

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Análisis del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud y su
Cuestionario, como herramienta para la práctica profesional de la Promoción
de la salud**

TRABAJO RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD.

PRESENTAN

EDITH QUIROZ FLORES

VERÓNICA YURIDIA ROSAS SANTILLÁN

Director del trabajo recepcional

Dr. Miguel Ángel Godínez Gutiérrez.

Ciudad de México, mayo 2017.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

DEDICATORIA:

Dedicamos este trabajo recepcional a la memoria de Felipa Godínez, Remedios Flores y Felipe Rosas, gracias por ser nuestro ejemplo de vida y lucha. Les agradecemos sus apoyo, consejos, comprensión y sobretodo el amor que nos brindaron. A pesar de que ya no están físicamente con nosotras, son parte fundamental en nuestras vidas y una parte de ustedes siempre vivirá en nuestros corazones.

Con cariño Edith y Vero.

Queremos agradecer a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, por el apoyo otorgado para la impresión y empastado de este trabajo recepcional.

“Nada Humano es Ajeno”

Agradecimientos Edith.

Gracias a mi madre Remedios Flores Rosales desde donde estés todo te lo debo a ti “Te amo mi niña latosa”.

A mi padre Vicente Quiróz Camacho gracias por tu apoyo.

A mis hermanos Eleazar Quiróz Flores, Elvia Quiróz Flores por estar conmigo en los momentos más difíciles y apoyarme en mis decisiones.

Gracias a ti Vero por estar conmigo como compañera de clases, como amiga, el poder cerrar este ciclo de mi vida te lo debo a ti, sin ti esto no se hubiera logrado gracias.

Gracias a mis amigos (a) y colegas a la vez a todos por su amistad, por su apoyo durante nuestra vida universitaria y fuera de ella los quiero (Vero, Elba, Naye, Xochitl, Yess, Julio, Miguel, Alex, Lore, Yeni, Tere, etc.).

Gracias a mis compañeros de trabajo por su apoyo.

Gracias a ti Antonio por estar conmigo en las buenas y en las malas por brindarme tu apoyo y comprensión y por estar conmigo Te amo.

Gracias a mis profesores de cada uno de los semestres no solo me brindaron sus conocimientos, si no experiencias como estudiante, como persona, como profesional.

Gracias a Dr. Miguel Ángel Godínez por ser el director de este proyecto por su paciencia, por sus consejos, el ser nuestro guía en este camino que apenas comienza.

Gracias a nuestros revisores Dra. Erika Olivia, Mtra. Ana Prado, Mtro. Oswalt Basurto y a Lic. Sara gracias por sus observaciones.

Agradecimientos Verónica.

“Haz de tú vida un sueño, y de tú sueños una realidad”

Antoine de Saint-Exupéry.

A mi madre María de la Paz.

El hablar de ti me llena de orgullo, no hay manera de devolverte todo lo que me has entregado, tus esfuerzos son impresionantes y tú amor para mi inmenso, gracias por tú guía, apoyo, comprensión y ejemplo. Una vida no me alcanzaría para devolverte todo lo que recibo de ti día a día.

A mi hermana Guadalupe.

Gracias por ser mi hermana, aunque somos tan diferentes e iguales a la vez, has estado toda la vida entregándome lo mejor de ti, no tengo manera de agradecer todo el cariño y el apoyo que me das, sin ti no habría podido llegara hasta donde estoy.

A mi abuela Felipa.

Mi querida Abuelita gracias por una vida juntas, siempre estás en mis pensamientos y en mi corazón.

A mi hermano Felipe.

Gracias por ser enseñarme a luchar día a día, por sentirte siempre orgullosos de mí y por todo el cariño que me entregaste.

Al Dr. Miguel Ángel.

Mejor director no pudimos haber escogido, gracias por todo el cariño, apoyo, comprensión, paciencia, consejos y guía.

A Dra. Olivia, Mtro. Oswalth, Mtra. Ana y Lic. Sara.

Gracias a cada uno de ustedes por su apoyo, comprensión, tiempo y enseñanzas.

A mis profesores.

Gracias por compartir sus conocimientos, por instruirme en mi formación académica, consejos y guía.

A Elba, Nallely y Xochitl.

Gracias por siempre estar en las buenas y en las malas, por compartir juntas tantas experiencias, por ser las mejores amigas y cómplices, por el apoyo, comprensión y cariño

A Yessenia, Lorena, Elián, Tere, Julio, Miguel, Edith.

Mi vida universitaria no hubiera sido la misma sin ustedes, gracias por todos los momentos que vivimos, les agradezco su amistad y cariño.

A Rodrigo.

Te agradezco el cariño, apoyo, comprensión, las enseñanzas, las risas, por estar en cada momento, en cada experiencia y por hacer el diseño de portada de este trabajo que es parte de tú magia.

A Ángeles, Marco, Ruth, Monse, Karla, Maciel, Silvana, Leticia, Mimi, Amy, Pao, Deby, Huitzi, Nery, Adrián, Luis, Tania, Carla.

Cada uno de ustedes tiene un lugar muy en mi corazón, son los mejores amigos que podría tener, gracias por su apoyo, cariño, paciencia y enseñanzas, con cada uno de ustedes tengo recuerdos imborrables, les agradezco estar conmigo en todo momento.

A mis alumnos (as) de la escuela Héroes de 1914.

Mis queridos niños gracias por crecer junto conmigo, por las enseñanzas y por siempre tener una sonrisa para mí, gracias por todo el cariño que recibo de ustedes día a día.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL.....	8
CAPÍTULO 1.	
MARCO TEÓRICO.	
1.1-Salud.....	12
1.2-Salud Pública.....	14
1.3-Epidemiología.....	18
1.4-Promoción de la Salud.....	22
1.4.1- Promoción de la Salud Emancipatoria.....	26
1.5 -Determinantes de Salud y Determinantes Sociales de Salud.....	28
CAPÍTULO 2.	
SECRETARIA DE SALUD.	
2-Origen.....	32
2.1-Fundamento Legal.....	35
2.2-Estructura Orgánica.....	38
2.3-Dirección General de Promoción de la Salud.....	40

2.3.1-Antecedentes.....	41
2.3.2-Marco Jurídico.....	44
2.3.3-Organigrama.....	51
2.3.4-Departamento de Evidencias en Salud.....	53

CAPÍTULO 3.

SISTEMA DE MONITOREO DE DETERMINANTES DE LA SALUD.

3.1-Evidencias en Salud.....	55
3.2-Antecedentes del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud.....	58
3.3-Salud Pública en las Américas.....	61
3.4-Programa Especifico “Promoción de la Salud una Nueva Cultura en Salud”	64
3.5-Caso Argentina y España.....	69

CAPÍTULO 4.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DEL SISTEMA DE MONITOREO DE DETERMINANTES DE LA SALUD.

4.1- Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud.....	76
4.2- Análisis de resultados del Cuestionario del Sistema de Monitoreo del Determinantes de la Salud Aplicado en las 8 Jurisdicciones Sanitarias Del Estado de Guanajuato.....	80
4.3-Clasificación de la Preguntas del Cuestionario del Sistema de Monitoreo De Determinantes de la Salud, desde 3 paradigmas de Promoción de la Salud.....	86

CONSIDERACIONES FINALES.

A-Propuesta de Reestructuración del Cuestionario del Sistema De Monitoreo de Determinantes de la Salud.....	98
B-Conclusiones.....	108

REFERENCIAS.....	111
-------------------------	------------

ANEXOS

Anexo 1- Cuestionario Completo del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud.....	119
Anexo 2- Resultados Completos del Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud aplicado en las 8 Jurisdicciones Sanitarias del estado de Guanajuato 2012.....	137
Anexo 3- Cuestionario Propuesto del Sistema de Monitoreo de Determinaste de la Salud.....	154

INTRODUCCIÓN

La Promoción de la Salud es un campo de conocimiento y acción multidisciplinario que abarca desde la prevención de enfermedades y mejorar estilos de vida, hasta visiones más nuevas y complejas, como intervenir en la construcción de proyectos de vida que desarrollen las capacidades humanas, no sólo desde un ámbito individual, sino también desde ámbitos colectivos.

La participación en conjunto de la población, los individuos y el Estado es fundamental para diseñar acciones conjuntas que generen cambios estrategias en Promoción de la Salud que ayuden a mantener la salud no sólo física, también social de la población.

Existen muchas visiones de la Promoción de la Salud, pero todas parten de un origen común: la forma en que se entiende el concepto de salud; ya que “la manera en que se entienda la salud, es la forma en cómo se entienden los problemas de salud, de cuáles son las causas”;¹ esto determina los campos de acción y el papel del promotor de la salud.

La salud y la promoción de la salud son dos conceptos ligados; no son conceptos nuevos, sino que se han ido transformando históricamente y han adquirido un carácter polisémico, coexisten en diferentes circunstancias.

La salud siempre ha estado ligada a la ausencia de enfermedad, y por lo tanto la promoción de la salud se liga a la prevención de enfermedades en un primer momento, pero con el paso del tiempo esto fue cambiando. La concepción se complejizó, incluyendo determinantes sociales, políticos y culturales que se entremezclan, dando paso a un concepto de salud más amplio, que involucra a los individuos y a las comunidades en sus entornos sociales y por lo tanto repercute en la forma de actuar de la Promoción de la Salud.

¹ Angulo, García y Gómez .Introducción a la Promoción de la Salud. México. UACM. 2012 Pág. 72

La Universidad Autónoma de la Ciudad de México es la única en el país que imparte la licenciatura en Promoción de la Salud, la cual se construyó “como una propuesta de formación profesional distinta a la Medicina, el campo de la Promoción de la Salud resultaba ser, un espacio mucho más fértil, por su estrecha vinculación tanto con los procesos organizativos de los grupos sociales, como el ejercicio de capacidades individuales y colectivas en la identificación y resolución de sus propios problemas dentro del ámbito de la salud”,² ante esta nueva propuesta de formación de profesionales que va más allá de un enfoque biomédico, se busca que los promotores de la salud, se apoyen de varias disciplinas que les permitan identificar, entender y atender las diferentes problemáticas a las que se enfrentan las comunidades.

Esta formación multidisciplinaria nos ha permitido conocer esa gama de visiones y de sus acciones, brindándonos herramientas para ser autocríticos, promover la participación de los diferentes actores, analizar el contexto individual o de los grupos, diseñando e implementando modelos de intervención que abarquen un concepto más amplio de qué es la salud.

En el ámbito gubernamental, la Dirección General de Promoción de la Salud es la encargada de “normar, planear, coordinar, supervisar, evaluar y asesorar las acciones para promover la salud de la población en las entidades federativas, por medio de la elaboración y difusión de normas, modelos operativos, documentos técnicos y materiales de apoyo, así como la capacitación del personal responsable a nivel estatal”.³ Esta institución es la que determina la forma en que se conceptualiza la Promoción de la Salud en las políticas públicas de país al igual que las acciones en esta materia en sus programas.

² Ibíd. Pág. 33.

³ <http://www.gob.mx/salud/documentos/acerca-de-la-direccion-general-de-promocion-de-la-salud-dgps>

Dentro de la Dirección General de Promoción de la Salud, se encuentra el Departamento de Evidencias en Salud, el cual se encarga de recolectar datos de los determinantes de la salud, generando evidencias en Salud.

La *evidencia en promoción de la salud* se define como “el componente que contribuye a que la información, datos y análisis de los determinantes de la salud apoyen la orientación sobre la efectividad de las intervenciones de Promoción de la Salud”⁴, para generar esta evidencia surge el Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, con el objetivo de medir anualmente el comportamiento de los determinantes de salud, siendo esta la base para impulsar programas que ayuden a la población a mejorar su estilo de vida.

Como herramienta metodológica surge el Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, aplicada a diferentes grupo etarios, del todo el país.

Al obtener estos resultados, se buscaba implementar acciones locales que ayudaran a mejorar la salud de la población.

En el presente trabajo recepcional, se presenta un análisis del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud y su cuestionario como herramienta metodológica para la recolección de evidencias.

La inquietud de analizar esta herramienta surge de la experiencia que tuvimos en nuestro servicio social realizado en el Departamento de Evidencia en Salud de la Dirección General de Promoción de la Salud, donde se trabaja, con los resultados del Cuestionario Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud 2012, aplicado en las 8 Jurisdicciones Sanitarias del estado de Guanajuato.

Es por ello que en este documento contextualizamos el lugar de trabajo, las actividades realizadas durante nuestro servicio social, el marco conceptual utilizado,

⁴ *Guía de evidencias en Promoción de la Salud*. Dirección General de Promoción de la Salud. México. Secretaría de Salud. 2006 Pág. 13.

la descripción del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, el Análisis del Cuestionario, nuestras propuestas y conclusiones.

Con esta propuesta buscamos generar evidencia en salud, desde la visión de nuestra formación profesional, buscando implementar acciones basadas en las necesidades, que identifiquen la población específica. Con esta nueva propuesta se pueden originar políticas públicas y programas de salud que den respuesta a las necesidades locales identificadas, al igual que la mejora en programas y políticas ya existentes.

Otra de nuestras inquietudes que surgió durante nuestro servicio social es la escasa participación de licenciados en Promoción de la Salud, en el programa “Una nueva cultura en salud”. Se destaca la importancia de este nuevo tipo de profesionales, ya que existe un puesto a nivel técnico, pero no responde a esta nueva formación que requieren ya que estos técnicos no responden a las nuevas necesidades en salud.

En este programa se reconoce a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como la única donde existe esta licenciatura en México.

“Reconocemos que la forma como ejercemos la Promoción de la Salud es ineficiente y exige un cambio urgente que se expresa en las necesidades de revisar qué se está haciendo en Promoción de la Salud, cómo lo estamos haciendo y sobre todo quien lo está haciendo.”⁵

Ante esta necesidad que reconoce la Secretaria de Salud es evidente que el perfil del egresado de la Universidad, desde nuestro punto de vista, es primordial para definir el puesto y ampliar este campo institucional de la promoción de la salud.

⁵ Secretaria de Salud. *Programa específico 2007-2012 “Promoción de la Salud una Nueva Cultura”*. México. 2012. Pág. 55.

JUSTIFICACIÓN

El artículo cuarto constitucional establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.⁶

Ante lo establecido en este artículo, los gobiernos trazan acciones dentro de su Plan Nacional de Desarrollo, plasmando las necesidades de la población, en este caso en particular; lo relacionado en materia de salud, buscando garantizar el derecho a la protección a la salud, por lo cual sus planes y políticas serán dirigidas en proteger y mejorar la salud de la población.

La Secretaría de Salud es la encargada de instituir las bases para trazar líneas de acción en esta materia, por lo cual necesita generar evidencia para conocer e identificar cuáles son las necesidades de la población. Para ello cuenta con la Dirección General de Promoción de la Salud, que en su Departamento de Evidencia en Salud, es el encargado de generarla, a través de su Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud.

Cada población es diferente, la sociedad como sus necesidades y problemáticas va cambiando a lo largo del tiempo ya que se ven influidas por aspectos políticos, sociales y culturales.

Dentro de la Carta de Ottawa, menciona que “una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social, y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento

⁶ http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/art_4to.html.

de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.”⁷

Por lo tanto, la evidencia que se busca crear no sólo debe limitarse a cuestiones de prevención de enfermedades, sino que también debe incluir problemas socioeconómicos, ambientales y culturales.

Por ello se necesita de un equipo multidisciplinario que ayude a generar evidencia en salud más compleja, para identificar problemas prioritarios en cada comunidad o grupo etario al que esté dirigida cada evidencia.

La Promoción de la Salud, es un campo de conocimiento que busca incorporar cuestiones biológicas, sociales, económicas y ambientales para mejorar la salud de las poblaciones. Por lo tanto sus profesionales incorporan todos los aspectos que conforman y complejizan la salud.

Ante un ambiente Institucional donde no se encuentra este tipo de profesionales, existe un campo fértil para el ejercicio profesional de los Promotores de la Salud, ya que se otorga una visión que renueva la ya existente, puesto que este nuevo profesional complejiza la salud ya que incorpora elementos tanto sociales como biológicos. Por lo tanto emerge la necesidad de analizar el Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud y de reestructurar su herramienta de recolección de evidencias, para incorporar nuevos elementos que ayuden a identificar problemas que afecten la salud física y social de la población, en este caso niños de 8 y 9 años. No sólo identificando factores de riesgo, que encaminen las acciones a la mejora de sus estilos de vida, sino acciones que identifiquen necesidades sociales y ambientales que influyan el sano desarrollo y crecimiento de este grupo etario.

⁷ http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE EVIDENCIAS EN SALUD

Las actividades que se realizaron en el servicio social fueron principalmente enfocadas al análisis de los resultados del Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud dirigido a niños y niñas de 8 y 9 años de edad del Estado de Guanajuato dividida en 8 Jurisdicciones Sanitarias; y a la elaboración de reportes.

Este cuestionario constó de 61 preguntas relacionadas con el estilo de vida de los niños y las niñas (hábitos alimentarios, actividad física) y los determinantes de la salud (tabaco, alcohol, determinantes socioeconómicos) para obtener información relevante y que sirva para crear estrategias y acciones para promover la salud y prevenir el sobrepeso y la obesidad en los niños y niñas.

Las actividades realizadas son:

- ❖ Leer la guía de la Dirección General de Promoción de la Salud y en específico el Departamento de Evidencias en Salud, con la finalidad de conocer sobre el departamento y su labor.
- ❖ Conocer acerca de lo que es el Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, el cual es un sistema para recolectar evidencia en salud acerca de los determinantes de la salud que afectan a ciertos grupos etarios, en el caso específico a niños y niñas de 8 y 9 años de edad, con esa evidencia crear estrategias y acciones dirigidas a la promoción de la salud.
- ❖ Conocer la estructura del instrumento (cuestionario aplicado a niños y niñas de 8 y 9 años de edad y del cual se obtuvo la evidencia) y la revisión de las preguntas, y de cómo están dirigidas a los niños.
- ❖ Muestreo de selección de escuelas por medio de selección aleatoria, utilizando formulas en Excel.

Se realizó el muestreo del estado de Durango, como este ejercicio para que nosotras conociéramos cómo se habían seleccionado a las demás escuelas

en las cuales se habían aplicado antes el cuestionario siguiendo también la metodología y los criterios de inclusión.

- ❖ Se proporcionaron los resultados expresados en gráficas de cada una de las preguntas del cuestionario aplicado a los niños y niñas por jurisdicción del estado de Guanajuato y uno en general; la primera actividad era revisar que la información, que concordara entre sí y con la información en general, que las gráficas no tuviesen errores y estandarizar la estructura e imagen de las mismas; la siguiente actividad era realizar un análisis de los resultados y sacar pequeñas conclusiones.
- ❖ Leer y conocer la estructura de los reportes de los Resultados del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud (SMDS), con la finalidad de tomarlos como guía para que nosotras realizáramos los reportes de los resultados de los cuestionarios aplicados a las 8 Jurisdicciones Sanitarias del estado de Guanajuato.
- ❖ Realización de Boletín informativo, documento interno en el cual se resumen las actividades acerca del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud.
- ❖ Elaboración de un cartel basado en la información obtenida de los resultados del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud de Tizayuca, Hidalgo.
- ❖ El informe de resultados del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, se elaboraba una vez que todos los resultados del cuestionario estaban recabados y graficados, en el caso del estado de Guanajuato en 2012 se aplicaron 6 813 encuestas, distribuidas de la siguiente manera:
 - Jurisdicción Sanitaria 1 Guanajuato, 821 encuestas aplicadas.
 - Jurisdicción Sanitaria 2 San Miguel de Allende, 820 encuestas aplicadas.
 - Jurisdicción Sanitaria 3 Celaya, 862 encuestas aplicadas.

- Jurisdicción Sanitaria 4 Acámbaro, 932 encuestas aplicadas.
- Jurisdicción Sanitaria 5 Salamanca, 870 encuestas aplicadas.
- Jurisdicción Sanitaria 6 Irapuato, 827 encuestas aplicadas.
- Jurisdicción Sanitaria 7 León, 818 encuestas aplicadas.
- Jurisdicción Sanitaria 8 León Delta, 863 encuestas aplicadas.

Se realizaron gráficas de barras y de pastel, así como tablas, en el programa Microsoft Excel, que contenían la información de 2012, derivada de la aplicación del Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, aplicada a niñas y niños de 8 y 9 años, al igual que a sus padres o tutores, proporcionadas por las 8 Jurisdicciones Sanitarias del estado.

En 2012 el estado de Guanajuato participó con sus 8 Jurisdicciones Sanitarias.

Los reportes se elaboraban en Microsoft Word, se estructuraban conforme a un formato que contenía:

- ❖ Directorio
- ❖ Presentación
- ❖ Introducción
- ❖ Objetivo
- ❖ Metodología
- ❖ Resultados
- ❖ Bibliografía.

Los resultados se presentaban en graficas o tablas correspondientes a la pregunta del cuestionario y el porcentaje correspondiente a cada opción de respuestas al igual que su respectiva interpretación.

Con esta actividades conocimos a fondo los procesos del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, esta información fue útil, para su posterior análisis y para la elaboración de una propuesta de reestructuración de su cuestionario.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1.1- Salud

Salud es un concepto polisémico, que ha ido transformándose a través del tiempo, ha sufrido una serie de cambios que surgen a partir de la necesidad de establecer nuevos parámetros de su significado. Dentro de las primeras concepciones la salud se consideraba sólo como la ausencia de enfermedad, estableciendo el vínculo salud-enfermedad como opuestos, ya que el estar saludable se considera encontrarse en un estado de normalidad.

En la antigüedad los griegos le rendían culto a Esculapio, quien era el dios de la salud; este tuvo dos hijas: Panacea, diosa de la curación y de los procesos terapéuticos, e Hygea, diosa de la salud. Cabe mencionar que el nombre de esta última da origen a la palabra *higiene*. De ahí que el hablar de salud conlleve hablar sobre el cuidado de nuestros cuerpos y de acciones diarias saludables, no sólo individuales, sino también acciones que involucran a la sociedad.

En la concepción de la antigua Roma la salud se centraba en la higiene, por lo cual se desarrolló un sistema sanitario y conducciones de agua, y se institucionalizó hospitales y clínicas.

Para los siglos XVII y XVIII se retoma el aspecto de salud englobando lo físico y mental, de forma colectiva e individual, al igual que se trataba de promover acciones en beneficio de la salud.

El diccionario de la Real Academia Española define así la salud: “(del latín *salus-ūtis*) f. Estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”.⁸

En 1978 en la reunión de Alma-Ata, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente

⁸ <http://dle.rae.es/?w=salud>

la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social”.⁹

Otra definición muy parecida a la que establece la OMS, es la definición otorgada por Milton Terris que define a la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹⁰

En estos dos últimos conceptos se integra dentro de la concepción de salud, los aspectos psicológicos y sociales, pese a su evolución se ve asociado en la actualidad con la ausencia de enfermedad.

En 1981 Laurell, en una aportación de la medicina social a partir de la concepción marxista, propone que la salud está determinada por un proceso social. “No existe tal cosa como la salud, sino un proceso salud-enfermedad”, mirando la enfermedad desde la lucha de clases, este proceso no deja de lado la concepción medicalizada de la salud, solo denota diferentes procesos de salud-enfermedad de las clases sociales.

Por otra parte Julio Frenk concibe que “la salud es un punto de encuentro en el que confluye lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice de éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último de desarrollo”.¹¹

Para Frenk la salud es un conjunto de factores que se entrelazan de lo individual hasta lo colectivo, buscando la colaboración de diferentes sectores para establecer una dinámica entre la salud y la sociedad. “La salud constituye un espacio para el

⁹ Álvarez. *Salud Pública y Medicina Preventiva*. México. Manual Moderno. 2002. Pág. 31.

¹⁰ Colomer, Álvarez, Díaz. *Promoción de la Salud y Cambio Social*. México. Manual Moderno. 2002. Pág. 7.

¹¹ Frenk, Julio. *La salud de la población. Hacia una nueva Salud Pública*. México. Fondo de Cultura Económica. 2000. Pág. 26.

encuentro entre la naturaleza humana y su organización social. Biología y sociedad se reflejan en la salud”.¹²

1986 en la Carta de Ottawa considera a la salud “como la capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y lograr futuros viables”.¹³

La Carta de Ottawa define a la salud como “La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.”¹⁴

La salud es un concepto complejo, que continuará cambiando a lo largo de tiempo.

1.2 - Salud pública

El concepto de *salud pública* al igual que el de *salud* se puede concebir desde diferentes concepciones ideológicas, centrándose en el cuidado colectivo de la salud.

Una de las primeras definiciones de *salud pública* es la otorgada por Winslow en 1920 como la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y la eficiencia, por medio de una organización de la comunidad para:

- ❖ El saneamiento del medio
- ❖ El control de las infecciones transmisibles
- ❖ La educación de los individuos en la higiene personal
- ❖ Diagnóstico temprano y tratamiento preventivo de las enfermedades
- ❖ El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.¹⁵

¹² Ídem.

¹³ http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

¹⁴ Ídem.

¹⁵ Castillo, Hernández, Robles. *Introducción a la salud pública*. México. Instituto Politécnico Nacional. 1998. Pag.9.

Durante mucho tiempo la definición de Winslow se mantuvo vigente, hasta que 1973 la OMS “lo agrupa en todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y el funcionamiento de los servicios de salud y enfermedad, la planificación y gestión de los mismos y de la educación para la salud”.¹⁶

Por otra parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la define de la siguiente manera: Es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

Para 1974 Halon establece que la salud pública “es el arte y la ciencia de mantener, proteger y mejorar la salud de la población mediante esfuerzos organizados de la comunidad. Incluye aquellas medidas por medio de las cuales la comunidad provee servicios médicos para grupos especiales de personas, se relaciona con la prevención y control de las enfermedades, con quienes requieren hospitalización para la protección de la comunidad y con los médicamente indigentes”.¹⁷

Para Last “La salud pública es una combinación de ciencia, habilidades prácticas y creencias dirigidas al mantenimiento y mejoramiento de la salud de la población”.¹⁸

Por su parte, Terris propone agregar otros elementos como: prevención de discapacidades, enfermedades no transmisibles y accidentes; la educación de las personas en los principios de higiene y autocuidado, y la organización de los servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos, y para la rehabilitación de los discapacitados.¹⁹

¹⁶ Ídem.

¹⁷ Álvarez. Salud Pública y Medicina Preventiva. Manual Moderno. 2002. México. Pág. 40.

¹⁸ Vega Franco. *La salud en el contexto de la nueva salud pública*. México. Manual Moderno. 2000. Pág. 33.

¹⁹ Ídem.

En 1992 Milton Terris define de la siguiente manera a la Salud Pública: Es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad.²⁰

La definición de Terris se basa en la establecida por Hanlo, ya que ambas toman en consideración que la salud pública es el arte y la ciencia del mejoramiento de salud colectiva. Terris incorpora a la definición la rehabilitación del discapacitado, como el tratamiento de personas enfermas.

Con la definición de Winslow se establecen las primeras funciones esenciales de la salud pública que permite conocer el campo de acción de estas, las cuales con las siguientes:

- ❖ Fomento a la Salud
- ❖ Protección a la salud
- ❖ Recuperación de la Salud
- ❖ Rehabilitación de la Salud
- ❖ Funciones generales de servicio médico o sanitario.²¹

Estas 5 funciones esenciales delimitaban al fomento de la salud, en su mayoría dejando de lado la implementación de acciones colectivas desde los gobiernos para el cuidado de éstas, ya que se limitan a las acciones individuales.

La gama de funciones esenciales de salud pública se diversifica con la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud, la iniciativa de “La Salud Pública en las Américas” define a la salud pública como la “acción colectiva del Estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de los individuos. Es una noción que va más allá de las intervenciones con base en la población o de las intervenciones comunitarias y que incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a cuidados de

²⁰<https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>.

²¹Castillo, Hernández, Robles. Introducción a la Salud Pública. Instituto Politécnico Nacional. México 1998. Pag.10.

salud de calidad. No se aproxima a la salud en cuanto disciplina académica sino como práctica social”.²²

Dentro de esta iniciativa se establecen 11 funciones esenciales de la salud pública, en las cuales “describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones”.²³

Las funciones esenciales son las siguientes:

1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud
2. Vigilancia de Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños en Salud Pública
3. Promoción de la Salud
4. Participación de los ciudadanos en Salud
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en Salud Pública
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en Salud Pública
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de Salud necesarios
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en Salud Pública
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de Salud individuales y colectivos
10. Investigación en Salud Pública
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Para Rubén Darío, el significado de salud pública se agrupa en tres nociones: como práctica, como saber y como realidad social.

²² http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeno.pdf.

²³ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3175&layout=blog&Itemid=3617&lang=es.

La salud pública como saber la establece como la disciplina que “nos permite descubrir en ella contenidos ideológicos, científico y tecnológicos determinados por condiciones históricas que se han impuesto al conocimiento y su transmisión a lo largo del tiempo”,²⁴ en la ideología que se enmarca a la salud pública como disciplina se encuentra una concepción medicalizada donde se pretende la ausencia de enfermedades, por otro lado se encuentra la concepción holística donde se busca el desarrollo humano de manera integral.

La práctica de la salud pública se describe con las siguientes perspectivas²⁵:

- ❖ Como ocupación de los expertos en salud pública
- ❖ Como gestión de servicios médicos estatales
- ❖ Como gestión de políticas públicas relacionadas con la calidad de la vida
- ❖ Como respuesta social a las necesidades relacionada con la promoción, protección, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud.

La salud pública como hecho social es la experiencia enmarcada por los seres humanos, que están inmersos en procesos de producción y reproducción social, a condiciones históricas que determinan la forma en la que se enferman o conservan su salud.

La amplia gama en la que la salud pública converge, determina que no es sólo una disciplina que ayuda a mejorar la salud de los colectivos, sino como un campo de estudio emergente que se va transformando.

1.3 - Epidemiología

Como ya se ha mencionado las concepciones de los términos cambian con el tiempo, se va enriqueciendo, expresando corrientes ideológicas, que demuestran el contexto en el que se desarrollan.

²⁴ Rubén Darío. *La noción de salud pública: consecuencia de su polisemia*. Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2002 Pág. 5

²⁵ *Ibíd.*, Pág. 9.

Al igual que los conceptos de *salud* y *salud pública*, el concepto de *epidemiología* se ha transformado con el paso del tiempo; ya no es sólo la concepción médica del estudio de enfermedades infecciosas, hasta llegar a una visión más compleja que incluye factores sociales que afecten a la salud de las poblaciones.

Su significado deriva del griego *epi* (sobre) *demos* (pueblo) *logos* (ciencia). Para la Organización Mundial de la Salud “La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.”²⁶

La Real Academia Española de la lengua define como “tratado de las epidemias”,²⁷ y a la epidemia como “Enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a gran número de personas”²⁸.

En 1973 la Internacional Epiemiology Association la define como “El estudio de los factores que determinan la frecuencia y la distribución de las enfermedades en grupo humanos”.²⁹

Almeida y Zélia definen a la epidemiología como “el abordaje de fenómenos de la salud-enfermedad por medio de la cuantificación, usando en buena medida el cálculo matemático y las técnicas estadísticas de muestreo y de análisis”.³⁰

Desde la perspectiva de Almeida, “históricamente la epidemiología se ha estructurado sobre un trípode: la clínica, la estadística y la medicina social”,³¹ ya

²⁶ <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>.

²⁷ <http://dle.rae.es/?id=FwBZvzo>.

²⁸ <http://dle.rae.es/?id=Fw3BQCP>.

²⁹ http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/almeida__introduccion_a_la_epidemiologia_.pdf.

³⁰ http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/almeida__introduccion_a_la_epidemiologia_.pdf.

³¹ Para el Institute of Medicine de Washington D.C, la medicina clínica es el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistematizada, para ayudar a los clínicos y a los pacientes, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en una circunstancia sanitaria específica.

que la medicina clínica forma una mancuerna con la epidemiología, estableciendo causas y estadísticas que afectan a la salud colectiva.

Por otro lado Ortega-Cano, en su artículo *Un primer acercamiento al concepto de Medicina Social* encuentra relación entre la medicina clínica, social y la epidemiología.

“La medicina social se preocupa por los problemas salud-enfermedad que aquejan a grupos humanos. Por ello se basa en la investigación epidemiológica para poder llegar a conocer cómo se distribuye el proceso salud-enfermedad³² en una población y cuáles son los factores que determinan dicha distribución, pero toma como punto de partida la ubicación del individuo y del grupo al que pertenece, como insertos en un proceso social en el que las relaciones sociales (familia, trabajo, situación socio-económica, cultural que posee, etc.) lo definirán a él y a su grupo una determinada forma de enfermar y morir”³³

En ambas concepciones se indica que la epidemiología se basa en la investigación y cuantificación de los procesos salud-enfermedad de determinada población, que a su vez es la base para determinar las acciones de salud colectiva.

Pero este pensamiento de epidemiológica no es la única, en los últimos años se ha impulsado una nueva corriente conceptual llamada *Epidemiología Crítica*, impulsada por Jaime Breilh, en esta nueva visión se deja de lado la cuantificación, la búsqueda de estadísticas de los procesos de salud-enfermedad, se pretende establecer un análisis de las condiciones de desigualdad, visualizando a los colectivos en un proceso histórico-social, que determinan la forma en que los colectivos se enferman y mueren, no sólo estableciendo factores de riesgo y causalidades.

³³<http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb90117.pdf>

Almeida establece 6 diferencias³⁴ de la epidemiología crítica ante la epidemiología convencional:

1. La Epidemiología Crítica está inmersa en el paradigma histórico-social
2. La Epidemiología Crítica tiene como objeto de estudio el proceso salud-enfermedad en los colectivos
3. La Epidemiología Crítica pretende ser una “Epidemiología de la desigualdad”, es decir, pone de manifiesto que el principal determinante para enfermar y morir lo constituyen las condiciones socioeconómicas de los grupos poblacionales.
4. El principal instrumento de trabajo de la Epidemiología Crítica es el análisis de los procesos de reproducción social en los diferentes determinantes del proceso salud-enfermedad.
5. La Epidemiología Crítica es más deductiva en el sentido que plantea determinantes estructurales de tipo socioeconómico como favorecedores del proceso de enfermar y morir, y que en general son aplicables para todos los colectivos.
6. La Epidemiología Crítica reconoce más la politicidad de su accionar en el sentido que puede favorecer transformaciones en los procesos que producen enfermedad. El epidemiólogo debería asumir un papel militante en cuanto a que se le considera un sujeto político que puede producir movilización social para afectar los determinantes estructurales o socioeconómicos.

En ambas concepciones de epidemiología, se pretende retomar el trabajo con poblaciones determinadas, para determinar las causas de estos procesos de enfermedad y muerte de las poblaciones.

³⁴ <http://www.bdigital.unal.edu.co/15752/1/10453-19813-1-PB.pdf>

1.4 - Promoción de la salud

Como se ha venido mencionando, todos los conceptos han sufrido una transformación radical en la forma en la que se desarrollan, en algunas ocasiones confrontando ideas. El concepto de *promoción de la salud* no queda exento a esta transformación, teniendo una relación estrecha con el concepto de *salud*, ya que este enmarca la forma en la que se concibe y se practica la promoción de la salud.

Uno de los primeros autores que introdujo el concepto de promoción de la salud en 1946 fue Henry Sigerist, al establecer cuatro funciones de la medicina: “la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la restauración del enfermo y la rehabilitación”,³⁵ dentro de este concepto medicalizado³⁶ y de prevención de enfermedades Levell y Clark “utilizan el concepto de la promoción de la salud al desarrollar el modelo de la historia natural de la enfermedad, que conformaría tres niveles de prevención”,³⁷ el nivel primario de prevención toma en consideración a la promoción de la salud para aumenta el bienestar y evitar la enfermedad.

Wislow dice que “la promoción de la salud es un esfuerzo de una comunidad organizada para alcanzar políticas que mejoren las condiciones de salud de la población y de los programas educativos con el fin de que el individuo mejore su salud personal, así como para el desarrollo de una ‘maquinaria social’ que asegure a todos los niveles de vida adecuados para el mantenimiento y el avance de la salud”,³⁸ en este concepto se integra a las políticas públicas para el mejoramiento de la salud y de esta forma se garantizan adecuados niveles de vida.

³⁵Restrepo / Málaga. *Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable*, Colombia, Panamericana. 2001. Pág. 22.

³⁶ Medicalización es la apropiación por la medicina de las distintas esferas de la existencia humana (manos a la salud) Pág. 34.

³⁷ Ídem.

³⁸ Ídem.

En el ámbito internacional, se han realizado cartas y conferencias que históricamente han marcado pauta para: concepciones y acciones de la promoción de la salud.

En 1974 el Ministerio de Salud Canadiense, establece el Informe de Lalonde donde se enmarca como una estrategia de promoción de la salud “informar, influenciar y asistir a individuos y organizaciones para que asuman mayores responsabilidades y sean más activos en materia de salud”³⁹ dentro de esta concepción preventiva dos años después la Organización Mundial de la Salud en colaboración con la Unicef convocó a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Alma-Ata, surgiendo la Declaración de Alma-Ata donde se “exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica”.⁴⁰

Para 1986, la Carta de Ottawa, establece el parteaguas para conceptualizar de una manera diferente la promoción de la salud, ya que no se busca solamente tener una atención de prevención sino, buscar acciones que impacten de manera social a los individuos y a las comunidades.

La carta de Ottawa establece: “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”,⁴¹ dentro de esta nueva visualización, se proponen 5 campos de acción “la elaboración e implementación de “políticas públicas saludables”, creación de “ambientes favorables para la salud”, refuerzo de la acción colectiva”, desarrollo de

³⁹ Marchiori. Una introducción al concepto de Promoción de la Salud. Pág. 22.

⁴⁰ http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf .

⁴¹ http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

“habilidades personales y reorientación del sistema de salud”.⁴² Como referencia de estas acciones en promoción de la salud en 1988 en la declaración de Adeleide, se centran las acciones en las políticas saludables.

Para 1991 la Declaración de Sundsvall, toma como eje central los ambientes favorables”, incorporando a la discusión, la búsqueda de ambientes saludables no solo biológicos, también sociales, económicos y culturales.

En 1997 en la Declaración de Yakarta “los requisitos para la salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Sobre todo, la pobreza es la mayor amenaza para la salud”.⁴³ Estos requisitos para la salud son los determinantes para obtener un estado óptimo de la misma.

La Organización Mundial de la Salud define a la promoción de la salud como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla; constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual”.⁴⁴

Para Anspaugh, Dignan y Anspaugh, “la promoción de la salud, tiene 6 áreas: educación en salud, protección de la salud, prevención de enfermedad, identificación de factores de riesgo, identificación de factores protectores de la salud y mantenimiento de la salud refiriéndose a estas 6 áreas como la construcción del concepto de promoción de la salud”.⁴⁵

⁴² Restrepo/ Málaga. *Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable*. Colombia. Panamericana. 2001. Pág. 22.

⁴³ http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf.

⁴⁴ Pérez, Pinzón, Palacio. *Promoción de la salud. Modelos y aplicaciones*. Colombia. Uninorte. 2007. Pág.30.

⁴⁵ *Ibíd.* P.p. 18-19.

Por otra parte para, Juan Manuel Castro el concepto de promoción de la salud tiene un sinnúmero de significados, esto se debe a que las prácticas no son las mismas, estableciendo tres paradigmas que coexisten y abarcan diferentes enfoques, desde donde se puede conceptualizar la promoción de la salud.

El paradigma higienista-preventivo es la “organización de recursos para el fortalecimiento de la resistencia del huésped hacia los agentes, disminución del contacto con el agente para prevenir la enfermedad”.⁴⁶

El paradigma epidemiológico-social es el “arte y la ciencia de ayudar a las personas a cambiar su estilo de vida hacia un estado de óptima salud”.⁴⁷

El paradigma socio-sanitario es el “proceso mediante el cual individuos o grupos sociales y la sociedad en general desarrollan condiciones para el ejercicio de control sobre procesos vitales, para alcanzar la salud. Al combinar la elección personal con la responsabilidad social, propone actuar tanto sobre estilos de vida, como sobre condiciones sociales”.⁴⁸

Otra forma de concebir a la promoción de la salud es desde el paradigma socio-histórico, en esta visión “la manera en que la salud-enfermedad es producida y reproducida por y en las condiciones materiales de existencia de los grupos humanos, es la de llevar a cabo acciones encaminadas a modificar las características del espacio social”,⁴⁹ dentro de esta concepción se pretende mostrar las diferentes formas de enfermarse de las clases sociales, buscando que la promoción de la salud enfatice la importancia de los determinantes sociales y el derecho a la salud.

⁴⁶ Del Bosque (comp.). *Manos a la Salud*. México. CIESS/OPS. 1998. Pág. 39.

⁴⁷ Ídem.

⁴⁸ Ídem.

⁴⁹ Mendoza Rodríguez Juan Manuel. *La mirada médico-social de la promoción de la salud*. Documento interno. Academia de Promoción de la Salud. UACM. Pág. 5.

1.4.1 - Promoción de la salud emancipatoria

Una de las corrientes de promoción de la salud es la emancipatoria, que surgió en los años noventa, dentro de Diplomado en promoción de la salud de la Universidad Autónoma Metropolitana. La fundadora de esta corriente es la Dra. María del Consuelo Chapela Mendoza.

Como se menciona anteriormente, la concepción de *salud* es delimitante para definir las prácticas y los saberes de promoción de la salud, en este caso no es la excepción, la salud se entiende así: “el ser humano puede ser entendido como un ser con dos dimensiones: una biológica constituida por un cuerpo con características anatómicas que permite determinadas capacidades y una dimensión simbólica constituida por todos aquellos símbolos inscritos en el cuerpo producto de las experiencias del ser humano con su medio”.⁵⁰.

Con esta dualidad, la salud se define como “la capacidad del sujeto individual colectivo de mirar al pasado para gobernar el presente para la construcción de futuros viables”,⁵¹ con esta definición de salud se deja de lado la enfermedad, ya que no se conceptualiza partiendo de alguna afección corporal que se ve influenciada por condiciones sociales. En esta definición se reconoce al individuo como un sujeto autónomo, reflexivo, crítico, capaz de construir conocimiento.

Chapela enfatiza “el papel del cuerpo, como una entidad biológica que es la base sobre la que se escribe los símbolos, que le permite al mismo tiempo tomar conciencia de sí y del mundo que lo rodea. Las capacidades se alojan en el cuerpo y dependen tanto de sus funciones biológicas como de los símbolo que adquieren durante toda su vida”.⁵²

⁵⁰ Angulo, García y Gómez .Introducción a la promoción de la salud. México. UACM. 2012. p.p. 3-4.

⁵¹ Chapela Mendoza. *Promoción de la salud. Siete tesis del debate*. México. Cuadernos Médicos Sociales.2001. Pág. 1.

⁵² Angulo, García y Gómez .*Introducción a la promoción de la salud*. México. UACM. 2012. Pág. 6.

En esta nueva concepción de salud, se pretende que el ser humano pueda alcanzar sus aspiraciones, y para ello requiere de dos cosas: recursos y capacidades humanas para poder utilizar estos recursos.

Los recursos los denomina *capitales*, los cuales son: “capital material (dinero y recursos materiales), capital cultural (conjunto de saberes que una persona posee derivadas de sus experiencias), capital social (relaciones sociales que posee una persona) y capital simbólico (reconocimiento o la influencia que tiene una persona en un determinado grupo)”,⁵³ mientras que las capacidades que se consideran son: *sapiens, faber, ludens, erótico y político*.

Con todos estos nuevos elementos se “pretende abrir el espacio para que el sujeto pueda apropiarse de sus propias representaciones y procesos. La salud es una capacidad que sintetiza las características humanas”,⁵⁴ por lo tanto no se habla de hacerle frente a una enfermedad o limitación física, sino de la construcción de un proyecto, ya sea de forma individual o colectiva, “de acuerdo con el proyecto y a la realidad de sujetos específicos de tal manera que la falla del cuerpo físico puede o no representar un obstáculo para el desarrollo de su salud dependiendo del contexto del que y en el que el individuo ha tomado sus conocimientos, valores, significados y representaciones”,⁵⁵ por lo cual no se habla de un problema de enfermedad, ni de salud pública, se habla de problemas de salud, los cuales son más complejos, ya que requieren de una organización de conocimiento para la construcción de un proyecto.

Para la promoción de la salud emancipatoria, se toma como un aporte importante la Carta de Ottawa, ya que en ella se reconoce el poder de los individuos y de los colectivos para alcanzar aspiraciones.

⁵³ ídem.

⁵⁴ Chapela. *Promoción de la Salud, siete tesis del debate*. México. Cuadernos Médicos Sociales.2001. Pág. 3

⁵⁵ http://www.famp.es/racs/ObsSalud/documentos/Promocion_de_la_Salud.pdf.

Por lo tanto esta promoción de la salud pretende poder desarrollar capacidades humanas, utilizar los capitales, para construir futuros viables.

Las principales características de la promoción de la salud emancipatoria:⁵⁶

- ❖ De forma general es un conjunto de prácticas encaminadas a generar condiciones para que los sujetos individuales y colectivos desarrollen su capacidad de intervenir futuros y alcanzarlos.
- ❖ Lo anterior incluye el desarrollo de las capacidades humanas y la generación de capitales que permitan modificación de las condiciones presentes para el logro de proyectos y la recuperación del control del cuerpo para la invención del proyecto.
- ❖ El trabajo del promover la salud está basado en una pedagogía de autoconstrucción, de autodesarrollo. El promotor de la salud no empodera, no da sino genera las condiciones que faciliten el fortalecimiento del otro. De la misma manera el promotor de la salud no emancipa, genera las condiciones para que el otro tome conciencia de los discursos de dominación que ha corporeizado en su historia y que lo influyen en la formulación de sus proyectos.

1.5- Determinantes de la salud y determinantes sociales de la salud

Uno de los conceptos relevantes que abordamos en este trabajo son los determinantes de la salud.

Pero ¿qué son?, al igual que los conceptos anteriores, el de *determinantes de la salud* es complejo y se construye desde diferentes paradigmas.

La Organización Mundial de la Salud define a los determinantes de la salud como “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que influyen

⁵⁶ Angulo, García y Gómez .Introducción a la Promoción de la Salud. México. UACM. 2012 Pág. 12.

de forma categórica sobre el estado de salud de individuos y poblaciones. Dichos factores son múltiples y siempre están interrelacionados”.⁵⁷

Partiendo de esta definición de factores, en el Modelo Operativo de Promoción de la Salud los categorizan de dos formas: “determinantes positivos son aquellos que contribuyen a mejorar la calidad de vida de la gente y su bienestar funcional”,⁵⁸ como objetivo primordial se busca que las acciones en Promoción de la Salud los favorezcan, por otra parte se encuentran los “determinantes de peligro que son aquellos que afectan la salud de la población modificando la morbilidad y mortalidad en un sentido negativo”.⁵⁹

Otra forma de definir a los determinantes de la salud es “como los factores que contemplan la biología y el comportamiento y la vías por las cuales el medio ambiente puede afectar la salud del individuo”.⁶⁰

Para describir los determinantes de la salud se han desarrollado diferentes modelos.

Uno de los primeros modelos que se desarrollaron fue el ecológico, el cual se originó en el siglo XIX, con el fin de determinar las causas de las enfermedades infecciosas, por lo cual contaba con 3 elementos: el agente, el huésped y el entorno.

En 1974 en el Informe de Lalonde “define la salud como algo más que la simple ausencia de enfermedad, tal como lo propone la Organización Mundial de la Salud, y la conceptualiza como el resultado de la interacción de un conjunto de factores que pueden agruparse en cuatro grandes categorías: los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de salud y la propia biología humana”,⁶¹ en el modelo establecido por el Informe de Lalonde, se amplía los factores que

⁵⁷Dirección General de Promoción de la Salud. *Modelo operativo de promoción de la salud*. México. 2006. Pág. 96.

⁵⁸Ibíd., 24.

⁵⁹Ídem.

⁶⁰Pérez, Pinzón, Palacio. *Promoción de la salud. Modelos y Aplicaciones*. Colombia. Uninorte. 2007. Pág.30.

⁶¹Ibíd., pág.32.

determinan la salud, ya que el concepto de salud se va extendiendo y con ello los elementos que la conforman.

En 2010 como parte de la iniciativa *Healthy People*, impulsada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos presenta un modelo de determinantes de la salud que está enmarcado por una concepción de salud integral.

El modelo está conformado por: “en su aspecto físico, la enfermedad en un extremo y el bienestar en el otro. Pero más allá del aspecto físico de la salud, es continuo, permite una perspectiva sobre la relación dinámica de las interacciones complejas que se dan en la convivencia social: el aspecto espiritual, el aspecto intelectual, el aspecto físico y el aspecto mental; y permite la valoración de estas premisas en la vida de las personas”.⁶²

Por otra parte encontramos otra forma de integrar factores que determinen la salud, los cuales denominamos *determinantes sociales de la salud* que van más enfocados a exigir el derecho a la salud, buscando equidad entre las poblaciones.

Para la Organización Mundial de la Salud “los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria”⁶³

Para Jaime Breilh, los determinantes sociales de la salud se basan en la construcción de la salud como una práctica integrada de procesos históricos, definiendo a los determinantes sociales “como factores externamente conectados.

⁶² *Ibíd.*, pág.38.

⁶³ http://www.who.int/social_determinants/es/.

Esto nos preocupa, más que por una cuestión teórica por las implicaciones prácticas de repetir el *modus operandi* del causalismo: actuar sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurales”.⁶⁴

Los determinantes sociales de la salud desde la concepción de Breilh, están enmarcados desde la epidemiología crítica, estableciendo la salud como un derecho, que no sólo se determina como individual si no colectivamente, por lo cual la salud no es sólo un derecho aislado sino que está a su vez ligado con otros derechos y depende de las condiciones económicas, políticas y culturales en donde se desarrolla el individuo.

Por todo esto los determinantes sociales de la salud “debemos interrelacionar tres transformaciones complementarias: el replanteamiento de la salud como un objeto complejo, multidimensional y dialécticamente determinado; en segundo lugar, la innovación de categorías y operaciones metodológicas; y tercero, la transformación de las proyecciones prácticas y relaciones de las fuerzas sociales movilizadas”.⁶⁵

El concepto de *determinantes de la salud o determinantes sociales de la salud* está delimitado en la forma en que los autores instauran qué es la salud, de esta forma se determina cuáles son los factores que establecen la salud de los individuos y de las poblaciones; se enmarca cuáles son los factores que afectan a la salud, y con esa base se podrá iniciar acciones que mejoren su calidad de vida.

⁶⁴Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud” Jaime Breilh pág. 5.

⁶⁵ Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud” Jaime Breilh. Pág. 6,-7.

CAPÍTULO 2.

SECRETARIA DE SALUD

2.1 - Origen

En la antigua Roma el protomedicato era la institución encargada de controlar a los médicos de la realeza. Eugenio Muñoz afirma que el protomedicato se remonta a esta época “cuando los emperadores de Oriente, Honorio y Teodosio elevaron la dignidad de lo protomédicos con la de los duques, condes y con los vicarios generales del ejército”.⁶⁶

Por lo tanto para ser protomédico se tenía que cumplir con un requisito, el cual era realizar un examen para acreditarse y poder ejercer, este examen era de suficiencia, el cual era aplicado por protomédicos ya acreditados y los Archiatros.

Los protomédicos y Archiatros era quienes estaban facultados para actuar en contra de quienes practicaban la medicina sin acreditación de igual forma.

Por otra parte en España el origen del protomedicato fue en Castilla en 1371, esto se refleja en las leyes de Toro en donde se establece que los médicos tienen que ejercer con documentación.

En 1422 el monarca Juan II creo un tribunal que estaba conformado por alcaldes mayores y examinadores, los cuales estaban encargados de ejercicio de la medicina y la cirugía.

Posteriormente los reyes Isabel y Fernando reorganizaron el tribunal, que implementó algunas legislaciones:

- ❖ ley del 30 de marzo de 1477
- ❖ ordenanza de 1491
- ❖ ordenanza de 1498 (esta y la anterior, fechadas en real de la Vega y Granada).

⁶⁶ <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/2/700/21.pdf>.

En la Nueva España el protomedicato era una institución formal. El protomedicato tenía dos funciones principales, la primera era la regulación de la práctica médica y la segunda, el estudio y descubrimiento de nuevas plantas medicinales.

En 1846 se creó el Consejo Superior de Salubridad, posteriormente se crearon Juntas de Salubridad en cada uno de los estados y Juntas de Sanidad en los puertos.

Para 1934 entró en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, la cual originó que se crearan los Servicios Coordinados de salud pública, órganos regionales de competencia, para así sumar los esfuerzos de los niveles de gobierno y lograr la unificación técnica de los servicios.

En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia, la cual, en 1943, se fusionó con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La Ley de Secretarías y Departamentos, se publicó 1947; en ella se le da a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la facultad para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud; así como la asistencia y beneficencia públicas.

En la segunda mitad del siglo XX, el Estado no asumió la responsabilidad de prestar atención médica conforme a un criterio de universalidad. Por tanto las acciones efectuadas de prevención y restauración de la salud, en su mayoría, eran realizadas sólo por algunos grupos y sistemas sociales preocupados por el bienestar de ciertos sectores de población.

En 1977 se establece el Sector Salud definido como “el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia”⁶⁷ de acuerdo a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

⁶⁷ Manual de Organización General de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. Viernes 17 de Agosto de 2012.

Se fundó en 1978 la Comisión Intersecretarial de Saneamiento Ambiental, con el objetivo de apoyar y coordinar las acciones en materia de mejora del ambiente. Esto llevó a la centralización de servicios de salud. Entre las principales acciones, que se encuentra es la suma del párrafo penúltimo del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983, en donde se estableció el derecho a la protección de la salud como una garantía social.

El Diario Oficial de la Federación publicó el 7 de febrero de 1984 la Ley General de Salud, en la cual se definió la naturaleza y composición del Sistema Nacional de Salud, al igual que sus funciones y atribuciones, con la secretaría como coordinadora del sistema.

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal fue reformada el 21 de enero de 1985, modificando el nombre a la Secretaría de Salubridad y Asistencia por Secretaría de Salud.

El 1º de julio de 1997 se presentaron cambios en la estructura de la secretaría, originados por la necesidad de modificar el modelo organizacional con que se operaba.

Por lo cual, el Diario Oficial de la Federación publicó el nuevo Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y el Acuerdo de Adscripción de sus Unidades Administrativas.

Para septiembre de 2000 el Diario Oficial de la Federación publicó un nuevo Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y en octubre del mismo año, el Acuerdo de Adscripción Orgánica de las Unidades Administrativas de la Secretaría de Salud; para el siguiente año se publica un nuevo reglamento, lo cual ocasiona un cambio en su estructura.

La aprobación por parte del Honorable Congreso de la Unión de la Ley General de Salud, publicada en mayo de 2003 en el Diario Oficial de la Federación implicó un avance importante para dar respuesta a la demanda de servicios de salud a la

población mexicana, estableciendo nuevos mecanismos de acceso integral a los servicios públicos bajo los principios de aseguramiento universal atendiendo así la demanda de quienes no cuentan con seguridad social, lo anterior dio origen al Sistema de Protección Social en Salud.

Con el nuevo enfoque se reestructuró la Secretaría de Salud de una manera integral con el propósito de hacer frente a los retos de calidad, protección financiera y equidad que corresponden a lo establecido entre las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud.

Por lo anterior la Secretaría de Salud construye los siguientes principios que rigen su reestructuración organizacional:

- ❖ Delimitar las funciones de rectoría de la prestación de servicios de salud.
- ❖ Garantizar la eficiencia operacional y optimizar los recursos, eliminando duplicidad de funciones.
- ❖ Privilegiar el funcionamiento de las áreas sustantivas, reduciendo áreas administrativas.
- ❖ Percibir la modificación de la estructura orgánica de la Secretaría de Salud como un proceso permanente, en función de los tiempos técnicos, las restricciones presupuestales y el dinamismo de los cambios del contexto.⁶⁸

2.2 - Fundamento legal

Una secretaria de Estado es un ente administrativo que pertenece a la administración pública centralizada, al igual que la Presidencia de la República; su fundamento legal se basa en el artículo 90º de Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que establece:

La Administración Pública Federal será centralizada y paraestatal conforme a la Ley Orgánica que expida el Congreso; que distribuirá los negocios de orden administrativo de la Federación que estarán a cargo de las Secretarías de Estado y definirá las bases

⁶⁸ Ídem.

generales de creación de las entidades paraestatales y la intervención del Ejecutivo Federal en su operación.

Las leyes determinarán las relaciones entre las entidades paraestatales y el Ejecutivo Federal, o entre éstas y las Secretarías de Estado.⁶⁹

La creación de las Secretarías tiene como función principal colaborar con el Ejecutivo Federal en el ejercicio de sus funciones administrativas.

La Secretaría de Salud se encarga de los asuntos en materia de salud, en cuanto a políticas nacionales, buscando un alto nivel en salud que permita a la población realizar sus actividades de forma efectiva generando el desarrollo del país.

Teniendo como Misión y Visión:

Misión

“Contribuir a un desarrollo humano justo e incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos y una amplia participación ciudadana”.⁷⁰

Visión

“En 2030 México aspira a ser un país con desarrollo humano sustentable e igualdad de oportunidades. La población contará con un nivel de salud que le permitirá desarrollar sus capacidades a plenitud. Para poder alcanzar una verdadera igualdad de oportunidades, será necesario asegurar el acceso universal a servicios de salud efectivos y seguros, que serán ofrecidos por un sistema de salud financieramente sólido anticipatorio y equitativos”.⁷¹

⁶⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México. Porrúa. 2013. Pág. 131.

⁷⁰ http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/mision_y_vision/misionvision.html.

⁷¹ ídem.

Como parte de un amplio ejercicio de prospectiva, realizado a finales de 2006, sobre México en el año 2030, un grupo de expertos en salud analizó y discutió el futuro deseable del sistema nacional de salud.

Para satisfacer de manera adecuada las necesidades de salud de los mexicanos, el sistema nacional de salud, a juicio de los participantes, deberá ser un sistema.

Integrado- financiado predominantemente con recursos públicos, pero con participación privada, regido por la SSA sostenible; centrado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades: con un modelo de atención flexible y diseñada a partir de la transición epidemiológica y demográfica por la que atraviese el país, y con fuertes vínculos intersectoriales.⁷²

⁷² Ídem.

2.3 - Estructura Orgánica

La estructura orgánica de la Secretaría de Salud consta de 3 subsecretarías, que a su vez se componen por direcciones, centros y secretariados técnicos que se describen a continuación.

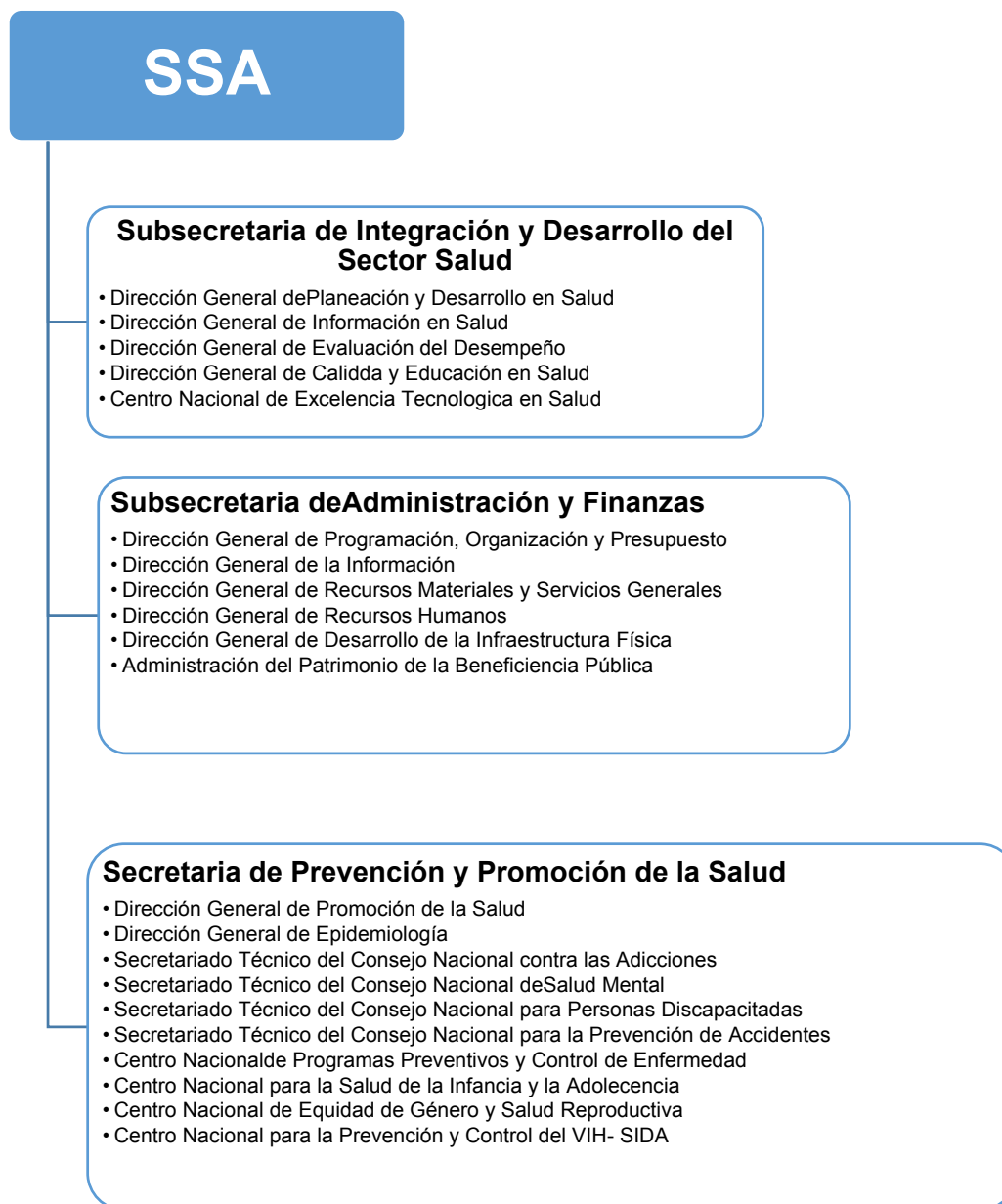


Figura 1. Organigrama de la Secretaría de Salud⁷³

⁷³ <http://www.gob.mx/busqueda?utf8=%E2%9C%93&site=salud&q=organigrama>.

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS)

Se encarga de coordinar servicios del sector salud innovándolos y analiza los instrumentos normativos para tener un sistema de calidad.

Esta subsecretaria consta de:

- ❖ Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES)
- ❖ Dirección General de Información en Salud (DGIS)
- ❖ Dirección General de Evaluación y Desempeño (DGED)
- ❖ Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)
- ❖ Centro Nacional de Excelencia y Tecnología en Salud (CNETS).

Subsecretaria de Administración y Finanzas (SAF)

Se encarga de la organización y distribución de recursos humanos, materiales, financieros y de infraestructura del Sector Salud.

La secretaria de finanzas consta de:

- ❖ Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP).
- ❖ Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI)
- ❖ Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales (DGRMSG)
- ❖ Dirección General de Recursos Humanos (DGRH)
- ❖ Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física (DGDIF)
- ❖ Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública (APBP).

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS)

Se encarga de planear estrategias de prevención y promoción de la salud.

Coordinando acciones en materia de prevención y promoción de la salud, también evalúa las políticas públicas y crea estrategias en control de enfermedades y sigue una vigilancia epidemiológica.

Coordina los Centros Nacionales de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, de la Infancia y la Adolescencia, de Equidad de Género y Salud Reproductiva, y para la Prevención y Control del VIH/SIDA.

Consta de:

- ❖ Dirección General de Epidemiología
- ❖ Secretariado Técnico Del Consejo Nacional Contra Las Adicciones
- ❖ Secretariado Técnico Del Consejo Nacional De Salud Mental
- ❖ Secretariado Técnico Del Consejo Nacional Para La Prevención De Accidentes
- ❖ Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades
- ❖ Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
- ❖ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
- ❖ Centro Nacional para la Prevención y Control VIH/SIDA.

2.4 - Dirección General de Promoción de la Salud

La Dirección General de Promoción de la Salud, es la dirección dependiente de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud su misión es “normar, planear, coordinar, supervisar, evaluar y asesorar las acciones para promover la salud de la población en las entidades federativas, por medio de la elaboración y

difusión de normas, modelos operativos, documentos técnicos y materiales de apoyo, así como la capacitación del personal responsable a nivel estatal”.⁷⁴

2.4.1 - Antecedentes

Al igual que la Secretaría de Salud, la Dirección General De Promoción de la Salud ha presentado una evolución histórica, la cual se muestra en la siguiente tabla, donde se presentan los diferentes nombres que ha adquirido este organismo, al igual que su cambio conceptual, que va de la higiene a la promoción de la salud en un sentido amplio, donde intervienen diferentes factores y disciplinas.

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

Cuadro 1. Evolución Histórica de la Dirección General de Promoción de la Salud.⁷⁵

⁷⁴ <http://www.gob.mx/salud/documentos/acerca-de-la-direccion-general-de-promocion-de-la-salud-dgps>.

⁷⁵ www.promocion.salud.gob.mx/dgps.

En el 2001 fue instituida la Dirección General de Promoción de la Salud como una unidad técnico-normativa.

Partiendo de la amplia gama de acciones que la promoción de la salud ofrece, la Dirección General de Promoción de la Salud implementa estrategias de educación para la salud, participación social, comunicación educativa y capacitación en todos sus programas, teniendo como misión y visión lo siguiente:

Misión:

“Establecer políticas saludables, estrategias y servicios efectivos de promoción de la salud hacia una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado de la población, como la plataforma social de la reforma en salud”.⁷⁶

Visión:

“Seremos líderes que ejercen la rectoría en promoción de la salud como eje impulsor e integrador de los programas de salud, del soporte social sostenido del Sistema de Protección Social de Salud y de la democratización de la salud, asegurando la gobernancia y sustentabilidad de los servicios de salud en México, generando una mejora en la economía y la calidad de vida de individuos, familias, comunidades y población en general”.⁷⁷

La funciones de la Dirección General de Promoción de la Salud:

- ❖ Establecer las estrategias y las políticas que desarrollen acciones de promoción de la salud, que ayuden al mejoramiento de la salud física, mental y social de la población por medio de sus estrategias antes mencionadas

⁷⁶ <http://www.gob.mx/salud/documentos/nuestro-compromiso-dgps>.

⁷⁷ Ídem.

- ❖ Diseñar las normas oficiales mexicana, al igual que vigilar su cumplimiento e imponer sanciones cuando así se requiera.
- ❖ Construir sistemas, estrategias, procedimientos y modelos de promoción de la salud para su difusión, implementación así como su evaluación.
- ❖ Siendo la promoción de la salud uno de los pilares para generar la garantía de la salud, deben de establecerse mecanismos de cooperación y colaboración con los diferentes programas.
- ❖ Elaboración de materiales didácticos, gráficos y audiovisuales, que fortalezcan la prevención de enfermedades al igual que impulsar los programas de la dirección.
- ❖ Coordinar la organización de las autoridades municipales, servicios de salud, grupos sociales, organizaciones comunitarias y privadas así como a la población en general, para emprender acciones conjuntas en promoción de la salud.
- ❖ Impulsar acciones y convenios que induzcan programas en materia de salud del migrante, prevención durante la línea de vida, comunidades y educación saludable
- ❖ Establecer las plataformas que ayuden a alcanzar las metas en los ámbitos públicos y privados.
- ❖ Instituir los lineamientos para desarrollas la participación social, como un elemento esencial para la reorientación de los servicios de salud.
- ❖ Establecer la organización de la vinculación entre la población y los servicios de salud.
- ❖ Establecer convenios y acuerdos que vinculen instituciones de educación superior, nacionales e internacionales con el propósito de actualización de conocimientos en promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- ❖ Constituir investigación que permita conocer cuál es la efectividad de las acciones de prevención y promoción de la salud que se establecen en las unidades administrativas.

- ❖ Elaborar y actualizar los manuales de organización específicos y de procedimientos, sometiéndolos a la autorización del Secretario.⁷⁸

2.4.2- Marco Jurídico.

Marco Jurídico Internacional.

Declaración de Alma Ata

Carta de Ottawa

Recomendaciones de Adelaide.

Declaración de Yacarta.

Declaración de México.

Marco Jurídico Nacional

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Título Primero, Capítulo I, Artículo 4°.

Leyes

Ley General de Salud.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley Federal de Instituciones de Fianzas.

Ley Federal del Trabajo.

Ley General de Población.

Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.

Ley de Información Estadística y Geográfica.

Ley Federal de Derechos.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos..

Ley Federal de Entidades Paraestatales.

⁷⁸ www.promocion.salud.gob.mx/dgps.

Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.
Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos..
Ley Federal de Sanidad Animal.
Ley del Seguro Social.
Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
Ley de Ciencia y Tecnología.
Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.
Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas.
Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
Ley General de Desarrollo Social.
Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil.

Reglamentos

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
Reglamento de Insumos para la Salud
Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.
Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.
Reglamento Interior del Consejo Nacional contra las Adicciones.
Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General..
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud.

Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior de la República.

Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Reglamento de la Ley General de Población.

Reglamento de la Ley Federal de Correduría Pública.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Reglamento Interior del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública.

Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.

Decretos

Decreto que establece el uso de las siglas SSA, para designar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en sustitución de la SAPO y DSP que designaban a las dependencias fusionadas en ella.

Decreto por el que se establecen los criterios para el otorgamiento de condecoración y premios en materia de salud pública.

Decreto por el que se desincorporan del régimen del dominio público de la Federación los inmuebles que venía utilizando la Secretaría de Salud para la prestación de sus servicios, y se autoriza a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo para que, a nombre y representación del Gobierno Federal done a favor de los gobiernos de los estados.

Decreto por el que los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública hasta el nivel de Director General en sector centralizado o su equivalente en el sector paraestatal, deberán rendir al separarse de sus empleos, cargos o comisiones, un informe de los asuntos de sus competencias

y entregar los recursos financieros humanos y materiales que tengan asignados para el ejercicio de sus atribuciones legales a quienes los sustituyan en sus funciones.

Decreto por el que se establece en favor de los trabajadores al servicio de la Administración Pública Federal que estén sujetos al régimen obligatorio de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, un sistema de ahorro para el retiro.

Decreto del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública.

Decreto por el que se deroga la fracción I del artículo 22 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Decreto por el que se regula la Comisión Nacional de Desarrollo Social.

Decreto por el que se regula la Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social.

Acuerdos del Ejecutivo

Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en cumplimiento de las disposiciones legales que le son aplicables, debe integrarse al sector salud.

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud.

Acuerdo que establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud.

Acuerdo por el que se dan a conocer los criterios particulares de evaluación de los Proyectos de Alto Impacto Social que aplicará la Secretaría de Salud.

Acuerdo mediante el cual se establecen las disposiciones que se aplicarán en la entrega y recepción de despacho de los asuntos a cargo de los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de los servidores públicos hasta el nivel de Director General en el sector centralizado; Gerente o sus equivalentes en el sector paraestatal.

Acuerdo que establece los lineamientos y estrategias generales para fomentar el manejo ambiental de los recursos en las oficinas administrativas de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Acuerdo por el que se crea la Comisión para la Transparencia y el Combate a la Corrupción de la Administración Pública Federal, como una comisión intersecretarial de carácter permanente.

Acuerdo por el que se crea el Consejo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas como un órgano de asesoría y de apoyo técnico al Presidente de la República.

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos.

Acuerdo por el que se crea con carácter permanente la Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos.

Acuerdos Secretariales

Acuerdo número 4.

La Dirección General de Asuntos Jurídicos. Por el que se llevará el registro y archivo de todas las leyes, decretos, acuerdos y documentos que normen la actividad administrativa de la Secretaría y del Sector Salud.

Acuerdo número 9

Por el que se instituyen el registro de nombramiento de funcionarios al servicio de la Secretaría de

Salubridad y Asistencia en órganos colegiados de entidades paraestatales y en comisiones intersecretariales.

Acuerdo número 66.

Por el que se delegan facultades en los directores de Control Sanitario de la Publicidad, de la Dirección General de Control Sanitario de Bienes y Servicios; de Asuntos Contenciosos y Administrativos y de Legislación y Consulta de la Dirección General de Asuntos Jurídicos.

Acuerdo número 71

Por el que se crea la Coordinación Técnica del Programa de Ampliación de Cobertura.

Acuerdo número 80.

Por el que se crea el Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud.

Acuerdo número 93

Por el que se desconcentran funciones en los órganos administrativos desconcentrados que se indican y se delegan facultades en sus titulares.

Acuerdo número 96.

Por el que se crea el Comité Interno de Planeación de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud.

Acuerdo número 106

Por el que se crea la Comisión Interna de Administración y Programación de la Secretaría de Salud.

Acuerdo por el que se abroga el diverso que interpreta el Decreto Presidencial que estableció el uso de las siglas SSA y determina que tanto éstas como su logotipo se sigan utilizando para su representación.

Acuerdo por el que se dan a conocer todos los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.

Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos generales para la orientación, planeación, autorización, coordinación, supervisión y evaluación de las estrategias, los programas y las campañas de comunicación social de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para los ejercicios fiscales 2005-2006.

Normas Oficiales Mexicanas

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar

Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, para el fomento de la salud del escolar

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual

Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación

Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA1-1993, que establece el método normalizado para la evaluación de riesgos a la salud como consecuencia de agentes ambientales

Norma Oficial Mexicana NOM-056-SSA1-1993, requisitos sanitarios del equipo de protección personal

Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores

Norma Oficial Mexicana NOM-169-SSA1-1998, para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo

Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familia.

2.4.3 - Organigrama

La Dirección General de Promoción de la Salud se conforma de 3 Dirección, que a su vez se dividen en subdirecciones y departamentos que se muestra en el siguiente organigrama.

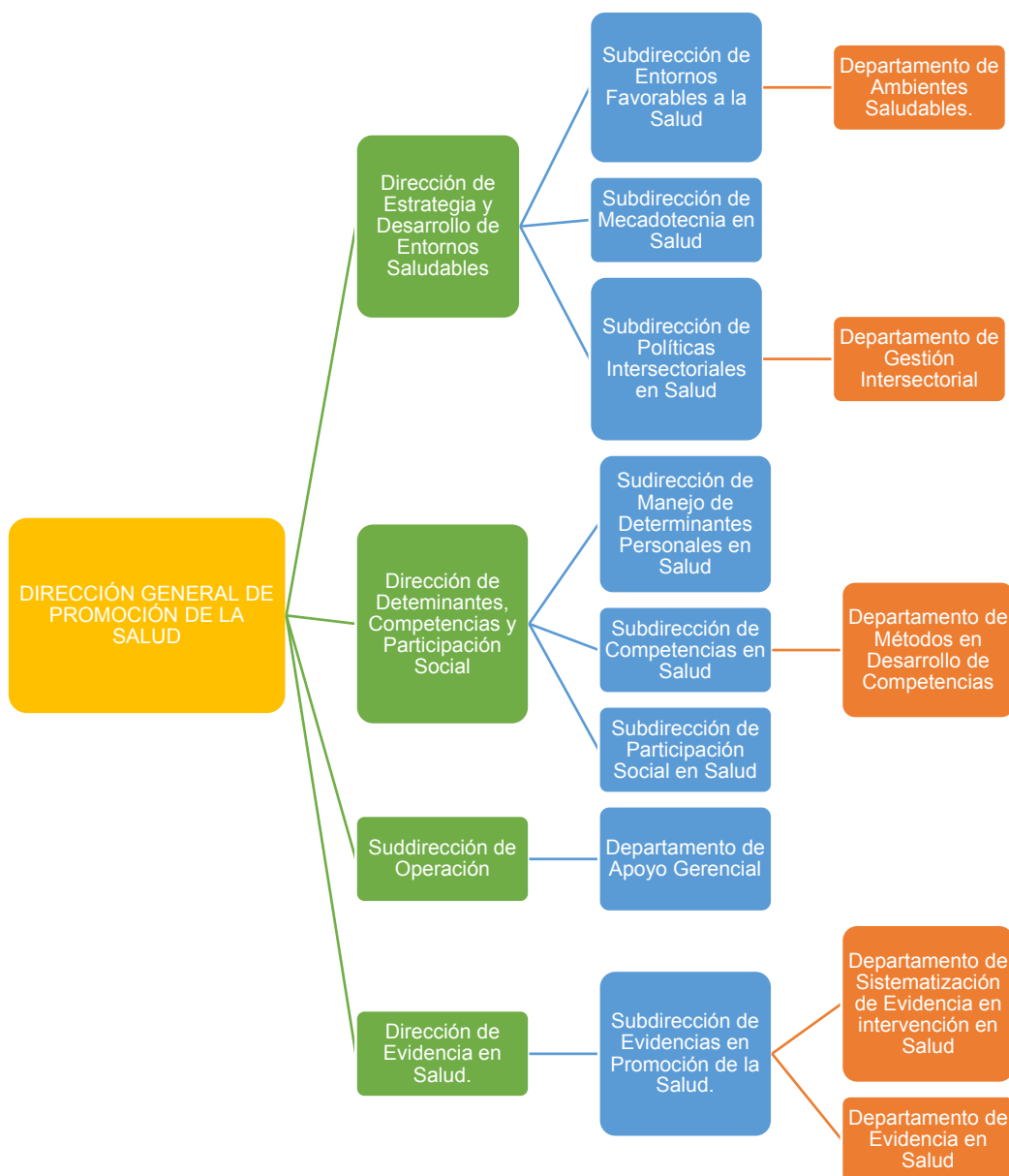


Figura 2 - Organigrama de la Dirección General de Promoción de la Salud.⁷⁹

⁷⁹<http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/organigrama-de-la-direccion-general-de-promocion-de-la-salud>.

La Dirección General se conforma por:

Dirección de Estrategias y Desarrollo de Entornos Saludables

❖ Subdirección de Entornos Favorables a la Salud

Se encarga de promover espacios físicos y sociales que cuenten con las condiciones higiénicas necesarias, por medio de la capacitación a los diferentes actores, la educación para la salud, la elaboración de material educativo y la certificación de espacios.

- Departamento de Ambientes Saludables.

❖ Subdirección de Mercadotecnia en Salud

Se encarga de la mercadotecnia, utilizando casos y costos de acceso, financiamiento público, alianzas y políticas, de esta manera se busca brindar un servicio fuera de las unidades de salud, con el fin de desarrollar un enfoque específico para cada población.

Entre sus funciones⁸⁰ están:

- **Los productos y servicios:** Identificar la percepción socio cultural del país, así como desarrollar metodología en comunicación (mensajes).
- **Plaza:** Utilizar canales de comunicación identificados.
- **Promoción:** Diseñar campañas de educativas en salud.

❖ Subdirección de Políticas Intersectoriales en Salud

Esta subdirección tiene como función coordinar la participación de forma interna y externa de la Dirección para la creación de políticas públicas que beneficien la salud de la población.

- Departamento de Gestión Intersectorial.

Dirección de Determinantes, Competencias y Participación Social

❖ Subdirección de Manejo de Determinantes Personales en Salud

⁸⁰ <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/>.

Su función es realizar acciones locales por medio de la atención médica, para poder identificar determinantes de la salud favorables, que influyan en la salud personal, generando perfiles individuales.

❖ **Subdirección de competencias en Salud**

Promueve la trasmisión de valores, conocimientos y aptitudes, que ayuden a promover determinantes positivos en la población.

- Departamento de Métodos en Desarrollo de Competencias.

❖ **Subdirección de Participación Social en Salud**

Organiza la acción comunitaria por medio de la creación de redes sociales, asesorando y capacitando a los comités de salud local, desarrollando de esta manera municipios saludables, al igual que promotores de la salud capacitados.

2.4.4 Dirección de Evidencias en Salud

❖ **Subdirección de Evidencias en Promoción de la Salud**

Recolecta de datos e información de los determinantes de la salud, con esta información se pretende generar nuevos conocimientos que ayuden a una intervención efectiva desde la promoción de la salud, para diseñar estrategias a nivel jurisdiccional, municipal, local y estatal, que mejoren de manera individual, grupal o colectiva la salud de la población.

- **Departamento de Sistematización de Evidencias en Intervenciones en Salud**

Se encarga de la documentación de los datos en evidencias, utilizando sistemas de información local, que sirvan como bases para diseñar intervenciones en salud.

- **Departamento Evidencias en Salud**

Se encarga del manejo de la información relacionada con los determinantes de salud, mediante un sistema local de información estos datos se analizan, estos ayudan a la evaluación de la efectividad de las intervenciones, al igual que la generación de parámetros anuales de los determinantes de salud.

Programas

La Dirección General de Promoción de la Salud toma el carácter anticipatorio de la promoción de la salud, buscando de esta manera fortalecer los determinantes que son favorables para la salud y enfrentado los que no lo son.

Nueva Cultura

Dentro del marco sociocultural de la población se encuentran factores de riesgo que pongan en peligro la salud de la población, por lo cual se crea el programa una nueva cultura con el objetivo de promover la modificación de determinantes que contribuyan al mejoramiento de la salud de la población.

Entornos y Comunidades Saludables

Este programa pretende focalizar los problemas que ponen en riesgo la salud de las comunidades, por medio de la creación de ambientes favorables que impulsen a mejorar la salud de la población de forma organizada con el fin de optimizar los entornos.

Vete Sano Regresa Sano

Con el propósito de reducir desigualdades y focalizar la atención en grupos vulnerables como los migrantes se crea el programa Vete Sano Regresa Sano con el objetivo de mejorar la salud de los migrantes y de sus familias.

Escuela y Salud

La educación y la salud son pilares para el desarrollo del país, por eso es necesario conjuntar esfuerzos para que ambos componentes, se fortalezcan para el beneficio de la población, impulsando los hábitos saludables dentro de las escuelas de educación básica.

CAPÍTULO 3.

SISTEMA DE MONITOREO DE DETERMINANTES DE LA SALUD

3.1 - Evidencias en salud

El Departamento de Evidencias en Salud de la Dirección General de Promoción de la Salud tiene como referencial la Medicina Basada en Evidencia, MBE;⁸¹ sin embargo con Promoción de la Salud Basada en Evidencia nos referimos a algo más complejo, ya que ésta tiene líneas de causa difíciles de comprobar o medir.

Esto gracias a que la promoción de la salud es un campo en el cuál se integran distintas variables como son: cuestiones biológicas, aspectos socioculturales, económicos, etcétera.

Por tanto la evidencia en promoción de la salud se define como “aquél componente que contribuye a que la información, datos y análisis de los determinantes de la salud apoyen la orientación sobre la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud, así como también se encarga de la generación de nuevo conocimiento para el diseño de estrategias y toma de decisiones”.⁸²

A ello se suma que la evidencia en salud es considerada un componente transversal dentro del servicio integrado de promoción de la salud, lo cual implica que se recopile, analice y se dé a conocer la evidencia en promoción de la salud a los 6 componentes⁸³ del servicio antes mencionado los cuales son:

- ❖ Manejos de riesgos personales
- ❖ Desarrollo de competencias
- ❖ Participación para la acción comunitaria
- ❖ Entornos saludables
- ❖ Mercadotecnia social

⁸¹ “El uso consiente, explícito y juicioso de las mejores y actuales pruebas en la toma de decisiones sobre el estado individual del paciente”

⁸² Secretaría de Salud México. Dirección General de Promoción de la Salud. *Modelo Operativo de Promoción de la Salud*. México. 2006. Pág. 34.

⁸³ Ídem.

❖ Abogacía intra e intersectorial

Por lo anterior; surge la necesidad de crear la Unidad de Evidencia en Salud “dentro de la estructura organizacional de promoción de la salud al momento de operar las diferentes intervenciones, se debe de tener prevista una estructura especializada en evidencia que tenga los recursos (tanto humanos, como físicos y como financieros) necesarios para cumplir con el cometido. Este es el primer paso se debe contar con una unidad de evidencia dentro del sistema de promoción de la salud para que se pueda tener la certeza, de que existan estos recursos presupuestados para ejercer la tarea compleja de crear evidencia”⁸⁴



Figura 3. Componentes integrados de la promoción de la salud.⁸⁵

En el diagrama se puede observar la transversalidad de Evidencia para la Salud en cada uno de los componentes pertenecientes al servicio integrado de promoción de la salud es fundamental obtener evidencia, analizarla y con ello poder llegar a la toma de decisiones en cada uno de los componentes, ya sea de manera individual, colectiva o grupal y poblacional.

⁸⁴Dirección General de Promoción de la Salud. *Guía de Evidencia en Promoción de la Salud*.

⁸⁵ Dirección General de Promoción de la Salud. *Modelo Operativo de Promoción de la Salud*. México. 2006. Pág. 30.

La actividad científica consta de hacer observaciones y después, basándose en estas, elaborar conclusiones. La evidencia de la promoción de la salud se basa en estas conclusiones y en una serie de teorías sobre cómo funciona el mundo y la posible relación causal que exista entre los diversos eventos.

Mientras asume que dichas teorías son correctas y tomándolas como base deduce los posibles impactos en salud que puedan presentarse.

“Las teorías utilizadas en este proceso son usualmente conocidas como ‘base de la evidencia’ y esta evidencia a la que se refiere ha sido hecha y comprobada a gran escala con estudios basados en la observación.”⁸⁶

La promoción de la salud basada en evidencia debe tomar como base modelos de causa lógicos relacionándolos con cada acción o intervención en un conjunto de factores de riesgo y determinantes que llevan a los resultados o efectos en salud.

Para cada factor de riesgo o determinante intermedio (empleo, ingreso económico, marco legal, acceso a servicio, etc.) lo ideal sería saber su naturaleza en cuanto a los impactos en la salud reflejados en mortalidad, morbilidad, salud mental, cohesión social, y si aumentan o disminuyen estas cifras, la magnitud de estas, es decir el número de personas afectadas y si el daño es severo, o no.

Sin embargo, como se ha mencionado antes, el campo de la promoción de la salud es más complejo y hay variables que no pueden medirse como se hace en la medicina, por tanto y para ello la evidencia en promoción de la salud requiere de indicadores, los cuales son muy importantes ya que con ello se puede medir y evaluar el seguimiento constante de las variables, clave de una organización, por medio de su comparación en el tiempo.

Los indicadores para la promoción de la salud basada en evidencia tienen dos funciones básicas: la primera es descriptiva, lo cual radica en la contribución de información sobre el estado real de una intervención o programa; la segunda es una

⁸⁶ Ídem.

función valorativa que consiste en sumar a la información un juicio de valor lo más objetivo posible, sobre si el trabajo en dicho programa es el adecuado o no.

Por otra parte, al proponer indicadores en promoción de la salud basada en evidencia es necesario crear un sistema viable de recolección de datos, ya que dependiendo del tipo de indicador cambia la manera de obtener los datos que pueden ser recopilados por medio de:

- ❖ Técnicas métricas, realizando cómputos y medidas.
- ❖ Técnicas documentales, revisando los soportes de información correspondientes.

La Unidad de Evidencia en salud de la Dirección General de Promoción de la Salud fue creada para realizar esta difícil tarea y como su nombre lo dice crear evidencia (información, datos, y conocimiento) acerca del estado de salud de la población de nuestro país, para poder crear intervenciones y estrategias en el campo de la promoción de la salud; así como también para evaluar programas, modificarlos a fin de mejorar la salud de la población desde la perspectiva de Promoción de la Salud en este sentido esta unidad trabaja con el Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud “SMDS”:

3.2 - Antecedentes del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la salud

Se utilizó como referencia el Modelo de Determinantes de la Salud que se implementó en Estados Unidos en 1984, el cual consistía en la aplicación de encuestas telefónicas, con el objetivo de monitorear los principales factores de riesgo que se relacionaban con causas de muerte, discapacidad así como las principales enfermedades crónicas degenerativas.⁸⁷

⁸⁷ Dirección General de Promoción de la Salud. Departamento en Evidencia en Salud. *Boletín Informativo. Desarrollo del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud y Resultados en México.* Mayo de 2011.

El Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, tiene como objetivo “conocer el comportamiento anual, de los determinantes de la salud que impactan de manera positiva o negativa a la población, de esta manera los determinantes se identifican, se analizan, se diseñan y adoptan medidas que ayuden a fortalecer los determinantes positivos, disminuyendo el impacto de los negativos, implementando estrategias de prevención y promoción de la salud de manera local y federal”.⁸⁸

En el noviembre y Diciembre de 2007 se inician con los primeros cuestionarios del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud (SMDS), este cuestionario constó de 104 preguntas (abiertas y cerradas). Las preguntas abarcaban la atención prenatal, alimentación, higiene, actividad física, vacunación, consumo de tabaco y alcohol, vialidad segura, factores psicológicos y desigualdad.

Para la aplicación de los cuestionarios se agrupó a la población por grupo etario, según como se alinean en la Cartilla Nacional de Salud:

- Niños de 8 y 9 años
- Adolescentes de 10 a 19 años
- Adultos de 20 a 59 años
- Adultos mayores de 60 años y más.

Los primeros cuestionarios sólo se aplicaron en 18 estados de la república los cuales fueron: Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Estado de México, Guanajuato, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Veracruz, Yucatán, Chihuahua y Distrito Federal.

Para 2008 se realizó el Taller de Seguimiento del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, con una comisión conformada por nueve entidades federativas: Baja California, Baja California Sur, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, Hidalgo, Michoacán, Tabasco y Veracruz, el propósito de este taller fue

⁸⁸ Dirección General de Promoción de la Salud. Departamento en Evidencia en Salud. Documento Interno. Sistema de Monitoreo de Determinantes. México. 2013.

revisar los resultados obtenidos en la aplicación del primer cuestionario y discutir su reestructuración.

En 2009 se reestructura el cuestionario, como resultado del Taller de Seguimiento del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, conformándose por sólo 41 reactivos, delimitando los determinantes a: sociodemográficos, alimentación discapacidad, actividad física, higiene personal, tabaco ya alcohol.

Con la reestructuración del cuestionario, éste se aplicó de noviembre 2010 a mayo de 2011, obteniendo los primeros resultado en 2012; en este año el cuestionario es reestructurado de nuevo, se le incluyen 20 preguntas más y se aplica este mismo año.

Con esta última modificación, el objetivo del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud se estableció de la siguiente manera:

Objetivo general⁸⁹

Dar continuidad a la aplicación del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud a través de la medición anual del comportamiento de los determinantes de la salud vinculados a los problemas prioritarios de salud pública de la población mexicana, de acuerdo con los grupos de edad, y desde lo local; con el fin de impulsar la creación de políticas públicas, programas y proyectos que permita la adopción de estilos de vida más saludables.

Objetivos específicos:⁹⁰

- ❖ Establecer la basal de los determinantes de la salud por grupos de edad y dar continuidad en las jurisdicciones que ya cuentan con su basal.

⁸⁹Dirección General de Promoción de la Salud. Departamento en Evidencia en Salud. Documento Interno. *Sistema de Monitoreo de Determinantes*. México. 2013.

⁹⁰ Ídem.

- ❖ Reforzar y modificar o generar las intervenciones de promoción de la salud, que permitan contribuir al cambio de la conducta de la población hacia determinantes favorables a su salud, focalizada de acuerdo a los resultados.
- ❖ Proponer intervenciones de promoción de la salud de acuerdo a resultados del monitoreo de determinantes desde el nivel local.

3.3 - Salud Pública de la Américas

Salud Pública de las Américas es la iniciativa que propone la Organización Panamericana de la Salud en 2000 con el objetivo de mejorar las prácticas de salud pública entre los países de América, con esto se darían las pautas para fortalecer, el liderazgo de las autoridades en los sistemas de salud.

“El proyecto tiene los siguientes objetivos:

- ❖ Promover una visión común de la salud pública y de las funciones esenciales de la salud pública a través de las Américas.
- ❖ Desarrollar un marco de evaluación del ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública en los países del hemisferio.
- ❖ Conducir una evaluación de la práctica de la salud pública en cada país de las Américas, midiendo el grado en que se desempeñan las funciones esenciales de la salud pública
- ❖ Desarrollar un plan de acción hemisférico para el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública y la mejora de la práctica de la salud pública.
- ❖ Editar un libro titulado ‘El estado de la Salud Pública en las Américas’, para ser publicado a fines de 2000, el que contendrá los principales productos generados por el proyecto y aportará una evaluación del grado en que se desarrollan las funciones esenciales de la salud pública en las Américas”.⁹¹

Dentro de este documento se pretende entender a la salud pública, como una práctica social que entrelaza muchas disciplinas, por lo cual definen a la salud

⁹¹Organización Panamericana de la Salud. *La Salud Pública de las Américas. Instrumentos para medición del desempeño de las funciones esenciales de la Salud pública.*2001. Pág. 3.

pública como “la intervención colectiva, tanto del estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de la personas”,⁹² con esta definición pretenden establecer que las funciones de la salud pública no son exclusivas del estado, por lo tanto la sociedad civil debe integrarse para accionar de manera conjunta.

Las funciones esenciales de la salud pública que establece esta iniciativa se definen como “las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que permite los elementos de desarrollo institucional que permite un mejor desempeño del ejercicio de la salud pública”,⁹³ estableciendo como Funciones esenciales de la Salud Pública:

1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.
2. .Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Participación de los ciudadanos en salud.
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9. Garantizar y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos.
10. Investigación en salud pública.
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

⁹² Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en la Américas. Nuevos Conceptos, análisis del desempeño y base para la acción. pág. 4.

⁹³ ídem.

Al definir estas 11 funciones y establecer indicadores para su medición, se evalúa su desempeño en los recursos que otorgan los estados para asegurar la infraestructura conveniente de la salud pública, al igual analiza los recursos destinados, esto ayuda a “los gobiernos nacionales y subnacionales, y también para los organismos internacionales responsables de la cooperación técnica y financiera”,⁹⁴ de igual manera se busca contribuir a la formación de personal capacitado para el trabajo en materia de salud pública.

Una de las ideas rectoras de este documento es el fortalecimiento institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales, para ello busca centrar a la autoridad sanitaria en una serie de tareas que se muestran en la siguiente figura.

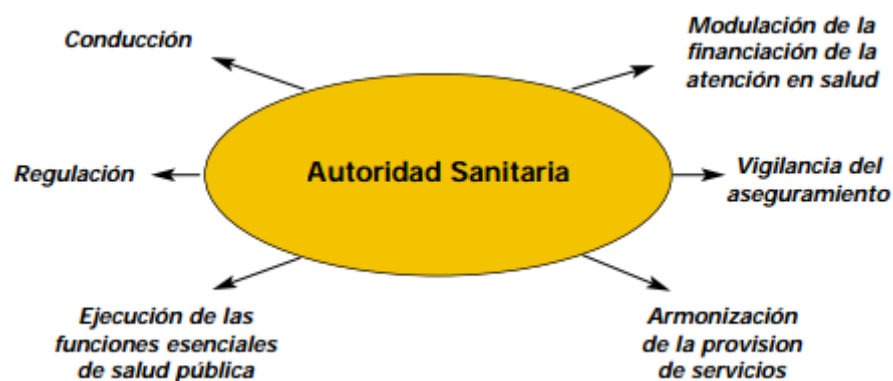


Figura 4: Las tareas de la rectoría sectorial por parte de la autoridad sanitaria.⁹⁵

Con la conducción sectorial se busca que los estados organicen, formulen y sus políticas nacionales de salud, por otro lado en la regulación sectorial se pretende

⁹⁴Organización Panamericana de la Salud. *La Salud Pública en la Américas. Nuevos Conceptos, análisis del desempeño y base para la acción.* 2001 pág. 5.

⁹⁵Ibíd., Pág. 9.

legislar los derechos de protección y atención a la salud, garantizando su financiamiento. En el caso de la ejecución de las funciones esenciales de la salud pública, busca garantizar las condiciones para la aplicación de estas funciones esenciales y así garantizar las externalidades positivas de los gobiernos, en materia de modulación de la financiación de la atención en salud, se busca la creación de fondos que permitan incrementar el financiamiento público para asegurar la atención en salud, lo cual conlleva armonización de la provisión de servicios, que debe garantizar la calidad en la atención de servicios de salud, públicos y privados. Por último, vigilancia del aseguramiento, en la cual los estados deben garantizar el acceso a cuidado y protección a la salud, generando planes de acción, acciones conjuntas entre los sectores públicos y privados, al igual que una legislación.

Inminentemente *Salud pública en la Américas*, es el documento base para marcar las pautas, que los gobiernos de diferentes países utilizan para accionar en materia de salud, marcando las tendencias para establecer estrategias, por lo cual pueden llegar a ser similares entre los países.

3.4 - Programa específico “Promoción de la salud. Una nueva cultura”.

En nuestro país existe una compleja estructuración legislativa y administrativa que marca la pauta para determinar las acciones que se tomarán dentro de un gobierno, impulsando programas que garanticen la mejora en la calidad de vida de la población.

El artículo 26° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece: “El Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la Nación. Los fines del proyecto nacional contenidos, en esta constitución determinarán los objetivos de planeación. La implementación será

democrática. Mediante la participación de los diversos sectores sociales se recogerán las aspiraciones y demandas de la sociedad para incorporarlas al plan y los programas de desarrollo. Habrá un plan nacional de desarrollo al que se sujetarán obligatoriamente los programas de la administración pública general”.⁹⁶

El documento que plasma las necesidades emergentes de la población es el Plan nacional de desarrollo,⁹⁷ en el cual son expresadas las estrategias gubernamentales para dar alternativas que ayuden a satisfacer esa necesidad, por medio del desarrollo de programas sectoriales⁹⁸ en donde se ven involucrados instancias gubernamentales, asociaciones civiles, instituciones internacionales y la población.

Dentro de la planeación de estrategias se encuentran tres niveles que determinan la forma de accionar los cuales son:

- ❖ “Nivel 1 - Proyecto de nación, el cual expresa las aspiraciones nacionales plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo.
- ❖ Nivel 2 - Asignar objetivos específicos que definan la acción gubernamental expresados en programas sectoriales, especiales, regionales e institucionales.
- ❖ Nivel 3 - Organización de recursos, distribuidos por programas presupuestarios”.⁹⁹

Este nivel de planeación tiene un sustento jurídico que respalda cada nivel. Como lo mencionamos anteriormente, el artículo 26º de la Constitución establece la elaboración de un Plan Nacional de Desarrollo al comienzo de cada nueva administración, en el nivel 2 se establecen las normas básicas que se guían la

⁹⁶ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Porrúa. México. 2012. Pág. 55.

⁹⁷ El Plan Nacional de Desarrollo es un documento de trabajo, que rige la programación y presupuestario de toda la Administración Pública Federal; ha sido concebido como un canal de comunicación del Gobierno de la República, que transmite a toda la ciudadanía de una manera clara, concisa y medible la visión y estrategia del gobierno de la presente Administración.

⁹⁸ Los programas sectoriales son instrumentos que abordan una temática socialmente relevante y determinada, que vinculan el funcionamiento de diversas instituciones públicas, sociales y privadas.

⁹⁹ *Guía Técnica para la elaboración de los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México. 2013. Pág. 6.

planeación plasmadas en la Ley de Planeación¹⁰⁰, por otro lado en la organización de los recursos se toma como sustento jurídico la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria,¹⁰¹ donde contiene los elementos necesarios para la elaboración de los ingresos y egresos de la nación.

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, destaca un programa sectorial en materia de salud llamado “Promoción de la Salud: Una nueva cultura”, este programa se centra en 2 estrategias.

La Estrategia 4.2 dice... “se estima en general que la participación social ha carecido de bases sólidas para la organización y acción comunitaria, así como de la capacitación en materia de promoción de la salud en el nivel local. Adicionalmente, es importante señalar que no existe la cantidad suficiente de promotores de la salud en los núcleos básicos, y es necesaria la actualización de los lineamientos que permitan el buen gobierno, así como la mayor participación y compromiso de todos los actores participantes [...] Se integran los lineamientos, manuales y guías metodológicas para la capacitación en materia de promoción de la salud...”.

Estrategia 4.3: “Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades. Las acciones de prevención en salud destacan por ser costo-efectivas al mejorar la salud y calidad de vida de la población, mientras que se evitan altos costos de tratamiento en el futuro. Sin embargo, actualmente estas acciones se llevan a cabo sin una efectiva coordinación entre las distintas instituciones públicas de salud y con un financiamiento dispar. Para incrementar la efectividad de

¹⁰⁰ El objetivo de la Ley de Planeación es establecer las normas y principios básicos que guíen la planeación nacional del desarrollo, así como establecer las bases de un sistema nacional de planeación democrático.

¹⁰¹ Establece los parámetros para la elaboración de la Ley de Ingresos y el Presupuesto de egresos, los cuales deben realizarse con base en objetivos y parámetros cuantificables de política económica y tomada en consideración los indicadores de desempeño correspondientes. Además deberán ser congruentes con el plan Nacional de Desarrollo y los programas que se derivan del mismo.

Por último, es importante destacar que los ejecutores del gasto serán responsables de llevar a cabo la administración por resultados. Esto implica que deberán cumplir con las metas y objetivos previstos en sus respectivos programas de manera eficiente y oportuna.

las políticas de prevención en salud, es necesario ordenar las acciones de prevención de enfermedades de todas las instituciones públicas de salud bajo una estrategia coordinada por la Secretaría de Salud y con prioridades claramente establecidas. Esta estrategia debe incluir a las instituciones de los distintos órdenes de gobierno y no sólo a las correspondientes al orden federal”.¹⁰²

Por otra parte este programa tiene una base en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012,¹⁰³ en 2 estrategias principalmente, las cuales son:

Estrategia 1. Línea de acción 1.4. Coordinar las acciones de protección contra riesgos sanitarios con las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica.

Estrategia 2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades. 2.1 Desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud 2.2 Fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables 2.16 Atender los efectos de los desastres y las urgencias epidemiológicas.¹⁰⁴

Este programa está encaminado al fomento de una nueva cultura en salud,¹⁰⁵ en el cual se ejerza el control de sus determinantes, favoreciendo los determinantes positivos; de esta forma se favorecerán las acciones en promoción de la salud desde su carácter anticipatorio, formulando políticas públicas que impacten a sus

¹⁰²Secretaría de Salud. Programa específico 2007-2012. “Promoción de la Salud una Nueva Cultura”. Pág. 20.

¹⁰³ El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) tiene como marco de formulación al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), elaborado por el Ejecutivo Federal con la finalidad de establecer los objetivos nacionales, las estrategias y las prioridades que le darán rumbo y dirección a la acción de gobierno durante la presente administración.

¹⁰⁴ Secretaría de Salud. Programa específico 2007-2012. “Promoción de la Salud una Nueva Cultura”. Pág. 21.

determinantes y, como lo marca la estrategia de 2.2 del Programa de Sectorial de Salud, para esto se necesita basar las acciones en un sustento científico, de aquí surge la necesidad de obtener evidencias en salud.

Se busca una nueva cultura en salud “que incluye el cambio de estilos de vida y entornos que dañan la salud como el sedentarismo; el consumo de tabaco y alcohol; el consumo de alimentos con alto contenido energético, grasas trans y sal; la higiene personal, el saneamiento básico y factores psicosociales. Asimismo al acceso a servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades”.¹⁰⁶

Una de las características de este programa es que contiene tres programas sectoriales que encaminan este nuevo cambio de cultura, los cuales son: Entorno y Comunidades Saludables, Escuelas Saludables y Vete Sano, Regresa Sano.

Otro punto importante es contar personal capacitado que realice esta labor, por lo cual reconoce que existe “un déficit de personal de promoción de la salud en las unidades de primer nivel de atención, y aunado a ello, el personal con código de promotor en ocasiones realiza otras funciones (choferes, secretarias).

Es relevante destacar que hasta hace algunos años no existía una institución educativa encargada de formar a este personal, y a la fecha sólo en la Ciudad de México existe la licenciatura en Promoción de la Salud.¹⁰⁷

Los programas sectoriales de salud se ven enmarcados en la estrategia de la actual administración, en este caso se le dio prioridad a buscar un cambio en los determinantes y en la forma de conceptualizar la salud, integrando aspectos sociales y reconociendo la falta de profesionales capacitados, que cumplan con el nuevo perfil requerido, reconociendo nuestra labor de licenciados en Promoción de la salud, como esos profesionales que necesitan estar al frente de estos nuevos

¹⁰⁶ Ibid., Pág.1.

¹⁰⁶ Ídem.

¹⁰⁷ Ibid., Pág.55.

proyectos que encaminen la mejora de la salud y la calidad de vida de las poblaciones.

3.5 - Casos de Argentina y España

Como ya se ha mencionado la iniciativa “Salud Pública en las Américas” fue el documento base para establecer acciones que los gobiernos tomarían en materia de salud pública.

En México el Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud se utiliza como herramienta metodológica el Cuestionario de Monitoreo de Determinantes de la Salud, el cual mide anualmente su comportamiento de los determinantes; pero no es el único país que genera de esa forma su evidencia en salud: en Argentina encontramos un sistema muy similar, con la implementación de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.¹⁰⁸ Para enfermedades no transmisibles.

Esta encuesta surge de la “Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles”, que se basa en una de las estrategias de la Organización Panamericana de la Salud, entre cuyas líneas de acción se encuentran la acción en políticas públicas y en abogacía.

Ante este nuevo reto se crea el Departamento de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No transmisibles, que es el encargado de conducir el Plan Argentina Saludable que aborda los programas de diabetes y salud cardiovascular, el Programa Nacional de Control de Lesiones y el área de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo.

En 2003 se realizó la validación de la encuesta en la provincia de Tierra de Fuego, para 2005 se realizó la primera encuesta, estableciendo los factores de riesgo que se abordarían, lo cual permite el estudio de los factores que determinan las

¹⁰⁸ Para la Organización Mundial de la Salud, un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

principales estrategias de acción epidemiológicas, con lo que se busca un mayor impacto en la población; esto a su vez permitió sentar una línea de acciones de prevención y control.

En 2009 se llevó a cabo la segunda encuesta, con un diseño muestra probabilístico estratificado y multietápico.

Este cuestionario está conformado por dos bloques; el primero se refiere a la vivienda y el hogar, en él se busca indagar las características de la vivienda, material de pisos y techos, combustible y servicios básicos; en cuestiones del hogar se indaga el número de habitaciones, ingresos y condiciones de vida de cada miembro del hogar, este bloque es respondido por el jefe de familia.

En el segundo bloque se encuentra la información personal de cada miembro de la familia, en donde se pregunta acerca de su salud en general, cobertura y acceso a la atención médica, actividad física, hipertensión arterial, peso corporal, alimentación, colesterol, consumo de tabaco y alcohol, diabetes, prácticas preventivas y métodos anticonceptivos.

Los resultados son los que determinan las acciones que el Estado Argentino llevará a cabo dentro de sus políticas públicas en salud.

Es importante destacar que en el caso de Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y el Sistema de Monitoreo de Determinantes existen similitudes, las cuales se muestran en el siguiente cuadro.

Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo
<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo
<ul style="list-style-type: none"> • El estudio es realizado por la Dirección General de Promoción de la Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • El estudio es realizado por la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles
<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario como herramienta metodológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario como herramienta metodológica
<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario anual 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario bianual
<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de corte transversal 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de corte transversal
<ul style="list-style-type: none"> • Diseño muestral probabilístico 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño muestral probabilístico estratificado
<ul style="list-style-type: none"> • Población objetivo: niñas y niños de 8 y 9 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Población objetivo: personas mayores de 18 años
<ul style="list-style-type: none"> • La obtención de datos es por medio de un cuestionario autoaplicable 	<ul style="list-style-type: none"> • La recolección de datos se realiza por medio de una encuesta con opción de respuestas
<ul style="list-style-type: none"> • Se realizaron 6 813 cuestionarios en el estado de Guanajuato 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizaron 47159 encuestas. • En 6 regiones de Argentina.
<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados se presentan en un informe 	<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados se presentan en un informe
<ul style="list-style-type: none"> • Resultados son la base para la creación de políticas públicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados son la base para la creación de políticas públicas

Cuadro 2: Comparación entre el Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud y Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

Como podemos observar en este cuadro comparativo, las similitudes son muchas entre ambos sistemas, ya que en ambas se parte de las estrategias establecidas en Salud Pública en las Américas; en ambos casos se habla de factores que influyen en la salud, ya sea de manera individual o colectiva, buscando un sistema que marque las pautas para las acciones que los gobiernos tomarán, para garantizar el cuidado y la protección de la salud.

En nuestro país, como en muchos otros, se toma como referencia las tendencias, internacionales con el fin de establecer las acciones para mejorar la vida de la

población, las cuales se entrelazan con el sistema jurídico, conjuntado acciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y población en general.

A pesar de sus similitudes, también existen diferencias muy visibles. La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo es más amplia y profundiza detalladamente en los determinantes sociales, económicos y ambientales, ya que en el primer apartado de la encuesta (el Bloque de Hogar), realiza preguntas que detallan el parentesco de los habitantes de una vivienda, escolaridad, tipo de habitaciones y material con el que están hechos pisos, muros y techos, el tipo de servicio sanitario con el que cuentan y los ingresos del jefe de familia. Con estos detalles podemos analizar más a fondo los niveles socioeconómicos de las familias. En este aspecto el Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, en la parte socio económica, no ahonda, ya que no existen preguntas que hablen sobre ingresos ni tipo de materiales en donde está construida la vivienda ni los servicios básicos con los que cuenta.

Otro de los puntos que detalla la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, en su Bloque Individual, son los estilos de vida, las practicas preventivas y los factores de riesgo, ya que detalla en cada apartado de este bloque acerca de la vida cotidiana, movilidad, actividad física, acceso a la atención médica, hipertensión arterial, peso corporal, alimentación, colesterol, consumo de tabaco y alcohol, diabetes y prácticas preventivas.

Aunque ambos cuestionarios están diseñados desde una perspectiva de promoción de la salud, parten dos enfoques diferentes ya que en el Cuestionario de Sistema de Monitoreo de determinantes de la Salud, se centra en los determinantes, pero no los incluye, para hablar de determinantes de la salud como los define la Organización Mundial de la Salud, no toma en cuenta estos factores personales, sociales, económicos y ambientales, ya que se inclina más a determinar factores de riesgo, para promover factores protectores, sin hablar realmente de determinantes de la salud; sólo se enfoca en disminuir factores de riesgo que los niños pueden

desarrollar para su vida adulta y de esta forma transformar los índices de morbilidad y mortalidad para el futuro.

A pesar de ser una Encuesta de Factores de Riesgo, habla de determinantes más detalladamente, ya que, como se ha venido mencionando, profundiza más en las situaciones socioeconómicas de cada población. con este tipo de encuestas se amplía más la gama de acciones que se pueden abordar desde la promoción de la salud, generando un evidencia más amplia, ya que se cuenta con un mayor número de elementos para formular políticas públicas más integrales, que no sólo incluyan la promoción de salud enfocada en mejorar estilos de vida, sino que puedan influir en el entorno social de las comunidades.

Pero las acciones de promoción de la salud, que buscan mejorar los estilos de vida nos son exclusivas de América: en España se elabora y aplica un cuestionario que busca generar evidencias en salud y que éstas se vean reflejadas en las políticas públicas de ese país.

La Encuesta Europea de Salud en España es aplicada desde 2006, en un periodo dos a tres años, y por el Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para obtener indicadores confiables sobre la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios, así como factores de riesgo, que sirvan como un comparativo entre los países europeos.

Esta encuesta se lleva a cabo a través de entrevistas personales domiciliarias a personas adultas. Los indicadores se dividen principalmente en tres categorías:

- ❖ “Estado de Salud, que incluye 12 indicadores. Valoración positiva del estado de salud, obesidad y sobre peso, problemas de salud crónicos (hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia), depresión, limitación de actividades básicas de la vida diaria, limitación para las actividades instrumentales y padecimiento de dolor.
- ❖ Estilos de vida, que incluye siete indicadores. Cuidado de persona mayores o con problemas de salud, fumadores diarios, consumo intensivo de alcohol,

sedentarismo, actividad física en los desplazamientos habituales, actividad física beneficiosa en los tiempos de ocio y fruta y verdura a diario.

- ❖ Sistema Sanitario que incluye 11 indicadores. Uso de servicios (consulta médica, asistencia urgente y hospitalización), necesidades no cubiertas (atención médica, atención dental y medicamentos recetados), cobertura de vacunación antigripal y cobertura de prevención de cáncer (mama, cuello uterino y colorrectal).”¹⁰⁹

Como podemos observar, en los tres sistemas de encuestas predomina una tendencia a conocer los estilos de vida de la población, reforzando los factores protectores, por lo cual la labor de la promoción de la salud está encaminada a cambiar estilos de vida.

Por otra parte, en 2011 en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, que se llevó acabo en Rio de Janeiro, Brasil, se establece en sus puntos 6 y 7 lo siguiente:

6. Las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud. Estamos convencidos de que para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana. Considerar que la salud y el bienestar de la población son características fundamentales de lo que constituye una sociedad del siglo XXI exitosa, integrada y justa, es coherente con nuestro compromiso a favor de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional.

7. Una buena salud exige la existencia de un sistema de salud de buena calidad, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible. Sin embargo, también depende de la participación de otros sectores y actores, y del diálogo con ellos, ya que sus actividades tienen

¹⁰⁹ https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf.

un importante efecto sobre la salud. Se ha demostrado la eficacia de una colaboración coordinada e intersectorial en materia de medidas políticas. El planteamiento de la “salud en todas las políticas”, junto con la cooperación y las actividades intersectoriales, ofrece un enfoque prometedor para reforzar la rendición de cuentas de otros sectores en materia de salud, así como para promocionar la equidad sanitaria y una sociedad más integrada y productiva. Al tratarse de objetivos colectivos, la buena salud y el bienestar para todos deberían gozar de alta prioridad en el ámbito local, nacional, regional e internacional..¹¹⁰

Por lo tanto, si se quiere generar una evidencia en salud basada en los determinantes sociales de la salud, se debe considerar el amplio espectro de la salud, no limitarse a los estilos de vida o el acceso y cobertura en salud, se deben incluir más todos los aspectos en los que se ve envuelto un ser humano, no sólo para garantizar el derecho a la protección a la salud, si no su derecho a la salud.

Ante estos cambio de paradigmas se necesita de nuevos profesionales que cuenten con los conocimientos para integrar todos los aspectos que abarca la salud; en el caso de la Ciudad de México, los profesionales que responden a esta necesidad son los licenciados en Promoción de la salud, que junto a otros profesionales pueden proponer una nueva forma de obtener evidencia en salud que realmente esté orientada a los determinantes sociales de la salud.

¹¹⁰ http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf.

CAPÍTULO 4.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DEL SISTEMA DE MONITOREO DE DETERMINANTES DE LA SALUD

4.1 - Resultados del cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud aplicado en el estado de Guanajuato en 2012

El cuestionario es una herramienta metodológica que se utiliza en la investigación científica para la obtención de datos estadísticos, los cuales brindan uniformidad a los datos obtenidos, ya que las respuestas se estandarizan.

Rodríguez, Gil y García establecen que el cuestionario es un “instrumento que se asocia a enfoques y diseños de investigación típicamente cuantitativos, porque se construye para constatar puntos de vista, porque favorece el acercamiento a las formas de conocimiento nomotético no ideográfico, porque su análisis se apoya en el uso de estadísticos que pretende acercar los resultados en pocos elementos (muestra) a un punto de referencia más amplio y definitorio (población) y en definitiva, porque suele diseñarse y analizarse sin contar con otras perspectivas que aquella que refleja el punto de vista del investigador”.¹¹¹

Por otra parte Alonso, Bayarre y Artiles establecen criterios que deben de considerarse al diseñar un cuestionario, los cuales son: “Razonable y comprensible: comprensión de los diferentes ítemes que evalúan el fenómeno o evento que se pretende medir, sensible a variaciones en el fenómeno que se mide, con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: si se justifica la presencia de cada uno de los ítemes que se incluyen en el instrumento, con componentes claramente definidos: si cada ítem está definido claramente y deriva de datos factibles de obtener: si es posible obtener la información deseada a partir de las respuestas dadas al instrumento.”¹¹²

¹¹¹ <http://www.grupocomunicar.com/contenidos/pdf/infoescuela/II.3.pdf>.

¹¹² <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n36/art08.pdf>.

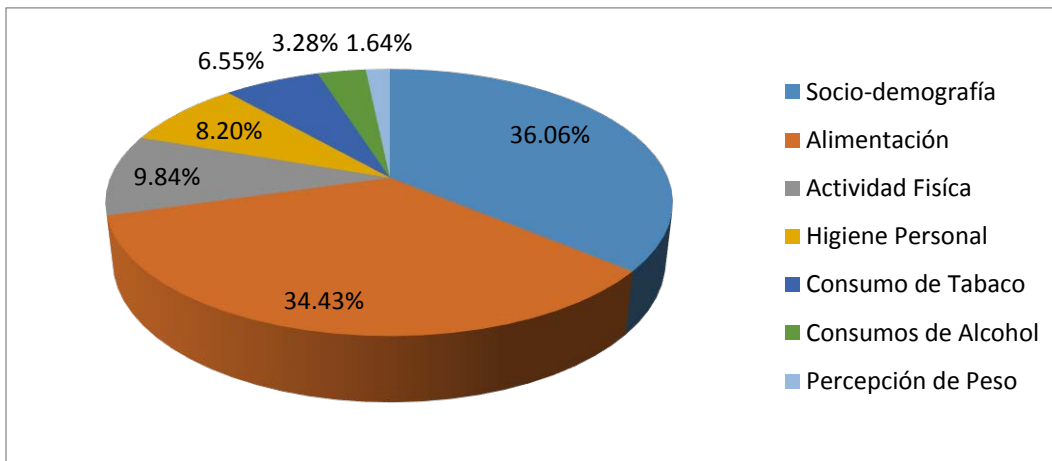
Como una herramienta metodológica, para generar evidencias en salud la Dirección General de Promoción de la Salud, plantea el Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud (SMDS), con el objetivo de responder a las necesidades locales para la toma de decisiones en acciones de Promoción de la Salud (el cuestionario de encuentra en el Anexo 1).

Un cuestionario autoaplicable mediante una plataforma colaborativa,¹¹³ que se aplicaba a tres diferentes grupos etarios: niños, adolescentes y adultos.

En el estado de Guanajuato se aplicaron 6 813 encuestas del Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud; dicho cuestionario está dividido en 5 bloques, el primer bloque (Sociodemografía) es contestado por los padres o tutores de los menores, está conformado por 22 reactivos, los bloques posteriores son contestados por los menores.

El segundo bloque (Alimentación) está conformado por 21 reactivos, siendo el segundo con mayor número de reactivos del cuestionario, el tercer bloque (Actividad física) está conformado por 6 reactivos, el cuarto bloque (Higiene personal) está conformado por 5 reactivos, el quinto y último bloque, de adicciones está subdividido en consumo de tabaco con 4 reactivos y consumo de alcohol con 2 reactivos, para finalizar con el cuestionario sin contar con un reactivo relacionado con percepción del peso.

¹¹³ la Plataforma de la Red de Comunicación Colaborativa (RCC) se analiza Excel y SPSS versión 18, permitiendo de esta forma compartir la información de datos.



Gráfica 1: Resultados Del Cuestionario Del Sistema De Monitoreo De Determinantes De La Salud, en las 8 Jurisdicciones Sanitarias del Estado de Guanajuato 2012.

Para el Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud se utilizó como muestreo un estudio transversal polietápico (aleatorio sistematizado)¹¹⁴ esto permite realizar un estudio que dé a conocer la frecuencia y distribución de los determinantes, conociendo cuál es su tendencia y su impacto.

En el caso específico de los cuestionarios aplicados a los niños de 8 y 9 años se tomó como:

“Universo

Padres o tutores de niños de 8 y 9 años al igual que niños de esta edad que cursen el 3^o y 4^o en escuelas públicas y privadas.

Criterios de inclusión

- ❖ Ser padre o tutor de un niño que cursen el 3^o y 4^o en escuelas públicas y privadas.
- ❖ Niños de 8 y 9 años.
- ❖ Haber firmado la autorización del consentimiento informado.¹¹⁵

¹¹⁴ Estudio basado en todas las unidades de observación base o unidades del muestreo que conformaran el tamaño de muestra, tiene la misma probabilidad de ser seleccionado aleatoriamente.

¹¹⁵ Autorización de consentimiento informado es el documento que expone los propósitos de la aplicación de la encuesta y la autorización escrita para poder participar en la encuesta.

Criterios de exclusión

- ❖ Niños fuera del rango de edad.
- ❖ Niños que no acepten participar.
- ❖ Niños no pertenecientes al 3^o y 4^o.
- ❖ Cuestionarios incompletos.¹¹⁶

El marco muestra se llevó a cabo de la siguiente manera.

- ❖ Se convoca a las entidades federativas a participar por lo menos con una jurisdicción.
- ❖ Las entidades federativas participantes enviaban una base de datos con el total de escuelas pública y privadas, pertenecientes a la jurisdicción o a las jurisdicciones, esta base de datos contenía el nombre de la escuela, los grupos de cada grado escolar y el número de alumnos por escuela.
- ❖ De esta base de datos se seleccionó los grupos de 3^o y 4^o que tuvieran en sus grupos más de cinco alumnos.
- ❖ Una vez seleccionados los grupos se contabilizaba el total de alumnos de cada grado.
- ❖ Con el total de alumnos se realizaba una frecuencia acumulada.
- ❖ Con una muestra fija de 817 encuestas a aplicar, se calculaba un intervalo de selección.
- ❖ Mediante un muestreo aleatorio se seleccionaron a las escuelas participantes.
- ❖ En el caso de las escuelas seleccionadas rebasaron un total de 900 alumnos por encuestar, se realizó una nueva selección, pero esta vez por conveniencia.

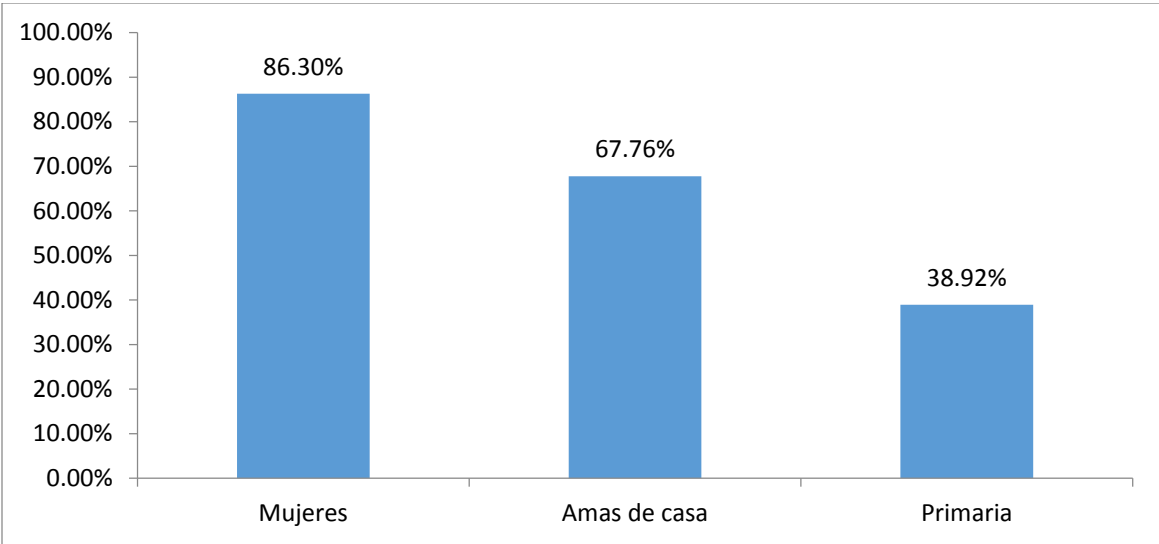
¹¹⁶ Dirección General de Promoción de la Salud. Departamento de Evidencia en Salud. Resultados de la encuesta del sistema de monitoreo de determinantes de la salud en las 8 jurisdicciones Sanitarias del estado de Guanajuato, en niños de 8 y 9 años de edad de tercer y cuarto grados de nivel primaria.

Del documento “Resultados del Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud en las 8 jurisdicciones Sanitarias del Estado De Guanajuato en niñas y niños de 8y 9 años de edad, de 3º y 4º de Nivel Primaria”, los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario, son evidencia en salud, que se generan para diseñar acciones que transformen el estilo de vida de la población y mejorar su calidad de vida al igual que su salud.

4.2 - Análisis de Resultados del Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud Aplicado a en las 8 Jurisdicciones Sanitarias del Estado de Guanajuato.

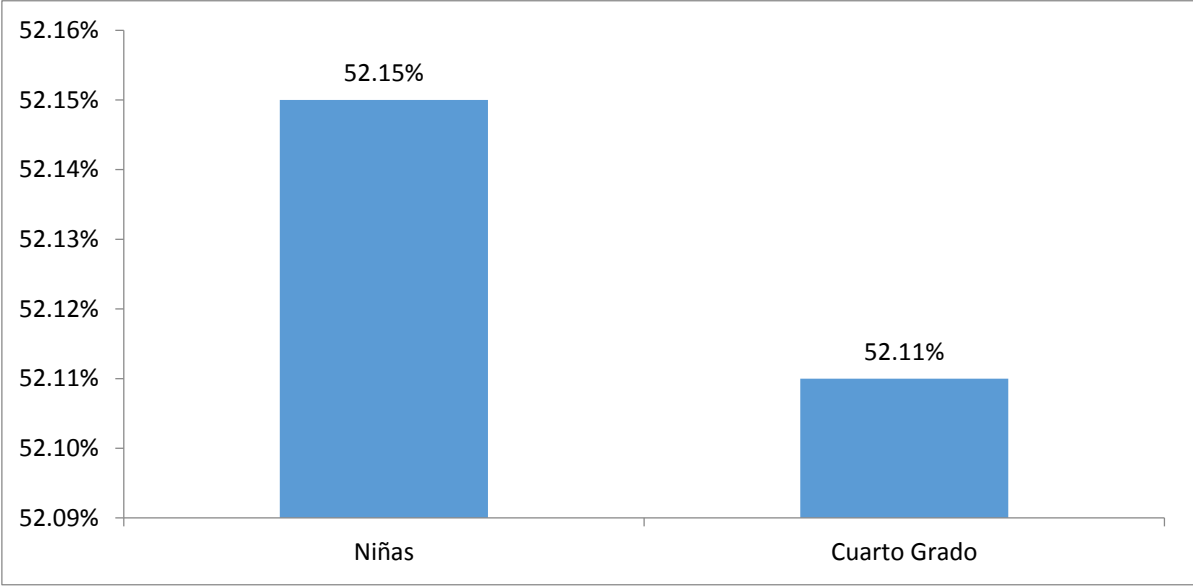
En los resultados presentados en los reportes (Anexo 2) podemos encontrar, en el determinante de sociodemografía, el 86.3% de los padres de familia encuestados son mujeres.

En el caso de la ocupación el 67.76% son amas de casa, por otra parte en la escolaridad de los encuestados el 38.92% cuenta con secundaria el 37.12% y sólo el 0.71% con posgrado.



Grafica 2: Resultados Del Cuestionario Del Sistema De Monitoreo De Determinantes De La Salud, en las 8 Jurisdicciones Sanitarias del Estado de Guanajuato en 2012

De los niños encuestados, el 52.15% son mujeres, mientras el 47.75% son hombres, de los dos grados encuestados (3° y 4° de primaria) se puede apreciar que el 52.11% pertenecen al cuarto grado.



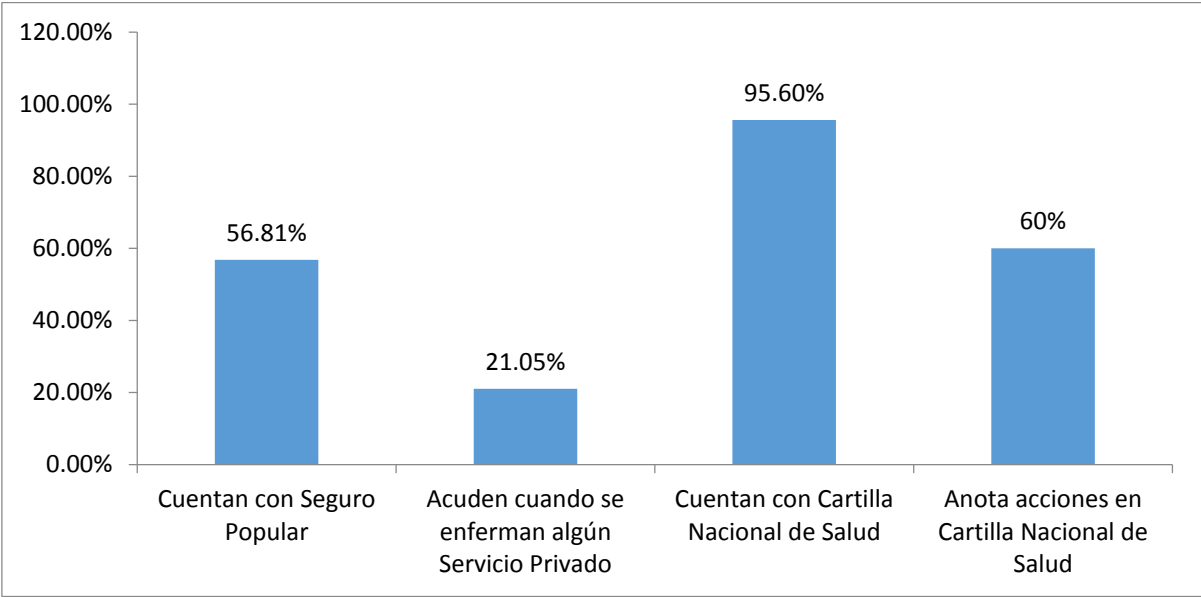
Grafica 3: Resultados del Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, en las 8 Jurisdicciones Sanitarias del estado de Guanajuato en 2012

El 46.34% cuenta con dos habitaciones para dormir y el 27.275% habitan 5 personas en el hogar, 86.73% cuenta con refrigerador, el 22.9% con una computadora portátil, de los cuales sólo el 16.21% tiene acceso a internet. Con un porcentaje muy similar, el 16% tiene algún tipo de videojuego.

En la atención y protección de la salud, los resultados que se obtuvieron se observa que el 56.81% no cuenta con algún tipo de servicio de salud público que sea otorgado por ser trabajador, como en el caso del IMSS e ISSSTE, por lo cual están inscritos al Seguro Popular para poder acceder a servicios públicos. El 3.75% está inscrito al ISSSTE mientras que el 22.97% están inscritos al IMSS.

Del 56.81% de los encuestados que cuentan con Seguro Popular, sólo el 33.6% lo utiliza cuando se enferma ya que el 21.05% utiliza algún tipo de servicio privado, por otra parte el 95.6% de los niños encuestados cuentan con cartilla, pero sólo el

77.46% usa esa cartilla, siendo el 60% de ellos a quienes les anotan las acciones de salud que se realizan cuando acuden algún servicio de salud.



Grafica 4: Resultados del Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, en las 8 Jurisdicciones Sanitarias del estado de Guanajuato en 2012

En el caso de las discapacidad en los niños el 61.56% de ellos no presentan ninguna, siendo sólo 5.92% que tienen una discapacidad visual, siendo ésta la más alta en comparación con las demás que se contemplan.

En el bloque de alimentación podemos encontrar que el 89.31% de los niños desayunan antes de ir a la escuela.

Como una orientación alimentaria se utiliza el plato del bien comer,¹¹⁷ el 95.88% conoce esta herramienta pero sólo el 83.67% de los niños reconocen correctamente cuáles son los grupos alimentarios que está conformado el plato.

Con respecto al consumo de frutas y verduras, el 34.05% consume 5 días a la semana frutas, 25.75% consumen 2 frutas al día, en el consumo de verduras el

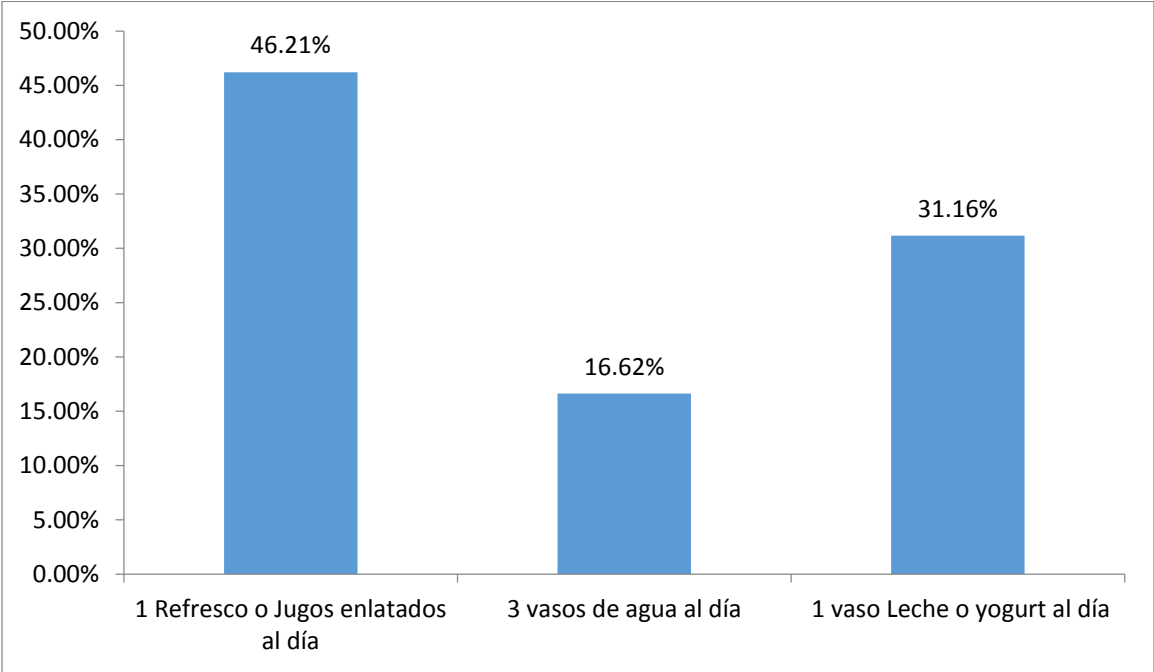
¹¹⁷ En la Norma Oficial Mexicana Número 043, el Plato del bien comer es la representación gráfica de las recomendaciones alimentarias que se debe incluir en una dieta balanceada.

23.07% consume sólo un día a la semana, 20.75% 2 días a la semana y el 20.27% 5 o más días a la semana, en el consumo al día de verduras 24.13% consumen 2 verduras al día, 22.33% 1 verdura al día y el 21.15% 3 verduras al día.

En el caso de las leguminosas la frecuencia de consumo se encuentra entre 5 días o más a la semana con un 25.15%, 2 días a la semana con 18.83% y un 3 días a la semana con 18.31%.

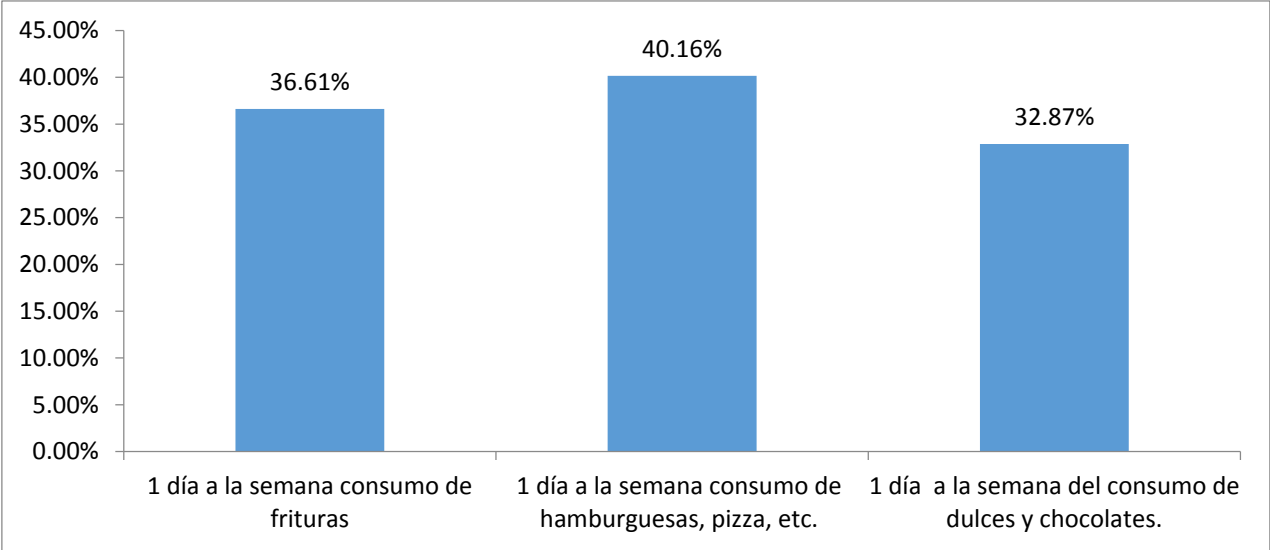
En cuanto al consumo de alimentos de origen animal el 36.33% consume carne de pollo 1 día del semana, al igual que el 35.85% consume pescado o atún y el 38.57% consume carne de res.

La frecuencia del consumo de refresco o jugos enlatados de 1 bebida azucarada al día con el 46.21%, en comparación con el 16.62% que consumen 3 vasos de agua al día, siendo sólo el 31.16% que consume un vaso de leche o yogurt al día.



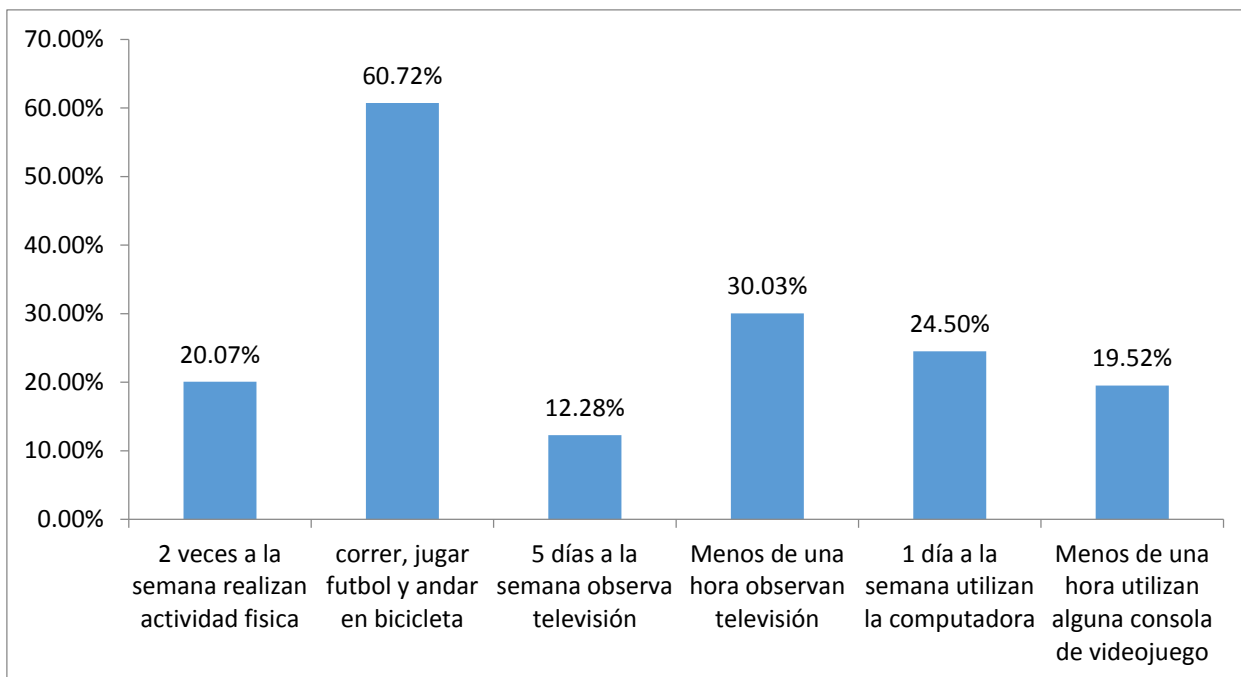
Grafica 5: Resultados del Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, en las 8 Jurisdicciones Sanitarias del estado de Guanajuato en 2012

En el consumo de “comida chatarra”, el 36.61% consume 1 día a la semana alguna fritura; con la misma frecuencia el 40.16% consume a la semana *pizza*, hamburguesas, *hot dogs* y tacos de puestro, el 32.87% consume dulces y chocolates de igual forma 1 día a la semana.



Grafica 6: Resultados del Cuestionario del Sistema De Monitoreo de Determinantes de la Salud, en las 8 Jurisdicciones Sanitarias del estado de Guanajuato en 2012

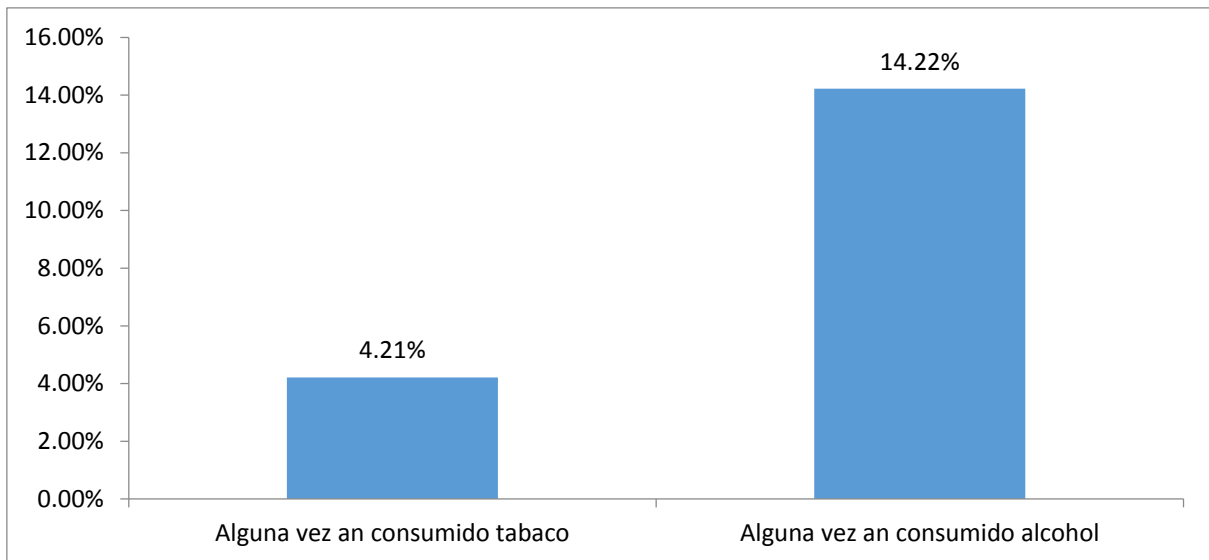
En el bloque de ejercicio el 20.07% realiza algún tipo de actividad física o ejercicio 2 veces por semana, la actividad que más les gusta realizar es correr, jugar futbol, andar en bicicleta con el 60.72%. El 12.28% observa la televisión 5 días a la semana, 30.03% dedica menos de una hora a la televisión; 24.5% utiliza la computadora una vez a la semana, 19.52% dedica menos de una hora al día a alguna consola de videojuegos.



Grafica 7: Resultados del Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, en las 8 Jurisdicciones Sanitarias del estado de Guanajuato en 2012

En el bloque de higiene personal el 45.63% se lava las manos seis o más veces al día, los momentos con más frecuencia de lavado de manos es antes de desayunar 74.2%, 77.93% antes de comer y el 71.71% después de ir al baño, el 71.6% utiliza jabón todas las veces que se lava las manos, siendo el 53.35% que se baña todos los días.

En el caso del consumo de tabaco y alcohol, el 4.21% ha consumido alguna vez en su vida tabaco; el 14.22% ha consumido alguna bebida alcohólica.



Grafica 8: Resultados del Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, en las 8 Jurisdicciones Sanitarias del Estado de Guanajuato en 2012

En cuanto a la percepción de peso de los niños encuestados el 29.73% se percibe con la figura 1, el 26.25% con la figura 3 y sólo 0.67% con la figura 8.



FIGURA 1. DIBUJOS DE SILUETAS DE LAS QUE LOS PARTICIPANTES ELIGIERON LA QUE MEJOR LES REPRESENTA

4.3 - Clasificación de preguntas del Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la salud, desde tres paradigmas de Promoción de la salud

Como se mencionó en el marco teórico, existen diferentes paradigmas de Promoción de la salud, pero dentro de nuestra formación profesional se dividió en tres corrientes: médico-hegemónico que a su vez se dividía en preventivo y estilos de vida, socio- histórico y emancipatorio.

De acuerdo a estas tres corrientes se categorizarán los 61 reactivos del “Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud”, la clasificación se muestra en el siguiente cuadro.

No. Pregunta	Pregunta	Clasificación DGPS	Respuesta	Modelos de Promoción de la Salud
Preguntas contestadas por las madres padres y tutores				
1	Sexo	Socio demografía	Femenino Masculino	Dato demográfico
2	¿Hasta qué grado estudió usted?	Socio-demografía	Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Licenciatura Posgrado No estudió	Socio-histórico
3	¿Cuál es su ocupación actual?	Socio-demografía	Empleado. Trabajador. Obrero Ama de casa Servicio doméstico puertas afuera Desempleado Campo (agricultura, apicultura, pesca etc.)	Socio-histórico
4	¿En su casa tiene computadora portátil?	Socio-demografía	Sí No	Socio-histórico
5	¿En su casa tiene refrigerador?	Socio-demografía	Sí No	Socio-histórico
6	¿En su casa cuenta con servicio de internet?	Socio-demografía	Sí No	Socio-histórico
7	¿En tu casa tienes consola de videojuegos?	Socio-demografía	Sí No	Socio-histórico
8	¿Cuántas persona viven en tu casa?	Socio-demografía	2 a 7 y más personas.	Socio-histórico

9	¿Cuántas habitaciones tienes para dormir?	Socio-demografía	1 a 4 o más habitaciones para dormir.	Socio-histórico
10	¿En su casa cuentan con freidor de alimentos?	Socio-demografía	Si No	Socio-histórico
11	¿Cuántas veces usa el aceite con el que cocina los alimentos en su casa?	Socio-demografía	1 a 5 y más veces.	Socio-histórico
12	Edad (niño)	Socio-demografía	8 o 9 años	Dato demográfico.
13	Sexo (niño)	Socio-demografía	Femenino Masculino	Dato demográfico.
14	Nivel de escolaridad	Socio-demografía	Tercer grado de primaria Cuarto grado de primaria	Socio-histórico
15	¿Cuenta su hijo (a) con algún de los siguientes servicios de salud?	Socio-demografía	Secretaría de Salud IMSS IMSS Oportunidades Seguro Popular Defensa PEMEX Servicios de Salud Privados Ninguno ISSSTE Marina No sabe	Médico-hegemónico-preventivo
16	Cuando se enferma su hijo (a), ¿cuál es el sitio más frecuente a donde lo lleva?	Socio-demografía	Secretaría de Salud IMSS IMSS Oportunidades Seguro Popular Defensa PEMEX Servicios de Salud Privados Ninguno	Médico-hegemónico-preventivo

			ISSSTE Marina No sabe	
17	¿Tiene su hijo (a) Cartilla Nacional de Salud?	Socio-demografía	Sí No No sabe	Médico-hegemónico-preventivo
18	Cuando lleva a su hijo(a) a los servicios de salud, ¿lleva la Cartilla Nacional de Salud?	Socio-demografía	Sí No	Médico-hegemónico-preventivo
19	Cuando lleva a su hijo(a) a los servicios de salud, ¿le piden su Cartilla Nacional de Salud?	Socio-demografía	Sí No	Médico-hegemónico-preventivo
20	Cuando lleva a su hijo (a) a los servicios de salud, ¿le anotan en su Cartilla Nacional de Salud las acciones de salud que le realizan?	Socio-demografía	Sí No	Médico-hegemónico-preventivo
21	¿Su hijo (a) tiene alguna limitación permanente, que le dificulte realizar actividades en su vida cotidiana, para:	Socio-demografía	Ver Oír Hablar Caminar Utilizar las manos Ninguna No sabe	Socio-histórico
22	¿Su familia es beneficiaria del Programa “Oportunidades”?	Socio-demografía	Si No	Socio-histórico
Preguntas contestadas por los niños				
23	¿Marca todas las comidas que realizas de lunes a viernes?	Alimentación	Desayuno Como algo en el recreo Comida Como algo en la tarde Ceno	Médico-hegemónico-estilos de vida

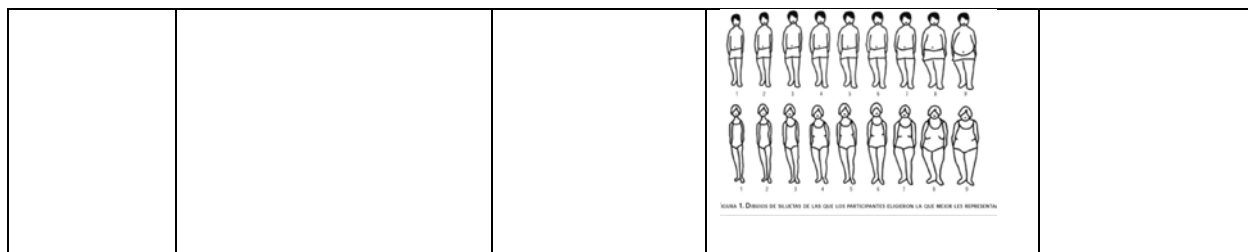
24	¿Desayunaste ayer antes de ir a la escuela?	Alimentación	Sí No	Médico-hegemónico-estilos de vida
25	¿Conoces el Plato del bien comer?	Alimentación	Sí No	Médico-hegemónico-estilos de vida
26	¿Sabes cuáles son los alimentos que conforman el Plato del bien comer?	Alimentación	Verduras y frutas, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal. Verduras, cereales y alimentos de origen animal. Verduras, frutas y leguminosas	Médico-hegemónico-estilos de vida
27	¿Cuántos días a la semana comes fruta?	Alimentación	1 a 5 días o más. Ninguno	Médico-hegemónico-estilos de vida
28	De acuerdo a tu respuesta anterior, responde cuántas frutas comes al día	Alimentación	1 a 5 o más al día. Ninguna	Médico-hegemónico-estilos de vida
29	¿Cuántos días a la semana comes verduras, como zanahoria, chayote, berros, col, brócoli, lechuga, jitomate, elote, quelites, pepino, nopal, espinacas, etc.?	Alimentación	1 a 5 días o más. Ninguno	Médico-hegemónico-estilos de vida
30	De acuerdo a tu respuesta anterior, responde cuantas verduras comes al día	Alimentación	1 a 5 o más al día. Ninguno	Médico-hegemónico-estilos de vida
31	¿Cuántos días a la semana comes leguminosas como frijol, haba, lenteja,	Alimentación	1 a 5 o más días dela semana. Ninguno	Médico-hegemónico-estilos de vida

	garbanzo. soya, etc.?			
32	¿Cuántos días a la semana comes carne de pollo, pescado o pavo?	Alimentación	1 a 5 o más días de la semana. Ninguno	Médico-hegemónico-estilos de vida
33	¿Cuántos días a la semana comes carne de pescado, atún, queso?	Alimentación	1 a 5 o más días de la semana. Ninguno	Médico-hegemónico-estilos de vida
34	¿Cuántos días a la semana comes carne de res, bistec, chuleta de res, cecina de res, chuleta de puerco, etc.?	Alimentación	1 a 5 o más días de la semana. Ninguno	Médico-hegemónico-estilos de vida
35	¿Cuántos días a la semana tomas refresco o jugos enlatados o de caja?	Alimentación	1 a 5 o más a la semana. Ninguno	Médico-hegemónico-estilos de vida
36	¿Cuántos refrescos o jugos enlatados o de caja tomas al día?	Alimentación	1 a 5 o más al día. Ninguno	Médico-hegemónico-estilos de vida
37	¿Cuántos vasos de agua simple tomas diariamente?	Alimentación	1 a 5 o más al día. Ninguno	Médico-hegemónico-estilos de vida
38	¿Cuántos vasos de leche o yogurt tomas al día?	Alimentación	1 a 4 o más al día. No tomo ni leche ni yogurt	Médico-hegemónico-estilos de vida
39	¿Cuántos días a la semana comes botanas como papas fritas hechas en casa, papitas, chicharrones, etc.?	Alimentación	1 a 5 o más días de la semana. Todos los días. Ninguno	Médico-hegemónico-estilos de vida
40	¿Cuántos días a la semana comes sopas instantáneas, <i>pizza</i> ,	Alimentación	1 a 5 o más días de la semana. Todos los días. Ninguno.	Médico-hegemónico-estilos de vida

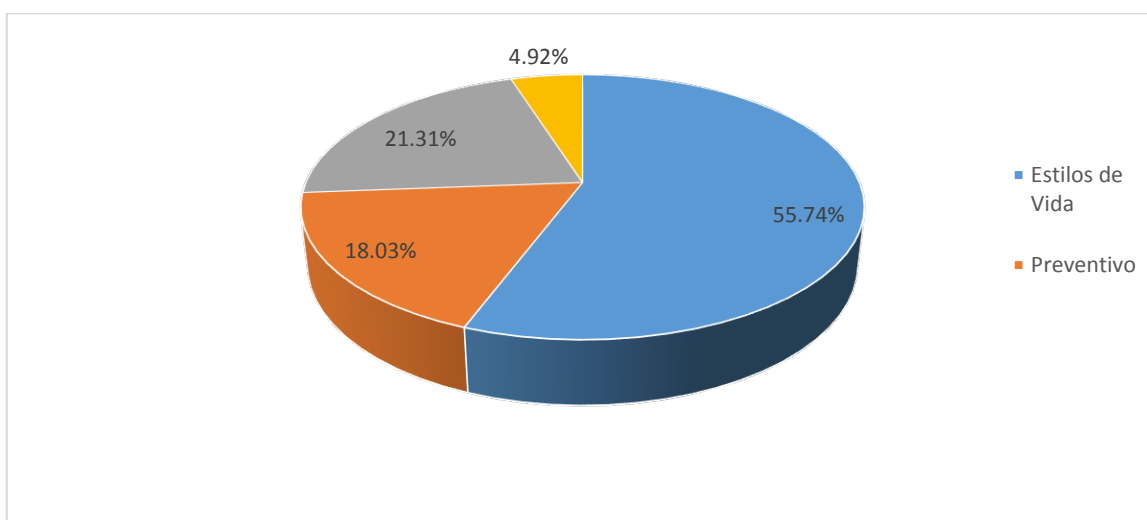
	hamburguesas, <i>hot dogs</i> , tacos de puesto, etc.?			
41	¿Cuántos días a la semana comes pastelillos, dulces, chocolates?	Alimentación	1 a 5 o más días de la semana. Todos los días. Ninguno.	Médico-hegemónico-estilos de vida
42	¿Cuántas cucharadas de azúcar le pones a tus alimentos, por ejemplo al cereal, chocolate etc.?	Alimentación	1 a 4 o más. Ninguno	Médico-hegemónico-estilos de vida
43	Antes de probar la comida, ¿le pones sal?	Alimentación	Sí No	Médico-hegemónico-estilos de vida
44	¿Cuántas veces a la semana realizas actividad física o ejercicio?	Actividad física	1 a 5 días. Todos los días. Ningún día	Médico-hegemónico-estilos de vida
45	¿Cuál de estas actividades haces más?	Actividad física	Correr, jugar fútbol. Andar en bicicleta. Brincar la cuerda. Subir y bajar escaleras. Bailar. Nadar. Caminar. Hula, hula. Patinar. Ninguna	Médico-hegemónico-estilos de vida
46	¿Cuántas veces a la semana ves televisión?	Actividad física	1 a 5 días. Todos los días. Ningún día	Médico-hegemónico-estilos de vida
47	¿Cuántas horas al día ves televisión?	Actividad física	Menos de 1 hora al día. 1 hora al día. 2 horas al día. Más de 2 horas al día. Ninguna.	Médico-hegemónico-estilos de vida

48	¿Cuántos días a la semana usas la computadora?	Actividad física	1 a 5 días. Todos los días. Ninguno	Médico-hegemónico-estilos de vida
49	¿Cuántas horas juegas video juegos durante el día?	Actividad física	Menos de 1 hora al día. 1 hora al día. 2 horas al día. Más de 2 horas al día. Ninguna.	Médico-hegemónico-estilos de vida
50	¿Cuántas veces al día te lavas las manos?	Higiene personal	1 a 6 o más veces al día. No me lavo las manos.	Médico-hegemónico-preventivo
51	¿Cuándo te lavas las manos?	Higiene personal	Antes de desayunar. Antes de comer. Antes de cenar Después de ir al baño. Después de comer. Después de estornudar o toser. Después de jugar. No me lavo las manos.	Médico-hegemónico-preventivo
52	¿Usas agua y jabón para lavarte las manos?	Higiene personal	Todas las veces. Algunas veces. No uso jabón	Médico-hegemónico-preventivo
53	Menciona cada cuándo te bañas	Higiene personal	Todos los días. Un día sí y un día no. Dos días a la semana. Cada 8 días	Médico-hegemónico-preventivo
54	¿Te lavas los dientes?	Higiene personal	Ayer en la noche. Hoy antes de venir a la escuela. Después de desayunar. Después de comer. Después de cenar. No me lavo los dientes	Médico-hegemónico-estilos de vida

55	¿Dentro de tu casa fuman?	Consumo de tabaco	Sí No	Médico-hegemónico-estilos de vida
56	¿Tú has fumado tabaco (cigarros) alguna vez?	Consumo de tabaco	Sí No	Médico-hegemónico-estilos de vida
57	¿En el último mes has fumado tabaco (cigarros)?	Consumo de tabaco	Sí No	Médico-hegemónico-estilos de vida
58	Cuando fumaste, ¿cuantos cigarros fumaste?	Consumo de tabaco	Menos de un cigarro. 1 cigarro completo. 2 o más cigarros.	Médico-hegemónico-estilos de vida
59	¿Alguna vez has tomado una copa o vaso completo de: sidra, rompopo, cerveza, vino, ron, <i>brandy, cooler,</i> vodka, pulque, tequila, mezcal, ponche, torito, aguardiente u otra bebida alcohólica?	Consumo de alcohol	Sí No	Médico-hegemónico-estilos de vida
60	¿En el último mes has tomado una copa o vaso completo de alguna bebida alcohólica? (sidra, rompopo, cerveza, vino, ron, <i>brandy cooler,</i> vodka, pulque, tequila, mezcal, ponche, torito, aguardiente u otra)	Consumo de alcohol	Sí No	Médico-hegemónico-estilos de vida
61	Marca con una x el dibujo al que más te parece	Percepción de peso		Médico-hegemónico-estilos de vida



En la clasificación realizada se obtuvieron los siguientes resultados: 34 reactivos (55.74%), fueron clasificados en la corriente médico-hegemónico-estilo de vida, 13 reactivos (21.31%) a la corriente socio-histórica, 11 reactivos (18.03%) Médico Hegemónico-preventivo y sólo 3 (4.92%) a información estadística.



Grafica 9: Clasificación de reactivos del Cuestionario Del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud, de acuerdo a una corriente de Promoción de la Salud

De acuerdo con la clasificación se observa que la tendencia de los reactivos va a determinar estilos de vida, para conocer y modificar conductas, uno de los objetivos a alcanzar con los resultados de este cuestionario es fortalecer las conductas protectoras para poder garantizar a las poblaciones una mejor calidad de vida por ello la promoción de la salud juega un papel importante, dentro del Modelo Operativo de Promoción de la Salud, establecen que “La promoción de la salud parte de esta caracterización y trabaja tomando en cuenta el origen de los determinantes, analizando la forma en que las personas se exponen a los riesgos, poniendo énfasis

en averiguar cómo pueden éstas ya sea protegerse o volverse más resilientes, y utilizar los determinantes favorables para impulsar su bienestar”.¹¹⁸

Con este principio la Promoción de la Salud se caracteriza por anticipar, prevenir la enfermedad, por lo cual la generación de evidencia se va ver orientada a indagar en conductas de la población para reorientarlas, de esta forma planificar políticas públicas encaminadas a la promoción de factores, tomando encuentra algunos aspectos socioeconómicos, que no son tan considerados dentro de la políticas públicas ya que se centran las acciones en mejorar la salud colectiva, promoviendo factores protectores.

Este cuestionario va orientado a indagar en estilos de vida, por lo cual el 55.74% de sus preguntas, su tendencia va a esa corriente, el 18.03% su tendencia es a la corriente preventiva ya que estas preguntas se centran en la higiene, con ello se evita la propagación de enfermedades, al igual que se erradica focos de infecciones.

En el caso de las preguntas que categorizamos en el Socio-histórico, son aquellas preguntas que van orientadas, a determinantes sociales de la enfermedad, como las condiciones socioeconómicas, laborales y de ingreso.

Por otra parte el modelo emancipatorio no se hizo presente en ninguna de las preguntas, ya que como lo explicamos anteriormente este cuestionario va más encaminado al cambio de conductas, no a la construcción de futuros viables ni el desarrollo de capacidades. Al estructurar el cuestionario con preguntas de opción múltiple, se pretende obtener una respuesta cuantificable que indique los fenómenos y eventos que pueden afectar la salud de la población de forma general, no particular de una comunidad como sería el caso del modelo emancipatorio.

De esta clasificación concluimos que pueden mezclarse diferentes paradigmas de la promoción de la salud, la mayoría de ellos se entra en la enfermedad como eje

¹¹⁸Modelo Operativo de Promoción de la Salud Secretaría de Salud México-Dirección General de Promoción de la Salud. México. 2006. Pág. 23.

central, pero no deja de lado el hecho que los paradigmas coexisten al mismo tiempo, utilizando la multidisciplinaria que la promoción de la salud otorga.

Este ejercicio nos proporcionó una visión de cada paradigma, aunque uno sea dominante ante los demás, es un ejercicio reflexivo que ayuda a separar las diferentes visiones, pero que a su vez se unen para un mismo fin.

CONSIDERACIONES FINALES

A - Propuesta de reestructuración del Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud

Cómo ya se ha mencionado, el Cuestionario de Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud es una herramienta metodológica, para generar evidencia en salud y diseñar nuevas políticas públicas que atiendan las necesidades de la población, al igual que medir anualmente el comportamiento de los determinantes de la salud.

Con estas medidas se busca resaltar la cualidad de la promoción de la salud en su carácter anticipatorio, de esta forma impulsar la acción comunitaria y mejorar los niveles de salud, implementando programas que ayuden a este fin.

“Los programas de Promoción de la Salud deben atender a su responsabilidad social integrar más a las comunidades como agentes de cambio”,¹¹⁹ ante este principio es necesario innovar la forma de obtener evidencia en salud. La reestructuración del cuestionario es una propuesta, pretende identificar problemas específicos de poblaciones, en este caso niños, dando un panorama general, focalizar en dónde se puede actuar, y realizar propuestas que ayuden a solucionar de manera conjunta los problemas, generando una nueva forma de obtener evidencia en salud más apegada a la realidad de las comunidades donde se obtenga la evidencia.

Por ello al implementar evidencias basadas en los determinantes de la salud implica “concientización y trabajo constante por parte del individuo, lo cual debe trascender necesariamente a su núcleo familiar y a la sociedad a la que pertenece. El trabajo con los determinantes debe estar articulado como mecanismo de acciones conjuntas entre la comunidad, la academia y el gobierno, de tal manera que permita

¹¹⁹ Pérez, Pinzón, Alonso. *Promoción de la salud conceptos y aplicaciones*. Colombia. Ediciones Uninorte. 2007. Pág. 22.

concebir planes integrales, utilizando estrategias definidas para conseguir el bienestar de la población”.¹²⁰

Con esta acción conjunta de comunidad, academia y gobierno, se busca impulsar los determinantes positivos, generalizando problemáticas. Dejando de lado que la promoción de la salud va más allá de impulsar estos determinantes, sino que puede conjugar contexto social, histórico, político, cultural y económico, que establezcan determinantes sociales.

La forma en que la Dirección General de Promoción de la Salud está generando evidencia, se inclina más a buscar factores de riesgo, sin analizar que “un comportamiento considerado aceptable o nocivo para la salud, está determinado por elementos culturales, como valores, las tradiciones y costumbres. La influencia cultural también se percibe en la clasificación que el individuo hace sobre las causas y orígenes del estado de salud o de enfermedad”,¹²¹ en esta forma de generar evidencias se deja de lado la cultura, las condiciones sociales en las que se ven inmersas las poblaciones ya que sólo se enfoca en el proceso salud-enfermedad, no ahondando en los aspectos socioculturales.

La Secretaría de Salud reconoce la necesidad de nuevos profesionales capacitados, para diseñar e implementar nuevas estrategias que integren las diferentes visiones en salud.

Nuestra formación en la licenciatura de Promoción de la Salud corresponde al perfil de profesionales nuevos que busca la Secretaría de Salud ya que nuestra formación es multidisciplinaria, demostrando nuestra labor como profesionales de salud, aportando a la mejora de la generación de evidencia y así mejorar las condiciones de salud de la población.

El cuestionario propuesto está conformado por 75 preguntas, distribuida en 7 bloques, la división de bloque permanecería siendo la misma, al igual que la sección

¹²⁰ *Ibíd.* P.p. 40-41.

¹²¹ *Ibíd.* Pág. 26.

donde responden los padres y los niños, integrando dos apartados escuela y familia. (El cuestionario completo se encuentra en el Anexo 3).

En el primer bloque que es referente a socio demografía, buscamos identificar las condiciones económicas, por lo cual decidimos eliminar si las familias contaban con freidor ya que no arroja ninguna evidencia de la condiciones económicas, por otra parte decidimos modificar las preguntas que hacen referencia a si cuentan con computadora.

SOCIO DEMOGRAFÍA	
Pregunta del cuestionario original que se eliminan	Pregunta del Cuestionario Original que se modifican
¿En su casa cuenta con freidor de alimentos?	¿En su casa tiene computadora portátil?
	¿En su casa cuenta con servicio de internet?
	¿En tu casa tienes consola de videojuegos?

En el bloque de alimentación decidimos eliminar las preguntas que indican la frecuencia de comidas que realizan al día, al igual que las preguntas referentes a la frecuencia diaria de consumo de frutas y verduras, ya que no es constante el consumo diario de diferentes alimentos, por cuestiones culturales, económicas o de preparación de alimentos.

Por otra parte ampliamos las preguntas referentes al consumo de refresco, jugos y leche de sabor, ya que se incluían de forma general, al ampliar las preguntas se busca identificar el consumo de estas bebidas con mayor detalle, para conocer las preferencias de los niños en ciertas regiones.

ALIMENTACIÓN	
Pregunta del cuestionario original que se eliminan	Propuesta de preguntas que se modifican
Marca todas las comidas que realizas de lunes a viernes	¿Cuántas comidas realizas al día?
¿Cuántas frutas comes al día?	¿Cuántos días a la semana consumes refresco?
¿Cuántas verduras comes al día?	¿Cuántos días a la semana consumes jugos enlatados?
¿Cuántos días a la semana tomas refresco o jugos enlatados o de caja?	¿Cuántos días a la semana consumes leche de sabor?
¿Cuántos refrescos o jugos enlatados o de caja tomas al día?	¿Cuánto días a la semana consumes leche?
¿Cuántos vasos de leche o yogurt tomas al día?	

En el cuarto bloque que corresponde a Actividad física, decidimos hacer modificaciones a las preguntas en su totalidad, ya que dividimos de forma más puntual, la actividad física que realizan los niños en la escuela y fuera de ella, al igual incluir si practican algún deporte.

En el caso del uso de aparatos electrónicos decidimos establecer la frecuencia de hora por día eliminado la frecuencia por semana.

ACTIVACIÓN FÍSICA	
Pregunta del Cuestionario Original que se eliminan	Propuesta de preguntas que se modifican
¿Cuántas veces a la semana realizas actividad física o ejercicio?	¿Cuántas veces a la semana tienes Educación Física en la escuela?

¿Cuántas veces a la semana ves televisión?	¿Practicas algún deporte?
¿Cuántas horas a la semana usas la computadora?	¿Cuántas horas al día dedicas a la computadora?
¿Cuántas horas juegas videojuegos durante el día?	¿Cuántas horas al día dedicas a la tablet?
	¿Cuántas horas al día dedicas al celular?
	¿Cuántas horas al día dedicas a jugar videojuegos?

En el caso del último bloque, simplificamos las preguntas del consumo del tabaco preguntando si los niños encuestados alguna vez habían consumido tabaco o alcohol y cuáles eran las causas del consumo; de esta forma podríamos determinar las causas de consumo y profundizar en si es un hábito recurrente profundizando, para no dar por hecho problemáticas.

TABACO Y ALCOHOL	
Pregunta del cuestionario original que se eliminan	Propuesta de preguntas que se modifican.
¿En el último mes has fumado tabaco?	¿Has fumado tabaco alguna vez? Si tu respuesta es sí, ¿por qué?
Cuando fumaste, ¿cuantos cigarros fumaste?	

Para la reestructuración del cuestionario, consideramos integrar preguntas que se enfoquen a los determinantes de la salud, ya que este cuestionario se enfoca más a buscar factores de riesgo.

En el caso del bloque de sociodemográfica, consideramos que debería de ampliar las preguntas que nos hagan referencia a las condiciones socioeconómicas.

Por otra parte se pregunta acerca de la calidad del agua, ya que este aspecto es fundamental para conocer la influencia de este líquido vital para la higiene personal y de los alimentos.

En cuestión de electrodomésticos ampliamos las opciones de respuesta buscando conocer como es la forma de preparación y cocción de alimentos ya que se puede puntualizar en algunos problemas respiratorios, ambientales y de salud en general.

Como un complemento de a las preguntas relacionadas con la vivienda se integran tres preguntas más, que hacen referencia a los materiales con los que está construida la vivienda. Esto nos permite tener un panorama general de las condiciones socioeconómicas de la población.

SOCIODEMOGRAFÍA
¿Con cuáles de los siguientes servicios cuenta? a) Electricidad b) Gas c) Agua d) Drenaje e) Pavimento.
¿Cómo considera la calidad del agua? a) Buena b) Regular c) Mala.
¿Con cuál de los siguientes electrodomésticos cuenta? a) Refrigerador b) Microondas c) Licuadora

<p>d) Parrilla eléctrica</p> <p>e) Estufa.</p>
<p>¿Qué utilizas con mayor frecuencia para cocinar sus alimentos?</p> <p>a) Estufa</p> <p>b) Microondas</p> <p>c) Parrilla eléctrica</p> <p>d) Anafre</p> <p>e) Fogón.</p>
<p>¿Cuenta con los siguientes aparatos electrónicos?</p> <p>a) Computadora</p> <p>b) Laptop</p> <p>c) Tablet</p> <p>d) Consola de videojuego</p> <p>e) Celular.</p>
<p>¿Cuál es el material que predomina en el piso de su vivienda?</p> <p>a) Tierra</p> <p>b) Cemento.</p> <p>c) Madera</p> <p>d) Otro material.</p>
<p>¿Cuál es el material que predomina en los muros de su vivienda?</p> <p>a) Ladrillo</p> <p>b) Madera</p> <p>c) Cartón</p> <p>d) Otros materiales.</p>
<p>¿Cuál es el material que predomina en el techo de su vivienda?</p>

- a) Cemento
- b) Lámina
- c) Madera
- d) Cartón
- e) Otros materiales.

Como este cuestionario está enfocado a niños, en la propuesta de reestructuración consideramos incluir dos bloques más titulados “Escuela” y “Familia”.

Se decidió nombrarlos de esta forma basándonos en la teoría de Bron Frenbrenner, la cual “sostiene que las personas en desarrollo coexisten en una serie de sistemas complejos e intelectuales”.¹²² Divide el ambiente en cuatro:

- ❖ Microsistema: Papás, hermanos (familia nuclear)
- ❖ Mesosistema-hogar (familia externa como tíos, abuelos, amigos), trabajo y escuela.
- ❖ Exosistema: situaciones sociales
- ❖ Macrosistema: contexto ambiental como comunidad y ciudad.

Por lo anterior descrito se construye las preguntas con el objetivo de crear evidencia referente a la violencia en la escuela y el ambiente familiar, ya que como se mencionó anteriormente en el punto número seis de la Conferencia Mundial Sobre Determinantes Sociales de Salud, se debe considerar las condiciones en las que una persona se desarrolla, abarcando las experiencias de los primeros años. Como lo establece la teoría de Bron Frenbrenner, los primeros sistemas en donde nos desarrollamos son la familia y la escuela. Por lo tanto consideramos que en un cuestionario que está enfocado en niños debe incluir estos dos aspectos que son vitales para el desarrollo de los niños.

¹²² Kail, Canavaugh. *Desarrollo Humano. Una perspectiva del ciclo vital*. México. Thomson. 2006. Pág. 21.

Los bloques se conforman de la siguiente manera.

ESCUELA.
¿Qué tan frecuentemente te sientes solo en la escuela? a) Nunca b) Pocas veces c) Muchas veces d) Siempre.
¿Te has sentido intimidado en la escuela? a) Sí. b) No.
¿Cómo es el ambiente en la escuela durante el recreo? a) Todos jugamos y nos divertimos. b) Algunos juega sin insultos, otros lo hacen golpeándose y gritando. c) Todos se molestan.
¿Te parece divertido poner apodos a los demás? a) Sí. b) No.
¿Te dice algún apodo? a) Sí. b) No. Si la respuesta es sí, ¿te gusta tu apodo?
Tu escuela cuenta con: a) Electricidad b) Agua c) Drenaje d) Áreas verdes e) Juegos f) Internet

- g) Sala de cómputo
- h) Biblioteca
- i) Bebederos.

FAMILIA

¿Haces las tareas escolares con tus padres?

- a) Sí.
- b) No.

¿Tus padres te han hablado con groserías?

- a) Sí.
- b) No.

¿Tus padres te han pegado?

- a) Sí.
- b) No.

Si la respuesta es sí, ¿por qué?

¿Tus padres te han gritado?

- a) Sí.
- b) No.

Si la respuesta es sí, ¿por qué?

¿Cuánto tiempo ves a tus padres durante el día?

- a) Menos de una hora
- b) Una hora
- c) Más de una hora.

¿Qué haces cuando estas con tus padres?

- a) Jugar
- b) Ver televisión
- c) Jugar en el celular o computadora
- d) Platicar
- e) No me hacen caso.

Esta propuesta surge de la reflexión hecha durante la elaboración de los reportes en nuestro servicio social, al igual que en el desarrollo de este trabajo, en la cual buscamos integrar aspectos sociales y del medio que nos rodea, para generar mayor evidencia.

B - Conclusiones

Antes y durante el desarrollo de este trabajo se experimentó un proceso de reflexión desde que iniciamos el servicio social, donde trabajamos con los elementos del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud.

La reflexión hecha por nosotras fue por que surgieron inquietudes respecto a la información recolectada, ya que los resultados que nosotras analizamos y revisamos no coincidían, porque se manejaban unos porcentajes en el informe general y otros en los reportes de cada jurisdicción. De igual forma nos percatamos de que se daba por sentado ciertas problemáticas que eran incongruentes con la evidencia que se recolectaba, pero que era prioridad para el Departamento de Evidencia expresar en una política pública. Con estos elementos que ya conocíamos, y el proceso reflexivo, decidimos plasmar en este trabajo la propuesta que nosotros tenemos para incorporar otros elementos que generen evidencias.

De acuerdo a lo anterior y partiendo de nuestra formación profesional, conjuntando saberes de epidemiología, bioestadística, promoción de la salud, crecimiento y desarrollo, salud pública y políticas públicas. Decidimos integrar y reestructurar el contenido del cuestionario sin emitir juicios de valor y respetando la visión que permea dentro la Dirección General de Promoción de la Salud, conjuntando nuestra formación profesional con el ámbito laboral de un profesional de la salud, dentro de una institución que determina en el ámbito nacional las acciones de la promoción de la salud que se ven reflejadas en la forma de obtener evidencias e implementar políticas públicas que ayudan a mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de las comunidades.

Dentro de la Dirección General de Promoción de la Salud, encontramos un espacio fértil para el desarrollo profesional de un Promotor de la Salud ya que se cuenta con las herramientas metodológicas y los conocimientos para mejorar e innovar la forma en construir evidencia en salud, ampliando la gama de acciones reflejadas en programas y políticas. Ya que conocemos más visiones que abarca la promoción de la salud, trabajando conjuntamente cuestiones de estilos de vida, preventivos y de entorno sociales.

Una de las cosas que aprendimos es que conceptualmente hay una evolución histórica de la promoción de la salud, en la cual surgen diferentes paradigmas que coexisten y por ende hay una que predomina pero toma elementos de los demás, por lo cual no es que se divida y se trabaje con una sola visión, si no que se puede conjuntar elementos de cada una para fortalecer el trabajo en la práctica profesional de la promoción de la salud. Como ejemplo de nuestra propuesta, existen bloques destinados a fomentar factores protectores, pero se integra otros bloques que hablan de entornos sociales y ambientales específicos de ese grupo etario.

Con lo que proponemos se busca detectar puntos rojos en donde se pueda actuar de una manera diferente de como está haciendo, ya que se habla de niños que están inmersos en un contexto que puede influir en su desarrollo biológico y social.

Por otra parte nos enfrentarnos a la realidad como profesionales en un campo laboral, donde se nos dio la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos en nuestra formación y ponerlos en práctica.

El trabajar con profesionales de diferente formación académica a la nuestra, nos brindó herramientas, que nos ayudaron a entender porque se está trabajando de esa manera dentro de las instituciones y el reconocimiento de la promoción de la salud como una profesión, no solo a nivel técnico.

Con todos estos elementos, que adquirimos durante nuestra experiencia en nuestro servicio social, desarrollamos este trabajo contextualizando el lugar de trabajo, describiendo el trabajo que realizamos, plasmando los conceptos relevantes que

permean a lo largo del texto, de mismo modo describimos donde surge la tendencia de hacer la evidencia en salud, el ejemplificar en la práctica los resultados, el análisis de las preguntas del cuestionario y sus tendencias a los modelos de promoción de la salud, la reestructuración del cuestionario, el cual es nuestro aporte como una propuesta para mejorar el Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud.

Es importante destacar que la promoción de la salud no sólo la enmarca un modelo si no que es un trabajo que reúne diferentes disciplinas para llegar a un fin común que es mejorar las condiciones de salud de los individuos y las poblaciones desde la perspectiva de la cual se decida abordar o trabajar; buscando la construcción conjunta de conocimientos entre instituciones y comunidad.

Con ello el trabajo por hacer como licenciadas de Promoción de la Salud es bastante y muy amplio; sin embargo hay que comenzar transformando lo existente en materia de salud innovando con ideas, integrando diferentes disciplinas y a las comunidades, de este modo se generara conjuntamente una nueva forma de hacer promoción de la salud.

BIBLIOGRAFÍA.

Almeida Filho Naomar. *Epidemiología Sin Números. Una introducción crítica a la ciencia epidemiológica*. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 1992.

Álvarez Alba Rafael. *Salud Pública y Medicina Preventiva Tercera Edición Manual Moderno*. México. 2002.

Angulo Menasse Andrea, García Cárdenas David, Gómez Pánana Martha Aline. *Introducción a la Promoción de la Salud*. UACM. México. 2012.

Castillo Robles María Guadalupe, Hernández Cota Venancio, Robles González Teresa. *Introducción a la Salud Pública*. Primera edición. Instituto Politécnico Nacional. México 1998.

Colomer Revuelta Concha, Álvarez- Dardet Díaz Carlos. *Promoción de la salud y cambio social*. Editorial Masson, España. 2001.

Chapela Mendoza Ma. Del Consuelo. *Promoción de la Salud, siete tesis del debate*. Cuadernos Médicos Sociales.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Porrúa. México. 2013.

Czeresnia Dina, Machado de Freitas Carlos. *Promoción de la Salud conceptos, reflexiones, tendencias*. Editorial Lugar, Buenos Aires, Argentina. 2008.

Del Bosque Sofía (Comp). *Manos a la Salud*. CIESS/OPS. México. 1998.

Dirección General de Promoción de la Salud. *Modelo Operativo de Promoción de la Salud*. México 2006

Dirección General de Promoción de la Salud. *Boletín Informativo*. Desarrollo del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud y Resultados en México. Mayo 2011.

Dirección General de Promoción de la Salud. Departamento en Evidencia en Salud. Documento Interno. *Sistema de Monitoreo de Determinantes*. 2013.

Dirección General de Promoción de la Salud. Departamento de Evidencia en Salud. *Resultados de la encuesta del sistema de monitoreo de determinantes de la salud en las 8 jurisdicciones Sanitarias del estado de Guanajuato, en niños de 8 y 9 años de edad de tercer y cuarto grado de nivel primaria*

Frenk Julio. *La Salud de la Población hacia una nueva Salud Pública* Fondo de Cultura Económica. México. 2000.

Mendoza Rodríguez Juan Manuel. *La Mirada Médico- Social de la Promoción de la Salud*. Documento interno. Academia de Promoción de la Salud. UACM.

Restrepo Helena, Malaga Hernán. *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*, Editorial Medica Panamericana, Colombia.2001.

Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes y Richardson, 1996, p. 71) *Psicología y Salud*, Vol. 23, Núm. 2: 273-282, julio-274 diciembre de 2013.

Vega Franco Leopoldo. *La Salud en el Contexto de la Nueva Salud Pública*. Manual Moderno. México. 2000.

Vikail Robert, Cavanaugh John. *Desarrollo Humano. Una perspectiva del ciclo vital*. Editorial Thomson. Tercera edición. México.2006.

BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA.

Programa de acción específico “*Promoción de la Salud Una nueva Cultura*”
Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/promocion_de_la_salud_una_nueva_cultura.pdf

Consultado el 15 de Diciembre del 2015.

Diccionario De la Real Academia Española.

Disponible en:

<http://dle.rae.es/?w=protomedicatos&origen=REDLE>.

<http://dle.rae.es/?w=desamortizar%C3%A9&origen=REDLE>.

Consultado el 6 de Febrero del 2016.

Portal de la Secretaria de Salud.

Disponible en:

http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/mision_y_vision/misionvision.html.

Consultado el 25 de Marzo 2016.

Portal de la Dirección General de Promoción de la Salud.

Disponible en:

<http://www.dgrmysg.salud.gob.mx/>

Consultado el 25 de Marzo del 2016

Documentos acerca de la Dirección General de Promoción de la Salud.

Disponible en:

<http://www.gob.mx/salud/documentos/acerca-de-la-direccion-general-de-promocion-de-la-salud-dgps>.

Consultado el 25 de Marzo del 2016.

Portal de la Dirección General de Promoción de la Salud.

Disponible en:

<http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/organigrama-de-la-direccion-general-de-promocion-de-la-salud>.

Consultado el 25 de Marzo del 2016.

Manual de Organización General de la Secretaría de Salud.

Disponible en:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n236.pdf>.

Consultado el 25 de Marzo del 2016.

Noma oficial 043-SSA2-2012. Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria.

Disponible en:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013

Consultada el 18 de Abril del 2016.

<http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/> .

Consultado el 23 de Mayo del 2016.

Diccionario de la Real Academia Española.

Disponible en:

<http://dle.rae.es/?w=salud>.

Consultados el 23 de Mayo del 2016.

Compilación de Conceptos d Salud Pública.

Disponible en:

<https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>.

Consultado el 25 de Mayo 2016.

Portal de la Organización Panamericana de la Salud.

Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3175&layout=blog&Itemid=3617&lang=es.

Consultado el 25 de Mayo del 2016.

Carta de Ottawa.

Disponible en:

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

Consultado el 25 de Mayo del 2016.

Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública de las Américas. Instrumentos para medición del desempeño de las funciones esenciales de la Salud pública.

Disponible en:

http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeno.pdf

Consultado el 25 de Mayo del 2016.

La Salud Pública en la Américas. Nuevos Conceptos, análisis del desempeño y base para la acción.

Disponible en:

http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf

Consultado el 30 de Mayo 2016.

Portal de la Organización Mundial de la Salud.

[http://www.who.int/topics/epidemiology/es/-](http://www.who.int/topics/epidemiology/es/)

Consultado 1 de Junio 2016

Diccionario de la Real academia española.

Consultado el 1 de Junio 2016.

Darío Rubén. La noción de salud Pública: Consecuencia de su polisemia.

Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/120/12020109.pdf>

Consultado 1 de Junio 2016

Marchiori Buss Paulo. Una Introducción al concepto de promoción de la salud.

Disponible en:

<https://es.scribd.com/document/103291750/Una-introduccion-al-concepto-de-Promocion-de-la-Salud-Paulo-Marchiori-Buss>.

Consultado el 1 de Julio del 2016.

Documentos de Promoción de la Salud.

Disponible:

http://www.famp.es/racs/ObsSalud/documentos/Promocion_de_la_Salud.pdf.

Consultado el 11 de Julio del 2016

Declaración de Yakarta

Disponible:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf.

Consultado el 15 de Julio del 2016.

Declaración de Alma Ata.

Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf.

Consultado el 15 de Julio del 2016.

Almeida. Introducción a la Epidemiología.

Disponible en:

http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/almeida__introduccion_a_la_epidemiologia_.pdf.

Consultado el 20 de Julio del 2016.

Hernández Luis. Qué crítica la epidemiología crítica: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida

Disponible en:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/15752/1/10453-19813-1-PB.pdf>

Consultado el 24 de Julio del 2016.

E. Judith Un primer acercamiento al concepto de Medicina Social.

Disponible en:

<http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb90117.pdf>

Consultado el 24 de Julio del 2016.

Guía de Evidencia en Salud.

Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Guia_de_Evidencia_en_Promocion_de_la_Salud.pdf.

Consultado el 22 de Agosto del 2016

Consultado el 28 de Agosto del 2016.

Memoria de Investigación.

Disponible en:

<http://www.grupocomunicar.com/contenidos/pdf/infoescuela/II.3.pdf>

Consultado el 24 de Agosto de 2016.

Corral Yadira. Diseños de Cuestionario para recolección de datos.

Disponible en:

<http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n36/art08.pdf>.

Consultado el 24 de Agosto del 2016.

Portal de la Organización Mundial de la Salud.

http://www.who.int/social_determinants/es/

Consultado el 27 de Agosto del 2016.

Breilh Jaime. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud”

Disponible en:

<http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3413/1/Breilh,%20J-CON-119-Una%20perspectiva%20em.pdf>

Consultado el 27 de Agosto del 2016.

Secretaria de Gobernación

Disponible en:

<http://pnd.gob.mx/>.

Consultado el 28 de Agosto del 2016

Portal del Gobierno de Jalisco

Disponible en:

<http://sepaf.jalisco.gob.mx/gestion-estrategica/planeacion/programas-sectoriales-especiales>.

Consultado el 28 de Agosto del 2016

Portal de la Secretaria de Salud.

Disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/pro170108.pdf>

Consultado el 28 de Agosto del 2016.

Portal de la Organización Mundial de la Salud.

Disponible en:

http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.

Consultado el 28 de Agosto del 2016.

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Argentina.2011.

Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000570cnt-2014-10_encuesta-nacional-factores-riesgo-2011_informe-final.pdf.

Consultado el 28 de Agosto del 2016.

Guía Técnica para la elaboración de los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Disponible en:

http://www.bancomext.com/wp-content/uploads/2014/07/guia_tecnica_pnd_2013-2018.pdf

Consultado el 28 de Agosto del 2016.

Artículo 4º De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/art_4to.html

Consultado el 18 de Marzo del 2017.

Portal del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.

Disponible en:

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

Consultado el 18 de Marzo del 2017.

Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Disponible en:

http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

Consultado el 18 de Marzo del 2017.

ANEXO 1.

CUESTIONARIO COMPLETO

DEL SISTEMA DE

MONITOREO DE

DETERMINANTES DE LA

SALUD.

Sección sociodemográficos

Sección a contestar por los padres (madres) o tutores (as) responsable de la niña (o).

Datos del padre (madre) o tutor(a) del (la) menor. Por favor marque con una X la respuesta que c

orresponda a cada pregunta

1.- Sexo 1. Femenino _____ 2. Masculino _____

2.- ¿Hasta qué grado estudió usted? Por favor *Marcar con una "X" SOLO UNA opción*

a. Primaria

b. Secundaria

c. Preparatoria o bachillerato

d. Carrera técnica

e. Licenciatura

f. Posgrado.

g. No estudió

3.- ¿Cuál es su ocupación actual? Por favor *Marcar con una "X" SOLO UNA opción*

1. Empleado (a)

2. Trabajador(a) por cuenta propia

3. Obrero (a)

4. Ama de casa

5. Servicio Doméstico puertas afuera

5. Desempleado(a)

6. Campo, agricultura, apicultura, pesca, piscicultura, etc.

4.- ¿En su casa tiene computadora?

1___ Sí

2___ No

5.- ¿En su casa tiene refrigerador?

1___ Sí

2___ No

6.- ¿En su casa cuenta con servicio de internet?

1___ Sí

2___ No

7.- ¿En tu casa tienes consola de videojuegos?

1___ Sí

2___ No

8.- ¿Cuántas personas viven en su casa?

1. ___ 2 personas

2. ___ 3 personas

3. ___ 4 personas

4. ___ 5 personas

5. ___ 6 personas

6. ___ 7 y más

9.- ¿Cuántas habitaciones tiene para dormir?

1. ___ 1 habitación

2. ___ 2 habitaciones

3. ___ 3 habitaciones

4. ___ 4 o más habitaciones

10.- ¿En su casa cuenta con freidor de alimentos?

1___ Sí

2___ No

11.- ¿Cuántas veces usan el aceite con el que cocinan los alimentos en su casa?

1. ___ 1 vez

2. ___ 2 veces

3. ____ 3 veces
4. ____ 4 veces
5. ____ 5 y más veces

Datos del niño o niña (a) para ser contestado por el padre, madre, tutor (a), o adulto responsable del (la) menor. Por favor marque con una X la respuesta que corresponda a cada pregunta.

12.- Edad: (años cumplidos) ____ Años

13.- Sexo: 1 ____ Femenino 2 ____ Masculino

14.- Nivel de escolaridad

1. ____ Tercer grado de primaria

2. ____ Cuarto grado de primaria

15.- ¿Cuenta su hijo (a) con alguno de los siguientes servicios de salud? **(puede marcar más de una opción)**

1 ____ Secretaría de Salud 7 ____ Defensa

2 ____ IMSS 8 ____ PEMEX

3 ____ IMSS Oportunidades 9 ____ Servicios de salud privados

4 ____ Seguro Popular 10 ____ Ninguno

5 ____ ISSSTE 11 ____ No sabe

6 ____ Marina

16.- Cuando se enferma su hijo (a), ¿Cuál es el sitio más frecuente a donde lo lleva? (por favor **marque solo una opción**)

1 ____ Secretaría de Salud 7 ____ Defensa

2 ____ IMSS 8 ____ PEMEX

3 ____ IMSS Oportunidades 9 ____ Servicios de salud privados

4 ____ Seguro Popular

5__ ISSSTE

10__ Ninguno

6__ Marina

11__ No sabe

17.- ¿Tiene su hijo(a) Cartilla Nacional de Salud?

1__ Sí

2__ No (si contestó “No” pase a la pregunta 21)

3__ No sé (si contestó “No sé” pase a la pregunta 21)

18.- ¿Cuándo lleva a su hijo(a) a los servicios de salud, lleva su Cartilla Nacional de Salud?

1__ Sí

2__ No

19.- ¿Cuándo lleva a su hijo(a) a los servicios de salud, le piden su Cartilla Nacional de Salud?

1__ Sí

2__ No (si contestó “No” pase a la pregunta 21)

20.- ¿Cuándo lleva a su hijo(a) a los servicios de salud, le anotan en su Cartilla Nacional de Salud las acciones de salud que le realizan?

1__ Sí

2__ No

21.- ¿Su hijo(a) tiene alguna limitación permanente, que le dificulte realizar actividades en su vida cotidiana, para: (puede marcar las opciones que sean necesarias)

1__ Ver

5__ Utilizar las manos

2__ Oír

6__ Ninguna

3__ Hablar

99__ No sé

4__ Caminar

22.- ¿Su familia es beneficiaria del Programa “Oportunidades”?

1__ Sí

2__ No

¡Gracias por su participación!

II. Cuestionario para ser contestado por el niño(a)

Hola, estamos interesados en conocer tus respuestas a las siguientes preguntas, te agradecemos tu valiosa participación.

Gracias, tus respuestas son importantes

a. ALIMENTACIÓN

23.- ¿Marca todas las comidas que realizas de lunes a viernes?

() Desayuno

() Como algo en el recreo

() Comida

() Como algo en la tarde

() Ceno

24.- ¿Desayunaste ayer antes de ir a la escuela?

1. ___ SI 2. ___ NO

25.- ¿Conoces el plato del bien comer?

1. ___ SI 2. ___ NO

26.- ¿Sabes cuáles son los alimentos que conforman el plato del bien comer? (Por

Favor, **SOLO MARCA UNA RESPUESTA)**

1. ___ Verduras y frutas, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal

2. ___ Verduras, cereales y alimentos de origen animal

3. ___ Verduras, frutas y leguminosas

27.- ¿Cuántos días a la semana comes fruta?, (Por favor, **SOLO MARCA UNA**

RESPUESTA)

1. ___ 1 día a la semana
2. ___ 2 días a la semana
3. ___ 3 días a la semana
4. ___ 4 días a la semana
5. ___ 5 o más días a la semana
6. ___ Ninguno



28.- ¿De acuerdo a tu respuesta anterior, responde cuantas frutas comes durante el día?
(Por favor, **SOLO MARCA UNA RESPUESTA)**

1. ___ 1 fruta al día
2. ___ 2 frutas al día
3. ___ 3 frutas al día
4. ___ 4 frutas al día
5. ___ 5 o más frutas al día
6. ___ Ninguna

29.- ¿Cuántos días a la semana comes verduras, como zanahoria, chayote, berros, col, brócoli, lechuga, jitomate, elote, quelites, pepino, nopal, espinacas, etc.?, (Por favor

SOLO MARCA UNA RESPUESTA)

1. ___ 1 día a la semana
2. ___ 2 días a la semana
3. ___ 3 días a la semana
4. ___ 4 días a la semana

5. ____ 5 o más días a la semana

6. ____ Ninguna

30.- De acuerdo a tu respuesta anterior ¿cuántas verduras comes durante el día (Por favor **SOLO MARCA UNA RESPUESTA**)

1. ____ 1 verdura al día

2. ____ 2 verduras al día

3. ____ 3 verduras al día

4. ____ 4 verduras al día

5. ____ 5 o más verduras al día

6. ____ Ninguna

31.- ¿Cuántos días a la semana comes leguminosas como frijol, haba, lenteja, garbanzo, soya, etc., (Por favor **SOLO MARCA UNA RESPUESTA**)

1. ____ 1 día a la semana

2. ____ 2 días a la semana

3. ____ 3 días a la semana

4. ____ 4 días a la semana

5. ____ 5 o más días a la semana

6. ____ Ninguna

32.- ¿Cuántos días a la semana comes carne de Pollo o pavo? (Por favor **SOLO MARCA UNA RESPUESTA**)

1. ____ 1 día a la semana

2. ____ 2 días a la semana

3. ____ 3 días a la semana

- 4. ____ 4 días a la semana
- 5. ____ 5 o más días a la semana
- 6. ____ Ninguna.

33.- ¿Cuántos días a la semana comes carne de Pescado, atún? (Por favor **SOLO MARCA UNA RESPUESTA)**

- 1. ____ 1 día a la semana
- 2. ____ 2 días a la semana
- 3. ____ 3 días a la semana
- 4. ____ 4 días a la semana
- 5. ____ 5 o más días a la semana
- 6. ____ Ninguna

34.- ¿Cuántos días a la semana comes carne de res, bistec, chuleta de res, cecina de res, chuleta de puerco, cecina de puerco, etc. (Por favor **SOLO MARCA UNA RESPUESTA)**

- 1. ____ 1 día a la semana
- 2. ____ 2 días a la semana
- 3. ____ 3 días a la semana
- 4. ____ 4 días a la semana
- 5. ____ 5 o más días a la semana
- 6. ____ Ninguna

35.- ¿Cuántos días a la semana tomas refresco o jugos enlatados o de caja? (Por favor **SOLO MARCA UNA RESPUESTA)**

- 1. ____ 1 día a la semana
- 2. ____ 2 días a la semana

3. ___ 3 días a la semana
4. ___ 4 días a la semana
5. ___ 5 o más días a la semana
6. ___ Ninguna

36.- ¿Cuántos refrescos o jugos enlatados o de caja tomas al día?

1. ___ 1 refresco o jugo enlatado o de caja al día
2. ___ 2 refresco o jugo enlatado o de caja al día
3. ___ 3 refresco o jugo enlatado o de caja al día
4. ___ 4 refresco o jugo enlatado o de caja al día
5. ___ 5 refresco o jugo enlatado o de caja al día
6. ___ Ninguna

37.- ¿Cuántos vasos con agua simple tomas diariamente? (Por favor **SOLO MARCA UNA**

RESPUESTA)

1. ___ 1 vasos de agua al día
2. ___ 2 vasos de agua al día
3. ___ 3 vasos de agua al día
4. ___ 4 vasos de agua al día
5. ___ 5 vasos de agua al día
6. ___ 6 o más vasos de agua al día
7. ___ No tomo agua simple

38.- ¿Cuántos vasos de leche o yogurt tomas al día (Por favor **SOLO MARCA UNA**

RESPUESTA)

1. ___ 1 vaso de leche o yogurt al día



- 2. ___ 2 vasos de leche o yogurt al día
- 3. ___ 3 vasos de leche o yogurt al día
- 4. ___ 4 o más vasos de leche o yogurt al día
- 7. ___ No tomo ni leche ni yogurt

39.- ¿Cuántos días a la semana comes botanas como papas fritas hechas en casa, papitas, chicharrones, etc.) (Por favor **SOLO MARCA UNA RESPUESTA**)

- 1. ___ 1 día a la semana
- 2. ___ 2 días a la semana
- 3. ___ 3 días a la semana
- 4. ___ 4 día a la semana
- 5. ___ 5 o más días a la semana
- 6. ___ todos los días
- 7. ___ Ninguno

40.- ¿Cuántos días a la semana comes sopas instantáneas, Pizzas, Hamburguesas, Hot Dogs, tacos de puesto, etc.? (Por favor **SOLO MARCA UNA RESPUESTA**)

- 1. ___ 1 día a la semana
- 2. ___ 2 días a la semana
- 3. ___ 3 días a la semana
- 4. ___ 4 día a la semana
- 5. ___ 5 o más días a la semana
- 6. ___ todos los días
- 7. ___ Ninguno

41.- ¿Cuántos días a la semana comes pastelillos, Dulces, Chocolates? (Por favor **SOLO**

MARCA UNA RESPUESTA)

1. ___ 1 día a la semana
2. ___ 2 días a la semana
3. ___ 3 días a la semana
4. ___ 4 día a la semana
5. ___ 5 o más días a la semana
6. ___ todos los días
7. ___ Ninguno

42.- ¿Cuántas cucharadas de azúcar le pones a tus alimentos, por ejemplo al cereal, chocolate, etc.?(Por favor **SOLO MARCA UNA RESPUESTA)**

1. ___ 1 cucharada
2. ___ 2 cucharadas
3. ___ 3 cucharadas
4. ___ 4 o más cucharadas
5. ___ Ninguna

43.- Antes de probar la comida, ¿Le pones sal?

1. ___ SI
2. ___ NO

b. EJERCICIO

44.- ¿Cuántas veces a la semana realizas actividad física o ejercicio? (Por favor **SOLO**

MARCA UNA RESPUESTA)

1. ___ 1 día a la semana
2. ___ 2 días a la semana
2. ___ 3 días a la semana
3. ___ 4 días a la semana
4. ___ 5 días a la semana
5. ___ Todos los días
6. ___ Ningun día



45.- ¿Cuáles de estas actividades haces más? (Por favor **SOLO MARCA**

UNA RESPUESTA)

1. ___ Correr, Jugar fútbol, andar en bicicleta
2. ___ Brincar cuerda
3. ___ Subir y bajar escaleras
4. ___ Bailar
5. ___ Nadar
6. ___ Caminar
7. ___ Hula, hula
8. ___ Patinar
9. ___ Ninguna



46.- ¿Cuántas veces a la semana ves televisión? (Por favor **SOLO MARCA UNA**

RESPUESTA)

1. ___ 1 día a la semana
2. ___ 2 días a la semana
2. ___ 3 días a la semana
3. ___ 4 días a la semana
4. ___ 5 días a la semana
5. ___ Todos los días
6. ___ Ningun día

47.- ¿Cuántas horas al día ves televisión? (Por favor SOLO MARCA UNA RESPUESTA)

1. ___ Menos de 1 hora al día
2. ___ 1 hora al día
3. ___ 2 horas al día
4. ___ Más de 2 horas al día
5. ___ Ninguna.

48.- ¿Cuántas días a la semana usas la computadora? (Por favor SOLO MARCA UNA RESPUESTA)

1. ___ 1 día a la semana
2. ___ 2 días a la semana
2. ___ 3 días a la semana
3. ___ 4 días a la semana
4. ___ 5 días a la semana
5. ___ Todos los días
6. ___ Ningun día

49.- ¿Cuántas horas juegas video juegos durante el día? (Por favor SOLO MARCA

UNA RESPUESTA)

1. ___ Menos de 1 hora al día
2. ___ 1 hora al día
3. ___ 2 horas al día
4. ___ Más de 2 horas al día
5. ___ Ninguna

c. HIGIENE PERSONAL

50.- ¿Cuántas veces al día te lavas las manos? (Por favor **SOLO MARCA UNA RESPUESTA)**

1. ___ una vez al día
2. ___ dos veces al día
3. ___ tres veces al día
4. ___ cuatro veces al día
5. ___ cinco veces al día
6. ___ seis o más veces al día
7. ___ No me lavo las manos

51.- ¿Cuándo te lavas las manos? (PUEDES MARCAR VARIAS RESPUESTAS)

1. ___ Antes de desayunar
2. ___ Antes de comer
3. ___ Antes de cenar
4. ___ Después de ir al baño
5. ___ Después de comer
6. ___ Después de estornudar o toser
7. ___ Después de jugar



8. ___ No me lavo las manos

52. - ¿Usas agua y jabón para lavarte las manos? (Por favor **SOLO MARCA UNA**

RESPUESTA)

1. ___ Todas las veces

2. ___ Algunas veces

3. ___ No uso jabón

53. - ¿Menciona cada cuando te bañas? Por favor **SOLO MARCA UNA RESPUESTA)**

1. ___ todos los días

2. ___ Una día sí y un día no

3. ___ dos días a la semana

4. ___ Cada 8 días

54. - ¿Te lavaste los dientes? Por favor (**PUEDES MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA)**

1. ___ Ayer en la noche

2. ___ Hoy antes de venir a la escuela

3. ___ Después de desayunar

4. ___ Después de comer

5. ___ Después de cenar

6. ___ No me lavo los dientes

d. CONSUMO DE TABACO (CIGARROS)

55. - ¿Dentro de tu casa fuman? (Por favor **SOLO MARCA UNA RESPUESTA)**

1. ___ SI 2. ___ NO

56.- ¿Tú has fumado tabaco (cigarros) alguna vez?

1. ___ SI 2. ___ NO

(Si tu respuesta es "NO" pasa a la pregunta 59)

57.- ¿En el último mes has fumado tabaco (cigarros)?

1. ___ SI 2. ___ NO

58.- ¿Cuándo fumaste, cuantos cigarros fumaste? Por favor **SOLO MARCA UNA**

RESPUESTA)

1. ___ Menos de un 1 cigarro

2. ___ 1 cigarro completo

3. ___ 2 o más cigarros

e. CONSUMO DE ALCOHOL

59.- ¿Alguna vez has tomado una copa o vaso completo de: sidra, rompopo, cerveza, vino, ron, brandy, "coolers", vodka, pulque, tequila, mezcal, ponche, torito, aguardiente u otra bebida alcohólica?

1. ___ SI 2. ___ NO

(Si tu respuesta es "NO" pasa a la pregunta 61)

60.- ¿En el último mes has tomado una copa o vaso completo de alguna bebida alcohólica? (sidra, rompopo, cerveza, vino, ron, brandy, "coolers", vodka, pulque, tequila, mezcal, ponche, torito, aguardiente u otra).

1. ___ SI 2. ___ NO

f. PERCEPCIÓN DE PESO

61.- Marca con una **X** el dibujo al que más te pareces. (Por favor **SOLO MARCA UNA FIGURA**)



FIGURA 1. DIBUJOS DE SILUETAS DE LAS QUE LOS PARTICIPANTES ELIGIERON LA QUE MEJOR LES REPRESENTA

ANEXO 2.

**RESULTADO COMPLETOS
DEL CUESTIONARIO DEL
SISTEMA DE MONITOREO DE
DETERMINANTES DE LA
SALUD APLICADO EN LAS 8
JURISDICCIONES
SANITARIAS DEL ESTADO DE
GUANAJUATO 2012.**

Resultados Generales del Cuestionario del Sistema de Monitoreo de Determinantes de la Salud Guanajuato 2012.

SOCIODEMOGRÁFIA.

1. Sexo

Femenino	86.3%
Masculino	13.62%
S/I	3.08%
	100%

El mayor número de encuestadas son de sexo femenino, representando el 86.3%.

2. ¿Hasta qué grado estudio usted?

Primaria	38.92%
Secundaria	37.12%
Preparatoria	8.1%
Carrera Técnica	4.46%
Licenciatura	3.91%
Posgrado	0.7%
No estudio	6.3%
S/I	0.49%
	100%

Los grados escolares, con mayor representación son primaria con el 38.92% y secundaria con el 37.12%, siendo el 6.3% quienes no cuentan con ningún nivel de estudio.

3. ¿Cuál es su ocupación actual?

Empleado	16.8%
Trabajador por cuenta propia	8.85%
Obrero	31%
Ama de casa	40.46%
Servicio doméstico puertas afuera	1.9%
Desempleado.	0.03%
Campo agricultura, apicultura, pesca, piscicultura, etc.	0.96%
	100%

El 67.76% de los encuestados encuestadas se dedican al hogar, siendo esta la ocupación con mayor representación

4. ¿En su casa tiene computadora portátil?

SI	17.68%
NO	82.32%
	100%

El 82.32% de los hogares de las personas encuestadas no cuentan con una computadora portátil.

5. ¿En su casa tiene refrigerador?

SI	86.8%
NO	13.2%
	100%

Solo el 13.2% de los hogares de las personas encuestadas no cuentan con refrigerador en sus hogares.

6. ¿En su casa cuenta con servicio de internet?

SI	16.06%
NO	83.94%
	100%

Menos de la mitad de los hogares de las personas encuestadas cuentan con servicio de internet ya que representan el 16.06%.

7. ¿En su casa tienes consola de videojuegos?

SI	16.06%
NO	83.94%
	100%

El 83.94% de los encuestados no cuentan con ninguna consola de videojuegos.

8. ¿Cuántas personas viven en su casa?

2 Personas	0.95%
3 Personas	6.97%
4 Personas	24.06%
5 Personas	27.27%
6 Personas	18.53%
7 y más	21.81%
S/I	0.41%
	100%

Las familias de las personas encuestadas son mayormente conformadas por al menos 5 personas ya que representan el 27.7%, el 24.07% contestaron que 4 personas, representando los porcentajes más altos.

9. ¿Cuántas habitaciones tienes para dormir?

1 habitación	15.18%
2 habitaciones	52.17%
3 habitaciones	19%
4 o más habitaciones	12.75%
	100%

El 52.17% de los encuetados solo cuentan con 2 habitaciones para dormir, el 31.28% cuentan con 3 habitaciones para dormir representando los porcentajes más elevados

10. ¿En su casa cuenta con freidor de alimentos?

SI	21.86%
NO	78.14%
	100%

El 78.14% de los encuestados no cuentan con freidor de alimentos en sus hogares.

11. ¿Cuántas veces usas el aceite con el que cocinan los alimentos en su casa?

1 vez	54.45%
2 veces	27.15%
3 veces	10.77%
4 veces	2.68%
5 y más veces	4.4%
S/I	0.55%
	100%

El 54.45% de los encuestado solo utilizan 1 vez el aceite para cocinar sus alimentos en contraste con el 4.4% que lo utilizan 5 veces o más

12. Edad de Menor.

8 años	41.78%
9 años	48.26%
S/I	9.96%
	100%

La edad con mayor representación es 9 años.

13. SEXO.

Femenino	52.17%
Masculino	47.75%
S/I	0.08%
	100%

El sexo femenino representa el 52.17% de las niñas encuestadas.

14. Nivel de escolaridad.

Tercer grado	47.05%
Cuarto grado	52.11%
S/I	0.84%
	100%

El grado más representativo es cuarto grado con el 52.11%

15. ¿Cuenta su hijo con alguno de los siguientes servicios de salud?

Secretaria de Salud	18.46%
IMSS	22.97%
IMSS Oportunidades	8.86%

Seguro Popular	58.32%
ISSSTE	4.15%
Marina	0.18%
Defensa	0.42%
PEMEX	0.71%
Servicios de salud privados	17.7%
Ninguno	3.97%
No sabe	0.95%
	131.77%

En cuanto a servicios de salud el 58.32% cuentan con seguro popular, el 22.97% con IMSS, el 18.46% Secretaria de Salud, 17.7% a servicios de salud privados, siendo estos los porcentajes más representativos.

16. Cuando se enferma su hijo, ¿Cuál es el sitio más frecuente a donde lo lleva?

Secretaria de Salud	25.38%
IMSS	14.91%
IMSS Oportunidades	0.87%
Seguro Popular	33.6%
ISSSTE	2.2%
Marina	0.01%
Defensa	0.17%
PEMEX	0.31%
Servicios de salud privados	21.05%
Ninguno	0.7%
No sabe	1.5%
	100%

La frecuencia en la que utilizan el servicios de salud, los padres o tutores cuando los niños se enfermas es: 33.6% es Seguro Popular, 25.38% Secretaria de Salud, 21.05% Servicios de salud privados.

17. ¿Tiene su hijo Cartilla Nacional de Salud?

Si	95.6%
No	4.4%
No Sé	0
	100%

El 95.6% delos niños encuestados cuentan con su Cartilla Nacional de Salud, siendo solo el 4.4% quienes no cuentan con ella.

18. ¿Cuándo lleva a su hijo a los servicios de salud, lleva su cartilla Nacional de Salud?

SI	77.46%
NO	22.54%
	100%

Del 95.6% que cuentan con su cartilla solo el 77.46% llevan su Cartilla cuando acude a los servicios de salud.

19. ¿Cuándo lleva a su hijo a los servicios de salud, le piden su cartilla Nacional de Salud?

SI	69.28%
NO	30.72%
	100%

Solo el 69.28% de los encuestados, el personal de salud les pide su Cartilla cuando acude algún servicio de salud.

20. ¿Cuándo lleva a su hijo a los servicios de salud, le anotan en su cartilla Nacional de Salud las acciones de salud que le realizan?

SI	60%
NO	40%
	100%

El 40% de los encuestados no le anotan ninguna acción en su cartilla, cuando acuden a los servicios de salud.

21. ¿Su hijo tiene una limitación permanente, que le dificulte realizar actividades en su vida cotidiana, para:

Ver	5.92%
Oír	1.43%
Hablar	2.52%
Caminar	1.67%
Utilizar las manos	0.9%
Ninguna	61.56%
No se	2.92%
S/I	23.08%
	100%

En el caso de las limitaciones para realizar actividades el 61.56% no presentan ninguna dificultad, el 5.92% ver y solo el 0.9% utilizar las manos.

22. ¿Su familia es beneficiaria del Programa “Oportunidades”?

SI	31.31%
NO	68.69%
	100%

Solo el 31.31% de las familias encuestadas son beneficiarias del programa oportunidades.

ALIMENTACIÓN.

23. ¿Marca todas las comidas que realizas de lunes a viernes?

Desayuno	90.86%
Como algo en el recreo	89.15%
Comida	85.02%
Como algo en la tarde	75.7%
Ceno	84.3%
	425.03%

Las comidas que realizan los niños de lunes a viernes con mayor frecuencia son desayuno con 90.86% y comen algo en el recreo con 89.15%, siendo el 75.7% quien comen algo en la tarde la de menor frecuencia.

24. ¿Desayunaste antes de ir a la escuela?

SI	89.31%
NO	10.69%
	100%

El 89.31% de los niños encuestados desayunan antes de ir a la escuela.

25. ¿Conoces el plato del bien comer?

SI	95.88%
NO	4.12%
	100%

Los niños que no identifican el plato del bien comer son solo el 4.12%

26. ¿Sabes cuáles son los alimentos que conforman el plato del bien comer?

Verduras y frutas, cereales, leguminosas, alimentos de origen Animal.	83.67%
Verduras, cereales, alimentos de origen Animal.	7.1%
Verdura, frutas y leguminosas.	8.5%
S/I	0.73%
	100%

El 15.6% de los niños no reconocen cuales son grupos alimenticios que están conformado el plato del bien comer.

27. ¿Cuántos días a la semana comes fruta?

1 día a la semana	20.08%
2 días a la semana	13.86%
3 días a la semana	17.15%
4 días a la semana	11.78%
5 o más días a la semana.	34.05%
Ninguno.	2.6%
S/I	0.48%
	100%

5 o más días a la semana es el consumo de mayor frecuencia con el 34.05%, representando solo el 2.6% el que no consume ninguna fruta a la semana.

28. ¿De acuerdo a tú respuesta anterior, responde cuantas frutas comes durante el día?

1 fruta al día	24%
2 frutas al día	25.75%
3 frutas al día	20.6%
4 frutas al día	10.28%
5 o más frutas al día	16.06%
Ninguna	2.95%
	100%

El 25.75% de los niños encuestados consumen 2 frutas al día, siendo el 24% quienes solo consumen 1 fruta al día.

29. ¿Cuántos días a la semana comes verduras?

1 día a la semana	23.07%
2 días a la semana	20.75%
3 días a la semana	19.07%
4 días a la semana	12.63%
5 o más días a la semana.	20.27%
Ninguno.	3.85%
S/I	0.36%
	100%

1 día de la semana 23.07% de los encuestados, consumen 1 día a la semana verduras, 20.75% consumen 2 días a la semana y el 20.27% 5 o más días a la semana.

30. De acuerdo a tu respuesta anterior ¿Cuántas verduras comes durante el día?

1 verdura al día	22.32%
2 verduras al día	24.13%
3 verduras al día	21.15%
4 verduras al día	12.82%
5 o más verduras al día	15.15%
Ninguna	3.46%
S/I	0.97%
	100%

El 3.46% de los niños encuestados no consume ninguna verdura al día, siendo el 24.13% quienes consumen 2 verduras al día.

31. ¿Cuántos días a la semana comes leguminosas?

1 día a la semana	21.5%
2 días a la semana	18.83%
3 días a la semana	18.31%
4 días a la semana	12.36%
5 o más días a la semana.	25.15%
Ninguna.	3.46%
S/I	0.39%
	100%

5 o más días de la semana, el 25.15% de los encuestados consume leguminosas, siendo el porcentaje más elevado en comparado con todas las respuestas, el 3.46% no consumen ninguna leguminosa.

32. ¿Cuántos días a la semana comes carne de pollo, pescado o pavo?

1 día a la semana	36.33%
2 días a la semana	23.45%
3 días a la semana	15.27%
4 días a la semana	8.41%
5 o más días a la semana.	10.11%
S/I	6.43%
	100%

10.11% consume 5 veces o más carne de pollo o pavo, el 36.33% solo consumen este tipo de carne 1 vez a la semana.

33. ¿Cuántos días de la semana comes carne de pescado, atún, queso?

1 día a la semana	35.85%
2 días a la semana	23.45%
3 días a la semana	15.16%
4 días a la semana	8.12%
5 o más días a la semana.	9.13%
Ninguno.	6.17%
S/I	2.12%
	100%

El 35.85% de los encuestados respondió consumir 1 día a la semana pescado, atún o queso, el 9.13% lo consume 5 o más días de la semana, pero el 6.17% no consumen ningún día a la semana este tipo de carne.

34. ¿Cuántos días a la semana comes carne de res, bistec, chuleta, cecina de res, chuleta de puerco, cecina de puerco, etc?

1 día a la semana	38.57%
2 días a la semana	22.43%
3 días a la semana	13.9%
4 días a la semana	7.01%
5 o más días a la semana.	7.93%
Ninguno.	9.77%
S/I	0.39%
	100%

En el caso del consumo de carne roja, el 38.57% la consumen 1 día de la semana, 7.93% más de 5 días y el 9.77% no la consumen ningún día a la semana.

35. ¿Cuántos días a la semana tomas refresco o jugos enlatados o de caja?

1 día a la semana	28.85%
2 días a la semana	17.98%
3 días a la semana	14.06%
4 días a la semana	8.06%
5 o más días a la semana.	22.51%
Ninguno.	8.54%
	100%

El 22.51% de los niños encuestados consumen 5 días a la semana refresco o jugo enlatado, el 28.85% solo consumen 1 día de la semana, mientras que 8.54% no consume este tipo de productos azucarados.

36. ¿Cuántos refrescos o jugos enlatados o de caja tomas al día?

1 refresco o jugo enlatado o de caja al día	46.21%
2 refrescos o jugos enlatados o de caja al día	18.16%
3 refrescos o jugos enlatados o de caja al día	10.4%
4 refrescos o jugos enlatados o de caja al día	5.48%
5 refrescos o jugos enlatados o de caja al día	8.45%
Ninguno	10.48%
	100%

10.48% de los niños encuestados no consumen ninguna bebida azucarada al día, en comparación con el 46.21% que en algún momento del día consumen una bebida azucarada.

37. ¿Cuántos vasos con agua simple tomas diariamente?

1 vaso de agua al día	9.32%
2 vasos de agua al día	12.66%
3 vasos de agua al día	16.62%
4 vasos de agua al día	14.31%
5 vasos de agua al día	13.73%
6 o más vasos de agua al día	S/I
No tomo agua simple	S/I
S/I	33.36%
	100%

En cuanto al consumo de agua simple el 16.62% consumen 3 vasos de agua al día siendo el porcentaje más elevado.

38. ¿Cuántos vasos de leche o yogurt tomas al día?

1 vaso de leche o yogurt al día	31.16%
2 vasos de leche o yogurt al día	27.75%
3 vasos de leche o yogurt al día	15.71%
4 o más vasos de leche o yogurt al día	21.07%
No tomo ni leche ni yogurt.	3.76%
S/I	100%

En el consumo de bebidas lácteas, el 31.16% de los niños consumen un vaso al día de estos productos, seguido por el 27.75%, que corresponden a 2 vasos al día, siendo el 3.76% que no consumen este tipo de bebidas

39. ¿Cuántos días a la semana comes botanas como papas fritas hechas en casa, papitas, chicharrones, etc?

1 día a la semana	36.61%
2 días a la semana	18.23%
3 días a la semana	12.47%
4 días a la semana	6.46%
5 o más días a la semana.	6.46%
Ninguno.	S/I
S/I	19.77%
	100%

El 6.46% de los encuestados consumen 4 días a la semana alguna fritura, con el mismo resultado consumen este tipo de alimento chatarra 5 o más días a la semana, el 36.61% consume un día de la semana.

40. ¿Cuántos días a la semana comes sopas instantáneas, pizza, hamburguesas, hot dogs, tacos de puesto, etc?

1 día a la semana	40.16%
2 días a la semana	15.48%
3 días a la semana	9.38%
4 días a la semana	5.18%
5 o más días a la semana.	3.9%
Ninguno.	S/I
S/I	25.9%
	100%

En el consumo de hamburguesas, hot dogs y tacos, el 40.16% de los niños consume este tipo de alimento 1 día de la semana

41. ¿Cuántos días a la semana comes pastelillos, dulces, chocolates?

1 día a la semana	32.87%
2 días a la semana	17.63%
3 días a la semana	11.61%
4 días a la semana	6.61%
5 o más días a la semana.	6.36%
Ninguno.	S/I
S/I	24.92%
	100%

En el consumo de pastelillos, dulces y chocolates, el 32.87% consumen este tipo de productos un día a la semana siendo este porcentaje el más elevado, el 24.92% no contamos con información y el 6.36% consumen este tipo de productos 5 o más días a la semana.

42. ¿Cuántas cucharadas de azúcar le pones a tus alimentos, por ejemplo al cereal, chocolate, etc?

1 cucharada	39.83%
2 cucharadas	30.91%
3 cucharadas	10.4%
4 o más cucharadas	4.62%
Ninguna	14.15%
S/I	0.09%
	100%

El 39.83% de los niños encuestados agregan una cuchara de azúcar a sus alimentos, el 30.91% 2 cucharadas y solo el 14.15% no agregan azucara extra.

43. Antes de probar la comida ¿Le pones sal?

SI	32.33%
NO	67.67%
	100%

El 67.67% de los niños encuestados no agregan sal adicional a su comida.

EJERCICIO

44. ¿Cuántas veces a la semana realizas actividad física o ejercicio?

1 día de la semana	14.08%
2 días de la semana	20.07%
3 días de la semana	10.45%
4 días de la semana	7.97%
5 días de la semana	10%
Todos los días	S/I
Ningún día	S/I
S/I	37.43%
	100%

2 días a la semana realizan ejercicio el 20.07% de los encuestados, 10% lo hace 5 día a la semana, no contamos con la información de alguna respuesta del 37.43%

45. ¿Cuáles de estas actividades haces más?

Correr, jugar fútbol, andar en bicicleta.	60.72%
Brincar la cuerda	9.68%
Subir y bajar escaleras	3.8%
Bailar	6.8%
Nadar	S/I
Caminar	6.41%
Hula, hula	1.47%
Patinar	S/I
Ninguna	S/I
S/I	12.59%
	100%

Entre las actividades que más realizan los niños son correr, jugar fútbol, andar en bicicleta con el 60.72%.

46. ¿Cuántas veces a la semana ves televisión?

1 día de la semana	11.93%
2 días de la semana	7.52%
3 días de la semana	6.91%
4 días de la semana	5.16%
5 días de la semana	12.28%
Todos los días	S/I
Ningún día	S/I
S/I	56.2%
	100%

12.28% observa la televisión 5 días de la semana, el 56.2% no se encontró ninguna información.

47. ¿Cuántas horas al día ves televisión?

Menos de 1 hora al día	30.03%
1 hora al día	22.06%
2 horas al día	21%
Más de 2 hora al día	22.13%
Ninguna	4.16%
S/I	0.62%
	100%

El 30.30% de los niños encuestados dedican menos de 1 hora a observar televisión, 22.13% dedica más de 2 hora, 4.16% ninguna hora.

48. ¿Cuántos días a la semana usas la computadora?

1 día de la semana	24.5%
2 días de la semana	8.42%
3 días de la semana	5.71%
4 días de la semana	3.13%
5 días de la semana	4.41%
Todos los días	S/I
Ningún día	S/I
S/I	53.83%
	100%

4.14% utiliza computadora 5 días a la semana, 24.5% 1 día a la semana, no se cuenta con información del 53.83%.

49. ¿Cuántas horas juegas video juegos durante el día?

Menos de 1 hora al día	19.52%
1 hora al día	11.6%
2 horas al día	6.82%
Más de 2 hora al día	9.43%
Ninguna	51.16%
S/I	1.47%
	100%

51.16% de los niños encuestados no juegan ninguna hora videojuegos, el 9.42% lo hacen más de 2 horas al día.

HIGIENE PERSONAL

50. ¿Cuántas veces al día te lavas las manos?

Una vez al día	4.7%
Dos veces al día	5.45%
Tres veces al día	19.23%
Cuatro veces al día	12.46%
Cinco veces al día	10.85%
Seis o más veces al día	45.63%
No me lavo las manos	10.03%
S/I	1.68%
	100%

El 45.63% de los niños se lavan la manos más de 6 veces al día, el 10.03% manifestó que no se lava las manos.

51. ¿Cuándo te lavas las manos?

Antes de desayunar	74.2%
Antes de comer	77.93%
Antes de cenar	68.78%
Después de ir al baño	71.71%
Después de comer	45.62%
Después de estornudar o toser	39.86%
Después de jugar	46.62%
No me lavo las manos	2.1%
	378.10%

La frecuencia en que los niños encuestados se lavan la manos es antes de comer con el 77.93%, el 74.2% antes de comer, 71.71% después de ir al baño, siendo 2.1% no se lavan la manos en ninguna ocasión.

52. ¿Usas jabón para lavarte las manos?

Todas la veces	71.6%
Alguna veces	25.08%
No uso jabón	2.76%
S/I	0.56%
	100%

71.6% de los niños utilizan jabón al lavarse las manos, 2.76% no lo utiliza.

53. ¿Menciona cada cuando te bañas?

Todos los días	53.35%
Un día sí y un día no	33.38%
Dos días a la semana	7.1%
Cada 8 días	5.65%
S/I	0.52%
	100%

Los niños que se bañan todos los días representa el 53.35%, el 33.38% lo hace un día sí y otro no, siendo el de menor porcentaje 5.65% que representa 5.65%

54. ¿Te lavaste los dientes?

Ayer en la noche	57.51%
Hoy antes de venir a la escuela	63.95%
Después de desayunar	40.37%
Después de comer	38.66%
Después de cenar	40.5%
No me lavo los dientes	6.47%
	247.46%

Los momentos en que los niños encuestados se lavan los dientes, 63.95% lo hacen antes de ir a la escuela, el 57.51% lo hicieron ayer en la noche y el 6.47% no se lavan los dientes.

CONSUMO DE TABACO

55. ¿Dentro de tu casa fuman?

SI	16.32%
No	83.68%
	100%

16.32% de los niños encuestados, en su casa fuman.

SI	4.21%
No	95.79%

El 95.79% de los niños no han probado tabaco.

56. ¿En el último mes has fumado tabaco (cigarros)?

SI	2.57%
No	97.43%
	100%

Del 4.21% que han consumido tabaco, el 2.57% han fumado en el último mes.

57. ¿Cuándo fumaste, cuantos cigarros fumaste?

Menos de un cigarro	6.13%
1 cigarro completo	1.55%
2 o más cigarros	0.68%

	8.36%
--	-------

Solo el 0.68% de los niños que han fumado, fumaron 2 o más cigarrillos.

CONSUMO DE ALCOHOL

58. ¿Alguna vez has tomado una copa o vaso completo de sidra, rompopo, cerveza, vino, ron, brandy, “coolers”, pulque, tequila, mezcal, ponche, torito, aguardiente u otra bebida alcohólica?

SI	14.22%
No	85.78%
	100%

El 85.78% de los niños encuestados no han consumido algún tipo de bebida alcohólica.

59. ¿En el último mes has tomado una copa o vaso completo de sidra, rompopo, cerveza, vino, ron, brandy, “coolers”, pulque, tequila, mezcal, ponche, torito, aguardiente u otra bebida alcohólica?

SI	6.93%
No	93.07%
	100%

Del 14.22% de los niños que sí han probado alguna bebida alcohólica, el 6.93% lo han consumido alcohol el último mes.

PERCEPCIÓN DE PESO

Marca con una “x” al dibujo que más te pareces.

1	29.73%
2	21.78%
3	26.25%
4	9.55%
5	4.7%
6	3.04%
7	2%
8	0.67%
9	2.28%
	100%



FIGURA 1. DIBUJOS DE SILUETAS DE LAS QUE LOS PARTICIPANTES ELIGIERON LA QUE MEJOR LES REPRESENTA

Con respecto a la percepción de peso, el 29.73% de los niños se reconoce con la figura 1, el 23.25% se identifican con la figura 3, 21.78% con la figura 2, y solo 2.28% con la figura 9.

ANEXO 3.

CUESTIONARIO PROPUESTO

DEL SISTEMA DE

MONITOREO DE

DETERMINANTES DE LA

SALUD.

SECCIÓN

PADRES.



SOCIODEMOGRÁFIA



Por favor marque con una X la respuesta que corresponda a cada pregunta.

1. Genero.
a) Femenino _____ b) Masculino _____
2. ¿Hasta qué grado de estudió usted?
a) Primaria.
b) Secundaria.
c) Preparatoria o bachillerato.
d) Carrera Técnica.
e) Licenciatura.
f) Posgrado.
g) No estudio.
3. ¿Cuál es su ocupación actual?
a) Empleado.
b) Trabajador por cuenta propia.
c) Obrero
d) Ama de casa.
e) Servicio doméstico puertas afuera.
f) Desempleado.
g) Campo, agricultura, pesca, piscicultura, etc.
4. ¿Con cuáles de los siguientes servicios cuenta?
a) Electricidad.
b) Gas.
c) Agua.
d) Drenaje.
e) Pavimento.
5. ¿En su casa tiene refrigerador?
a) Si.
b) No
6. ¿Cómo consideras la calidad del agua en su comunidad?
a) Buena
b) Regular.
c) Mala.
7. ¿Cuenta con servicio de teléfono e internet?
a) Teléfono.
b) Internet.
c) Ambos.
d) Ninguno.

8. ¿Con cuáles de los siguientes electrodomésticos cuenta?
 - a) Refrigerador.
 - b) Microondas.
 - c) Licuadora.
 - d) Parrilla eléctrica.
 - e) Estufa.
9. ¿Qué utilizas con mayor frecuencia para cocinar sus alimentos?
 - a) Estufa.
 - b) Microondas.
 - c) Parrilla eléctrica.
 - d) Anafre.
 - e) Fogón.
10. ¿Cuántas veces usan el aceite con el que cocinan los alimentos en su casa?
 - a) 1 vez
 - b) 2 veces
 - c) 3 veces
 - d) 4 veces
 - e) 5 y más veces
11. ¿Cuenta con los siguientes aparatos electrónicos?
 - a) Computadora.
 - b) Laptop.
 - c) Tablet.
 - d) Consola de Videojuegos.
 - e) Celular.
12. ¿Cuántas personas viven en su casa?
 - a) 2 personas.
 - b) 3 personas.
 - c) 4 personas.
 - d) 5 personas.
 - e) 7 y más.
13. ¿Cuántas habitaciones tiene para dormir?
 - a) 1 habitación.
 - b) 2 habitaciones.
 - c) 3 habitaciones.
 - d) 4 o más habitaciones.
14. ¿Cuál es el material que predomina en el piso de su vivienda?
 - a) Tierra.
 - b) Cemento.
 - c) Madera.
 - d) Otro material.
15. ¿Cuál es el material que predomina en los muros de su vivienda?
 - a) Ladrillo.

- b) Madera.
- c) Cartón.
- d) Otros materiales.

16. ¿Cuál es el material que predomina en el techo de su vivienda?

- f) Cemento.
- g) Lamina.
- h) Madera.
- i) Cartón.
- j) Otros materiales.

Datos del niño o niña, para ser contestado por el padre, madre o tutor.

17. Edad (años cumplidos)

____Años.

18. Genero.

- a) Femenino.
- b) Masculino.

19. Nivel de escolaridad.

- a) Tercer grado de Primaria.
- b) Cuarto grado de Primaria.

20. ¿Cuentas su hijo con algún de los siguientes servicios de salud?

- a) Secretaria de Salud.
- b) IMSS
- c) IMSS Oportunidades.
- d) ISSSTE.
- e) Marina.
- f) Defensa.
- g) Pemex
- h) Servicios de Salud Privados.
- i) Ninguna.

21. ¿Cuándo u hijo se enferma, ¿Cuál es el sitio más frecuente a donde lo lleva?

- a) Secretaria de Salud.
- b) IMSS.
- c) IMSS Oportunidades.
- d) Seguro Popular.
- e) ISSSTE.
- f) Marina.
- g) Defensa.
- h) PEMEX.
- i) Servicios de Salud Privados.

22. ¿Tiene su hijo Cartilla Nacional de Salud?
- a) Sí.
 - b) No
23. ¿Cuándo lleva a su hijo a los servicios de salud, lleva su Cartilla Nacional de Salud?
- a) Sí.
 - b) No.
24. ¿Cuándo lleva a su hijo a los servicios de salud, le pide su cartilla?
- a) Sí.
 - b) No.
25. ¿Cuándo lleva a su hijo a los servicios de salud, le anota a su Cartilla Nacional de Salud las acciones de salud que le realizan?
- a) Sí
 - b) No
26. Su hijo tiene alguna limitación permanente, que le dificulte realizar actividades en su vida cotidiana para:
- a) Ver
 - b) Oír.
 - c) Hablar.
 - d) Caminar.
 - e) Utilizar las manos.
 - f) Ninguna.

SECCIÓN

NIÑOS



ALIMENTACIÓN



27. ¿Cuántas comidas realizas al día?
- a) 1 comida.
 - b) 2 comidas.
 - c) 3 comidas.
 - d) Más de 3 comidas al día.
28. ¿Desayunaste ayer antes de ir a la escuela?
- a) Sí.
 - b) No.
29. ¿Conoces el plato del bien comer?
- a) Sí.
 - b) No.
30. ¿Sabes cuáles son los alimentos que conforman el plato del bien comer?
- a) Verduras y frutas, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal.
 - b) Verduras, cereales y alimentos de origen animal.
 - c) Verduras, frutas y leguminosas.
31. ¿Cuántos días a la semana comes frutas?
- a) 1 día de la semana.
 - b) 2 días de la semana.
 - c) 3 días de la semana.
 - d) 4 días de la semana.
 - e) 5 o más días de la semana.
 - f) Ninguno.
32. ¿Cuántos días a la semana comes verduras?
- a) 1 día de la semana.
 - b) 2 días de la semana.
 - c) 3 días de la semana.
 - d) 4 días de la semana.
 - e) 5 o más días de la semana.
 - f) Ninguno.
33. ¿Cuántos días a la semana comes leguminosas?
- a) 1 día de la semana.
 - b) 2 días de la semana.
 - c) 3 días de la semana.
 - d) 4 días de la semana.
 - e) 5 o más días de la semana.
 - f) Ninguno.
34. ¿Cuántos días de la semana comes carne de pollo, pavo o pescado?
- a) 1 día de la semana.
 - b) 2 días de la semana.
 - c) 3 días de la semana.
 - d) 4 días de la semana.
 - e) 5 o más días de la semana.

- f) Ninguno.
35. ¿Cuántos días a la semana comes carne de res, bistec, chuleta cecina etc.?
- a) 1 día de la semana.
 - b) 2 días de la semana.
 - c) 3 días de la semana.
 - d) 4 días de la semana.
 - e) 5 o más días de la semana.
 - f) Ninguno.
36. ¿Cuántos días a la semana tomas refresco?
- a) 1 día de la semana.
 - b) 2 días de la semana.
 - c) 3 días de la semana.
 - d) 4 días de la semana.
 - e) 5 o más días de la semana.
 - f) Ninguno.
37. ¿Cuántos días a la semana tomas jugos enlatados?
- a) 1 día de la semana.
 - b) 2 días de la semana.
 - c) 3 días de la semana.
 - d) 4 días de la semana.
 - e) 5 o más días de la semana.
 - f) Ninguno.
38. ¿Cuántos días de la semana tomas leche de sabor?
- a) 1 día de la semana.
 - b) 2 días de la semana.
 - c) 3 días de la semana.
 - d) 4 días de la semana.
 - e) 5 o más días de la semana.
39. ¿Cuántos vasos con agua tomas diariamente?
- a) 1 vaso de agua.
 - b) 2 vasos de agua.
 - c) 3 vasos de agua.
 - d) 4 vasos de agua.
 - e) 5 vasos de agua.
 - f) 6 o más vasos de agua.
 - g) No tomo agua simple.
40. ¿Cuántos vasos de leche tomas al día?
- a) 1 vaso de leche.
 - b) 2 vasos de leche.
 - c) 3 vasos de leche.
 - d) 4 o más vasos de leche.

- e) No tomo leche.
41. ¿Cuántos días a la semana comes botanas como papas fritas hechas en casa, papitas, chicharrones etc.?
- a) 1 día de la semana.
 - b) 2 días de la semana.
 - c) 3 días de la semana.
 - d) 4 días de la semana.
 - e) 5 o más días de la semana.
 - f) Ninguno.
42. ¿Cuántos días de la semana comes sopas instantáneas, Pizzas, hamburguesas, hot dog, tacos de puesto etc.?
- a) 1 día de la semana.
 - b) 2 días de la semana.
 - c) 3 días de la semana.
 - d) 4 días de la semana.
 - e) 5 o más días de la semana.
 - f) Ninguno.
43. ¿Cuántos días a la semana comes pastelillos, dulces y chocolates?
- a) 1 día de la semana.
 - b) 2 días de la semana.
 - c) 3 días de la semana.
 - d) 4 días de la semana.
 - e) 5 o más días de la semana.
 - f) Ninguno.
44. ¿Cuántas cucharadas de azúcar le pones a tus alimentos?
- a) 1 Cucharada.
 - b) 2 Cucharadas.
 - c) 3 Cucharadas.
 - d) 4 o más cucharadas.
 - e) Ninguna.
45. Antes de probar la comida, ¿Le pones sal?
- a) Si.
 - b) No.

ACTIVIDAD

FÍSICA.



46. ¿Cuántas veces tienes Educación física en la escuela?
- a) 1 día de la semana.
 - b) 2 días de la semana.
 - c) 3 días de la semana.
 - d) 4 o más veces a la semana. 1 hora a
 - e) Ninguna.
47. ¿Practicar algún deporte?
- a) Si- ¿Cuál? _____
 - b) No.
48. Aparte de las actividades físicas que realizas en la escuela. ¿Realizas alguna de las siguientes actividades?
- a) Correr.
 - b) Jugar fútbol.
 - c) Andar en bicicleta.
 - d) Brincar la cuerda.
 - e) Subir y bajar escaleras.
 - f) Bailar.
 - g) Caminar
 - h) Hula, hula
 - i) Patinar.
 - j) Ninguna.
49. ¿Cuántas horas al día dedicas a la televisión?
- a) Menos de una hora al día.
 - b) 1 hora al día.
 - c) 2 horas al día.
 - d) Más de 2 horas al día.
 - e) Ninguna.
50. ¿Cuántas horas al día dedicas a la computadora?
- a) Menos de una hora al día.
 - b) 1 hora al día.
 - c) 2 horas al día.
 - d) Más de 2 horas al día.
 - e) Ninguna.
51. ¿Cuántas horas al día dedicas a la Tablet?
- a) Menos de una hora al día.
 - b) 1 hora al día.
 - c) 2 horas al día.
 - d) Más de 2 horas al día.
 - e) Ninguna.

52. ¿Cuántas horas al día dedicas al celular?

- a) Menos de una hora al día.
- b) 1 hora al día.
- c) 2 horas al día.
- d) Más de 2 horas al día.
- e) Ninguna.

53. ¿Cuántas horas al día dedicas a jugar video juegos?

- a) Menos de una hora al día.
- b) 1 hora al día.
- c) 2 horas al día.
- d) Más de 2 horas al día.
- e) Ninguna.

HIGIENE

PERSONAL.



54. ¿Cuántas veces al día te lavas las manos?
- a) Una vez al día.
 - b) 2 veces al día.
 - c) 3 veces al día.
 - d) 4 veces al día.
 - e) 5 veces al día.
 - f) 6 o más veces al día.
 - g) No me lavo las manos.
55. ¿Cuándo te lavas las manos?
- a) Antes de desayunar.
 - b) Antes de comer.
 - c) Antes de cenar.
 - d) Después de ir al baño.
 - e) Después de comer.
 - f) Después de estornudar o toser.
 - g) Después de jugar.
 - h) No me lavo las manos.
56. ¿Usas agua y jabón para lavarte las manos?
- a) Todas las veces.
 - b) Algunas veces.
 - c) No uso jabón.
57. ¿Menciona cada cuando te bañas?
- a) Todos los días.
 - b) Un día sí y un día no.
 - c) Dos días de la semana.
 - d) Cada 8 días.
58. ¿Te lavaste los dientes?
- a) Ayer en la noche.
 - b) Hoy antes de venir a la escuela.
 - c) Después de desayunar.
 - d) Después de comer.
 - e) Después de cenar.
 - f) No me lavo los dientes.

TABACO

Y

ALCOHOL.



59. ¿Dentro de tú casa fuman?
- a) Sí.
 - b) No.
60. ¿Tú has fumando alguna vez?
- a) Sí. ¿Por qué?
 - b) No
61. ¿Dentro de tú casa toman alguna bebida alcohólica?
- a) Si.
 - b) No.
62. ¿Tú alguna vez has tomado alguna bebida alcohólica?
- a) Si ¿Por qué?
 - b) No.

PERCEPCIÓN DE PESO

63. Marca con una **X** el dibujo al que más te pareces. (Por favor **SOLO MARCA UNA FIGURA**)



FIGURA 1. DIBUJOS DE SILUETAS DE LAS QUE LOS PARTICIPANTES ELIGIERON LA QUE MEJOR LES REPRESENTA

ESCUELA.



64. ¿Qué tan frecuentemente te sientes solo en la escuela?

- e) Nunca.
- f) Pocas veces.
- g) Muchas veces.
- h) Siempre.

65. ¿Te has sentido intimidado en la escuela?

- c) Si.
- d) No.

66. ¿Cómo es el ambiente en la escuela durante el recreo?

- d) Todos jugamos y nos divertimos.
- e) Algunos juega sin insultos, otros lo hacen golpeándose y gritando.
- f) Todos se molestan.

67. ¿Te parece divertido poner apodos a los demás

- c) Si.
- d) No.

Si la respuesta es sí contesta

68. ¿Te gusta tu apodo?

- a) Si.
- b) No

69. Tu escuela cuenta con (Marca más de una opción):

- j) Electricidad.
- k) Agua.
- l) Drenaje.
- m) Áreas verdes.
- n) Juegos.
- o) Internet.
- p) Sala de cómputo.
- q) Biblioteca.
- r) Bebederos.

FAMILIA.



70. ¿Haces las tareas escolares con tus padres?

- c) Si.
- d) No.

71. ¿Tus padres te han hablado con groserías?

- c) Si.
- d) No.

72. ¿Tus padres te han pegado?

- c) Si.
- d) No

Si la respuesta es sí ¿Por qué?

73. ¿Tus padres te han gritado?

- c) Si.
- d) No.

Si la respuesta es sí ¿Por qué?

74. ¿Cuánto tiempo ves a tus padres durante el día?

- d) Menos de una hora.
- e) Una hora.
- f) Más de una hora.

75. ¿Qué haces cuando estas con tus padres?

- f) Jugar.
- g) Ver televisión.
- h) Jugar en el celular o computadora.
- i) Platicar.
- j) No me hacen caso.