte del desarrollo social.**

3.2.2 Artículo 4° Constitucional: “el derecho a la protección a la salud”

El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece no solo el derecho humano a la protección de la salud, sino también los derechos a la alimentación, al agua para consumo personal y doméstico, y a un medio ambiente sano.



La protección de la salud es un derecho fundamental, el cual le compete a la federación y a las entidades federativas. Con base en el artículo 73, es competencia del Congreso Federal la legislación en materia de salubridad general, y competencia de los estados la legislación en materia de salud local, la que se reparte entre las entidades federativas y los municipios de acuerdo con la legislación estatal (leyes sectoriales y leyes orgánicas municipales). En cuanto al derecho al agua, la Constitución involucra a los servicios municipales (administración pública local), pues establece la participación de los tres órdenes de gobierno en el acceso y uso equitativo de la misma (Nettel Barrera Alina del Carmen, 2013).

3.2.2.1 Ley General de Salud

La Ley General de Salud (2016) reglamenta al Artículo 4º Constitucional:

el derecho a la protección a la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución, es la que establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...

A continuación, se exponen algunos artículos relevantes de la misma que respaldan el Modelo.

Esta ley fundamenta la importancia de la protección a la salud para la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida de las personas (Art. 2). Además, **reconoce el valor y la importancia de “la educación para la salud”** en el empoderamiento de las personas de la comunidad (Art. 3 Fracción XI).

Las autoridades sanitarias son el Presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el Gobierno de la Ciudad de México (Art. 4).³⁸ El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de

³⁸ Es importante notar que en ningún momento se hace referencia al orden municipal.



acciones, que tienen por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección a la salud (Artículo 5°).

Uno de los objetivos del Sistema de Salud es el de “proporcionar orientación a la población respecto a la importancia de la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad y su relación con los beneficios a la salud”, así como el diseño y la ejecución de políticas públicas que propicien una correcta alimentación y contrarresten el sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades (Art. 6, Fracción X, XI).

El eje rector de todo el Sistema Nacional de Salud es la Secretaría de Salud, así como todos los programas relacionados con la salud de los mexicanos (Art. 7).

La ley reconoce que la educación en salud y la promoción de un estilo de vida saludable son servicios básicos para el “derecho a la protección a la salud” (Art. 27) así como la participación comunitaria en los programas de promoción de hábitos de conducta saludable y la prevención de enfermedades (Art. 112).

La Ley General de Salud, en su Título Séptimo, contiene un apartado completo de promoción de la salud, que incluye cinco capítulos con temas como educación para la salud, nutrición, orientación alimentaria y activación física, control de efectos nocivos del ambiente, fomento sanitario y salud ocupacional. Establece en su Artículo 110 que:

La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio individual y colectiva.

En su artículo 111, la ley expone los puntos que abarca la promoción de la salud, pienso esto debería ser actualizado, ya que la promoción de la salud comprende otros aspectos relevantes, como sería el trabajo comunitario, la participación social gestionaria en salud, entre otros, los cuales se detallan en el capítulo 6 de ésta publicación.



El artículo 113 detalla la necesidad de que la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública trabajen conjuntamente con las entidades federativas (trabajo inter Secretarial e intergubernamental) para llevar la información a la población:

La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, entre otros, aquellos orientados a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad y a la activación física, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población. Así como llevar a cabo la detección y seguimiento de peso, talla e índice de masa corporal, en los centros escolares de educación básica.

La Secretaría de Salud tiene a su cargo normar el valor nutritivo y características de la alimentación en establecimientos de servicios colectivos y en alimentos y bebidas no alcohólicas (Art. 115). Esto es interesante, ya que, por ley, la Secretaría podría solicitar a los expendios de comida, restaurantes, fondas y servicios alimenticios que, al menos, ofrecieran una opción saludable de comida, para que la gente pudiese elegir.

En el **capítulo IV, “Efectos del ambiente en la salud”**, se incluyen solamente riesgos del ambiente derivados de contaminantes, ya sea humo, radiaciones y agua contaminada, entre otros. **Es importante resaltar que a este apartado de la Ley le falta considerar el ambiente relacionado con el desarrollo de obesidad en las personas.** Hoy en día, México está viviendo un ambiente **obesogénico** (se explica a detalle en el capítulo 1), debido, entre otras causas, a la gran cantidad de puestos de comida poco nutritiva y muy energética, además de barata y accesible y, por el contrario, a la poca disponibilidad de alimentos saludables como verduras, frutas y agua potable.

En el **Capítulo V, “Salud ocupacional”**, Artículos 128 al 133, sucede lo mismo: **solo se hace referencia a los peligros o riesgos a los que está expuesto el trabajador respecto a sus actividades en el trabajo, por lo que a la ley le falta mencionar elementos que pueden beneficiar la salud del empleado**, esto es, que la Secretaría de Salud pueda coadyuvar a que los empleadores puedan ofrecer un servicio de asesoría nutrimental.



tal, tiempo adecuado para comer, manejo de estrés y tiempo para actividad física, entre otras prácticas.

En el **Título Octavo de la Ley se abarca la Prevención y Control de Enfermedades y Accidentes, y el Capítulo III se refiere a las enfermedades no transmisibles**; la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas deben realizar actividades de prevención y control mediante una detección oportuna, así como divulgando las medidas higiénicas conducentes.

Es evidente que, aun con el proceso de descentralización que inició en los años ochenta, existe una problemática económica y de recursos humanos que imposibilita a la mayoría de los municipios en México a prestar los servicios médicos a su población, por lo que es competencia de las entidades federativas planear, organizar y desarrollar en sus territorios sistemas estatales de salud, y procurar su participación programática en el Sistema Nacional.

Como se observa en esta breve descripción **de la ley, se requiere que ésta sea actualizada en conceptos y complementada con las nuevas necesidades de este siglo respecto a la alta prevalencia de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles.**

3.2.2.2 Ley General de Cultura Física y Deporte

Esta ley se promulgó en junio del 2013 para apoyar el cumplimiento del artículo 4º constitucional del derecho a la protección a la salud: “la cultura física y la práctica de actividad física y deporte son un derecho fundamental para todos” (Art. 3, Fracción I). Por lo que expone las bases generales y la distribución de competencias para la coordinación y colaboración entre la federación, las entidades federativas y los municipios; garantiza a todas las personas la igualdad de oportunidades en la participación de los programas de desarrollo en cultura física y el deporte (Arts. 1 y 2, Fracción XI) y los considera como una responsabilidad pública (Arts. 3, 6 y 7).

En el artículo 9 de la ley se expresa que el desarrollo de la cultura física y el deporte se debe incorporar al Plan Nacional de Desarrollo.



Los artículos 33 al 35 tratan sobre las competencias municipales en el tema: los municipios también deben promover y fomentar la activación física en su territorio, y pueden proponer, coordinar y evaluar la política de cultura física y deporte. El Congreso Estatal tiene la facultad de aprobar ordenamientos legales contemplando estímulos fiscales para promoverlo entre los habitantes (Art.36).

3.2.3 Artículo 115 Constitucional: el municipio libre

En este apartado se analizan algunos aspectos importantes de las funciones, atribuciones y competencias que deben y pueden realizar los municipios con base en el marco legal, descritas en el Artículo 115 constitucional, con el fin de sustentar el presente Modelo (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; última Reforma DOF 15-09-2017).

El Artículo 115 de la Constitución asienta que los estados deben tener como base de su división territorial, organización política y administrativa, al municipio libre, el cual tiene personalidad jurídica propia y debe manejar su patrimonio conforme a la ley.

En 1983 se realizó una reforma genérica a los principios rectores del municipio, en la cual lo más importante fue enlistar los servicios públicos que son responsabilidad de los municipios, dejando abierta la posibilidad de la colaboración de la entidad federativa, sin ser ésta una obligación. **El municipio tiene a su cargo el agua potable, drenaje, alcantarillado, tratamiento y disposición de aguas residuales, el alumbrado público, la limpieza y recolección de basura, los mercados y centrales de abasto, los panteones, los rastros, las calles, parques y jardines, así como su equipamiento, y la seguridad pública (Art. 115 Fracción III).**

La reforma realizada en 1999 a este Artículo detalló varios aspectos importantes:

1. Reconoció por primera vez al municipio como un ámbito de gobierno, además de administrativo (tercer orden de gobierno);
2. Le dotó de autonomía jurídica;



3. Se realizaron modificaciones a algunos de los servicios públicos municipales e incluyó a la policía preventiva;
4. Amplió la parte que se refiere a la asociación de los municipios;
5. Afinó aspectos de los ingresos municipales
6. Se reformuló en materia de desarrollo urbano, ecología y planeación regional.

En la tabla 3.1 que se muestra en el anexo E se presenta un comparativo de los incisos y fracciones del Artículo 115 Constitucional reformado en 1983 y en 1999, y se hace hincapié en los cambios relevantes que sustentan la presente propuesta. **Una reflexión al respecto: en la reforma de 1999 se usa el verbo “aprobar” en referencia a los reglamentos y ordenamientos necesarios para un buen gobierno y administración. Con esto se entendería que alguien diferente los hace y el ayuntamiento solo los aprueba, lo cual se presta a confusión.** Lo que sí queda claro es que la Legislatura local del estado da los lineamientos y la guía para elaborarlos. Se entiende, entonces, que aunque los municipios tienen autonomía jurídica propia y ahora en lugar de administrar “gobiernan”, siguen estando supeditados a los mandos estatales y federal; especialmente a la entidad federativa a la que pertenecen.

Otro aspecto muy relevante puede encontrarse en la reforma de 2014, ya que establece la elección consecutiva para el mismo cargo de presidentes municipales, regidores y síndicos por un periodo adicional, lo que permitirá que estén al mando del ayuntamiento por un periodo de seis años consecutivos, con lo cual se puede lograr continuidad en los proyectos y programas del municipio.

Analizando las competencias y atribuciones del municipio, sería importante considerar incluir dentro de sus atribuciones y competencias a la promoción de la salud, que idealmente debe hacerse donde las personas viven, trabajan y estudian, es decir, a nivel local. La promoción de la salud está dirigida a toda la población, su objeto principal es el cuidado y mantenimiento de la salud de la gente, por lo que debería hacerse en el nivel local, por lo que se sugiere a las autoridades competentes y al poder legislativo hacer una modificación al artículo 115 constitucional en este tema.



3.2.4 Ley Orgánica de la Administración Pública

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en su **Artículo 39, explica las funciones que le corresponden a la Secretaría de Salud**, y entre ellas se encuentra la de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal. Otro aspecto relevante que le corresponde es el de propiciar y coordinar la participación de los sectores social y privado en el Sistema Nacional de Salud, y determinar las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes (Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 2016: 37-38).

3.2.5 Leyes que Regulan la Planeación del Desarrollo y la Participación de la Ciudadanía: Ley de Planeación.

Las normas y los principios básicos para elaborar el Plan Nacional de Desarrollo³⁹, y así dirigir las acciones de la Administración Pública Federal, se establecen en la Ley de Planeación (Última Reforma 28-11-2016, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 1983). En ella se detallan las bases de integración y funcionamiento del Sistema Nacional de Planeación Democrática; las bases para que el Ejecutivo Federal coordine sus actividades de planeación con las entidades federativas, así como los lineamientos que garanticen la participación democrática de los diversos grupos de la sociedad civil, así como los pueblos y comunidades indígenas.

La Ley estipula que en la planeación deben establecerse los objetivos, metas, estrategias, acciones y prioridades, así como la asignación de los recursos, las responsabilidades y los tiempos de ejecución, la coordinación de las acciones y la evaluación de los resultados (Art. 3º). Por lo que esta ley faculta al Ejecutivo para establecer los procedimientos de participación democrática y los criterios para la formulación, instrumentación, control

³⁹ La planeación nacional de desarrollo es la ordenación racional y sistemática de acciones que el Ejecutivo Federal hace en materia de regulación y promoción de la actividad económica, social, política, cultural, de protección del ambiente y aprovechamiento racional de los recursos naturales, así como de ordenamiento territorial de los asentamientos humanos y desarrollo urbano, teniendo como propósito la transformación de la realidad del país de conformidad con la Constitución (Art. 3º Ley de Planeación).



y evaluación del Plan y los programas de desarrollo. Asimismo, determina los órganos responsables de la ejecución.

Otro aspecto relevante es que la Ley de Planeación expone las bases para que el Ejecutivo Federal coordine acciones conjuntas con las entidades federativas, esto mediante convenios y acuerdos (Arts.33 al 36), y para que concierte e induzca, con los particulares (sociedad civil), acciones para el cumplimiento y apoyo del Plan de Desarrollo (Arts. 37 al 39).

El Capítulo Tercero, “Participación Social en la Planeación”, en su Artículo 20 expresa que en el Sistema Nacional de Planeación Democrática “(...) tendrá lugar la participación y consulta de los diversos grupos sociales, con el propósito de que la población exprese sus opiniones para la elaboración, actualización y ejecución del Plan y los programas a que se refiere esta ley(...)”, y explica que los distintos grupos sociales participarán como órganos de consulta permanente en la planeación democrática.

3.3 Comentarios finales al capítulo

Como pudo observarse, el marco legal de la investigación es vasto y abarca desde los tratados internacionales hasta los ordenamientos nacionales, empezando por nuestra Carta Magna, que en su Artículo 4º vela por la salud de los mexicanos. También las entidades federativas cuentan con sus propias leyes de salud, con reglamentos de operación de las instituciones públicas y las normas oficiales. En todas se hace hincapié en la protección a la salud, desde el punto de vista de su promoción y la prevención de la enfermedad.

Deben resaltarse dos cuestiones importantes: la primera es que existen las bases legales en los ordenamientos existentes que sustentan la importancia y el deber del Estado para proteger la salud, entendiéndolo por protección la promoción de la misma y la prevención de la enfermedad; pero dichos ordenamientos son demasiado generales y no se reglamentan acciones concretas que el Estado mexicano debe realizar a través de su administración para concretar la protección a la salud.



La segunda es que todavía, en todos los ordenamientos y reglamentos revisados, no se da importancia al papel que juega el municipio en el tema de salud pública de sus habitantes. Con base en la ley el municipio tiene la responsabilidad de proveer los servicios públicos (agua, recoger la basura, drenaje, mercados, rastros, panteones, luz, entre otros) a sus habitantes, y el tema de la salud es manejado a través de comisiones o comités de salud, lo cual vuelve a quedar muy abierto y difuso sobre cuál es la guía o dirección que la administración pública municipal debe seguir, por lo que regularmente depende del regidor en turno.

Por esta razón, la presente propuesta explica la manera en que cada municipio puede incluir, en el bando municipal y en su reglamento interno, el tema de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades con acciones concretas; se cuenta con la gran ventaja de que el municipio tiene autonomía para desarrollar reglamentos internos, aunque tendrán que ser aprobados por la legislatura local.

Como se observará más adelante en el libro, se exhorta a las localidades a que cada una, con base en sus necesidades, desarrollen un ordenamiento o reglamento sobre política pública saludable para el municipio e incluyan en él un apartado con el tema de la salud pública municipal.



CAPÍTULO 4

GOBERNANZA: ELEMENTOS CLAVE MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL DEL MODELO



CAPÍTULO 4

GOBERNANZA: ELEMENTOS CLAVE MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL DEL MODELO

4.1 Gobernanza clásica

El Estado, conformado por el gobierno, la población y el territorio, se está transformando. La gobernanza es un nuevo paradigma en el que se desarrollan relaciones con una colaboración y participación social más activas; muchos la consideran un nuevo modo de gobernar.

La definición de gobernanza del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE) en su 23^a edición publicada en 2014, resalta un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado: “La gobernanza es un arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía”.

El término gobernanza ha tenido múltiples interpretaciones y distintas definiciones desde su origen, pero en las últimas tres décadas presentan elementos comunes que se relacionan con la definición de la RAE: la presencia del gobierno o actores gubernamentales que se relacionan e interactúan con actores no gubernamentales, de la sociedad civil.

Sartori (1984) afirma: “La gobernanza es un meta-concepto, un concepto-contenedor”, y Joan Prats i Catalá (2005:55) señala que “la gobernanza es el modo de gobernación, si no único, sí el característico de nuestro tiempo”. Para Prats (2005) la gobernanza es producto de la evolución de los cambios administrativos del siglo XX y lo que va del presente siglo: desde la burocracia, pasando por la nueva gestión pública, posteriormente la gerencia pública hasta llegar a la actual, gobernanza.

Cristina Zurbriggen (2012) explica que la primera generación de teóricos de la gobernanza se desarrolló principalmente en Europa; en Alemania, con autores como Renate Mayntz; en



Holanda con representantes como Klijn, Koppenjan y Klickert. En Inglaterra, Jan Kooiman y R.A.W. Rhodes; en Catalunya Joan Prats i Catalá.

A partir del presente siglo la maduración de conceptos, aunada a la segunda generación de investigadores que se enfocan en este tema, ha puesto la atención en cómo los políticos y los funcionarios pueden mejorar el funcionamiento de estas redes de gobernanza. Así ha tomado importancia el concepto de megogobernanza (Sorensen y Torfing, 2009, en Zubriggen, 2012).

Para Jessop (2003) existen diferentes formas a través de las cuales el Estado puede dirigir a los otros actores. Por ejemplo, puede fijar “las reglas del juego” y después dejarles hacer lo que necesiten con ellas; así, puede rediseñar mercados, regular sectores políticos o introducir cambios constitucionales. El rol del Estado garantiza la coordinación de la gobernanza y el uso de la negociación, la diplomacia y otros tipos de dirección informales. Sugiere que el Estado dirige y regula conjuntos de organizaciones, gobiernos y redes.

A continuación, se expone brevemente algunos autores cuyos conceptos sobre gobernanza le dan sustento teórico al Modelo presentado en este libro. Para complementar la información, en el Anexo H se presenta una tabla 4.1 donde se definen el enfoque y los elementos de gobernanza aportados por distintos autores.

A continuación se exponen los autores básicos que han sustentado la propuesta:

Renate Mayntz (1998) socióloga alemana, afirma que actualmente se utiliza el término gobernanza para indicar:

“un nuevo estilo de gobierno, distinto del modelo de control jerárquico y caracterizado por un mayor grado de cooperación y por la interacción entre el Estado y los actores no estatales al interior de redes decisionales mixtas entre lo público y lo privado; buscando dar soluciones a problemas colectivos”.

Plantea que el paradigma fundamental de la gobernanza, a la que llama “gobernanza política”, consiste en la elaboración



de las políticas públicas por parte del gobierno apoyado en el diálogo, conciliación y cooperación con otros actores de la sociedad civil; y la implementación de éstas a cargo de las agencias públicas (Mayntz, 1998). Explica además que un requisito para que la gobernanza política funcione mejor es que la elaboración y la implementación de las políticas públicas deben basarse en la perspectiva *bottom-up* (“de abajo hacia arriba”).

Es muy importante este concepto para el sustento del Modelo propuesto en este libro, donde la política pública se elabora desde los beneficiarios a nivel territorial, partiendo de sus necesidades reales, desarrollando un sistema de gobernanza (Consejo Ciudadano, red interactiva), toma de decisión conjunta sobre los programas que se van a implementar y corresponsabilidad en la implementación y ejecución de los mismos.

Mayntz (1995) sostiene que la gobernanza es un modelo de coordinación donde hay un mayor grado de cooperación horizontal e interacción entre el Estado y los ciudadanos; reitera que la gobernanza moderna no es la pérdida del control del Estado, sino que éste cambia de forma. El control jerárquico y la autorregulación social no son mutuamente excluyentes. Asimismo, afirma que la gobernanza moderna busca llegar a consenso y conciliación para poder solucionar en forma efectiva los problemas colectivos.

Rhodes (2005), otro autor, explica que la gobernanza se caracteriza por una red de instituciones e individuos que colaboran juntos y están unidos por un pacto de mutua confianza. Son organizaciones de poder que forman redes semi-autónomas. Gobernar es siempre un proceso interactivo.

En sus escritos más recientes, este autor afirma que la gobernanza implica también tener al gobierno como actor fundamental dentro de las redes, y el reto importante para esta instancia es aceptar estas redes internas y externas. Además de buscar nuevas formas de cooperación con las organizaciones de la sociedad civil. Explica que las redes de diálogo abierto que trascienden las instituciones jerárquicas proveen un modelo viable de administración pública. Las redes de políticas públicas, a partir de grupos de trabajo comunitarios, muestran un gran potencial para el diálogo. En estas formas de reciente apa-



rición se encuentran grupos de expertos, legisladores, analistas de políticas, administradores públicos, ciudadanos interesados, concedores de procesos, incluso cargos electos que participan juntos para idear posibilidades sobre cuál es el siguiente paso a seguir (Fox C. J. y Miller, H., 1995).

Por su parte, **Guy Peters** habla de la gobernanza como una forma de mejorar la capacidad del gobierno al crear coaliciones estratégicas interorganizacionales con actores del entorno. Es una combinación de recursos del sector privado y el público.

Joan Prats i Catalá (Prats i Catalá, 2005) indica que la gobernanza debe contar con el gobierno como organismo coordinador. El Estado debe cambiar de ser “solucionador omnipotente” a un “gestor de las interdependencias”. Prats explica que las estructuras verticales del Estado deben transformarse en una combinación de estructuras verticales y horizontales, derivado de las nuevas necesidades de eficacia y legitimidad del actuar público. Sostiene además que la gobernanza no elimina la función del gobierno, sino refuerza su papel emprendedor, facilitador, mediador, solucionador de conflictos, negociador y formulador de reglas, y reconoce que algunas funciones pueden ser ejercidas por otros actores empresariales y sociales.

Marc Hufty (2008:7) es un autor que realiza un amplio análisis de los elementos que componen a la gobernanza y desarrolla un marco analítico para mejorar su estudio y comprensión. Para él la gobernanza es una clase de hechos sociales:

Gobernanza se refiere a los procesos colectivos, formales tanto como informales, que determinan, en una sociedad, cómo se toman las decisiones y se elaboran normas sociales con relación a asuntos públicos. Es un concepto generalizable: en toda sociedad, sea local, nacional o internacional, en cualquier momento de su historia se puede observar un proceso de gobernanza. Ya que es una necesidad de todas las sociedades tomar decisiones, y para esto, se requieren sistemas de toma de decisión, normas sociales (legales o consuetudinarias) e instituciones que permitan vivir juntos y cooperando entre los miembros de una sociedad.



El marco analítico propuesto por Hufty (2008:9) consta de cinco categorías analíticas:

1. Los problemas, se trata de lo que está en juego.
2. Los actores, en referencia a los individuos, grupos u organizaciones. Su acción colectiva (acuerdos o decisiones) conduce a la formulación de normas (o reglas del juego, o decisiones) que orientan al comportamiento de los actores y son modificadas por la acción colectiva.
3. Los puntos nodales, que ocurren con las interacciones de los actores y se pueden observar. Es decir, espacios físicos o virtuales de interface en donde convergen los problemas, procesos, actores, y normas.
4. Las normas son las reglas del juego o decisiones que orientan al comportamiento de los actores y pueden ser modificadas por la acción colectiva. La acción colectiva resulta de la interacción entre los actores, ya sea conflictiva o cooperativa, de las transacciones, los acuerdos y las decisiones que se toman y de su aplicación.
5. Los procesos, en referencia a las sucesiones de estados por los cuales pasan la interrelación entre actores, normas y puntos nodales.

Lo interesante de esta metodología es la profundidad del análisis de los actores de los diferentes sectores que van a integrar el sistema de gobernanza, con una clasificación según su nivel de influencia y poder.

También se debe hacer una valoración de los recursos, no sólo monetarios, sino de conocimientos, físicos, humanos, etc., que cada actor puede aportar al sistema de gobernanza, todo con el fin de tener mayores probabilidades de éxito en el funcionamiento de la Red. En el Anexo I se encuentran desglosados los pasos de la metodología de Hufty.

4.2 Gobernanza contemporánea o actual

En los últimos años el ejercicio de la gobernanza se ha adaptado a las diferentes situaciones y necesidades sociopolíticas y económicas, ya que como bien dice Prats (2001) “la gobernanza es multifacética y plural, busca la eficiencia adaptativa y exige flexibilidad, experimentación y aprendizaje por prueba y error”.



A continuación se explicarán brevemente algunos de los tipos de gobernanza más comunes de los últimos años y que se conjuntaron para el Modelo de gobernanza propuesto en este libro. Algunas de las nuevas formas de gobernanza, en sus distintas dimensiones son: vertical/multinivel, horizontal/redes, territorial/local/descentralizada, participativa/democrática, colaborativa/interactiva, gobernanza inteligente, gobernanza pública/innovación pública, gobernanza sostenible, nueva gobernanza, entre otras.

4.2.1 Gobernanza territorial / local / descentralizada

La gobernanza territorial echa a andar un sistema en un territorio o localidad específica, entablando las interacciones entre los actores gubernamentales y no gubernamentales con el fin del desarrollo territorial; el Modelo planteado, se basa preponderantemente en este tipo de gobernanza, es el desarrollo de un sistema de gobernanza territorial en el municipio o en la localidad, con el fin de promover la salud y la prevención de las enfermedades.

Farinos (2015) menciona que las políticas no deben imponerse a los territorios, sino adaptarse a los mismos. Son los territorios los que deciden y deben hacer sus propias políticas con base en sus necesidades.

En el tema de salud, este tipo de gobernanza es fundamental, ya que las soluciones para los problemas que se presentan tienen que gestarse en el propio territorio o localidad.

Así, la gobernanza local se encarga de coordinar las interacciones entre los actores que intervienen en el territorio concreto, a través de fórmulas innovadoras de cooperación que propicien la activación de su capital social e institucional, fortalezcan la cohesión social de la comunidad local y trabajen por la construcción conjunta de un proyecto territorial a futuro (Zurbano Irizar, 2008, en Abad, 2010).

Por ejemplo, en el caso de la salud, desde la planeación debe entenderse las necesidades y problemática de salud de la comunidad, para buscar las soluciones conjuntamente y elaborar el plan municipal de salud y prevención de enfermedades, debe involucrarse y corresponsabilizar a la población que vive en la localidad.



4.2.2 Gobernanza multinivel

Abad (2010) explica que la gobernanza multinivel está muy relacionada con la territorial o local, ya que es la que se establece con una coordinación entre los diferentes niveles de gobierno que tienen que ver con un territorio.

La define como:

El proceso por el cual se organiza y coordina las múltiples relaciones e interacciones establecidas entre los actores no gubernamentales y los diferentes niveles de gobierno, que operan desde distintas escalas; y a su vez entre ellos mismos, para tener coherencia en las acciones buscadas.

Abad explica que la coordinación no solamente debe ser vertical. Para lograr una verdadera gobernanza multinivel y elaborar las políticas sectoriales con objetivos comunes, la colaboración e interrelación debe ampliarse a la dimensión horizontal.

La construcción de nuevas formas de gobernanza multinivel es fundamental, ya que este tipo de organización permitiría responder a la organización en red de los territorios, desde lo local a lo global (en este caso federal), además de que daría coherencia a los programas y a los objetivos comunes, lo que permitiría hacer una unificación de esfuerzos, así como evitar duplicidades y aprovechar mejor los recursos.

4.2.3 Gobernanza colaborativa

Un autor mexicano que ha estudiado a fondo a la gobernanza colaborativa es **Mariñez-Navarro** (2015:80), quien explica que:

Un elemento clave en la gobernanza colaborativa es la participación ciudadana, ésta desempeña un importante rol, así como el compromiso ciudadano; ya que son una influencia positiva sobre la confianza, la legitimidad y la responsabilidad gubernamental. Este cambio puede mejorar la eficiencia de la hechura de las políticas públicas, así como su implementación, desarrollar capital social, mejorar la provisión de los servicios públicos, detectar y reunir las necesidades locales, mejorar los flujos de información y la rendición de cuentas, así como darle mayor voz a la sociedad.



Este autor afirma que las nuevas tecnologías de la información (TIC), así como las herramientas Web 2.0, son factores muy importantes que complementan y apoyan las iniciativas de participación ciudadana, ya que con ellas los ciudadanos pueden utilizar y acceder al uso de la información, la educación y el compromiso, y así crear y participar en debates sociopolíticos, aumentando la diversidad de opiniones.

La gobernanza colaborativa incluye elementos que se pueden categorizar en: 1) La existencia de una colaboración interorganizacional, por ejemplo, gobierno en red, gestión intergubernamental y asociaciones público-privadas, y 2) participación de actores con compromiso cívico, es decir, participación pública, colaboración de las “partes interesadas” (*stakeholders*) y construcción de consenso (Siriani, 2009, citado en Mariñez-Navarro, 2015).

Con base en el texto de Mariñez-Navarro (2015), el enfoque de la gobernanza colaborativa promueve la colaboración y la participación ciudadana abierta a través del uso de las tecnologías que conectan a los ciudadanos, a las organizaciones, a las empresas privadas y actores gubernamentales. Esto promueve el intercambio de información, de conocimientos, recursos, opiniones, debates y puede ser una herramienta para la toma de decisiones respecto a un problema común, así como facilitar el desarrollo del emprendimiento y el capital social, apoyando las innovaciones social y pública. La revolución digital y el uso de la Web 2.0 permite que organizaciones públicas y privadas colaboren en tiempo real para la co-creación de políticas públicas.

Autores como Edelman, Höchtl y Sachs (2012:22) reiteran que: “en el gobierno 2.0, el valor público ya no tiene que ser proporcionado solo por el gobierno, sino también puede generarse por la producción colaborativa entre los diferentes organismos públicos, como el sector privado, grupos comunitarios o ciudadanos”.

Otros investigadores que han trabajado y desarrollado herramientas para apoyar el concepto del fenómeno Web 2.0 y la innovación pública son Mergel, Schweik y Fountain (2009), quienes han definido algunos conceptos clave para la co-creación o co-producción de gobernanza colaborativa, utilizando las



herramientas digitales como la producción entre pares o iguales (*peer production*); o lo que llaman “fuente abierta” (*open source and open content del copyright al copyleft*). Esto da derecho a los usuarios o actores de la red a copiar, modificar o adecuar la información para ser utilizada o aplicada por ellos mismos. También puede ser una colaboración como una “instancia de producción”, es decir, se hacen muchas contribuciones individuales para un proyecto común.

Mariñez Navarro (2015) explica varios conceptos interesantes que sustentan la presente propuesta. En el capítulo 5 se plantea el desarrollo de una plataforma digital que utiliza la Web 2.0 o Web colaborativa como herramienta que permitirá interactuar directamente a los actores involucrados, dando paso a la cultura del “Upload”. Las nuevas tecnologías de la información dan paso a los nuevos modos de interactuar, al permitir que los distintos actores, las organizaciones de la sociedad civil y los ciudadanos sean co-productores y co-creadores de acciones y contenidos; organizarse en subgrupos y redes, así como compartir conocimientos, estrategias, inquietudes y así también puedan influir en las decisiones públicas.

Otro aspecto importante que menciona Mariñez Navarro (2015:30) es:

Poder entender el significado del espacio digital o capital informacional, que es fundamental para la articulación de una plataforma de innovación pública. Entendemos a este capital como una herramienta para la agilización en la gestión pública moderna sustentada en saberes cívicos, ya que analiza datos relacionales en la gestión pública como un vínculo específico existente entre los tipos de información generados (vía presencial o virtual), y el rol de los actores que se involucran en ella.

El concepto de “**innovación pública**” cuenta con tres elementos clave: el primero, la creación de valor interactivo (lo social y lo público); segundo, una co-creación y co-producción distribuida entre los diferentes actores participantes en la gobernanza; y tercero, una colaboración en masa que inspire la esfera pública (Hilgers 2010 citado en Mariñez-Navarro, 2015:33).



Natera Peral (2005:763) señala que el surgimiento de formas de gobernanza requiere de condiciones estructurales e institucionales mínimas que las hagan viables. Esas condiciones para que se dé la gobernanza pueden sintetizarse en la noción de capital social, formulada en el clásico trabajo de Putman (1993:125):

El capital social hace referencia al conjunto formado por la confianza social, las normas y las redes que las personas pueden constituir para resolver los problemas comunes. Las redes de compromiso cívico, tales como asociaciones vecinales, las federaciones deportivas y las cooperativas constituyen una forma esencial de capital social. Cuando más densas sean esas redes, existen más posibilidades de que los miembros de una comunidad cooperen para obtener un beneficio común.

Muñoz Rivera (2009) define al **valor público** como “un esfuerzo conjunto entre ciudadano y gobierno, sobre todo en la mejora de la calidad de vida medida por los resultados que se obtengan de la toma de decisiones y políticas públicas implementadas para la atención de los problemas”.

Para Morales y Gómez J.M. (2005) **el capital social y el valor público** constituyen teorías innovadoras para hacer que la sociedad organizada participe con los gobiernos en el fin común de lograr mejores condiciones de vida.

Como se puede observar en las contribuciones teóricas contemporáneas, el desarrollo del capital social en la comunidad y el valor público son elementos fundamentales para crear sistemas óptimos de gobernanza, específicamente dentro de un territorio delimitado (localidad).

Todo esto corrobora la tesis propuesta en este libro, que es la creación de un sistema de Red de gobernanza territorial (en el municipio), multinivel (incluye a los tres órdenes de gobierno), interactiva y participativa (distintos actores públicos, privados, sociales y académicos) interactuando y colaborando coordinados a través de una plataforma digital Web 2.0 con el fin de compartir y construir conocimiento conjunto para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.



En el caso de no contar con tecnologías de la información (Plataforma Digital web 2.0) en las municipalidades, la red interactiva entre actores se puede hacer de manera presencial, a través de los consejos ciudadanos, o con medios tecnológicos simples, como puede ser correo electrónico conjunto, o teléfonos celulares inteligentes.

4.3 Conceptos inherentes a la gobernanza

4.3.1 Intersectorialidad

El término intersectorialidad tiene distintos significados que es importante reconocer y diferenciar para comprender la presente propuesta.

Primero, el que se refiere a la relación entre diferentes sectores de la sociedad “remite a lógicas de acción colectiva, distinguiéndose así entre el sector público, el sector mercantil, el sector privado no mercantil o las comunidades. En ese marco, la intersectorialidad alude a las relaciones entre tales sectores y cubre el estudio de las diferentes modalidades de asociación público-privadas” (Cunill-Grau, Nuria, 2014:6).

La misma autora apunta otro sentido del término: las especialidades del conocimiento que se expresan en el aparato gubernamental a través de la organización funcional por sectores, tales como educación, salud, agricultura, etc. La intersectorialidad, en este sentido, se refiere a la relación entre diversos sectores gubernamentales.

Por último, dentro de la misma esfera pública tenemos la intersectorialidad que ocurre entre los tres órdenes de gobierno: nacional (federal en el caso de México) y los subnacionales (estatal y municipal). El común denominador de los esfuerzos de intersectorialidad es la descentralización, adoptar al territorio (municipio) como marco de acción, ya que “para que una estrategia social resulte eficaz en su propósito de integración debe operar en los espacios sociales e instituciones más cercanos a sus destinatarios, en los territorios donde las familias residen” (Mideplan, 2004, citado en Cunill-Graw, 2014).

Nuria Cunill-Graw (2014) explica aspectos relevantes sobre la intersectorialidad para la solución a problemas sociales



complejos, como sería el caso de la salud. La intersectorialidad implica que se “pongan de acuerdo para actuar conjuntamente” los diversos sectores; asume relaciones de colaboración no jerárquicas. La intersectorialidad en sí misma es un modelo de gestión, que busca mejores soluciones a los problemas sociales, y que busque compartir los recursos que son propios de cada sector, sean públicos o privados.

Ahora bien, en lo que respecta a la salud la intersectorialidad es la intervención o trabajo coordinado y complementario de instituciones representativas de distintos sectores sociales: instituciones del ámbito público, privado, no gubernamental, académico, sociedad civil y los gobiernos locales (municipales) mediante acciones destinadas total o parcialmente a transformar la situación de salud de una población y contribuir al bienestar y calidad de vida de la población (FLACSO, 2015).

La coordinación intersectorial se expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planeación conjunta.

Winkworth y White (2011) identifican tres tipos de colaboración que se pueden dar entre los diferentes sectores: trabajo en red (*networking*), coordinación e integración. Horwath y Morrison (2007) distinguen cinco tipos: comunicación, cooperación, coordinación, coalición e integración. (Winkworth y White 2011; Horwath y Morrison, 2007 en Cunill-Graw, 2014).

En el trabajo intersectorial es importante distinguir los grados o niveles de relación, en este caso del sector salud, con otros sectores gubernamentales. En un documento de FLACSO (2015) se explicitan los distintos niveles de interacción en la intersectorialidad, siendo:

- El primer nivel o básico el de información (construcción de un lenguaje común para lograr el diálogo respecto a la lógica de trabajo entre los sectores, con el fin de identificar aspectos comunes y/o complementarios para el proceso de trabajo conjunto);



- El segundo nivel es el de cooperación (busca lograr una mayor eficiencia de las acciones de cada sector con base en una relación de cooperación, acciones orientadas estratégicamente a la resolución de problemas comunes, en los que las actividades con otros sectores son determinantes para el logro en salud. Es por eso que, muchas veces, salud pública es el organismo que las conduce. Esta acción intersectorial está presente en el campo de la ejecución o implementación de programas o políticas, y no en su formulación);
- El tercer nivel es el de coordinación (se basa en relaciones de organización para el trabajo conjunto, donde se pueden ajustar las políticas y programas a cada sector para lograr una mayor eficiencia y eficacia. Apunta a una red horizontal de trabajo entre sectores(...)); y por último, el cuarto, el nivel de integración, el nivel superior, ya que implica la definición de una nueva política o programa en conjunto, donde se presenten las necesidades y el trabajo de todos en el programa creado (FLACSO, 2015).

Las tipologías de distintos autores sobre intersectorialidad que presenta en su texto Nuria Cunill-Grau (2014) coinciden en que la integración es el nivel más avanzado que puede alcanzarse, ejemplificando algunas acciones que la expresan, como acuerdos formales; metas y objetivos compartidos; asociación entre sectores; fusión de algunos sistemas de gestión; fondos compartidos; enfoque de conjunto para la capacitación de los recursos humanos involucrados, información y finanzas conjuntas; en fin, arreglos comunes para la gobernanza (Cunill-Grau, Nuria, 2014).

La intersectorialidad es un proceso escalonado y progresivo de incorporación de los sectores: no todos están en la misma posición ni con la misma necesidad. En la promoción de la salud la acción intersectorial no es un fin en sí misma, sino un medio para alcanzar determinados fines. A nivel nacional se requiere en el diseño de las políticas, programas y planes de acción; en el nivel estatal para convocar e incluir a las entidades federativas y municipios, desde la planeación y diseño de la política o programa, para así facilitar la ejecución, ya que serán estas instancias las que desarrollen las acciones directamente con la población beneficiada o receptora de los programas (Salinas, Judith, 2017).



Un enfoque que refuerza la acción intersectorial es el de la Salud en Todas las Políticas, ya que toma en cuenta todas las implicaciones en salud en las decisiones de política pública, buscando generar sinergias y así evitar impactos negativos en la salud (Pekka, Puska, 2014).

4.3.2 Participación social, ciudadana y comunitaria

Según Roger Hart (1993) “La participación es la capacidad para expresar decisiones que sean reconocidas por el entorno social y que afectan a la vida propia y/o a la vida de la comunidad en la que uno vive”.

La participación ciudadana se puede definir como la intervención de los ciudadanos en la esfera pública en función de intereses sociales de carácter particular. Desde la óptica normativa, el término de participación ciudadana puede restringirse a aquellos casos que representan una respuesta, individual o colectiva, de la sociedad a una convocatoria realizada por parte de las autoridades gubernamentales en aquellos espacios institucionales que éstas designan o crean para el efecto.

La participación social se puede definir como la agrupación de los individuos en organizaciones de la sociedad civil para la defensa y representación de sus intereses. El desarrollo de este tipo de participación articula el tejido social organizacional, lo que puede tener importancia en el desarrollo de nuevas formas de participación, sobre todo en la esfera de lo público.

La participación comunitaria es el conjunto de acciones desarrolladas por distintos sectores comunitarios en la búsqueda de soluciones a sus necesidades específicas. Se encuentra unida al desarrollo de un sector o un grupo y tiene como eje el mejoramiento de las condiciones de vida en la comunidad.

En el caso de promoción de la salud, J. Salinas (2017) afirma que la participación es la “acción de los actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad, para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud”.



La tipología de la participación está basada en el grado o intensidad de la misma, que la clasifica en: nivel 1, informativo; nivel 2, colaborativo; nivel 3 consultivo, y el 4 es cuando la participación ya implica la toma de decisiones conjunta, por objetivos y recursos.

Existen otras tipologías o clasificaciones de la participación. Sherry Arnstein (1969) desarrolló “La Escalera de Participación Ciudadana”, donde la caracteriza en ocho peldaños, donde los dos primeros son de No participación: 1. “Manipulación”, que es un engaño a la ciudadanía, y 2. “Terapia”: manifiesta un tipo de manipulación que busca calmar a los ciudadanos. Los siguientes tres peldaños, a los que llama la “Participación de Fachada” son: 3. “Información”, dar o informar a la ciudadanía, 4. “Consulta”, consultar a los participantes, pero las decisiones las siguen tomando unilateralmente las autoridades, 5. “Apaciguamiento”, se realiza cierta negociación con los ciudadanos. Los últimos tres peldaños, 6, 7 y 8, “Poder Ciudadano” implican realmente una participación activa, donde ya existe colaboración, delegación del poder y control ciudadano, pasos 6, 7 y 8 (Arnstein, Sherry R., 1969: 216-224).

Una clasificación más reciente, que prácticamente engloba a las anteriores y las complementa, es la de Pedro Prieto-Martín y Álvaro Ramirez-Alujas (2014), quienes la manejan como Esquemas de Participación (EdP), en la que ellos agregan una categoría a la que llaman “conflicto”, la cual representa los niveles de colaboración negativos, caracterizados por la oposición y las presiones mutuas (cuando quien toma las decisiones ignora las reclamaciones provenientes de otros actores) (Prieto-Martín P., Ramirez-Alujas A.; 2014: 76-82).

Para la promoción de la salud, el reto más importante es el de incorporar la participación social en el ciclo de la formulación-implementación y evaluación de los planes, programas y proyectos de salud y calidad de vida. En este proceso lo importante es involucrar a los diferentes actores: aquellos cuyos intereses son afectados o afectan la situación, a los que tienen el conocimiento, la información y la experiencia para la formulación de las estrategias o acciones, a aquellos con control o influencia sobre políticas, instrumentos y recursos para la implementación de soluciones (Salinas, Judith, 2017: 28).



Lo que se necesita es una ciudadanía empoderada, participativa y activa, que contribuya y se haga cargo de su entorno y del cumplimiento y vigilancia de las políticas que contribuyen a su salud y a mejorar su calidad de vida, así como que también exija nuevas políticas públicas sobre este tema.

Un enfoque utilizado recientemente para la promoción de la salud es la de los Activos en Salud, donde la participación y la intersectorialidad son fundamentales. “Un activo para la salud es cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar” (Cofiño R.; Aviño, D.; Benedé, C.B. *et al.*, 2016: 93-98). Este enfoque tiene el objetivo principal de identificar los activos de salud en las políticas, para apoyar a las personas, a sus comunidades y a las organizaciones en adquirir habilidades y competencias que maximicen las oportunidades de salud y bienestar. Se trata de una mirada que se concentra en las soluciones y no en los problemas.

4.4 Gobernanza para la salud

La Organización Mundial de la Salud (1948) define a la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La gobernanza para la salud es la participación de distintos actores, tanto gubernamentales como no gubernamentales, con el fin de preservar y cuidar la salud de las personas, desde la atención primaria, que incluye la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, así como la atención médica familiar a padecimientos leves; la atención secundaria, que es cuando ya se presenta alguna enfermedad y se da algún tratamiento para combatirla, y la atención terciaria, en la que las enfermedades requieren atención especializada.

Kirckbusch (2011) define a la gobernanza en el contexto de la salud como “los esfuerzos de los gobiernos y otros actores para dirigir a las comunidades, al país, a la búsqueda de la salud y el bienestar como una meta colectiva”. En la actualidad, la mayoría de los gobiernos se comprometen a dar los servicios necesarios a las personas para cuidar y preservar la salud de sus poblaciones.



Walter Flores (2010:28-39) ya incluye en el concepto de gobernanza para la salud a las instancias sociales referidas a este rubro. Explica que:

La gobernanza en los sistemas de salud se refiere a los procesos para la toma de decisiones que afectan de forma directa o indirecta al Sistema de Salud. En estos procesos interactúan actores estratégicos y organizaciones que aplican las reglas de juego y otros procedimientos -formales e informales-. Los actores estratégicos utilizan recursos de poder para influir en la de toma de decisiones.

Este autor afirma que al hablar de gobernanza para la salud debemos evitar pensar solo en el papel que juegan las instituciones prestadoras de los servicios médicos; tenemos que analizar el valor que la sociedad y el Estado le dan a una vida saludable, y la prioridad que ésta tiene dentro de las demandas sociales y las políticas públicas.

Esto implica que la gobernanza para la salud debe tomar en cuenta la influencia de los gobiernos locales, los grupos organizados de la sociedad civil, las instancias académicas y los agentes económicos (como la industria farmacéutica, la industria de tecnología médica y la industria alimentaria).

Flores (2010) explica que el análisis de la gobernanza aplicado en los Sistemas de Salud contribuye a:

Identificar los espacios estratégicos para la incidencia política, la participación social y el fortalecimiento de la ciudadanía en salud [...] La participación social es un proceso de construcción del diálogo en la definición e implementación de las políticas públicas.

Esto es importante para el planteamiento que se sostiene en el presente trabajo, ya que la primera fase en la creación de una red de gobernanza como la que se propone es hacer un mapeo de los diferentes actores que existen en la localidad, así como identificar los espacios estratégicos para implementarla.

R. Dodgson (*et al*, 2002) apunta que:

La gobernanza para la salud se refiere a las acciones adoptadas por la sociedad para organizarse a sí misma en la promoción y protección de su propia salud. Las reglas que definen dicha or-



ganización y su funcionamiento pueden ser formales o informales que generalmente prescriben el comportamiento. El mecanismo de esta gobernanza puede ser a nivel nacional, subnacional o local, así como internacional. La gobernanza para la salud puede ser pública, privada o la combinación de ambas.

Las definiciones anotadas nos indican que debe lograrse una combinación y colaboración de esfuerzos entre diferentes actores, así como de acciones entre el gobierno y la sociedad civil organizada, a favor de mantener y cuidar la salud de las personas, para llegar a acuerdos que permitan la elaboración de políticas públicas referidas a la salud en la localidad, lo cual es el fin último del Modelo.

4.5 La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la gobernanza

Parteaguas en el desarrollo de la gobernanza para la salud han sido las propuestas que ha promovido la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012, 2014) desde el año 2012. Kickbusch y Gleicher (2014) son los editores de la publicación intitulada *Gobernanza Inteligente para la salud: la evidencia: OMS 2014*; en la cual se explica y describe a detalle la necesidad de desarrollar un sistema de gobernanza para la salud; también profundiza en algunas metodologías para llevarla a cabo, analiza los factores que determinan la salud, los sistemas de salud, y cómo pueden mejorarse a través de articular un sistema de gobernanza.

Kickbusch y Gleicher (2014) apuntan tres factores clave que deben reconocerse en el contexto actual, y cuyo análisis llevará a desarrollar una gobernanza para la salud, ellos son: la interdependencia, la complejidad y la coproducción. Otro aspecto relevante que debe tomarse en cuenta es que las sociedades han cambiado, se ha pasado de la sociedad industrial a la “sociedad del conocimiento”.

El concepto de sociedad del conocimiento ha existido ya por más de dos décadas (Böhme y Stehr 1986), e implica que el desarrollo del conocimiento basado en las innovaciones y el surgimiento de las nuevas tecnologías han sido factores clave para el progreso de los países.



Kickbusch y Gleicher (2014:99) explican que los principios básicos para lograr una gobernanza contemporánea del siglo XXI en el rubro de la salud se basa en tres elementos clave:

- Primero, la coordinación entre todos los actores que pueden contribuir al mejoramiento de la salud;
- Segundo, la colaboración entre ellos, así como hacer de la salud un objetivo común tanto del gobierno como de los actores no gubernamentales;
- Por último, que se promueva una coproducción del conocimiento, donde se logre participación activa de los diferentes actores, se comparta y utilice dicho conocimiento por todos.

El reto para el gobierno es proporcionar un ambiente adecuado para que se logre efectivamente esta coproducción y se desarrolle “valor público” mediante las nuevas tecnologías de la información (social media, Web 2.0) como herramientas para la coordinación, así como la creación de nuevas relaciones estratégicas dentro del gobierno y con los actores no estatales. Este punto coincide con lo que mencionaba Mariñez Navarro (2015), y es clave para desarrollar una buena gobernanza para la salud.

Kickbusch (2011:342) utiliza el término “gobernanza inteligente” para describir un conjunto innovador de distintos enfoques para abordar los problemas de salud más relevantes de la actualidad. El término fue acuñado por Wilke desde 2007, y es una forma de describir las principales adaptaciones institucionales de las organizaciones públicas e internacionales en la interdependencia, es una abreviación al conjunto de principios, factores y capacidades que constituyen una forma de gobierno capaz de hacer frente a las nuevas condiciones y a las exigencias de la sociedad del conocimiento.

La salud debe ser percibida como un sistema complejo, ya que son muchos sus factores determinantes, hay múltiples redes dinámicas y relaciones con muchos efectos secundarios, sistemas interconectados, por ejemplo de alimentación, de transporte, servicios públicos de salud y en general; Kickbusch y Gleicher (2014) reconocen la importancia de incluir a todos los actores y factores que ponen en peligro la salud (por ejemplo, el sistema de alimentación, la industria alimentaria, la publicidad, entre otros), o que



la favorecen (como la disponibilidad de verduras, alimentos menos energéticos, agua potable, entre otros), o a los que consideran a la salud como una parte significativa de su propia misión.

A estos factores (económicos, sociales, políticos, ambientales) que afectan de una u otra manera la salud de las personas, se les conoce como Determinantes Sociales de la Salud (DSS), tales como la velocidad de crecimiento de las sociedades modernas, la globalización de los mercados, el aumento de la movilidad y la inseguridad de los individuos, el gasto de energía y el cambio climático, la seguridad alimentaria, las preocupaciones sobre el riesgo y la seguridad, y el alcance de los medios de comunicación. **En los últimos años, la OMS ha desarrollado documentos donde incentiva a los gobiernos a modificar o incidir en dichos DSS para cambiar los hábitos de las personas y provocar cambios positivos hacia la salud.**

La Organización Mundial de la Salud, según Kickbusch I., Gleicher D., (2014). propone que la gestión inteligente para la salud se componga de cinco aspectos interrelacionados:

1. Colaboración entre sectores público, privado, social (Organizaciones de la Sociedad Civil o tercer sector) y académico.
2. Participación de los ciudadanos.
3. Una combinación de regulaciones y de persuasión por el gobierno.
4. Organismos independientes y órganos de expertos.
5. Políticas de adaptación, estructuras flexibles y de previsión.

El sector salud debe trabajar con una amplia gama de actores para explorar conjuntamente la innovación de políticas, mecanismos e instrumentos nuevos y mejorar marcos regulatorios, logrando una colaboración entre los diferentes sectores. Por ejemplo, es fundamental que este sector trabaje con el del medio ambiente sobre el cambio climático y la seguridad alimentaria, o con el de infraestructura, para hacer ciudades saludables aptas para la realización de actividad física, o con el sector de trabajo, por una salud ocupacional, entre otros.

Para alcanzar un mayor éxito se requiere de la participación, la cooperación y coproducción de los ciudadanos, por lo que



la participación ciudadana/comunitaria se vuelve un factor fundamental para lograr una buena gobernanza de la salud. Las personas deben ser empoderadas para actuar corresponsablemente a favor de su propia salud, iniciando desde la edad escolar, como parte de la currícula.

Las nuevas tecnologías de la información (TIC) se convierten en una herramienta fundamental para la gobernanza para la salud. Pueden facilitar a los ciudadanos coproducir activamente información relevante y generar aprendizajes, con la tele-transmisión de programas o temas de salud, o las aplicaciones en los dispositivos móviles. El uso de la tecnología también facilita la transparencia y rendición de cuentas.

Los medios de comunicación juegan un papel muy relevante en la difusión de información y conocimiento; deben incluirse como actores en el proceso de la gobernanza. El intercambio de información en general tiene que ser entendido como una de las herramientas más eficaces para la coordinación, la legitimidad y la rendición de cuentas (Hernández-Aguado y Parker, 2009).

Una combinación de regulación y persuasión por parte del gobierno para convencer y motivar a los distintos actores a colaborar y a cooperar a favor de la salud en el sistema de gobernanza es un punto de suma relevancia.

La OMS (2014) explica que la gobernanza jerárquica sigue siendo importante y necesaria. El programa “Salud en todas las Políticas”, también desarrollado por la OMS, parte de la base que **la salud y el riesgo de la enfermedad están en todas partes**. Esto tiene consecuencias importantes sobre cómo se enmarcan las políticas de salud, dónde se asignan responsabilidades para la salud en la sociedad y dónde surgen grandes conflictos de intereses.

Si la salud y el riesgo de enfermarse están en todas partes, cada lugar o establecimiento en la sociedad pueden apoyar a cuidarla o ponerla en peligro. Al articular un sistema de gobernanza para la promoción de la salud, se debe involucrar a los participantes de la Red en desarrollar **factores protectores de la salud cada uno desde su “trinchera” y disminuir los factores de riesgo para desarrollar enfermedades.**



4.6 La promoción de la salud en la gobernanza

La promoción de la salud es justamente hacer que los lugares de la vida cotidiana se conviertan en entornos saludables (factores protectores) a través de un compromiso con las normas, estándares y pautas de comportamiento que corresponda, incluso con las leyes y regulaciones que promueven a veces cambios culturales (Kickbusch, 2003).

La definición de gobernanza en salud empata con la definición de promoción de la salud, que consiste, según la Carta de Ottawa (1986:14) “en proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

Otra definición de promoción de la salud elaborada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en el año de 1990 asienta: “La promoción de la salud es la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de vida individual y colectiva”.

Señala que los prerrequisitos para la salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ecosistema estable, la renta, la justicia social y la equidad.

Sintetizando, la promoción de la salud es el conjunto de:

- Primero, dotar a las personas de capacidades y habilidades para que tengan un mejor control sobre su propia salud. Aquí se incluye forzosamente el trabajo comunitario.
- Segundo, crear ambientes protectores que favorezcan la salud de las poblaciones. Esto se debe hacer a través de normas, leyes y regulaciones que promuevan los cambios culturales hacia una “cultura de la salud”.
- Tercero, la promoción debe hacerse en donde la gente vive, estudia, trabaja y se divierte, en los lugares de la vida cotidiana. Por lo que el lugar ideal para hacerla es el nivel municipal.



4.6.1 Gobernanza para la Promoción de la Salud (PS)

Para el Modelo Propuesto la definición operativa de Gobernanza para promoción de la salud es:

“La conjunción de esfuerzos y acciones realizadas por distintos actores de los sectores público, privado, social y académico presentes en un territorio que se encuentran coordinados y vinculados a través de una Red colaborativa con el fin de promover el cuidado de la salud y prevenir las enfermedades en forma corresponsable con la población de una localidad” (Nissán: 2018)¹.

En el gráfico 4.1 se muestra un esquema con los sectores participantes en la Red de gobernanza planteada. En él, todos colaboran en forma coordinada para cuidar la salud de la población e incrementar el estado de bienestar.

Gráfico 4.1

Red de gobernanza para la promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)



Fuente: Elaboración propia con base en OMS (2014).

¹ Nissán Schoenfeld E. (2018); Gobernanza para la Salud: una nueva estructura y organización para la promoción de la salud y la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles; Tesis Doctoral, Instituto Nacional de Administración Pública (INAP); Ciudad de México. p:39.



4.7 Brasil y Chile: ejemplo de buenas prácticas de gobernanza territorial y prácticas asociativas: Organizaciones de la Sociedad Civil como detonadores de cohesión social y promoción de la salud.

4.7.1 Caso Brasil

Souto Maior y Dornelas (2008) argumentan que **la participación de la sociedad, a través de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), es fundamental para la construcción de políticas públicas**, especialmente en el tema de la salud, donde debe desplazarse el enfoque de lo puramente curativo al de prevención y promoción de la salud, **basados en la familia y en la comunidad.**

Explica que **es fundamental la presencia de consejos de salud locales con representantes de los usuarios, de profesionales del área y de la sociedad civil organizada, entre otros segmentos sociales, con el fin de que puedan acceder a la toma de decisiones.**

Otro aspecto relevante en las prácticas participativas de gestión pública dentro de la gobernanza es incluir necesariamente la estructura asociativa, y esto puede lograrse de dos maneras:

- Primero, destinando institucionalmente espacios de participación para los diversos actores sociales en procesos de decisión, gestión y control social
- Segundo, promoviendo la capacidad asociativa y organizativa de la sociedad civil para que se forme un entramado asociativo territorialmente estructurado dentro de la localidad.

La gestión participativa debe darse en la localidad, ya que las cuestiones locales son las que afectan directamente la vida cotidiana de las personas, y por lo tanto deben resolverse en este nivel, por lo que debe partir desde la administración pública municipal.

En el caso de Brasil se cuenta con un modelo que parte de la base (los municipios) hasta la cima de la jerarquía administrativa (la federación) donde se introducen los mecanismos de



participación a través de los Consejos de Salud, formados por representantes de la sociedad civil. Estos consejos y la Conferencia Municipal de Salud (foro donde participan los delegados comunitarios de todos los distritos sanitarios de la ciudad) definen la agenda de la salud pública del país.

El diseño organizacional del Sistema Único de Salud está regulado mediante leyes que reglamentan las responsabilidades de las tres esferas de gobierno. Un punto importante es que para que los municipios reciban financiamiento para la salud por parte del gobierno federal debe existir forzosamente un Consejo de Salud.

Otro punto muy interesante es que en este modelo, además de ser descentralizado y participativo, existe una intensa relación entre el equipo de salud de la municipalidad con las redes y la comunidad donde las personas habitan, viven y construyen su vida cotidiana.

Los principios básicos de este modelo son:

- Primero, la salud es una dimensión global, donde además de lo curativo se incorpora la dimensión socioambiental.
- Segundo, el componente comunitario-territorial es trascendental, se impulsa a los usuarios a responsabilizarse de su propia salud. **La salud es problema de todos, por lo que se incorpora a las prácticas comunitarias la sociabilidad primaria (familia y vecinos) y la secundaria (asociaciones comunitarias y otras instituciones que actúen en la comunidad) en la producción de una vida saludable.**
- Tercero, incluye también un programa de Agentes Comunitarios de Salud que tienen el contacto directo con la comunidad y van creando las redes asociativas entre las personas, los centros de salud y las OSC. Las redes se estructuran de manera diferente en cada territorio dependiendo de sus características.

Las redes asociativas, construidas a través del Agente Comunitario de Salud, son soporte de la práctica del Programa de Salud Familiar en Brasil. Ellas permiten la articulación de las acciones del programa con las organizaciones de la comunidad.



Otro aspecto interesante es que, dentro de sus directrices operacionales, el Programa de Salud de la Familia determina las funciones que le tocan al “agente público” del municipio, ejecutor del programa. Entre ellas: estimular la participación de la comunidad a partir de sus asociaciones y de la organización de las personas para la promoción de la salud (ejemplo: grupos de hipertensos, diabéticos, portadores de VIH, entre otros).

También destaca la presencia de grupos organizados que participan en consonancia con el municipio en la promoción de la salud, por ejemplo: asociaciones de residentes o grupos organizados de la comunidad que actúan con prácticas alternativas (farmacia popular, fitoterapia, entre otras), o grupos religiosos que con “prácticas de magia” promueven acciones de salud. La riqueza de la organización popular determina una variedad inmensa en el programa de salud específico de cada territorio.

En la investigación realizada por Souto y Ornelas se corroboró que **mientras más asociatividad se tenga en un territorio, mientras más organizaciones de la sociedad civil, grupos de todo tipo y personas de la comunidad participen en la promoción de la salud, se tendrá mayor probabilidad de éxito con el programa de salud.**

La gobernanza debe ser adaptada al modelo de gestión participativa, y más allá de la potencia ejecutiva del aparato público deben considerarse variables como el capital social, mecanismos institucionales de participación y una cultura política favorable.

4.7.2 Caso Chile

El caso de Chile en el área de promoción de la salud es muy interesante y confirma, con hechos, lo importante de la propuesta que se hace en este libro para México.

En 1998, el Ministerio de Salud de Chile puso en marcha el Plan Nacional de Promoción de la Salud y creó una instancia de coordinación intersectorial presidida por el Ministro de Salud e integrada por 28 instituciones públicas y privadas de todo el país, llamándolo Consejo Nacional para la Promoción de la salud Vida Chile.

La función principal de este **Consejo fue la de coordinar un plan de acción estratégico de carácter intersectorial. Lo más relevante es que cuenta con una red de consejos locales.**



Los Consejos Vida Chile comunales tienen carácter participativo y están constituidos por representantes de organizaciones sociales y comunitarias, autoridades municipales, servicios públicos locales y entidades privadas. Su objetivo principal es colaborar con el diagnóstico participativo de la salud del municipio y participar en el Plan Comunal de Promoción de la Salud. **El fundamento de este concepto es que el bien social se construye con la ciudadanía y todos los sectores de la sociedad, pero para que funcione se requiere voluntad política, visión común a largo plazo y, por supuesto, respaldo financiero** (Salinas, Judith; Cancino, Anselmo, *et al.*, 2007).

Los resultados preliminares de este proyecto (Vida Chile), medidos en primera instancia con indicadores de cobertura, fue que el 98% de los municipios del país contaron con el Plan Comunal de Promoción de la Salud y un comité Vida Chile comunal y se incrementó el número de organizaciones sociales incorporadas a las estrategias de promoción de la salud; el 34% de todos los establecimientos de educación del país se acreditaron como entidades promotoras de salud, y el 20% de la población total del país recibió beneficios directos.

El costo total anual *per cápita* de los planes comunales de salud fue de 6.60 US dólares, costo mucho menor que lo que implica un costo de atención médica por enfermedades derivadas de la obesidad o la diabetes.

En el mismo artículo los autores argumentan que lo que facilitó la ejecución e implementación del programa fue contar con la participación de las organizaciones sociales y redes comunitarias, así como disponer de un presupuesto asignado para el plan en la localidad.

El sistema de gobernanza se convierte en una estrategia para mantener sanas a las personas y prevenir oportunamente el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, la diabetes y la hipertensión.

4.8 Comentario final del capítulo

A través del conocimiento de los distintos tipos, modos o características de la gobernanza, salta a la vista que el término es flexible pero no difuso. Como dice Joan Prats i Catalá: no hay



sistema único de gobernanza, ésta debe ser adaptada a las necesidades cambiantes de las situaciones, especialmente del tema que se desea resolver.

La gobernanza implica la actividad de coordinación de las distintas actividades que los múltiples actores desarrollarán con el fin de promocionar la salud en la localidad.

Luis F. Aguilar (2019:220), autor referente en tema de gobernanza, sintetiza en forma muy ilustrativa las tres actividades directivas esenciales que la gobernanza debe incluir: Primero, la definición de los valores, principios, fines, objetivos y metas de la vida asociada. Segundo, la definición de los medios (organización, normas reguladoras, acciones y recursos necesarios) para llegar al fin buscado. Y tercero, la coordinación y la conducción de los distintos actores y de las múltiples actividades de los mismos, con un fin común.

El sistema de gobernanza será un elemento clave para el desarrollo de una nueva estructura y organización dentro de la administración pública para la promoción de la salud y la prevención primaria de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes y la hipertensión, en tres vertientes:

- **la gobernanza interactiva y colaborativa** con la plataforma digital (de ser posible) y los Consejos Ciudadanos de Salud
- **gobernanza multivivel, con la concurrencia de los tres órdenes de gobierno** en la ejecución del programa compartido
- **la gobernanza territorial, aspecto clave y fundamental**, la conjunción de distintos actores desde la localidad (el municipio).



CAPÍTULO 5

MODELO DE GOBERNANZA TERRITORIAL Y EDUCACIÓN PARTICIPATIVA PARA HACER MÁS EFICAZ LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)



CAPÍTULO 5

MODELO DE GOBERNANZA TERRITORIAL Y EDUCACIÓN PARTICIPATIVA PARA HACER MÁS EFICAZ LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)

En este capítulo se presenta la propuesta para la administración pública, un nuevo modelo de estructura y organización basado en un sistema de gobernanza territorial, multinivel, interactiva y colaborativa para la promoción de la salud y la prevención de obesidad y ECNT, en los tres órdenes de gobierno (federal, estatal y municipal).

Se explicará la estructura del modelo propuesto, así como los actores que la componen y la interrelación entre éstos. Asimismo, se abordará y explicará el tipo de estructura de la red, la forma ideal para su administración y los recursos que cada actor pudiera aportar a la misma. Se hablará de los indicadores para medir el funcionamiento del modelo y de la plataforma digital web a través de la cual la red de gobernanza podrá estructurarse más eficientemente.

En una segunda parte del capítulo, se presentan las áreas básicas de trabajo para la administración pública para gestionar de manera más eficiente un programa de promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas, así como la estructura y organización de las unidades administrativas correspondientes en los tres órdenes de gobierno.

En la última parte del capítulo se presenta una metodología para la gestión pública municipal para promocionar la salud y prevenir las enfermedades a nivel local, basado en el enfoque de la gobernanza, así como para el desarrollo de políticas públicas para construir un entorno saludable en la comunidad.

El Modelo se presenta a continuación.

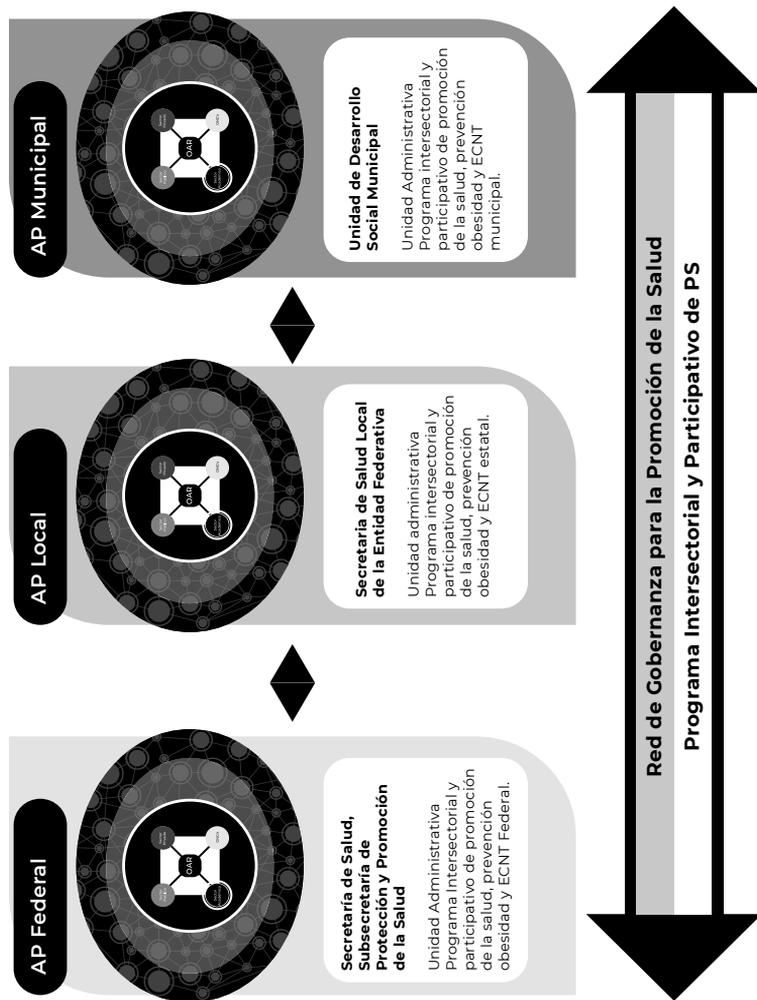


5 Propuesta para la Administración Pública: Enfoque Gobernanza.

México requiere de una Política de Estado en Promoción de la salud y prevención primaria del sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles. De allí la propuesta del siguiente Modelo (Gráfico 5.1) que presenta una nueva estructura y organización funcional para la administración pública a través de un sistema de gobernanza, que incluye cuatro partes fundamentales que se explican a continuación.



Gráfico 5.1: Modelo de Gobernanza para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.



Elaboración propia, Nissán-Schoenfeld (2018).

5.1. Primero: Red de Gobernanza para la promoción de la salud

5.1.1. Necesidad de conformar una red de Actores

Actualmente existe una falta de coordinación y colaboración entre los diferentes actores involucrados en la promoción de la salud. En el sector público, por ejemplo, entre los distintos órdenes de gobierno (federal, estatal y municipal) se ha detectado falta de coordinación y cooperación. Falta conjunción de esfuerzos en el combate de un problema común y hay desconocimiento de las acciones realizadas por los distintos actores.

La promoción de la salud debe llevarse a cabo donde la gente trabaja, estudia, vive. Por ello, puede afirmarse que para realizar una promoción de salud efectiva debe involucrarse a distintos actores gubernamentales y no gubernamentales de la sociedad: escuelas, empresas, tiendas, restaurantes, parques, lugares de recreación, medios de comunicación, así como a los gobiernos locales, estatales y federal.

Conformar una red interactiva y colaborativa puede ser una buena estrategia para conjuntar a los distintos actores mencionados y lograr la coordinación de los mismos, potencializando las acciones y evitando duplicidad de funciones. Por otro lado, en los sectores privado, social y académico existen organizaciones que realizan acciones y esfuerzos valiosos para la promoción de la salud, pero cada organismo las efectúa de manera independiente, lo que impide lograr sinergias, coaliciones y mejores resultados con un uso más eficiente de los recursos.

Lo anterior apunta a **una necesidad fundamental de contar con una red de gobernanza para la promoción de la salud que incluya a los diferentes actores**, especialmente en el ámbito local, que se encuentran trabajando y realizando acciones en este sentido, como programas, intervenciones, materiales educativos, investigación del tema, entre otros aspectos. Esto con el fin de compartir conocimientos, experiencias, buenas prácticas, resultados, materiales educativos, evidencias científicas de programas que funcionan, y así poder coordinar, colaborar y recibir apoyo entre los actores y potenciar el impacto que se pudiera tener, bajando además el costo.



Se le llama **Red de gobernanza a un conjunto de actores de diversos sectores que coordinan sus acciones e intercambian recursos, conocimientos y aprendizajes entre sí para lograr un fin común.**

Los actores sugeridos para participar en la Red de gobernanza propuesta pertenecen a cuatro diferentes sectores: público (gubernamental), privado (empresas y negocios), social (tercer sector u organizaciones no lucrativas de la sociedad civil, grupos comunitarios) y académico (universidades, investigadores, institutos).

Es necesario diferenciar a los actores con base en su “escala geográfica” para detectar sus niveles asociativos. En la tabla 5.1 se presenta el tipo de actores según su escala geográfica y sector al que pertenecen, aunque es de suma importancia que la red de gobernanza en su núcleo básico tendrá que ser a nivel local, como una microparte del todo.

Tabla 5.1: Diferentes actores para la red de gobernanza con base en su escala geográfica y sector al que pertenecen

Escala geográfica	Sector público	Sector privado	Tercer Sector OSC	Sector académico
Internacional	Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la Salud	Corporativos y empresas multinacionales	Organizaciones No gubernamentales Internacionales	Investigaciones internacionales
Nacional/ Federal	Gobierno federal (Legislativo, Ejecutivo y Judicial)	Corporaciones y empresas	Organizaciones No Gubernamentales	Investigaciones a nivel nacional Universidades Institutos nacionales
Estatal	Gobierno estatal (Legislativo, Ejecutivo y Judicial)	Empresas y negocios del estado	Organizaciones No Gubernamentales a nivel estatal	Investigaciones Universidades estatales
Municipal/ Local	Gobierno municipal (Ayuntamiento, presidente Municipal y Regidor)	Negocios y empresas locales	Organizaciones No Gubernamentales a nivel local Grupos comunitarios	Investigaciones universidades y escuelas locales.

Fuente: Elaboración propia con base en Koliba *et. al* (2011: 76)

5.1.2 Recursos, tipos de capital aportados por los actores e intercambios a través de la red de gobernanza

Un aspecto importante que debe tomarse en cuenta relativo a los actores que formarán parte de la red de gobernanza es el tipo de capital y/o recursos que podrán aportar a la red. Entre ellos se encuentran: capital financiero (recursos monetarios o dinero para la adquisición de bienes), capital físico (edificios, oficinas, equipo, propiedades), capital humano (personal capacitado, recursos humanos, experiencia, trabajo), capital social (vínculos sociales forjados a través de la confianza y permanencia), capital político (poder político, representatividad de los ciudadanos) y uno de los más importantes: el capital intelectual y del conocimiento, que incluye aspectos como el material intelectual, la información, los conocimientos, las experiencias y las buenas prácticas en el área de promoción de la salud. Es necesario también incluir al capital cultural (normas sociales, tradiciones o hábitos y costumbres) que, en este caso, es el de una cultura saludable (Koliba, Christopher; Meek, Jack; Zia, Asim, 2011).

5.1.3 Actores gubernamentales y no gubernamentales

En los tres ordenes de gobierno, se debe ubicar a los actores de los distintos sectores que participarán en la red de gobernanza. Para lograr un trabajo de promoción de salud eficaz y eficiente es necesaria la participación dichos actores.

La **metodología** que permite identificar quiénes son los actores clave y conocer su influencia e intereses en el desarrollo y resultados de una intervención se conoce como el “**análisis de actores**” y es un instrumento indispensable para comprender el contexto social e institucional de la intervención, así como conocer a las instituciones, organizaciones, individuos y grupos que están directa e indirectamente involucrados en la promoción de la salud.

También es necesario evaluar el grado de influencia o poder de los actores, control de recursos estratégicos, influencia informal y relación con los otros involucrados, así como la importancia o prioridad del proyecto. **Lo más importante del análisis de actores es hacerlo a nivel local**, en el municipio, además de los actores a nivel nacional que pudiesen participar con los ayuntamientos.



La promoción de la salud supera las acciones del sector salud, por lo que necesariamente se requiere involucrar a los otros sectores responsables de las condiciones de vida y de desarrollo de la sociedad, con el fin de lograr una mayor equidad en salud. Tanto a nivel federal como local se debe involucrar a las entidades gubernamentales para que apoyen a la concreción de acciones para facilitar a los ciudadanos un estilo de vida saludable, como sería la secretaría de salud, de educación, del trabajo, de desarrollo social, de infraestructura, entre otras; de las Entidades Federativas, los servicios estatales de salud, secretarías de salud y educación locales, entre otras; de igual manera en el orden municipal, la dirección de desarrollo social, de deporte, de salud, entre otras.

Dentro del sector público el orden municipal es importante. Se deben tomar en cuenta los programas vigentes y la estructura de las instituciones de salud locales (tejido administrativo), especialmente las figuras relacionadas con el área de salud, como sería el caso del Regidor⁴⁰, de la Comisión de Salud, quien juega un papel relevante en la detección de los problemas de salud municipales.

Como parte de los actores del sector público se requiere considerar a los centros de salud (ya sean del IMSS, ISSSTE o DIF) y a los centros comunitarios presentes en el territorio. Su participación será relevante en el sistema de gobernanza.

5.1.3.2 Sector social: Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)

Es muy importante identificar a las Organizaciones de la Sociedad Civil presentes en el territorio, especialmente aquellas cuyo objeto esté relacionado con mejorar las condiciones de salud de la población.

Se debe recordar que mientras más asociaciones u organizaciones existan en la localidad, mayor probabilidades de éxito podrá tener nuestro programa de salud, y mayor cohesión social

⁴⁰ El objetivo fundamental de la función del Regidor(a) es participar de manera colegiada con los demás integrantes del Ayuntamiento (el presidente municipal y los/las síndicos) para presentar, estudiar, examinar y resolver los problemas municipales y vigilar que este trabajo se ajuste a las disposiciones y acuerdos del mismo, para así tomar las decisiones pertinentes en materia de planeación, operatividad y la elaboración de la normativa requerida para el buen funcionamiento del municipio (Sánchez Tapia, Humberto, 2016: 47-48).



habrá en la comunidad (Souto, 2008).⁴¹ A su vez, se debe identificar a los líderes comunitarios, para integrar a miembros de la comunidad en el sistema de gobernanza, recordando que cuando las políticas públicas se desarrollan de “abajo hacia arriba” tendrán mayor probabilidad de éxito.

También será importante identificar OSC tanto en la Entidad Federativa como a nivel nacional, cuyo foco de interés sea la salud, para que participen en el sistema de gobernanza. A nivel nacional se encuentran distintas coaliciones y asociaciones cuyo fin es la promoción de la salud de la población mexicana (alimentación saludable y ejercicio) y mejorar los estilos de vida.

Para identificar a las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) presentes en el territorio municipal se cuenta con una plataforma desarrollada por el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL)⁴², donde están registradas todas las OSC que cuentan con CLUNI (Clave Única de Inscripción), que es un instrumento indispensable para que las OSC accedan a los apoyos y estímulos del gobierno federal para el cumplimiento de sus actividades. A su vez, a través de este registro, el gobierno certifica que las OSC sean legales y cumplan los objetivos para los cuales fueron creadas. Esta plataforma permite acceder a las OSC vigentes, activas y revisadas de cada uno de los municipios. (Plataforma Corresponsabilidad INDESOL, 2019).

5.1.3.3 Sector privado: empresarial

Es relevante también incluir en el sistema de gobernanza al sector privado o empresarial. Para ello, se sugiere identificar empresas relacionadas con la salud; por ejemplo, tiendas de autoservicio y conveniencia, restaurantes, laboratorios médicos, farmacias, entre otras. Esto con el fin de formar vínculos para promocionar la salud.

Una estrategia para identificar estas empresas a nivel municipal es a través de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Esa base de datos cuenta

⁴¹ Souto Maior Fontes, B.A., Dornelas Marco A. (2008); “Redes, gobernanza urbana y prácticas asociativas: el ejemplo del Programa de Salud de la Familia”, *Estudios Sociológicos*, vol: xxvi, No. 76, enero-abril.

⁴² INDESOL, Sistema de Información del Registro Federal de las OSC, en <https://www.corresponsabilidad.gob.mx/>, y directamente la entrada a la plataforma en: <http://www.sii.gob.mx/portal/>



con información sociodemográfica, económica y productiva por sectores en cada delimitación geográfica de las localidades que conforman el territorio municipal.⁴³

La información en la página web del INEGI está clasificada por “capas” según las “manzanas urbanas o rurales”, por tipo de establecimientos, giro o razón social de la empresa, sector al que pertenece, actividad económica e incluso el número de empleados con los que cuenta. El instructivo para llegar a la información requerida por Entidad Federativa, municipio, actividad económica, tamaño del establecimiento, etc. se encuentra en el Anexo F.

La información obtenida de la base de datos del INEGI será de utilidad para hacer un mapeo de los diferentes actores privados (e incluso públicos) que podrían participar en el sistema de gobernanza municipal, esto podrá ser complementado con la información sobre actores que tenga el mismo ayuntamiento.

Incluso, con dicha base de datos, se puede obtener información sobre el sector educativo (escuelas de todos niveles), sector salud (hospitales, clínicas, centros de salud) y asociaciones de la sociedad civil, centros comunitarios, entre otros.

5.1.3.4 Sector Académico: Universidades e institutos de investigación

La evidencia científica, sobre intervenciones exitosas o buenas prácticas en el tema de promoción de la salud, prevención de enfermedades y desarrollo de autocuidado en salud comunitaria elaborada en las universidades o en los institutos nacionales de investigación, es fundamental para vislumbrar mayores probabilidades de éxito en el objetivo de mejorar la salud de los mexicanos.

El Instituto Nacional de Salud Pública es una referencia obligada que diseña y evalúa las políticas públicas en ese rubro, así como el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Hay también varias universidades e institutos que están trabajando y elaborando evidencia científica sobre programas de promoción de la salud, prevención de obesidad y diabetes, o

⁴³ Página Web INEGI: <https://www.inegi.org.mx>



evaluando las políticas públicas ya existentes. Se sugiere contactar estas instituciones para tener expertos inmersos en el sistema de gobernanza a desarrollar.

5.1.3.5 Profesionales de la salud

Para complementar la red de gobernanza es muy necesaria la participación de profesionales de la salud de carreras afines, como medicina familiar/preventiva, nutriología, psicología, licenciaturas en deporte, educación física y gastronomía saludable. Así como licenciaturas en educación en salud, promoción de la salud, y enfermería, entre otras. Se debe buscar hacer convenios con las universidades que tengan dichas licenciaturas para que sus estudiantes realicen prácticas profesionales y/o de servicio social en las localidades. Incluso contactar con los Colegios de profesionales, a quienes se le solicita cumplir con ciertas horas de servicio social para que profesionistas ya titulados lo realicen en la localidad. Por ejemplo, pudiera ser con el Colegio Mexicano de Nutriólogos A.C.

Es necesario formar coaliciones de equipos multidisciplinarios para la realización de los programas propuestos, apoyándose en las universidades y colegios de profesionistas. En los casos de municipios que no cuenten con la presencia de universidades en su territorio, se debe hacer extensivo a las universidades localizadas en su Entidad Federativa.

5.1.3.6 Representantes de la comunidad, líderes comunitarios

Otros actores no gubernamentales, que no deben faltar en el sistema de gobernanza, son los líderes comunitarios. Ellos tienen la fuerza y el liderazgo para contagiar a las personas de la localidad a unirse y corresponsabilizarse en la mejora y promoción de la salud de la población en su localidad.

En los ordenes local y municipal será de gran importancia la identificación de actores locales entre los distintos sectores, así como la formación de los Consejos Ciudadanos de Promoción de la Salud, con representantes de los mismos. En este sentido, hay que resaltar la importancia de la participación de representantes de la comunidad y de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), ya que pueden funcionar como detonadores para la



cohesión social y la promoción de la salud en la localidad.

5.1.3.7 Vínculos entre actores

Dentro de una red de gobernanza existen distintos tipos de vínculos, diferentes formas en cómo fluye la autoridad o el poder entre los actores que la conforman. En el caso de la Red de gobernanza propuesta en el Modelo, se sugiere una estructura organizacional colaborativa, donde la dirección de los vínculos será preferentemente horizontal, con las premisas de colaboración y cooperación (Koliba, Christopher; Meek, Jack; Zia, Asim, 2011: 105).

5.1.4 Plataforma Digital Web 2.0

Al orden federal le correspondería desarrollar la Plataforma Digital Web 2.0 que será la herramienta de coordinación y comunicación entre actores y multinivel, así como el repositorio de los contenidos.

5.1.4.1 Estructura de la Red de gobernanza

Provan y Kenis (2007: 237-240) clasifican a las redes interorganizacionales en tres modelos:

1. La “Red auto-gobernada”, donde los actores tienen vínculos y autoridad balanceada y comparten el liderazgo de la red. Ningún actor domina sobre otro.
2. Aquel en el cual una organización es la que lidera la red. En ella se concentran la autoridad y el poder.
3. Es donde existe una Organización que Administra la Red (OAR), que es un “cuerpo coordinado” creado para administrar y organizar las actividades de la Red, la cual debe existir formalmente como un órgano aparte de los actores. Por las características y necesidades de la Red del Modelo sugerido, es la que se propone adoptar.

Es de suma importancia que ese órgano exista a nivel local, para la red interna municipal, y que a su vez esté conectada con la red de la Entidad federativa correspondiente. Todo esto facilitado por el órgano rector, que en este caso pudiera ser la Secretaría de Salud, o no, según sea el caso.

En las redes que se basan en este último modelo, existe



una combinación de vínculos verticales, horizontales y diagonales entre los actores que las conforman. Muchas veces estos vínculos van a depender del nivel de confianza entre los actores participantes, del número de estos y el consenso sobre los objetivos, así como de los recursos y aportaciones que cada actor haga a la red.

Conforme madure y evolucione la Red de gobernanza y la Plataforma digital Web 2.0, se podría migrar del paradigma clásico de administración pública al de administración de redes de gobernanza. Es un hecho la necesidad actual de utilizar las tecnologías de la información como herramientas que ayuden a agilizar los procesos y a eficientar los costos.

En los gráficos 5.2 y 5.3 se presenta la estructura de la Red de gobernanza para la promoción de la salud y prevención de ECNT. Dentro de los actores gubernamentales potenciales pueden considerarse un actor nacional/federal, 32 actores estatales o entidades federativas (incluyendo a la Ciudad de México) y más de 2 mil 400 municipios (que se irán incorporando poco a poco, según sus capacidades de tecnologías de la información). Por otro lado, se encuentran los actores no gubernamentales (sectores privado, social y académico) donde se incluye a las empresas, negocios y corporativos, Organizaciones de la Sociedad Civil, universidades e institutos y centros comunitarios (todos ellos a nivel local, estatal y nacional) donde se realizan acciones para promoción de la salud.

Dentro del mismo gráfico 5.2 se puede ver que, a su vez, se encuentra incluida una red de gobernanza en dos formas:

- La primera es intergubernamental entre los tres órdenes de gobierno (Federal-Estatal-Municipal). Aunque en este caso no aplicaría la verticalidad o jerarquía en los vínculos (mientras el intercambio de la red sea de recursos no monetarios), ya que se busca la coordinación de esfuerzos. Por ejemplo, en la elaboración de materiales educativos o programas, coordinación que evitaría la duplicidad de las mismas tareas. Esto reeditaría en un ahorro de recursos y mejores resultados porque se podría aprender de las experiencias previas de los organismos gubernamentales.
- La segunda es intragubernamental y se da entre las dis-

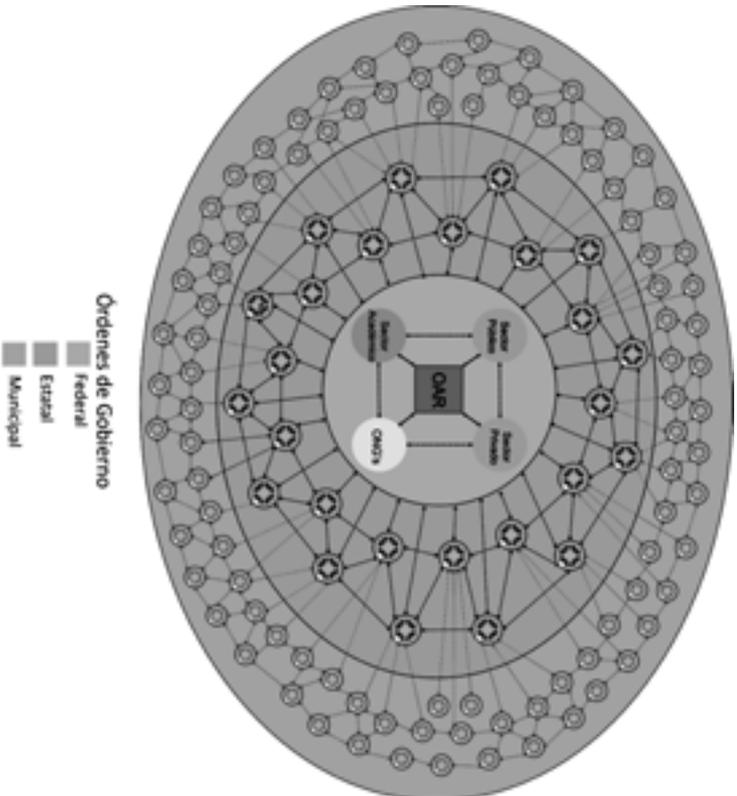


tintas entidades públicas que participan en la resolución del problema común (por ejemplo, diferentes secretarías o unidades administrativas) en el mismo orden de gobierno, cuyos vínculos son horizontales.

Como se observa en el gráfico 5.3, cada círculo de los distintos órdenes de gobierno (federal-estatal-municipal) a su vez contiene a los cuatro sectores de gobernanza: público, privado, social y académico y sus interrelaciones. Siendo éstos como células locales, cada entidad con su microsistema de red de gobernanza. Lo ideal, que los distintos actores de la red, pertenezcan al orden que sea, puedan interconectarse y relacionarse a través de la plataforma web 2.0 y hacer vinculaciones, sinergias, apoyos y aprendizajes, entre otras acciones.



Gráfico 5.2: Estructura de la Red de Gobernanza para la promoción de la salud. Plataforma Digital Web 2.0.



Fuente: Elaboración propia, Nissán-Schoenfeld (2018).



Gráfico 5.3

Unidades sectoriales interactivas por órdenes de gobierno



Fuente: Elaboración propia.

5.1.4.2 Administración de la Red de gobernanza

La administración de la red será un punto clave para su propio éxito. Se sugiere que el servidor público⁴⁴ que esté a la cabeza tenga la profesión de Administrador Público, ya que el perfil profesional que se busca para este puesto es una persona que desde la interdisciplinariedad busque el bien común, resolviendo problemas públicos a través de la gestión política y estratégica. Además de tener la capacidad de tomar decisiones respecto al uso de los recursos (en este caso, los que contenga la red) actuando pertinentemente en escenarios diversos para solucionar así los problemas complejos que se le pudieran presentar con actitud crítica y reflexiva. Es importante que el administrador, u órgano administrativo, de la red negocie los acuerdos verticales y las diferentes culturas de las organizaciones para asegurar que los intereses particulares sean tomados en cuenta dentro de las funciones y estructuras de toda la red.

⁴⁴ Antes llamado “funcionario público”, se modificó en 1982 la CPEUM, ahora “servidor público” y es toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza para el Estado.



La gestión de la red se debe centrar en la colaboración como una de las habilidades y competencias más importantes, que debe ser facilitada por el administrador público gestor de la red⁴⁵. Incluso puede ser difícil, o no viable, debido a la naturaleza de las relaciones entre diversos actores, por lo que el administrador público se convierte en un “facilitador de redes de gobernanza”. Su papel es importante, ya que debe hacer más sencillo el intercambio y ayudar a los patrones de comunicación entre actores, así como a los mecanismos de gobernanza multi-nivel y de múltiples actores.

Para asegurar el éxito de la colaboración y la participación de las organizaciones y diferentes actores en la red, se debe de elaborar un reglamento y una normatividad sólida que asegure el buen funcionamiento de la misma

El papel del administrador público en la Red de gobernanza puede ser crucial para el éxito o fracaso de la misma, por lo que es deseable elegir a una persona con visión integral, sistemática y directiva que comprenda los elementos clave para desarrollar una Red. Idealmente, debe contar con las siguientes habilidades:

1. **Supervisar y mandar:** debe ser autoridad, resolución de problemas, toma de decisiones y tener competencias de alta dirección.
2. **Abastecer de recursos (capital político) a la Red:** debe ejercer influencia en los distintos actores. El capital intelectual y de conocimientos es importante y será la base de la Red, así como el capital social.
3. **Facilitar:** el servidor público encargado de la Red debe ser un facilitador que propicie el intercambio de información, material, buenas prácticas y evidencias científicas entre los distintos actores. Se convertirá en el “activador de la red” ya que debe reunir recursos, experiencia e información útil para ella, será “el orquestador” de las actividades de la red como una acción colectiva.
4. **Negociar:** deberá participar en los procesos, cabildeos y acuerdos de adaptación mutua para la aceptación común

⁴⁵ Agranof y McGuire (2003) definen a la gestión colaborativa como un concepto que describe el proceso de facilitación y operación en un régimen en el que participan varias organizaciones para resolver problemas que no pueden ser resueltos fácilmente de manera individual por ellas. La colaboración es una relación diseñada para resolver un problema a través de la creación o el descubrimiento de una solución dentro de un determinado conjunto de restricciones.



de los parámetros de intercambio y agrupación de los recursos y otras formas de acción coordinada. Así como en la conciliación de acuerdos entre los miembros de la Red.

- 5. Aplicar la gobernanza participativa:** impulsará una gobernanza participativa territorial, involucrando a la mayor cantidad de actores posible de los distintos sectores (privado, social y académico) de la localidad.
- 6. Intermediar y extender los límites de la Red:** debe incrementar el capital social de la Red y hacerla crecer estableciendo nuevos lazos, incluso cruzando fronteras. Podría abrirse la Red a organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. A su vez, deberá orientar a los regidores municipales para que ubiquen a los distintos actores que pueden participar en el sistema de gobernanza en red en su territorio.
- 7. Pensar sistemáticamente:** La Red debe ser observada y manejada como un sistema, con todas sus interrelaciones internas y externas. Asimismo, debe recibir la retroalimentación adecuada y oportuna.

5.1.4.3 Medición del desempeño de la Red

Una vez estructurada la Red, se deberán considerar los parámetros que reflejen su funcionamiento y operatividad. Para esto, desde el inicio se establecerán objetivos bien definidos y metas claras, ya que de ellos dependerán los indicadores del desempeño (en los procesos) y el resultado o impacto final. Algunos de los indicadores serían:

- Número de actores de cada uno de los diferentes sectores.
- Tipo y cantidad de recursos aportados a la Red.
- Tipo de vínculos creados.
- Número de materiales educativos y programas adaptados y compartidos.
- Número de sinergias y apoyos entre actores.
- Productividad individual y colectiva.
- Eficiencia.
- Costo-efectividad.
- Población alcanzada.



El desarrollo de una plataforma Web 2.0⁴⁶ es una herramienta fundamental para la operatividad de la Red de gobernanza, ya que será la forma de presentar a los distintos actores de la misma, compartir sus programas, materiales educativos, buenas prácticas, evidencias científicas y la construcción del conocimiento conjunto, aprendizaje e interacción entre los usuarios, además de que a través de ella se recibirá la necesaria retroalimentación.

De no ser posible al inicio, contar con una plataforma Web 2.0, quizá por el costo y dificultad en el desarrollo tecnológico, la red de gobernanza se hará en forma presencial desarrollando el Consejo Ciudadano para promoción de la Salud, con comunicación vía correo electrónico, o la herramienta (aplicación) contenida en los teléfonos inteligentes “*whattup*”.

En síntesis, los pasos para la construcción de la Red de gobernanza son:

- 1. Investigación y participación de distintos actores** gubernamentales y no gubernamentales de los distintos sectores que pudiesen participar en la red. La voluntad política es muy importante. El gobierno tiene que ser el promotor de la iniciativa, a través de un servidor público de alto nivel, como podría ser el secretario de salud (en el orden federal), y en el nivel municipal pudiese ser encabezada por el encargado de salud pública local. Esto impulsará la participación de los demás actores.
- 2. Estructuración y conformación de la Red.** El objetivo es la conjunción de los actores relacionados o que trabajan en el tema de la promoción de la salud que pudiesen aportar programas y contenidos relacionados. Así como aquellos que pudiesen realizar acciones de prevención primaria para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Es importante que del sector público participen los tres órdenes de gobierno (federal, estatal y municipal) para cumplir el objetivo de compartir materiales educativos, buenas prác-

⁴⁶ El término Web 2.0 se desarrolló en 2005 por Tim O'Reilly, y cuenta con siete características: La Web como plataforma; el aprovechamiento de la inteligencia colectiva; la gestión de la base de datos como competencia básica; el fin del ciclo de las actualizaciones de versiones del software; los modelos de programación ligera junto a la búsqueda de la simplicidad; el software no limitado a un solo dispositivo, y las experiencias enriquecedoras de los usuarios. (Mariñez Navarro, 2015:12).



ticas, campañas y programas locales, y con esto evitar duplicidades, disminuir los costos y efficientar los resultados.

- 3. Conformación del Consejo Ciudadano de Promoción de la Salud y el Órgano Administrativo de la Red (OAR).** Una vez que se haya confirmado la participación de la mayor parte de los actores, se conformará el órgano rector de la plataforma, el Consejo Ciudadano de Promoción de la Salud. El OAR será el cuerpo técnico que administre la red, deberá estar integrado por personas representativas de los cuatro sectores (público, privado, sector social [OSC] y académico), con un número equitativo de participantes y en igualdad de condiciones.
- 4. Normatividad y reglas de operación de la red y de la plataforma.** El OAR deberá desarrollar los reglamentos de operación de la Red, así como todas las regulaciones necesarias para el buen funcionamiento, trabajo y convivencia de los actores. Deberá determinar cómo se compartirán los contenidos, información y materiales, así como si estos pueden modificarse y quién los adecuaría, derechos de autor, entre otras funciones.
- 5. Plataforma Web 2.0.** Al mismo tiempo, debe desarrollarse una plataforma Web 2.0 como herramienta de conexión entre los actores y usuarios de la Red, donde se alojarán todos los contenidos compartidos y construidos por los actores.
- 6. Reuniones periódicas de seguimiento.** El Consejo Ciudadano de Promoción de la Salud y el OAR debe realizar reuniones periódicas, se sugiere que, al menos, sean en forma trimestral. El objeto de dichas reuniones es darle seguimiento al funcionamiento de la red, facilitar las actividades, enlazar actores que puedan hacer sinergias o coaliciones, asegurarse de que los materiales y contenidos se suban a la plataforma en forma exitosa, asesorar a los actores que lo necesiten, buscar nuevos vínculos para la Red, exhortar a los actores a compartir sus programas, materiales educativos, buenas prácticas y evidencias científicas, entre otras funciones.



- 7. Encuentro o reunión Anual de la Red.** Una vez que la red esté en funcionamiento y operación a través de la Plataforma Digital 2.0., se sugiere realizar al menos un encuentro o reunión anual con todos los participantes, con el fin de dar a conocer los avances y resultados de la Red, mejorar el uso de la plataforma y presentar las innovaciones en el tema.

Una vez en funcionamiento la Red de Gobernanza para la promoción de la salud, se espera que, a través del intercambio de experiencias, de la colaboración y cooperación entre los diversos actores, se pueda llegar a acuerdos y a la construcción de conocimiento conjunto mediante evidencias científicas y buenas prácticas. Además de lograr la unificación de mensajes para la población y de adaptar y adecuar los programas a cada localidad. Enriqueciendo así los materiales educativos y las estrategias para tener una sinergia y potencializar las acciones realizadas.

5.1.4.4 La Red de gobernanza y la plataforma digital interactiva y colaborativa como innovación social y pública

La Red de gobernanza y la Plataforma digital planteadas son un claro ejemplo de innovación social y pública que se lleva a cabo a través de las nuevas tecnologías de la información. La innovación social genera valor en distintos sectores de la sociedad porque introduce productos, servicios o procesos novedosos, satisfaciendo necesidades con mejores soluciones y produciendo un cambio favorable en el sistema social; propicia la inclusión y la cohesión social. Recordemos que el objetivo principal de la red es desarrollar esquemas de trabajo en los cuales se articulen y colaboren las organizaciones públicas, privadas y de la sociedad civil, así como los ciudadanos, logrando una acción colectiva a través de la plataforma participativa.

Mariñez Navarro (2015) sostiene que, para el logro de políticas públicas derivadas del aprendizaje e innovación social los gobiernos deben impulsar la conectividad y el uso de las herramientas Web 2.0, tanto en la sociedad como en sus administraciones, para así poder colaborar activamente en la creación de contenido, además de acceder él.



5.2 Segundo: Concurrencia y coordinación de los tres ordenes de gobierno para la implementación de un Programa Nacional, intersectorial y participativo en promoción de salud y prevención primaria de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles

Dentro del Modelo propuesto, se sugiere una línea de gestión administrativa transversal en los tres ordenes de gobierno para implementar un programa que contenga las mismos objetivos, estrategias, áreas y líneas de trabajo, para la promoción de la salud y la prevención primaria de obesidad y de ECNT.

El programa se debe adecuar a cada uno de los territorios o localidades, según sus necesidades y características. Lo importante es que sea un solo programa conformado por “subprogramas” (probados con evidencia científica y avalados por los actores participantes en la red de gobernanza) y que cuente con cinco áreas básicas en donde se trabaja, fundamentadas en el concepto de promoción de la salud, las cuales son:

- I. Área de Comunidad:** centros comunitarios multidisciplinares (Comunidad) y a las Organizaciones de la Sociedad Civil; Sector Social.
- II. Área de Entorno Escolar:** escuelas en todos los niveles, desde el preescolar, media, media superior hasta superior; y al Sector Académico. Además relación intergubernamental con el sector educativo.
- III. Área de Entorno Laboral:** centros de trabajo, oficinas públicas y privadas, empresas. Sector privado.
- IV. Área de Centros de Salud:** centros de salud, clínicas de atención primaria a la salud, hospitales, tanto públicos como privados.
- V. Área de Entornos Públicos Saludables:** espacios públicos, como parques, jardines, lugares públicos relacionados con el ambiente donde se pueda hacer promoción de la salud y la creación de entornos favorables y protectores de salud. Se busca interactuar con sector de infraestructura, deportes, cultura, obras públicas.



5.3 Tercero: Unidades Administrativas corresponsables y correspondientes del Programa en los tres ordenes de gobierno.

Es de suma importancia que se cuente con unidades administrativas correspondientes en los tres ordenes de gobierno responsables de la implementación del programa mencionado.

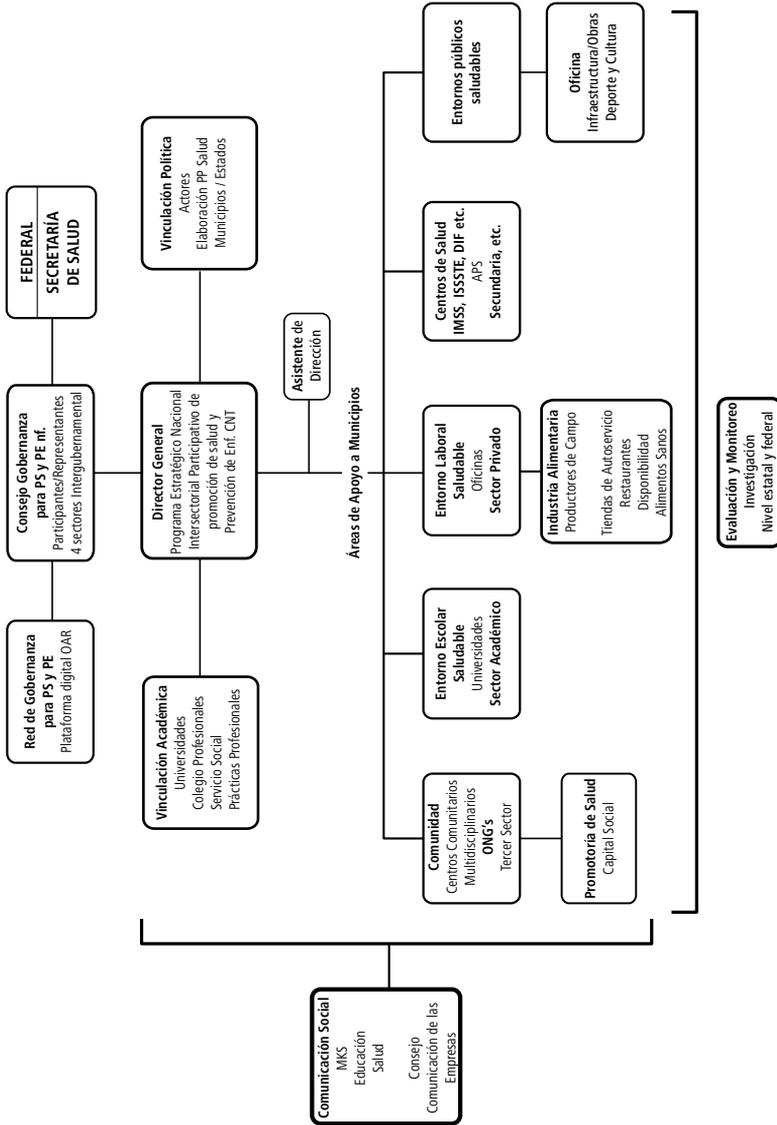
A nivel federal, se sugiere que dentro de la Secretaría de Salud, en la Subsecretaría de Protección y Promoción de la Salud, se encuentre la Unidad Administrativa coordinadora del programa, responsable de organizar las acciones, así como dar seguimiento a las necesidades y requerimientos para que las entidades federativas puedan aplicar correctamente el programa.

A nivel de la Entidad Federativa, inmerso en la Secretaría de Salud local, se sugiere se encuentre la Unidad Administrativa Central del programa. En el gráfico 5.4 se presenta el organigrama sugerido para la unidad administrativa de la Entidad Federativa, y en los gráficos 5.5, 5.6 y 5.7 se presentan los organigramas sugeridos para los municipios, con base al número de habitantes que contienen.

En todos los organigramas se pueden notar las cinco áreas en las que se debe trabajar. Lo ideal es adaptar las oficinas y los recursos humanos que se tienen, para cubrir las áreas expuestas en los organigramas sugeridos. En el gráfico 5.8 se presentan las áreas básicas que deben estar presentes en las unidades administrativas de los tres órdenes de gobierno.



Gráfico 5.4: Unidad administrativa Central de la Entidad federativa del Programa.



La unidad administrativa de la Entidad Federativa es importante, ya que es la que dará la capacitación, apoyo y algunos servicios a los municipios de la entidad.

En el Municipio también se deberá adaptar una unidad administrativa para la coordinación del programa, que cuente a su vez con las áreas propuestas. El número de servidores públicos dependerá del número de habitantes con los que cuenta el territorio.

En el gráfico 5.5 se presenta como ejemplo el organigrama de un municipio que tiene más de 100 mil habitantes (metropolitanos y urbanos), le corresponde una oficina con 6 servidores públicos encargados del Programa. A los municipios que tengan entre 100 mil y 30 mil habitantes (urbanos) les corresponde una oficina con 5 servidores públicos (gráfico 5.6) y a municipios que tienen entre 15 mil y 30 mil habitantes (urbanos y municipios de lo rural a lo urbano) le corresponde una oficina con 4 servidores públicos encargados del Programa (gráfico 5.7). A los municipios que tengan menos de 15,000 habitantes, se sugiere tener al menos entre una y tres personas del ayuntamiento encargadas del área de promoción de la salud, que puedan gestionar el sistema de gobernanza local, el Consejo Ciudadano de Salud y gestionar las áreas de trabajo, con base a las necesidades de la población.



Gráfico 5.5: Organigrama para la Unidad Administrativa del Programa Municipal de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades. Municipios Metropolitanos y Urbanos con más de 100 mil habitantes.

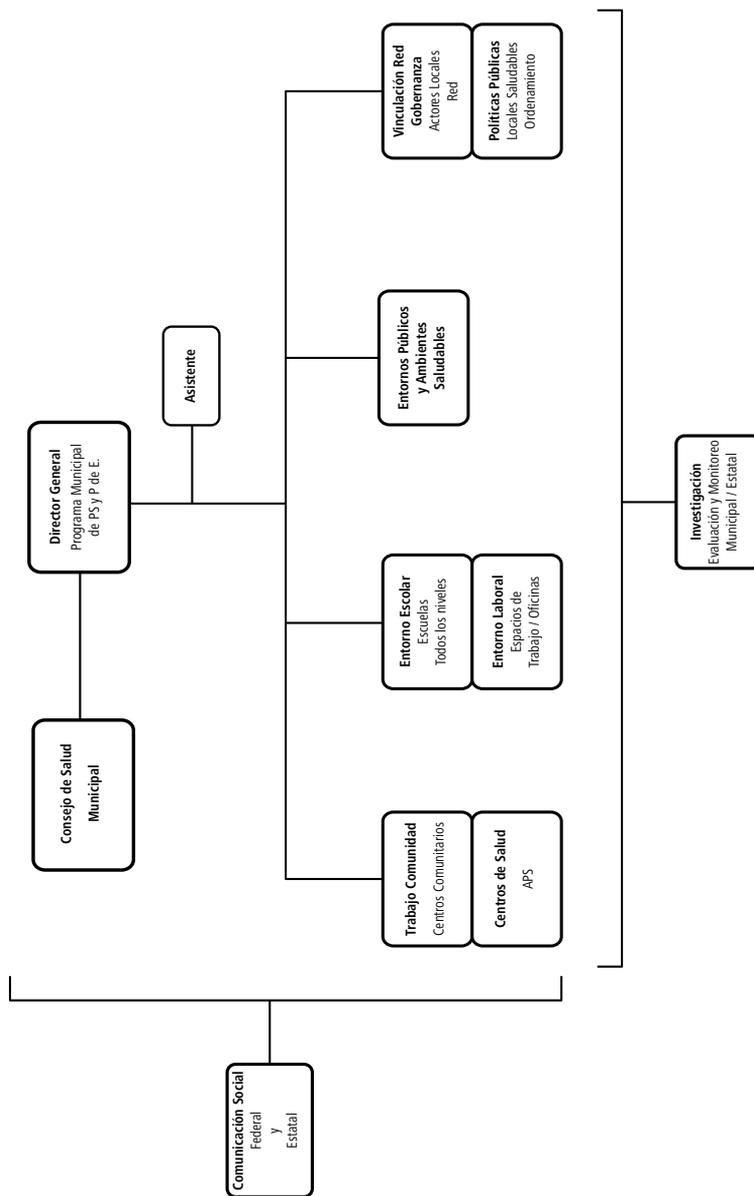


Gráfico 5.6: Organigrama Local/Municipal
Unidad Administrativa del Programa Municipal de Promoción de la Salud para
Municipios Urbanos con 30.000 a 100,000 habitantes.

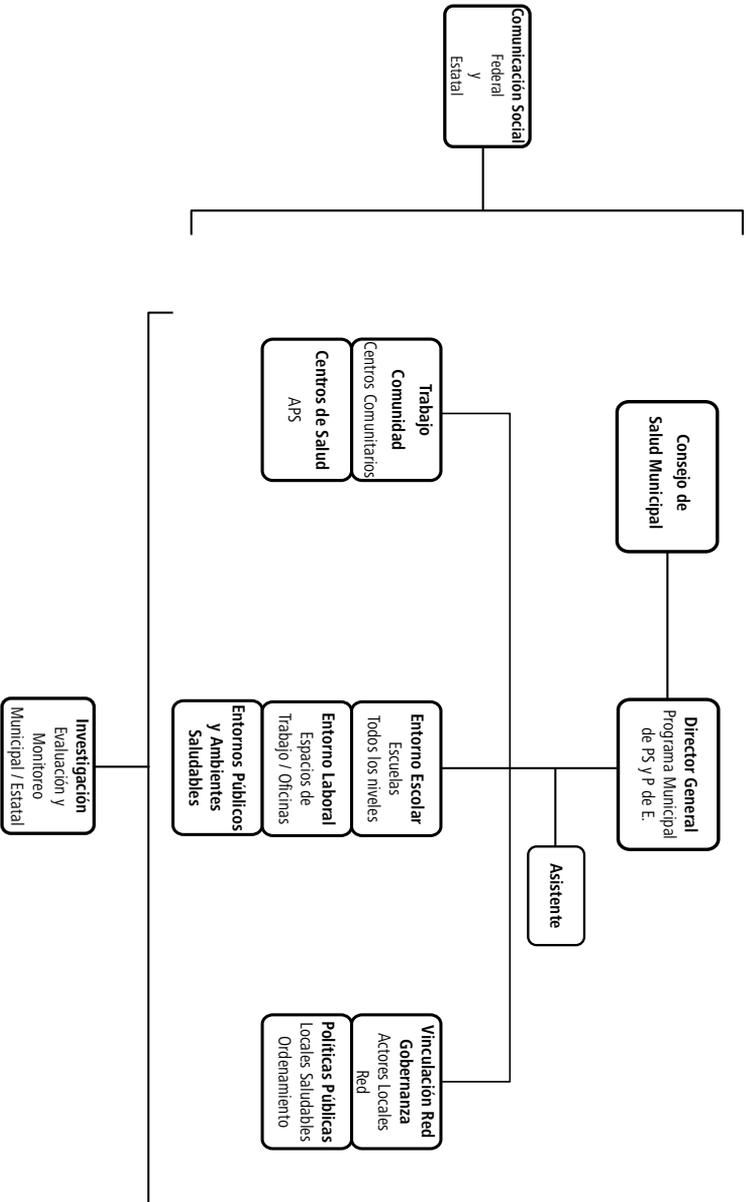


Gráfico 5.7: Organigrama Local/Municipal Unidad Administrativa del Programa Municipal de Promoción de la Salud para municipios urbanos y en proceso de lo rural a lo urbano entre 15 mil a 30 mil habitantes.

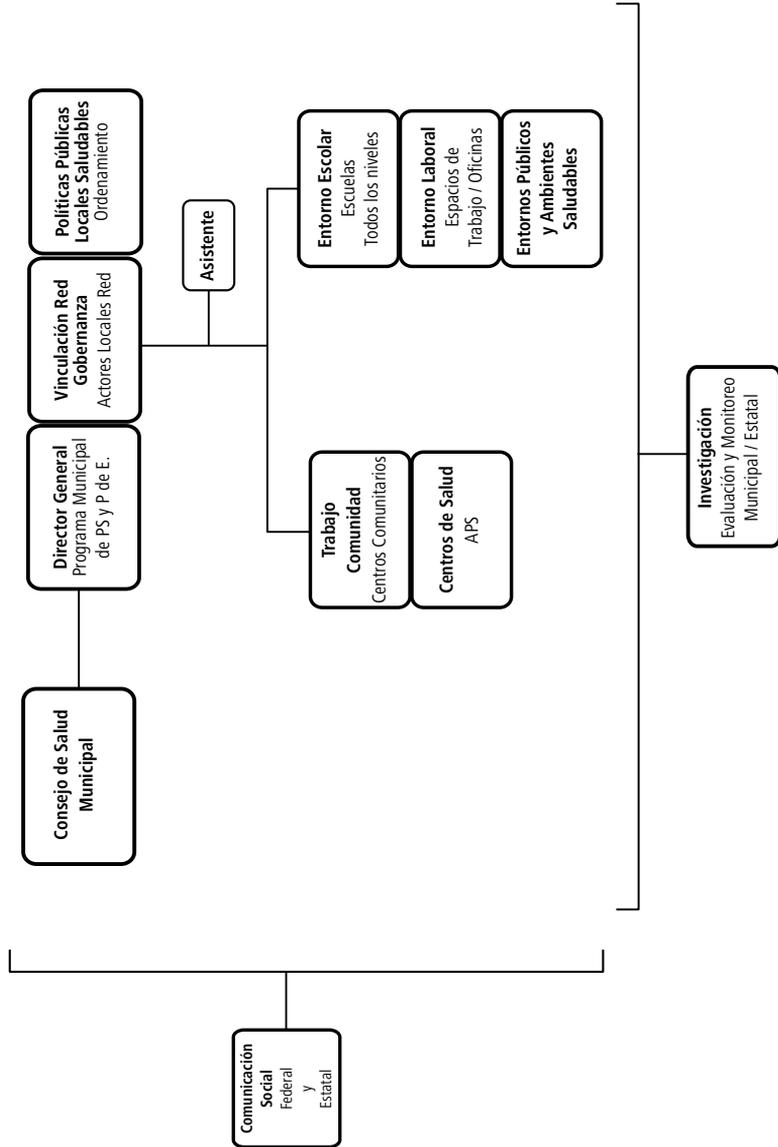


Gráfico 5.8: Áreas básicas de trabajo para las unidades administrativas de los tres órdenes de gobierno

Áreas básicas del Programa que deben estar presentes en las unidades administrativas en los tres órdenes de gobierno



SubProgramas (pul de Programas según necesidades de la población detectadas en la Investigación diagnóstica)

5.4 Cuarto: Metodología para la Gestión Pública Municipal para la Promoción de la Salud basado en el enfoque de la gobernanza

La promoción de la salud es el proceso por el cual se fortalecen las habilidades y capacidades de las personas para que tengan mayor control sobre su propia salud y puedan mejorarla; así como la capacidad de los grupos o comunidades para actuar colectivamente para ejercer mayor control y modificar los determinantes sociales de la salud (DSS)⁴⁷.

Derivado de lo anterior, puede entenderse que para que pueda ser efectiva la promoción de la salud debe realizarse don-

⁴⁷ Las DSS se dan por las condiciones sociales, ambientales y económicas que influyen en la salud de las personas, siendo los determinantes estructurales, las que ya están predeterminadas como el sistema político-institucional, el mercado laboral, el sistema educativo, el estatus socioeconómico, género y etnicidad. Pero a su vez, una persona cuenta con factores intermediarios, también llamadas determinantes intermediarias, como son las condiciones propias de vida, de trabajo, el ambiente en el que se vive, estilo de vida: conductas y hábitos, así como si se tiene acceso a los servicios de salud. Todas esas influencias determinan el estado de salud y de bienestar de la persona.



de la gente vive, estudia y trabaja. El municipio es la unidad territorial gubernamental más cercana al ciudadano y a la comunidad, por lo que es el lugar ideal para el trabajo de promoción de la salud, a nivel local.

Desafortunadamente, en el orden municipal en México aún no se cuenta en forma estandarizada con estrategias de promoción de la salud, ni de prevención primaria de enfermedades no transmisibles. Además hay una gran variación entre los municipios existentes en el país.

Los planes de desarrollo municipal deben considerar a la salud como un “bien público” por lo que se sugiere, incluir el programa elegido, como una estrategia intersectorial y participativa para la promoción de la salud para ser desarrollada durante la gestión del nuevo equipo de trabajo en el ayuntamiento del área de desarrollo social. Es importante que, durante la consulta ciudadana llevada a cabo antes de elaborar el Plan de Desarrollo Municipal, se indague con la comunidad sobre la temática de salud, las necesidades sentidas y los problemas de salud presentes. Esto puede ahorrar tiempo y gastos posteriores.

Para la organización y gestión municipal se sugiere que, al elaborar los “Bandos Municipales” y la Reglamentación, se incluyan los objetivos que busquen el bienestar de los ciudadanos. Puede normarse y reglamentarse la existencia de una Unidad Administrativa Municipal para el Desarrollo de Bienestar Social, la cual esté encargada de gestionar el plan de promoción de la salud desarrollado.

Derivado de lo anterior, otra parte importante de la propuesta es el desarrollo de una metodología de gestión pública municipal, basada en un sistema de gobernanza local, para lograr la promoción de la salud en forma más eficaz.

5.4.1 Plan Estratégico municipal para la promoción de la salud

Dividiremos en cuatro fases la elaboración del Plan estratégico para la promoción de la salud en el territorio:



5.4.1.1 Fase I: Investigación Diagnóstica (antes de la planeación).

Es de suma importancia, antes de realizar la planeación estratégica municipal, hacer una investigación diagnóstica en el municipio que abarque lo siguiente:

- Las características sociodemográficas de la población que vive en el territorio.
- La situación de salud de sus habitantes, enfermedades más comunes, morbilidad y causas de mortalidad, datos epidemiológicos. Problemática de salud de la comunidad.
- Los programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades crónicas existentes y vigentes en el territorio (avances y resultados), ya sean federales, estatales o municipales.
- La estructura y tejido administrativo público del municipio
- El mapeo de actores no gubernamentales clave presentes en la localidad, incluyendo a los líderes comunitarios.
- Los espacios públicos presentes en la localidad para realizar la promoción de la salud.

5.4.1.2 Fase II: Creación de la red de gobernanza territorial y la sensibilización de la población sobre el valor de la salud y la importancia de la prevención

Creación de la red de gobernanza territorial

Como puntos de interfaz entre el gobierno local y los ciudadanos, se sugieren dos estrategias para conformar el **sistema de gobernanza municipal** para promoción de la salud.

- La primera es realizar un **diagnóstico participativo de salud** (DPS), para identificar los problemas de salud más frecuentes que afectan a la población y sus posibles causas, así como la percepción de la comunidad sobre su propio estado de salud. El DPS es un proceso que permite la participación de la comunidad, en conjunto con los actores o instituciones del territorio, para obtener información útil que ayude a visualizar las áreas de mayor interés y la problemática de salud de la población y a su vez, observar las responsabilidades en la situación diagnóstica.



El DPS tiene como objetivo obtener información acerca de los problemas de salud de mayor relevancia y generar un plan de trabajo conjunto para resolver o solucionar dicha problemática. También es una buena herramienta para la detección de las necesidades, recursos y oportunidades de desarrollo en las comunidades; donde, en cierta medida, se busca corresponsabilizar a la comunidad en la soluciones de los problemas de salud detectados. En el Anexo G se presenta una breve guía que orienta a como realizar un DPS.

- La segunda estrategia es fundamental para llevar a cabo el sistema de gobernanza, es la creación de un **Consejo Ciudadano de Promoción de la Salud Municipal**, con base en el mapeo de actores de los diferentes sectores revelados en la investigación y en el diagnóstico participativo en salud. El Consejo estará conformado por representantes de todos los sectores de la sociedad presentes en el municipio: sector público, privado o empresarial, social (organizaciones de la sociedad civil del territorio) y académico, así como los líderes comunitarios.

El Consejo será el encargado de tomar las decisiones y corresponsabilizarse de los programas y acciones que se implementarán en los diferentes espacios territoriales (escuelas, centros laborales, centros de trabajo, centros comunitarios, centros de salud, espacios públicos). A su vez dará seguimiento a los mismos, verificando avances y resultados esperados. Siempre con la guía de las autoridades locales.

En el Consejo Ciudadano Municipal para promoción de la salud, se sugiere realizar una planeación conjunta, entre las autoridades locales y los ciudadanos, para la elaboración del plan estratégico de promoción de la salud en la localidad, tomando decisiones concensuadas y corresponsables sobre las estrategias y acciones que se implementarán.

Sensibilización de la población sobre el valor de la salud y la importancia de la prevención

Para tener mayores probabilidades de éxito con la conformación del sistema de gobernanza territorial, y la voluntad de los participantes, sería importante realizar un período de sensibilización



a la población sobre “**el valor de la salud y la importancia de la prevención**”, a través de una campaña de comunicación social, ya sea a escala local y de forma sencilla, o apoyados por la entidad federativa correspondiente.

Como se explicó en el primer capítulo del libro, muchas personas no le dan el valor merecido al cuidado de la salud, y solo cuando ya presentan alguna enfermedad van a la clínica o al médico, desafortunadamente, cuando acuden, ya está muy avanzado su padecimiento.

Mucha gente en México tiene falta de conocimiento e información sobre la obesidad y sus consecuencias, piensan que no es una enfermedad, y no saben que una de sus comorbilidades puede ser la diabetes.

La diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, el cancer, entre otras, son enfermedades silenciosas, es decir, no presentan síntomas hasta que ya están muy avanzadas (en el caso de la diabetes), o da un infarto al miocardio o cerebrovascular, pudiendo tener consecuencias fatales; por lo que **es vital, crear una concientización en la población sobre lo importante que es una detección temprana y un diagnóstico oportuno** de las mismas, y así, proporcionar el tratamiento adecuado a tiempo y evitar deterioro de la salud.

En el capítulo 7 de ésta publicación, se explica brevemente los elementos clave que pueden hacer una campaña de comunicación en salud exitosa.

5.4.1.3 Fase III: Coordinación e implementación de los subprogramas de salud elegidos por el Consejo en los espacios asignados (que forman parte del Programa Nacional de promoción de salud)

El programa general estará conformado por subprogramas específicos para cada área (escuelas, centros comunitarios, centros laborales, centros de salud y espacios públicos). Se recomiendan programas exitosos o buenas prácticas que cuenten con evidencias científicas que los sustenten, aunque la elección de los programas específicos debe ser adecuada a la localidad, elegida y avalada por el Consejo Ciudadano y el sistema de gobernanza territorial.



A través del consenso al que llegue el Consejo, se implementarán los subprogramas con base a las necesidades reales del municipio, con corresponsabilidad y compromiso por parte los distintos actores y la comunidad, en los espacios asignados.

Es pertinente contar con subprogramas específicos para cada área de trabajo (comunidad, centros de salud, escuelas, centros laborales, centros comunitarios, entre otros). La elección de los programas específicos seleccionados podrá ser validada a través de la Red de gobernanza local.

En el capítulo 6 se presentan algunos ejemplos de programas exitosos (con evidencia científica de su funcionamiento) de educación participativa para hacer eficaz la promoción de la salud y el desarrollo de un estilo de vida saludable, a través de la “Promotoría de Salud”.

5.4.1.4 Fase IV: Evaluación de programas y cumplimiento del Plan Municipal de promoción de la salud

Se recomienda planear desde el inicio acciones de supervisión, control y evaluación de los programas implementados y del cumplimiento del Plan Municipal de promoción de la salud. Para esto, será útil calendarizar las actividades programadas. La evaluación y monitoreo, a través los indicadores de medición planteados, es de suma importancia para comprobar el funcionamiento del programa y medir su efectividad.

5.4.2 Reglamento u ordenamiento municipal para construir un entorno saludable

Como complemento al desarrollo e implementación de los subprogramas de salud en la localidad, se sugiere desarrollar, a través del Consejo Ciudadano de Promoción de la Salud, un reglamento para construir un entorno saludable en forma conjunta y corresponsable.

Al municipio le compete elaborar los bandos municipales y reglamentos para administrar y operar el funcionamiento del Ayuntamiento, así como sus relaciones con la comunidad. Los municipios están facultados para elaborar las normas generales y obligatorias que sirvan para su administración operativa, pero



que también se aplican a la comunidad. Es en este sentido que **la elaboración de un ordenamiento municipal es una herramienta para la construcción de entornos saludables en la localidad**, ya que le dotará de pertinencia territorial.

La experiencia en países como Chile y Argentina, así como el fundamento teórico de la presente investigación sobre la hechura de las políticas públicas plasmada en el primer capítulo, indican que la mejor manera de llevar a cabo políticas públicas exitosas es involucrando a la comunidad en la toma de decisiones (*bottom up*) e integrar a la comunidad de forma activa en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas locales. Esto implica fomentar la participación comunitaria en la vigilancia y control social de las políticas, lo que concretamente significa la “Gestión local participativa en salud”. Es decir: construir un ordenamiento municipal con la participación activa de la comunidad. Involucrar a la ciudadanía en su realización es un hito importante, ya que ello logrará empoderarla y responsabilizarla en la toma de decisiones para mejorar su salud y calidad de vida de la población de la localidad.

Basada en la experiencia chilena, y adaptada a la propuesta del presente modelo de gobernanza, a continuación se describirá brevemente una metodología para la guía y articulación de un ordenamiento municipal para la construcción de entornos saludables en la localidad. Puede considerarse un “modelo ideal” pero es importante que cada municipio, en conjunto con la comunidad, lo adapte y modifique según sus necesidades y recursos.

La guía consta de seis etapas:

1. Conformación del “equipo motor” y planeación del ordenamiento

Convocar a los diferentes actores representantes del gabinete de la administración municipal, de las áreas técnicas (salud, educación, desarrollo social, deporte, medioambiente, obras públicas, tránsito), del área jurídica y del Consejo de Salud. Así como a actores clave de la comunidad y representantes de los distintos sectores (privado, académico y social). Con todos ellos se conformará el equipo motor que será responsable de diseñar la elaboración del ordenamiento.



2. Convocatoria abierta para la participación comunitaria

Primero debe llevarse a cabo una estrategia de comunicación social en la localidad (campaña de mercadotecnia social) para sensibilizar a la comunidad sobre los factores de riesgo de presentar obesidad, diabetes, y otras ECNT.

Una vez sensibilizada la comunidad, el “equipo motor” la convoca en forma abierta para organizar grupos o instancias de discusión y participación ciudadana con el objeto de escuchar opiniones y propuestas sobre la problemática existente en el territorio en torno a la obesidad y ECNT. Esta información será de mucha utilidad para elaborar la política pública local saludable (ordenamiento).

3. Redacción del ordenamiento *Política pública local saludable*

El equipo motor hace una redacción del ordenamiento, mediante un análisis de los temas tratados con la comunidad. Si existieran propuestas de la comunidad que no son pertinentes, se sugiere que quede registro escrito (de acceso público) del aporte ciudadano.

4. Aprobación y publicación

Aprobación, por parte del Cabildo, del ordenamiento municipal llevado a cabo por el Consejo de Salud. En caso de ser necesario, también deberá aprobarlo la Legislatura Estatal correspondiente. Una vez aprobado, se elabora un decreto para ser publicado en el medio oficial del municipio (diario y/o página web).

5. Divulgación y difusión del ordenamiento municipal

Una vez publicado en el diario oficial del municipio, puede realizarse una campaña de difusión utilizando los medios de comunicación locales más comunes: prensa (periódicos locales/revistas), cápsulas de radio, televisión, carteles, postales y redes sociales, entre otros. La propia comunidad puede definir estrategias conjuntas para la vigilancia y control social de su cumplimiento.

6. Instauración del ordenamiento/política pública local saludable

Para asegurar la instauración y el cumplimiento del ordenamiento/política pública local, se debe establecer la fiscalización por parte del municipio y mantener un trabajo coordinado con la comunidad. Así, ésta también puede ejercer un control social en su cumplimiento.



Algunos temas para empezar a trabajar con la comunidad son la alimentación saludable, la realización de actividad física, salud ocupacional, planificación familiar, educación sexual, fomento sanitario, salud mental y salud bucal. Así como temas referentes a factores de riesgo, como son el consumo de alcohol, tabaco y drogas (éstos incluso son temas propuestos en la Ley General de Salud, en su artículos 110).

5.5 Comentarios finales del capítulo

Así pues, este capítulo mostró el Modelo propuesto después de una extenuante investigación doctoral sobre políticas y administración pública en torno a la promoción de la salud, la prevención de la obesidad y las ECNT.

El trabajo colaborativo entre los tres órdenes de gobierno y todos los actores ciudadanos es vital para la gobernanza territorial, multinivel e interactiva que aquí se propone.

Las políticas públicas funcionarán mejor si van de abajo hacia arriba. La participación y corresponsabilidad en la toma de decisiones conjunta, entre autoridades y ciudadanos, hará más efectiva la implementación de los programas y comprometerá a los beneficiarios sobre la realización de las acciones acordadas.

Concentrar las acciones del programa en unidades administrativas correspondientes en los tres ordenes de gobierno hará que sea más efectivo el trabajo y transparente el gasto. Además de que existirán responsables directos de obtener los resultados esperados.

El gobierno municipal es un actor fundamental en la preservación de la salud de sus ciudadanos, por lo que debe dotarse de las facultades, atribuciones y recursos necesarios para promover la salud y crear un sistema de gobernanza en este tema.

En los siguientes dos capítulos, el 6 y el 7, se describen, en forma práctica, la metodología y acciones que se sugieren realizar para promocionar la salud en forma más eficaz. De igual forma, se presentan algunos ejemplos de buenas prácticas al respecto.



CAPÍTULO 6

PROMOCIÓN DE LA SALUD EFICAZ NUEVO PARADIGMA: TRABAJO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA



CAPÍTULO 6

PROMOCIÓN DE LA SALUD EFICAZ. NUEVO PARADIGMA: TRABAJO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

6.1 ¿Qué entendemos por Promoción de la Salud?

Sintetizando, y en su forma básica la promoción de la salud es el conjunto de:

- Primero, dotar a las personas de capacidades y habilidades para que tengan un mejor control sobre su propia salud. Se debe de incluir forzosamente el trabajo comunitario.
- Segundo, crear ambientes protectores que favorezcan la salud de las poblaciones. Esto se debe hacer a través de normas, leyes y regulaciones que promuevan los cambios culturales hacia una “cultura de la salud”.
- Tercero, la promoción de la salud debe hacerse en donde la gente vive, estudia, trabaja, se divierte, es decir, en los lugares de la vida cotidiana.

Por lo que el lugar ideal para hacerla es en las localidades, en el orden municipal.

6.2 Dimensiones de la Promoción de la Salud (PS)

Judith Salinas (2018), profesora Chilena, experta en promoción de la salud, nos explica que la PS es un proceso que debe incluir distintas dimensiones para lograr un abordaje integral de los actuales problemas de salud y nutrición.⁴⁸

1. **Determinantes Sociales de la Salud (DSS).** La primera de las dimensiones que debe incluir la Promoción de la Salud (PS) es la observación, estudio y análisis de los determinantes sociales de la salud que afectan directamente a la salud de las personas como los estilos de vida, los servicios de salud existentes en las localidades, las condiciones de trabajo y el ambiente físico, ya que todos ellos es-

⁴⁸ Salinas Judith (2018); *El Cubo de la Promoción de la Salud. Un enfoque integrado para el diseño de intervenciones efectivas*; Rev Chil Nut 2018; 45(1): 71-79.



estructuran las conductas relacionadas con la salud.⁴⁹ Por lo que es importante un análisis de los DSS que afectan a la comunidad o localidad estudiada. En la metodología propuesta, esta parte la vamos a obtener **a través de la investigación formativa y el diagnóstico situacional de salud** (Apartado 5.4.1.1 Fase I, Capítulo 5).

Las conductas y hábitos que poseen las personas, que más se asocian con la obesidad, la diabetes y las enfermedades crónicas no transmisibles son la alimentación, la actividad física, el consumo de alcohol y tabaco.

2. Espacios o escenarios. La segunda de las dimensiones de las que nos habla J. Salinas (2018) en su artículo es la necesidad de ubicar algunos de los espacios o escenarios para realizar la PS. El lugar ideal para realizarla es donde la gente vive, trabaja o estudia, por lo que son los barrios, las colonias, las jurisdicciones y las ciudades a nivel territorial.

El orden Municipal y su territorio se convierte en el lugar ideal para realizar la PS, convirtiéndose en un actor estratégico para mejorar la salud y la nutrición en conjunto con la comunidad. El **territorio municipal es el espacio con mayores oportunidades para construir salud**, ya que es el orden político de decisión, donde las mismas comunidades cuentan con las posibilidades de influir en los cambios necesarios para mejorar sus propias condiciones de vida. Y esto se verá reflejado en **el sistema de gobernanza territorial, a través de la conformación del Consejo Ciudadano para promoción de la salud**, donde se tomarán decisiones en forma corresponsable.

Algunos de los espacios o lugares para la PS dentro del territorio son:

- **Establecimientos de Educación**, preescolar, básica, media, media superior y hasta el nivel superior. Las escuelas ofrecen un gran potencial para conseguir cambios de los DSS, en cuanto al estilo de vida y modificando los entornos, buscando crear una nueva cultura de la salud. A su vez, la escuela requiere de todo el apoyo de la comunidad

⁴⁹ Vega J., Solar O, Irwin ; *Equity and Social Determinants of Health* en Jadue L. Marin F. Eds In the Perspective of Equity. Social Determinants of Health in Chile, Graffice Suisse, Chile 2005, pp: 81-86.



educativa (dirección, profesores, administrativos, asociaciones de padres, etc.).

- **Lugares de Trabajo**, públicos y privados, pequeñas y grandes empresas, son propicios para la PS por la influencia que pueden tener en la población económicamente activa, en la creación de entornos favorables a la salud y en la construcción de políticas públicas saludables relacionadas con las condiciones de trabajo y de empleo.
- **Centros de Salud**, todos los existentes en el territorio, incluyendo públicos y privados. Buscando que la PS sea una estrategia transversal y permanente en el quehacer de los servidores públicos que laboren en los centros de salud hacia la población asistente.
- **Centros Comunitarios**, incluyendo públicos y privados, los cuales se convierten en espacios de suma importancia ya que son lugares donde voluntariamente acceden los miembros de la comunidad, donde se realizan actividades de apoyo a las familias, como de educación, de desarrollo humano, actividades culturales, de capacitación, entre otras.⁵⁰
- **Lugares de venta y consumo de alimentos**, como ferias, mercados, supermercados, tiendas, restaurantes, entre otros.
- **Espacios públicos**, son los lugares públicos como las avenidas, parques, jardines, plazas, donde se puede dar información y realizar actividades recreativas relacionadas con la formación de hábitos saludables, entre otros temas.

De los distintos espacios o lugares idóneos para hacer la PS surgen las distintas áreas de trabajo para la administración pública en los tres órdenes de gobierno, mencionadas en el capítulo 5, apartados 5.2 y 5.3.

- 3. Contenido o temática.** La tercera dimensión es la temática que generalmente se aborda en la promoción de la salud, la cual es toda la que pudiese afectar la salud y la calidad de vida de las personas, enfocada hacia los estilos de vida, por lo que generalmente trata temas como: alimentación, actividad física, consumo de sustancias tóxicas como tabaco y alcohol, problemas ambientales y laborales. También se ocupa de dar habilidades para mejorar la vida, y habilidades para saber evitar los factores de riesgo.

⁵⁰ Idem. P: 74.



6.3 Metodologías para Promoción de la Salud

La PS utiliza diversas metodologías que provienen de distintas disciplinas, como la educación, la comunicación, ciencias políticas y administrativas, ciencias sociales y del comportamiento, la psicología, entre otras. A continuación se mencionan las más importantes:

6.3.1 Educación Participativa/Activa

La educación puede influenciar en los cambios de las conductas a través de dar los conocimientos, actitudes y prácticas, facilitando la comprensión y adquisición de competencias y habilidades. Hoy en día, las estrategias educativas deben orientarse más hacia el “saber hacer” que al puro “saber”, por lo que se necesita implementar métodos educativos reflexivos y prácticos.

Las acciones educativas para hacer PS deben ser diseñadas de acuerdo a las necesidades de la población objetivo, con el lenguaje o “jerga” de la audiencia, adaptadas a su cultura y con enfoques participativos en todo el ciclo educativo. El conocimiento, afirma Freire, no es algo que pueda extenderse del que sabe al que no sabe, sino algo que se construye “... en el proceso de aprendizaje, sólo aprende verdaderamente, aquel que se apropia de lo aprendido...”

Los contenidos de la capacitación deben ser relevantes, pertinentes y adecuados a las necesidades de la gente, deben tener sentido o significado para ellos, y deben de estar motivados para asimilarlos.

Algunas de las técnicas que fomentan la educación participativa/activa utilizadas en el trabajo de PS pueden ser las sesiones participativas, con contenido e información, pero a su vez, actividades prácticas, algunos ejemplos son: videos testimoniales de experiencias, elaboración y representación de obras de teatro (dramatizaciones), discusiones de grupo, debates, juegos, investigaciones y experimentaciones, realizadas por los mismos educandos, visitas a mercados, a diferentes ambientes para analizar la realidad, construcción de materiales para comunicar a otros grupos sus experiencias, hacer dibujos, cartillas o infografías, entre otras. Es importante tener en cuenta que estos medios son apenas materiales o instrumentos de trabajo educativo.



Según numerosas evidencias basadas en estudios y experiencias de buenas prácticas, un modelo de educación participativo funciona mejor porque involucra a la comunidad y ésta se hace corresponsable de las decisiones que se tomen respecto al tema de su salud. En este sentido, se incluyen en este libro en el cd adjunto, dos manuales de **“Promotoría de la Salud”** para llevar a cabo educación participativa para promoción de la salud y trabajar conjuntamente con la comunidad en el desarrollo y cambio de hábitos hacia un estilo de vida tendiente al cuidado de la salud.

El **Promotor de Salud**, es un trabajador de Salud Pública que ocupa un papel fundamental en la Atención Primaria a la Salud, ya que proporciona servicios básicos de salud preventiva, y suelen ser miembros de la comunidad a la que pertenecen. Existe evidencias científicas que funciona para promover cambios de estilo de vida y promover la salud comunitaria. A su vez, puede ser un gran apoyo para abordar de una manera más rentable la carga de enfermedades crónicas.

El primero es el **Manual del Promotor de Salud: “Su corazón su Vida”**, desarrollado por el National Institute of Health (NIH) de los Estados Unidos (2008), el cual fue adaptado y adecuado a población mexicana por académicos de la Universidad Iberoamericana, en la Ciudad de México⁵¹.

En una investigación-acción desarrollada con la comunidad del pueblo de Santa Fe (Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México) se realizó un diagnóstico participativo y se acordó con la comunidad la formación de promotores de salud de entre la misma comunidad. Se llevó a cabo una capacitación a líderes y a personas de la comunidad mediante dicho manual, en el que se abarcaron temas como alimentación saludable, actividad física, prevención del riesgo de enfermedad cardiovascular, la importancia del peso saludable, cuidando la diabetes, dejar el cigarrillo, entre otros temas.

El programa **Su Corazón, su vida**, se implementó del año 2009 al 2012 en la comunidad mencionada, participando 452 adultos, de los cuales completaron el programa el 82%, obte-

⁵¹ National Institute of health, Department of Health and Human Services, Universidad Iberoamericana (2009); *Manual del promotor de Salud. Su Corazón Su vida*, 2009.



niendo resultados positivos en el cambio de hábitos así como una disminución significativa en los niveles de colesterol, glucosa, consumo de grasa, sal y azúcar en general.

Los resultados en la mejora de la salud de las personas de la comunidad ha sido sobresaliente, a la fecha más de 950 personas se han beneficiado con dicha intervención (Balcázar H, *et al.* 2015, 2016) por lo que se sugiere considerar este programa para su aplicación en las comunidades.^{52 53}

El segundo de los manuales presentados, para la Promotora de la Salud es el de **“Aprender a Vivir con diabetes”**,⁵⁴ desarrollado por académicos y personal voluntario de la Universidad Iberoamericana, cuyo objeto principal es permitir a las personas que viven con diabetes, a aprender a controlar la enfermedad y a prevenir a largo plazo otras comorbilidades para tener una adecuada calidad de vida y retrasar las complicaciones propias de la enfermedad. El contenido del manual, se divide en 11 sesiones de educación participativa donde se ven temas como: autocuidado para la salud, el abc de la diabetes, actitud positiva, acciones para mantener la glucosa estable, alimentación saludable, actividad física, tratamiento para el cuidado de la diabetes, entre otros temas.

Una investigación del funcionamiento del programa anteriormente mencionado, *Aprendiendo a vivir con Diabetes* (2017)⁵⁵, reflejó cambios positivos en el estilo de vida (dieta y actividad física), a su vez, se encontró una tendencia a la disminución del Índice de Masa Corporal (IMC) de los participantes en el programa.

La formación de promotores de salud dentro de las comunidades a través de la implementación de dichos manuales ha

⁵² Balcazar H., Fernandez-Gaxiola A.C., Perez-Lizaur A.B. (2015); *Improving Heart Healthy Lifestyles Among Participants in a Salud para su Corazón Promotores Model: The Mexican Pilot Study, 2009-2012*; Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice, and Policy; Center for Disease Control and Prevention; Volumen 12, E34; March 2015, pp: 1-10.

⁵³ Balcazar H., Perez-Lizaur A.B., et. Al (2016); *Community Health Workers-Promotores de Salud in México*; J Ambulatory Care Manage; Vol 39, No. 1 pp: 12-22.

⁵⁴ Perez Lizaur AB et al (2018); Manual: Promotores de Salud: *“Aprender a Vivir con diabetes”*; Universidad Iberoamericana, 2018.

⁵⁵ Segura-Millan Haydee (2017), Evaluación de los efectos de una intervención educativa grupal en Diabetes; Tesis, Universidad Iberoamericana; México.



dado resultados positivos en la mejora de la salud de las personas de la localidad (Balcázar H, *et al.* 2012, 2015, 2016) por lo que se sugiere considerar éstos programas para su aplicación en las comunidades, dentro del proyecto de gobernanza territorial.

La acción educativa (educación participativa) puede ser una metodología útil orientada a modificar la práctica individual relacionada con la formación de hábitos y el cambio de conductas de una población, pero, para que realmente se impulsen los cambios en las conductas o hábitos en la sociedad se requiere un abordaje integral que incluya distintas metodologías.

6.3.2 Comunicación

6.3.2.1 Comunicación Social, su objeto principal es el de sensibilizar a la población para crear un ambiente favorable para el cambio, da información y aumenta la motivación para actuar por un estilo de vida y un entorno más saludable. Aumenta la conciencia pública por la salud y promueve la acción comunitaria.

La comunicación interpersonal, grupal y masiva (TV, radio, prensa, redes sociales) son modalidades reconocidas de comunicación social.

6.3.2.2 Mercadotecnia Social, se refiere al uso de los principios, estrategias y técnicas de la mercadotecnia tradicional para influenciar o persuadir a una población objetivo en aceptar, cambiar o abandonar una conducta o comportamiento, buscando siempre el beneficio de los individuos, grupos o la sociedad en su conjunto. Las campañas de mercadotecnia más exitosas son las que promueven el cambio de una sola conducta a la vez. Por lo que se recomienda si son varias conductas o comportamientos a modificar en la población hacerlo de manera escalonada por tiempo, conducta por conducta.

En el capítulo 7 se presentan con más detalle los elementos clave que hacen más probable que una campaña de mercadotecnia social sea exitosa, y a su vez, se analiza brevemente la campaña Chécate, Mídete y Muévete (2013-2018), a manera de ejemplo.



6.3.3 Participación

Una definición comúnmente aceptada dice que “La participación es la capacidad para expresar decisiones que sean reconocidas por el entorno social y que afectan a la vida propia y/o a la vida de la comunidad en la que uno vive” (Roger Hart, 1993).

La definición que da la Organización Panamericana de la Salud es “la participación es un proceso mediante el cual los ciudadanos, ya sea en forma individual o colectiva, inciden en las decisiones que afectan sus vidas”.⁵⁶

Es interesante diferenciar algunas formas de participación, cuando se habla de “**participación ciudadana**” se refiere a la intervención de los ciudadanos en la esfera pública en función de intereses sociales de carácter particular. Desde la óptica normativa, el término de participación ciudadana puede restringirse a aquellos casos que representan una respuesta, individual o colectiva, de la sociedad a una convocatoria realizada por parte de las autoridades gubernamentales en espacios institucionales designados para ese fin.

Cuando se habla de “**participación social**” se refiere a la agrupación de individuos en organizaciones de la sociedad civil (OSC) con objetivos e intereses, que normalmente buscan el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. El desarrollo de este tipo de participación articula el tejido social organizacional en una localidad. Existen evidencias, como en el caso de Brasil, que mientras más asociatividad se tenga en una comunidad, mayor será la cohesión social en la localidad lo que es beneficioso para la adhesión a los programas de salud. Souto Maior y Dornelas (2008) argumentan que la participación de la sociedad, a través de las organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), es un factor fundamental para la construcción de políticas públicas enfocadas en la prevención de enfermedades y promoción de la salud, basado en la familia y en la comunidad.

Y la “**participación comunitaria**” hace referencia al “conjunto de acciones desarrolladas por distintos sectores co-

⁵⁶ PAHO/WHO Participatory Local Planning. Methodologies for Health Promotion in Latin America and the Caribbean Washington DC Paltex No. 41, 1999.



munitarios, en la búsqueda de soluciones a sus necesidades específicas. Se encuentra unida al desarrollo comunitario de un sector o un grupo y tiene como su eje el mejoramiento de las condiciones de vida en la comunidad”.

En el caso de **Promoción de la Salud, J. Salinas (2017) dice que la participación es la “acción de los actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad, para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud”.**^{57 58}

Ahora bien, en la realidad local y según el objetivo se puede observar diferentes grados o tipos de participación, a continuación se mencionan:⁵⁹

- **Informativa:** solamente es cuando se da información sobre programas e iniciativas de interés ciudadano.
- **Consultiva:** es cuando se pregunta a la población su visión de políticas públicas o sobre algún problema, por ejemplo, a través de una consulta ciudadana o por la resolución de la encuesta.
- **Gestionaria:** es la que incentiva la capacidad de las personas y organizaciones para gestionar recursos sobre asuntos de interés común.
- **Habilitadora social:** es la participación que desarrolla habilidades y capacidades para identificar problemas y búsqueda de soluciones organizadas.
- **Empoderamiento:** esta es la más efectiva en el caso de la construcción de una cultura de salud en la comunidad, ya que los ciudadanos inciden en la toma de decisiones relacionadas con las soluciones a los problemas que los afectan y con el desarrollo de las políticas públicas. Los ciudadanos se hacen corresponsables de su propia salud tomando decisiones conjuntas para su mantenimiento.

⁵⁷ Salinas, Judith (2017); Informe Técnico Docente “El Cubo de la promoción de la salud”: Enfoques y Métodos para una acción integral; Universidad de Chile. INTA. P: 27.

⁵⁸ OPS/OMS (1999); Planificación Local Participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe; Washington DC Serie paltex No. 41.

⁵⁹ Salinas, J. (2018); *El Cubo de la Promoción de la Salud. Un enfoque integrado para el diseño de intervenciones efectivas*; Rev Chil Nut 2018; 45(1): p: 75.



El reto más importante reside en incorporar la participación social/comunitaria desde la detección de las necesidades o problemática de salud de la comunidad, luego en la formulación de los planes o programas de salud local, la implementación de los mismos, así como su propia evaluación, con el fin de lograr una ciudadanía activa y empoderada.

Para esto es necesario reconocer el rol de los actores involucrados:

- a. Aquellos actores cuyos intereses son afectados o afectan el problema
- b. Los que tienen información, conocimiento o experiencia para la formulación de estrategias o acciones para resarcirlo.
- c. Los actores con control o influencia sobre las políticas públicas, instrumentos y recursos para la implementación de soluciones.

6.3.4 Intersectorialidad

El término “intersectorialidad” tiene distintos significados, los cuales son importante reconocer, se presentaron a detalle en el apartado 4.3.1 del capítulo 4.

La intersectorialidad implica que se “pongan de acuerdo para actuar conjuntamente” los diversos sectores, asume relaciones de colaboración, no jerárquicas, implica la necesidad de converger, de integrar, desde sus especialidades, para atender la variedad de causas que están atrás de los complejos problemas sociales actuales. La intersectorialidad en sí misma es un modelo de gestión, que busca soluciones a los problemas sociales, cuya solución sea integral, y que permitan compartir los recursos que son propios de cada sector, sean públicos o privados.⁶⁰

La intersectorialidad es un proceso escalonado y progresivo de incorporación de los sectores, no todos los sectores están en la misma posición ni con la misma necesidad.

Entonces, enfocándonos a la salud, la intersectorialidad

⁶⁰ Idem. P: 16.



es la intervención o trabajo coordinado y complementario de instituciones representativas de distintos sectores sociales: instituciones del ámbito público, privado, no gubernamental, académico, sociedad civil y los gobiernos locales (municipales); mediante acciones destinadas total o parcialmente a transformar la situación de salud de una población y contribuir al bienestar y calidad de vida de la población (Flacso; 2015).⁶¹

La acción intersectorial involucra a los diferentes sectores en la toma de decisiones, donde lo ideal es hacer una planeación conjunta de las líneas estratégicas y las acciones a realizar por los diferentes sectores, compartiendo liderazgos y recursos, para el cumplimiento de objetivos comunes.

Un enfoque que refuerza la acción intersectorial es el de la Salud en Todas las Políticas, ya que este toma en cuenta todas las implicaciones de salud en las decisiones de política pública de todos los sectores, buscando generar sinergias, y así evitar impactos negativos en la salud, con el fin de mejorar la salud de la población (Pekka Puska, 2014).⁶²

6.3.5 Abogacía

Cuando escuchamos la palabra “abogacía” se refiere al proceso de influir en las personas o en los grupos para generar un cambio, es decir, es la movilización para la toma de decisiones que va más allá de la información y los conocimientos.

La abogacía promueve y apoya una posición, argumento o política. Implica capacidades de persuasión, de diálogo y de negociación en climas de confianza; así como facilitar el cambio hacia una meta u objetivo, usando la información en forma estratégica para cambiar las políticas, con el fin último de mejorar la calidad de vida de la población.

A través de la abogacía se atrae la atención de la comunidad hacia un asunto importante, pone un problema en la agenda, proponiendo una solución. La abogacía es crear diferentes estrategias enfocadas a influir en quienes toman decisiones a

⁶¹ FLACSO (2015); Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de salud Pública. Chile: Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales.

⁶² Pekka Puska (2014); Health in all policies-from what to how; European Journal of Public Health, Vol.24 No. 1.



nivel local y nacional. Generalmente los asuntos que requieren abogacía son delicados, donde las decisiones son difíciles de tomar o no existe consenso.

La abogacía, generalmente es realizada por líderes o grupos comprometidos con el bien público, sin remuneración económica, esto es lo que lo diferencia del lobby, que si es pagado. Se trata de un instrumento importante en la promoción de la salud para poner e impulsar temas ante las autoridades, ante la comunidad y la población en general. Todas las personas pueden hacer abogacía desarrollando un plan, basándose en información técnica o social, con los recursos disponibles a su alcance, haciendo alianzas o coaliciones y buscando la participación ciudadana.⁶³

6.4 Niveles de la intervención en la promoción de la salud

Existe una teoría o Modelo conceptual, llamado el “Modelo Socio-ecológico”, que nos dice que el comportamiento o conducta de las personas se puede ver influenciado y afectado por distintos niveles de influencia, además los comportamientos individuales influyen en los entornos y los entornos influyen en el comportamiento individual de las personas. Es decir, el medio ambiente, el entorno afecta de una u otra manera a las conductas de la gente y viceversa.

El **Modelo Socio-ecológico** identifica cuatro niveles de influencia, los cuales son: 1. El nivel individual, 2. El nivel familiar, de pares (interpersonal), 3. El nivel organizacional, comunitario, como por ejemplo, escuela, trabajo, comunidad, y por último, el 4. El nivel instituciones de gobierno, de política pública, por ejemplo, una legislación.

Lo que dice esta teoría, es que para que se tenga un mayor impacto en los cambios del comportamiento, hay que realizar una combinación de acciones en los distintos niveles de influencia de los seres humanos, nos traerá mayores probabilidades para lograr los cambio de conducta o de hábitos en las personas.

⁶³ Salinas Judith (2018); *El Cubo de la Promoción de la Salud. Un enfoque integrado para el diseño de intervenciones efectivas*; Rev Chil Nut 2018; 45(1): p. 76.



6.5 Fundamentos teóricos para cambios de conducta

La promoción de la salud da herramientas y habilidades a las personas para que tengan un mayor control sobre su salud, logren modificar o cambiar sus hábitos y adopten un estilo de vida saludable. Si las intervenciones de promoción de salud se basan en teorías o modelos de cambio de conducta, se tendrá mayor probabilidad de éxito en la intervención.

Algunos modelos que pueden ser importantes para incluirse en el proyecto son:

El de **Estadios del Cambio**, de Prochaska y Diclemente (1983), donde se afirma que el cambio de conducta es un proceso que tiene diferentes momentos: el primero es cuando la persona no tiene conciencia de que tiene un problema, por lo que no piensa si debe o no realizar algún cambio en su forma de vivir, a este estado se le conoce como **pre contemplación**; la segunda etapa del proceso, es cuando la persona se percata o concientiza que tiene un problema y por consiguiente debe hacer modificaciones a algo en su forma de vivir, a ese estado se la conoce ya como **contemplación**; el siguiente paso es cuando ya decide cuándo va a actuar para realizar el cambio, etapa conocida como **preparación para la acción** y finalmente cuando ya actúa en la modificación del hábito, siendo esta la etapa de **acción**, y culmina el proceso la etapa de **mantenimiento** de la nueva conducta.

Este modelo es relevante, ya que un estudio realizado por Bitácora Social⁶⁴ sobre la percepción de los mexicanos respecto a la problemática de la salud/enfermedad explica que la mayoría de las personas con sobrepeso y obesidad no están conscientes que es un problema cuya consecuencia conlleva riesgos a la salud y de que deben cambiar de hábitos porque tienen un problema de salud.

Otro modelo útil es el **Socioecológico** (Contento Isobel, 2010), el cual afirma que para que un programa tenga mayor probabilidad de éxito, la realización de la intervención o programa en salud debe realizarse en las distintas esferas del ser

⁶⁴ Bitacora Social (2017); *Hábitos y decisiones cotidianas: Percepciones y realidades socioculturales, funcionales y simbólicas en torno a la alimentación de la familia de clase media mexicana*; Reporte. Conmexico.



humano (intraindividual, interpersonal o familiar, comunitario u organizacional y política pública).

Modelo interesante es el de **“Tailoring”** (a la medida) (Schmid K.; Rivers, S.E.; *et al.*, 2008), que propugna porque los materiales y canales de comunicación sean los adecuados y realizados en el lenguaje de las audiencias que recibirán el programa; especialmente hay que segmentar las audiencias, para lograr mayor éxito.

El último modelo es el de **Precede-Procede** (Green, L.; Kreuter, M., 1991), el cual explica los pasos para llevar a cabo un diagnóstico participativo en la comunidad, para ubicar los problemas de salud más relevantes y que de ellos procedan las soluciones, y en los que se van dando facilidades para que las mismas personas se comprometan a la acción y cambios de conducta a favor de su salud.

6.6 La Promoción de Salud es para toda la población, se centra en el Individuo

La PS debe enfocarse en la salud de **toda la población**, personas sanas, personas con algún factor de riesgo, personas ya con alguna enfermedad. Esto implica que incluye a las personas de todas las edades y en las diferentes etapas de la vida, infancia, juventud, adultos y adultos mayores, personas discapacitadas, etnias y distintos grupos de población. Entonces, en la PS es importante considerar las características y motivaciones de cada etapa de la vida, para así elaborar intervenciones efectivas y adecuadas a cada uno de los grupos de edad. La promoción de la salud debe estar centrada en la persona, y dependiendo de su edad, deben desarrollarse los mensajes, los materiales, las actividades atractivas para cada grupo de edad, y adecuarlas a las características de cada grupo en particular.

6.7 Sistema de gobernanza de promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles

Se sugiere para mayor efectividad desarrollar un sistema de gobernanza, que incluye a la gestión o administración pública, con los diferentes actores participantes, provenientes de los cuatro sectores, el público, el privado, el social (OSC) y el académico,



que conjuntamente se corresponsabilicen en la toma de decisiones para enfocarse en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la localidad.

6.8 “Prisma hexagonal para la Promoción de la Salud Municipal”

Con el fin de integrar todas las dimensiones que se sugiere incluir en una propuesta integral de promoción de la salud efectiva, (basada en “El Cubo de la Promoción de la Salud”, trabajo realizado por Judith Salinas en Chile, 2017) en los gráficos 6.1 y 6.2 presento el “*Prisma hexagonal para promoción de la salud*”, figura geométrica en tercera dimensión, que contiene ocho caras, donde cada cara presenta una dimensión necesaria que se debe incluir en la promoción de la salud.

Es importante cambiar el paradigma que se tenía respecto a que la promoción de la salud equivale a dar cursos y talleres sobre alimentación y actividad física, entre otros temas, la promoción de la salud abarca mucho más que eso.

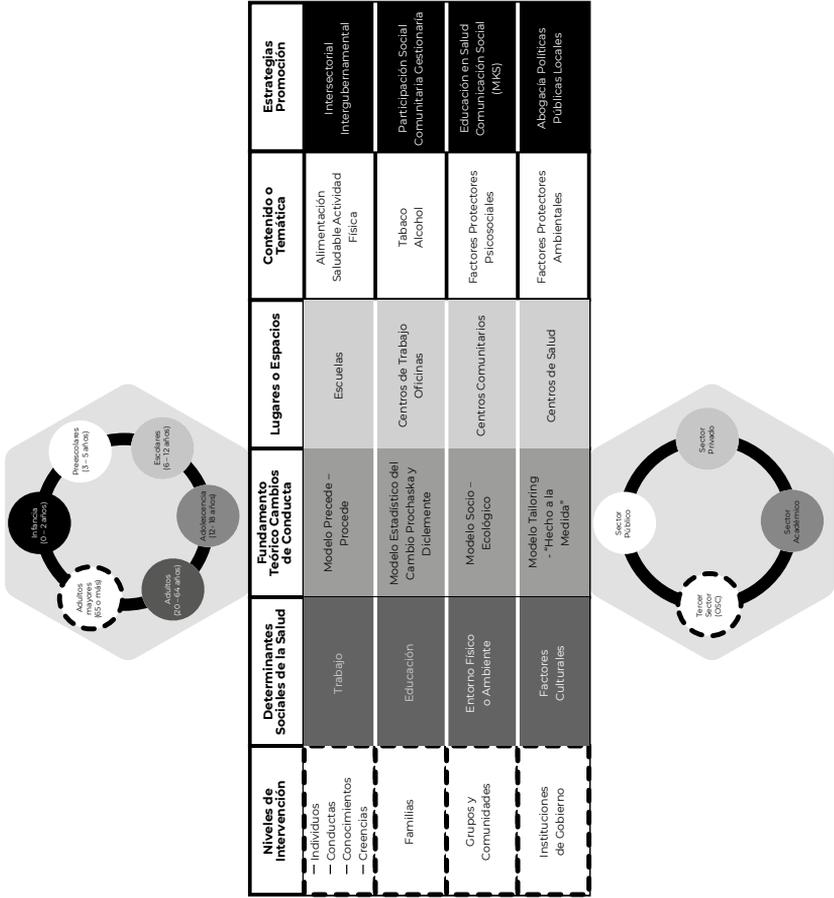


Gráfico 6.1
Representación geométrica de “La metodología del prisma hexagonal de la salud municipal”



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 6.2
Representación plana de “La metodología del prisma hexagonal de la salud municipal”



Fuente: Elaboración propia.

Existe un consenso sobre la mayor probabilidad de lograr cambios sociales y de comportamientos en salud y nutrición que sean sustentables, cuando existen una mezcla de intervenciones y una integración de enfoques.

6.9 Comentarios finales del capítulo.

Entonces, con base a lo anterior, entendemos que **la promoción de la salud, para hacerla de forma efectiva, debe ser una integración de enfoques y estrategias.** Se convierte en una mezcla organizada de elementos y de metodologías para los diferentes contextos y necesidades, lo que lo puede hacer complejo; pero lo importante aquí es que tiene que ser adecuado y adaptado a la necesidad y al contexto de cada territorio o localidad; ya que cada uno tendrá sus características, y sus problemas propios de salud que afecten a la población de la comunidad, así como tomar en cuenta las políticas, normas comunitarias, estructuras institucionales, sistemas culturales de cada localidad.

Las distintas estrategias presentadas no necesitan ser implementados al mismo tiempo, se pueden ir introduciendo paulatinamente en forma estratégica.

Existen problemas generales que afectan a la mayoría de la población, como es el caso de los problemas de obesidad, diabetes y enfermedades del corazón (hipertensión); y tópicos como la alimentación, la actividad física, tabaco y alcohol, que también se hacen necesarios para transformar los estilos de vida de la gente a más saludables.

El municipio se convierte en un actor estratégico para mejorar la salud y nutrición en conjunto con la comunidad.

En la gobernanza territorial, los distintos actores de la localidad juegan un papel relevante para que se lleve a cabo una promoción de la salud efectiva. La comunidad debe participar y ser corresponsable de su propia salud, por lo que la participación social debe ser gestiona=
=
=

El fin último de la promoción de la salud es que las personas sanas se conserven así, es decir, el mantenimiento y cuidado de la salud, y en las personas ya con algún padecimiento, el apoyo de los hábitos saludables hará que tengan un mejor control y cuidado de la enfermedad padecida, lo que representaría un ahorro sustantivo a las finanzas públicas y al gasto familiar en salud.

CAPÍTULO 7

CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN HACIA UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE: MERCADOTECNIA SOCIAL



CAPÍTULO 7

CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN HACIA UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE: MERCADOTECNIA SOCIAL

La mercadotecnia social es una de las metodologías que podemos utilizar para complementar las acciones dirigidas a la promoción de la salud. Se trata de una disciplina basada en los principios de la mercadotecnia tradicional pero que busca un fin social. En este caso, cambiar la conducta y los hábitos de las personas hacia acciones que lleven a una vida saludable.

Basado en la teoría e investigación de Philip Kotler (2008)⁶⁵, padre de la mercadotecnia social, a continuación se mencionan los elementos clave para una mayor probabilidad de éxito en una campaña:

Primero, es importante tener claro cómo definimos el éxito de una campaña. La clave para saberlo es que **los indicadores de éxito estén basados en los resultados que se espera recibir. Plantear objetivos precisos y metas claras.**

Otro aspecto fundamental, antes de empezar la campaña, **es tener definida y segmentada a la audiencia a quién va ir dirigida, y realizar una investigación formativa** (tanto cuantitativa como cualitativa) para tener información relevante para el desarrollo y elaboración de la campaña.

La información que se sugiere obtener a través de la investigación es sobre **las necesidades reales de la población, sobre sus conductas y hábitos actuales**, es decir, conocer que hace la gente en la actualidad (que hábitos tiene), que quizá alguna de esas conductas es lo que se buscará modificar con la campaña.

Es importante detectar **qué saben sobre los beneficios de la conducta deseada o propuesta** por la campaña, **qué barreras** pudieran tener para llevarla a cabo; y algo muy importante, **indagar sobre sus valores, creencias y actitudes respecto a los que se propone.**

⁶⁵ Kotler Philip, Lee Nancy R. (2008); "Social Marketing: Influencing Behaviors for Good"; Third Edition; Sage Publications USA; pp: 47-66.



Otro punto relevante en la investigación será el nivel o **“estado del cambio”** (Prochaska 1983). Debe saberse si se encuentran en un estado de pre contemplación (no están conscientes de que su vida requiere un cambio) o en estado de contemplación (cuando ya se dieron cuenta que requieren un cambio pero todavía no están decididos de cuándo hacerlo). También si se encuentran en “preparación para la acción”, lo que significa que ya hay una planeación para iniciar el cambio. Después siguen aquello que ya están en acción de cambio, y por último, la etapa del mantenimiento, que significa ya estar haciendo hábito la nueva conducta (deben pasar entre seis meses y dos años para apropiarse esa nueva conducta). Conviene recordar que en todas las etapas de estadios del cambio pudiera haber recaídas. No es lo mismo desarrollar una campaña para personas que están en pre contemplación, que para personas que están ya en acción. La metodología de la intervención tendría que ser distinta para cada una de las poblaciones.

Por último, deben determinarse **los canales de comunicación, la forma óptima para comunicar la campaña**. Esta información puede recolectarse a través de los cuestionarios de investigación.

7.1 Elementos clave para el éxito de una campaña

Basado en el trabajo de Philip Kotler (2008)⁶⁶, a continuación se enlistan los elementos clave para la mayor probabilidad de éxito de las campañas de mercadotecnia social.

1. **Análisis situacional a conciencia.** Tomar ventaja de lo que ya se sabe y se ha hecho con anterioridad. Lo ideal es elaborar un marco teórico de la campaña con los antecedentes, contexto y experiencias de campañas similares.
2. **Establecer metas y objetivos claros, realistas y significativos.** Es muy importante que en la campaña se promueva solo una conducta (para cambiar) a la vez, y que la forma de promoverla sea explicada en términos simples y claros. Se debe explicar el “cómo” se va a realizar ese cambio.

⁶⁶ Kotler Philip, Lee Nancy R. (2008); “Social Marketing: Influencing Behaviors for Good”; Third Edition; Sage Publications USA; pp: 47-66.



- 3. Beneficios y costos.** Las campañas exitosas profundizan y entienden los beneficios que percibe la audiencia de la nueva conducta y también los costos⁶⁷ que implicaría para la persona realizarla. A través de los materiales comunicativos de la campaña deben enaltecerse los beneficios⁶⁸ de la conducta deseada y minimizarse sus costos (esfuerzo y sacrificio). Asimismo deben minimizarse los beneficios de la conducta o hábito actual y maximizarse sus costos. Así, muy probablemente se persuadirá o vencerá a la persona a modificar su conducta o hábito hacia el nuevo propuesto por la campaña.
- 4. Fundamento teórico de la campaña.** Las campañas exitosas generalmente se sustentan y fundamentan en modelos teóricos que respaldan los cambios de la conducta. Algunas de las teorías del cambio de conductas que suelen utilizarse son: la de Estadios del cambio de Prochaska, el Modelo de Creencias en Salud, la teoría de la Conducta o Acción Planeada, el Modelo Socioecológico, el Modelo de Paralelo Extendido y el Modelo de Innovación Tecnológica.
- 5. Elementos de mercadotecnia.** Otro elemento clave que contiene la mayoría de las campañas exitosas es el de usar todos los elementos de la mercadotecnia social en forma integrada. Los elementos son: producto, precio, plaza y promoción (las 4Ps).
 - a. Producto.** En el caso del producto, utilizando sus tres dimensiones, central, actual y aumentado. El producto central, se basa en los beneficios que tiene la nueva conducta para la persona, el producto actual, es la conducta deseada en sí, y el produc-

⁶⁷ En mercadotecnia social, cuando se habla de costos se hace referencia al esfuerzo y sacrificio que implicaría a la persona realizar el cambio de la conducta. Por ejemplo, si el cambio sería que una persona sedentaria pasara a realizar 30 minutos de caminata rápida al día, hacer esto implicaría sacrificios y esfuerzo, como levantarse más temprano, destinar un tiempo en su hora de comida y cansarse al momento de hacerlo.

⁶⁸ Un beneficio, en mercadotecnia social, es algo benéfico para la persona si realiza la nueva conducta propuesta por la campaña. Regresando al ejemplo de la actividad física, el beneficio de sí realizar la caminata rápida podría ser sentirse más energético durante el día, perder peso, tener mejor condición física, sentirse más contento por las endorfinas que libera el ejercicio.



to aumentado es incorporar y promover un objeto tangible y/o un servicio que apoye la conducta deseada. Los objetos tangibles suelen ser obsequios que apoyan la conducta que se desea promover. Por ejemplo, si se desea que la persona realice una mayor cantidad de actividad física, un podómetro puede ser un buen objeto tangible para regalar, ya que recordará la conducta deseada, que es caminar, y a su vez ayudará a medir los pasos de la caminata del individuo, motivándolo a caminar más.

- b. Precio.** En mercadotecnia social el precio tiene dos vertientes, la primera es la que implica el costo monetario de adquirir la nueva conducta, por ejemplo, si la conducta deseada es aumentar la actividad física, quizá el costo monetario sería el gasto de comprar unos zapatos tenis para hacer el ejercicio. La segunda vertiente del precio, es la que implica el costo no monetario del cambio de conducta, como el esfuerzo y sacrificio que tendría que hacer la persona para realizar el ejercicio. A través de los elementos de la campaña se procurará minimizar los costos de la conducta deseada, para facilitar a la persona el logro de la nueva conducta.
- c. Plaza.** La plaza en mercadotecnia social, también cuenta con dos vertientes, la primera será el lugar donde se lleva a cabo la campaña, la cual debe de hacerse lo más accesible posible, cercano y fácil de llegar a la audiencia objetivo. La segunda vertiente de la plaza es el lugar donde el individuo toma la decisión de si hace o no la nueva conducta “deseada”. Para que logre cambiar con mayor facilidad se deben tener recordatorios o señales que lleven a la acción, en los lugares de la toma de decisión respecto a la nueva conducta del individuo.
- d. Promoción.** La promoción, en mercadotecnia social, también cuenta con dos vertientes, la primera es el desarrollo mismo de los mensajes para la campaña, buscando hacer mensajes asertivos y adecuados a la audiencia. La segunda vertiente de



la promoción es la planeación de medios o canales de comunicación, es decir, la estrategia de cómo esos mensajes van a llegar a la población objetivo. A su vez, dentro de la promoción, es importante que las campañas desarrollen un logo o marca personal que los identifique, además de un eslogan llamativo que refleje la conducta que se desea cambiar. Los mensajes, al igual que los materiales desarrollados, deben estar hechos con el lenguaje adecuado a la audiencia. En cuanto a los canales de comunicación, se debe buscar los de más uso por parte de la audiencia. Los canales de comunicación más comunes pueden ser medios impresos, como posters, trípticos, folletos, manuales, volantes; o medios digitales como las redes sociales, internet, medios electrónicos como televisión y radio (medios masivos por excelencia).

- 6. Mecanismos de respuesta.** Otro de los elementos clave para el éxito de una campaña de mercadotecnia social es proveer mecanismos de respuesta que hagan sencillo adquirir la nueva conducta recomendada. Por ejemplo, si la conducta deseada es la realización de actividad física, tendríamos que concretizar la conducta a un “cómo” realista y accesible. Por ejemplo: “caminar en forma vigorosa 20 minutos al día”. Hacer una conducta accesible es designar un espacio para caminar en la oficina, dando un espacio de tiempo en la jornada laboral para que lo realicen. Entonces sí será fácil y accesible para el empleado.
- 7. Evaluación y monitoreo de resultados.** Otro aspecto importante para el éxito es monitorear los resultados de la campaña sobre la marcha y hacer los ajustes necesarios en caso de requerirlos.

Si nos preguntamos, ¿cómo podría una campaña sostener el nuevo hábito o conducta saludable en el futuro? Tendríamos que pensar en dar seguimiento a lo largo del tiempo. Integrar los mensajes y mecanismos de acción en la infraestructura existente, por ejemplo con letreros de recordatorios. Otro aspecto importante es que los ambientes deben hacerse virtuosos a la salud: poner bebederos de agua potable en las calles, las bicicletas como transporte, los gimnasios urbanos en lugares estratégicos, etc.



Otra estrategia es crear normas y hacer visibles a los que las rompen. Por ejemplo, si la conducta deseada es que en una procesadora de alimentos el personal que entre al baño se lave las manos, se puede poner el lavamanos afuera del baño para hacer visible si alguien sale y no se lava. Es importante remover las barreras que impidan la realización de la nueva conducta.

7.2 Estudio de Caso: Análisis de la campaña “**Chécate, mídete y muévete**” implementada en el período 2013-2018.

Con el fin de entender y mejorar el desempeño en la realización de campañas de comunicación o mercadotecnia social, se presenta a continuación un análisis de la campaña “**Chécate, mídete y muévete**” implementada en el período 2013-2018.

Uno de los objetivos principales de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes fue el de “promover la consolidación de una cultura que facilite la adopción de estilos de vida saludable y así mantener la salud de las personas”. Para lograr ese “cambio cultural”, la estrategia desarrolló actividades de difusión, divulgación, concientización y sensibilización sobre la salud, las enfermedades, sus cuidados y sus riesgos. El eje transversal que acogía a los tres pilares de la estrategia fue el de: “Implementar campañas de salud, promover estilos de vida saludable y mejorar el monitoreo de las enfermedades”.⁶⁹

La Campaña de comunicación social para la educación en salud y difusión de mensajes que sugerían acciones para que la gente pudiera llevar a cabo un estilo de vida saludable, durante el sexenio 2013-2018, fue la Campaña denominada: “**Chécate, Mídete, Muévete**”, ésta promovía un estilo de vida saludable a través de la alimentación y la actividad física; la cual dividía las acciones recomendadas a la población en tres rubros:

1. **Chécate**, decía que “vayas a tu clínica” para que revisen tu peso.
2. **Mídete**, que se refería a que se disminuyera el consumo de grasa, sal y azúcar: “Bájale a las grasas, al azúcar y a la sal”.
3. **Muévete**, refiriéndose al incremento de la actividad física, “haz ejercicio”.

⁶⁹ Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (2013) Secretaría de Salud.



La Campaña dio inicio en noviembre del 2013, y a principio del 2014 empezó con mayor fuerza a nivel Nacional, en las entidades federativas. Estuvo vigente hasta el año 2018, aunque a la fecha (diciembre 2019) la página web sigue disponible.

Las actividades de comunicación y educación, transmisión de los mensajes de la campaña, utilizaron canales de comunicación clásicos de la mercadotecnia social como videos de 20 a 30 segundos que fueron transmitidos por la televisión y por internet a través de *Youtube*. A su vez contó con *spots* de radio, diversos carteles, trípticos, una página web donde se registraban las personas y se les daba recomendaciones de los diferentes temas de salud, así como el uso de las redes sociales, especialmente *Facebook* y *Twitter*. También se realizaron eventos educativos y talleres enfocados en la promoción de una alimentación saludable, el consumo de agua potable y la realización de actividad física.

El logo de la campaña se presenta en el Gráfico 7.1, gráficamente está compuesto por tres círculos de colores que simbolizan un semáforo. El círculo rojo, señal de alerta, contiene la imagen de un estetoscopio en forma de corazón y se asigna para “*chécate*”; luego el color amarillo, con la imagen de un plato y cubiertos, para el “*mídete*” como símbolo de prevención; y por último el verde, con la imagen de una persona en movimiento, para “*muévete*” simbolizando que se realice actividad física.⁷⁰

Los videos y *spots* radiales presentados estaban sonorizados con una música original, siendo un *jingle* o canción pegajosa que refuerza el mensaje clave.

⁷⁰ Sanchez-Reina R., Brito Fuentes C.; “Comunicación de la Salud en la Campaña “Chécate, Mídete, Muévete” Representaciones y eficacia; Prácticas Alimentarias desde una perspectiva sistémica completa”; No. 3_94; Jul-Sept. 2016; ISSN:1605-4806; pp: 640-656.



Gráfico 7.1: Logo de la Campaña Chécate Mídete Muévete



Fuente: Página Web oficial de la Campaña⁷¹.

El eslogan de la campaña es: “Chécate, mídete, muévete”, y a su vez es el mensaje clave de la misma, son las frases que refuerzan cada una de las acciones.

7.2.1 Algunos resultados de la campaña

Algunos de los resultados publicados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT 2016), reportan que el 57.4% de la población mexicana dijo conocer la campaña. De esas personas que sí conocían la campaña, seis de cada 10 identificaban que su propósito principal era el de promover un estilo de vida saludable, y el 20% de ellos había recibido información directa de la misma, principalmente a través de centros de salud (44.5%) y el IMSS (38.2%). Los medios de difusión reconocidos como más relevantes por la población fueron la televisión (88.8%) y la radio (25.9%). El 75% de ellos consideró que este tipo de campañas contribuyen a la prevención del sobrepeso y obesidad.⁷²

⁷¹ Página Web Oficial Campaña Chécate Mídete Muévete. Accesado el 11 de diciembre 2019 en: <http://checatemitetemuevete.gob.mx>

⁷² Encuesta Nacional de salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT 2016) Informe de resultados. Instituto Nacional de Salud Pública; 31 de octubre del 2016; p:12.

Ahora bien, respecto al consumo de alimentos, también reportando en la misma encuesta, tenemos que en general se observaron, en todos los grupos de edad, bajas proporciones de consumo regular de grupos de alimentos asociados con mejores niveles de salud (grupos recomendables) y un elevado consumo de alimentos cuyo consumo cotidiano aumenta los riesgos de obesidad o enfermedades crónicas (grupos de alimentos no recomendables para uso cotidiano). En la tabla 7.1 se presenta los porcentajes de consumo de los distintos grupos de alimentos reportado por los diferentes segmentos de edad.⁷³

Tabla 7.1: Porcentaje de Consumo de grupos de alimentos por diferentes grupos poblacionales.

Alimentos Grupos Recomendados	Escolares 5 a 11 años	Adolescentes 12 a 19 años	Adultos 20 o más
Verduras	22.6%	26.9%	42.3%
Frutas	45.7%	39.2%	51.4%
Leguminosas	60.7%	63.1%	70.0%
Alimentos Grupos No Recomendados para consumo cotidiano			
Bebidas azucaradas No lácteas	81.5%	83.9%	85.3%
Botanas, dulces y postres	61.9%	59.4%	38.0%
Cereales dulces	53.4%	50.3%	45.6%

Fuente Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2016 (medio camino).

Respecto al logo de la campaña, muy poca gente se percató que representa un semáforo con sus colores, de alerta (rojo) con la acción chécate, prevención (amarillo) con la acción mídete; y realizar la actividad (verde) con muévete. Respecto al en-

⁷³ Idem. Pp: 9-11.



tendimiento o asociación de los tres elementos de la campaña, “chécate” (asistir a tu clínica de salud) se asoció correctamente en 53.1%, es decir, casi la mitad de las personas que tuvieron contacto con la campaña no entendieron; “mídete” (disminuir el consumo de grasas, azúcares y sal) solo el 11.3% de la gente lo entendió o asoció correctamente con la imagen; y el “muévete” sí tuvo un entendimiento o asociación del 85.1%.⁷⁴

7.2.2 Aspectos para reflexionar y mejorar la eficacia de campañas de comunicación social. Caso *Chécate Mídete Muévete*

Entonces, surge la siguiente pregunta, si el 57% de la población ha escuchado y ha tenido contacto con elementos y materiales de la campaña, ¿qué está sucediendo? ¿por qué la gente mantiene sus hábitos de alimentación aún teniendo conocimiento de la importancia del estilo de vida en su salud?

Como ya se explicó en el primer capítulo de esta publicación, sabemos que el cambio o modificación de un hábito es algo muy complejo. Con el fin de mejorar la eficiencia de las campañas de comunicación social, a continuación se presenta un breve análisis y una reflexión sobre los mensajes y materiales utilizados en la campaña *Chécate Mídete Muévete*, haciendo un comparativo con algunos elementos clave que tienen en común las campañas exitosas (que han logrado cambios de conducta o de hábitos en la población objetivo).

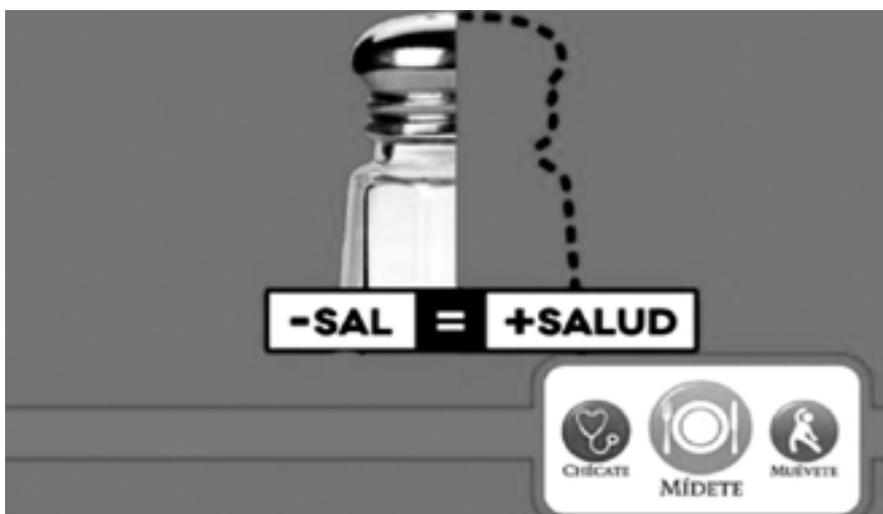
La campaña “*Chécate, mídete, muévete*” promovía tres distintas acciones (conductas), que abarcan tres temas distintos. El primero ir al médico o a la clínica y hacerse una revisión, el segundo abarca el tema de la alimentación y el tercero la realización de actividad física. Como se mencionó en el apartado 7.1, lo ideal hubiera sido elegir una sola conducta a promover. En caso de tener tres, como es el caso, presentarlas de forma escalonada, quizá en periodos semestrales, concentrando los esfuerzos en una conducta a cambiar, y especialmente en decir “cómo” la gente puede realizar la nueva conducta. En general, la gente desconoce cómo hacerlo.

⁷⁴ Encuesta Nacional de salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT 2016) Informe de resultados. Instituto Nacional de Salud Pública; 31 de octubre del 2016; p:12.



Los mensajes comunicativos de la campaña deben tener una llamada de atención, ser atractivos, y dar la recomendación puntual de cómo hacer el cambio de la conducta que se sugiere. Observando algunos materiales de la campaña mencionada, se puede ver que a algunos les falta la recomendación a seguir y puntualizar los beneficios de sí hacerlo, o los riesgos de no hacerlo.

Ejemplo 1: Este cartel dice que consumas menos sal, lo que te lleva a mejor salud, pero le falta aterrizar cómo hacerlo. Por ejemplo, “cocina sin sal, quita el salero de tu mesa”.



Fuente: Página Web Oficial de DGPS.



Ejemplo 2: Cartel de la campaña que recomienda cuatro distintas conductas y acciones. Además no concretiza la forma de llevarlas a cabo. Por ejemplo, en el caso de la acción uno que recomienda que se coma un alimento de cada grupo, falta saber qué podría comerse para cumplir con esto. Se recomendaría hacer un cartel por cada acción, y cada acción con su “cómo hacerlo”, por ejemplo poner alguna receta o idea para preparar las frutas y verduras recomendadas.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Resta kilos, suma vida.
www.gob.mx/salud



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Resta kilos, suma vida.



Ejemplo 3: Una serie de carteles presentados en julio del 2017, basados en la teoría del paralelo extendido (sensibiliza a la población a través de los mensajes de miedo). Están bien elaborados y son muy creativos, llaman la atención y te llevan a la reflexión, aunque también les falta la recomendación de qué hacer. Un material con mensaje de miedo, para que sea efectivo, siempre debe de ir acompañado de una recomendación puntual de qué tiene que hacer la persona para evitar caer en ese riesgo, lo que se llama “control del peligro”.⁷⁵

Como se observa en el ejemplo de los carteles anteriores, a

⁷⁵ Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad; Carteles de la Campaña Chécate, mídete, muevete; Fecha de publicación 30 de julio de 2017; Accesado el 28 de agosto de 2017 en: <https://www.gob.mx/insalud/articulos/obesidad-y-sobrepeso?idiom=es>



todos les falta la recomendación sobre “que debe hacer la gente”, y lo más importante, el “cómo hacerlo”.

Los videos utilizados para los anuncios de televisión proponen relatos relacionados con el cuidado de la salud, la prevención del aumento de peso, y la realización de actividad física. La narrativa de los anuncios presenta una estructura lineal y todos los anuncios concluyen con la visita a la clínica y la atención por parte de una enfermera. En este caso, convendría incluir a otros profesionales de la salud, como al médico y al nutriólogo. También en estos videos se refuerza la imagen de la familia como un grupo que actúa de forma colectiva (van juntos a la clínica), y le pone mucho énfasis al componente biológico de la obesidad y el sobrepeso.⁷⁶ Valdría la pena segmentar la audiencia y hacer mensajes dirigidos a cada grupo de edad.

En los anuncios audiovisuales se emplean elementos gráficos y sonoros que refuerzan la memorización del mensaje (música, colores y logotipo). También se emplea el humor como estrategia de cortesía para no dañar la imagen de los personajes o la sensibilidad de los receptores; pero según Sanchez-Reina

⁷⁶ Sanchez-Reina R., Brito Fuentes C.; “Comunicación de la Salud en la Campaña “Chécate, Mídete, Muévete” Representaciones y eficacia; Prácticas Alimentarias desde una perspectiva sistémica completa”; No. 3_94; Jul-Sept. 2016; ISSN:1605-4806; pp: 652-653.



(2016) cuenta con las siguientes limitaciones:

1. Una reducción biológica a la salud y a la alimentación, sin pensar en toda la parte social y psicológica
2. Se representa a la obesidad como peligro y amenaza a la salud pública, estigmatizando a las personas obesas, se les excluye de la comunicación pública de la campaña.
3. La individualización en la prevención en los cuidados.
4. La generalización de los cuidados.
5. La campaña se dirige a la población adulta y saludable. Se puede pensar que adultos mayores o personas enfermas están excluidas de los mensajes.
6. La banalización de la salud corporal. Reiteran los autores en su artículo que “la comunicación de los videos de la campaña presenta relatos redundantes e idealizados cuya falta de apertura y pluralidad puede ser poco eficiente para lo que se propone la estrategia nacional”.⁷⁷

Confirmando lo anterior, desde mi punto de vista, los videos utilizados en los anuncios tienen una trama repetitiva, son muy similares y no concretizan el “como” deben hacer las familias para checarsé, que signos deben revisarse, como y cuanto ejercicio hacer, como cocinar con menos grasa, sal y azúcar. Con base a mi experiencia personal como nutrióloga, para tener éxito en los cambios de conducta es importante la segmentación de las audiencias, utilizar lenguaje adecuado a cada una y especialmente decir el “como” se puede lograr el cambio, es decir, explicar en forma breve una acción que al realizarla te lleve a recibir el beneficio.

7.2.3 Evaluación del desempeño de la Campaña “Chécate, mídete, muévete”

La Auditoría Superior de la Federación, realizó una auditoría al desempeño al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) en el tema de prevención y control de la diabetes y señala que en cuanto a las actividades realizadas por la Secretaría de Salud para promover hábitos saludables entre los mexicanos, en 2015 se realizaron 13 mil 489 eventos, de los cuales 11 mil 480 se enfocaron a la promoción de la alimentación correcta y el consumo de agua potable.⁷⁸

⁷⁷ Idem. P: 653.

⁷⁸ Auditoría Superior de la Federación; Centro Nacional de Programas preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE); Prevención y Control de la Diabetes. Auditoría de Desempeño: 15-5-12°00-07-0254 (254-DS); Emitida el 7 de



En dicha Auditoría se reporta que respecto a la campaña “*Chécate, mídete, muévete*”, la Secretaría de Salud no dispuso de mecanismos que le permitieran identificar en qué medida, como resultado de dicha iniciativa, la población modificó sus actitudes y conductas en beneficio de su salud, y si ésta conoce las causas de las enfermedades o si cuenta con los conocimientos necesarios para una mejor alimentación.⁷⁹

En lo que se refiere a la incidencia de la diabetes mellitus, la Auditoría señala que la falta de claridad en los esquemas de prevención y control de la enfermedad propiciaron su crecimiento entre la población sin seguridad social, al pasar de 401.2 casos nuevos por cada 100 mil habitantes en 2012, a 487.3 casos en 2015.

Además, de acuerdo con un Informe sobre los Programas y Campañas de Comunicación Social del Gobierno federal para el año 2015, se reportó que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) invirtió más de 187 millones de pesos para la mencionada campaña.

7.3 Comentarios finales al capítulo

Como se puede observar en este capítulo, la campaña de Comunicación social “*Chécate, mídete y muévete*” (2013-2018) no cumplió cabalmente con sus objetivos prioritarios, que eran el encaminar a la población a mejorar su estilo de vida, tener hábitos de alimentación saludables y realizar actividad física.

Las cifras de sobrepeso, obesidad y diabetes siguen aumentando, lo que nos lleva a pensar en la necesidad de modificar las estrategias comunicativas y de mercadotecnia social. Se debe hacer especial énfasis en que las campañas puntualicen las recomendaciones y el “*como*” la gente puede lograr el cambio, literalmente ejemplificando con las acciones que los llevarán a gozar de los beneficios de tener un estilo de vida más saludable.

octubre de 2016. Pp: 6-7.

⁷⁹ Idem. P: 7.



CONCLUSIONES FINALES

Después de recorrer el contenido del libro, podemos darnos cuenta, primero, **que estamos situados en una condición de emergencia sanitaria**. Casi ocho de cada 10 mexicanos adultos presentan sobrepeso u obesidad, tenemos casi nueve millones de personas que viven con diabetes ya diagnosticada y más de 15 millones con hipertensión arterial, entre otras enfermedades crónicas graves.

Segundo, **existe una falta de concientización** por parte de la misma población sobre la gravedad de presentar dichos padecimientos, que son un verdadero problema de salud que deteriora la calidad de vida a mediano y a largo plazo. A su vez, es un hecho que **no existe la cultura de prevención y no se da el valor merecido al cuidado y mantenimiento de la salud**. También, en forma sorprendente, muchas de las personas no relacionan que el estilo de vida (alimentación, actividad física, consumo de sustancias tóxicas -tabaco y alcohol entre otras-) está directamente relacionado con la salud. De hecho, las primeras cuatro causas de muerte en el país están relacionadas con el estilo de vida y en muchos de los casos pudiesen ser prevenibles.

Tercero, existe un hueco grande de conocimiento, especialmente en las administraciones públicas locales, de lo valioso que pudiera ser la *Promoción de la salud* como estrategia para prevenir enfermedades. A nivel local, muchas veces se desconocen las metodologías o herramientas para llevarla a cabo en forma eficaz. Como ya se dijo a lo largo del texto, la promoción de la salud es costo efectiva, y resulta ser una excelente inversión (en promedio, por cada peso que se invierte en promocionar la salud, te regresa o ahorra 6 pesos de gasto, ya sea en cura de enfermedades y/o en productividad laboral de las personas).

Cuarto, a través de la investigación realizada, que dio pie al desarrollo del Modelo de Gobernanza presentado, encontramos que los programas y el trabajo realizado hasta ahora en promocionar la salud y en la prevención y control de obesidad y las otras enfermedades crónicas, no ha logrado del todo lo esperado.



Por otro lado, podemos decir que existe un marco jurídico amplio que permite y da apertura a la realización de la estrategia plasmada en el modelo, en los tres ordenes de gobierno. En toda Ley Orgánica Municipal se le otorga al Municipio la facultad de crear las unidades administrativas necesarias para el adecuado y buen funcionamiento de su administración pública, pudiendo así fortalecer los reglamentos y las normas administrativas para que se pudiesen desarrollar políticas públicas locales tendientes a la salud.

Los recursos humanos y materiales requeridos para implementar el modelo son o deberían ser con los que ya se cuenta, lo único es que hay que romper el paradigma para poder cambiar la forma en cómo organizamos y estructuramos a la administración pública, específicamente a los programas y a las unidades administrativas que los ejecutan. De ser utilizado el modelo, se facilitaría la implementación, la asignación de recursos y su transparencia, teniendo como resultado una mayor eficacia y eficiencia de los programas correspondientes.

En esta publicación se presentan una serie de metodologías, estrategias, e incluso instructivos, para conformar un sistema de gobernanza territorial para promocionar la salud de forma práctica y concreta.

El modelo aquí planteado idealmente sugiere una sincronía desde lo local hasta lo federal y viceversa, y tiene como objetivo primordial el cuidado y mantenimiento de la salud de las familias mexicanas. Por supuesto, debe resaltarse el importante ahorro de recursos públicos que resultaría al evitar duplicidades de esfuerzos en las administraciones públicas (locales, estatales y federales), esto además potencializaría las acciones de los distintos actores (gubernamentales y no gubernamentales) que trabajarían corresponsablemente para la resolución de un problema común. Por otro lado, al enfocarse en la prevención y reducir así el número de enfermos, vendría un ahorro sustancial en el gasto de atención médica.

Quizá pueda parecer complejo articular el modelo, pero tomando en consideración que cada municipio puede ser una célula del todo, un microsistema de gobernanza local, gradualmente los ciudadanos de la localidad se pueden involucrar en el



desarrollo y la construcción de una comunidad saludable. Poco a poco se integrarían más células, hasta llegar al todo.

Recordemos que las políticas públicas siempre serán más efectivas si se toma en cuenta al beneficiario en la toma de decisión conjunta, y se le corresponsabiliza de su propio cuidado y mantenimiento de su salud.

Concretizar la gestión local participativa en salud es importante. Integrar de forma activa a la comunidad en el diseño y en la elaboración del plan local de salud, e incluso corresponsabilizarlos en la vigilancia y control de su cumplimiento, dará un mejor resultado.

Otro de los focos del libro ha sido proporcionar información valiosa para el desarrollo de las políticas públicas para la construcción de comunidades saludables. Se facilitan metodologías sobre cómo hacer promoción de forma más eficaz, cómo hacer campañas de comunicación en salud más efectivas y, en general, se comparten conocimientos relevantes en materia de salud que pueden ser de utilidad para las personas o servidores públicos que tienen tareas relevantes en el cuidado de la salud.

Las nuevas tecnologías de la información, en especial la plataforma web 2.0 (en caso de ser viable), serían la herramienta de coordinación entre distintos actores gubernamentales y de la sociedad civil, una forma de trabajo y de comunicación para la red de gobernanza, así como para crear colaboraciones e intercambio de recursos e información.

Otra herramienta fundamental para la comunicación y coordinación entre actores será la conformación de los consejos ciudadanos de promoción de la salud en el municipio. Cada actor participante podrá aportar elementos valiosos (ya sean conocimientos, recursos humanos o financieros, entre otros.) Con ello se enriquecerá y potenciará el producto colectivo. Las organizaciones de la sociedad civil de la localidad juegan un papel fundamental en el desarrollo de la promoción de la salud, y mientras más organizaciones de este tipo se involucren en el tema de la gobernanza, se logrará un mejor resultado.

El gobierno municipal es un actor fundamental en la preservación de la salud de sus ciudadanos. Debe dotársele de las



facultades y recursos necesarios para promover la salud y crear un sistema de gobernanza en este tema, así como para continuar innovando en la gestión pública y en los sistemas administrativos municipales.

Se exhorta a los servidores públicos y a los tomadores de decisión a que, en la hechura de las políticas públicas, cambien su visión hacia la prevención y den el merecido valor al cuidado de la salud de los ciudadanos: poner a las personas en el centro de la gestión.

La gobernanza territorial participativa para la promoción de la salud ayudará a mantener sanas a las personas sanas, disminuirá el número de enfermos, las complicaciones en las personas diagnosticadas a tiempo y, de forma paralela, reducirá también el enorme gasto público derivado de los tratamientos médicos que provoca esta emergencia sanitaria.



FUENTES BIBLIOGRÁFICAS, HEMEROGRÁFICAS Y CIBERGRÁFICAS

- Abad Aragón L. (2010). *Gobernanza y desarrollo territorial. Una perspectiva geográfica*. Documento de Trabajo GEDEUR ISSN: 1989-5550.No. 10; Madrid, p: 20.
- Agranoff R.; Mc Guire M. (2003); “Collaborative public management: New strategies for local government”; Washington D.C. Georgetown University Press.
- Aguilar Villanueva L. (2019). *Las implicaciones administrativas de la Nueva Gobernanza Pública*; en Martínez Anzures L.M. (coord) Antología sobre teoría de la Administración Pública; Instituto Nacional de Administración Pública (INAP); México.
- Alianza por la Salud Alimentaria Sitio Web Oficial. Dirección electrónica: <http://alianzasalud.org.mx/>
- Aragón Salcido, María Inés (2004), “Autonomía Política: La función Legislativa del Ayuntamiento en México; *Archivos Jurídicos de la UNAM*; p: 597. Consultado el 5 de noviembre en: <https://archivos.juridicas.unam.mx>
- Arnstein, Sherry R. (1969); “A Ladder Of Citizen Participation”, en *Journal of the American Planning Association*, Vol: 35, No.4.
- Auditoría Superior de la Federación (2015). Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2014. Auditoría de Desempeño: 14-0-12100-07-0176. DS-039; Secretaría de Salud; Promoción de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades Crónico Degenerativas y Transmisibles y Lesiones. Noviembre 20 2015.
- Auditoría Superior de la Federación (2016); Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE); Prevención y Control de la Diabetes. Auditoría de Desempeño: 15-5-12°00-07-0254 (254-DS); Emitida el 7 de octubre de 2016.
- Auditoría Superior de la Federación (2017); Auditoría de desempeño 15-5-12°00-07-0253, 253-DS al CENAPRECE.
- Balcazar, H, et al (2012); Workers-Promotores de Salud in Mexico History and Potential for Building Effective Community Actions; *J Ambulatory Care Manage* Vol. 39, No. 1, pp. 12-22.
- Balcazar H, et al, (2015); Improving Heart Healthy Lifestyles Among Participants in a “Salud para Su Corazón” Promotores Model: The Mexican Pilot Study, 2009–2012; Preventing Chronic Disease Public Health Research; Vol: 12 E34,



Marzo 2015.

- Balcazar H., Perez-Lizaur A.B., et. Al (2016); Community Health Workers-Promotores de Salud in México; *J Ambulatory Care Manage*; Vol 39, No. 1 pp: 12-22.
- Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM (2009); “Texto original de la Constitución de 1917 y de las reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 5 de febrero de 1917 al 1o. de junio de 2009”; consultado el 30 de octubre del 2017 en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2802/8.pdf>
- Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM; El Concepto de Gobernanza, Capítulo segundo; consultado el 28 de septiembre de 2016. Internet: <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/6/2818/5.pdf>
- Bitacora Social (2017); Hábitos y decisiones cotidianas: Percepciones y realidades socioculturales, funcionales y simbólicas en torno a la alimentación de la familia de clase media mexicana; Reporte. Conmexico.
- Calvillo A., Székely A. (2018) “La trama oculta de la epidemia”: obesidad, industria alimentaria y conflicto de interés; *El Poder del Consumidor*; febrero 2018
- Carta de Ottawa (1986). Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. WHO / HPR (Health Promotion) / HEP / 95.1 Salud Publica Educ Salud 2001; 1 (1).
- CENAPRECE (2016) Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-03-2016 para todas las Entidades Federativas de México ante la magnitud y trascendencia de los casos de sobrepeso y obesidad; consultado el 20 noviembre en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/declaratorias_emergencia.htm
- CENAPRECE; Página Web, consultada el 21 de marzo 2017.
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria A.C. (2018), Sistema Universal de Salud. Retos de Cobertura y financiamiento; México.
- Chécate, mídete, muévete. Página Web Oficial de la campaña. Consultada el 11 de diciembre 2019 en: <http://checate-midetemuevete.gob.mx>
- Cofiño R., Aviño D., Benedé C.B. *et al*; (2016); “Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales?; *Gaceta Sanitaria* Vol. 30(S1).
- Colchero A.; Popkin B., Rivera J. (2015); “Beverage purchases from stores in México under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study; *British Medical*



- Journal”; 2015; 352:h6704. Consultado el 4 de octubre del 2017 en: <https://www.insp.mx/epppo/blog/3949-impuesto-bebidas-azucaradas-mx.html>
- Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad; *Carteles de la Campaña Ché-cate, mídete, muevete* (2017); publicado 30 de julio de 2017; consultado el 28 de agosto de 2017 en: <https://www.gob.mx/insalud/articulos/obesidad-y-sobrepeso?idiom=es>
- Comisión Nacional de Protección en Salud (COFEPRIS); página oficial; consultada el 5 de septiembre en: <http://www.seguro popular.salud.gob.mx/index.php/conocenos/cnpss>
- CONAC (2013) Acuerdo por el que se emite la clasificación programática (Tipología General).
- CONEVAL (2014-2015) Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015; Valoración de la Información de desempeño presentada por el programa; Programa de Comunidades Saludables Modalidad S037.
- CONEVAL; (2015) Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015 para el programa Presupuestario “U008: Prevención de Obesidad”- “Prevención de Obesidad y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes”. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE).
- CONEVAL (2016) Ficha de Valoración de la Matriz de Indicadores para Resultados Programa U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes.
- CONEVAL (2016); Diagnóstico de las Matrices de Indicadores para Resultados, 2016 s/p https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/Diagnostico-Valoracion-MIR-2016_122016.pdf
- CONEVAL (2017) Diagnóstico Matriz de Indicadores por Resultados (MIR). Base de Datos. Ramo 12 Salud. Consultado el 17 mayo 2017.
<http://www.coneval.org.mx/coordinacion/IMP/PPS/Paginas/Analisis-de-la-MIR.aspx>
- CONEVAL (2017), Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social de México; Sitio Oficial consultada el 24 de noviembre del 2017 en: <http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/Proceso-de-Evaluacion.aspx>
- ConMéxico (2016); El impuesto a las bebidas... ¿bajó el consumo de calorías?; febrero 2016. <https://conmexico.com.mx/sitio/2016/02/el-impuesto-a-las-bebidas-bajo-el-consumo-de-calorias/ConMéxico>; Sitio oficial consultado el 4 de



- octubre del 2017 en: [https://conmexico.com.mx/sitio/Consejo de Salubridad General \(2009\), Reglamento Interior. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de diciembre de 2009.](https://conmexico.com.mx/sitio/Consejo de Salubridad General (2009), Reglamento Interior. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de diciembre de 2009.)
- Consejo Nacional de Salud. Página Oficial. Consultada el 4 de abril del 2017 en: http://www.cns.salud.gob.mx/contenidos/1_informaciongeneral_2.html
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2017). Última reforma DOF 15-09-201715 de septiembre 2017.
- Contento Isobel (2010), *Nutrition Education*, Elsevier, EUA.
- Crozier M., Friedberg E. (1980), *Actors and systems: the politics of collective action*; Chicago; University of Chicago Press.
- Cunill-Grau Nuria (2014); “La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual”; *Gestión y Política Pública*, Vol: XXIII No. 1. I Semestre 2014
- Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (2020); *Programa de salud y bienestar comunitario Reglas de operación*; Sistema nacional DIF.
- Desarrollo Integral de la Familia, Sistema Municipal Huixquilucan (DIF Huixquilucan) (2016-2018), Programa Triannual de Asistencia Social, pp: 20-54. Sistema Municipal DIF Huixquilucan.
- Dever, A.; (1976); “An Epidemiological Model for Health Policy Analysis”; *Social Indicators Research*; Vol.2 No (4).
- Diccionario Real Academia de la Lengua Española (2014), Edición 23, España.
- Dirección General de Epidemiología; Boletín *Caminando a la Excelencia*; 2016;
- Dirección General de Epidemiología; p: 238. Consultado el 25 de noviembre de 2017 en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/bol_camexc/2016/ce_2016_cierre.df
- Dirección General de Epidemiología; *Caminando a la Excelencia*; Manual Metodológico 2015 pp: 29-34 Consultado el 25 de noviembre 2017 en: http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/Manual_CAMEX_2015.pdf
- Dirección General de Epidemiología; *Caminando a la Excelencia*; Manual Metodológico 2017 pp: 393-402 Consultado el 25 de noviembre 2017 en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/04_Manual_CAMEXC.pdf
- Dodgson R., Kelley L., Drager N. (2002). WHO Discussion Paper No. 1. Global Health Governance. A Conceptual Review.
- Edelman N., Höchtl J., Sach M. (2012). Collaboration for Open Innovation Processes in Public Administrations, en Charalabidis and S. Koussouris (eds.), *Empowering Open and*



- Collaborative Governance*. Berlín.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012); Instituto Nacional de Salud Pública; México.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2016) (De medio camino); Instituto Nacional de Salud Pública; México.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018) presentación de resultados; Instituto Nacional de Salud Pública, INEGI y Secretaria de Salud; 2018.
- Espinosa Valle V.A. (1986), “Centralización y Descentralización Nacional”; UNAM, *Gaceta Mexicana de Administración Pública Estatal y Municipal*; No. 20-21.
- Estrategia Nacional para la Prevención y el control del sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Secretaría de Salud. (2013); Gobierno de la República. Primera Edición, septiembre 2013.
- Estrategia PrevenIMSS (2014). IMSS. Consultado el 10 de mayo 2017 en: http://ctifranciamexico.org/images/foro_obesidad/Capitulo_PREVENIMSS_2014_T.df
- Farinos Dasi, J. (2015). “Desarrollo Territorial y Gobernanza: Refinando significados desde el debate teórico pensando en la práctica. Un intento de aproximación fronética, *Revista electrónica Drd- Desenvolvimiento Regional*”, en *Debate* (ISSNe 2237-9029) v.5, n. 2, p.4-24, jul/diez. Universidad de Valencia España.
- FLACSO (2015); Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de salud Pública. Chile: Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Flores W. (2010) ¿Qué es la gobernanza del sistema de salud y cuál es su relevancia? Consultado en: http://isagsunaul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/que_es_la_gobernanza.pdf
- Flores W. (2010) “Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas” en *Revista de Salud Pública*, Volumen 12, Suplemento 1, abril.
- Fox C. J., Miller H. (1995) *Postmodern Public Administration: Toward Discourse*. London: Sage.
- Fundación Midete, OMENT (2016); “Asumiendo el Control de Mi Diabetes: Asumiendo el control desde la sociedad civil” México, consultado el 25 de noviembre del 2017 en: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf
- Gamboa Montejano C. (2013); “Participación Ciudadana: Estudio Comparativo de la legislación Constitucional y secun-



- daria a nivel local e iniciativas presentadas en el tema”; Dirección General de Investigación y Análisis, Cámara de Diputados LXII Legislatura; Julio 2013, pp: 2-8. <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-43-13.pdf>
- GESOC A.C. (2016); Índice de desempeño de los Programas Públicos Federales: INDEP 2016; México 2016. Consultado el 26 de mayo del 2017 en: <http://www.gesoc.org.mx/site/src/publicaciones/Reporte%20del%20indice%20de%20Desempeno%20INDEP%202016.pdf>
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública; (2010) “Estrategias y Herramientas para la Abogacía”.
- Gonzalez P., Rosales Piñon A., et al; Estrategia PREVENIMSS; IMSS 2014, pp: 10-12. Consultado el 5 de septiembre del 2017 en: http://ctifranciamexico.org/images/foro_obesidad/Capitulo_PREVENIMSS_2014_T.pdf
- Graham H., Kelly M.P. (2004); “Health inequalities: concepts, frameworks, and policy; *Briefing paper*, NHS.
- Green L, Kreuter M. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. 2nd edition. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company; EU.
- Grupo Funcional Desarrollo Social (2017); Auditoría de Desempeño: 15-5-12°00-07-0253; 253-DS; Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; Planeación, Seguimiento y Evaluación de la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles; Dictamen emitido el 19 de enero del 2017.
- Hevia Felipe, Isunza Ernesto (2010); *La perspectiva de interfaz aplicada a las relaciones sociedad civil. Estado en México*.
- Hufty M. (2008); “Una propuesta para concretizar el concepto de gobernanza: El Marco Analítico de la Gobernanza”, en Hubert Mazurek (ed) *Gobernabilidad y Gobernanza en los territorios de America Latina*; La Paz, IFEA-IRD.
- Ibarra Sanchez S., et al (2016); *Prácticas Alimentarias desde una perspectiva sistémica completa: Transición Alimentaria en México*; Revista electrónica: Razón y Palabra; Vol: 20 Num 3_94 Jul-sept; 2016 ISSN: 1605-4806 pp:166-182.
- Instituto Nacional de Administración Pública (2015); *Génesis y Evolución de la Administración Pública Federal Centralizada*; sept. 2015.
- Intituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); (2016) Derechohabencia y uso de los servicios de Salud; consultado el 25 de noviembre del 2017 en: <http://www3.inegi.org.mx/>



- sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01&s=est&c=22594
Intituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); (2010) Volumen y crecimiento. Población total según tamaño de localidad para cada entidad federativa.
- Intituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); (2018) Comunicado de Prensa No. 525/18, fecha: 31 octubre 2018.; consultado el 2 de diciembre en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSocio-demo/DEFUNCIONES2017.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); (2019) Diabetes, causa principal de muerte en México; consultado el 21 junio 2019 en <https://www.insp.mx/presencia-insp/3877-diabetes-causa-muerte-mexico.html>.
- Instituto Mexicano de la Competitividad, Secretaría de Salud; Sistema de Indicadores para la Evaluación de la estrategia Nacional para la prevención y el Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes; AIM, consultado en: el 28 de agosto del 2017. http://oment.uanl.mx/indicadores_descargas/anexo_metodologico_oment.pdf
- Instituto Mexicano para la Competitividad A.C (2018). Boletín de Prensa: *Pequeños pasos para transformar el sistema de salud: Propuestas para mejorar los servicios*; consultado el 2 de diciembre 2019 en: https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2018/05/Bolet%C3%ADn_Peque%C3%ADos-pasos-para-transformar-al-sistema-de-salud_22-05-2018.pdf.
- Kickbusch I (2003), *Perspectives in health promotion and population health*. *American Journal of Public Health*, 93 PP: 383–388.
- Kickbusch I., Gleicher D. (2014), *Smart Governance for Health and well-being: the evidence*. World Health Organization.
- Kickbusch, I. (2011) Global health diplomacy: how foreign policy can determine health; *British Medical Journal*.
- Kickert, W.; Koppenjan, J. (1997); Public Management and network Management: An Overview. In Klickert W., Klija J. Koppenjan (Eds) *Managing complex Networks: Strategies for the public sector*; London Sage Publications.
- Klijn E.H. (2005) *Las Redes de políticas públicas: una visión de conjunto*; en Cerrillo A. *La Gobernanza hoy: 10 textos de referencia*; Instituto Nacional de Administración Pública; 1ª Edición; Madrid.
- Koliba Christopher, Meek Jack; Zia Asim; (2011); *Governance Networks in Public Administration and Public Policy*; CRC



- Press; EU.
- Koliba Christopher, Meek Jack; Zia Asim; (2011); “Governance Networks in Public Administration and Public Policy”; *CRC Press*; USA, pp: 194-196. Traducción libre Dra. Araceli Parra. Capítulo 8: ¿Cómo se administran las redes de gobernanza?
- Kooiman (1993a), Joan Prats i Catalá Joan (2005). Modos de gobernanza de las sociedades globales en Cerillo Martínez, Agustí (coord.) *La gobernanza hoy: 10 textos de referencia*. Instituto Nacional de Administración Pública. Primera edición: Madrid.
- Kooiman J. (ed) (1993b), *Modern Governance: Government-Society interactions* London: Sage.
- Kooiman J. (2005). *Gobernar en Gobernanza* en Cerrillo A. *La Gobernanza Hoy: 10 textos de referencia*, INAP. Madrid.
- Kooiman J., Bavink R. et al (2008) *Interactive governance and governability: an introduction*; *Amsterdam Institute for Social Science Research*. Bajado de: <http://hdl.handle.net/11245/2.59200>
- Kooiman J., Jentoft S. (2009), “Meta-Governance: Values, Norms and Principles, and the making of hard choices”; *Public Administration* Vol. 87, No. 4, 2009.
- Kotler Philip, Lee Nancy R. (2008), *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good*; Sage Publications, Estados Unidos.
- Lalonde, M. (1974), *A new Perspective on the Health of Canadians*; Gobierno de Canada, Ottawa.
- Ley General de Cultura Física y Deporte, (2018) Cámara de Diputados, Diario Oficial de la Federación /DOF 19-01-2018.
- Ley de Planeación; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; DOF Última Reforma 28-11-2016.
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, Cámara de Diputados; Secretaría General de Servicios Parlamentarios; Última Reforma 30-12-2015.
- Ley General de Desarrollo Social; Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión. Última reforma: 01/06/2016 Consultado el 18 de noviembre en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/264_010616.pdf
- Ley General de Salud (2016). Última reforma 1 de junio del 2016.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Diario Oficial de la Federación; Última Reforma 18/julio/2016.
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Méxi-



- co; sep 18 2002.
- Ley Orgánica Municipal del Estado de México; Toluca; 1992.
- Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal. *Diario Oficial de la Federación* publicado el viernes 30 de marzo de 2007.
- Márquez Zárate Miguel Angel, (2017); “La Gerencia Social como generadora de capital social comunitario” en Martínez-Anzures L.M. (coord.) *Antología sobre la Teoría de la Administración Pública*; INAP, México, pp: 181-201.
- Mariñez Navarro F. (2015). *Innovación Pública: Para que funcionarios públicos y ciudadanos actúen con saberes cívicos*; México; Editorial Fontamara.
- Mariñez-Navarro Freddy (2015); *XX Congreso Internacional del CLAD*; Lima Perú; Nov. 2015.
- Martínez Anzures Luis Miguel (2017); *Antología sobre Teoría de la Administración Pública*; Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), 2ª Edición, México.
- Martínez Anzures Luis Miguel (2019); *Antología sobre Teoría de la Administración Pública*; 3ª Edición, Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), México.
- Martínez-López, Elkin; Grajales, Isabel C. (2010); “Efectividad de un programa de promoción de la salud en la disminución de costos médicos asistenciales”; *Revista de Salud Pública*; Vol.12 No 6; Universidad Nacional de Colombia; Bogotá, Colombia.
- Mayntz, R., Scharpf F. (1995) *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*, Frankfurt.
- Mayntz R., (1998) *Nuevos desafíos: la Teoría de Gobernanza*; traducido de *New challenges to governance theory*, Jean Monet Chair Paper RSC No. 98/50.
- Mayntz R. (2001) *El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna*. Documento presentado en el VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Buenos Aires, Argentina.
- Mergel I. Schweik Ch. Fountain J. (2009). *The Transformational Effect of Web 2.0 Technologies on Government*. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=1412796>
- Metcalf, L., Richards S. (eds.) (1991), *Improving Public Management*, 2º ed., Londres.
- Ministerio de Salud Chile (2014). *Orientaciones para Planes Comunales de Promoción de Salud*. Consultado el 5 de septiembre de 2017 en: <http://web.minsal.cl/sites/default/>



- files/orienplancom2014.pdf
- Ministerio de Salud de Chile (2016); Orientaciones para la Planificación y Programación en Red; Chile.
- Ministerio de salud de Chile (2016); Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana Guía de Apoyo para elaborar Ordenanzas Municipales sobre Entornos Saludables, Estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables, Chile.
- Morales y Gómez J. M. (2005). “El capital social y el valor público como ejes de acción para el desarrollo social. Universidad Autónoma del Estado de México”, en. *Espacios Públicos*, vol. 8, núm. 15, pp. 92-112. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/676/67681507.pdf>
- Muñoz Rivera Isidro Wilfrido, Valor Público: un enfoque integral para la gestión de políticas, en el Curso para la Planificación y Gestión Estratégica para las Políticas Públicas, ILPES-AECID, Santa Cruz, Bolivia, 4-15 de mayo de 2009.
- Murayama Ciro, Ruesga M. Santos (coordinadores) (2016); *Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México*; 1ª Edición; UNAM, México.
- Natera Peral A. (2005) “Nuevas estructuras y redes de gobernanza”; *Revista Mexicana de Sociología* 67, núm. 4.
- National Institute of health, Department of Health and Human Services, Universidad Iberoamericana (2009); *Manual del Promotor de Salud. “Su Corazón Su vida”*, 2009.
- Nettel Barrera Alina del Carmen (2013). “Las competencias municipales otorgadas por el artículo 115 de la Constitución y su relación con los derechos humanos y el mantenimiento y promoción de la salud pública”; *IUS Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*, México No. 32 Jul-Dic de 2013.
- Nissán Schoenfeld, Esther (2018). Gobernanza para la salud: una nueva estructura y organización para la promoción de la salud y la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles; Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), México.
- Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles, página oficial; consultado el 28 de agosto en: www.oment.uanl.mx consultado el 28 de agosto del 2017. P.1.en: http://oment.uanl.mx/indicadores_descargas/anexo_metodologico_oment.pdf
- OCDE (2001), Participación Ciudadana: *Manual de la OCDE sobre información, consulta y participación en la elaboración*



- de políticas públicas*; Paris, OCDE.
- Olvera, Alberto J. (2007); “Notas sobre la participación ciudadana desde la óptica de las OSC”; en: *Agenda Ciudadana de Políticas Públicas*; INCIDE Social.
- Olvera, Alberto J.; (2009); *La participación Ciudadana y sus retos en México*; Diciembre 2009; pp: 1-13; consultado el 17 de septiembre del 2017 en: http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/946/5/images/b/Olvera_Entregable_2.pdf
- OMENT (2017); Sitio Oficial del Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles, consultado el 28 de agosto en: www.oment.uanl.mx
- OMS; Organización Mundial de la Salud Página Oficial.
- OMS Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma Ata; URSS.
- OMS (1997); Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997, Yakarta, República de Indonesia.
- OMS/OPS (1999); Planificación Local Participativa. Metodologías para la promoción de la salud en America Latina y el Caribe; Washington DC Serie Paltex No. 41.
- OMS/OPS (2000); Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: De las Ideas a la acción. Quinta Conferencia Mundial de promoción de la Salud: Hacia una mayor equidad.
- OMS (2002); Foro de Promoción de la Salud en las Américas: Empoderando y Formando Alianzas para la Salud; Santiago de Chile, 24 de octubre de 2002.
- OMS; (2004) Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. (2004). (WHA57.17 2004). Organización Mundial de la Salud. Consultada en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- OMS (2004); Convenio Marco para el Control de Tabaco.
- OMS (2005); Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado.
- OMS/OPS (2007) “La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Americas”. Washington, D.C. Consultado el 28 de marzo 2017 en: https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf
- OMS (2009); Organización Mundial de la Salud, Séptima Conferencia Mundial Nairobi; *La llamada a la Acción para cerrar la*



- brecha de implementación en Promoción de la Salud, Kenia.*
- OMS (2013); Declaración de Helsinki; Salud en Todas las Políticas; Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, OMS Helsinki, Finlandia.
- OMS (2015); Nota informativa sobre la ingesta de azúcares recomendada en la directriz de la OMS para adultos y niños; pp: 1-3.
- OMS (2016) Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. China. 2016.
- OMS (2016); Comisión sobre salud Nacional y Planificación Familiar de China. 9ª Conferencia Mundial de PS Shanghai, Noviembre 2016. Promoción de la Salud en los ODS: Salud para todos y todos para la salud. Programa de la Conferencia.
- ONU/CEPAL (2015). Objetivos del Desarrollo Sostenible: Agenda 2030. Una oportunidad para América Latina y el Caribe; consultado en: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
- OPS (2011). Declaración Ministerial para Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Consulta regional de Alto nivel de las Américas contra las ECNT y la Obesidad. Febrero 2011.
- OPS/OMS (1999); Planificación Local Participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe; Washington DC Serie paltex No. 41.
- Organigrama de la Dirección General de Promoción de la Salud, <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/index.html> Consultado el 6 de febrero del 2017.
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal Derechos Humanos
- Organización de las Naciones Unidas (1961); Declaración de los Pueblos de América, Alianza para el Progreso y Carta del este; Punta del Este, Uruguay, agosto de 1961.
- Organización de las Naciones Unidas (1966); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York, EUA, 16 de diciembre de 1966.
- Organización de las Naciones Unidas; (1981); Pacto Internacional de derechos Económicos, sociales y culturales (1966).. Nueva York, EUA, 16 de diciembre de 1966. Adhesión de México: 23 de marzo de 1981. Decreto Promulgatorio DO 12 de mayo de 1981. Consultado en: <https://www.colmex>.



- mx/assets/pdfs/3-PIDESC_50.pdf?1493133895
- Pekka Puska (2014); Health in all policies-from what to how; European Journal of Public Health, Vol.24 No. 1.
- Pérez Rasgado, F. (2014); *Tipología del Municipio Mexicano para su Desarrollo Integral*; Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) México.
- Perez Lizaur AB, Ralph Staines J. (2013); “Manual de Promotores para una Crianza Saludable: Uno dos tres por nuestra salud”; Universidad Iberoamericana; 2013.
- Perez Lizaur AB et al (2018); Manual: Promotores de Salud: “Aprender a Vivir con diabetes”; Universidad Iberoamericana, 2018.
- Peters G., Pierre J. (2005). “Gobernanza sin gobierno? Replanteándose la Administración Pública; en Cerrillo A. *La Gobernanza Hoy: 10 textos de referencia*; Instituto Nacional de Administración Pública; 1ª Edición, Madrid.
- Peters G.B. (2007). “Globalización, gobernanza y Estado: algunas proposiciones acerca del proceso de gobernar”; Publicado en la *Revista del CLAD Reforma y Democracia*; No. 39; Caracas.
- Pierre, J.; Peters, B.G. (2000), “Governance, Politics and the State”; Houndmills, Basingstoke: MacMillan; citado en Bevir, M. Rhodes, R.A.W. (2010), *The State as a Cultural Practice*; Oxford University Press.
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Diario Oficial de la Federación 20/05/2013. México.
- Plataforma Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL); Sistema de Información del Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad Civil en: <http://www.corresponsabilidad.gob.mx>
- Plataforma PrevenISSSTE, accesada el 5 de septiembre del 2017 en: <https://prevenissstecercadeti.wordpress.com/prevenissste/>
- Plataforma Transparencia Presupuestaria, Sección Evaluación del Desempeño; consultada el 5 de junio del 2017 en:
- Prats i Catalá J. (1998), “Administración Pública y desarrollo en América Latina. Un enfoque neoinstitucionalista”; Publicado en la *Revista del CLAD Reforma y Democracia* No. 11 (Junio 1998). Caracas.
- Prats i Catalá J. (2005). “Modos de Gobernación de las sociedades globales”, en Cerrillo A. *La Gobernanza hoy: 10 textos de referencia*; Instituto Nacional de Administración Públi-



- ca; 1ª Edición; Madrid.
- Prieto-Martin P., Ramirez-Alujas A.; (2014); “Caracterizando la participación Ciudadana en el marco del Gobierno Abierto”; *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, No. 58, Feb. 2014.
- Programa Anual de Evaluación para el Ejercicio Fiscal 2017 de los Programas Federales de la Administración Pública Federal y de los Fondos de Aportaciones Federales, Ciudad de México publicado el 30 de enero del 2017.
- Programa de Acción Específico: Atención del Envejecimiento 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. Subsecretaría de Promoción de la Salud. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
- Programa de Acción Específico: Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular 2013-2018. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Promoción de la Salud.
- Programa de Acción Específico: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. Subsecretaría de Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología.
- Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014-2018.
- Programa Sectorial de Salud. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Gobierno de la República.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ciudad de San Salvador; noviembre 17 de 1988 PP: 5-6. Consultado el 14 de noviembre 2017 en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/PI2.pdf>
- Provan, K.G. Kenis P. (2007); “Modes of network governance: Structure, Management and effectiveness”; *Journal of Public Administration Research and Theory*; Vol: 18, pp: 229-252.
- Putman, R.D. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*; Princeton University Press; p: 125.
- Rhodes R.A.W (1996). “The New Governance: Governing without Government”; *Political Studies*, No. 44.
- Rhodes R.A.W. (1997); *Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexibility and Accountability*, Buckingham Open University Press.
- Rhodes R.A.W (2005). “La nueva gobernanza: gobernar sin gobierno”; en Cerrillo A. *La gobernanza hoy: 10 textos de referencia*. Instituto Nacional de Administración Pública, 1ª



- Edición, Madrid.
- Rhodes, R.W.A. (2010). *Las tres oleadas de la gobernanza*.
- Rivera Dommarco J.; (2012) *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*; Academia Nacional de Medicina.
- Rivera Dommarco J., Colchero A., Fuentes M.L., Gonzalez de Cosío T., et al Editores (2018). *La Obesidad en México: estado de la Política Pública y recomendaciones para su prevención y control*; Instituto Nacional de salud Pública; México.
- Rivera Dommarco J. (2019), Presentación en Foro Internacional de Alto Nivel en Prevención de Obesidad Infantil; Políticas de prevención de obesidad en México en el contexto del Grupo Intersectorial de Salud, Alimentación, Medio Ambiente y Competitividad (GISAMAC); Diciembre 2019.
- Salinas J., Cancino A. (2007); “Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile”; *Rev Panam Salud Púvlica/Pan Am J Public Health* 21 (2/3).
- Salinas, Judith (2017); Informe Técnico Docente “El Cubo de la promoción de la salud”: Enfoques y Métodos para una acción integral; Universidad de Chile.
- Salinas Judith (2018); El Cubo de la Promoción de la Salud. Un enfoque integrado para el diseño de intervenciones efectivas; *Revista Chilena de Nutrición*; 45(1): 71-79.
- Sanchez-Reina R., Brito Fuentes C. (2016); *Comunicación de la Salud en la Campaña “Chécate, Mídete, Muévete” Representaciones y eficacia; Prácticas Alimentarias desde una perspectiva sistémica completa*; No. 3_94 2016 ISSN 1605-4806 pp: 640-656.
- Sartori, Giovanni, (1984), *La política. Lógica y método en las Ciencias Sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Schmid K.; Rivers S.E.; et al; (2008) “Targeting or Tailoring? Maximizing Resources to Create Effective Health Communications”; *Mark Health Serv*. Vol. 28(1).
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público; Matriz de Indicadores por Resultados (MIR); P014: Promoción de la Salud, prevención y control de enfermedades crónico degenerativas y transmisibles y lesiones. 2015. Consultado el 31 de mayo 2017 en: <http://www.dgpop.salud.gob.mx/media/222690/P014-MIR-2015-MAR-5.pdf>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público; (2016); Estructura Programática a emplear en el proyecto de presupuesto de



- egresos 2016.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2016); Estructura Programática a emplear en el proyecto de Presupuesto de Egresos 2017; Cámara de Diputados. Junio 2016.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Estructura Programática a emplear en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2016, Presentación a la H. Cámara de Diputados, 30 de junio de 2015. Consultado el 17 de mayo 2017 en: http://www.hacienda.gob.mx/EGRESOS/PEF/programacion/programacion_16/1_av_PyP_Inv_ene_may_2015.pdf
- Secretaría de Salud (2010); Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Enero, 2010.
- Secretaría de Salud, Decreto por el que se adicionan los artículos 17 bis, 17 bis 1, 17 bis 2, y se reforman los artículos 313, fracción I y 340, a la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación 30 de junio del 2003.
- Secretaría de Salud. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Publicado 19 enero 2004. Consultado en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ri190104.html> 10 de mayo 2017.
- Secretaría de Salud. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación, 02-Febrero – 2010. Artículo 28 Fracción XI y XIII.
- Secretaría de Salud. Reglas de Operación del Consejo Nacional de Salud y su Secretariado Técnico. Diario Oficial de la Federación: 06/10/2010.
- Secretaría de Salud. Reglamento Interno de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios. Diario oficial de la federación, 13 de abril del 2004. Consultado el 4 de abril 2017 en: <http://www.cofepris.gob.mx/cofepris/Documents/QueEsCOFEPRIS/reglamento.pdf>
- Secretaría de Salud (2010); Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de febrero de 2010 y el 10 de mayo de 2017. Consultado en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5129994&fecha=02/02/2010
- Secretaría de Salud (2012); Manual de Organización General de la, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de agosto del 2012. Consultado en: <http://www.diputados>.



- gob.mx/LeyesBiblio/regla/n236.pdf el 17 de junio del 2017.
- Secretaría de Salud (2011), Construyendo Comunidades más Saludables: 10 años de esfuerzos compartidos. A 10 años del Programa Entornos y Comunidades Saludables. México D.F. Secretaría de Salud. Dirección de Epidemiología (2014) *Boletín de Caminando a la Excelencia*;
- Secretaría de Salud. Dirección de Epidemiología (2015) *Boletín de Caminando a la Excelencia*;
- Secretaría de Salud. Dirección de Epidemiología (2016) *Boletín de Caminando a la Excelencia*;
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Promoción de la Salud, Manual de Organización Específico de la Dirección de Promoción de la Salud, septiembre 2012; p: 43. Consultado el 24 de agosto de 2017 en: http://www.salud.gob.mx/unidades/transparencia/UNIDAD_DE_ENLACE_POT/Politica_de_Transparencia/Temas_TransparenciaFocalizada/MOE/DGPS.pdf
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y promoción de la Salud, Manual de Organización Específico CENA-PRECE, noviembre 2012.
- Secretaría de Salud, Dirección de promoción de la Salud; Programa de Acción Específico: Alimentación y Actividad Física 2013-2018.
- Secretaría de Salud, Dirección de promoción de la Salud; Programa de Acción Específico: Entornos y Comunidades Saludables 2013-2018.
- Secretaría de Salud, Dirección de promoción de la Salud; Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018.
- Secretaría de Salud. Dirección de Epidemiología (2013) *Boletín de Caminando a la Excelencia*; 1º, 2º, 3º y 5º Semestres 2014.
- Secretaría de Salud; Guía para Autoridades Municipales en materia de Salud Pública y local (2015); primera edición. México D.F.
- Secretaría de Salud. Modelos de Atención Integral de Salud (MAI), (2015) Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Agosto 2015.
- Secretaría de Salud; Evaluación en Materia de diseño del Programa Presupuestario P018 “Prevención y Control de Enfermedades”, septiembre 2016.
- Secretaría de Salud (2015). Guía para Autoridades Municipales en materia de Salud Pública y Local. Consultado en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/red/descarga->



- bles/1_Guia_de_autoridades_municipales.pdf
- Secretaría de Salud (2016) Evaluación del Diseño Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes; Clave presupuestaria: U008. Instancia Evaluadora: Perma Consultores, S.C.
- Secretaría de Salud. Estructura Orgánica CENAPRECE. Estructura Dictaminada por la Secretaría de Salud. Mayo 31 2016. Consultado el 27 marzo 2017 en: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/descargas/pdf/Estructura2016.pdf>
- Secretaría de Salud. Dirección de Epidemiología. Página web, consultada el 20 de marzo 2017 en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/intd_informacion.html
- Secretaría de Salud. Informe Avances del Programa Sectorial de Salud 2013-2018. (2016).
- Secretaría de Salud. CENAPRECE; Programa de Acción Específica Atención del Envejecimiento 2013-2018.
- Secretaría de salud. CENAPRECE-DG-12057-2016. Declaratoria de Emergencia Epidemiológica de Obesidad EE-3-2016.
- Secretaría de salud. CENAPRECE-DG-12058-2016. Declaratoria de Emergencia Epidemiológica de Diabetes EE-4-2016.
- Secretaría de Salud (2012); Reglas de Operación del Programa de Comunidades Saludables.
- Secretaría de Salud (2019), Dirección General de Epidemiología, Boletín Caminando a la Excelencia, edición segundo trimestre 2019 pp: 176-178. Consultado el 19 de noviembre del 2019 en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/bol_camexc/2019/ce_2019_2dotrim.pdf
- Segura-Millan Haydee (2017), Evaluación de los efectos de una intervención educativa grupal en Diabetes; Tesis, Universidad Iberoamericana; México.
- Seguro Popular, Página Web Oficial consultada el 5 de septiembre del 2017 en: <http://www.seguropopular.org>
- Serrano Rodríguez Azucena (2015); "La participación ciudadana en México"; *Estudios Políticos*, novena época, No. 34 (enero-abril, 2015).
- Sistema de Indicadores para la Evaluación de la estrategia Nacional para la prevención y el Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes; AIM, IMCO, Secretaría de Salud; consultado el 28 de agosto del 2017. P.1.en: http://oment.uanl.mx/indicadores_descargas/anexo_



- metodologico_oment.pdf
- Sistema de Indicadores para Monitorear los Avances de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (ENPCSD) p: 1-17.
Consultado el 28 de agosto del 2017 en:
http://oment.uanl.mx/indicadores_descargas/indicadores_oment_presentacion.pdf
- Soto-Estrada, Guadalupe, Moreno-Altamirano, Laura y Pahua Díaz, Daniel (2016); Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM; Vol 59 No. 6, CDMX.
- Souto Maior Fontes, B.A., Dornelas Marco A. (2008); “Redes, gobernanza urbana y prácticas asociativas: el ejemplo del Programa de Salud de la Familia”, *Estudios Sociológicos*, vol: xxvi, No. 76, enero-abril.
- Torfin J., Peters B.G., Pierre, J., Sorensen E. (2012). *Interactive Governance: Advancing the Paradigm*; Oxford University Press; United Kingdom.
- Valencia Carmona S. (2001); “La Reforma Constitucional de 1999 al Municipio”; *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*; No. 4, enero-Junio 2001.
- Varela Álvarez E. (2011) La Gobernanza en la Obra de Joan Prats; GIGAPP *Estudios Working Papers*. Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset, Madrid.
- Vega, J., Solar O, Irwin (2005); *Equity and Social Determinants of Health* en Jadue L. Marin F. Eds In the Perspective of Equity. Social Determinants of Health in Chile. Graffric Suisse, Chile.
- Vignolo J.; Vacarezza M.; (2011) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud; *Arch Med Interna* 2011; XXXIII (1):11-14; Consultado el 27 de noviembre del 2017 en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Winch P. (2016); Ecological models and multilevel interventions [Internet]. *Health Behavior Change at the Individual, Household and Community Levels* 224.689; [citado 19 de enero de 2016]; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Accesado en: http://ocw.jhsph.edu/courses/healthbehaviorchange/PDFs/C14_2011.pdf
- World Health Organization (2012); *Governance for Health in the 21st Century*; The regional Office for Europe.
- Yañez Campero V. (2000) *La Administración Pública y el derecho a la protección a la salud en México*, INAP México.
- Zurbriggen C. (2012); Repensando la Gobernanza en America Latina; Trabajo presentado en el 4º Congreso Uruguayo de Ciencia Política, “La Ciencia Política del Sur”; Uruguay.



ANEXO A

Tabla 2.1

Antecedentes de los Programas de Acción Específica de la Secretaría de Salud relacionados al tema de la Promoción de la Salud (PS) y a la Prevención de Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT)

Dependencia y Programa	Programas anteriores y Avances
<p>Sub Secretaría de Promoción de la Salud</p> <p>DGPS</p> <p>1. Alimentación y Actividad Física 2013-2018</p>	<p>Programa de Escuela y Salud (2007-2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niños escolares, adolescentes y jóvenes. ▪ Conocimiento sobre bebidas saludables, alimentación correcta y actividad física. <p>Programa de Promoción de la Salud: Una nueva Cultura (2007-2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nueva Cultura en salud ▪ Salud en las Políticas Públicas ▪ Ejercer rectoría efectiva en PS <p>Programa de Entornos y Comunidades Saludables</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Municipios promotores de salud ▪ Proyectos municipales vinculados en salud pública ▪ Impulso a entornos higiénicos, seguros, estimulantes a la salud y su certificación ▪ Fortalecimiento a redes estatales y la RMMS. ▪ Capacitación personal de salud. ▪ Reforma de la acción comunitaria ▪ Cooperación internacional para PS municipal y urbana.
<p>DGPS</p> <p>2. Entornos y Comunidades Saludables</p>	<p>Desde 1995 Estrategia de Municipios Saludables: Programa de Comunidades Saludables 2001-2006 Programa de Comunidades saludables 2006-2012.</p>
<p>DGPS</p> <p>3. Promoción de la Salud y Determinantes Sociales</p>	<p>Salud Escolar</p> <p>1989: La Secretaría de Salud: Programa Nacional de Promoción de la Salud de los Educando del Sistema Educativo Nacional</p> <p>1992: Se revisó y actualizó el contenido de salud en los libros de texto gratuitos,</p> <p>1994: Se incluyó la Salud del Escolar en el Programa Nacional de Salud y se publicó la NOM-009-SSA2-1994 para el Fomento de la salud del Escolar.</p> <p>1996: México se une al Movimiento de Escuelas Promotoras de Salud.</p> <p>2001: Programa de Educación Saludable en escuelas de educación básica.</p> <p>2006: Programa de Escuela y Salud</p> <p>2010: Primera etapa Lineamientos Generales para el Expendio o Distribución de Alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de Educación Básica.</p> <p>2012: Secretaría de Salud y Educación, suscribieron las “Bases de Coordinación para el Establecimiento, Desarrollo y Ejecución del PAE Escuela y Salud” (Formalización de trabajo conjunto).</p> <p>2013: Actualización NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la Salud escolar, enfocada a la prevención de enfermedades y en DSS.</p> <p>Manual para maestro Programa escuela y salud.</p>

(continúa)

Dependencia y Programa	Programas anteriores y Avances
	<p>Grupos Vulnerables</p> <p>2010: Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (PDPi) 2011: “Guía para promover la salud de los pueblos indígenas, Módulo Alimentación” para promotores de salud.</p> <p>Para migrantes: Programa Vete Sano, Regresa Sano”. En 2007 se incorpora al SNS la condición migrante.</p> <p>Sistema de Cartillas Nacionales (Decreto Presidencial 1978) Programa Nacional de Vacunación 1998: Cartilla Nacional de la Mujer 2001: Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor Programa Nacional de Atención Integral al Envejecimiento. 2013: 5 Cartillas, ¹ niños y niñas 0 a 9 años, adolescentes, de 10 a 19 años, mujeres de 20 a 59 años, hombres de 20 a 59 años y adultos mayores de 60 y más.</p>
<p>CENAPRECE 4. Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular (RCV) 2013-2018.</p>	<p>Programa Nacional de Salud 2001-2006 Programa de Acción Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial PAE 2007-2012 de Riesgo Cardiovascular. 2010 “Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No transmisibles”. Avances 2006-2012 Se crean los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) creándose más de 7000.</p>
<p>CENAPRECE 5. Prevención y Control de la Diabetes 2013-2018</p>	<p>2001-2006 Programa Nacional de Salud Programa de Acción para la Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2001-2006 (promoción de la salud y detección temprana DM). Constitución de los Grupo de Ayuda Mutua (GAM) 2007-2012 Programa de Acción Específica de Diabetes Mellitus Acreditación permanente de la Red Nacional de GAM Creación de las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades crónicas (UNEME EC) Se instrumentó el Sistema de Vigilancia y Seguimiento de Grupos de Ayuda Mutuas (SIVEGAM) Elaboración de la “Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes mellitas” NOM-015-SSA2-2010. IMSS Modelo de Atención Integral sectorial: Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS).</p>

(continúa)



Dependencia y Programa	Programas anteriores y Avances
	<p>Programa Institucional para la Prevención y Atención a la Diabetes (DIABETIMSS) ISSSTE Programa de manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE). PEMEX Acciones Integrales de los Laboratorios de Salud 2010 “Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles” (CONACRO). 2013 Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes”, que unifica todas las acciones del SNS.</p>
<p>CENAPRECE 6. Atención del Envejecimiento 2013-2018</p>	<p>Avances 2006-2012</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se consolidó el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEM) así como los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento de las Entidades Federativas (COESAEN se cuenta con 30) ▪ 2006 Refuerzan indicadores de envejecimiento en el Boletín “Caminando a la Excelencia” ▪ Política Pública Nacional de vacunación al adulto mayor ▪ Política Nacional en materia de PS y prevención a la población general, a través de la estrategia de “Línea de Vida”. ▪ Reducción de 0.5% de la mortalidad por neumonías.
<p>Dirección General de Epidemiología (DGE)</p> <p>7. Programa de Acción Específico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica</p>	<p>1939 Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. 1940 Sistema de Vigilancia Epidemiológica 1985 Se fortaleció la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública 1989 El Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales cambió su denominación al de Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Dr. Manuel Martínez Báez 1990 SINAVE, los subsistemas de vigilancia epidemiológica del país homologaron sus procedimientos y se integraron en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 1994 Se elabora la Norma Oficial Mexicana 017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica 1995 CoNaVe, se creó el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica. 2002 Se crea y publica el boletín “Caminando a la Excelencia”, boletín trimestral. 2008-2010 Se logró la incorporación de 11 sistemas con módulos integrados a la plataforma única del SINAVE. 2012 Actualiza la Norma oficial Mexicana 017-SSA2-2012 para la Vigilancia Epidemiológica.</p>
<p>Sub Secretaría de Promoción de la salud</p>	<p>Avances 2000-2012</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los esfuerzos estaban dirigidos a disminuir la mortalidad de menores de 5 años, en el año 2000 se amplió el rango de edad de 5 hasta 9 años.

(continúa)



Dependencia y Programa	Programas anteriores y Avances
<p>Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA)</p> <p>8. Programa e Acción Específico: Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2000 el Consejo Nacional de Vacunación (Programa de Atención a la Salud del Niño) se transforma en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA). Y se crea el Programa de Acción para la Atención a la Salud de las y los adolescentes (PASA). <p>El PASA está formado por cuatro estrategias prioritarias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grupos Adolescentes promotores de salud (GAPS). Adolescentes de 10 a 19 años capacitados para desarrollar actividades de promoción de salud en su comunidad. 2. En 2011 se incluyó la Cartilla Nacional de Salud para adolescentes. 3. Semana Nacional de Salud de la Adolescencia, desde el 2006. <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2007-2012 Estrategia de reactivación de los Comités Estatales de Mortalidad en la Infancia (COEMI) en las entidades federativas ▪ Políticas Públicas para disminuir las enfermedades diarreicas agudas. Capacitación en preparación y uso de vida de Suero Oral. ▪ Se trabajó en disminuir las enfermedades respiratorias agudas ▪ Desde 2002 actividades para vigilar el crecimiento y desarrollo de la población infantil, estimulación temprana. ▪ 2009 Alianza con el Programa oportunidades ▪ 2009 se forma el Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GAIA), coordina las diferentes acciones relacionadas con adolescentes que hace la secretaría.

Fuente: Elaboración propia basada en: Programas de Acción Específica: Alimentación y Actividad Física, Entornos y Comunidades Saludables, Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular, Prevención y Control de la Diabetes, Atención del Envejecimiento, Acción Específico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Salud para la Infancia y la Adolescencia; 2013-2018; Secretaría de Salud.



Tabla 2.2 Objetivos, estrategias e indicadores de medición de los Programas de Acción Específica de la Secretaría de Salud relacionados al tema de la Promoción de la Salud (PS) y a la Prevención de Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT) 2013-2018

Dependencia y Programa	Objetivos	Estrategias y principales Líneas de Acción	Indicadores de Medición
<p>SubSecretaría de Promoción de la Salud</p> <p>DGPS</p> <p>1. Alimentación y Actividad Física 2013-2018</p>	<p>1. Promover estilos de vida saludables que contribuyan a mejorar los hábitos alimentarios y de actividad física de la población.</p> <p>2. Incentivar la práctica de la lactancia materna exclusiva y la cultura alimentaria tradicional que contribuya a un estilo de vida saludable.</p> <p>3. Implementar acciones de capacitación y supervisión en materia de salud alimentaria en el personal de salud.</p>	<p>1.1 Promover alimentación correcta y consumo de agua potable, la actividad física y lactancia materna en la población.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Generar estrategias educativas innovadoras, ▪ Realizar campañas educativas en medios masivos ▪ Realizar eventos de promoción de salud ▪ Fomentar disponibilidad de agua simple potable ▪ Generar alianzas estratégicas con instancias gubernamentales y no gubernamentales ▪ Generar acuerdos con la industria para modificar fórmulas ▪ Impulsar el cumplimiento de los lineamientos ▪ Impulsar la recuperación de espacios públicos para realizar actividad física. ▪ Fortalecer competencias del personal de salud en alimentación correcta, actividad física y lactancia materna. <p>Establecer un sistema de monitoreo, supervisión y evaluación de actividades.</p>	<p>De proceso (monitoreo):</p> <p>Se explican 7 indicadores de procesos:</p> <p>Basados en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. % eventos educativos realizados con tema de alimentación, agua y actividad física. 2. Número de campañas y sesiones educativas realizadas, temas alimentación, lactancia y actividad física 3. Numero de eventos, cultura alimentaria tradicional 4. Número de cursos de capacitación al personal de salud 5. Número de supervisiones de actividades del programa. <p>Indicador de Resultado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. % Población que mejoró sus hábitos alimentarios y de actividad física. <p>Instrumentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestionario adaptado de STEPSwise de la OMS para población mayor de 20 años y 2. Cuestionario adaptado "Encuesta Mundial de Salud a Escolares" de la OMS para menores de 20 años.

(continúa)



Dependencia y Programa	Objetivos	Estrategias y principales Líneas de Acción	Indicadores de Medición
<p>DGFS</p> <p>2. Entornos y Comunidades Saludables</p>	<p>1. Fomentar que las comunidades y los entornos sean higiénicos, seguros y propicien una mejor salud.</p> <p>2. Impulsar que los municipios aborden de manera integral los determinantes que influyen en el estado de salud de la población.</p> <p>3. Fortalecer las competencias del personal de salud y de los diferentes actores sociales de la comunidad y el municipio.</p> <p>4. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa.</p>	<p>1.1 Fortalecer la organización comunitaria y participación social para mejorar la salud de acuerdo a las necesidades de las personas.</p> <p>Trabajo y planeación conjunta entre sectores y grupos poblacionales.</p> <p>Desarrollo de cultura de participación Comités de comunidades saludables.</p> <p>Certificación de comunidades y entornos saludables y municipios.</p> <p>PS en planes municipales</p> <p>Apoyo técnico y financiero a proyectos</p> <p>Comunicación educativa en los municipios</p> <p>Asesoría y apoyo a la RMMS.</p> <p>Talleres de capacitación para personal de salud.</p>	<p>10 Indicadores, como elementos centrales.</p> <p>1. % de Entornos saludables certificados</p> <p>2. Cobertura de comunidades certificadas como saludables</p> <p>3. % Municipios Activos</p> <p>4. % Municipios certificados como promotores de salud.</p> <p>5. % de Agentes y procuradores, capacitados en salud pública.</p> <p>6. % de personal de salud capacitado para coordinar y operar el programa.</p> <p>7. % de entidades federativas supervisadas.</p> <p>8. % de municipios con proyectos apoyados que han rendido cuentas.</p>
<p>DGFS</p> <p>3. Promoción de la Salud y Determinantes Sociales</p>	<p>1. Realizar la entrega de los servicios de PS con enfoque en las determinantes de la salud (DS).</p> <p>2. Desarrollar habilidades y actitudes para manejo de DS.</p> <p>3. Favorecer la incorporación de PP saludables en los sectores público, social y privado.</p>	<p>1.1 Acciones de PS dirigidas a población vulnerable, enfoque DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Migrantes - Indígenas - Población escolar <p>2.1 Instrumentación del Modelo operativo de PS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entregar servicios de PS mediante las CNS. <p>3.1 Capacitar y actualizar al personal de salud en PS con enfoque DS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a la población para el cuidado de su salud. 	<p>Se cuenta con 10 indicadores:</p> <p>1. Número de ferias dirigidas a migrantes. Meta sexenal: 1,600.</p> <p>2. Número de ferias interculturales (municipios indígenas). Meta sexenal: 171.</p> <p>3. Número de escuelas públicas (nivel básico y medio superior) validadas como promotoras de salud. Meta sexenal: 64,000.</p> <p>4. % de Consultas en los SESA a población con CNS. Meta sexenal: 64%.</p>

(continúa)



Dependencia y Programa	Objetivos	Estrategias y principales Líneas de Acción	Indicadores de Medición
<p>CENAPRECE</p> <p>4. Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular (RCV) 2013-2018.</p>	<p>4. Generar hábitos y conductas favorables a la salud basados en mercadotecnia social (MS).</p> <p>5. Fortalecer mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa.</p>	<p>4.1 Posicionamiento de la salud en todos los sectores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformar en todos los estados grupos intersectoriales de PS y DS, y seguimiento. - Impulsar modificaciones legislativas nacionales y estatales que favorezcan la PS y la modificación de las DS. <p>5.1 Estrategias de MS para cambios de conductas saludables.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diseño de materiales de comunicación educativa. 5.1 Evaluación de la efectividad de las acciones del Programa. - Mecanismos de seguimiento y evaluación. 	<p>5. Número de cursos y eventos de capacitación a personal de PS. Meta sexenal: 1,752.</p> <p>6. Número de promotores de salud en lengua indígena. Meta sexenal: 320.</p> <p>7. Número de talleres comunitarios para PS a la población. Meta sexenal: 1,820,550.</p> <p>8. Número de entidades federativas con grupo intersectorial estatal de PS. Meta sexenal: 32.</p> <p>9. Número de materiales educativos con enfoque de MS. Meta sexenal: 41.</p> <p>10. Número de acciones de supervisión, monitoreo y evaluación. Meta sexenal: 5,214.</p>
<p>CENAPRECE</p> <p>4. Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular (RCV) 2013-2018.</p>	<p>Objetivos</p> <p>1. Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.</p> <p>2. Incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento.</p> <p>3. Impulsar en las Entidades federativas la promoción de la Actividad Física y alimentación correcta, y conductas saludables.</p>	<p>Estrategias y Líneas de Acción</p> <p>1. Impulsar la prevención de la obesidad y RCV para abordar las ECNT</p> <p>Acciones: coordinar grupos de trabajo sectoriales multidisciplinarios para prevención y control ECNT; promover la creación de organismos colegiados, dar seguimiento y evaluación de las acciones realizadas por el SNS.</p> <p>2. Incrementar el número de unidades en el primer nivel de atención con buen abasto de medicamentos y recursos humanos para atender Obesidad y RCV.</p> <p>Acciones: supervisar modelo UNEME-EC en la atención de la diabetes, obesidad y ECNT.</p>	<p>Indicadores de medición:</p> <p>1. % de detección hipertensión en población de 20 y mayores. (SSA)</p> <p>2. % de detección de dislipidemias en población de 20 y mayores (SSA).</p> <p>3. % de detección de obesidad en población de 20 y mayores (SSA).</p> <p>4. Incremento de casos de hipertensión que ingresan a tratamiento.</p> <p>5. % de Control de hipertensión (SNS).</p> <p>6. Contener el % de obesidad en adultos (SNS).</p> <p>7. Incremento de casos con obesidad que ingresan a tratamiento (SNS)</p> <p>8. % control Obesidad (SSA).</p> <p>9. Incremento de casos de dislipidemias que ingresan a tratamiento (SSA)</p>

(continúa)



<p>Dependencia y Programa</p>	<p>Objetivos</p>	<p>Estrategias y principales Líneas de Acción</p>	<p>Indicadores de Medición</p>
<p>CENAPRECE 5. Prevención y Control de la Diabetes 2013-2018</p>	<p>Objetivos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuna de casos para tratar, controlar y prevenir la diabetes y sus complicaciones. 2. Fortalecer las acciones que permitan incrementar la cobertura de pacientes con DM en control. 3. Mejorar los estándares de calidad en el primer nivel de atención en cuanto a abasto de insumos y personal de salud capacitado. 	<p>Estrategias y Líneas de Acción</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar la prevención de la DM y sus riesgos en grupos específicos de la población. Acciones: reforzar la prevención y la detección oportuna. 2. Instrumentar acciones de información, educación y comunicación a pacientes con DM y a sus familias. Acciones: consejería, fomentar autonomía, realizar un evento conmemore el Día Mundial de la Diabetes. 2.2 Consolidar la atención integral a pacientes con DM en las unidades de primer nivel de atención. 3. Promover en las unidades de atención de primer nivel el abasto de insumos y medicamentos; así como la capacitación del personal. 	<p>Indicadores de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. % de detección de DM en personas de 20 y más (adultos) (SNS). 2. % personas con DM en tratamiento al menos se realizó una medición anual con hemoglobina glucosilada (HbA1c) 3. % personas con DM en tratamiento que alcanzan el control con HbA1c menor del 7%. 4. Formación de Grupos Apoyo Mutuo, incremento anual de 605 en SNS 5. Formación de Grupos Preventivos de Enfermedades de ECNT en el SNS, incremento de 160 grupos en SNS. 6. % Personal de Salud que fue actualizado en primer nivel de atención y aprobó la capacitación de ECNT en SNS.
	<p>Objetivos</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular. 	<p>Estrategias y principales Líneas de Acción</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Realizar acciones que contribuyan a la adopción de conductas saludables en la población. Acciones: difundir las recomendaciones de los alimentos saludables en escuelas, centros laborales y comunitarios, y hacer acciones educativas y eventos masivos del tema, dar orientación y consejería para promover el autocuidado. 4. Fortalecer la captura de los datos en los sistemas de información, vigilancia epidemiológica. Instrumentar la estrategia Nacional para la Prevención y Control del sob, la obesidad y la DM. 	<p>Indicadores de Medición</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. % Control dislipidemias en adultos (SSA).

(continúa)



Dependencia y Programa	Objetivos	Estrategias y principales Líneas de Acción	Indicadores de Medición
<p>CENAPRECE</p> <p>6. Atención del Envejecimiento 2013-2018</p>	<p>4 Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad de la DM.</p> <p>1. Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia</p>	<p>4. Instrumentar la Estrategia para la prevención y control del Sb, Ob y la DM.</p> <p>1.1 Fortalecer mecanismos rectoros para atender las patologías de mayor relevancia</p> <p>1.2 Desarrollar acciones de capacitación al personal de salud, en temas relevantes para la atención de las personas mayores</p> <p>1.3 Promover la realización de investigaciones sobre ECNT en la población blanco, su análisis y difusión de resultados</p> <p>1.4 Gestionar modelos de atención geronto-geriátricos con atención multidisciplinaria en unidades de primer nivel de atención</p> <p>1.5 Fomentar la atención integral de las enfermedades de mayor prevalencia para el adulto mayor.</p>	<p>7. 7. % de unidades de primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos para controlar la DM.</p> <p>1. Mortalidad por Neumonías</p> <p>2. Cobertura de salud mental en la detección de la depresión</p> <p>3. Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN)</p>
<p>Dirección General de Epidemiología (DGE)</p> <p>7. Programa de Acción Específico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica</p>	<p>1. Contar con un perfil de riesgos nacionales a la salud por eventos de impacto, naturales o intencionales por agentes QBRN.</p> <p>2. Fortalecer la operación del SINAVE.</p> <p>3. Consolidar la Operación de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.</p> <p>4. Generar información de calidad para la toma de decisiones.</p>	<p>Enfocado en la temática de la presente investigación, solo se expondrá las estrategias y acciones para el objetivo 2.</p> <p>2.1 Evaluar el desempeño del SINAVE, dándole seguimiento a los indicadores específicos.</p> <p>2.2 Desarrollar el Observatorio Mexicano de Enfermedades No transmisibles (OMENT): crear un sistema que conjunte, sistematice y analice la información disponible en materia de enfermedades no transmisibles.</p>	<p>Enfocado en la temática de la presente investigación, solo se expondrá los indicadores para la estrategia 2.</p> <p>1. Difusión de Información del OMENT. Información generada intersectorial e inter-institucionalmente, recabada por le OMENT.</p> <p>2. Cumplimiento de los Lineamientos de Vigilancia Epidemiológica</p>

(continúa)



Dependencia y Programa	Objetivos	Estrategias y principales Líneas de Acción	Indicadores de Medición
<p>Sub Secretaría de Promoción de la salud</p> <p>Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA)</p> <p>8. Programa e Acción Específico: Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018.</p>	<p>5. Fortalecer las competencias técnicas y operativas del SINAVE.</p> <p>6. Asegurar la cooperación internacional en materia de vigilancia epidemiológica</p> <p>1. Disminuir la morbilidad y la mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad</p>	<p>1. Implementar acciones de prevención, vigilancia y control de nutrición en la infancia y la adolescencia.</p> <p>i. Definir acciones de orientación alimentaria y favorecer la activación física en niños y niñas y adolescentes.</p> <p>ii. Coadyuvar a la atención integral del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención.</p> <p>a. Implementar acciones para la prevención del maltrato infantil y en adolescentes.</p> <p>b. Fortalecer el Modelo de Atención Integrada en la Infancia y la adolescencia.</p> <p>c. Realizar acciones preventivas para disminuir la morbilidad y mortalidad de enfermedades prevalentes de la infancia.</p> <p>d. Realizar acciones de promoción de estilos de vida saludable en la adolescencia.</p>	<p>1. Tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años.</p> <p>2. Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años.</p> <p>3. % de Estados que realizan la Semana Nacional de Salud Adolescente.</p>

Fuente: Elaboración propia basado en: Programas de Acción Específica: Alimentación y Actividad Física, Entornos y Comunidades Saludables, Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular, Prevención y Control de la Diabetes, Atención del Envejecimiento, Acción Específico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Salud para la Infancia y la Adolescencia; 2013-2018; Secretaría de Salud.



ANEXO B
Tabla 2.3
Modelo de Atención Integral (MAI) Documento de Arranque 2015

Dependencia	Objetivos	Estrategias y acciones	Instrumentos
<p>Subsecretaría de Integración y Desarrollo del sector salud</p> <p>Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud</p>	<p>Objetivo General: Contribuir a homogenizar los servicios y prácticas del Sector Salud, así como, optimizar la utilización de los recursos y la infraestructura en salud, incentivando los mecanismos y procesos de la participación ciudadana, para avanzar hacia el acceso universal a la protección a la salud.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Renovar y fortalecer la estrategia de APS en las intervenciones que se ofrece a la población. Establecer, reorganizar y articular las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS) para la prestación de servicios, con una visión de atención integral a la ciudadanía. Reorganizar, reorientar y fortalecer a la jurisdicción sanitaria como responsable de la operación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). 	<p>Estrategias</p> <ol style="list-style-type: none"> Renovación de la Atención primaria a la salud (APS) Reforzamiento de los SILOS Desarrollo de las RISS Participación Ciudadana. <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cartera de Servicios Garantizada: "Catálogo Universal de Servicios de salud 2014": <ol style="list-style-type: none"> Beneficios de salud pública (población en su conjunto) <ul style="list-style-type: none"> Prevención y promoción de la salud en territorio Nacional (regiones, estados y municipios). Beneficios básicos de baja complejidad. Conjunto de intervenciones, estudios y medicinas (acciones de educación en salud, atención preventiva, médica, curativa y rehabilitación, en las unidades que integran los RISS. Intervenciones de alta complejidad, atención en unidades especializadas. Vinculación interinstitucional e intersectorial. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Acreditación de Unidades 3. Guías de Práctica Clínica 4. Sistema de Abasto 5. Gestión por resultados 6. Funciones de la Jurisdicción sanitaria 7. Equipos Multidisciplinarios de salud 8. Telesalud 9. Regionalización Operativa interinstitucional 10. Diagnóstico de Salud y Plan de Trabajo 11. Programa Anual de Trabajo (Herramienta financiera) 12. Sistema de Atención Continua 13. Sistema de Registro de la RISS 14. Portabilidad y Garantía de los Servicios de Salud 15. Atención Prehospitalaria 16. Atención basada en y con la Comunidad (ABC) 17. Supervisión Operativa 18. Padron de afiliados 19. Comunicación Social.

(continúa)



Dependencia	Objetivos	Estrategias y acciones	20. Instrumentos
	<p>4. Promover la Participación Ciudadana, como agentes de cambio en la cultura.</p>	<p>3. Vinculación del gestor Municipal con los Servicios de salud</p> <p>4. Activación de la cooperación Ciudadana. Lineamientos de las Jurisdicciones sanitarias</p> <p>5. Incrementar la capacidad resolutive</p> <p>6. Construcción de las RISS</p> <p>7. Intercambio de servicios planificado</p> <p>8. Integración del Sistema de Información en salud.</p> <p>9. Participación Comunitaria e integración de población organizada</p> <p>Atención médica ambulatoria y hospitalaria con enfoque de riesgo.</p>	

Fuente: Elaboración Propia basado en: Secretaría de Salud (2015) Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) Modelo de arranque. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del sector salud. Dirección General de Plantación y Desarrollo en Salud.



ANEXO C

PROGRAMA PRESUPUESTARIO P018 “PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES”

Tabla 2.6
Características Principales del Programa Presupuestario P018 “Prevención y Control de Enfermedades”

Nivel Fin	Objetivos	Indicadores	Unidades Responsables	Programas de Acción Específica
	<p>“Contribuir a consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante el control de padecimientos, que inciden en la salud de la población nacional”.</p> <p>“Diseño, desarrollo e instrumentación de políticas públicas que contribuyan a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles como son: cáncer en la infancia, patologías bucales, y trastornos mentales, principalmente; de igual manera se realizan acciones de vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles entre las que destacan: dengue, tuberculosis, paludismo, rabia, brucelosis, rickettsiosis, lepra, enfermedades respiratorias y diarreas, entre otras; así mismo, se llevarán a cabo acciones para disminuir los accidentes viales y los que se presentan en grupos vulnerables”. También realiza intervenciones para atender a la población en riesgo por desastres y urgencias epidemiológicas”.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año. 2. Muertes ocurridas por enfermedades específicas sujetas a vigilancia epidemiológica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SubSecretaría de Promoción y Salud (SPPS) 2. Dirección General de Promoción de la Salud 3. Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud mental. 4. Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes 5. Dirección General de Epidemiología 6. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades 7. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia 	<p>Se basa en 23 PAEs:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención y Control de Dengue 2. Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera 3. Prevención y Control de la Tuberculosis 4. Prevención y Control del Paludismo 5. Prevención y Control de las Rickettsiosis 6. Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas 7. Prevención y Control de las Leishmaniasis 8. Eliminación de la Lepra 9. Eliminación de la Oncocercosis 10. Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza 11. Prevención y Control de la intoxicación por Picadura de Alacrán

(continúa)



Nivel	Objetivos	Indicadores	Unidades Responsables	Programas de Acción Específica
Propósito	"La población nacional recibe acciones de promoción, prevención y control de enfermedades para mejorar las condiciones de salud de la población".	3. Casos de enfermedades específicas sujetas a vigilancia epidemiológica.	8. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones 9. Comisión Nacional contra las Adicciones.	12. Prevención y Control de la Rabia Humana 13. Prevención y Control de la Brucelosis 14. Salud para la Infancia y la Adolescencia 15. Cáncer en la Infancia y la Adolescencia 16. Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 17. Salud Mental 18. Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres 19. Seguridad Vial 20. Prevención de Accidentes a Grupos Vulnerables 21. Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 22. Entornos y Comunidades Saludables 23. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Componentes (bienes o servicios que ofrece)	"Los productos o servicios que entrega el programa son dos: a) Acciones de promoción de la salud implementadas en las comunidades para fomentar la participación social en la mejora del entorno". b) "Acciones específicas de prevención realizadas para el control de enfermedades".	4. Cobertura de comunidades certificadas como saludables. 5. Cobertura de localidades prioritarias con acciones integrales de prevención para el control del vector. 6. Cobertura de Diagnóstico de Tuberculosis Todas Formas (TDTF)		

(continúa)



Nivel	Objetivos	Indicadores	Unidades Responsables	Programas de Acción Específica
Actividades		7. Porcentaje de usuarios de los Servicios Estatales que presentan en la consulta otorgada la Cartilla Nacional de Salud. 8. Cobertura del Servicio de Diagnóstico y de Referencia realizado por el Instituto de Diagnóstico y referencia Epidemiológicos (InDRE). 9. Cobertura de detección de sintomáticos respiratorios.		

Fuente: Evaluación en Materia de diseño del Programa Presupuestario P018 “Prevención y Control de Enfermedades”, septiembre 2016; Secretaría de Salud, pp: 48-51.



**PROGRAMA PRESUPUESTARIO U008
Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes**

Tabla 2.7
Matriz de Indicadores para Resultados del Programa (MIR) U:008:
Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes”

Nivel	Objetivos	Indicadores	Tipo de Indicador
Fin	“Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, a través de la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y la Diabetes para mejorar la salud de la población.”	1. Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad.	Estratégico
Propósito 1	Contribuir a consolidar las acciones de protección, promoción de salud y prevención de enfermedades mediante la detección, el tratamiento y el control de la obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias en la población de 20 años y más. Mejorar los hábitos alimentarios y de actividad física a fin de lograr estilos de vida más saludables en la población de 19 años y menos de edad.	Control de obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias en la población de 20 años y más responsable de la secretaría de Salud.	Estratégico
Propósito 2	Mejorar los hábitos alimentarios y de actividad física a fin de lograr estilos de vida más saludables en la población de 19 años y menos de edad.	Población de 19 años y menos que tiene correctos hábitos de alimentación y actividad física.	Estratégico
Propósito 3	Mejorar los hábitos alimentarios y de actividad física a fin de lograr estilos de vida más saludables en la población de 20 años y más.	Población de 20 años y más que tiene correctos hábitos de alimentación y actividad física.	Estratégico
Componente 1 (bienes o servicios que ofrece)	La Secretaría de Salud, fortalece el tratamiento y la prevención del sobrepeso, a la obesidad y la diabetes en la población de 20 años y más.	Tratamiento de obesidad, diabetes, hipertensión arterial, en la población de 20 años y más responsable de la Secretaría de Salud.	Estratégico
Componente 2	Ofertar diagnóstico oportuno de enfermedades como obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias a la población de 20 años y más de edad en las entidades federativas.	Casos nuevos de enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes e hipertensión arterial.	Estratégico
Componente 3	Población con obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias, detectada de manera oportuna.	Detección de obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias en la población de 20 años y más, responsable de la secretaría de salud.	Estratégico

(continúa)



Nivel	Objetivos	Indicadores	Tipo de Indicador
Actividad 1	Reforzar las actividades de prevención, tratamiento y control de las enfermedades no transmisibles a nivel estatal y jurisdiccional, con la contratación de profesionales de la salud.	Contratación de profesionales de la salud para realizar las actividades del personal operativo de la ENPCOSD en el primer nivel de atención.	Gestión
Actividad 2	Actualizar al profesional de la salud de las entidades federativas a través de capacitación continua sobre las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y sus complicaciones para un diagnóstico, tratamiento y control oportuno.	Capacitación al personal de salud de primer nivel de atención en ECNT y enfermedades del adulto mayor.	Gestión
Actividad 3	Impartir cursos de capacitación dirigidos a los profesionales de salud y a autoridades locales sobre las recomendaciones y beneficios de una alimentación correcta, la ingesta de agua simple potable, lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y práctica de actividad física.	Capacitación para fortalecer las competencias del personal de salud sobre alimentación correcta, consumo de agua simple, actividad física y lactancia materna.	Gestión
Actividad 4	Establecer un sistema de monitoreo de las actividades derivadas del programa a nivel estatal y jurisdiccional.	Supervisiones de las actividades derivadas del programa de salud en el adulto y en el anciano y el programa de alimentación y actividad física.	Gestión
Actividad 5	Informar a la población a través de eventos educativos y espacios de consejería comunitaria sobre los beneficios de la lactancia materna y alimentación complementaria correcta.	Eventos educativos sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria.	Gestión
Actividad 6	Realizar estrategias educativas dirigidas a toda la población para la difusión y promoción de una alimentación correcta, el consumo de agua simple potable y la prevención de enfermedades asociadas.	Eventos educativos para la promoción de alimentación correcta y el consumo de agua potable en diferentes entornos.	Gestión
Actividad 7	Realizar estrategias educativas dirigidas a toda la población para la difusión y promoción de una alimentación tradicional.	Eventos educativos realizados para la difusión de la cultura alimentaria tradicional.	Gestión
Actividad 8	Contar con estrategias educativas dirigidas a toda la población para la difusión y promoción de la actividad física.	Eventos realizados para la promoción de la actividad física en diferentes entornos.	Gestión

Fuente: Elaboración propia con base en la Evaluación de Diseño del programa

ANEXO D

Tabla 2.10: Ejemplo de proyectos apoyados por la Secretaría de Salud a Municipios por el Programa Comunidades y Entornos Saludables, 2014, 2015 y 2016.

REUNION ANUAL XXI 2014						
Número	Estado	Municipio	Nombre del Programa	Apoyo	Presentó Proceso de Trabajo	Presentó Resultado de Impacto
1	Hidalgo	Zimapan	Contra las adicciones, todos los jóvenes zimapenses en un mismo sentido	\$1,000,000.00	Si	Si
2	Nuevo León	Gral. Bravo	Por un Bravo con corazón sano	\$1,000,000.00	Si	No
3	Sonora	Carbó	Una mente sana, para un cuerpo sano	\$1,000,000.00	Si	No
4	Michoacán de Ocampo	Nuevo Parangaricutiro	Todos contra la obesidad para un mejor futuro sin enfermedades crónicas degenerativas	\$421,917.00	Si	Si
5	Jalisco	Tala	Aumento en la actividad física para disminuir la obesidad en pacientes con síndrome metabólico	\$680,000.00	Si	Si
6	México	Nopaltepec	Prevención de la diabetes en jóvenes de Nopaltepec	\$ 170,000.00	Si	No
7	Oaxaca	Ciénega de Zimatlán	La mujer es el ombligo del mundo, con ella empieza la vida y el cáncer no la va a detener	\$1,000,000.00	Si	Si
8	Durango	Lerdo	Promoción de estilos de vida saludables; por la erradicación de las adicciones en las y los jóvenes de Lerdo	\$1,000,000.00	Si	No
9	Jalisco	Ameca	Promoviendo la salud en el trabajo sexual en la cabecera municipal de Ameca, Jalisco	\$ 169,510.00	Si	Si



REUNION ANUAL XXII 2015							
Número	Estado	Municipio	Nombre del Programa	Apoyo	Presentó Proceso de Trabajo	Presentó Resultado de Impacto	
1	Jalisco	San Martín Hidalgo	Influencia y auge de la activación física para la salud	\$1,000,000.00	Si	No	
2	Nuevo León	Linares	PATERNIDAD RESPONSABLE "PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES"	\$1,000,000.00	Si	No	
3	Jalisco	Autlán de Navarro	Autlán en movimiento, todos contra el dengue	\$1,000,000.00	Si	No	
4	Estado de México	Huehuetoca	Todos Contra la Obesidad Infantil en el Municipio de Huehuetoca 2014	\$1,000,000.00	Si	Si	
5	Aguascalientes	Rincón de Romos	"RODANDO POR UN MUNICIPIO SALUDABLE"	\$1,000,000.00	Si	Si	
6	Hidalgo	Nicolás Flores	Por un futuro mejor, la comunidad escolar de Nicolás Flores adopta estilos de vida saludables	\$680,000.00	Si	No	
7	Tlaxcala	Hueyotlipán	Hueyotlipán previniendo enfermedades crónicas degenerativas con estilos de vida y alimentación saludable	\$ 400,000.00	Si	Si	
8	Puebla	Tlaltenango	ESTADO NUTRICIONAL PILAR ESENCIAL DEL DESARROLLO INFANTIL	\$1,000,000.00	Si	Si	
9	Jalisco	Poncitlán	En Poncitlán todos unidos prevenimos accidentes	\$1,007,629.78	Si	Si	



10	Durango	Lerdo	PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y MANEJO INTEGRAL DEL BINOMIO MADRE-HIJO ANTE UNA GESTACIÓN INESPERADA	\$1,000,000.00	Si	Si
11	Nuevo León	Hualahuises	PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES	\$ 600,000.00	Si	No
12	Puebla	Caltepec	SALUD REPRODUCTIVA UN DERECHO A CONQUISTAR POR LOS ADOLESCENTES	\$1,000,000.00	Si	No
13	Tlaxcala	Santa Cruz Tlaxcala	Los adolescentes de santa cruz Tlaxcala promotores de una sexualidad sana, responsable y feliz.	\$ 600,000.00	Si	Si
14	Durango	Tepehuanes	CON VALORES RESTAMOS LA VIOLENCIA	\$1,000,000.00	Si	No
15	Morelos	Jiutepec	Fomentando consciencia prevengo la violencia	\$1,000,000.00	Si	Si
16	Puebla	Chapulco	PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LOS JÓVENES	\$1,000,000.00	Si	Si
17	Tlaxcala	Lázaro Cárdenas	Lázaro Cárdenas: Por una cultura libre de violencia	\$ 250,000.00	Si	Si



REUNION ANUAL XXIII 2016						
Numero	Estado	Municipio	Nombre del Programa	Apoyo	Presentó Proceso de Trabajo	Presentó Resultado de Impacto
1	Hidalgo	Tizayuca	"TIZAYUCA ACTÍVATE, CONTRA EL SOBREPESO"	\$1,003,513.00	Sí	Sí
2	Tlaxcala	Teolochoholco	SOLDADOS POR LA SALUD ALIMENTARIA; PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL	\$1,000,000.00	Sí	Sí
3	Puebla	Tlaltenango	LACTANCIA MATERNA: UN COMPROMISO SOCIAL, PILAR FUNDAMENTAL DEL DESARROLLO INFANTIL	\$1,000,000.00	Sí	Sí
4	Puebla	San Miguel Xoxtla	VIVE TRANQUILO, VIVE FELIZ VIVE SIN VIOLENCIA	\$1,000,000.00	Sí	No
5	Puebla	Tianguismanalco	UNIDOS POR NIÑOS SALUDABLES	\$1,000,000.00	Sí	No



ANEXO E
ARTÍCULO 115 CONSTITUCIONAL: REFORMAS 1983 Y 1999.

Tabla 3.1
Artículo 115 Constitucional. Reformas 1983 y 1999

Artículo 115 Fracción	Tema	Reforma 1983	Reforma 1999	Reflexión
Fracción II Segundo Párrafo	Autonomía jurídica y leyes estatales sobre asuntos municipales	"Los ayuntamientos poseerán facultades para expedir, de acuerdo con las Bases normativas que deberán establecer las Legislaturas de los Estados...los reglamentos... disposiciones administrativas..."		Las Legislaturas Estatales desarrollan las "leyes generales" en materia municipal con el fin de tener un marco normativo homogéneo entre los municipios que conforman un estado; lo que significa que el estado da un criterio que delimita los ordenamientos que competen a los ayuntamientos, en materia de su propia organización y administración.
Fracción III	Servicios públicos municipales	"Los municipios, con el concurso de los Estados cuando así fuere necesario y lo determinen las leyes, tendrán a su cargo los siguientes servicios públicos: a) Agua potable y alcantarillado b) Alumbrado público c) Limpia d) Mercados y Centrales de abasto e) Panteones f) Rastros g) Calles, parques y jardines h) Seguridad pública y tránsito i) ...	"Los Municipios tendrán a su cargo las funciones y servicios públicos siguientes: a) Agua potable, drenaje, alcantarillado, tratamiento y disposición de aguas residuales b) Alumbrado público c) Limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos d) Mercados y Centrales de abasto e) Panteones f) Rastros g) Calles, parques y jardines y su equipamiento h) Seguridad pública, policía preventiva municipal y tránsito i) ...	Prácticamente se agregaron algunos aspectos derivados del mismo servicio público, lo que si es incluido como algo nuevo es la policía preventiva. Es importante resaltar en este apartado que estos servicios públicos pueden estar relacionados directamente con el estado de salud de las personas, con la promoción y cuidado de la salud, ya que se refieren a tener salubridad, un ambiente limpio, sin basura, con agua potable, lugares para esparcimiento (parques y jardines), mercados limpios así como el manejo adecuado de las personas fallecidas.

(continúa)

Artículo 115 Fracción	Tema	Reforma 1983	Reforma 1999	Reflexión
Fracción II Último párrafo	Ampliación de la asociación entre municipios del mismo estado	Ya se había reconocido la necesidad de coordinación y asociación entre los municipios de un estado, con previo acuerdo de los ayuntamientos respectivos, para mejorar la eficacia en la prestación de los servicios públicos.	Se adicionó el último párrafo de la fracción II: "Las legislaturas estatales emitirán las normas que establezcan los procedimientos mediante los cuales se resolverán los conflictos que se presenten entre los municipios y el gobierno del Estado, o entre aquellos, con motivo de los actos derivados de los incisos c) (normas para celebrar convenios...) y d) (procedimiento para que el estado asuma una función o servicio municipal cuando el municipio este imposibilitado para ejercerlo...)"	Se ha ampliado la posibilidad de asociación, ya que ahora pueden asociarse no solo los municipios de un estado entre sí, sino también con los municipios de otros estados, siempre y cuando cuenten con la aprobación de las Legislaturas Estatales involucradas. Este punto puede ser un excelente mecanismo de cooperación entre municipios, ya que pueden intercambiar experiencias, buenas prácticas, servicios, entre muchos otros recursos. Pero sería importante trabajar una cultura de comunidad.
Fracción V Inciso a Inciso c	Desarrollo urbano, ecología y planeación regional	"Los municipios, en los términos de las leyes federales y estatales, estarán facultados para formular, aprobar y administrar zonificación y planes de desarrollo urbano municipal;..."	Se dio más claridad dividiéndolo por incisos y reforzando al municipio en las materias que regula. "Los municipios, en los términos de las leyes federales y estatales, estarán facultados para: a) Formular, aprobar y administrar la zonificación y planes de desarrollo urbano municipal;	En este apartado se busca aumentar la participación de los municipios en la elaboración de planes de desarrollo regional, e incluso nacional. Esto es positivo para la presente investigación, porque la promoción de la salud y la prevención de enfermedades está incluida en el desarrollo de los planes nacionales.



(continúa)

Artículo 115 Fracción	Tema	Reforma 1983	Reforma 1999	Reflexión
			b) Participar en la formulación de planes de desarrollo regional, los cuales deberán concordar con los planes generales de la materia. Cuando la Federación o los Estados elaboren proyectos de desarrollo regional deberán asegurar la participación de los municipios	

Fuente: Elaboración propia, basado en Art. 115 CPEUM Reforma 1983 y 1999; en Valencia Carmona S. (2001).



ANEXO F
PLATAFORMA INEGI
Instructivo de búsqueda para ubicar distintos actores para el sistema de gobernanza

Una estrategia para identificar estas empresas a nivel municipal es a través de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).⁸⁰

El instructivo para llegar a la información requerida por Entidad Federativa, municipio, actividad económica, tamaño del establecimiento, etc. se menciona a continuación:

1. Entrar a la página web del INEGI, cuya dirección electrónica es: <https://www.inegi.org.mx/>
2. Se abre la página de inicio, de la lista presentada en el centro de la página, irse a **“Empresas y establecimientos”**, acceder allí.
3. Se abre Empresas y Establecimientos, entonces irse a la primera opción que es **“Directorio de Empresas y Establecimientos”**.
4. Se abre, en la barra de opciones que está al centro, se va a **“Herramientas”**, se accede.
5. En las Herramientas de Directorio de empresas y establecimientos, se elige la opción: **“DENUE Interactivo”**, se accede.
6. Sale un recuadro que es la presentación del Directorio, se cierra picando la **X**.
7. Sale en la pantalla el mapa de México, se va a la opción **“Área geográfica”**, se accede, y sale la lista de las Entidades Federativas, se elige la que estamos buscando, pero se accede al símbolo de + para que se abra la opción de los municipios de la Entidad, y entonces se elige exactamente el municipio que se está buscando, con el fin de acotar la búsqueda. Por ejemplo, en Guerrero, señalamos, Acapulco de Juárez.
8. Ya que se seleccionó el municipio que se está buscando, se va a la opción **“Actividad económica”**, se accede, y sale una lista de opciones, allí se busca la opción deseada, por ejemplo, **“Comercio al por menor”**, si se accede

⁸⁰ <https://www.inegi.org.mx>



al símbolo de +, se abren las opciones que conforman esa opción, pudiendo especificar la opción deseada. Por ejemplo, “**Comercio al por menor de abarrotes, alimentos y bebidas**”, se señala, eligiendo las opciones deseadas.

9. Una vez seleccionado la búsqueda, se va al recuadro de “**Consultar**”, se accede.
10. Entonces sale un recuadro con los **resultados encontrados** de la búsqueda, ejemplo, en el caso de Acapulco de Juárez, salieron 7956 comercios al por menor de abarrotes de alimentos y bebidas.
11. Se pueden ver los resultados en el recuadro, pero lo más conveniente es descargarlos, con el símbolo de descarga que está al lado del total de establecimientos. Se descarga en forma de un archivo zip, que al abrirlo, se presenta un archivo csv con la información.
12. En este archivo cvs, se puede filtrar la información, y ordenar por el número de empleados, razón social, etc. por lo que se puede clasificar la información en base a lo que se busca. Este tipo de archivo, también se puede exportar a un archivo de Excel.

Con esta excelente herramienta de búsqueda, se puede hacer un mapeo de actores, espacios, tejido administrativo público del municipio. La información será de gran utilidad para ubicar a los distintos actores que se van a convocar para conformar el sistema de gobernanza. Ejemplo: empresas privadas o comercios, servicios de salud, escuelas, organizaciones de la sociedad civil, asociaciones, entre otros.



ANEXO G

Diagnóstico Participativo (DPS) de la situación de Salud

Es el proceso que permite identificar y explicar que elementos de una realidad social generan problemas e inequidades en salud a una población determinada de un territorio/municipio.

Es un proceso de participación de la comunidad en conjunto con los actores o instituciones del territorio para obtener información útil para visualizar las áreas de mayor interés de la población y observar las responsabilidades en la situación diagnóstica.

El DPS tiene como objetivo obtener información y generar un plan de trabajo acerca de los problemas, necesidades, recursos y oportunidades de desarrollo en las comunidades.

Objetivos:

- Indagar en conjunto con la comunidad los problemas de salud del territorio, analizar las causas que los provocan, y proponer alternativas de solución, a través de la organización y planeación conjunta con la participación de la comunidad.
- Elaborar un plan de trabajo dirigido a la solución de los problemas comunitarios identificados.
- Definir un punto de partida, diseñar un plan y hacer un seguimiento, así como recolectar datos que permitan hacerle seguimiento, control y evaluación.

El Diagnóstico participativo es el inicio del proyecto o acción para mejorar las condiciones de una determinada realidad social, y para mejorar la calidad de vida de los habitantes de un territorio.

Metodología Diagnóstico Participativo en Salud

1. Conformación del equipo promotor
2. Convocatoria y coordinación de actores comunales, institucionales y comunitarios
3. Recopilación de antecedentes



4. Reunión inicial, se busca informar a los asistentes acerca de la importancia del diagnóstico participativo, metodología a seguir, cronograma de trabajo, determinar límites reales o imaginarios de la comunidad donde se realizará el diagnóstico y realizar un mapa o fotografía de la comunidad.

5. Fotografía o mapa de la comunidad para comenzar el Diagnóstico

Este mapa nos permitirá ir observando donde están los problemas de salud más graves, y donde se están produciendo las inequidades en salud, y cuales son las variables que se asocian con ellas.

Investigación formativa:

Variables y Datos de la Comunidad/Territorio/Municipio de la Situación de Salud de ese territorio

- **Variables o datos de la situación de salud, cuantitativa.**
 - Variables sociales como:
 - Nivel educacional, ocupaciones, hacinamiento, calidad de las viviendas, número de habitantes, escuelas, centros de salud, calles, caminos, manzanas, número de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, oficio o profesión de los habitantes, actividades económicas, productivas, recursos físicos y naturales entre otras.
 - Datos concretos de distintas fuentes:
 - Bases de datos en general, de centros de salud, INEGI, Municipio, estudios previos del tema realizados en la comunidad, escuelas, programas vigentes y sus resultados.
 - Datos proporcionados por organizaciones sociales, de instituciones públicas y privadas, documentos técnicos municipales de apoyo, entre otros.

El mapa solo será una guía para el Dx participativo.

Análisis de la información e identificación de principales problemas de salud y potencialidades de la comunidad y el territorio para darle solución



Una vez que se ha recogido información sobre la comunidad es necesario analizar, conversar y reflexionar sobre ella con la comunidad con el fin de identificar las situaciones problemáticas en temas de salud y calidad de vida.

Dialogando con las siguientes preguntas:

- ¿Qué problemas y necesidades de salud se pueden identificar?
- ¿Cómo y cuánto afectan a la población?
- ¿A quienes afecta mayoritariamente?
- ¿Desde cuándo ocurre?
- ¿Cuál o cuáles son las causas de ese problema o situación?
- ¿Por qué solo afecta a algunos?
- ¿Qué caracteriza a ese grupo que tiene ese problema o situación?
- Lo que sucede se debe principalmente a...?
- ¿Cómo lo han abordado antes?

Se sistematiza y ordena la información, ya que será el fundamento del Diagnóstico participativo, y después del plan de acción.

Identificación de problemas y potencialidades de la comunidad (de manera consensuada)

Con todos los actores relevantes y los representantes se selecciona algunos de los problemas que se consideran insatisfactorios y a la vez susceptibles de ser mejoradas.

Organizado por grupos, con las siguientes preguntas como base:

- ¿A cuánta gente afecta cada una de las situaciones?
- ¿Cuál es la magnitud de los problemas?
- ¿Qué programas existen para solucionarlos?
- ¿Qué fortalezas tiene la comunidad para resolverlos?

Esta reflexión permitirá generar soluciones y acciones colectivas a los principales problemas de salud.



Jerarquización de los problemas, es necesario jerarquizarlos, ya que muchas veces los recursos disponibles no alcanzan para dar solución a todos los problemas de interés de la comunidad. Se ponderan y analizan para establecer la viabilidad en el plan de acción.

Metodología de jerarquización:

Primero, definir criterios de jerarquización (no más de 4 problemas), ejemplo de criterios: importancia para la comunidad, importancia para las autoridades locales, disponibilidad de recursos, impacto o cantidad de población que afecta y la que se beneficia con su solución, recursos humanos de apoyo, etc.

Plan de Trabajo, plan de acción comunitario.

Asignando claramente las responsabilidades y mecanismos de evaluación para verificar los avances.

El plan de acción debe contener objetivos, metas, actividades, responsables, plazos y recursos.

- Puesta en marcha del Plan.
- Evaluación y retroalimentación

Técnicas e instrumentos para realizar un Diagnóstico participativo en salud

- Observación, listado de factores que se desean considerar. Estructura física del territorio, ubicación y distribución de elementos, etc.
- Entrevistas
- Diálogos ciudadanos, espacios de encuentro entre autoridades y representantes de la sociedad civil con el objeto de intercambiar visiones. Reunión con temas a discutir.
- Técnica del Collage.
- Grupos focales
- Encuestas
- Mapas de actores/Análisis de actores
- Mapa o croquis del lugar



ANEXO H GOBERNANZA

Tabla 4.1
Definición, enfoque y elementos de gobernanza por distintos autores

Autor	Origen Año	Categoría	Definición/ Concepto	Enfoque/Características	Elementos/ Tipos
Mayntz Renate	Alemania 1987, 1997, 2001.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Gobernanza</i> 	<p>Nuevo estilo de gobierno, diferente del modelo de control jerárquico, caracterizado por mayor grado de cooperación e interacción entre el Estado y actores no estatales, al interior de redes decisionales mixtas entre lo público y lo privado.</p> <p>Intento de “soluciones colectivas a problemas fuera del modelo jerárquico de decisiones”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diversos tipos de sistemas de negociación entre actores. ▪ Modelo de cooperación horizontal, coordinación, e interacción entre Estado y ciudadanos. ▪ Interacción de redes (públicas-privadas) ▪ Sistemas sociales de autorregulación. ▪ Autogobierno local. ▪ Expansión de comunicaciones ▪ Intercambio de información. ▪ Para desarrollar GM se requiere: poder disperso en la sociedad no de manera fragmentada e ineficiente, autoridades políticas legítimas democráticamente, sociedad civil fuerte, diferenciada y bien organizada. 	<p>Gobernanza y sus ampliaciones:</p> <p>1ª Extensión: Perspectiva “<i>bottom up</i>”, estructura sectorial y comportamiento de destinatarios.</p> <p>2ª Extensión: Incluye la formulación e implementación de las políticas en el interior de las redes públicas/privadas y en los sistemas sociales de autorregulación.</p> <p>3ª Extensión: Incluye efecto de política pública europea en estructuras sectoriales internas y en ámbito nacional.</p> <p>4ª Extensión: Incluye nivel europeo de formación de política pública.</p> <p>5ª Extensión: Incluye los procesos políticos de “input” sobre los niveles europeos y nacionales.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Gobernanza social</i> 	<p>Formas primarias de construcción del orden social a través de nuevas y diferentes directrices guiadas por los principios del mercado y una autoorganización horizontal.</p> <p>Elaboración (por parte del gobierno) e implementación (a cargo de las agencias públicas) de políticas públicas (PP).</p>			

(continúa)



Autor	Origen Año	Categoría	Definición/ Concepto	Enfoque/Características	Elementos/ Tipos
(Rhodes, R.A.W.	Inglaterra 1997,2007.	<p><i>Gobernanza política</i> <i>Gobernanza Moderna (GM)</i></p> <p><i>Gobernanza como redes autoorganizadas</i></p>	<p>Cooperación directa entre actores público y privados. Cooperación entre Estado y sociedad civil para la formulación de PP.</p> <p>La gobernanza se refiere a la gestión de redes autoorganizadas entre diferentes actores públicos y privados para la prestación de servicios y la toma de decisiones estratégicas.</p> <p>Definición amplia de gobernanza: Forma de gobierno actual caracterizada por una red de instituciones e individuos que colaboran juntos y unidos por un pacto de mutua confianza, son organizaciones de poder que forman redes semiautónomas y a veces autogobernadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distintos actores interdependientes entre si. ▪ Gestión de Redes compuestas por organizaciones que necesitan intercambiar recursos entre si. ▪ Interacciones continuas entre los miembros de la red. ▪ Interacciones tipo juego, arraigadas en la confianza y reguladas por normas del juego negociadas y acordadas por los participantes de la red. ▪ Tienen un grado significativo de autonomía del Estado. ▪ Participación de los sectores privados y voluntarios en la prestación de servicios y a la adopción 	<p>Red de PP: Gestión eficaz:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Red intergubernamental: gobierno central y locales: Estrategias para gestionar la relación: incorporación, consulta, negociación, incentivos, persuasión y profesionalización. ▪ Redes Interorganizacionales: la planificación, la regulación y la competencia se deben de complementar con la facilitación, el acuerdo y la negociación.

(continúa)



Autor	Origen Año	Categoría	Definición/ Concepto	Enfoque/Características	Elementos/ Tipos
Peters, Guy	Estados Unidos Americanos 2005	<i>Gobernanza a través de redes</i>	Se le llama a la gobernanza a la totalidad de las interacciones a través de redes entre organismos públicos, sector privado y sociedad civil, destinadas a resolver los problemas sociales o a la creación de oportunidades para la sociedad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfoque de redes para PP. ▪ Combinación de recursos entre el sector privado y el social a través de redes. ▪ Busca mejorar la capacidad del gobierno creando coaliciones estratégicas interorganizacionales con actores del entorno exterior. ▪ Empresas conjuntas y redes asociativas público-privadas. ▪ Aumento en el control del rendimiento. <p>Para su dirección, el concepto clave, es la fijación de prioridades y definición de objetivos.</p>	
Klijn, E.H.	Alemania, 1997	<i>Gobernanza a través de redes horizontales.</i>	Gobernanza: elaboración de PP a través de redes horizontales interorganizacionales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teoría interorganizacional, organización racional. ▪ Conceptualización del entorno como un conjunto de organizaciones que tienen relación con la organización central, y a su vez interdependencia entre sí. ▪ Naturaleza altamente interactiva de los procesos políticos, los contextos institucionales. 	

(continúa)



Autor	Origen Año	Categoría	Definición/ Concepto	Enfoque/Características	Elementos/ Tipos
Prats, Joan	Catalunya 1998, 2005.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Gobernanza democrática</i> ▪ <i>Gobernanza relacional</i> 	<p>“Gobernanza: nueva forma de gobernar, superadora del tradicional esquema jerárquico, que implica por igual la participación de las instituciones públicas, privadas y del tercer sector en la resolución de problemas que afectan el interés general”. desde mediados de los noventa, surge un consenso creciente en torno a que la eficacia y la legitimidad del actuar público se fundamenta en la calidad de la interacción entre los distintos niveles de gobierno y entre éstos y las organizaciones empresariales y de la sociedad civil. Los nuevos modos de gobernar en que éstos se plasma tienden a ser reconocidos como gobernanza, sociedad y representatividad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las organizaciones gubernamentales ya no son el actor central. ▪ Enfoque de Red horizontal de PP. ▪ Empoderamiento de las organizaciones del sector privado y de las sociedad civil, con el declive de las en las potencialidades del Estado. ▪ Estado: gestor de las interdependencias ▪ Estructuras más horizontales y verticales ▪ Diferentes niveles de gobierno ▪ No es anulación del gobierno, sino su modulación y reequilibrio. ▪ Sistema de gobierno multivel, en el que la autoridad pública se dispersa en: distintos actores políticos, privados, sociales y gubernamentales. ▪ Papel del gobierno es el de emprendedor, facilitador, mediador, dirimidor de conflictos, negociador y formulador de reglas. ▪ Creación de estructuras y procesos sociopolíticos interactivos, con responsabilidades comunes. 	<p>Requisitos básicos para una Buena Gobernanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existencia de un buen capital social ▪ Implicación activa y corresponsable de los actores privados-empresariales. ▪ Liderazgo de la alta función pública y de las políticas al frente de las instituciones públicas de un territorio. ▪ Cooperación, interacción y colaboración entre lo público y lo privado.

(continúa)



Autor	Origen Año	Categoría	Definición/ Concepto	Enfoque/Características	Elementos/ Tipos
Kooiman, Jan.	Inglaterra 1993, 2003, 2005, 2008, 2013.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Gobernanza sociopolítica</i> ▪ <i>Gobernanza interactiva</i> 	<p>gobierno relacional o en redes de interacción público-privado-civil a lo largo del eje local/global” (2004). La naturaleza interactiva, relacional, del nuevo modo de gobernar es conceptualizada como “gestión de redes”, con la observación que el gobierno no es un actor más en la red, ya que es el único participante que posee la autoridad democrática de su Gobierno y sociedad tienen la tarea y responsabilidad de resolver problemas sociales. Los actores políticos y económicos interactúan entre sí y se complementan. ...”ningún actor, público o privado, tiene la información y el conocimiento requerido para resolver problemas complejos, dinámicos y diversificados y menos el poder suficiente para dominar unilateralmente”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gobernanza como interacciones amplias y sistémicas entre actores gubernamentales y no gubernamentales (público-privadas). ▪ Reconocimiento de las interdependencias. ▪ Proceso continuo de diferenciación e integración de conocimiento, acciones, organizaciones, etc. ▪ Las interacciones desarrollan procesos y estructuras (instituciones, reglas, normas etc.) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autogobierno: sistemas autoorganizados, lo que impide ser gobernados desde afuera. 2. Co-gobierno: se centra en formas horizontales de gobierno, basadas en la coordinación, cooperación, colaboración y comunicación entre los diferentes actores, sin un actor de gobierno central o dominante. 3. Modos jerárquicos de gobernanza: interacción de gobierno formal. Los derechos y obligaciones se organizan de acuerdo a responsabilidades subordinadas.

(continúa)



Autor	Origen Año	Categoría	Definición/ Concepto	Enfoque/ Características	Elementos/ Tipos
Prats, Oriol.	Catalunya, 2000, 2003.	<i>Gobernanza relacional</i>	<p>“La gobernanza hace referencia a un mayor número de actores y de fórmulas de coordinación y colaboración en un contexto de incertidumbre, diversidad de intereses e información privada de difícil verificación. Es un nuevo modo de gobernar la complejidad creciente de las PP.”</p> <p>Utiliza cada vez más fórmulas de cooperación transversal, colaboración entre sectores público y privado.</p> <p>“La característica fundamental de la gobernanza relacional es la importancia que tiene la organización de la informalidad con respecto a mecanismos tradicionales basados en la formalidad.</p>	<p>El sistema relacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Complementa el sistema burocrático formal porque contribuye a establecer los vínculos que permiten superar los problemas de información. Fomentan la cooperación en una misión compartida. ▪ Acuerdos implícitos, no codificados al detalle. ▪ Planes directores ▪ Elaboración de decretos ▪ Agentes operan con distintos grados de libertad y mantienen relaciones reguladas. ▪ Sanciones colectivas cobran importancia. ▪ Se orienta por tecnologías organizativas que facilita la relación entre actores. 	<p>4. Modo de gobernanza mixto: Responsabilidades compartidas y “coacuerdos”.</p> <p>Órdenes de Gobernanza:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primer nivel: Solución a problemas y la creación de oportunidades. Procesal. 2. Segundo nivel: Estructural, la creación de instituciones <p>Metagobernanza: Perspectiva normativa. El gobierno del gobierno.</p> <p>Sistema relacional:</p> <p>Co-gobierno: integración de los diferentes niveles de gobierno (local, estatal, federal).</p> <p>Creciente número de actores relacionados con un fin común.</p> <p>Convenios de colaboración</p> <p>Bienes públicos organizativos.</p> <p>Mecanismos de participación ciudadana.</p> <p>Redes de políticas públicas.</p>

(continúa)



Autor	Origen Año	Categoría	Definición/ Concepto	Enfoque/Características	Elementos/ Tipos
Plumtre, Tim	Canadá, Fundador del Institute on Governance, 1990.		Dice: "no existe una definición precisa de gobernanza, pero la define como: la gobernanza es el proceso mediante el cual las organizaciones toman decisiones importantes y determinan a quienes implican y de qué manera rendirán cuentas de ellas". Gobernanza: la interdependencia y coordinación negociada entre organizaciones y sistemas.		
Jessop	1998			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existen tres modos de regulación en una sociedad: 1. Jerárquico, por la autoridad, 2. Económico, por el mercado y 3. Heterárquico, por redes autoorganizadas y asociaciones. 	
Torfing	2012	<p><i>Gobernanza</i></p> <p><i>Gobernanza Interactiva</i></p>	<p>Gobernanza: "como el proceso de conducción y regulación de la sociedad y la economía a través de la acción colectiva y en acuerdo con objetivos comunes".</p> <p>Gobernanza Interactiva: "un proceso complejo a través de la cual una pluralidad de actores con intereses divergentes, interactúan con el fin de formular, promover y alcanzar objetivos comunes por medio de la movilización, el intercambio y el desarrollo de ideas, reglas y recursos".</p>		

Fuente: Elaboración propia con base en artículos de Mayntz, Rhodes, Guy, Joan Prats, et al.



ANEXO I

METODOLOGÍA DE HUFTY PARA LA GOBERNANZA: MARCO ANALÍTICO

La primera etapa y categoría analítica de la gobernanza de Hufty (2008) consiste en entender y definir el problema o lo que está en juego. El problema puede ser absolutamente diferente para cada actor involucrado en el proceso de la gobernanza, ya que cada protagonista tiene su propia comprensión de lo que está en juego, así como sus propios valores. Por lo que la primera herramienta para este autor es “deconstruir” y “reconstruir” el problema.

Hufty (2008) afirma que en una sociedad, los acuerdos y decisiones entre actores, como consecuencia de los procesos de gobernanza, conducen a la formulación de normas, definidas en general como las expectativas colectivas a propósito de lo que es considerado un comportamiento apropiado. Las normas orientan el comportamiento de los actores y son modificadas por la acción colectiva. Pueden ser formales (legales) o informales (creadas por la práctica de los actores).

Las normas, como una construcción de reglas del juego o decisiones, constituyen una dimensión central de la gobernanza, las cuales pueden ser de tres tipos:

- *Meta-normas*: premisas o principios que orientan el contrato social en su sentido amplio: criterios y valores estructurales
- Normas constitutivas: definen los mecanismos organizativos e institucionales relacionados con el funcionamiento sectorial del objeto o escenario de análisis.
- Normas regulativas: definen reglas de conducta que precisan lo que es apropiado desde el punto de vista de la sociedad en término del comportamiento, aquello que cada uno debe o puede hacer, y precisan sanciones positivas (aprobación, recompensa) o negativas (desaprobación o castigo). Hufty M. (2008)

Explica que las normas sociales están ligadas a los actores, sus conductas e interacciones y condicionadas por su naturaleza,



su poder, sus intereses, sus ideas y su propia historia. A los actores los define como todos los individuos, grupos y organizaciones participantes en la gobernanza, y éstos pueden ser formales o informales (reconocidos o no por la ley o por las autoridades).

Para este autor es muy importante conocer y profundizar sobre cada uno de los actores involucrados en la gobernanza con el fin de identificar su poder y tipo de influencia en la toma de decisiones, para lo cual propone elaborar una tabla (tabla 4.2) para poder categorizar a los diferentes actores implicados en el sistema de gobernanza.

Tabla 4.2

Descripción de los actores para la gobernanza

Categoría	Actor 1	Actor 2	Actor 3
Categoría o nivel formal (organización del Estado, nacional, estatal, municipal, no gubernamental....)			
Status (formal-informal)			
Recursos Controlados (económicos, culturales, relacionales, simbólicos, etc.)			
Creencias o ideologías			
Modos de expresión o de acción			
Impacto			
Núcleo de responsabilidades o funciones formales y reales cubiertas			
Espacio de intervención			
Posicionamiento frente al problema estudiado			

Fuente: Hufty 2008, p: 13.

La metodología propuesta por Hufty, (2008) propone un análisis situacional del poder relativo de los actores, y los divide en cuatro variables: 1. los recursos controlados (económicos, sociales, culturales, simbólicos, etc.); 2. la voluntad y capacidad de movilizar sus recursos; 3. la movilización efectiva en el proceso de gobernanza analizado; y 4. la interacción estratégica de los demás actores.



Se debe clasificar a los actores involucrados en la gobernanza en tres categorías, con base en cuatro variables, en “actores estratégicos”, “actores relevantes”, y “secundarios”.

Para Hufty (2008),

Los actores relevantes son actores involucrados en la trama institucional y que poseen los recursos necesarios para considerarse como estratégicos, pero no movilizan sus recursos o se ven dominados en el proceso. Los actores secundarios no tienen el poder suficiente para determinar el cambio de las reglas del juego.

Hufty menciona que los puntos nodales son “las interfases sociales” que se definen en espacios físicos o virtuales en donde convergen los problemas, actores y procesos (tiempo y espacio), y en donde se toman decisiones, se concluyen acuerdos y se elaboran normas sociales. Los puntos nodales pueden ser formales o informales.

Después de ubicar a los actores, que puedan dialogar o interactuar en los puntos nodales o espacios, se ubican los procesos o sucesiones de los distintos estados por los cuales pasa un sistema; y se identifican las secuencias que permitan evaluar la dirección por la cual evoluciona el proceso para localizar los factores favorables al cambio.



**Gobernanza para la promoción de la salud:
Hacia una administración pública sostenible**

Se terminó de imprimir en Abril de 2020 por
Rodart Publicidad, S.A de C.V.

La edición consta de 500 ejemplares

Distribución a cargo del INAP y
de la Autora de la publicación.



En la actualidad México está viviendo una emergencia sanitaria por obesidad y diabetes, provocada por el elevado porcentaje de personas que las padecen, las cifras a nivel nacional siguen aumentando. Existe un elevado costo por esta causa a las finanzas públicas.

El Sistema Nacional de Salud en México está planeado para atender y curar enfermos y no para prevenir la enfermedad y promover la salud. Existen evidencias científicas que la prevención de enfermedades, el diagnóstico oportuno y la promoción de la salud es costo-efectivo.

Con el fin de entender lo que está sucediendo se llevó a cabo una investigación cuyo objeto de estudio fue analizar la funcionalidad de la estructura y organización de la Administración Pública en el sector salud, enfocado en los programas de promoción de la salud, prevención de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles desde lo federal a lo municipal/local en el período 2013-2018.

Con base en los hallazgos obtenidos de la investigación, y buscando solucionar la problemática encontrada, en el presente libro se presenta un nuevo Modelo bajo la modalidad de gobernanza, que plantea una estructura y una organización funcional integral de gestión pública, hacia el desarrollo sostenible.

El Modelo de gobernanza territorial es una nueva estructura y organización para la administración pública en el sector salud, que evitaría la duplicidad de funciones y la precisa asignación de los recursos a este fin, lo que lograría un ahorro sustancial en las finanzas públicas, enfocando los esfuerzos hacia la prevención de las enfermedades y no a la cura de las mismas. Una parte fundamental del modelo, es el desarrollo de sistemas de gobernanza local empleando herramientas eficaces para promoción de la salud, como la educación participativa y el trabajo comunitario.

En esta publicación se presentan una serie de metodologías, estrategias, e incluso instructivos, para conformar un sistema de gobernanza territorial para promocionar la salud de forma práctica y concreta. El modelo aquí planteado idealmente sugiere una sincronía desde lo local hasta lo federal y viceversa, y tiene como objetivo primordial el cuidado y mantenimiento de la salud de las familias mexicanas.

El libro está dirigido a servidores públicos, a tomadores de decisión, y a todas las personas responsables e interesadas en el cuidado de la salud de la población en las localidades, invitándolos a cambiar su visión hacia la prevención en la hechura de las políticas públicas.