

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**18 años de Promoción de la Salud en el Distrito Federal:
Un análisis de contenido de los Manuales Administrativos
de la Dirección de Promoción de la Salud**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

Luis Ángel González Rojo

Directora de Tesis

Dra. Ana Rita Castro

Ciudad de México, noviembre de 2021.

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.

De todo corazón quiero agradecer a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México por el apoyo otorgado para la impresión y empastado de la presente Tesis ¡Muchas gracias UACM!

“Nada Humano me es Ajeno”

AGRADECIMIENTOS

*Es un derecho de nacimiento
Comer los frutos que dejan los sueños
En una sola voz, un sentimiento
¡Que este grito limpie nuestro viento!
Un Derecho de Nacimiento - Natalia Lafourcade
y Panteón Rococó*

En primera instancia agradezco a Severiana González Rojo, mi madre. Por ti estoy en donde estoy, por ti soy quien soy. No tengo cómo pagarte todo lo que has hecho por mí, te lo agradezco infinitamente. Asimismo, agradezco a mi hermano Juan González por haberme prestado sus equipos de cómputo, ya que sin éstos no hubiera sido posible realizar mi tesis.

A la Dra. Ana Rita Castro, mi directora de tesis, por acogerme, por apoyarme, por ilustrarme, incluso por abrirme las puertas de su hogar para concluir mi tesis; a la Dra. Roselía, al Dr. Javier y al Dr. Miguel por su tiempo, dedicación y valiosas aportaciones ¡Muchas gracias!

A mis amigas y amigos de la Licenciatura, especialmente a María Guadalupe Muñoz Aguirre por estar ahí en los momentos difíciles. A las y los compañeros del servicio social que después se convirtieron en grandes amigas y amigos de trabajo. A la Dra. Claudia María Mesa Dávila, por extenderme la mano, por creer en mí.

A las personas que se nos adelantaron; lamento mucho que ya no estés aquí, pero quiero que sepas que te llevo en lo más profundo de mi corazón. Este logro va dedicado a mamá y a ti, maestro Roberto.

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México por enseñarme a pensar, a reflexionar; por levantarme, abrazarme y permitirme construir un mejor futuro para mi vida.

Por último, y no menos importante, me agradezco a mí mismo, por no haber desistido, por no rendirme ante la adversidad, por nunca perder la esperanza de ver este sueño hecho realidad.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I. CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
Dirección de Promoción de la Salud de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal...	14
Delimitación del tema	17
Objetivo general	17
Objetivos específicos.....	17
JUSTIFICACIÓN	18
CAPÍTULO II. SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUD: UNA RELACIÓN DIALÉCTICA	22
Parte I: la construcción histórica de la salud	23
Debate entre la corriente naturalista y normativa.....	24
La salud desde las conferencias regionales e internacionales de promoción de la salud	26
Parte II: conceptos y modelos de promoción de la salud	27
Aportaciones de las conferencias para la construcción de la definición de promoción	28
Aportaciones de algunos autores para la construcción de la definición de promoción.....	29
La promoción de la salud para el autor de esta investigación	31
Diferencias entre prevención y promoción	32
Modelos y aproximaciones prácticas en Promoción de la Salud	35
Modelo biomédico.....	35
Modelo de estilos de vida y/o conductual	36
Modelo socioambiental	38
Parte III. Dimensiones internacionales de la Promoción de la Salud	41
1) Políticas públicas saludables.....	41
2) Creación de ambientes favorables	42
3) Reforzamiento de la acción comunitaria.....	43
4) Desarrollo de las aptitudes personales	44
5) Reorientación de los servicios de salud	44
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	47
1.1 Técnica de análisis de contenido.....	48
1.2 Diseño de la investigación.....	50
1.3 Procedimiento de la técnica de análisis de contenidos.....	51
Primera etapa: pre análisis de los Manuales Administrativos 2000-2006, 2007-2012 y 2013-2018.....	51

Segunda etapa: elección de la unidad de análisis y construcción del sistema de categorías.....	56
Tercera etapa: proceso de codificación de los Manuales Administrativos 2000-2006, 2007-2012 y 2013-2018.....	60
Hoja de codificación uno: Manual Administrativo del periodo 2000-2006.....	63
Hoja de codificación dos: Manual Administrativo del periodo 2007-2012	72
Hoja de codificación tres: Manual Administrativo del periodo 2013-2018.....	80
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIONES	92
RESULTADOS	93
DISCUSIÓN	98
Dimensión acción comunitaria.....	99
Dimensión política pública saludable	104
Dimensión aptitudes personales	109
Dimensión reorientación de los servicios sanitarios	113
Dimensión ambiente favorable.....	116
Categorías transversales	118
Categoría promoción de la salud.....	119
Categoría educación para la salud.....	120
Categoría salud.....	121
Categoría prevención de la enfermedad	122
CONCLUSIONES	124
REFERENCIAS	134
Índice de siglas y abreviaturas	145
ANEXO A	147
ANEXO B	153
Manual Administrativo 2000-2006	154
Manual Administrativo 2007-2012	162
Manual Administrativo 2013-2018	172

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es el fruto de inquietudes y dudas que aquejaron al autor de este escrito durante su paso en la Licenciatura en Promoción de la Salud (LPS) y su servicio social en la Dirección de Promoción de la Salud (DPS). Especialmente durante su servicio pudo observar que la Promoción de la Salud (PS) que se llevaba a cabo en el ámbito institucional difería de los preceptos más importantes enseñados en la LSP. De ahí el nacimiento de la presente investigación, dado que el investigador considera que la PS que se plasma en la Carta de Ottawa, en sus cinco dimensiones, es la que debe desarrollarse y construirse en el contexto institucional.

En el capítulo uno se encuentra la construcción del objeto de estudio, el cual presenta el desarrollo del planteamiento del problema, así como la pregunta de investigación. Asimismo, se aborda la delimitación del tema, el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación. Por último, se muestra la justificación, la cual expone la relevancia de la presente investigación.

En el capítulo dos se expone el andamiaje teórico de la investigación, el cual se divide en tres partes.

En la primera parte se abordan las dificultades que existen al tratar de dar una definición del término salud. También se trae a colación el debate que persiste entre la escuela naturalista y la escuela normativa en relación al término salud. Esta parte se concluye con un cuadro que sistematiza las diversas definiciones del término de salud, esto a partir de las diferentes conferencias regionales e internacionales de PS.

En la segunda parte se mencionan diversas definiciones de PS, las cuales se retoman de las conferencias regionales e internacionales de PS, así como algunas definiciones de diversos autores y autoras. Al mismo tiempo, se describe lo que se entiende por PS desde el punto de vista del autor

de esta investigación. Por otra parte, se presentan las diferencias que existen entre la prevención y la promoción. Esta parte se concluye al exponer los principales modelos de PS.

En la tercera parte se explica lo que en la presente investigación se denomina como las cinco *dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa*, las cuales son: política pública saludable, ambientes favorables, acción comunitaria, aptitudes personales y reorientación de los servicios sanitarios.

En el capítulo tres se presenta el marco metodológico de la investigación, el cual se divide en dos apartados.

El primer apartado expone la parte introductoria del análisis de contenido (AC), técnica de investigación que se utiliza para llevar a cabo el análisis que se propone. A grandes rasgos la parte introductoria aborda algunas definiciones y funciones de la técnica en cuestión.

El segundo apartado se divide en tres etapas, las cuales corresponden al procedimiento que se tiene que llevar a cabo para realizar el AC.

La primera etapa corresponde al pre análisis, es decir, la elección de los documentos que serán sometidos al AC que, para esta investigación, son los tres Manuales Administrativos (MA) de la DPS de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal¹ (SSPDF). Los MA corresponden a los periodos 2000-2006, 2007-2012 y 2013-2018.

En la segunda etapa se elige la unidad de análisis, es decir, los elementos del texto que se van analizar del MA. Asimismo, se expone el sistema de categorías, las cuales van a fungir como

¹ El 30 de enero de 2016 el ex presidente Enrique Peña Nieto promulgó la reforma política del Distrito Federal (DF), la consecuencia de ello fue que la capital del país se convirtió en la entidad 32 de la república mexicana (además de que contara con una constitución política propia). Otro efecto que tuvo dicha reforma fue que cambió la denominación DF a Ciudad de México (CDMX) (Badillo, 2018; Expansión, 2016). No obstante, para esta investigación usaremos la denominación DF, ya que el análisis que se plantea se centra durante el periodo 2000-2018.

cajones o compartimentos para ubicar y ordenar esas unidades de análisis (Guix, 2008). El sistema de categorías está compuesto por las cinco dimensiones internacionales, así como por cuatro categorías transversales (promoción de la salud, salud, educación para la salud y prevención de la enfermedad).

En la tercera etapa se da paso al proceso de codificación, es decir, la interpretación de los elementos (contenido latente y contenido manifiesto) hallados en esas unidades de análisis para ubicarlos y ordenarlos en el sistema de categorías; el sistema también ayudará a la interpretación de esos elementos. Para el proceso de codificación se utilizó el software llamado ATLAS.ti.

En el capítulo cuarto se exponen los resultados hallados por medio de figuras (gráficas), las cuales muestran el porcentaje y frecuencia de aparición de las categorías que representan a las dimensiones internacionales, así como de las categorías transversales. A partir de esas figuras se puede empezar a observar qué tanto se promueven las dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa en los tres MA.

Posteriormente, se realizan, a partir de los resultados encontrados, las discusiones de la investigación; las discusiones se dividen en dos partes. La primera parte pone énfasis en la figura de las categorías que representan a las dimensiones internacionales. Mientras que la segunda parte en la figura de las categorías transversales.

Finalmente, se abordan las conclusiones de la investigación, así como algunas propuestas que podrían ayudar a que las dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa se promuevan constantemente en los MA de la DPS.

CAPITULO I. CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Para comenzar, en el primer capítulo se ostenta el planteamiento del problema, el cual fungirá como el punto de partida para esta investigación. Al término del planteamiento del problema se presenta la pregunta de investigación, la cual ayudará a dar una posible solución o respuesta al por qué de las causas o consecuencias al problema presentado.

Después, se presenta la delimitación del tema, la cual permitirá comprender aún mejor la presente investigación. Asimismo, se muestra el objetivo general y objetivos específicos que dirigirán el rumbo de esta investigación.

Finalmente, se expone la justificación en donde se expone la importancia y pertinencia que tiene esta investigación, tanto en el campo académico como en el campo profesional de la PS.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La PS se reconoce en la década de los años ochenta como concepto, como disciplina, como campo de acción e investigación, como ideología y, en algunos países, como profesión. Asimismo, nace como una respuesta a las limitaciones por parte de la biomedicina al momento de mejorar el estado de salud, ante los constantes procesos de medicalización de la vida², así como a la falta del reconocimiento de la existencia de factores determinantes de la salud más importantes y amplios que no se consideraban al momento de la práctica médica (Green, 2004).

Los anteriores antecedentes, grosso modo, crearon el ambiente idóneo para que la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrara el 21 de noviembre de 1986 la primera conferencia internacional de PS en Ottawa, Canadá. El fruto de la conferencia fue la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*.

Este documento marcó un punto de inflexión importante entre la biomedicina y la PS, dado que la premisa de la primera se enfoca en que la salud es la ausencia de enfermedad en el cuerpo. Mientras que la segunda reconoció que para tener salud no son suficientes los aspectos biológicos³, sino que también es necesario tomar en cuenta aspectos culturales, políticos, económicos, ambientales, etc. Asimismo, la Carta de Ottawa trajo una perspectiva mucho más amplia e integral sobre la salud, dado que en dicho documento se hace mención de prerrequisitos, tales como: la paz, la alimentación, la educación, la vivienda, un medio ambiente estable, el acceso a los servicios de salud, la justicia social y la equidad (OMS, 1986). Aunque explícitamente la Carta no lo

² Orueta et al. (2011) menciona que la medicalización es “el proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales” (p.1). El parto y la lactancia materna son un claro ejemplo de medicalización.

³ Al mismo tiempo, la Carta de Ottawa hizo evidente que las soluciones simples eran obsoletas; culpar y responsabilizar al individuo ya no era la respuesta, ya que se planteó que la salud era (y sigue siendo) un fenómeno con múltiples condicionantes (Saan, 2001).

menciona, es necesario el cumplimiento de esos y otros derechos humanos para un óptimo estado de salud del individuo y los colectivos.

Es de llamar la atención que esos prerequisites y las cinco acciones estratégicas (las cuales serán denominadas para esta investigación como *dimensiones internacionales*) plasmadas en la Carta de Ottawa tienen un enfoque humanista, es decir, ambos componentes se centran en el ser humano y en el cumplimiento de sus derechos (Eriksson y Lindström, 2008). Explícitamente la Carta puso en el mapa la construcción del genuino derecho a la salud⁴. Todo lo anterior significa que el principal sujeto obligado en garantizarlos es el Estado.

Otro aspecto innovador que trajo la Carta fueron las cinco dimensiones internacionales. Estas dimensiones son indispensables para el trabajo que tiene que desarrollar la PS en los individuos y colectivos. Dichas dimensiones consisten en la elaboración de políticas públicas saludables, en la creación de ambientes favorables, en el reforzamiento de la acción comunitaria, en el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud (OMS, 1986). En síntesis, estas dimensiones internacionales dan oficialidad, sustento y legitimidad al trabajo que desempeñará la PS en la sociedad a nivel mundial.

Desde el nacimiento de la Carta de Ottawa el quehacer de la PS fue reconocida como corriente innovadora en el campo de la salud y referente internacional (Esclava, 2006). Para impulsar este reconocimiento a nivel mundial la OMS ha organizado desde entonces, en asociación con gobiernos e instituciones gubernamentales (en especial de salud), una serie de conferencias⁵,

⁴ Es importante diferenciar entre el derecho a la protección de la salud, plasmado en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, y el derecho a la salud. El primero se enfoca en la exigibilidad centrada en la prestación de los servicios de salud, es decir, que sean accesibles, efectivos, seguros, de calidad y aceptables. Mientras que el segundo se enfoca a la exigibilidad centrada en el cumplimiento de derechos concurrentes, o sea, el derecho a la alimentación, educación, trabajo digno, a la vivienda adecuada, a la seguridad social, entre otros (López et al., 2015). Tanto el derecho a la salud como el derecho a la protección de la salud tienen que ser garantizados por las instituciones públicas que conforman al Estado.

⁵ Las conferencias de promoción son eventos que organiza la OMS cada cierto periodo de tiempo. En esas conferencias se plantea la necesidad de hallar y desarrollar las acciones más idóneas e innovadoras en materia de PS. De las conferencias nacen las cartas,

las cuales se han centrado en operacionalizar las cinco dimensiones internacionales propuestas en la Carta de Ottawa (Cardaci et al., 2012; Catford, 2011).

A partir de la creación de la Carta de Ottawa se esperaba que sus dimensiones internacionales, las cuales tienen un vínculo directo con el genuino derecho a la salud, fueran integradas paulatinamente por las Secretarías o Ministerios de salud de todo el mundo. Una manera de llevarlo a cabo era (es) que dichas instituciones promovieran o recogieran esas dimensiones a través de sus documentos oficiales, es decir, manuales, programas, políticas, planes de salud, etc. Esto, con el fin de que las dimensiones internacionales de Ottawa pasaran del papel a la práctica.

Es complicado conocer si a partir de la Carta de Ottawa las Secretarías o Ministerios de salud de los diversos países recogieron o no, específicamente en documentos oficiales como los manuales administrativos o de organización, las cinco dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa. La importancia del manual administrativo es que rige, por medio de objetivos y obligaciones, entre otras atribuciones, a las áreas que se dedican únicamente a las tareas de PS. Un área que se dedique a esto puede ser a una dirección, por ejemplo. En el manual se puede plasmar lo que esa dirección puede hacer en materia de PS a nivel nacional o local.

Otra particularidad importante del manual es al momento de redactarse, dado que éste es creado por las o los titulares que estén a cargo de esa área de PS. Es decir, el manual administrativo puede recoger la concepción que se tenga sobre salud y PS; simultáneamente, puede reflejar la

declaraciones y llamamientos para la acción que enseñan (por medio de dimensiones, acciones, principios, estrategias, etc.) a promover la salud. Es importante enfatizar que todas las conferencias (y por lo tanto documentos) que se han celebrado han tratado de reforzar las cinco dimensiones que se establecieron en Ottawa. Asimismo, las conferencias han iluminado el camino que tiene que seguir la PS, ya que han brindado las orientaciones generales en el campo, mismas que han servido como referentes fundamentales para erigir a la promoción como un derrotero a seguir (Esclava, 2006; Kökény, 2011; Leger, 2007; Mittelmark, 2005). Tanto las conferencias como los documentos se han convertido en un salvavidas para la promoción de la salud internacional (Pettersson, 2011), además, han dejado muy en claro la dirección a seguir, es decir, centrarse en la salud y no en la enfermedad (Kicksbusch, 2006; Morgan y Ziglio, 2007 citados en Eriksson y Lindström, 2008).

visión de un determinado equipo de trabajo en cuanto a la gestión política y pública institucional, al mismo tiempo, que responde a una lógica de PS institucional u oficializada⁶.

En el caso mexicano la principal responsable de recoger las cinco dimensiones internacionales de Ottawa a nivel federal es la Secretaría de Salud (Ssa) a través de la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS). Mientras que la encargada de hacer lo propio en la capital del país es la DPS de los SSPDF. Es importante mencionar que la primera se rige por el Manual de Organización Específico (MOE), mientras que la segunda por el MA.

A partir de lo anterior, se emprendió la elaboración del estado del arte (ver anexo A), a través de una búsqueda sistemática de artículos científicos o investigaciones que trataran sobre documentos iguales o similares a los manuales administrativos o de organización del área oficial dedicada a la PS. La búsqueda se realizó en diversas revistas especializadas en temas de PS, tales como: Health Promotion International, American Journal of Health Promotion, Health Promotion Journal of Australia, Global Health Promotion, Revista Brasileira em Promoção da Saúde y Hacia la Promoción de la Salud. También, la búsqueda se realizó en algunas revistas de salud pública, tales como: Salud Pública de México, Salud Pública de Cuba, Salud Pública de Colombia, Facultad Nacional de Salud Pública, Gerencia y Políticas de Salud, Revista Española de Salud Pública, Revista Española de Comunicación en Salud y Gaceta Sanitaria.

Dicha búsqueda se realizó con las siguientes palabras clave: *promoción de la salud, manuales administrativos, manuales de organización, documentos oficiales y Carta de Ottawa.*

La búsqueda en estas revistas se limitó al periodo 2000-2018.

⁶ Según Chapela (2010) la PS oficializada y/o institucional hace énfasis “tanto a los discursos y prácticas oficiales de promoción de la salud como al discurso y práctica institucional en general” (p. 36), es decir, es la promoción que se lleva a cabo por las instituciones de salud que tienen una validación oficial y pertenecen al Estado.

A pesar de la búsqueda que se realizó en dichas revistas no se encontró algún antecedente que se relacionara con el tema en cuestión. Sin embargo, se encontraron artículos científicos que hacen hincapié en documentos oficiales, como programas de salud o programas gubernamentales, y su relación con otras dimensiones de la PS, tales como: la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud (DSS⁷), el respeto y garantía de los derechos humanos, la construcción de ciudades saludables y el empoderamiento del individuo y los colectivos. De algún modo esos documentos recogían las dimensiones de Ottawa, pero no en su totalidad ni hacían mención sobre manuales administrativos.

En el caso mexicano, coyuntura principal y de interés para esta investigación, también se buscaron antecedentes relacionados a este tema. Incluso, se buscó alguna tesis en el acervo bibliotecario de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), puesto que esta casa de estudios fue la primera en impartir la LPS en el territorio nacional, pero tampoco se halló algo que se relacionara específicamente al tema. No obstante, si se encontraron algunos artículos que se refieren a algunos documentos oficiales y su relación con las dimensiones internacionales.

Dirección de Promoción de la Salud de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

La Carta de Ottawa hace un llamamiento a la acción internacional, instando a los gobiernos y organismos internacionales a abogar en favor de la salud y, por lo tanto, a la PS. Explícitamente se menciona que una parte de la PS se tiene que llevar a cabo por medio de las diversas instituciones que conforman al Estado, dado que dicho campo de acción y de estudio no es exclusivo del sector

⁷ Según la OMS (s/f) los DSS 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”. Los DSS no son lo mismo que los determinantes sociales puesto que los últimos tienen un enfoque desde la PS dominante, es decir, dejan de lado procesos sociales que determinan la salud y enfermedad (Cerdeña, 2010).

sanitario (OMS, 1986). Sin embargo, el sector sanitario es el principal responsable de impulsar las cinco dimensiones internacionales.

En algunos párrafos arriba se mencionó que la dependencia encargada de impulsar las dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa en el territorio mexicano es la DGPS. Mientras que la responsable de hacer lo propio a nivel local, es decir, en el DF (hoy CDMX), es la DPS. Ambas direcciones se rigen por documentos oficiales, en este caso por el MOE y el MA respectivamente. En ese sentido, y para los fines de esta investigación que se describen más adelante, el análisis que se plantea para este trabajo se centra única y exclusivamente en los MA de la DPS de los SSPDF, durante los periodos 2000-2006, 2007-2012 y 2013-2018.

La razón por la cual se decide llevar a cabo esta investigación es porqué el autor del presente escrito realizó el servicio social en la Subdirección de Promoción de la Salud para Grupos de Mayor Riesgo en octubre de 2018 a noviembre de 2019⁸. Es importante enfatizar que dicha Subdirección junto con la de Educación para la Salud, Participación Social y Educación y Cultura al Envejecimiento conforman a la DPS.

A pesar de estar sólo un año en dicha dependencia el autor de esta investigación pudo ser testigo de diversos sucesos que llamaron su atención. El más importante de todos fue que la promoción que se llevaba a cabo en la DPS, desde su punto de vista como futuro licenciado en PS, no era con relación a las cinco dimensiones internacionales plasmadas en la Carta de Ottawa. Más bien esa PS estaba volcada hacia las campañas de salud (nutrición, actividad física, salud mental,

⁸ En el año 2018 hubo una transición nacional marcada por la elección presidencial y por las elecciones de gubernaturas de algunos estados de la república mexicana. La ya entonces CDMX no fue la excepción, ya que el poder pasó del Partido de la Revolución Democrática (PRD) al partido Movimiento Regeneración Nacional (MORENA). Al autor de este escrito vivió esa transición estando en la DPS. Es importante recalcar que en la mayoría de su servicio social lo hizo ya estando en el nuevo gobierno, no tanto en el anterior. A pesar de no haber estado tanto tiempo en la anterior administración se considera que sí fue suficiente para plantear diversas dudas (que se presentan más adelante), las cuales sentaron las bases para realizar dicha investigación. No se considera de enero a noviembre de 2019, dado que ese periodo corresponde a la nueva administración, la cual, desde el punto de vista del autor, está volcando sus esfuerzos para que esa PS institucional retome las cinco dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa.

etc.), hacia la prevención de la enfermedad y el cambio de estilos de vida saludables. En síntesis, esa PS institucional estaba bajo una lógica del modelo biomédico y de estilos de vida de PS⁹, los cuales tienen una mirada reduccionista, ya que enfatizan su visión en la enfermedad.

A partir de lo observado y lo vivido en el servicio social nacen diversas dudas. Por ejemplo, dónde quedaban las cinco dimensiones de la Carta de Ottawa en lo que respecta a la DPS, en qué lineamientos se basa la Dirección para hacer esa promoción a nivel local y, sobre todo, dónde se puede revisar la manera en que se concibe la PS dentro de esta Dirección.

Es esta última duda la que cobra mayor relevancia, dado que la manera de responder a esas inquietudes, desde el punto de vista del autor, era indagar qué documento regía a la institución, qué documento podría decirle a la DPS qué hacer y qué no respecto a la PS, qué documento podría recoger las cinco dimensiones internacionales de Ottawa. La respuesta que se halló al momento de plantear esta duda a algunos integrantes que conforman el equipo de trabajo de la DPS fue prácticamente la misma: Manual Administrativo.

Es a partir de todo lo anterior que nace la inquietud de llevar a cabo la presente investigación. Con este escrito se pretende aportar información a la comunidad estudiantil y profesional de Promoción de la Salud del tema en cuestión. Para poder llevar a cabo lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué tanto se promueven las cinco dimensiones internacionales descritas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en los Manuales Administrativos de la Dirección de Promoción de la Salud de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, durante los periodos 2000-2006, 2007- 2012 y 2013-2018?

⁹ Estos dos modelos, al igual que el modelo socioambiental, son retomados de un curso que tomó el autor de la investigación llamado *Promoción de la Salud: conceptos, herramientas y estrategias*. Dicho curso fue impartido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en junio de 2018. Esos tres modelos de PS serán desarrollados en el marco teórico de la presente investigación.

Delimitación del tema

Se considera que el MA puede ser un insumo idóneo para el análisis sobre el campo de la PS en el ámbito institucional. Es un instrumento que define cierta racionalidad en salud y que, sin lugar a dudas, puede ser fuente para dilucidar concepciones teóricas y precisar ciertos enfoques con respecto a la salud y a la PS en un periodo de gobierno específico. Es por ello que esta investigación trabajará con los MA de la DPS de los SSPDF, esto en los periodos 2000-2006, 2007- 2012 y 2013-2018. Por supuesto que el foco estará en la PS, es decir, qué tanto se promueven las cinco dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa en los MA de los SSPDF, específicamente en el apartado sobre la DPS.

Objetivo general

Analizar qué tanto se promueven las cinco dimensiones internacionales descritas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en los Manuales Administrativos de la Dirección de Promoción de la Salud de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, de los periodos 2000-2006, 2007- 2012 y 2013-2018.

Objetivos específicos

Identificar qué concepción teórica o enfoque se tiene sobre la salud en los tres Manuales Administrativos de la Dirección de Promoción de la Salud de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, durante los periodos 2000-2006, 2007-2012 y 2013-2018.

Identificar qué concepción teórica o enfoque de la promoción de la salud se tiene en los tres Manuales Administrativos de la Dirección de Promoción de la Salud de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, en los periodos 2000-2006, 2007- 2012 y 2013-2018.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación pretende analizar qué tanto se promueven las cinco dimensiones internacionales plasmadas en la Carta de Ottawa para la PS en los MA de la DPS de los SSPDF, durante los periodos 2000-2006, 2007-2012 y 2013-2018. La necesidad de realizar esta investigación nace a partir de la experiencia como pasante del servicio social que tuvo el autor de dicha investigación, dado que él considera que la DPS se centra más en la prevención de la enfermedad y el cambio de estilos de vida del individuo y no a una PS que apunte hacia la consecución de dichas dimensiones.

Resulta de especial interés analizar dichos documentos, dado que éstos recogen ciertas concepciones teóricas respecto a la salud y a la PS por parte de los servidores públicos (director o directora, subdirectores, subdirectoras y sus respectivos equipos de trabajo) que estén como responsables de la DPS en un periodo de gobierno determinado. Por supuesto, que el foco estará en la PS, ya que esto también ayudará a tener un panorama más claro de cómo se concibe dicho campo en el ámbito institucional. Lo anterior cobra mayor relevancia, dado que en algunos casos la PS institucional es entendida, predominantemente, desde el enfoque biomédico o de estilos de vida. Esto provoca que se erosione el verdadero significado de la PS (Howat et al., 2003) y, por lo tanto, se ignore por completo su verdadero espíritu descrito en la Carta de Ottawa.

Sobre la relevancia de analizar documentos institucionales u oficiales, o cualquier otro tipo de documento, Fernández (2002) menciona que:

Desde el momento en que no todos los fenómenos sociales son susceptibles de ser observados en el tiempo de su ocurrencia y, dadas las dificultades actuales para su completa

y correcta transmisión por la vía oral, cobran importancia los documentos escritos por su capacidad de convertirse en registros históricos. (p.35)

Es a partir de todo lo anterior que el MA, concebido como un documento oficial, puede convertirse en un objeto de estudio importante, ya que puede apuntalar a un enriquecimiento del propio campo de estudio y análisis de la PS en general y, por supuesto, desde un ámbito institucional.

También, la DPS de los SSPDF cobra relevancia para esta investigación, ya que se piensa que dicha dependencia debería ser la principal responsable de apuntar hacia la consecución de las cinco dimensiones internacionales de PS en el DF. La misión de esta dependencia consiste en elevar la calidad de vida y de salud de los residentes del DF, por medio de la promoción y educación para la salud familiar y comunitaria, poniendo hincapié en la población de mayor riesgo (SSPDF, 2013). De ahí la importancia de analizar la DPS, a la luz del MA de cada sexenio, dado que es la máxima autoridad en PS, al menos a nivel local.

Como ya se mencionó, el análisis de esta investigación se va enfocar en los periodos 2000-2006, 2007-2012 y 2013-2018, es decir, un MA por periodo. La relevancia de analizar los tres periodos es que también permitirá conocer cómo se ha concebido y pensado a la PS, además de cómo se ha ido construyendo dicho campo de estudio y de acción durante los últimos 18 años. En un principio se pensó en hacer solamente el análisis del último periodo, pero al final se consideró en tomar los tres, ya que la investigación podría ser más enriquecedora de hacerla así, además de proporcionar un panorama más claro y general de la PS en el ámbito local, es decir, en el DF.

En ese sentido, es necesario destacar que el gobierno del DF, en el primer periodo, estuvo a cargo de Andrés Manuel López Obrador (2000-2006), en el segundo Marcelo Luis Ebrard

Casaubón (2007-2012) y en el último Miguel Ángel Mancera Espinoza (2013-2018), personajes políticos emanados de las filas del PRD. Por lo tanto, también resulta de especial interés observar qué tipo de visión tenía un gobierno de izquierda, (PRD, 2015), respecto a la PS y la salud desde el ámbito político. Es necesario resaltar que los documentos oficiales emanados de los gobiernos, al menos en el caso mexicano, son producto de ciertas ideologías políticas, el MA no es la excepción.

Asimismo, retomar la Carta de Ottawa y, por lo tanto, sus cinco dimensiones internacionales es de especial interés para la presente investigación, ya que este documento fue el primero en traer, a nivel mundial, una nueva manera de construir y/o producir salud¹⁰ en los individuos y los colectivos. En otras palabras, la Carta de Ottawa es el documento madre de dicho campo de acción, ya que impulsó un movimiento internacional de PS (Broucke, 2016; Catford, 1999; Eriksson y Lindström, 2008; Saan, 2001) para la defensa y protección de la salud. Por otro lado, no hay que olvidar que la Carta resalta la importancia de diversos prerequisites¹¹ (paz, alimentación, educación, vivienda, entornos favorables, acceso a los servicios de salud, justicia social y la equidad) para salud, los cuales son necesarios para crear las condiciones de vida óptimas, equitativas, justas y favorables¹².

Por todas las razones anteriores es que la Carta de Ottawa cobra especial interés para esta investigación, dado que ésta da oficialidad, sustento y legitimidad al trabajo que desempeñará la

¹⁰ La Carta recalca que la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana (OMS, 1986). Desde la perspectiva de la promoción, la salud pasó a ser entendida, estudiada, creada y producida no en el laboratorio, tampoco en los hospitales, sino en la vida real del individuo y los colectivos. Además, la PS que emana de la Carta reposicionó la salud como un hilo en el tejido social, es decir, involucró no solamente al personal que labora en los servicios sanitarios, sino que también trató de involucrar al público en general, a diversos profesionales y actores sociales, políticos, líderes, etc. para la construcción y/o producción de la salud (Saan, 2001).

¹¹ De igual forma, la Carta de Ottawa afirma que la PS trasciende la idea de formas de vida sanas (entendida como la vida libre de enfermedad), es decir, dichos prerequisites también son necesarios para la construcción y/o producción de la salud del individuo y los colectivos (Terris, 1996).

¹² El objetivo final de las acciones de promoción, y por tanto de las dimensiones internacionales, es crear esos y otros requisitos para que el individuo y los colectivos tengan una buena vida (Eriksson y Lindström, 2008).

promoción en las dependencias dedicadas a las tareas de PS de cada gobierno, así como en los diferentes individuos y colectivos.

En resumen, la presente investigación puede aportar información del tema en cuestión a la comunidad estudiantil y profesional de este campo de acción; al mismo tiempo también ayudará a comprender, de mejor manera, cómo se ha entendido a la PS en el ámbito institucional durante los últimos 18 años en el DF. Es a partir de todo lo anterior que se resalta la significancia y pertinencia de realizar esta investigación

Por último, es importante mencionar que hasta la fecha no existe una investigación igual o similar del tema en cuestión en México. De ahí la relevancia e importancia tanto académica como profesional en llevar a cabo dicha investigación.

CAPÍTULO II. SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUD: UNA RELACIÓN DIALÉCTICA

En este capítulo se presenta el andamiaje teórico que va dirigir el rumbo de esta investigación, el cual se divide en tres partes.

En la primera parte, se aborda, a modo de contexto, las dificultades que se presentan al tratar de dar una definición al término salud. Asimismo, se muestra, sucintamente, el debate actual que se da entre la escuela naturalista y la escuela normalista para darle una definición a dicho término, y, al mismo tiempo, se expone la postura que se asume en esta investigación respecto al término salud. Esta primera parte se concluye al presentar un cuadro donde se sistematizan las diversas definiciones de salud que se plasman en las diferentes conferencias regionales e internacionales de PS.

En la segunda parte, se presentan las definiciones de PS que se plasman en las diferentes conferencias regionales e internacionales de PS, así como algunas definiciones de diversos autores que hacen su aporte para la construcción y delimitación de dicha definición. También, se plasma lo que entiende por PS desde la postura del autor de esta investigación. Por otro lado, se muestran las diferencias que existen entre la prevención de la enfermedad y la PS, dado que a la fecha aún es común confundir dichas áreas. Esta segunda parte se finaliza al exponer los diferentes modelos que conforman a la PS, es decir, el modelo biomédico, estilos de vida y socioambiental.

En la tercera parte, se explican a detalle las cinco dimensiones internacionales plasmadas en la Carta de Ottawa, las cuales, como ya se ha mencionado, consisten en la elaboración de la política pública saludable, en la creación de entornos favorables, en el reforzamiento de la acción comunitaria, en el desarrollo de aptitudes personales y en la reorientación de los servicios de salud.

Parte I: la construcción histórica de la salud

A modo de contexto

A lo largo de la historia el término salud ha tenido diversos conceptos¹³ (Vélez, 2007), mismos que han pasado por explicaciones que van desde la existencia de deidades hasta la concepción más materialista que se centra exclusivamente en las células, órganos y sistemas, es decir, en la fisiología del cuerpo humano (Amar et al., 2013). Esta concepción hegemónica se ha mantenido durante largo tiempo, pero ha ido cambiando con el desarrollo de las ciencias sociales y humanidades, mismas que han permitido concebir a la salud desde diversas dimensiones (ambiental, cultural, económica, política, psicológica, biológica, espiritual y social).

Asimismo, la variedad de los diversos conceptos del término salud están relacionados con los cambios de contexto de cada localidad, de los numerosos períodos históricos y del desarrollo y descubrimiento de nuevas nociones, ideas y paradigmas, así como de los diferentes referentes simbólicos, culturales, sociales y temporales¹⁴, elementos que son inherentes a los individuos y a los colectivos. Sin embargo, todo lo anterior ha propiciado que el término salud se vuelva más complejo, además, de que cuente con numerosos significados (Angulo et al., 2016).

A pesar de lo anterior, dicho término se ha construido de manera progresiva y con base a las necesidades del individuo y los colectivos en el momento; además, hay que tener en cuenta que la salud se tiene que considerar como algo relativo, conceptualizando a la persona y en el momento en el que se está viviendo (Gavidia y Talavera, 2012).

¹³ También, la enfermedad ha tenido diversas variaciones y significados a través de la historia (Gavidia y Talavera 2012; Guerrero y León, 2008).

¹⁴ Es de poner especial énfasis en que los procesos histórico-sociales han jugado un papel importante para la construcción del término salud, el pasar de los años ha contribuido a que tenga diversos significados, haciendo posible que la salud no sólo se conciba como la mera ausencia de la enfermedad.

Por otra parte, no hay que perder de vista que la salud es un *proceso dinámico*¹⁵ (en el cual está inmerso el hombre y los colectivos) que dentro de la configuración del mismo intervienen de manera sutil, pero determinante, procesos económicos, políticos, ideológicos, culturales e históricos (Guerrero y León , 2008; López et al., 2011; Val-Pardo y Corella, 2001). Por lo tanto, la salud también tiene una multideterminación (que no se puede limitar a lo biológico y natural¹⁶) y que el resultado de la misma puede derivar de esa compleja red de procesos (Vélez, 2007).

Por todo lo anterior, no hay ningún concepto del término salud que sea único y universal, éste dependerá de las personas y las realidades desde dónde se conceptualiza. Además, los conocimientos varían según evoluciona la sociedad que los construye, por lo tanto, también cambia la idea de lo que es salud (Gavidia y Talavera, 2012).

La salud es un proceso dinámico, multidimensional y multideterminante, y para poder definirla se tiene que considerar como eje fundamental el contexto histórico (Valenzuela, 2016). En suma, la salud no es más que el fruto de la construcción social de los colectivos (Ponte, 2003).

Debate entre la corriente naturalista y normativa

Como se ha mencionado el término salud ha tenido diversos conceptos y significados a través del tiempo; hasta la fecha se han hecho grandes esfuerzos para darle una definición a dicho término. Sin embargo, aún no existe una definición que sea universalmente aceptada¹⁷ (López et al., 2011). Asimismo, numerosas disciplinas (filosofía, medicina, antropología, derecho, etc.) han hecho su aporte para la construcción del término. A pesar de lo anterior el “debate actual asiste al

¹⁵ Que no siempre son compartidos por todos los colectivos (Valenzuela, 2016), es decir, no es el mismo proceso en la comunidad A que en la B, por ende, el significado de salud será diferente.

¹⁶ Es importante recalcar que la salud tampoco es un asunto que se pueda delimitar ni mucho menos traducir en un concepto científico (Czeresnia, 2008). De hecho, el término tiene que dejar de depender tanto de la biomedicina, dado que es necesario que también se integre al mundo de lo social (Amar et al., 2013).

¹⁷ De ahí que la salud ha sido objeto de diversas definiciones que se han propuesto desde varias perspectivas (Val-Pardo y Corella, 2001).

enfrentamiento entre las escuelas naturalistas y las escuelas normativas” (López et al., 2011, p.57).

Sobre las escuelas naturalistas Gavidia y Talavera (2012) mencionan que:

No hay necesidad de recurrir a juicios de valor porque la salud y la enfermedad es una cuestión científico-empírica. Esta percepción representa el punto de vista biomédico según el cual existen ciertos datos anatómicos, fisiológicos o bioquímicos identificables como patológicos o saludables independientemente del contexto socio-cultural.

Con relación a las escuelas normativas, nuevamente, Gavidia y Talavera (2012) comentan lo siguiente:

La salud y la enfermedad son conceptos inevitablemente cargados de valoración sobre lo deseable, lo útil o lo bueno, de modo que sin hacer referencia a esos valores resulta imposible decidir si una particular situación es de salud o de enfermedad. Éstas sólo pueden ser definidas en el marco de una cultura particular, de forma que un estado se califica de enfermedad porque en la cultura correspondiente es visto como malo o indeseable (p. 164).

Dicho de otra manera, la escuela naturalista considera que el individuo es completamente saludable sí, y sólo sí, sus células, órganos y sistemas (nervioso, digestivo, endocrino, etc.) funcionan correctamente en un medio ambiente normal. Mientras que la escuela normativa toma en cuenta consideraciones extra biológicas, tales como la condición de la persona, su contexto histórico y cultural, sin excluir los procesos sociales que vive el individuo y los colectivos en un momento determinado (López et al., 2011).

Es de recalcar que para esta investigación se va a considerar a la salud desde la escuela normativa, dado que el autor de este escrito considera que “la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana” (OMS, 1986, p.1).

La salud desde las conferencias regionales e internacionales de promoción de la salud

Por su parte, la PS también ha hecho su aporte para la construcción del término salud. Esto, a través de las conferencias regionales¹⁸ e internacionales de PS que se han celebrado desde Ottawa (1986) hasta Shanghái (2016). Lo interesante de las conferencias es que cada una ha desarrollado una definición de salud con base al contexto histórico-social.

En la siguiente figura se sistematizan las diferentes definiciones de salud que se plasman en las conferencias regionales e internacionales de PS.

Figura 1

Definiciones de salud.

Conferencia Internacional	Año	
Ottawa	1986	“La salud se percibe como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas”.
Adelaida	1988	“La salud es considerada a la vez un derecho humano fundamental y una buena inversión social”.
Sundsvall	1991	“Se ve la salud como ausencia de enfermedad y producto de un ambiente saludable, no como natural, sino como social”.
Santa Fe	1992	“La salud es condicionada por factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos”.
Caribe	1993	“La salud es un recurso positivo para la vida”.
Yakarta	1997	“La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico”.
México	2000	“La salud es un recurso para la vida que permite a las personas llevar una vida social y económicamente productiva”.
Bangkok	2005	“Se concibe a la salud como un derecho humano desde lo biológico, mental y social”.
Nairobi	2009	“La salud es un derecho humano fundamental”.
Helsinki	2013	“La salud es un medio para el desarrollo y la justicia social”.
Shanghái	2016	“Se concibe como un derecho universal, un recurso para la vida, un objeto social compartido y una prioridad política”.

Fuente: Adaptado de Rosales et al. (2017).

Como se observa, las definiciones de salud provenientes de las conferencias regionales e internacionales tienen contrastes (concebir a la salud como un medio para producir riqueza) y

¹⁸ La conferencia de Santa Fe y el Caribe tienen la connotación de ser regionales, ya que se realizaron en el continente americano.

semejanzas (derecho humano, como algo positivo y medio de desarrollo). No obstante, una definición que se puede resumir de las conferencias es que conciben a la salud como una fuente de riqueza, un recurso esencial para la vida y, al mismo tiempo, un derecho humano universal, básico, fundamental e indispensable para el desarrollo social de la persona y los colectivos.

En síntesis, en esta investigación se concibe a la salud¹⁹ (desde la promoción) como un proceso dialéctico que está influenciado por la dimensión política, social, económica, cultural, biológica, ambiental, psicológica y espiritual. Por lo tanto, no sólo es obligación del individuo ni del sector sanitario de velar por ella, sino que también es responsabilidad de diversos sectores para preservarla. Lo anterior, hace que la salud sea un concepto positivo que va más allá de la ausencia de la enfermedad. Asimismo, la salud tiene que estar centrada en el derecho de la satisfacción de los servicios básicos y de las condiciones de vida, el resultado de ello derivará en que los colectivos desarrollen diversas capacidades de ser y de hacer, o sea, llegar a ser en la vida lo que sus aspiraciones, ideales y sueños los lleven para el goce de la vida.

Parte II: conceptos y modelos de promoción de la salud

Desde el nacimiento de la PS han existido diversos esfuerzos para poder definirla, dichas definiciones han servido para saber qué es y cuál es su finalidad. La variedad de definiciones deja claro que existen diferentes maneras de entenderla y de llevarla a la práctica. No obstante, esa variedad ha causado a que exista cierta ambigüedad para definirla de manera precisa, a tal punto de confundirla con otras definiciones, como son la prevención de la enfermedad y la educación para la salud (Rosales et al., 2017).

¹⁹ Para llegar a esta definición de salud para la promoción se retomaron algunos elementos de Vélez (2007) y Restrepo (2001a).

Aportaciones de las conferencias para la construcción de la definición de promoción

La definición de promoción ha tenido diversas evoluciones a lo largo de los años, esto se puede constatar en las diferentes definiciones que se plasman en las conferencias internacionales, incluso, hay diversos autores que reconocen la importancia de dichas conferencias, dado que éstas han hecho una aproximación y aportación para tratar de definirla (Marchiori, 2008).

Hasta la fecha, la definición más conocida que existe de PS es la que se encuentra plasmada en la Carta de Ottawa, esta definición fue el pilar fundamental para que en las sucesivas conferencias se siguiera puliendo y construyendo una definición más clara sobre lo que es la PS. En la Carta se menciona que: “la promoción de la salud consiste en proporcionar los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS, 1986, p.1).

Como ya se ha mencionado, después de la Carta de Ottawa se celebraron otras conferencias regionales e internacionales de promoción, en algunos de los documentos que emanaron de esas conferencias se da un seguimiento para su definición. Es importante comentar que no en todas las conferencias se hizo esa aportación, pero al menos sí lo hicieron la mayoría (seis de once).

En la figura que se muestra a continuación se sistematizan algunas definiciones de promoción que se plasman en las conferencias regionales e internacionales de PS.

Figura 2

Conceptos de Promoción de la Salud.

Conferencia	Año	CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Santa Fe	1992	“La promoción de la salud consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo”.
Caribe	1993	“La promoción de la salud fortalecerá la capacidad de los individuos y las comunidades para controlar, mejorar y mantener su bienestar físico, mental y espiritual. Se basa no

		solo en la prevención y control de la enfermedad, sino en la salud y el bienestar y aboga por el concepto de que la salud de las personas es un recurso positivo para sus vidas”.
Yakarta	1997	“Se trata de un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. Por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud para derivar en el máximo beneficio posible para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y acumular capital social”.
Bangkok	2005	“La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta”.
Nairobi	2009	“La promoción de la salud es una estrategia esencial para mejorar la salud y el bienestar y reducir las inequidades en salud (...). A través de implementar la promoción de la salud se crean sociedades más justas que permitan que las personas puedan llevar vidas que ellos mismos valoran, aumentando su control sobre su salud y los recursos necesarios para el bienestar”.

Fuente: elaboración propia. La definición que se plasma en la Carta de Ottawa no se anexa a dicha figura, dado que ya se ha presentado previamente.

A modo de resumen, en las diversas conferencias internacionales se concibe a la PS como un proceso que lleva a la capacitación, reflexión y conciencia para que los colectivos reconozcan su situación en salud. Esto significa, desde el punto de vista del autor de este escrito, que las personas tomarán un mayor control sobre su salud, ese control se logrará a partir de que ejerzan acciones sobre los DSS, al hacerlo se verán reducidas las inequidades y generará las condiciones indispensables para la salud. Lo anterior conducirá al pleno desarrollo y goce de la vida.

Aportaciones de algunos autores para la construcción de la definición de promoción

Por otro lado, hay autores que también han hecho sus aportaciones para la delimitación y construcción de la definición de PS. Se recalca que las definiciones que se presentan en la siguiente figura son extraídas del libro *Promoción de la Salud: Una Tarea y Desafío Vigentes*.

Figura 3

Definiciones de promoción de la salud según estos autores.

Nutbeam (1986)	“La promoción de la salud trata de un proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y, de este modo, mejorarla”.
-----------------------	---

Green y Richard (1993)	“Es cualquier acción de comunicación y educación para la salud, así como todos los esfuerzos organizacionales, políticos, económicos y ambientales orientados a promover conductas saludables”.
Kickbush (1994)	“La promoción de la salud se trata de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud”.
Cerqueira (1997)	“La promoción de la salud tiene como fin mejorar la salud individual y colectiva y contribuir al logro de la equidad y la justicia social”.
Herazo (2003)	“La promoción de la salud es una política estatal o comunitaria de la sociedad organizada que debe conducir al establecimiento de unas condiciones de vida biológicas, sociales, económicas y políticas positivas con el fin de generar bienestar y, por lo tanto, salud”.
Tannanhill²⁰	“La promoción de la salud comprende los esfuerzos orientados a incrementar la salud positiva y reducir el riesgo no solo de enfermarse sino también de sentirse mal”.

Fuente: con base en Cardaci et al. (2012).

En esas definiciones se considera que la PS es un proceso por el cual el individuo y la comunidad están en las circunstancias de ejercer un mayor control sobre su salud. Esto significa, también desde el punto de vista del autor de este escrito, que lo anterior podría lograrse mediante la implementación de estrategias de empoderamiento, participación social y de la creación de alianzas intersectoriales para incidir sobre los factores determinantes de la salud. Esto contribuirá a generar mejores condiciones de salud y, por lo tanto, también conducirá al pleno desarrollo y goce de la vida.

Como se observa, las definiciones (tanto de las conferencias como de los autores) retoman diversos elementos, eso no significa que sean excluyentes, de hecho, entre ellas se complementan. Esto ha ayudado a que se tenga un panorama más amplio sobre lo que realmente es la PS. Dichos elementos que existen entre las definiciones y que de alguna manera ayudan a “delimitarla”: son el accionar político, los DSS, la participación social, el empoderamiento, las alianzas interinstitucionales, los derechos humanos, etc.

A modo de síntesis, las diversas definiciones muestran cómo se ha ido transformando la noción de la PS a través de los años, Marchiori (2008) menciona que el concepto “viene siendo

²⁰ Citado por Peñaherrera, 2005.

elaborado por diferentes agentes técnicos y sociales, en diferentes coyunturas y formaciones sociales (...). Innumerables eventos internacionales, publicaciones de carácter más conceptual y resultados de investigación han contribuido para acercamientos a conceptos y prácticas más precisas en esta área” (p.25).

La promoción de la salud para el autor de esta investigación²¹

Desde el punto de vista del autor de este escrito se piensa que la PS es una práctica social transformadora que tiene como finalidad mejorar las condiciones de vida de los colectivos en su conjunto para que tengan un pleno desarrollo y goce de la vida. Lo anterior, significa conocer a fondo qué condiciones hay que mejorar, por ello, es necesario trabajar desde los contextos²² de los colectivos, al hacerlo también va a permitir conocer las necesidades en salud de los mismos.

De ahí que las acciones de promoción estén dirigidas a incidir²³ sobre los DSS (los cuales tienen una relación directa con los derechos humanos). Dichos determinantes van más allá del sistema de salud, es por ello que esas acciones también tienen que ser ejecutadas, y en coordinación, desde las diversas instituciones que conforman al Estado, es decir, es necesario el trabajo interinstitucional.

Todo lo anterior no se puede realizar sino hay voluntad y accionar político. Ejercer acciones sobre las necesidades y los DDS de los colectivos va a permitir que puedan cumplir sus aspiraciones, es decir, hacer y ser, y llegar a ser en la vida lo que sus sueños e ideales los lleven (Vélez , 2007).

²¹ Es necesario recargar que para la construcción de esta definición se retomaron algunos elementos de Rosales et al. (2017).

²² Hacer las intervenciones de PS desde el contexto de las personas hará que sus acciones sean más efectivas. Jamás hay que olvidar que esas intervenciones deben adaptarse a la situación y a la cultura local de la comunidad en cuestión (Brouck, 2016).

²³ La PS debe crear una agenda para incidir sobre los DSS, ya que también fungiría como un contrapeso ante las desigualdades sociales en salud, las desfavorables condiciones de vida y pobreza que provoca la superestructura económica, es decir, ante el capitalismo en su fase neoliberal (Raphael, 2009).

Diferencias entre prevención y promoción

Antes de continuar es menester hacer la sucinta diferenciación entre prevención y promoción, dado que hay ocasiones que suelen confundirse. Es de reconocerse que la prevención y promoción guardan cierta relación²⁴ en algunas acciones, tanto una como otra pueden llegar a ser complementarias. Sin embargo, la ambigüedad que se presenta a la hora de definir a la PS puede influir en que haya una confusión al momento de diferenciarlas, a tal punto de pensar que son lo mismo²⁵.

Según la OMS (1998), citado en Vignolo et al. (2011), la prevención se define como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (p. 11).

Por otro lado, Ferreira (1986) menciona que “el término prevenir tiene el significado de preparar; llegar antes de; disponer de manera que evite (daño, mal), impedir que se realice” (Czeresnia, 2008 p.54).

Por lo general, las acciones de prevención están dirigidas a impedir, detener y rehabilitar cuando el sujeto ha enfermado. Dichas acciones se dividen en tres niveles, es decir, prevención primaria (impedir), secundaria (detener) y terciaria (rehabilitar). Por su parte, la PS cuenta con diversos modelos de intervención, los principales son el biomédico, el de estilos de vida y el socioambiental. Dichos modelos han ayudado a la definición y delimitación de la PS.

²⁴ Las semejanzas que guardan la promoción y prevención se abordan más adelante, ya que esas similitudes tienen que ver con el modelo biomédico y estilos de vida de la promoción.

²⁵ A principios del 2019 el autor de esta investigación tuvo un taller en la DPS de los SSPDF con los compañeros que laboraban en esa dependencia. En dicho taller se trató de hacer una construcción de diversas definiciones, entre ellas la de PS. Se hace hincapié en que varios compañeros mencionaron que la promoción y la prevención eran lo mismo.

La prevención primaria busca impedir la aparición de la enfermedad. Por ejemplo, el uso del condón para evitar alguna infección de transmisión sexual, la inmunización para evitar la aparición de la influenza o la creación de un programa educativo para enseñar los diversos factores de riesgo que pueden afectar al cuerpo humano, etc.

Por otro lado, el objetivo de la prevención secundaria consiste en detener la enfermedad y la evolución de la misma cuando ya está presente en el individuo. Por ejemplo, cuando una persona padece algún tumor se le da el tratamiento necesario para que esa patología no evolucione y se convierta en algún tipo de cáncer. De igual manera, sus acciones van dirigidas al diagnóstico prematuro de la enfermedad (tamizaje neonatal, pruebas de papanicolau, etc.).

Por último, la prevención terciaria tiene como fin la rehabilitación máxima del cuerpo del individuo. Asimismo, se busca que no haya secuelas de la enfermedad o que la misma provoque algún tipo de invalidez en el cuerpo. Por ejemplo, cuando una persona sufre una fuerte fractura en una pierna, el individuo probablemente necesitará apoyo fisioterapéutico para recuperar la movilidad de su extremidad, además, ese apoyo fungirá para que a largo plazo no exista una limitación motriz en su pierna.

A continuación, en la figura cuatro se plasman algunas de las diferencias más importantes entre prevención y promoción.

Principales diferencias entre prevención y promoción.

	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	PROMOCIÓN DE LA SALUD
Objetivo²⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Se centra en desarrollar medidas y técnicas que pueda evitar la aparición de la enfermedad. • Disminuir las complicaciones de una enfermedad en específico. • Parte de su finalidad es reducir los factores de riesgo, el daño y discapacidad a los individuos y población contra agentes agresivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las capacidades personales y colectivas para incidir en los DSS. • Construir y producir salud a partir de las diferentes aristas que conforman a la misma, no sólo desde la ausencia de la enfermedad. • Generar las condiciones indispensables para la salud para conducir al pleno y desarrollo y goce de la vida.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Educación, información y comunicación para la salud. • Diagnóstico oportuno de alguna enfermedad en específico (autoexploración, chequeo médico, etc.). • Fomento y cambio de los estilos de vida que lleguen a representar algún peligro para el individuo. • Acciones dirigidas a la prevención de enfermedades cardiovasculares, metabólicas (diabetes, anorexia y bulimia), de cáncer. • Campañas dirigidas hacia la prevención del consumo de drogas tanto legales (tabaco, alcohol) como ilegales (marihuana, cocaína, metanfetaminas, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Abogacía en salud (educación, promoción y defensa de los derechos humanos). • Intervención en salud (a través del diagnóstico, planeación y programación en una comunidad). • Construcción de políticas públicas saludables, creación de ambientes favorables, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud (así como diferentes acciones estratégicas que se plantean en los diversos documentos de las conferencias internacionales de PS). • Gestión en salud²⁷, empoderamiento, participación social y las alianzas intra e intersectoriales.
Tipos de prevención y promoción	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria: inmunizaciones, actividad física, etc. • Secundaria: Diagnóstico precoz de la enfermedad (tamiz neonatal, pruebas de papanicolau, antígeno prostático, etc.). • Terciaria: recuperación y rehabilitación que haya dejado la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biomédico • Estilos de vida. • Socioambiental.
Población objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Principalmente dirigida al individuo que ya esté enfermo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfocada a los grupos y comunidades en general.
Interventores	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeras y profesional clínico. • Trabajadoras y trabajadores sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotor de la salud y comunidad. • Diversos profesionales de la salud y diversos actores.

Fuente: elaboración propia.

²⁶ Las cinco categorías que se plasman en el cuadro las retomé de una presentación de la Dra. Claudia María Mesa Dávila, titular de la DPS de los SSPDF.

²⁷ Se refiere a que el promotor de la salud será el puente entre la comunidad (individuo o grupo) y las instituciones del Estado con la finalidad de satisfacer sus necesidades humanas básicas.

Modelos y aproximaciones prácticas en Promoción de la Salud

Desde sus inicios, la PS ha sido pensada y practicada de diversas maneras (esto se puede comprobar a partir de las diversas definiciones que existen de la misma), esto ha provocado a que existan diferentes orientaciones teóricas para entenderla. Sin embargo, estas mismas orientaciones han incitado a que haya cierta dificultad a la hora de delimitar su campo de trabajo. Al mismo tiempo, esas orientaciones han desembocado en diversos modelos de PS, los cuales son los siguientes: el biomédico, el de estilos de vida y el socioambiental.

Modelo biomédico

En este modelo de promoción se hace énfasis en los aspectos biomédicos de la salud individual. Cuando la persona enferma las soluciones que se proponen son médicas. Las estrategias de PS más comunes que se usan tienen que ver con lograr que las personas procuren el diagnóstico y tratamiento que necesitan, respondan a las acciones de prevención o detección temprana de riesgos. Al mismo tiempo, las interacciones entre los profesionales de la salud y el usuario tienen como fin que este último desarrolle un sentido de empoderamiento, ya que al hacerlo podrá incrementar el control de su salud (Sarría y Cruz, 2014).

Asimismo, para que el individuo tenga salud se considera que en su cuerpo debe de existir un equilibrio homeostático, es decir, un equilibrio interno en su organismo (células, órganos, sistemas, etc.). Los que proporcionan este equilibrio son los médicos, enfermeros, etc. y lo hacen a través de instituciones públicas o privadas de salud (Hernández et al., 2018).

Sin embargo, las estrategias empleadas desde este modelo no se pueden considerar como de PS, ya que se enfocan hacia enfermedades específicas y no a un concepto positivo de salud (Sarría y Cruz, 2014). Es importante comentar que las prácticas de promoción del modelo

biomédico y el de estilos de vida están sustentadas en el MMH (Angulo et al., 2016). Al respecto, Menéndez (1990) menciona que:

Por MMH entendemos el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías como la única forma de entender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. (p. 83)

Modelo de estilos de vida y/o conductual

Para hablar de este modelo primero es necesario dar una definición de los estilos de vida. Para Lalonde (1996) los estilos de vida son “el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto control” (p.4). Por su parte, Nutbeam (1996) menciona que los estilos de vida son “la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales” (p.387).

Sarría y Cruz (2014) comentan que el nacimiento de dicho modelo es a partir de que en la década de los años 50 empiezan a salir datos epidemiológicos que relevan la relación de diversos factores de riesgo relacionados con los estilos de vida (consumo de tabaco, alcohol y drogas, falta de ejercicio, etc.) y con patologías crónicas no transmisibles (diabetes, cáncer, etc.). Se consideró que los factores de riesgo de estas enfermedades eran elección de los individuos, por lo tanto, dichos factores estaban bajo su control. Para contrarrestar lo anterior, se comenzaron a plantear estrategias individuales sobre los estilos de vida con énfasis en la promoción. El problema con ese modelo es que responsabiliza y culpabiliza a la persona por estar enferma, a su vez, desconoce el derecho a la salud (Cerdeira, 2010; Suárez, 2003).

Principalmente, este modelo está dirigido a la educación y la comunicación en salud buscando modificar comportamientos que pueden llegar a ser perjudiciales para el individuo. Las estrategias de PS más comunes que se usan consisten en sensibilizar e informar a la persona acerca de las causas de un problema de salud y cómo prevenirlo. En resumen, este modelo busca facilitar (cambiar estilos de vida) determinados tipos de comportamientos individuales en beneficio a la salud y en desarrollar conocimientos para el cuidado de la misma.

Es precisamente en este modelo donde las acciones de promoción y prevención guardan cierta relación, dado que este modelo y el primer nivel de prevención tratan de desarrollar en el individuo y los colectivos las herramientas y conocimientos necesarios para que puedan preservar su salud. Es en este punto donde ambas comparten estrategias en común, por ejemplo, en el uso de información, educación y comunicación para la salud, el mercadeo social (consumo de bienes y servicios para que la gente cuide su salud) y el empoderamiento (Restrepo, 2001b).

Por otro lado, en algunas ocasiones el personal de la salud considera que las acciones de PS sólo se centran en cambiar los de estilos de vida del individuo. Según Terris (1996) esta concepción tiene un antecedente histórico, la cual nace a partir de la publicación del documento *Gente Sana: Informe del Cirujano General Sobre Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad*, publicado en 1979 por el Servicio de Salud de los Estados Unidos. En dicho documento se le definió a la promoción en términos de los cambios en los estilos de vida²⁸ y se le daba la misma importancia que la prevención de la enfermedad. Por lo tanto, las acciones de promoción se limitaron a ese objetivo, incluso, provocó diversas interpretaciones sobre la finalidad exacta de la PS. Asimismo, afirma que para algunos la promoción era sinónimo de prevención.

²⁸ De hecho, poco antes de la Carta de Ottawa a la promoción se le definía como “la ciencia y el arte de ayudar a las personas a cambiar su estilo de vida para avanzar hacia un estado óptimo de salud” (O’Donnell, 1986, p.4).

Modelo socioambiental²⁹

Este modelo hace énfasis en los factores socioambientales que influyen en la salud y que no están bajo el control de los individuos. Las estrategias de PS más comunes que se usan son la abogacía en salud (derechos humanos), el accionar político, la colaboración entre los diversos actores y sectores del gobierno y la sociedad civil, la incidencia sobre los DSS, etc. Además, busca promover la participación social comunitaria para construir y movilizar procesos de cambio social en pro de la salud de los colectivos.

Dicho modelo reconoce que sobre la salud no sólo influye la genética, los estilos de vida o la prestación de los servicios de salud, sino que hay algo más que la determina. En él, se exige que las intervenciones de promoción reconozcan y actúen sobre los factores socioambientales del mundo en el que habitamos. Además, desde este modelo, la promoción se compromete a la reducción de las desigualdades sociales y la injusticia (Sarria y Cruz, 2014).

Al mismo tiempo, el modelo recoge dos características fundamentales: la valorización del conocimiento popular y la participación social del individuo y de los colectivos para construir y/o producir salud. Desde este modelo la promoción es realizada por y con la gente, sin que se les imponga ni que se les dé nada a cambio, o sea, esta PS considera a los individuos y a los colectivos como los verdaderos agentes que pueden cambiar y transformar los factores determinantes de su salud (Marchiori, 2008; OMS, 1997).

Como se observa, en este modelo recaen algunos elementos que se plantean en las definiciones de PS que se encuentra en los documentos de las conferencias y de los conceptos que

²⁹ En la UACM se enseñan estos modelos, pero el autor de esta investigación se identifica con el modelo socioambiental, ya que desde su punto de vista la causa real de los problemas de salud son las malas condiciones de vida, las desigualdades sociales y económicas; dichas desigualdades generan condiciones desfavorables para las personas. Al mismo tiempo, esas condiciones penetran, atraviesan, recaen en sus cuerpos, el resultado de ello es la manifestación de la enfermedad (Angulo et al., 2016).

construyen los autores. Se considera que es en dicho modelo donde se puede fundamentar lo que se ha denominado en esta investigación como dimensiones internacionales.

En síntesis, el modelo biomédico posee características importantes para el cuidado de la salud desde la dimensión biológica. El modelo de estilos de vida contribuye a que el individuo sea más consciente y responsable de su salud, esto, para que modifique o reoriente su estilo de vida a conductas saludables. Mientras que el modelo socioambiental ofrece un amplio panorama de los factores que influyen en la salud del individuo y de los colectivos, esto permite emplear acciones integrales para solucionar los problemas de salud que van más allá del sector sanitario.

En la figura cinco se plasman algunas características y acciones de los tres modelos de promoción que se han mencionado. Es importante enfatizar que el modelo biomédico y estilos de vida son los dominantes, es decir, son los que se llevan a cabo en las instituciones de salud o de promoción. Lo anterior ha provocado que el modelo socioambiental quede en el olvido en las instituciones de salud.

Características y acciones de los modelos de promoción de la salud.

	Modelo	Características	Acciones
Promoción de la salud	Biomédico	<ul style="list-style-type: none"> • Se hace énfasis exclusivamente en los aspectos médicos que producen salud. • Se considera que la biología es la única determinante en la salud del sujeto. • No se permiten otras prácticas que no sean con fundamento científico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las acciones de este modelo están dirigidas en hacer una detección temprana de los riesgos, así como a la prevención de la enfermedad. • Algunas de sus acciones son: vacunas, uso del condón para prevenir las infecciones de transmisión sexual, aplicación de flúor, etc.
	Estilos de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabiliza y culpabiliza al sujeto de su estado de salud. • Busca cambiar determinados estilos de vida del sujeto que pueden ser perjudiciales para su salud. • Su objetivo es desarrollar determinados tipos de comportamientos individuales para el beneficio de la salud y en desarrollar conocimientos para el cuidado de la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas de comunicación para estimular conductas saludables como: la actividad física, la correcta alimentación, cuidado de la higiene, etc. • Talleres educativos en temas de salud para concientización y posterior modificación de los estilos de vida del sujeto. • Creación y distribución de folletos, carteles, y trípticos informativos sobre factores de riesgo que pueden ser peligros para los individuos.
	Socioambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Se hace énfasis en los factores socioambientales que influyen en la salud y que generalmente no están bajo el control del individuo y los colectivos. • Se considera a la salud desde una visión positiva y holística. • Este modelo también tiene un enfoque socioecológico, ya que propone el cuidado de ambientes naturales que favorezcan la salud. Esto permitirá la armonía en las relaciones entre los seres humanos y el ambiente (Resende, 2008). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sus acciones están dirigidas en incidir sobre los DSS, ya que al hacerlo se generarán las condiciones de salud para el individuo y los colectivos. • Las acciones no se limitan al sector sanitario, puesto que necesita el accionar político, la participación social, alianzas interinstitucionales entre otras estrategias para construir y/o producir salud. • Asimismo, las acciones de este modelo están dirigidas a la reducción y prevención de las condiciones de riesgo (Sarria y Cruz, 2014).

Fuente: elaboración propia.

Parte III. Dimensiones internacionales de la Promoción de la Salud

Como se ha mencionado en el capítulo uno de esta investigación las dimensiones internacionales de la PS, plasmadas en la Carta de Ottawa, consisten en la elaboración las políticas públicas saludables, en la creación de ambientes favorables, en el reforzamiento de la acción comunitaria, en el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud (OMS, 1986). Dichas dimensiones sentaron las bases doctrinales de la PS y abrieron el camino para pasar de la retórica a la acción (Castillo et al., 2016).

1) Políticas públicas saludables

En primera instancia es importante definir qué es una política pública, dado que ésta puede retomar elementos relacionados con la salud para que, posteriormente, se convierta en una política pública saludable. Dicho con palabras de Thoening (1997), citado en García (2008), la política pública se refiere a: “la acción de las autoridades públicas, investidas de legitimidad gubernamental, que abarca múltiples aspectos, que van desde la definición y selección de prioridades de intervención, hasta la toma de decisiones, su administración y evaluación” (p.23). Por su parte Araque (2004), también citado en García (2008), comenta que la política pública es un “programa de acción de una autoridad dotada de poder político y de legitimidad gubernamental, que afecta a un sector de la sociedad o bien a un espacio geográfico determinado” (p.23).

En el ámbito de la salud, las políticas públicas saludables consisten en crear entornos propicios o de apoyo para que el individuo y los colectivos puedan llevar una vida saludable. Lo anterior significa que estas políticas facilitan a que existan más posibilidades en relación a las decisiones que tengan que tomar las personas sobre su salud. Las políticas públicas saludables se pueden relacionar e integrar con las políticas de otros sectores, como la educación, el trabajo, la economía, la agricultura, el medio ambiente, entre otros. De ahí que dichas políticas no se

restringen solamente al sector sanitario. Es menester recalcar que la política pública saludable es la responsable de crear el entorno idóneo para que las otras cuatro dimensiones internacionales de la PS puedan ser llevadas a cabo (OMS, 1984; OMS, 1988).

Una política pública saludable puede ser la respuesta, por parte las instituciones gubernamentales que conforman al Estado, para solucionar una determinada problemática en la sociedad. En ese sentido puede ser llevada a cabo por la DPS, por ejemplo.

2) Creación de ambientes favorables

Siempre ha existido un vínculo inexorable entre las personas y los entornos en donde nacen, crecen, viven y mueren. De ahí que se considere importante la creación de entornos favorables, ya que un entorno propicio brinda oportunidades para la toma de decisiones saludables que mejoren la salud del individuo y los colectivos (OMS, 1984). Dichos entornos se pueden traducir como las condiciones de vida cotidianas (trabajo, vivienda, educación, sistema de salud, alimentación, etc.) en donde las personas viven, actúan y trabajan. Muchas de estas condiciones son producto de las circunstancias políticas, económicas, culturales y del entorno físico. Como ya se ha mencionado, dichas circunstancias pueden ejercer un impacto en la salud de las personas, las cuales están en gran medida fuera del control inmediato de la persona y la comunidad (OMS, 1998).

Es importante mencionar que las condiciones de vida tienen una vinculación directa con el cumplimiento de derechos humanos concurrentes, es decir, derecho al trabajo digno, vivienda adecuada, educación, entre otros (López et al., 2015). El Estado, a través de las políticas públicas saludables, tiene la responsabilidad y obligación de garantizar las condiciones de vida básicas para que el individuo y los colectivos puedan aspirar a una vida sana (OMS, 1984).

3) Reforzamiento de la acción comunitaria

La acción comunitaria (o participación social) es un elemento esencial para lograr los objetivos que se planteen en PS y para el desarrollo de la salud del individuo y los colectivos (Restrepo, 2001b; OMS, 1984). La acción comunitaria se refiere “a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud” (OMS, 1998, p. 23). Dicho de otra manera, los colectivos son los verdaderos actores que pueden cambiar los factores que determinan su salud, dado que ellos reconocen mejor que nadie sus necesidades en salud. Para poder generar dichos cambios es necesario tomar en cuenta las fortalezas y activos de las personas, es decir, descubrir, desarrollar y fomentar sus habilidades, capacidades y talentos.

Es importante comentar que otro concepto muy ligado a la acción comunitaria es el de empoderamiento. Desde el punto de vista de Wallerstein (1992), el empoderamiento es el “proceso de acción-social que promueve la participación de las persona, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento de control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de vida en comunidad y justicia social” (Restrepo 2001b, p.39). Es decir, el empoderamiento puede ser un proceso en el cual el individuo, los colectivos, grupos sociales, comunidad, etc., pueden ser capaces de expresar sus necesidades, exponer sus problemas e inquietudes, diseñar estrategias de participación social para la toma de decisiones por la vía democrática³⁰ y realizar acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades en salud. (OMS, 1998).

³⁰ La democracia es una pieza fundamental para dicho cambio de acción, dado que sin ella no puede haber salud y mucho menos se pueden llevar a cabo las acciones más idóneas en PS (Akerman et al., 2019).

4) Desarrollo de las aptitudes personales

Esta dimensión internacional es probablemente la más conocida y aceptada por parte de los proveedores de la atención de salud, ya que está íntimamente ligada con la educación para la salud, área de trabajo habitual en el sector sanitario (Restrepo, 2001b). Es importante comentar que la educación para la salud comprende “las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una determinada” (Sarría y Cruz, 2014, p. 96). Es decir, la educación para la salud vuelca sus esfuerzos para que el individuo opte de un estilo de vida nocivo para su salud a un estilo de vida saludable. El desarrollo de aptitudes se dará siempre y cuando existan ambientes favorables que apoyen dicho desarrollo.

Asimismo, esta dimensión también tiene como fin perfeccionar las aptitudes indispensables para la vida, las cuales incrementan las opciones disponibles para que el individuo y los colectivos puedan ejercer un mayor control sobre su propia salud (OMS, 1986). Es importante comentar que hoy en día el desarrollo de aptitudes personales también es conocido como habilidades para la vida. De acuerdo a la OMS (1993) citado en Martínez (2014) las habilidades para la vida “son habilidades para el comportamiento positivo y adaptable, que permiten a los individuos lidiar eficazmente con las demandas y los retos de la vida cotidiana” (p.66). Dichas habilidades son: autoconocimiento, comunicación asertiva, toma de decisiones, pensamiento crítico, pensamiento creativo, manejo de emociones y sentimientos, solución de problemas y conflictos, empatía, relaciones interpersonales y manejo de tensiones y estrés.

5) Reorientación de los servicios de salud

En primera instancia es importante mencionar que los servicios de salud son: “todos aquellos elementos que forman parte del sector salud y que pueden organizarse de tal forma que confluyan a lograr el mantenimiento de la salud de la población donde se organicen” (Maya, 2003,

p.2). En cuanto a los componentes que conforman al sector sanitario la OMS (1998³¹) menciona que:

El sector sanitario está compuesto por servicios sanitarios públicos y privados (incluidos los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y asistencia), las políticas y actividades de los departamentos y ministerios de salud, las organizaciones no gubernamentales y los grupos de la comunidad que prestan servicios de salud y las asociaciones profesionales. (p. 23)

Los servicios sanitarios siempre han enfocado sus esfuerzos hacia la prevención y curación de la enfermedad, dándole poco énfasis al desarrollo real y extenso de la investigación sobre la salud. La reorientación de los servicios sanitarios obliga a que se consideren (sin dejar de lado los grandes avances que han hecho en relación a la prevención y curación) los DDS y las necesidades en salud de la persona, además de que lo tomen en cuenta como un ser complejo y completo. También, la reorientación de dichos servicios exige al sector sanitario a desarrollar el poder de convocatoria a otros sectores, es decir, se tienen que construir procesos de intersectorialidad para que los servicios de salud vayan más allá de la curación y prevención de la enfermedad (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001; Granados 2005; OMS 1986).

Es importante enfatizar que todas las dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa son interdependientes, no se deben llevar a cabo de forma aislada, dado que su impacto no sería suficiente. En palabras de Jackson et al. (2006) las áreas de acción (es decir, dimensiones internacionales) “necesitan actuar en conjunto entre sí” (Fry y Zask, 2017, p. 902).

³¹ El Glosario de Promoción de la Salud retoma esta definición del Glosario de Términos usados en la serie Salud Para Todos N°9, OMS, Ginebra, 1984.

A continuación, en la figura seis se describen las cinco dimensiones internacionales de la PS plasmadas en la Carta de Ottawa.

Figura 6

Dimensiones internacionales de la promoción de la salud.

Políticas públicas saludables	La salud debe pasar al terreno de los hacedores de la política pública y, al mismo tiempo, traspasar a todos los sectores y niveles de gobierno (federal, local y municipal). Llevar a cabo lo anterior proporcionaría ambientes, bienes y servicios para mejorar las condiciones de vida del individuo y los colectivos. Se resalta que la política pública saludable no sólo es responsabilidad del sector sanitario, sino que tiene que ser construida junto con todos los sectores que conforman al Estado.
Creación de ambientes favorables	El medio en el que se desenvuelvan las personas funge de manera determinante en la salud de éstos. De ahí la importancia de que la PS se enfoque en la creación de diversos ambientes favorables como lo son: el trabajo, la escuela, la casa, etc. Todo lo anterior debe ser creado desde un punto de vista físico, psicológico y social (Nájera, 2003). Asimismo, se debe de trabajar en el cuidado de los ambientes naturales y artificiales, así como del cuidado de los recursos naturales.
Reforzamiento de la acción comunitaria	Las acciones de PS se tienen que ejecutar a partir de la participación social del individuo y los colectivos, ya que ellos decidirán qué acciones son más idóneas. Al mismo tiempo, dicha participación va a permitir que la comunidad conozca sus prioridades y necesidades en salud. Todo lo anterior llevará a que la comunidad en cuestión afronte de mejor manera sus problemas de salud, ya que a partir de la toma de decisiones pueden poner en marcha diversas estrategias de planificación para resolver dichos problemas.
Desarrollo de las aptitudes personales	Las aptitudes personales del individuo y los colectivos se podrán desarrollar mediante la proporción de información (culturalmente idónea) en educación sanitaria. Esta información permitirá que las personas tomen decisiones acertadas respecto a su salud. De este modo se amplía el abanico de opciones disponibles para que las personas pueden ejercer mayor control sobre su salud y el medio ambiente en el que se desenvuelven.
Reorientación de los servicios de salud	La consecución de la PS, desde los servicios sanitarios, la comparten los individuos, la comunidad, los profesionales del sector sanitario, las instituciones gubernamentales y el propio gobierno. De ahí la importancia de que todo ese conglomerado trabaje en conjunto (intersectorialidad) para la construcción de un sistema de protección de la salud. La PS debe tener un papel más protagónico dentro de dicho sistema, además de que los servicios clínicos y médicos sean sensibles y que respeten las necesidades culturales del individuo y los colectivos. Estos servicios de salud deben enfocarse en torno a las necesidades del individuo como un todo.

Fuente: elaboración propia a partir de la Carta de Ottawa (OMS, 1986).

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

En el presente capítulo se describe el marco metodológico que se usa para realizar el análisis que se plantea en esta investigación. Dicho capítulo se divide en dos apartados. En el primero se presenta la parte introductoria del AC, técnica de investigación que se emplea para realizar el análisis.

Asimismo, se describe la técnica AC, así como algunas definiciones y funciones que tiene dicha técnica para la investigación documental. También se presenta el porqué del uso de dicha técnica, así como el tipo de diseño que tendrá la investigación.

En el segundo apartado, el cual se divide en tres etapas, se muestra el procedimiento que se tiene que desarrollar el AC.

La primera etapa corresponde al pre análisis, es decir, la elección de los documentos que serán sometidos al análisis que, en este caso, son los tres MA de la DPS. Al mismo tiempo, se realiza una descripción general de los apartados que conforman los documentos en cuestión.

En la segunda etapa es necesario determinar la unidad de análisis, es decir, los elementos del texto que se van a analizar de los MA. Posteriormente, es necesaria la creación del sistema de categorías, las cuales van a fungir como cajones o compartimentos para ubicar y ordenar a las unidades de análisis (Guix, 2008).

En la tercera etapa se da paso a las reglas y al proceso de codificación, es decir, la interpretación de los elementos (contenido latente y contenido manifiesto) hallados en esas unidades de análisis para, posteriormente, ubicarlos y ordenarlos en el sistema de categorías; dicho sistema también ayudará a la interpretación de esos elementos. Para el proceso de codificación se utilizó el software llamado ATLAS.ti (novena versión).

1.1 Técnica de análisis de contenido³²

López (2002) plantea que, para realizar un trabajo de investigación, ya sea una tesis, un artículo científico, etc., es menester llevar a cabo un desarrollo metódico que permita alcanzar de forma apropiada el objetivo general y los objetivos específicos, así como una formulación precisa y concisa del planteamiento del problema y de un método adecuado al tipo de investigación que se esté realizando. Ante ese tenor, y a partir de la exploración de libros y artículos científicos con temas relacionados a la metodología y técnicas de investigación, se considera que la técnica idónea para realizar la presente investigación es el AC.

De acuerdo con la definición clásica de Berelson (1952), citado en López (2002), el AC es una “técnica de investigación que pretende ser objetiva, sistemática y cuantitativa en el estudio del contenido manifiesto de las comunicaciones con el fin de interpretarlas” (p.173). Por su parte Badin (1996), citado en Cáceres (2003), menciona que el AC es “un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones utilizando procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes” (p. 55).

Riffe et al. (2014); Weber (1990) y Berelson (1971), citados en Hernández et al. (2014), señalan diversos usos del AC, algunos de ellos son:

1. Describir tendencias y características del contenido de la comunicación.
2. Develar diferencias en el contenido de la comunicación (entre personas, grupos, etc.).
3. Comparar mensajes, niveles y medios de comunicación.
4. Medir la claridad de los mensajes.
5. Descubrir estilos de comunicación.

³² Aquino y Mutti (2006) comentan que la mayoría de los autores se refieren al AC como una técnica de investigación.

Asimismo, otro de los usos que se le da al AC es conocer el contenido manifiesto (es decir, lo que está explícitamente) y el contenido latente (o sea, lo que está implícitamente) que se pueda encontrar plasmado en diversas fuentes documentales, tal es el caso de los MA de la DPS de los SSPDF. Para conocer ese contenido manifiesto o contenido latente es necesario la identificación de determinados elementos que se encuentran plasmados en las fuentes documentales. Estos elementos, conocidos como unidades de análisis, pueden ser letras, palabras, párrafos, temas, definiciones, conceptos, un determinado personaje, medidas de espacio-tiempo, símbolos, entre otros (Fernández, 2002; Guix, 2007).

En síntesis, el AC “es una técnica para leer e interpretar el contenido de toda clase de documentos” (Espín, 2002, p.97). Dicha técnica de investigación será de gran utilidad para el análisis que se propone en esta investigación, dado que ésta ayudará a analizar qué tanto se promueven las cinco dimensiones internacionales plasmadas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en los MA de la DPS, así como conocer la concepción sobre salud y PS de los equipos de trabajo que participaron en la creación de los MA y que, al mismo tiempo, estuvieron a cargo de la DPS durante los periodos 2000-2006, 2007-2012 y 2013-2018.

Es importante enfatizar que cuando se hace mención del AC se refiere a una técnica indirecta, o sea, está basada en la interpretación de fuentes documentales ya existentes y no a la observación directa del contexto o de la realidad, pudiendo investigarlas tanto en un enfoque cuantitativo como cualitativo (Guix, 2008).

Una vez expuesto todo lo anterior y de proporcionar un panorama general de lo que es el AC conviene destacar que es la técnica de investigación más elaborada y la que goza de mayor prestigio en el campo de la observación documental (López, 2002).

1.2 Diseño de la investigación

En este trabajo de investigación se realizó un estudio que pretende analizar qué tanto se promueven las cinco dimensiones internacionales plasmadas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en los MA de la DPS de los SSPDF, durante los periodos 2000-2006, 2007-2012 y 2013-2018.

Una parte de esta investigación es descriptiva, dado que se da una descripción general de los elementos que conforman a los MA. Asimismo es interpretativa, ya que también comprende un análisis inferencial sobre la promoción de la salud que se plantea desde la Carta de Ottawa a partir de lo que se ha concebido en el corpus documental, es decir, desde los tres manuales administrativos (Guix, 2008).

Por su tipología³³ es una investigación mixta, dado que abarca características cualitativas y cuantitativas. Es cuantitativa porque el AC también puede llevar a un análisis de frecuencias, es decir, puede mostrar cuántas veces aparece una palabra, un tema, un concepto, un término, una definición, etc. En otras palabras, se puede observar el contenido manifiesto que esté plasmado en los MA. También es cualitativa, dado que hay una posibilidad de que las cinco dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa no se encuentren de manera explícita en los MA y haya que realizar una interpretación a partir del sistema de categorías. En otras palabras, desde este enfoque se podrá observar el contenido latente que se encuentre plasmado en los tres MA.

³³ Colle (2006) citado en Guix (2007).

1.3 Procedimiento de la técnica de análisis de contenidos.

Primera etapa: pre análisis de los Manuales Administrativos 2000-2006, 2007-2012 y 2013-2018.

Como se sabe, los documentos que serán sometidos al AC son los MA de los SSPDF, de los periodos 2000-2006, 2007- 2012 y 2013-2018. Es importante resaltar que la revisión se limita al apartado de la DPS, esto para cada manual. Habiendo especificado esto es necesario describir todos los elementos que forman a los documentos en cuestión.

Por otro lado, es necesario recalcar que la descripción no se hace por separado sino en conjunto, la razón de ello es que los tres manuales guardan bastantes similitudes. Por ejemplo, una Subdirección presente en el MA del primer periodo (2000-2006) es la de Participación Social, ésta tiene un objetivo y diversas funciones, el cual y las cuales se repiten para el segundo y tercer manual. De ahí que la descripción no se haga por cada manual, ya que sería repetitivo. No obstante, si hay ciertas diferencias entre los MA, por ejemplo, el cambio de nombre en algunas Subdirecciones, así como la “desaparición” de algunas, esto se puede notar más entre el primer y segundo manual.

Antes de dar comienzo a la descripción se considera que es necesario dar una breve descripción de la estructura orgánica de la DPS. En el primer MA (2000-2006) la Dirección estaba compuesta por tres coordinaciones, de cada una de éstas emanan dos subdirecciones, lo cual hacia un total de seis subdirecciones. Esta es una particularidad importante del primer MA, ya que en el segundo manual (2007-2012) hay dos coordinaciones y, por tanto, cuatro subdirecciones. En el MA (2013-2018) no hay ningún cambio en la estructura orgánica de la DPS.

El MA de los SSPDF, del periodo 2000-2006, consta de un total de 72 páginas, de las cuales siete (33-40) corresponden a la entonces llamada Dirección de Promoción de la Salud y

Atención al Adulto Mayor. El MA, del periodo 2007-2012, consta de un total de 150 páginas, de las cuales 10 (48-49 y 115-122) corresponden a la DPS. El primer cambio importante entre estos dos manuales es el cambio de nomenclatura de la Dirección, es decir, “desaparece” la parte de “Atención al Adulto Mayor” y queda únicamente como DPS. A pesar de ese cambio, la DPS no dejó de dar énfasis a la atención que se le había dado al adulto mayor en el sexenio anterior (SSPDF, 2008) Finalmente, el tercer manual, del periodo 2013-2018, cuenta con un total de 48 páginas, de las cuales nueve (24-32) corresponden a la DPS.

Por último, la Dirección, esto para cada MA, cuenta con un objetivo, así como con 19 atribuciones legales.

En los tres MA se observa que está presente la Coordinación de Promoción de la Salud, la cual también tiene un objetivo, pero en vez de tener atribuciones legales cuenta con siete funciones³⁴. En el tercer manual la situación cambia un tanto, dado que éste cuenta con un tercer agregado, o sea, misión, dos objetivos y funciones; el apartado de la misión es exclusiva del tercer manual. La Coordinación del tercer manual también cuenta con siete funciones, pero estas están divididas entre los objetivos, es decir, cuatro funciones vinculadas al objetivo uno, así como tres funciones vinculadas al objetivo dos.

De esa Coordinación se deriva, esto en cada manual, la Subdirección de Participación Social, la cual cuenta con un objetivo y nueve funciones. En el tercer manual se agrega la misión y otro objetivo, es decir, cuatro funciones vinculadas al objetivo uno y cinco funciones vinculadas al objetivo dos. También de dicha Coordinación se deriva la Subdirección de Educación para la Salud, área presente en cada manual, ésta cuenta con un objetivo y 12 funciones. En el tercer

³⁴ Las funciones tienen la finalidad de trazar el trabajo específico que tenga que desarrollar cada coordinación y subdirección.

manual la Subdirección de Educación para la Salud cuenta con su misión y dos objetivos más, cuatro funciones vinculadas al objetivo uno, seis funciones vinculadas al objetivo dos y dos funciones vinculadas al objetivo tres.

Por otro lado, de la Dirección también se deriva la Coordinación del Adulto Mayor con su correspondiente objetivo y ocho funciones. De esa Coordinación se deriva la Subdirección de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años, un área llamada puesto de Líder Coordinador de Proyectos “A” y la Subdirección de Evaluación y Seguimiento, todas con un objetivo distinto. La primera cuenta con nueve funciones, la segunda con tres, mientras que la tercera con ocho. Es necesario destacar que dicha Coordinación sólo está presente en el primer MA, para el segundo y tercero desaparece. La desaparición de dicha Coordinación y, por tanto, de las Subdirecciones fue para que existieran más recursos monetarios y, por ende, se pudiera crear otra coordinación y otras dos subdirecciones, pero en la Dirección de Atención Médica (SSPDF, 2008), también correspondiente a los SSPDF.

Asimismo, de la Dirección también se deriva la Coordinación de Gerontología, esto en el primer MA, dado que en el segundo cambia de nomenclatura por Coordinación de Promoción de la Salud y Cultura del Envejecimiento. A pesar del cambio de nombre se siguió manteniendo el mismo objetivo y las cinco funciones para los tres manuales. No obstante, en el tercer manual se agrega la misión y un objetivo más, por tanto, hay tres funciones vinculadas al objetivo uno y dos funciones vinculadas al objetivo dos. De dicha Coordinación se deriva la Subdirección de Educación y Cultura del Envejecimiento, área presente en cada manual, la cual cuenta con un objetivo y cinco funciones. En el tercer manual, se le adiciona la misión y un objetivo más, por tanto, hay tres funciones vinculadas al objetivo uno y dos funciones vinculadas al objetivo dos.

Finalmente, de esa misma Coordinación emana la Subdirección de Modelos de Promoción de la Salud Gerontológica, esto en el primer manual, ya que en el segundo cambia por Subdirección de Promoción de la Salud para Grupos de Mayor Riesgo³⁵. A pesar del cambio se siguió manteniendo el objetivo y las tres funciones en los tres MA. Sin embargo, el tercer manual se suma la misión y un objetivo más, por tanto, hay una función vinculada al objetivo uno y dos funciones vinculadas al objetivo dos.

Es importante mencionar que la información que se encuentra plasmada en los párrafos (atribuciones, objetivos, funciones y misiones) de los manuales es semejante, hay algunas palabras que cambian, pero esto se explica más adelante.

Finalmente, se presentan la estructura orgánica de la Dirección de cada periodo por medio de figuras, esto con relación a cada MA. El objetivo de ello es para reforzar lo que se ha mencionado párrafos arriba.

Figura 7

Estructura orgánica de la Dirección de Promoción de la Salud del 2000 al 2006.

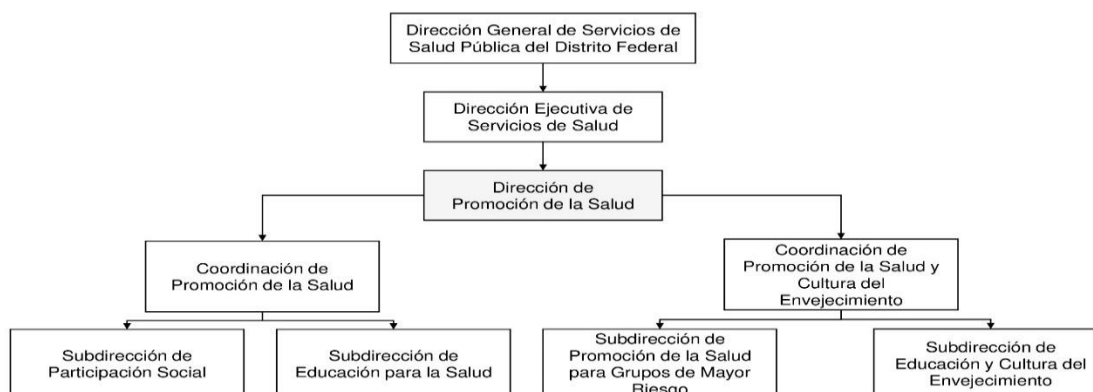


Nota. En la figura siete se puede apreciar que en aquel periodo la Dirección tenía una estructura orgánica más amplia; además la mayoría de sus áreas estaban dedicadas a la atención del adulto mayor. Fuente: adaptado de Manual Administrativo (2006).

³⁵ Actualmente el autor de esta investigación forma parte del equipo de trabajo de dicha Subdirección.

Figura 8

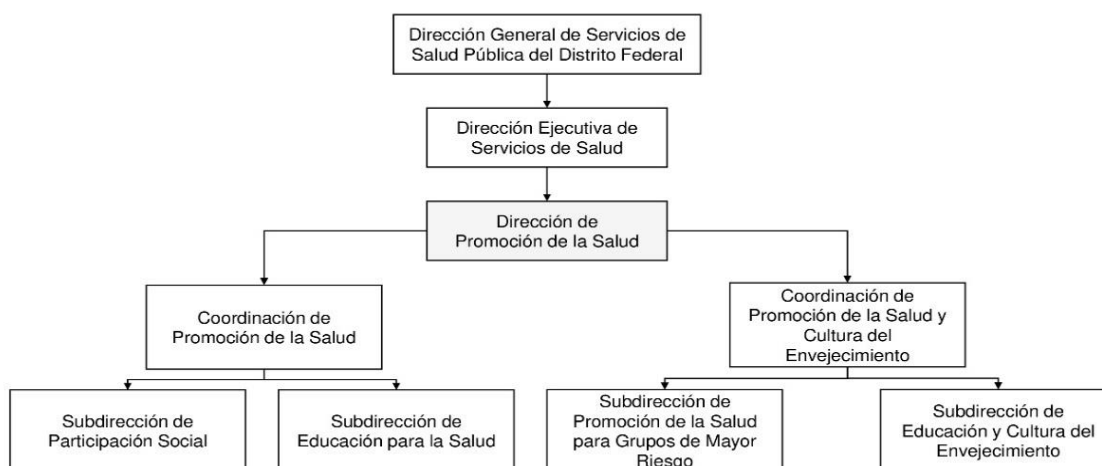
Estructura orgánica de la Dirección de Promoción de la Salud del 2007 al 2012.



Nota. En la figura ocho se puede observar que desaparecieron diversas áreas que estaban presentes en el primer periodo; también el énfasis al adulto mayor desapareció. Fuente: adaptado de Manual Administrativo (2008).

Figura 9

Estructura orgánica de la Dirección de Promoción de la Salud del 2013 al 2018.



Nota. Como se puede apreciar, la estructura orgánica de la Dirección del tercer periodo es exactamente igual a la del segundo periodo. Fuente: adaptado de Manual Administrativo (2013).

Segunda etapa: elección de la unidad de análisis y construcción del sistema de categorías

Al conocer qué se va analizar (los manuales) y el por qué y para qué (objetivo general y los objetivos específicos) es necesario mencionar el cómo se va a realizar el análisis (Espín, 2002). Para ello es necesario determinar³⁶ la unidad de análisis que se va a considerar para realizar el análisis de los tres manuales. González (2015) menciona que la unidad de análisis es “el elemento básico analizable de un texto, pudiendo determinarse a nivel sintáctico (palabra, frase, párrafo) o semántico (persona, declaración, unidad de registro)” (p.323). En esta investigación se toma como unidad de análisis, a nivel sintáctico, el análisis de párrafos en los tres MA. Se considera que el párrafo puede dar mayor contexto sobre lo que está plasmado dentro de estos documentos. Al mismo tiempo, se piensa que esta unidad tiene la particularidad de mostrar tanto el contenido latente como el contenido manifiesto que se encuentre en los manuales.

Una vez determinada la unidad de análisis que se va a considerar en los tres MA es necesario proceder con la creación de un sistema de categorías (Espín, 2002), ya que éstas permitirán darle sentido al contenido latente y manifiesto que se llegue encontrar en las unidades de análisis. En la clásica definición de Holsti (1969), citado en Hernández et al. (2014), se menciona que las categorías son una especie de “casillas o cajones en las cuales se clasifican las unidades de análisis” (p.29). El sistema de categorías de esta investigación nace a partir del objetivo general y los objetivos específicos, así como de la construcción del marco teórico. Por lo tanto, las categorías son las dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa, es decir, la *política pública saludable*, *ambientes favorables*, *acción comunitaria*, *aptitudes personales* y *reorientación de los servicios sanitarios*.

³⁶ La unidad de análisis también se determinó a partir del pre análisis que se realizó en los tres MA.

Asimismo, otras categorías que conforman este sistema es *salud, promoción de la salud*³⁷ y *prevención de la enfermedad*³⁸. Otra categoría que se incorpora al sistema es el de *educación para la salud*, la cual nace a partir del pre análisis que se hizo de los documentos en la primera etapa. Se decide integrar esta categoría, ya que es un tema de constante relevancia dentro de los tres manuales. Es importante destacar que a éstas cuatro se les denomina categorías transversales.

Dicho sistema está representado por un cuadro-matriz, el cual se divide en tres columnas. En la primera se plasman las categorías. En la segunda columna se colocan las definiciones nominales de cada categoría. A partir de esa definición nominal se construye la tercera columna, es decir, la definición operacional. Ambas columnas van a contribuir al análisis interpretativo del contenido latente y contenido manifiesto que se llegue encontrar en las unidades de análisis.

Figura 10

Sistema de categorías.

Categoría	Definición nominal	Definición Operacional (dimensiones)
Salud	La salud, pensada desde las diversas conferencias internacionales de promoción de la salud, es una fuente de riqueza, un recurso esencial para la vida y, al mismo tiempo, un derecho humano universal, básico, fundamental e indispensable para el desarrollo social de la persona y los colectivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso • Derecho humano y social • Desarrollo social
Promoción de la salud	La promoción de la salud, pensada desde las diversas conferencias internacionales, es un proceso que lleva a la capacitación, reflexión y conciencia para que los colectivos reconozcan su situación en salud. Esto significa que las personas tomarán un mayor control sobre su salud, ese control se logrará a partir de que ejerzan acciones sobre los DSS, al hacerlo se verán reducidas las inequidades y generará las condiciones indispensables para la salud. Lo anterior conducirá al pleno desarrollo y goce de la vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso • DSS

³⁷ Esas dos categorías nacen para darle cumplimiento a los objetivos específicos de la investigación.

³⁸ La decisión de incorporar dicha categoría radica en que se pensaba, esto antes del análisis, que el discurso de los manuales estaba volcado hacia la prevención de la enfermedad. De ahí su creación e integración.

Educación para la Salud	La educación para la salud comprende “las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta determinada” (Sarría y Cruz, 2014, p. 96). Es decir, la educación para la salud vuelca sus esfuerzos para que el individuo opte de un estilo de vida nocivo para su salud a un estilo de vida saludable. Las acciones de educación para la salud generalmente están centradas, tanto para prevenir una enfermedad en específico (diabetes, cáncer, etc.) en el individuo, como en reorientar sus estilos de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones de prevención • Cambio de estilos de vida • Formas de comunicación • Materiales educativos
Prevención de la enfermedad	Según la OMS (1998) citado en Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011), la prevención se define como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (p. 11).	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas • Aparición de la enfermedad • Factores de riesgo • Detener • Avance • Atenuar • Consecuencias
Política pública salubre	Es un programa de acción de las autoridades públicas, investidas de legitimidad gubernamental, que abarca la definición de un problema de salud en la agenda pública para su intervención, hasta la toma de decisiones, su administración y evaluación. La política pública salubre, desde la promoción de la salud, debe ir más allá del cuidado de la misma, es decir, la salud tiene que estar presente al momento de la creación de programas políticos, en todos los sectores (político, educativo, medio ambiental, cultural, etc.) y en todos los niveles de gobierno (federal, estatal y local). La acción conjunta entre todos los sectores del Estado y la sociedad, así como de los niveles de gobierno, contribuye al aseguramiento de condiciones de vida para la satisfacción de las necesidades del individuo y los colectivos. El éxito de la política pública salubre dependerá de la acción coordinada (intersectorialidad) entre todos los sectores y niveles de gobierno.	<ul style="list-style-type: none"> • Intersectorialidad • Condiciones de vida óptimas • Calidad de vida • Satisfacción de necesidades
Ambientes favorables	En la Carta de Ottawa se reconoce la relación inextricable que se tiene entre el medio ambiente y la salud del individuo y los colectivos. Es a partir de esa relación que nace la necesidad de proteger los medios naturales y artificiales, ya que estos pueden determinar la enfermedad en una población determinada. Asimismo, los ambientes favorables tienen que ver con proporcionar las condiciones de vida óptimas para que el individuo y los colectivos tengan un amplio rango en la toma de decisiones, es decir, tener las condiciones de vida idóneas propiciará que las personas puedan tomar mejores decisiones respecto a su salud. Las condiciones de vida tienen una vinculación directa con el	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de vida óptimas • Nivel individual y colectivo • Derechos humanos

	cumplimiento de los derechos humanos y la creación de políticas públicas saludables.	
Acción comunitaria	<p>Las acciones y/o intervenciones que se lleven a cabo, según la Carta de Ottawa, en un territorio determinado deben nacer a partir de la participación efectiva y concreta del individuo y los colectivos, puestos que ellas y ellos tienen que fijar sus prioridades, identificar sus necesidades en salud, realizar la toma de decisiones que más se adapte a su contexto y, por último, la creación y puesta en marcha de estrategias de planificación para solucionar sus problemas de salud. La identificación de los componentes anteriores propiciara en que el individuo y los colectivos puedan transformar los factores que determinan su salud. En suma, la acción comunitaria se refiere “a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud” (OMS, 1998, p. 23). Es importante enfatizar que otro concepto relacionado a la acción comunitaria es el empoderamiento, ya que éste es un “proceso de acción-social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento de control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de vida en comunidad y justicia social” (Restrepo 2001b, p.39).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzos colectivos • Control sobre los DSS • Situación en salud • Necesidades • Empoderamiento • Participación social
Desarrollo de aptitudes personales	<p>La promoción de la salud debe favorecer el desarrollo personal y social en tanto proporcione información en temas de salud y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida, hoy en día llamadas habilidades para la vida (autoconocimiento, comunicación asertiva, toma de decisiones, pensamiento crítico, pensamiento creativo, manejo de emociones y sentimientos, solución de problemas y conflictos, empatía, relaciones interpersonales, manejo de tensiones y estrés). En el sector sanitario se considera que el desarrollo de estas aptitudes personales tiene una relación directa con la educación para la salud. El objetivo de ésta es hacer un cambio de la conducta nociva para la salud hacia un estilo de vida saludable y, por tanto, prevenir una enfermedad en específico. Para que exista el desarrollo de aptitudes personales y habilidades para la vida en el individuo y los colectivos es necesario que exista el apoyo de ambientes favorables (creados, al mismo tiempo, por una política saludable) que propicien dicho desarrollo. El desarrollo de ambos componentes incrementará las opciones disponibles para que la población pueda ejercer un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud • Conducta nociva para la salud • Estilo de vida saludable • Apoyo de ambientes favorables • Desarrollo de habilidades

Reorientación de los servicios sanitarios	<p>La reorientación de los servicios de salud es sinónimo de que los servicios trasciendan en no sólo proveer servicios médicos y sanitarios, sino que dichos servicios sean sensibles, así como respetuosos de las necesidades culturales del individuo y los colectivos. Asimismo, dicha reorientación obliga a que se consideren (sin dejar de lado los grandes avances que han hecho en relación a la prevención y curación) los determinantes sociales y las necesidades en salud de la persona, además de que lo tomen en cuenta como un ser complejo y completo. También, la reorientación de dichos servicios exige al sector sanitario a desarrollar el poder de convocatoria a otros sectores, es decir, se tienen que construir procesos de intersectorialidad para que los servicios de salud vayan más allá de la curación y prevención de la enfermedad (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001; Granados 2005; OMS 1986). Dicha intersectorialidad detonará en la atención integral en salud, dado que pondrá hincapié en las necesidades en salud y no sólo a las necesidades médicas de la población. La reorientación también exige en que el sector sanitario funja como canal de comunicación entre la población y los demás sectores que conforman al Estado. Dicha comunicación tendría como finalidad la resolución de problemas en una comunidad determinada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades culturales (individuo y colectivo) • DSS • Intersectorialidad • Atención integral en salud
--	---	---

Fuente: elaboración propia a partir de la construcción del objeto de estudio y del marco teórico de la investigación.

Tercera etapa: proceso de codificación de los Manuales Administrativos 2000-2006, 2007-2012 y 2013-2018

Después de determinar la elección de la unidad de análisis (párrafo) y tener el sistema de categorías se procede al proceso de codificación. Titscher et al. (2002), citado en González (2015), menciona que este proceso hace referencia a que cada unidad de análisis sea codificada, esto por medio de la asignación del sistema de categorías. Dicho de otra manera, el proceso de codificación consiste en colocar las unidades de análisis en estas “casillas o cajones”, que son las categorías, para su posterior análisis. Las unidades de análisis son susceptibles a ser codificadas con más de una categoría. Dicho lo anterior es necesario mencionar que el proceso de codificación tiene una serie de reglas a cumplir.

En primera instancia, fue necesario volver a revisar los tres MA, pero ahora guiándose con el sistema de categorías, es decir, ir colocando las unidades de análisis en las categorías, que en este caso son los párrafos de los tres manuales. A este proceso de codificación se le conoce como deductivo, ya que la codificación de los párrafos se realizó a partir de la previa construcción del sistema de categorías (González, 2015). Es necesario resaltar que la categoría y lo que se está codificando (es decir la unidad de análisis, que es el párrafo) deben guardar relación entre sí³⁹. Boeije (2010), citado en González (2015), menciona que la categoría debe “expresar el sentido del fragmento analizado” (p.323).

De ahí que no todos párrafos de los tres manuales sean susceptibles a ser codificados, ya que en algunos de ellos no se les pudo dar sentido por medio de las categorías; no se pueden codificar párrafos que no sean sustantivos al análisis final de la investigación.

Por otro lado, es importante enfatizar que cuando se comenzó el proceso de codificación se detectó que la información que se encuentra plasmada en los párrafos (unidades de análisis) de los tres MA es prácticamente igual. Por ejemplo, lo que se plasma en la atribución I del primer MA se encuentra tal cual, en el segundo y tercer manual. Por ende, la codificación será la misma para esa atribución en los tres MA, es decir, si se codificó la atribución I del primer MA con las categorías “Promoción de la salud” y “Educación para la salud”, esas mismas categorías también tienen que estar presentes en dicha atribución del segundo y tercer MA. No se pueden asignar diferentes categorías a ese párrafo, ya que la información de la atribución I es la misma para los tres MA.

³⁹ Morris (1994) citado en Cáceres (2003).

Al mismo tiempo, el proceso de codificación va a permitir conocer el contenido manifiesto y el contenido latente que se encuentre en las unidades de análisis de los MA, esto por medio del sistema de categorías. Es necesario volver a recalcar lo que es el contenido manifiesto y contenido latente. Landry (1991), citado en Gómez (2000), menciona que el contenido manifiesto “remite a lo que es dicho o escrito explícitamente en el texto mientras que el contenido latente refiere a lo implícito, a lo no expresado, al sentido escondido” (p.5). Es por medio del proceso de codificación, y la búsqueda del contenido latente y manifiesto, que se podrá dar respuesta a la pregunta de investigación del presente escrito.

Es importante recalcar que para llevar a cabo el proceso de codificación existen diversos programas informáticos (Barredo, 2015; Guix, 2008) que pueden llegar a facilitar dicho proceso. En ese sentido, se utilizó el software llamado ATLAS.ti, esto para organizar y gestionar de manera más ordenada, transparente e integrada el proceso de codificación. Es necesario mencionar que ATLAS.ti es “una herramienta de uso tecnológico y técnico creada con el objetivo de apoyar la organización, el análisis e interpretación de información en investigaciones cualitativas (Universidad de Antioquia, 2021)” y cuantitativas.

Finalmente, para representar la codificación que se hizo en ATLAS.ti se presenta la hoja de codificación que se hizo para cada MA, la cual ayudó a organizar las unidades de análisis (párrafos) y a encontrar el contenido manifiesto y el contenido latente por medio de las categorías. En cada hoja de codificación que se presenta a continuación se muestra cómo fue el proceso de codificación.

Hoja de codificación uno: Manual Administrativo del periodo 2000-2006

Manual Administrativo 2000-2006	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Objetivo de la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor	Elevar las condiciones de salud de la población del Distrito Federal, a través de la promoción y educación para la salud familiar y comunitaria, así como mejorar las condiciones de vida y salud de la población de 70 años y más por medio de Atención integral en Salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud 3. Salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambientes favorables 2. Política pública saludable 3. Reorientación de los servicios sanitarios
Atribuciones legales de la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor	II. Establecer las estrategias que garanticen la promoción, educación para la salud y la participación social comunitaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aptitudes personales 2. Acción comunitaria
	IV. Desarrollar modelos educativos integrales en materia de promoción y educación para salud en el Distrito Federal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aptitudes personales 2. Prevención de la enfermedad
	V. Desarrollar y promover programas de Atención Integral dirigidos al Adulto Mayor.	Sin contenido manifiesto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reorientación de los servicios sanitarios
	VI. Coordinar, supervisar y evaluar las acciones de atención integral a los adultos mayores.	Sin contenido manifiesto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reorientación de los servicios sanitarios
	IX. Coordinar el diseño de material educativo y de promoción de salud, que permita el desarrollo de habilidades y la promoción de los derechos sociales entre la población.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación para la salud 2. Prevención de la enfermedad 3. Salud 4. Aptitudes personales
	X. Coordinar las acciones de información, educación y comunicación en promoción de la salud en el ámbito Jurisdiccional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación para la salud

Atribuciones legales de la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor	XI. Establecer programas de capacitación al personal en materia de promoción y educación para la salud; así como aspectos de participación social y comunitaria en salud y gerontología, en coordinación con la Secretaría de Salud del Distrito Federal a través de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud	1. Acción comunitaria 2. Política pública saludable
	XII. Establecer y coordinar programas de capacitación a la comunidad en materia de promoción y educación para la salud, participación social y comunitaria en salud, así como cultura del envejecimiento.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud	1. Acción comunitaria 2. Aptitudes personales
	XIII. Promover y coordinar la participación organizada de la población del Distrito Federal en la elaboración de diagnóstico de salud y de propuestas de solución, a través de las instancias establecidas para este fin.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria 2. Política pública saludable
	XIV. Promover e impulsar el desarrollo de instrumentos metodológicos para la promoción y fortalecimiento de la organización de redes de participación social en el ámbito jurisdiccional.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria
	XVII. Establecer estrategias de vinculación con instituciones sociales públicas y privadas, con el fin de garantizar la participación social en la promoción y educación para la salud.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud	1. Acción comunitaria 2. Política pública saludable

Manual Administrativo 2000-2006	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Objetivo de la Coordinación de Promoción a la Salud	Coadyuvar en la generación de las condiciones para que la población residente en el Distrito Federal, desarrolle capacidades y reflexione sobre problemas de salud y sus posibles soluciones, que le permitan mejorar su salud a través de la participación individual, familiar y colectiva.	1. Salud	1. Acción comunitaria 2. Ambientes favorables 3. Política pública saludable
Funciones de la Coordinación de Promoción a la Salud	Función I Diseñar modelos de acción que promuevan la participación de la comunidad organizada en la gestión y contraloría social en salud.	1. Salud	1. Acción comunitaria
	Función IV Coordinar el diseño y elaboración de material educativo y de promoción de la salud que permita el acceso a la información y el desarrollo de habilidades, así como la promoción de los derechos sociales entre la población residente del Distrito Federal.	1. Promoción de la salud	1. Educación para la salud 2. Salud 3. Aptitudes personales
	Función V Coordinar las acciones de información, educación y comunicación educativa para la salud que se desarrollen en la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor.	1. Salud	1. Educación para la salud
	Función VI Promover la capacitación de personal institucional de salud y de la comunidad en materia de educación para la salud y participación	1. Educación para la salud 2. Salud	1. Acción comunitaria

	social en salud, priorizando las estrategias de formación de grupos, promotores y redes sociales.		
Manual Administrativo 2000-2006	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Objetivo de la Subdirección de Participación Social	Promover el desarrollo de los componentes, proyectos y estrategias de promoción de la salud, que permitan a la población la generación y adopción de una cultura favorable a la salud individual, familiar y colectiva, para el mejoramiento de los niveles de salud; a través de una permanente coordinación con las instituciones, asociaciones y grupos organizados de la sociedad civil que impulsen y apoyen las actividades que coadyuven en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de los habitantes de Distrito Federal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambientes favorables 2. Aptitudes personales 3. Política pública saludable
Funciones de la Subdirección de Participación Social	Función II Realizar investigaciones que permitan detectar problemas específicos de salud de la población a fin de que los componentes, estrategias y proyectos de promoción de la salud respondan a las necesidades y particularidades de los actores sociales a quienes van dirigidos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Salud 	Sin contenido latente
	Función V Proponer e impulsar el desarrollo de instrumentos metodológicos para la promoción y fortalecimiento de la organización de redes de participación social en el ámbito delegacional.	Sin contenido manifiesto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acción comunitaria

Funciones de la Subdirección de Participación Social	Función VI Diseñar programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria
	Función VII Coordinar la operación de acciones interinstitucionales encaminadas a la operación de los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria 2. Política pública saludable
	Función IX Capacitar al personal operativo, responsable de los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social en las 16 Jurisdicciones Sanitarias.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria
Manual Administrativo 2000-2006	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Objetivo de la Subdirección de Educación para la Salud	Desarrollar estrategias metodológicas y modelos educativos integrales, para la capacitación del personal responsable de los programas de promoción de la salud, con la finalidad de propiciar en la sociedad comportamientos individuales y colectivos para el mejoramiento de la salud, a través de la información, la reflexión sobre problemas y sus posibles soluciones, el desarrollo de habilidades y cambio de actitudes.	1. Promoción de la salud 2. Salud	1. Educación para la salud 2. Prevención de la enfermedad 3. Aptitudes personales
Funciones de la Subdirección de Educación para la Salud	Función VI Elaborar materiales didácticos e informativos que permitan fortalecer las acciones que realizan los responsables de los programas de promoción de la salud.	1. Promoción de la salud	1. Educación para la salud

Funciones de la Subdirección de Educación para la Salud	Función VII Elaborar material informativo dirigido a la población residente en el Distrito Federal, tomando en cuenta tanto los perfiles de morbi-mortalidad en la Ciudad como las características sociodemográficas de cada Delegación-Región.	Sin contenido manifiesto	1. Educación para la salud 2. Prevención de la enfermedad
	Función XII Establecer coordinación con las radiodifusoras del Valle de México, para la difusión de los mensajes de salud, que proponga la Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.	1. Salud	1. Política pública saludable
Manual Administrativo 2000-2006	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Objetivo de la Coordinación de Atención al Adulto Mayor	Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población del Distrito Federal, a través de la operación de acciones encaminadas a la promoción y educación de la salud de acuerdo a sus necesidades y la capacidad de respuesta de la institución.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud 3. Salud	1. Ambientes favorables
Funciones de la Coordinación de Atención al Adulto Mayor	Función II Establecer vinculación al interior de la institución y con las dependencias del Gobierno del Distrito Federal para la realización de acciones conjuntas que conlleven a la mejor operación de los programas encomendados.	Sin contenido manifiesto	1. Política pública saludable
	Función IV Coordinar la planeación y actualización de acciones encaminadas a la integración de diagnósticos sobre las condiciones sociales y de	1. Salud	1. Acción comunitaria 2. Política pública saludable

	salud de la población adulta mayor derechohabiente de la Pensión Alimentaria.		
Manual Administrativo 2000-2006	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Objetivo de la Subdirección de Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores de 70 Años	Supervisar la operación y el funcionamiento de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal, en apego a la normatividad vigente, así como apoyar el desarrollo de acciones y programas de promoción y educación de la salud orientados a brindar atención integral a las personas adultas mayores derechohabientes de la Pensión Alimentaria y de familias de unidades territoriales prioritarias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Política pública saludable 2. Reorientación de los servicios sanitarios
Funciones de la Subdirección de Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores de 70 Años	Función III Establecer los mecanismos de control y seguimiento que permitan mantener actualizado el Diagnóstico de Riesgos Sociales y de Salud de la población derechohabiente de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal.	Sin contenido manifiesto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Política pública saludable
Lider Coordinador de Proyectos “A”	Función II Supervisar la organización y funcionamiento de los módulos que la Institución establezca para la atención del adulto mayor o familiares en las unidades médicas de primer nivel.	Sin contenido manifiesto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reorientación de los servicios sanitarios
Objetivo de la Subdirección de Evaluación y Seguimiento	Establecer un sistema de evaluación que permita dar seguimiento a las acciones programadas y realizadas en los programas de educación y promoción de la salud, a cargo del personal de salud comunitaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación para la salud 2. Promoción de la salud 3. Salud 	Sin contenido latente

Funciones de la Subdirección de Evaluación y Seguimiento	Función VI Diseñar mecanismos e instrumentos que permitan evaluar la percepción de los beneficiarios de los programas encomendados a la Coordinación de Atención al adulto Mayor.	Sin contenido manifiesto	1. Reorientación de los servicios sanitarios
Manual Administrativo 2000-2006	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Objetivo de la Coordinación de Gerontología	Coordinar la elaboración de modelos de atención y promoción de la salud gerontológica, así como de programas y acciones de sensibilización, capacitación y promoción de la salud de la población adulta mayor.	1. Promoción de la salud	1. Reorientación de los servicios de salud
Funciones de la Coordinación de Gerontología	Función I Desarrollar programas y acciones de sensibilización y capacitación en gerontogeriatría y promoción de la salud, dirigidos al personal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo gerontológico.	1. Promoción de la salud	1. Política pública saludable
	Función II Establecer modelos de atención y promoción de la salud gerontológico.	1. Promoción de la salud	1. Reorientación de los servicios de salud
	Función III Establecer vinculación para la participación y colaboración con otras áreas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo gerontológico.	Sin contenido manifiesto	1. Política pública saludable

Funciones de la Coordinación de Gerontología	Función IV Desarrollar y coordinar programas y acciones para la integración social y educación de las personas adultas mayores.	Sin contenido manifiesto	1. Educación para la salud
Objetivo de la Subdirección de Educación y Cultura del Envejecimiento	Proponer programas de sensibilización y capacitación en gerontogeriatría y promoción de la salud.	1. Promoción de la salud	Sin contenido latente
Funciones de la Subdirección de Educación y Cultura del Envejecimiento	Función II Elaborar y difundir material educativo para la promoción de la salud gerontológica, dirigido al personal de la Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, a la población en general y a grupos organizados.	1. Promoción de la salud	1. Educación para la salud 2. Aptitudes personales
Objetivo de la Subdirección de Modelos de Promoción de la Salud Gerontológica	Desarrollar modelos de atención gerontológico, así como participar en su implementación y en su seguimiento.	Sin contenido manifiesto	1. Reorientación de los servicios sanitarios
Funciones de la Subdirección de Modelos de Promoción de la Salud Gerontológica	Función I Diseñar e instrumentar modelos de atención y promoción de la salud gerontológico y dar seguimiento a los resultados.	1. Promoción de la salud	1. Reorientación de los servicios de salud
	Función III Proponer estrategias para fortalecer y formar grupos de promoción de la salud para personas adultas mayores.	2. Promoción de la salud	1. Acción comunitaria

Fuente: elaboración propia.

Hoja de codificación dos: Manual Administrativo del periodo 2007-2012

Manual Administrativo 2007-2012	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Objetivo de la Dirección de Promoción de la Salud	Elevar la calidad de vida y de salud de la población del Distrito Federal, a través de la promoción y educación para la salud familiar y comunitaria, con énfasis en la población de mayor riesgo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud 3. Salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambientes favorables 2. Política pública saludable
Atribuciones legales de la Dirección de Promoción de la Salud	II. Establecer las estrategias que garanticen la promoción y educación para la salud y la participación social comunitaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aptitudes personales 2. Acción comunitaria
	IV. Desarrollar modelos educativos integrales en materia de promoción y educación para salud en el Distrito Federal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aptitudes personales 2. Prevención de la enfermedad
	V. Desarrollar y promover los programas de promoción y educación para la salud dirigidos a la población de mayor riesgo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud 	Sin contenido latente
	VI. Diseñar, coordinar, supervisar y evaluar las acciones de promoción y educación para la salud dirigidas a la población de mayor riesgo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud 	Sin contenido latente
	IX. Coordinar el diseño de material educativo y de promoción de la salud, que permita el desarrollo de habilidades y la promoción de los derechos sociales entre la población.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación para salud 2. Prevención de la enfermedad 3. Salud 4. Aptitudes personales
	X. Coordinar las acciones de información, educación y comunicación en promoción de la salud en el ámbito jurisdiccional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación para salud

Atribuciones legales de la Dirección de Promoción de la Salud	XII. Establecer programas de capacitación al personal en materia de promoción y educación para la salud; así como aspectos de participación social y comunitaria en salud, en coordinación con la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a través de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud	1. Acción comunitaria 2. Política pública saludable
	XIII. Establecer y coordinar programas de capacitación a la comunidad en materia de promoción y educación para la salud, participación social y comunitaria en salud, así como cultura del envejecimiento.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud	1. Acción comunitaria 2. Aptitudes personales
	XIV. Promover y coordinar la participación organizada de la población del Distrito Federal en la elaboración del diagnóstico de salud y de propuestas de solución, a través de las instancias establecidas para este fin.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria 2. Política pública saludable
	XV. Promover e impulsar el desarrollo de instrumentos metodológicos para la promoción y fortalecimiento de la organización de redes de participación social en el ámbito jurisdiccional.	Sin contenido manifiesto	
	XVI. Establecer estrategias de vinculación con instituciones sociales públicas y privadas, con el fin de garantizar la participación social en la promoción y educación para la salud.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud	1. Acción comunitaria 2. Política pública saludable

Manual Administrativo 2007-2012	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Objetivo de la Coordinación de Promoción a la Salud	Coadyuvar en la generación de las condiciones para que la población residente en el Distrito Federal, desarrolle capacidades y reflexione sobre problemas de salud y sus posibles soluciones, que le permitan mejorar su salud a través de la participación individual, familiar y colectiva.	1. Salud	1. Acción comunitaria 2. Ambientes favorables 3. Política pública saludable
Funciones de la Coordinación de Promoción a la Salud	Función I Diseñar modelos de acción que promuevan la participación de la comunidad organizada en la gestión y contraloría social en salud.	1. Salud	1. Acción comunitaria
	Función IV Coordinar el diseño y elaboración de material educativo y de promoción de la salud que permita el acceso a la información y el desarrollo de habilidades, así como la promoción de los derechos sociales entre la población residente del Distrito Federal.	1. Promoción de la salud	1. Educación para la salud 2. Salud 3. Aptitudes personales
	Función V Coordinar las acciones de información, educación y comunicación educativa para la salud que se desarrollen en la Dirección de Promoción de la Salud.	1. Salud	1. Educación para la salud
	Función VI Promover la capacitación de personal institucional de salud y de la comunidad en materia de educación para la salud y	1. Educación para la salud 2. Salud	1. Acción comunitaria

	participación social en salud, priorizando las estrategias de formación de grupos, promotores y redes sociales.		
Manual Administrativo 2007-2012	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Objetivo de la Subdirección de Participación Social	Promover el desarrollo de los componentes, proyectos y estrategias de promoción de la salud, que permitan a la población la generación y adopción de una cultura favorable a la salud individual, familiar y colectiva, para el mejoramiento de los niveles de salud; a través de una permanente coordinación con las instituciones, asociaciones y grupos organizados de la sociedad civil que impulsen y apoyen las actividades que coadyuven en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de los habitantes de Distrito Federal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambientes favorables 2. Aptitudes personales 3. Política pública saludable
Objetivo de la Subdirección de Participación Social	Función II Realizar investigaciones que permitan detectar problemas específicos de salud de la población a fin de que los componentes, estrategias y proyectos de promoción de la salud respondan a las necesidades y particularidades de los actores sociales a quienes van dirigidos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Salud 	Sin contenido latente
	Función V Proponer e impulsar el desarrollo de instrumentos metodológicos para la promoción y	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria

Objetivo de la Subdirección de Participación Social	fortalecimiento de la organización de redes de participación social en el ámbito delegacional.		
	Función VI Diseñar programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria
	Función VII Coordinar la operación de acciones interinstitucionales encaminadas a la operación de los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria 2. Política pública saludable
	Función IX Capacitar al personal operativo, responsable de los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social en las 16 Jurisdicciones Sanitarias.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria
Manual Administrativo 2007-2012	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Objetivo de la Subdirección de Educación para la Salud	Desarrollar estrategias metodológicas y modelos educativos integrales, para la capacitación del personal responsable de los programas de promoción de la salud, con la finalidad de propiciar en la sociedad comportamientos individuales y colectivos para el mejoramiento de la salud, a través de la información, la reflexión sobre problemas y sus posibles soluciones, el desarrollo de habilidades y cambio de actitudes.	1. Promoción de la salud 2. Salud	1. Educación para la salud 2. Prevención de la enfermedad 3. Aptitudes personales

Funciones de la Subdirección de Educación para la Salud	Función VI Elaborar materiales didácticos e informativos que permitan fortalecer las acciones que realizan los responsables de los programas de promoción de la salud.	1. Promoción de la salud	1. Educación para la salud
	Función VII Elaborar material informativo dirigido a la población residente en el Distrito Federal, tomando en cuenta tanto los perfiles de morbi-mortalidad en la Ciudad como las características sociodemográficas de cada Delegación-Región.	Sin contenido manifiesto	1. Educación para la salud 2. Prevención de la enfermedad
	Función XII Establecer coordinación con las radiodifusoras del Valle de México, para la difusión de los mensajes de salud, que proponga la Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.	1. Salud	1. Política pública saludable
Manual Administrativo 2007-2012	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Objetivo de la Coordinación de Promoción de la Salud y Cultura del Envejecimiento	Coordinar la elaboración de modelos de atención y promoción de la salud en el adulto mayor, así como de programas y acciones de sensibilización, capacitación y promoción de la salud de los grupos de población de mayor riesgo.	1. Promoción de la salud	1. Reorientación de los servicios sanitarios
	Función I Desarrollar programas y acciones de sensibilización y capacitación en promoción de la salud, dirigidos al personal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a otras instituciones y	1. Promoción de la salud	1. Política pública saludable

Funciones de la Coordinación de Promoción de la Salud y Cultura del Envejecimiento	organizaciones vinculadas al trabajo con grupos de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.		
	Función II Establecer modelos de atención y promoción de la salud en los grupos de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.	1. Promoción de la salud	1. Reorientación de los servicios sanitarios
	Función III Establecer vinculación para la participación y colaboración con otras áreas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo con población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.	Sin contenido manifiesto	1. Política pública saludable
	Función IV Desarrollar y coordinar programas y acciones para elevar la calidad de vida y de salud de la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.	Sin contenido manifiesto	1. Política pública saludable
Manual Administrativo 2007-2012	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Objetivo de la Subdirección de Educación y Cultura del Envejecimiento	Proponer programas de sensibilización y capacitación en gerontogeriatría y promoción de la salud.	1. Promoción de la salud	Sin contenido latente
Funciones de la Objetivo de la Subdirección de Educación y	Función II Elaborar y difundir material educativo para la promoción de la salud gerontológica, dirigido al personal de la Servicios de Salud Pública del	1. Promoción de la salud	1. Aptitudes personales 2. Educación para la salud

Cultura del Envejecimiento	Distrito Federal, a la población en general y a grupos organizados.		
Manual Administrativo 2007-2012	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Objetivo de la Subdirección de Promoción de la Salud para Grupos de Mayor Riesgo	Desarrollar modelos de atención para la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor, así como participar en su implementación y seguimiento.	Sin contenido manifiesto	1. Reorientación de los servicios sanitarios
Funciones de la Subdirección de Promoción de la Salud para Grupos de Mayor Riesgo	Función I Diseñar e instrumentar modelos de atención y promoción de la salud para la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor, y dar seguimiento a los resultados.	1. Promoción de la Salud	1. Reorientación de los servicios sanitarios
	Función II Proponer estrategias para fortalecer y formar grupos de promoción y autoayuda de la salud para la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.	1. Promoción de la salud 2. Salud	1. Acción comunitaria

Fuente: elaboración propia.

Hoja de codificación tres: Manual Administrativo del periodo 2013-2018

Manual Administrativo 2013-2018	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Misión de la Dirección de Promoción de la Salud	Misión Elevar la calidad de vida y de salud de la población del Distrito Federal, a través de la promoción y educación para la salud familiar y comunitaria, con énfasis en la población de mayor riesgo.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud 3. Salud	Sin contenido latente
Objetivos de la Dirección de Promoción de la Salud	Objetivo I Coadyuvar en la generación de las condiciones para que la población residente en el Distrito Federal, desarrolle capacidades y reflexione sobre problemas de salud y sus posibles soluciones, que le permitan mejorar su salud a través de la participación individual, familiar y colectiva.	1. Salud	1. Acción comunitaria 2. Ambientes favorables 3. Política pública saludable
	Objetivo II Coordinar la elaboración de modelos de atención y promoción de la salud en el adulto mayor, así como de programas y acciones de sensibilización, capacitación y promoción de la salud de los grupos de población de mayor riesgo.	1. Promoción de la salud	1. Reorientación de los servicios sanitarios
	II. Establecer las estrategias que garanticen la promoción y educación para la salud y la participación social comunitaria.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud	1. Aptitudes personales 2. Acción comunitaria

Atribuciones legales de la Dirección de Promoción de la Salud	IV. Desarrollar modelos educativos integrales en materia de promoción y educación para salud en el Distrito Federal.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud	1. Aptitudes personales 2. Prevención de la enfermedad
	V. Desarrollar y promover los programas de promoción y educación para la salud dirigidos a la población de mayor riesgo.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud	Sin contenido latente
	VI. Diseñar, coordinar, supervisar y evaluar las acciones de promoción y educación para la salud dirigidas a la población de mayor riesgo.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud	Sin contenido latente
	X. Coordinar el diseño de material educativo y de promoción de la salud, que permita el desarrollo de habilidades y la promoción de los derechos sociales entre la población.	1. Promoción de la salud	1. Educación para salud 2. Prevención de la enfermedad 3. Salud 4. Aptitudes personales
	XI. Coordinar las acciones de información, educación y comunicación en promoción de la salud en el ámbito jurisdiccional.	1. Promoción de la salud	1. Educación para salud
	XII. Establecer programas de capacitación al personal en materia de promoción y educación para la salud; así como aspectos de participación social y comunitaria en salud, en coordinación con la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a través de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud	1. Acción comunitaria 2. Política pública saludable
	XIII. Establecer y coordinar programas de capacitación a la comunidad en materia de promoción y educación para la salud, participación social y comunitaria en salud, así como cultura del envejecimiento.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud	1. Acción comunitaria 2. Aptitudes personales
	XIV. Promover y coordinar la participación organizada de la población del Distrito Federal	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria 2. Política pública saludable

Atribuciones legales de la Dirección de Promoción de la Salud	en la elaboración del diagnóstico de salud y de propuestas de solución, a través de las instancias establecidas para este fin.		
	XV. Promover e impulsar el desarrollo de instrumentos metodológicos para la promoción y fortalecimiento de la organización de redes de participación social en el ámbito jurisdiccional.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria
	XVI. Establecer estrategias de vinculación con instituciones sociales públicas y privadas, con el fin de garantizar la participación social en la promoción y educación para la salud.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud	1. Acción comunitaria 2. Política pública saludable
Manual Administrativo 2012-2018	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Misión de la Coordinación Promoción de la Salud	Misión Coadyuvar en la generación de las condiciones para que la población residente en el Distrito Federal, desarrolle capacidades y reflexione sobre problemas de salud y sus posibles soluciones, que le permitan mejorar su salud a través de la participación individual, familiar y colectiva.	1. Salud	1. Acción comunitaria 2. Ambientes favorables 3. Política pública saludable
Primer objetivo de la Coordinación Promoción de la Salud	Objetivo 1 Promover el desarrollo de los componentes, proyectos y estrategias de promoción de la salud, que permitan a la población la generación y adopción de una cultura favorable a la salud individual, familiar y colectiva, para el mejoramiento de los niveles de salud; a través de una permanente coordinación con las instituciones, asociaciones y grupos organizados	1. Promoción de la salud 2. Salud	1. Ambientes favorables 2. Aptitudes personales 3. Política pública saludable

	de la sociedad civil que impulsen y apoyen las actividades que coadyuven en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de los usuarios.		
Funciones vinculadas al objetivo I	Función I Diseñar modelos de acción que promuevan la participación de la comunidad organizada en la gestión y contraloría social en salud.	1. Salud	1. Acción comunitaria
	Función IV Coordinar el diseño y elaboración de material educativo y de promoción de la salud que permita el acceso a la información y el desarrollo de habilidades, así como la promoción de los derechos sociales entre la población residente del Distrito Federal.	1. Promoción de la salud	1. Educación para la salud 2. Salud 3. Aptitudes personales
Segundo objetivo de la Coordinación de Promoción de la Salud	Objetivo II Desarrollar estrategias metodológicas y modelos educativos integrales, para la capacitación del personal responsable de los programas de promoción de la salud, con la finalidad de propiciar en la sociedad comportamientos individuales y colectivos para el mejoramiento de la salud, a través de la información, la reflexión sobre problemas y sus posibles soluciones, el desarrollo de habilidades y cambio de actitudes.	1. Promoción de la salud 2. Salud	1. Educación para la salud 2. Prevención de la enfermedad 3. Aptitudes personales
Funciones vinculadas al objetivo II	Función I Coordinar las acciones de información, educación y comunicación educativa para la salud que se desarrollen en la Dirección de Promoción de la Salud.	1. Salud	1. Educación para la salud

<p>Funciones vinculadas al objetivo II</p>	<p>Función II Promover la capacitación de personal institucional de salud y de la comunidad en materia de educación para la salud y participación social en salud, priorizando las estrategias de formación de grupos, promotores y redes sociales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación para la salud 2. Salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acción comunitaria
<p>Manual Administrativo 2012-2018</p>	<p>Unidad de análisis: párrafo</p>	<p>Contenido manifiesto</p>	<p>Contenido latente</p>
<p>Misión de la Subdirección de Participación Social</p>	<p>Misión I Promover el desarrollo de los componentes, proyectos y estrategias de promoción de la salud, que permitan a la población la generación y adopción de una cultura favorable a la salud individual, familiar y colectiva, para el mejoramiento de los niveles de salud; a través de una permanente coordinación con las instituciones, asociaciones y grupos organizados de la sociedad civil que impulsen y apoyen las actividades que coadyuven en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de los habitantes del Distrito Federal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud 2. Salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambientes favorables 2. Aptitudes personales 3. Política pública saludable
<p>Primer objetivo de la Subdirección de Participación Social</p>	<p>Objetivo I Establecer los procedimientos y lineamientos normativos generales a fin de coadyuvar al fortalecimiento de estrategias que permitan a la población, la generación y adopción de una cultura favorable a la salud individual, familiar y colectiva para el mejoramiento de los niveles de salud.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acción comunitaria

Funciones vinculadas al objetivo I	Función I Realizar investigaciones que permitan detectar problemas específicos de salud de la población a fin de que los componentes, estrategias y proyectos de promoción de la salud respondan a las necesidades y particularidades de los actores sociales a quienes van dirigidos.	1. Promoción de la salud 2. Salud	Sin contenido latente
Segundo objetivo de la Subdirección de Participación Social	Objetivo II Promover la participación social y organizar los Grupos de Ayuda Mutua, mediante la capacitación, educación, alimentación y actividad física que se proporciona a los derechohabientes o usuarios que integran dichos grupos, a fin de prevenir o tener un mejor manejo y control de su enfermedad, retardando la aparición de complicaciones y adoptando un estilo de vida saludable.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria 2. Aptitudes personales 3. Educación para la salud 4. Prevención de la enfermedad
Funciones vinculadas al objetivo II	Función I Proponer e impulsar el desarrollo de instrumentos metodológicos para la promoción y fortalecimiento de la organización de redes de participación social en el ámbito delegacional.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria
	Función II Diseñar programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria
	Función III Coordinar la operación de acciones interinstitucionales encaminadas a la operación de los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria 2. Política pública saludable

Funciones vinculadas al objetivo II	Función V Capacitar al personal operativo, responsable de los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social en las 16 Jurisdicciones Sanitarias.	Sin contenido manifiesto	1. Acción comunitaria
Manual Administrativo 2013-2018	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Misión de la Subdirección de Educación para la Salud	Mision Desarrollar estrategias metodológicas y modelos educativos integrales, para la capacitación del personal responsable de los programas de promoción de la salud, con la finalidad de propiciar en la sociedad comportamientos individuales y colectivos para el mejoramiento de la salud, a través de la información, la reflexión sobre problemas y sus posibles soluciones, el desarrollo de habilidades y cambio de actitudes.	1. Promoción de la salud 2. Salud	1. Educación para la salud 2. Prevención de la enfermedad 3. Aptitudes personales
Primer objetivo de la Subdirección de Educación para la Salud	Objetivo I Establecer los procedimientos y lineamientos normativos generales para la Salud, a fin de propiciar en la sociedad comportamientos individuales y colectivos para el mejoramiento de la salud, a través de la información, la reflexión sobre problemas y sus posibles soluciones y cambios de actitudes.	1. Salud	1. Aptitudes personales 2. Educación para la salud
Funciones vinculadas al objetivo I	Función IV Establecer coordinación con las radiodifusoras del Valle de México, para la difusión de los mensajes de salud, que proponga la Dirección	1. Salud	1. Política pública saludable

	General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.		
Segundo objetivo de la Subdirección de Educación para la Salud	Objetivo II Elaborar, implementar y dar seguimiento a las acciones y programas de capacitación, formación y actualización en materia de promoción de la salud y educación para la salud, dirigidas al personal de las Jurisdicciones Sanitarias, responsables de la operación de los programas respectivos, a fin de lograr el fortalecimiento y desarrollo adecuado de los mismos.	1. Promoción de la salud 2. Educación para la salud	Sin contenido latente
Tercer objetivo de la Subdirección de Educación para la Salud	Objetivo III Elaborar los materiales con contenido educativo e informativo. Solicitados por las diferentes áreas y requeridos para la implementación de los programas de difusión y promoción de la salud, con el propósito de fortalecer las acciones que realizan los responsables de dichos programas.	1. Promoción de la salud	1. Educación para la salud
Funciones vinculadas al objetivo III	Función I Elaborar materiales didácticos e informativos que permitan fortalecer las acciones que realizan los responsables de los programas de promoción de la salud.	1. Promoción de la salud	1. Educación para la salud
	Función II Elaborar material informativo dirigido a la población residente en el Distrito Federal, tomando en cuenta tanto los perfiles de morbi-mortalidad en la Ciudad como las características sociodemográficas de cada Delegación-Región.	Sin contenido manifiesto	1. Educación para la salud 2. Prevención de la enfermedad

Manual Administrativo 2012-2018	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Misión de la Coordinación de Promoción de la Salud y Cultura del Envejecimiento	Coordinar la elaboración de modelos de atención y promoción de la salud en el adulto mayor, así como de programas y acciones de sensibilización, capacitación y promoción de la salud de los grupos de población de mayor riesgo.	1. Promoción de la salud	1. Reorientación de los servicios sanitarios
Primer objetivo de la Coordinación de Promoción de la Salud y Cultura del Envejecimiento	Objetivo I Desarrollar y coordinar programas y acciones para mejorar las condiciones y calidad de la población Adulta Mayor en la Ciudad de México.	Sin contenido manifiesto	1. Política pública saludable 2. Ambientes favorables
Funciones vinculadas al objetivo I	Función I Desarrollar programas y acciones de sensibilización y capacitación en promoción de la salud, dirigidos al personal de la entidad, la Secretaría de Salud del Distrito Federal y de instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo con grupos de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.	1. Promoción de la salud	1. Política pública saludable
	Función II Establecer modelos de atención y promoción de la salud en los grupos de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.	1. Promoción de la salud	1. Reorientación de los servicios sanitarios

	Función III Desarrollar y coordinar programas y acciones para elevar la calidad de vida y de salud de la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.	Sin contenido manifiesto	1. Política pública saludable
Segundo objetivo de la Coordinación de Promoción de la Salud y Cultura del Envejecimiento	Objetivo II Establecer vínculos con otras instituciones del sector salud, a fin de fortalecer las acciones de promoción y atención al Adulto Mayor en la Ciudad de México.	Sin contenido manifiesto	1. Política pública saludable
Funciones vinculadas al objetivo II	Función I Establecer vinculación y colaboración con otras áreas de la Entidad, la Secretaría de Salud del Distrito Federal y otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo con población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.	Sin contenido manifiesto	1. Política pública saludable
Manual Administrativo 2013-2018	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Misión de la Subdirección de Educación y Cultura del Envejecimiento	Misión Proponer programas de sensibilización y capacitación en gerontogeriatría y promoción de la salud.	1. Promoción de la salud	Sin contenido latente
	Función II Elaborar y difundir material educativo para la promoción de la salud gerontológica, dirigido al personal de la Servicios de Salud Pública del	1. Promoción de la salud	1. Aptitudes personales 2. Educación para la salud

Funciones vinculadas al objetivo I	Distrito Federal, a la población en general y a grupos organizados.		
Segundo objetivo de la Subdirección de Educación y Cultura del Envejecimiento	Objetivo II Participar en actividades de enseñanza y capacitación en gerontología con instituciones externas y con el personal propio de los Servicios de Salud Pública del distrito Federal.	Sin contenido manifiesto	1. Política pública saludable
Manual Administrativo 2012-2018	Unidad de análisis: párrafo	Contenido manifiesto	Contenido latente
Misión de la Subdirección de Promoción de la Salud para Grupos de Mayor Riesgo	Misión Desarrollar modelos de atención para la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor, así como participar en su implementación y seguimiento.	Sin contenido manifiesto	1. Reorientación de los servicios sanitarios
Primer objetivo de la Promoción de la Salud para Grupos de Mayor Riesgo	Objetivo I Diseñar y promover oportunamente, estrategias de promoción de la salud gerontológica, con base en el diagnóstico situacional relacionado con el adulto mayor.	1. Promoción de la salud	Sin contenido latente
Segundo objetivo de la Subdirección de Promoción de la Salud para Grupos de Mayor Riesgo	Objetivo II Elaborar oportunamente modelos de atención médica y de promoción de la salud del adulto mayor en el Distrito Federal.	1. Promoción de la salud	1. Reorientación de los servicios sanitarios
	Función I Diseñar e instrumentar modelos de atención y promoción de la salud para la población de	1. Promoción de la Salud	1. Reorientación de los servicios sanitarios

Funciones vinculadas al objetivo II	mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor, y dar seguimiento a los resultados.		
	Función II Proponer estrategias para fortalecer y formar grupos de promoción y autoayuda de la salud para la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.	1. Promoción de la salud 2. Salud	1. Acción comunitaria

Fuente: elaboración propia.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIONES

En el presente capítulo se presentan los resultados encontrados por medio de figuras (gráficas) que muestran el porcentaje de aparición de todas las categorías (“Acción comunitaria”, “Política pública saludable”, “Aptitudes personales”, “Reorientación de los servicios sanitarios”, “Ambientes favorables”, “Promoción de la salud”, “Educación para la salud”, “Salud” y “Prevención de la enfermedad”) en cada uno de los MA.

En esa línea, se presentan dos figuras por MA. La primera muestra el porcentaje de aparición de las categorías que se encontraron en el contenido manifiesto, mientras que la segunda presenta el porcentaje de aparición de las categorías que se encontraron en el contenido latente dentro de los manuales.

Posteriormente, se presentan otras dos figuras, una es con relación a las categorías que representan a las cinco dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa, mientras que la otra está enfocada en las cuatro categorías transversales. Es necesario destacar que estas figuras ya no se enfocan en el porcentaje, sino en la frecuencia total de aparición de dichas categorías.

A partir de estas dos figuras se realiza la discusión, la cual se divide en dos partes: la primera parte, considerada como la más importante para la investigación, gira en torno a las dimensiones internacionales. Mientras que la segunda parte se enfoca en las categorías transversales. La segunda parte de la discusión no se hace tan detalladamente como la primera.

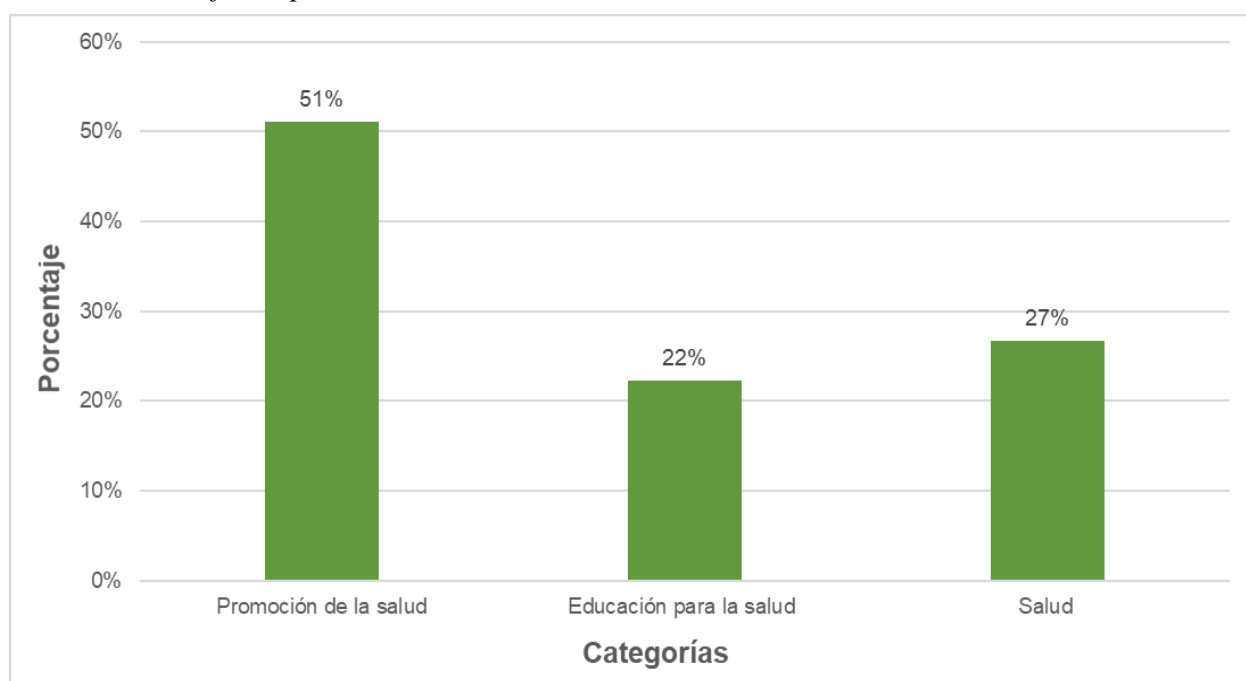
Finalmente, se presentan las conclusiones de la presente investigación, así como algunas propuestas.

RESULTADOS

Una vez analizados los MA, específicamente en los apartados donde se habla de la DPS, por medio de la técnica de AC, se procede a presentar los resultados hallados por medio de figuras (gráficas). Se presentan dos figuras por manual, una corresponde al contenido manifiesto mientras que la otra al contenido latente. Cada una de las figuras muestra el porcentaje de aparición de cada una de las categorías, las cuales corresponden al sistema de categorías que se presentó en la segunda etapa del AC.

Figura 11

Contenido manifiesto presente en el Manual Administrativo 2000-2006.

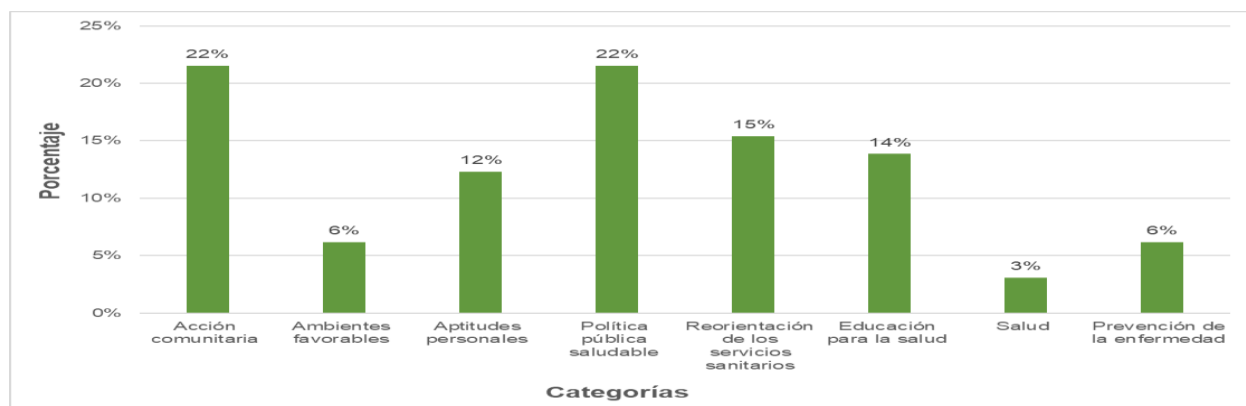


Nota. La figura muestra los porcentajes de aparición de las categorías del contenido manifiesto del MA 2000-2006.
Fuente: Elaboración propia.

En la figura 11 se observa que la categoría “Promoción de la salud” tiene mayor porcentaje de presencia (51%) que “Salud” (27%) y “Educación para la salud” (22%).

Figura 12

Contenido latente presente en el Manual Administrativo 2000-2006.

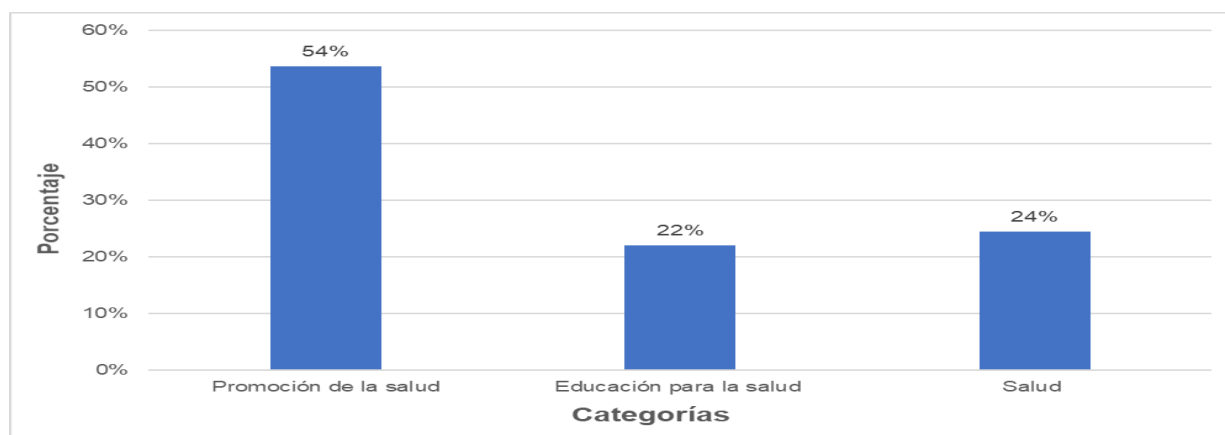


Nota. La figura muestra los porcentajes de aparición de las categorías del contenido latente del MA 2000-2006. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 12 se aprecia que las categorías con más porcentaje de presencia son: “Política pública saludable (22%)” y “Acción comunitaria (22%)”. En cambio, las categorías que menos aparecen son: “Ambientes favorables” (6%), y “Prevención de la enfermedad” (6%).

Figura 13

Contenido manifiesto presente en el Manual Administrativo 2007-2012.

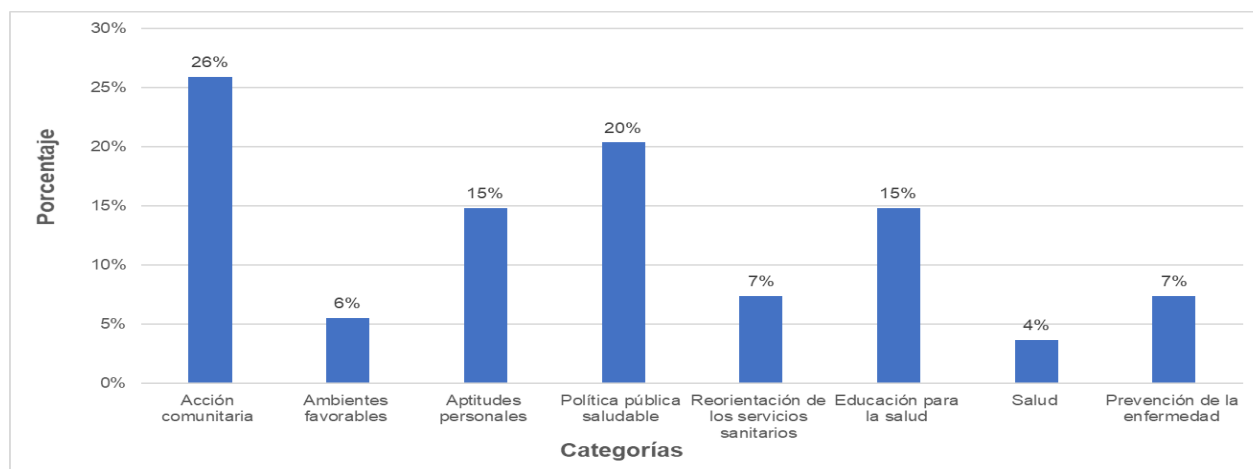


Nota. La figura muestra los porcentajes de aparición de las categorías del contenido manifiesto del MA 2007-2012. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 13 se aprecia que la categoría “Promoción de la salud” tiene mayor porcentaje de presencia (54%) que “Salud” (24%) y “Educación para la salud” (22%).

Figura 14

Contenido latente presente en el Manual Administrativo 2007-2012.

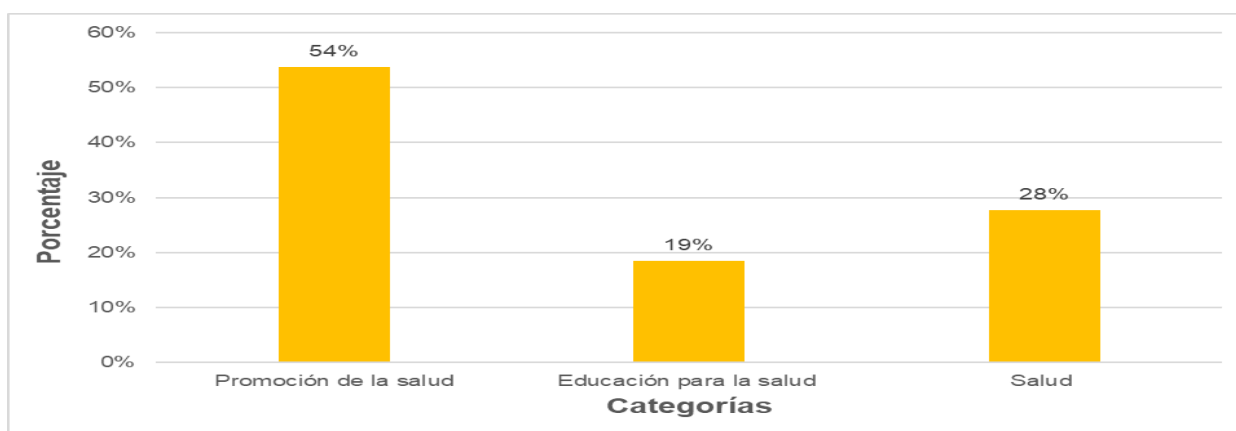


Nota. La figura muestra los porcentajes de aparición de las categorías del contenido latente del MA 2007-2012. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 14 se aprecia que las categorías con mayor porcentaje de presencia son: “Acción comunitaria” (26%) y “Política pública saludable” (20%). En cambio, las categorías que menos aparecen son: “Reorientación de los servicios” (7%) y “Prevención de la enfermedad (7%).

Figura 15

Contenido latente presente en el Manual Administrativo 2013-2018.

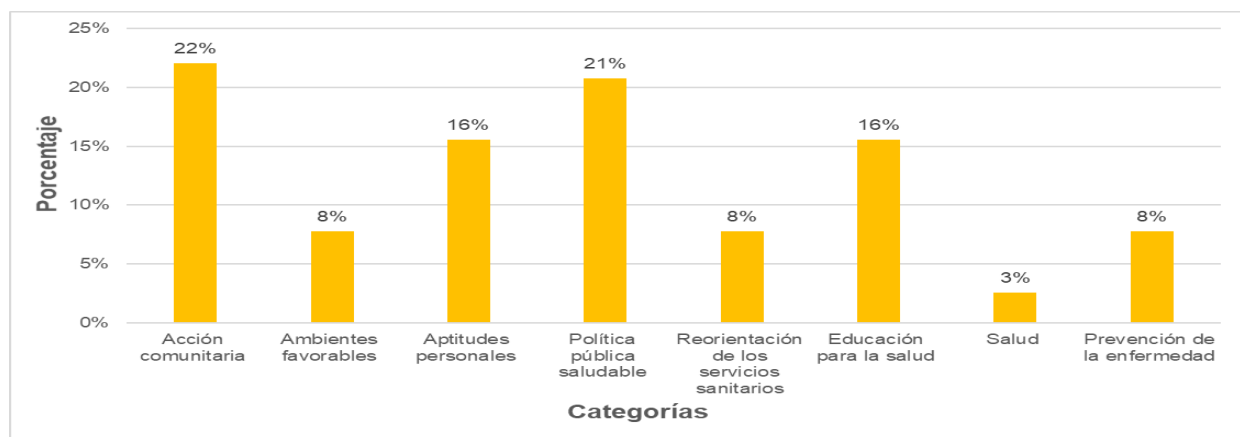


Nota. La figura muestra los porcentajes de aparición de las categorías del contenido manifiesto del MA 2013-2018. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 15 se aprecia que la categoría “Promoción de la salud” tiene mayor porcentaje de presencia (54%) que “Salud” (28%) y “Educación para la salud” (19%).

Figura 16

Contenido latente presente en el Manual Administrativo 2013-2018.

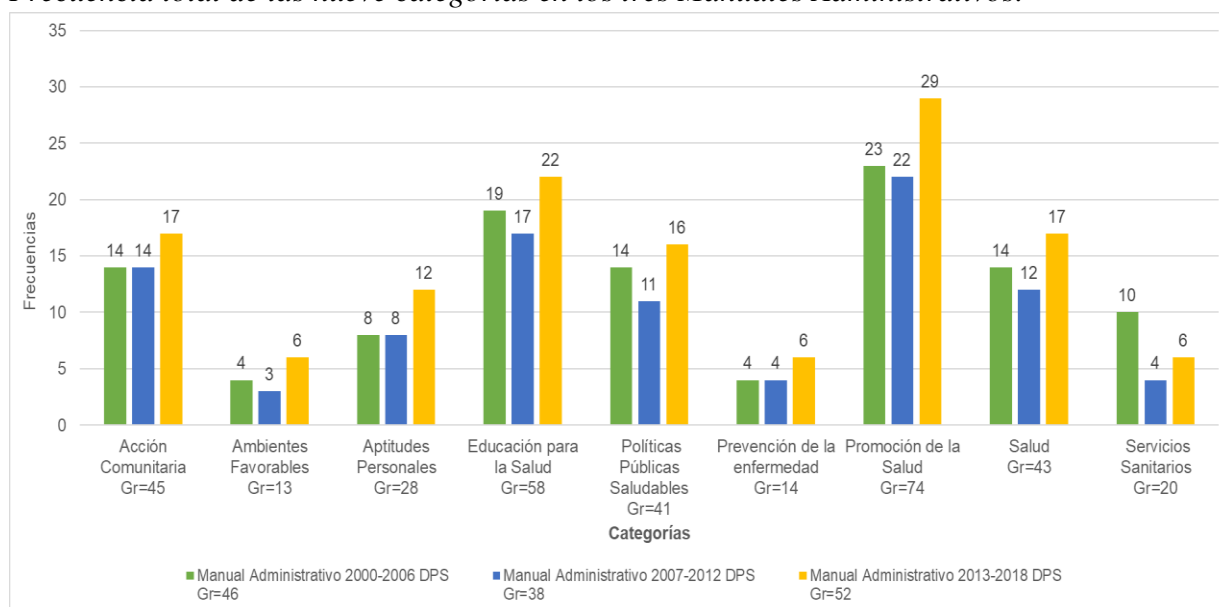


Nota. La figura muestra los porcentajes de aparición de las categorías del contenido latente del MA 2013-2018. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 16 se observa que las categorías con mayor porcentaje de presencia son: “Acción comunitaria” (22%) y “Política pública saludable” (21%). En cambio, las categorías con menor porcentaje de aparición son: “Ambientes favorables” (8%) y “Reorientación de los servicios sanitarios” (8%).

Figura 17

Frecuencia total de las nueve categorías en los tres Manuales Administrativos.



Nota. La figura muestra las frecuencias totales de aparición de las categorías de los tres manuales; en la figura ya no se hace la diferenciación del contenido manifiesto y contenido latente. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 17 se presenta la frecuencia total de aparición de cada categoría para cada manual. Las columnas de color verde representan al MA 2000-2006, las azules al MA 2007-2012 y las amarillas al MA 2013-2018. El símbolo “Gr” que se encuentra debajo de cada categoría representa la frecuencia de aparición de la categoría en cuestión. En ese sentido, se observa que las categorías con mayor frecuencia total de aparición en los tres MA son: “Promoción de la salud” (74 veces), “Educación para la salud (58 veces) y “Acción comunitaria” (45 veces). En cambio, las categorías con menor frecuencia de aparición en los tres MA son: “Reorientación de los Servicios Sanitarios” (20 veces), “Ambientes favorables” (13 veces) y “Prevención de la enfermedad” (14 veces)

Asimismo, el símbolo “Gr” que se encuentra debajo de la palabra Manual representa el número de párrafos (unidades de análisis) que se codificaron con el sistema de categorías en cada MA. En el primer manual se codificaron 46 párrafos, en el segundo 38 párrafos y en el tercero 52 párrafos, en total se codificaron 136 párrafos entre los tres MA.

La diferencia de los párrafos entre el primero y segundo MA es de ocho. La razón de ello es que esos párrafos faltantes corresponden a la Coordinación del Adulto Mayor, a la Subdirección de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años, al área Líder Coordinador de Proyectos “A” y a la Subdirección de Evaluación y Seguimiento. Hay que recordar que esa Coordinación y sus Subdirecciones desaparecen en el segundo MA, de ahí la diferencia de párrafos codificados.

Asimismo, la diferencia de los párrafos entre el segundo y tercer MA es de 14. La razón de ello es que en el tercer MA las Subdirecciones (a excepción de la Dirección) tienen de uno a tres objetivos, sin olvidar que cada Subdirección tiene una misión (incluyendo a la Dirección). De ahí que sean más párrafos codificados para el tercer MA en comparación de los otros dos.

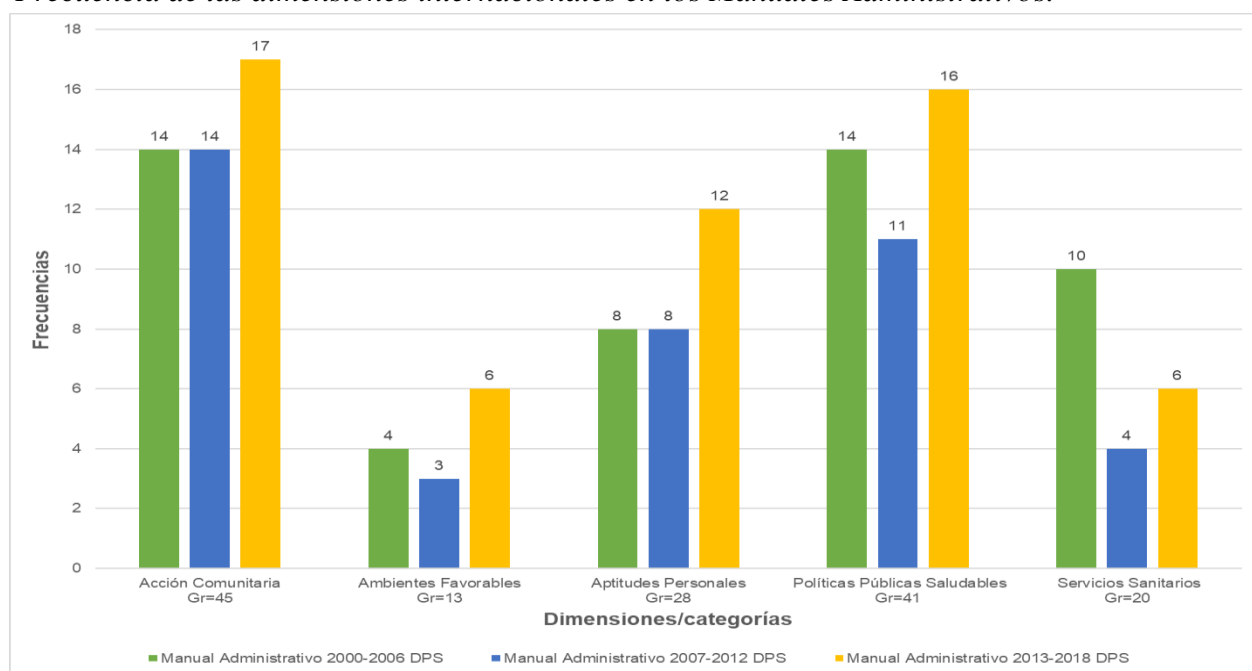
DISCUSIÓN

La discusión se enfoca, en primera instancia, en discutir sobre el contenido latente encontrado en los tres MA, específicamente en las categorías que representan a las dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa: acción comunitaria, política pública saludable, aptitudes personales, reorientación de los servicios sanitarios y ambientes favorables. La discusión se realiza a partir de los resultados hallados, del sistema de categorías que se presentó en el marco metodológico, así como del marco teórico de esta investigación.

La discusión sobre las categorías transversales (promoción de la salud, educación para la salud, prevención de la enfermedad y salud) también se realiza, pero de manera más general.

Figura 18

Frecuencia de las dimensiones internacionales en los Manuales Administrativos.



Nota. La figura muestra las frecuencias totales de aparición de las cinco dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa en cada uno de los Manuales Administrativos. Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar en la figura 18 las dimensiones (o categorías) con mayor frecuencia de aparición en los tres MA son “Acción comunitaria” (45 veces) y “Política pública

saludable” (41 veces). Seguido de éstas está “Aptitudes personales” (28 veces). Finalmente, las dos dimensiones que tienen menor frecuencia de aparición son “Reorientación de los servicios sanitarios” (20 veces) y “Ambientes favorables (13 veces).

Dimensión acción comunitaria

En los resultados encontrados se puede observar que la dimensión que tiene la mayor frecuencia de aparición en los tres MA es acción comunitaria con un total de 45 veces. En el primero y segundo MA dicha dimensión aparece 14 veces en cada uno, mientras que en el tercero aparece 17 veces.

Uno de los motivos por el cual aparece tres veces más dicha categoría en el tercer manual es porque lo que está descrito en la misión de la Coordinación de Promoción de la Salud es exactamente igual a los que se dice en el primer objetivo de la DPS, de ahí que se duplique.

Aunado a ello, la otra diferencia recae en la Subdirección de Participación Social, porque lo que era el objetivo de esa Subdirección en el primer y segundo manual para el tercero se vuelve la misión y es a partir de ahí que dicha Subdirección tenga dos objetivos⁴⁰ nuevos, puesto que éstos no se encuentran presentes en los otros MA. Cada objetivo se codificó con la categoría de acción comunitaria, ya que hacen referencia a ella.

Por otro lado, es necesario destacar que en los tres manuales la acción comunitaria no es llamada como tal, dado al momento de la codificación de las unidades de análisis de las atribuciones legales de la DPS, así como de las Subdirecciones, y de algunas de sus funciones, se halló que ésta es interpretada como participación social y comunitaria.

⁴⁰ Se vuelve a recordar que en el tercer MA las Subdirecciones de la DPS tienen de uno a tres objetivos, sin olvidar que cada Subdirección tiene una misión incluyendo a la Dirección.

Dicho lo anterior, en los MA se resaltan algunas temáticas para promover y fomentar la participación social y comunitaria, tales como: la capacitación del personal institucional (DPS) y de la comunidad para la generación de redes de participación social; creación de instrumentos metodológicos para el fortalecimiento de la organización de redes de participación social y reflexión sobre problemas de salud.

En el tercer MA se destaca otra temática, la cual está relacionada a los dos objetivos ya mencionados de la Subdirección de Participación Social. Dichos objetivos hacen referencia a la capacitación de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para la prevención de enfermedades y cambios de estilos de vida.

- Capacitación al personal institucional y de la comunidad

En los tres MA se hace referencia sobre la importancia de capacitar al personal institucional y a la comunidad para la generación de redes de participación social. Sin embargo, en los MA nunca se hace mención sobre qué papel tendría la generación de esas redes en la salud del individuo y los colectivos. Asimismo, se hace hincapié en la capacitación del personal de la DPS que a la propia comunidad.

En ese sentido, hay que recordar que Restrepo (2001b) y la OMS (1998) mencionan que la participación social es un elemento esencial para el desarrollo de la salud de las personas, dado que ésta permite que participen de manera activa en el reconocimiento y priorización de sus necesidades y satisfactores (Enria y Staffolani, 2010). Una vez hecho lo anterior el colectivo puede tomar las decisiones más idóneas para solucionar sus problemas de salud y enfermedad. Asimismo, la participación social posibilita que las personas pueden incrementar, en la medida de lo posible, el control sobre sus DSS y, en consecuencia, mejorar su calidad de vida (OMS, 1998).

De ahí la necesidad de que en los MA se mencione la finalidad de la generación de esas redes de participación social, ya que en ningún momento se menciona si éstas estarán enfocadas en la detección de las necesidades, satisfactores, prioridades, en la incidencia de los DDS o alguna otra acción relacionada a la participación social que ayude a mejorar la calidad de vida de la población.

Además, las capacitaciones no sólo se pueden enfocar en el personal institucional, ya que al no tomar en cuenta al individuo y los colectivos la participación social pierde sentido. Es necesario comentar que no se está en contra de la capacitación del personal, dado que pueden aportar a esa participación. En ese sentido, por ejemplo, pueden fungir como un intermediario entre la comunidad y la DPS para la resolución de un problema de salud. Pero se insiste, la que fija sus necesidades, prioridades y toma de decisiones, con base a su contexto, es la comunidad. Si la acción comunitaria es impuesta desde el ámbito institucional, sin valorizar el conocimiento popular y los saberes de la comunidad (los cuales son base fundamental para la PS) no puede ser llamada como tal (Marchiori , 2008).

- Creación de instrumentos metodológicos

Otra temática presente en los MA es el desarrollo de instrumentos metodológicos por parte de la Subdirección de Participación Social, los cuales tienen como objetivo la promoción y fortalecimiento de la organización de redes de participación social. Sin embargo, se repite la situación que se mencionó párrafos arriba, puesto que dichos instrumentos sólo están concebidos desde el ámbito institucional, mas no comunitario. Es importante comentar que la PS y sus dimensiones trascienden a los profesionales de la salud, de ahí que sea necesaria la integración de nuevos actores, los cuales tienen que provenir de la comunidad, puesto que ellos son los verdaderos expertos en su propia salud (Kickbusch,1996).

Dichos instrumentos deberían ser creados a partir del contexto de la comunidad, de esta manera serán más fructíferos al momento de su implementación. Por lo tanto, se considera que para la creación de los instrumentos metodológicos debe de existir una corresponsabilidad y comunicación constante entre la institución y la comunidad. Al poder llevar a cabo lo anterior se puede hablar, desde el punto de vista de esta investigación, de una verdadera participación social.

- Reflexión sobre problemas de salud

A pesar de que las dos temáticas anteriores están más centradas en el personal de la salud y, por tanto, al ámbito institucional en el MA se recupera un poco el papel que debe jugar el individuo y los colectivos con relación a la participación social. En concreto, en el objetivo general de la Coordinación de Promoción de la Salud, esto en los tres MA, se habla de la reflexión que se debe crear en la población residente del DF sobre sus problemas de salud y sus posibles soluciones. El objetivo de ello es que a partir de esa reflexión puedan mejorar su salud a través de la participación individual, familiar y colectiva.

Lo anterior coincide con lo que se menciona en la Carta de Ottawa, ya que en ésta se comenta que las acciones y/o intervenciones en salud que se realicen deben nacer a partir de la participación social del individuo y los colectivos, dado que ellas y ellos, a partir de esa reflexión, pueden fijar sus prioridades, identificar sus necesidades y realizar la toma de decisiones que más se adapte a su contexto para la resolución de un problema de salud o enfermedad (OMS, 1986).

Otro aspecto interesante es que, en el objetivo general de la Coordinación antes mencionada, se hace referencia a los problemas de salud y no de enfermedad. Desde el punto de vista de esta investigación se considera que un problema de salud tiene que ver más con las necesidades sociales en salud, es decir, el acceso a la educación, a la vivienda, a la alimentación

saludable, al trabajo bien remunerado, etc. Un problema de enfermedad se presenta a nivel orgánico, a la falla de las células, de un órgano, de un sistema que puede derivar en una enfermedad específica (hipertensión, cáncer, diabetes), la cual se manifiesta por medio de signos y síntomas.

- Capacitación de los Grupos de Ayuda Mutua

Los GAM están presentes en los diversos Centros de Salud que se encuentran en el DF. Estos grupos, en su mayoría, están conformados por personas que padecen alguna enfermedad, mujeres embarazadas, adultos mayores, etc. En los GAM se dan pláticas en diversos temas para el cuidado de la salud. Por ejemplo, la importancia de la actividad física, alimentación saludable, lactancia materna, salud mental y bucal, cuidado prenatal, entre otros.

Es en este marco donde predomina la temática en cuestión, la cual hace referencia a la organización de los GAM para que éstos generen y adopten una cultura favorable a la salud, mediante la capacitación de los temas mencionados. Dicho de otra manera, lo que se busca con estas capacitaciones es que las personas que conforman los GAM prevengan o tengan un mejor manejo y control de alguna enfermedad que padezcan para así adoptar un estilo de vida saludable. Todo esto se podrá llevar a cabo, según el MA, promoviendo y fomentando la participación social.

Es de resaltarse que en el MA 2013-2018 la participación social sea utilizada para la prevención de enfermedades y cambios de estilos de vida. En ese sentido, se considera que esto es totalmente ajeno y contrario de lo que se plasma en la Carta de Ottawa, ya que en ningún momento se habla de que la acción comunitaria debe enfocarse en acciones preventivas de cambio de estilos de vida. Las características anteriores son propias del modelo de estilos de vida y/o conductual, mas no socioambiental. Sólo en ese manual se hace referencia a ello, específicamente en los dos objetivos generales de la Subdirección de Participación Social.

Se sabe que la prevención de las enfermedades y el “cambio” de estilos de vida son importantes para la salud de la población, pero la participación social no se puede limitar a estos temas, dado que se reduce al mínimo el poder de decisión de las personas sobre cómo incidir, por ejemplo, en el mejoramiento de sus condiciones de vida, además de que se descontextualizan las verdaderas causas que provocan las enfermedades (Raddatz et al., 2011). En tal caso, es incongruente intentar cambiar los estilos de vida y, por tanto, prevenir la enfermedad si no se incide primero en las condiciones de vida de las personas, dado que “abordar las conductas sin incidir en sus causas no resulta eficaz” (Deschamps, 1998, p.93).

Dimensión política pública saludable

Por otra parte, y como se pudo apreciar en la figura 18, la segunda dimensión que tuvo mayor frecuencia de aparición en los tres MA es política pública saludable con un total de 41 veces. En el primer manual dicha dimensión aparece 14 veces, en el segundo 11 veces y en el tercero 16 veces. A comparación de la dimensión acción comunitaria, aquí se puede observar que la frecuencia de aparición de esta segunda dimensión es distinta entre cada MA.

La diferencia de unidades de análisis codificadas con la categoría de política pública saludable entre el primero y segundo manual es de tres. La principal razón de ello es que la Coordinación del Adulto Mayor y sus Subdirecciones sólo están presentes en el primer manual, de ahí la diferencia. Más específicamente, esas codificaciones se encuentran en la segunda y cuarta función de la Coordinación en cuestión, mientras que la última se halla en el objetivo de la Subdirección de Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores de 70 Años. No obstante, hay otra unidad de análisis codificada con la misma categoría, la cual se encuentra en la tercera función de esa misma Subdirección.

Asimismo, conviene subrayar que la cuarta función de la Coordinación de Promoción de la Salud y Cultura del Envejecimiento⁴¹, esto en el segundo MA, también está codificada con la categoría en cuestión dado que se habla de calidad de vida y de salud, no así en esa misma función del primer MA. De ahí que la diferencia sea en realidad de tres y no de cuatro codificaciones. Todo lo anterior se puede corroborar a partir de las hojas de codificación que se presentaron en el capítulo anterior.

Por otro lado, la diferencia de unidades de análisis codificadas entre el segundo y tercer MA es de cinco. Uno de los motivos por el cual aparece cinco veces más dicha categoría en el tercer manual es porque lo que está descrito en la misión de la Coordinación de Promoción de la Salud es exactamente igual a los que se dice en el primer objetivo de la DPS, de ahí que se repita.

Al mismo tiempo, lo que se menciona en el primer objetivo de la Coordinación arriba mencionada es exactamente igual a lo que se dice en la misión de la Subdirección de Participación Social. Éstos están codificados con la categoría política pública saludable, de ahí que se dupliquen.

Por último, las otras tres codificaciones restantes provienen del primer y segundo objetivo de la Coordinación de Promoción de la Salud y Cultura del Envejecimiento, así como del segundo objetivo de la Subdirección de Educación y Cultura del Envejecimiento; objetivos nuevos que no están presentes en el primer y segundo manual.

Dicho lo anterior, es importante resaltar que en los tres MA la política pública saludable no se encuentra como tal. Sin embargo, hay ciertas temáticas presentes en los manuales que nos ayudan a identificarla, tales como: mejoramiento de las condiciones de vida y salud; acciones intersectoriales para la participación social; acciones intersectoriales enfocadas al trabajo

⁴¹ En el primer MA llamada Coordinación de Gerontología.

gerontológico. Otra temática de constante presencia es el de la pensión alimentaria para adultos mayores, pero éste sólo está presente en el primer MA.

- Mejoramiento de las condiciones de vida y salud

Una de las temáticas de relevancia se encuentra en el objetivo de la DPS del primer manual es el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las personas de 70 años. En los otros dos manuales los objetivos cambian un poco, ya que ese mejoramiento está enfocado a la población de mayor riesgo. Para el mejoramiento de esas condiciones de vida y salud se deben involucrar a otras instituciones que conforman al Estado, incluido el sistema de salud, y a la población, ya que la salud, como se menciona en la Carta de Ottawa, no sólo es responsabilidad del sector sanitario (Enria y Staffolani, 2010; OMS, 1986).

Para que la DPS pueda cumplir ese objetivo necesita la elaboración de la política pública saludable, dado que ésta hace crear el terreno idóneo para la realización de acciones coordinadas (intersectorialidad) entre las diversas dependencias de gobierno y la población (el involucramiento de ésta por medio de la acción comunitaria). La finalidad de ello es que los diversos sectores (político, económico, laboral, etc.) ejecuten acciones integrales para el mejoramiento de esas condiciones de vida del individuo y los colectivos.

Sin embargo, en los MA se hace referencia que el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud sólo estarán enfocadas en los adultos mayores y en población de mayor riesgo. Desde el punto de vista de esta investigación se considera que esto no puede ser idóneo, ya que dicho mejoramiento no se puede focalizar a dichos grupos, sino que tiene que enfocarse a la población en general. Las acciones de PS y, ende, de la política pública saludable debe incluir a toda la población en su conjunto sin distinción alguna (OMS, 1984).

- Acciones intersectoriales para la participación social

La temática en cuestión tiene una relación directa con la dimensión anterior, ya que hace referencia a la participación social y su vinculación con la política pública saludable. Dichas vinculaciones tienen que ver con tres puntos: promover la participación social de la población para la elaboración de diagnósticos de salud y de propuestas de solución, a través de las instancias establecidas para este fin; establecimiento de estrategias de vinculación con instituciones sociales públicas y privadas, con el fin de garantizar la participación social y operación de acciones interinstitucionales encaminadas a la generación de redes de participación social.

Respecto al primer punto se considera que, si la DPS pretende que la población del DF se involucre en temas de salud, al menos en la realización de diagnósticos de salud y propuestas de solución, es necesario que la institución genere procesos de empoderamiento en la comunidad. Generando dichos procesos se puede, por ejemplo, promover y fomentar la participación de las personas para que tomen las decisiones que mejor se adapten a su realidad y así poder dar solución a los problemas que los aquejen. Sin embargo, no sólo es responsabilidad de la DPS generar esos procesos, sino que los otros sectores también tienen que involucrarse en ello, para lograrlo se necesitan de las acciones intersectoriales. Además, para darle solución a esos problemas también se necesita de dichas acciones, ya que los problemas que encuentre la comunidad no estarán relacionados solamente con el sector sanitario.

El punto dos y tres guardan semejanza, dado que hablan de vinculaciones con instituciones para garantizar y generar redes de participación social. Es positivo que la DPS busque acciones intersectoriales con otras instituciones para fomentar y promover la participación social. En ese marco, se considera que dichas acciones también deben volcarse hacia la incidencia de los DSS, a la contribución del ejercicio de los derechos humanos, etc., esto a partir de la participación social.

- Trabajo gerontológico

Otra temática de relevancia en los tres MA es la colaboración con otras instituciones para realizar acciones relacionadas al trabajo gerontológico. Al hacer mención sobre la vinculación con otras instituciones se hace referencia a la construcción de acciones más integrales para la atención de los adultos mayores. Realizar acciones integrales puede impactar en las condiciones de vida de y, por tanto, proporcionar una calidad de vida óptima para los adultos mayores.

Es de reconocerse que en los MA se le énfasis a la atención del adulto mayor, lo cual es comprensible. Si bien es correcto que haya vinculaciones para realizar trabajo gerontológico, también es necesario que en los manuales se haga mención sobre otras vinculaciones para realizar acciones con mujeres embarazadas, con niñas y niños, adolescentes etc. Las acciones intersectoriales y, por tanto, las políticas públicas saludables no sólo pueden estar exclusivamente volcadas a un grupo etario, sino que estas deben ser concebidas desde un enfoque de curso de vida, es decir, desde el nacimiento del individuo hasta la última etapa de su vida.

- Pensión alimentaria

La última temática tiene que ver con la pensión alimentaria para adultos mayores de 70 años, el cual sólo está presente en el primer MA, específicamente en la Coordinación del Adulto Mayor y de las Subdirecciones que emanan de ésta. Dicha pensión puede formar parte de la política pública saludable, ya que es un programa de acción que tiene como fin otorgar un apoyo económico a los adultos mayores.

Dicha pensión puede apoyar para solventar algunos gastos económicos de los adultos mayores, pudiendo cubrir así la satisfacción de algunas necesidades. En la Carta de Ottawa no se hace mención sobre el otorgamiento de pensiones a los adultos mayores, pero se considera que

puede ser una de diversas acciones que pueden construir a la construcción de una la política pública saludable.

Dimensión aptitudes personales

Por otro lado, y como se aprecia en la figura 18, la tercera dimensión que más aparece en los MA es aptitudes personales con un total de 28 veces. En el primero y segundo MA aparece 8 veces en cada uno, mientras que en el tercero aparece 12 veces.

Uno de los motivos por el cual aparece cuatro veces más dicha dimensión en el tercer manual es porque lo que está descrito en el primer objetivo de la Coordinación de Promoción de la Salud es exactamente igual a lo que se dice en la misión de la Subdirección de Participación Social. Éstos están codificados con la dimensión aptitudes personales, de ahí que se repitan.

Asimismo, el segundo objetivo de la Coordinación arriba mencionada y la misión de la Subdirección de Educación para la Salud también son iguales, cada uno codificado con la categoría en cuestión, por dicha razón se duplican.

Por último, las otras dos codificaciones restantes provienen del segundo objetivo de la Subdirección de Participación Social y del primer objetivo de la Subdirección de Educación para la Salud, objetivos que se encuentran solamente presentes en el tercer MA.

Dicho lo anterior, es necesario comentar que en los MA la dimensión aptitudes personales se le conoce como desarrollo de habilidades. Es un tanto confuso, dado que en los MA no hace referencia a qué tipo de habilidades estará enfocado ese desarrollo. En esa línea, no se puede afirmar del todo que dicho desarrollo estará enfocado a las habilidades para la vida, dado que en los MA no se hace mención de esas diez habilidades de las que habla la OMS. Sin embargo, se considera que las habilidades para la vida se retoman y promueven a través de las siguientes

temáticas encontradas: desarrollo de habilidades y promoción de los derechos sociales; creación de modelos educativos para la promoción de comportamientos individuales; elaboración de material con temas de gerontología y cultura del envejecimiento.

Finalmente, en el tercer MA, se destaca otra temática, presente en el segundo objetivo de la Subdirección de Participación Social y el primer objetivo de la Subdirección de Educación para la Salud. Los objetivos en mención hacen referencia al desarrollo de comportamientos, pero enfocados a la prevención de la enfermedad.

- Desarrollo de habilidades y promoción de los derechos sociales

En los tres MA se habla sobre la creación de materiales educativos (dípticos, trípticos, video cápsulas, etc.), los cuales son creados para desarrollar habilidades para el cuidado de la salud. Dichos materiales abordan diversos temas para el cuidado de ésta, tales como: alimentación saludable, actividad física, prevención del cáncer, etc. La finalidad de estos materiales es crear concientización en los temas mencionados para que el individuo y los colectivos incrementen las opciones disponibles y así puedan ejercer un mayor control sobre su salud (OMS, 1986).

Es importante que a la población se le brinde la información en temas de salud para su cuidado, pero se considera que la elaboración de esos materiales y su posterior entrega tiene poco impacto en el desarrollo de las habilidades en temas de salud. La información por sí sola es insuficiente, dado que el desarrollo de habilidades también está condicionado por las condiciones de vida de la población, puesto que en éstas igualmente se da el desarrollo de dichas habilidades. En ese sentido, también es necesaria la creación de materiales informativos que aborden cómo la desigualdad social y económica, la profundización de la pobreza y las condiciones de vida adversas

afectan el estado de salud de las personas, dado que su conocimiento sobre ello es inexistente (Raphael, 2003 citado en Raphael, 2009).

Al mismo tiempo, se hace referencia sobre la creación de materiales que promuevan los derechos sociales en la población del DF. Es de reconocerse que en los MA se hable sobre la promoción de los derechos sociales (educación, alimentación, justicia, etc.), ya que la salud no se concibe, al menos en ese apartado, como la ausencia de la enfermedad. No obstante, se considera que los MA se debe poner hincapié en la contribución del ejercicio de estos derechos, dado que no es suficiente con promoverlos.

- Modelos educativos para la promoción de comportamientos individuales

El principal objetivo de estos modelos es capacitar al personal de la salud para fomentar y promover comportamientos saludables en el individuo y los colectivos a través de la información, la reflexión sobre problemas y sus posibles soluciones y el desarrollo de habilidades. Es positivo que los MA hagan mención de ello, ya que la misma Carta de Ottawa resalta la importancia de proporcionar los medios para que las personas se preparen para afrontar las diversas etapas de la vida y hagan frente a las enfermedades crónicas y lesiones por accidentes (OMS,1986).

Es importante que los modelos educativos estén centrados para que las personas puedan identificar el origen de sus problemas de enfermedad, así como en la búsqueda de la salud “a través de la reflexión y la conciencia crítica de la realidad personal y colectiva, identificando los determinantes de esta realidad y, a partir de ello, desarrollando planes de acción para su transformación” (Raddatz et al., 2011, p. 194).

Sin embargo, no se considera a las personas (caso similar a dimensión de acción comunitaria) para que sean partícipes en la creación de esos modelos y tampoco, como en el punto

anterior, se toma en cuenta que el desarrollo de las habilidades también está determinado por las condiciones de vida de la población. Por ejemplo, una persona recibe información sobre los beneficios de una alimentación saludable, pero no puede acceder a ella porque su salario no le alcanza, por tanto, su abanico de oportunidades y decisiones se ve limitado ante tal determinante.

De ahí la necesidad de que la DPS tome en cuenta los factores económicos, ambientales y sociales cuando hable del desarrollo de habilidades, ya que dichos factores son determinantes en los comportamientos y, por tanto, en el estado de salud de las personas. Si no se aborda con este enfoque integral (Jancey et al., 2016), el desarrollo de habilidades en la población será insuficiente.

- Material enfocado a temas de gerontología y cultura del envejecimiento

Por otro lado, en los MA también se hace mención de la necesidad de elaborar materiales enfocados a temas de gerontología y a la cultura del envejecimiento. Es importante que existan materiales enfocados a la gerontología, pero los materiales no deben enfocarse exclusivamente a dichos temas. En los manuales se debe resaltar la importancia de la creación de materiales para todos los grupos etarios y para los diversos temas de salud. La información que esté plasmada en esos materiales debe ser culturalmente apropiada e incluyente.

- Desarrollo de comportamientos para la prevención de la enfermedad

Según Restrepo (2001b) el desarrollo de aptitudes personales es la dimensión que tiene mayor reconocimiento por parte del personal sanitario, dado que ésta tiene una estrecha relación con la educación para la salud y, por tanto, con el cambio de estilos de vida. En los manuales anteriores se hacía, hasta cierto punto, referencia a ello, pero en el tercer MA se menciona de manera más explícita la importancia de propiciar comportamientos individuales y colectivos para la prevención de la enfermedad y la adopción de un estilo de vida saludable.

Como se puede observar, la temática anterior está influenciada por el modelo de estilos de vida y/o conductual de PS. En ese sentido, se considera que no es adecuado limitar las acciones de PS y, por tanto, el desarrollo aptitudes personales a la prevención y al cambio de estilos de vida porque se hace una desvinculación de los DSS, de los derechos humanos (Cerdea, 2010), de las verdaderas causas que provocan las enfermedades en los individuos y colectivos.

Es comprensible que en el primer objetivo de la Subdirección de Educación para la Salud se haga referencia a la temática en cuestión. Pero es de llamar la atención que el segundo objetivo de la Subdirección de Participación Social se enfoque en la prevención de las enfermedades y el cambio de estilos de vida cuando ésta debería fomentar y promover acciones relacionadas a su mismo nombre.

Dimensión reorientación de los servicios sanitarios

Por otro lado, y como se aprecia en la figura 18, la primera dimensión que menos aparece es los manuales es reorientación de los servicios sanitarios con un total de 20 veces. En el primer MA aparece 10 veces, en el segundo 4 veces y en el tercero 6 veces. Se puede apreciar, al igual que la dimensión política pública saludable, que la frecuencia de aparición de esta cuarta dimensión es distinta entre cada manual.

La diferencia de unidades de análisis codificadas con la dimensión reorientación de los servicios sanitarios entre el primero y segundo manual es de seis. La principal razón de ello se encuentra en el objetivo de la DPS y en dos de sus atribuciones legales (quinta y sexta) del primer MA, dado que dichas unidades de análisis hablan de atención integral en salud, las cuales están codificadas con la dimensión en cuestión. En las mismas unidades de análisis, pero del segundo MA, ya no se hace referencia a la atención integral en salud, de ahí la diferencia.

Las otras tres codificaciones restantes provienen de la segunda función de la Coordinación de Atención del Adulto Mayor, del objetivo de la Subdirección de Pensión Alimentaria para Adultos los Mayores de 70 Años y de la segunda función del área llamada Líder Coordinador de Proyectos “A”. La Coordinación, Subdirección y el área en cuestión desaparecen en el segundo MA.

Por otro lado, la diferencia de unidades de análisis codificadas con la dimensión reorientación de servicios sanitarios entre el segundo y tercer MA es de dos. La razón de ello radica en lo que está descrito en el segundo objetivo de la DPS, dado que es exactamente igual a lo que se plasma en la misión de la Coordinación de Promoción de la Salud y Cultura del Envejecimiento, de ahí que se duplique. La codificación restante proviene del segundo objetivo de la Subdirección de Promoción de la Salud para Grupos de Mayor Riesgo.

Una vez expuesto lo anterior, es importante comentar que la dimensión reorientación de los servicios sanitarios, al igual que las otras dimensiones, no se encuentra como tal en los manuales. No obstante, hay ciertas temáticas presentes en los manuales que nos ayudan a identificarla, tales como: la atención integral a los adultos mayores y creación de modelos de atención gerontológica. Otra temática presente es, también, la creación de un modelo de atención médica enfocado en el adulto mayor. Temática que sólo se encuentra en el tercer MA.

- Atención integral a los adultos mayores

En el objetivo de la DPS del primer manual se pone énfasis en el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población adulta mayor de 70 años por medio de la atención integral en salud. La atención integral en salud de la que se habla en el MA no sólo hace referencia a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, sino que ésta también se enfoca en las

necesidades sociales en salud de los adultos mayores. Para ello (al igual que la política pública saludable) se necesitan acciones intersectoriales para responder a esas necesidades, de ahí que se hable de la reorientación de los servicios sanitarios.

- Creación de modelos de atención gerontológica y atención médica

En cuanto al segundo y tercer manual se hace referencia a la creación de modelos de atención enfocados tanto en el adulto mayor como en la población de mayor riesgo. Dichos modelos tienen como finalidad capacitar al adulto mayor y a esos grupos en temas de PS y sensibilización. No se especifica en qué temas de PS se harán esas capacitaciones, tampoco se dice a qué se refiere con sensibilización. Sin embargo, se señala que el grupo etario mencionado debe participar en la implementación y seguimiento de dichos modelos.

A pesar de que existe ambigüedad en lo que se comenta respecto a dichos modelos, se considera que éstos pueden contribuir a la reorientación de los servicios sanitarios, pues éstos pueden estar centrados en la enseñanza sobre la planificación de la salud y no solamente volcados a temas de atención y prevención de enfermedades (Kickbusch, 1996). Dichos modelos tienen que estar dirigidos “a la necesidad de los sujetos como un todo” (Resende, 2008, p.338), además de respetar sus necesidades culturales (OMS, 1986).

Por otro lado, en el tercer MA se habla sobre la creación de modelos de atención médica enfocados al adulto mayor. Es importante que los modelos hagan hincapié en la atención médica de los adultos mayores, pero no sólo se pueden enfocar en ello. Los modelos también tienen que estar enfocados a la identificación e intervención de los DSS, en la génesis de la salud, en la reflexión de problemas de enfermedad, etc. Si dichos modelos se enfocan en temas médicos el mejoramiento de la salud de los adultos mayores se realizará parcialmente, ya que sólo se pone

énfasis a la vertiente clínica (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001), dejando de lado las dimensiones internacionales.

Es importante destacar que pasa lo mismo que en otras temáticas, puesto que la atención integral en salud y los modelos sólo están enfocados en los adultos mayores y en los grupos de mayor riesgo.

Dimensión ambiente favorable

Finalmente, la segunda dimensión que menos aparece en los MA es ambientes favorables con un total de 13 veces. En el primer MA aparece cuatro veces, en el segundo tres veces y en el tercero seis veces. Asimismo, se observa que la frecuencia de aparición de la última dimensión es distinta entre cada MA.

La diferencia de unidades de análisis codificadas con la dimensión ambientes favorables entre el primero y segundo MA es de uno. La razón de ello es que el objetivo de la Coordinación del Adulto Mayor está codificado con la dimensión en cuestión. Dicha Coordinación sólo está presente en el primer manual.

En cuanto al segundo y tercer MA la diferencia de codificaciones es de tres. Esto se debe, al igual que las dimensiones pasadas, a que lo que se plasma en el primer objetivo de DPS es exactamente igual a lo que se describe en la misión de la Coordinación de Promoción de la Salud. Asimismo, lo que se menciona en el primer objetivo de la Coordinación arriba mencionada es igual a lo que se comenta en la misión de la Subdirección de Participación Social. De ahí que ambas codificaciones se repitan. La codificación restante corresponde al primer objetivo de la Coordinación de Promoción de la Salud y Cultura del Envejecimiento.

Una vez dicho lo anterior, es necesario resaltar que la dimensión ambiente favorable no tuvo tantas temáticas encontradas en comparación con las otras dimensiones. En ese sentido, la única temática presente es el mejoramiento de las condiciones de vida de la población del DF.

- Mejoramiento de las condiciones de vida

En las dimensiones anteriores se ha hecho referencia a las condiciones de vida, pero hasta el momento no se ha dado una definición. Es en este apartado donde se considera que es necesario definir las, ya que los ambientes favorables guardan una estrecha relación con dichas condiciones. En palabras de Blanco. et al (1997) las condiciones de vida son el “el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación en un periodo de observación” (Blanco., et al 2016, p.15). Esas necesidades básicas pueden ser traducidas como la educación, el trabajo, la vivienda, la alimentación, el sistema de salud, etc.

El principal responsable de proporcionar esas condiciones de vida es el Estado, por medio de la garantía y cumplimiento de los derechos humanos. La Carta de Ottawa también recupera dichas condiciones (paz, justicia social, equidad, etc.), pero las enmarca como prerequisites para la salud. Asimismo, menciona que para cualquier mejoramiento de la salud de las personas las intervenciones se deben enfocar obligadamente en esos prerequisites (OMS,1896). Por consiguiente, el mejoramiento de esas condiciones de vida (ambientes favorables) lleva a que el individuo y los colectivos tengan una mejor calidad de vida. Raphael (2008), citado en Raphael (2009), menciona que las condiciones de vida de las personas son sus principales DSS.

Dicho lo anterior es necesario comentar que en los tres MA se hace referencia al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas adultas mayores y de los grupos de mayor riesgo, particularmente el objetivo de la DPS pone más hincapié en ello. El mejoramiento de esas

condiciones de vida puede contribuir en la ampliación del abanico de oportunidades para que las personas tomen mejores decisiones con relación a su salud (OMS, 1984). Esas condiciones también nacen a partir de la acción intersectorial (política pública saludable), dado que en el sector sanitario no sólo es donde se da la posibilidad de tomar una decisión favorable para la salud.

Sin embargo, se piensa que es importante que la dimensión ambiente favorable debe tener aún más presencia, ya que es la dimensión que menos aparece en los tres MA. Si se busca mejorar las condiciones de vida y, por ende, la salud de la población residente del DF es necesario que se haga más énfasis en los ambientes favorables en los MA. Asimismo, se considera que en los MA se debe hacer una vinculación entre los ambientes favorables y los derechos humanos, puesto que éstos también pueden ayudar al mejoramiento de las condiciones de vida de la población del DF.

Asimismo, y al igual que la dimensión política pública saludable y reorientación de los servicios sanitarios, el mejoramiento de las condiciones de vida sólo está considerado para los adultos mayores y grupos de mayor riesgo.

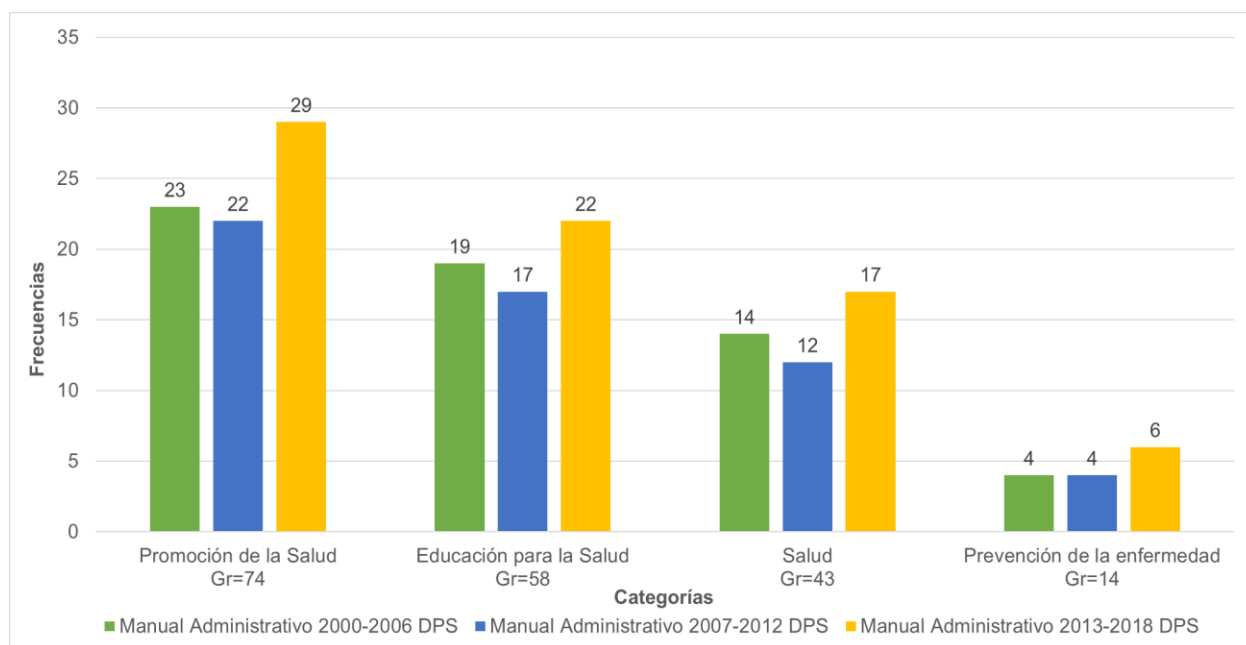
Por último, sólo se hace referencia al objetivo de la DPS y su relación con los ambientes favorables, no se describe la relación que tiene dicha dimensión y los objetivos de las otras Subdirecciones, dado que éstos guardan cierta semejanza con el objetivo de la DPS. Se piensa que ahondar en ello sería repetitivo.

Categorías transversales

Una vez expuesta la discusión de las categorías que representan a las dimensiones internacionales, se procede a presentar la segunda parte de la discusión. Esta segunda parte se enfoca en las categorías y transversales, es decir, promoción de la salud, educación para la salud, prevención de la enfermedad y salud. Dicha discusión se realiza de manera general.

Figura 19

Frecuencia total de aparición de las categorías transversales en los Manuales Administrativos.



Nota. La figura muestra la frecuencia de aparición de las categorías transversales. La categoría educación para la salud nace a partir del pre análisis que se hizo de los MA en la primera etapa del marco metodológico. La categoría prevención de la enfermedad se integra porque se pensaba que en los MA se hacía referencia a de ella. La categoría promoción de la salud y salud están concebidas para darle cumplimiento a los objetivos específicos que se plantean en esta investigación. En la figura no se hace la diferenciación del contenido manifiesto y contenido latente. Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar en la figura 19 las categorías con mayor frecuencia de aparición en los tres MA son “Promoción de la salud” (74 veces) y “Educación para salud” (58 veces). En cambio, las categorías con menor frecuencia de aparición son “Salud” (43 veces) y “Prevención de la enfermedad” (14 veces).

Categoría promoción de la salud

Para comenzar, es necesario destacar que las 74 codificaciones que se realizaron con la categoría PS corresponden al contenido manifiesto. No hay ninguna codificación que se haya realizado para el contenido latente. Dicha categoría aparece 23 veces en el primer MA, 22 veces en el segundo y 29 en el tercero.

Como se puede observar la categoría PS es la que tiene mayor frecuencia de aparición en los tres manuales, incluso aún más que las dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa. Hasta cierto punto era de esperarse que la categoría en cuestión fuera la predominante ante las demás, puesto que en los tres manuales corresponden a la DPS y a dicho campo de acción. Asimismo, dicha categoría se puede hallar rápidamente en los párrafos de los tres MA, ya que se encuentra explícitamente en el texto, es decir, en el contenido manifiesto. A pesar de que es la categoría que más aparece en los documentos en cuestión ésta carece de una definición, en ningún momento se le da una definición a la PS dentro de los MA.

Sin embargo, se considera que la PS que se maneja en los MA no está tan alejada de lo que se definió en el sistema de categorías del marco metodológico, específicamente en su definición nominal y operacional. Asimismo, dicha promoción guarda una íntima relación con las categorías de las dimensiones internacionales, ya que se menciona que para llevar a cabo las temáticas que se han abordado párrafos arriba es necesario que se hagan por medio de acciones de PS, acciones relacionadas a la construcción de las dimensiones.

Categoría educación para la salud

Por otra parte, y como se observa en la figura 19, la segunda categoría que tuvo mayor frecuencia de aparición en los MA fue educación para la salud con un total de 58 veces. En el primer MA se hicieron 19 codificaciones, de éstas diez corresponden al contenido manifiesto y las otras nueve al contenido latente. En el segundo MA se hicieron 17 codificaciones, de éstas nueve corresponden al contenido manifiesto y las otras ocho al contenido latente. Finalmente, en el tercer MA se hicieron 22 codificaciones, de las cuales diez corresponden al contenido manifiesto y 12 al contenido latente.

En varias unidades de análisis de los tres MA se puede leer explícitamente la categoría en cuestión, incluso se encuentra relacionada con la categoría de PS, ya que entre los párrafos se puede leer: establecer programas en materia de promoción y educación para la salud, operación de acciones de promoción y educación para la salud, etc. Sin embargo, se considera que debe existir una diferenciación, ya que se hace uso de manera indistinta de estos campos en los MA. Asimismo, se da a entender que la educación para la salud puede también aportar para la consecución de las dimensiones internacionales y lo hace a partir del desarrollo de aptitudes personales. Claro que la PS debe apoyarse de otras disciplinas para la construcción de esas dimensiones, pero la principal responsable de ello es la misma promoción. De ahí que existan una diferenciación de las acciones que debe realizar una y otra.

Todo lo anterior es con relación a las codificaciones que se hicieron en relación al contenido manifiesto de la categoría en cuestión. En esa línea, es necesario traer a colación lo mismo, pero con el contenido latente. Hay que recordar el desarrollo de aptitudes personales guarda una estrecha relación con la educación para la salud (Restrepo, 2001b) y, por tanto, con el cambio de estilos de vida. Las codificaciones del contenido latente se enfocaron en las unidades de análisis que hacían referencia a la creación de materiales y modelos educativos, los cuales guardan relación con el desarrollo de aptitudes y, por ende, con la educación para la salud.

Categoría salud

Por otro lado, y con base a la figura 19, la primera categoría que menos aparece, al menos para esta parte de la discusión, en los manuales fue salud con un total de 43 veces. En el primer MA se hicieron 12 codificaciones para el contenido manifiesto, diez para el segundo y 15 para el tercero. Finalmente, se hicieron dos codificaciones en cada MA para el contenido latente.

Al igual que la categoría de promoción y educación, la categoría salud se encuentra plasmada en diversas unidades de análisis de los MA. Cuando se menciona esta categoría se hace referencia a la solución de problemas de salud, al mejoramiento de las condiciones de salud, al personal de salud, etc. No hay mucho que discutir respecto a esa categoría, puesto que lo anterior hace referencia a lo que se lee explícitamente en los MA, o sea, al contenido manifiesto.

Caso contrario pasa con las dos codificaciones del contenido latente que se encuentran en cada MA, ya que éstas hacen referencia a la promoción de los derechos sociales en la población. Es de reconocerse que la DPS realice, por medio de material educativo, la promoción de los derechos sociales en la población. Hay que recordar que en el sistema de categorías del marco metodológico se mencionó que la salud es, parafraseando a las distintas conferencias internacionales de PS, un derecho humano universal, básico, fundamental e indispensable para el desarrollo del individuo y los colectivos.

Al mismo tiempo, es importante decir que al igual que la categoría de PS, los MA carecen de un concepto de salud. Sin embargo, desde las categorías de las dimensiones internacionales, PS y salud se empieza a observar, de manera explícita, la postura que hay relación a estos dos conceptos. Esto se aborda más detalladamente en las conclusiones de la investigación.

Categoría prevención de la enfermedad

Finalmente, la categoría que menos aparece en los tres manuales, al menos para esta segunda parte de la discusión, es prevención de la enfermedad con un total de 14 veces. En el primer y segundo manual se realizaron cuatro codificaciones para cada uno, mientras que en el tercero seis. Todas las codificaciones corresponden al contenido latente, ninguna para el contenido manifiesto.

La categoría en cuestión guarda relación con las categorías de aptitudes personales y educación para la salud, dado que éstas tienen por objetivo prevenir la enfermedad del individuo y los colectivos por medio de desarrollo de habilidades y comportamientos saludables. Es importante que también se aborden temas de prevención para la población, pero es de reconocerse que el discurso de los MA no se vuelque hacia ésta.

Sin embargo, se detectó que en el tercer MA si hay una mínima inclinación hacia la prevención de la enfermedad, específicamente en el segundo objetivo de la Subdirección de Participación Social, dado que se hace referencia a la prevención de la enfermedad y al cambio de estilos de vida. Es de llamar la atención, porque dicha Subdirección no debería enfocarse a esas temáticas, sino a temas de participación social (acción comunitaria).

CONCLUSIONES

Derivado de la investigación que se realizó, para analizar qué tanto se promueven las cinco dimensiones internacionales plasmadas en la Carta de Ottawa en los MA de la DPS de los periodos 2000-2006, 2007- 2012 y 2013-2018, se concluye lo siguiente:

En primera instancia es necesario volver a enfatizar que los MA son prácticamente iguales, pareciera que todo lo que está en el primer manual se copió y se pegó tal cual para el segundo y el tercero (ver anexo B). Esto cobra especial interés para la investigación, porque puede indicar que, a los documentos en cuestión, sin olvidar que son rectores, no se les da tanta importancia al momento de su elaboración, en comparación a un programa sectorial de salud, por ejemplo. En ese sentido, se considera que lo anterior puede ser desfavorable para la consecución de las dimensiones internacionales a nivel institucional, además de que se ha limitado el desarrollo de éstas durante estos tres sexenios.

De los tres manuales, el primero tiene una tendencia hacia la atención del adulto mayor, dado que en ese sexenio existió la Coordinación de Atención al Adulto Mayor y la entrega de la pensión alimentaria. Para el segundo MA dicha tendencia desaparece porque esa Coordinación ya no se encuentra presente; también el discurso cambia, puesto que las intervenciones de las dimensiones están enfocadas a los grupos de mayor riesgo. Para el tercer MA la situación se torna un tanto más repetitiva, debido a que los objetivos y misiones que se encuentran plasmadas en algunas Subdirecciones y Coordinaciones son iguales, no cambian en nada.

Por otro lado, y con base a los resultados presentados, se valora que en los MA sí se promueven las cinco dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa. La promoción de éstas se hace a partir de las diversas temáticas (o acciones) que se recuperaron en las discusiones. A partir

de esas temáticas se puede observar que hay diferentes maneras para poner en práctica las cinco dimensiones internacionales, no existe una fórmula general para cada una. En esa línea, se piensa que dichas temáticas pueden ayudar al desarrollo y consecución de las dimensiones en el ámbito institucional. Incluso se considera que esas temáticas pueden aportar a la misma Carta de Ottawa, dado que ésta no especifica cómo desarrollar dichas dimensiones.

Al mismo tiempo, y con base a los resultados presentados, la dimensión más importante para los manuales es acción comunitaria. Sin embargo, dicha dimensión responde más a intereses institucionales porque se pone más énfasis en la capacitación del personal de la salud para fomentar y promover esa acción comunitaria. En ese sentido, se reflexiona que el discurso de los manuales tiene que poner aún más énfasis en la participación social de las personas, ya que como se ha dicho ellas y ellos son los que definen sus prioridades en salud y necesidades, éstas no tienen que ser impuestas por el personal de la salud ni dictadas por las instituciones sanitarias.

En segundo lugar, la dimensión que más se promueve en los MA es política pública saludable. En los manuales se recupera dicha dimensión por medio de la acción coordinada o acciones interinstitucionales entre dependencias que incidan en la salud de la población del DF. Es de resaltarse que se reconozca la importancia de dicha dimensión, pero se considera que la política pública saludable debe de tener más promoción en los manuales que acción comunitaria, dado que la política puede crear el entorno idóneo para el desarrollo y consecución de las otras cuatro dimensiones. Las dimensiones son interdependientes, es por ello que sin la política pública saludable no pueden llegar a ser posibles las acciones PS y, por ende, las propias dimensiones internacionales (OMS, 1988).

En tercer lugar, la dimensión que más se promueve en los MA es aptitudes personales. Es de sorprenderse que dicha dimensión no sea la que más se retome en los manuales, ya que ésta

forma parte de las acciones cotidianas que desarrollan las y los profesionales de la salud en los servicios sanitarios. No hay que olvidar que dicha dimensión guarda relación con la educación para la salud y la prevención de la enfermedad.

Finalmente, las dimensiones que menos se promueven en los manuales es la reorientación de los servicios sanitarios y ambientes favorables. Esto puede indicar que en los manuales no se les da tanta importancia a ambas dimensiones en comparación a las demás. Probablemente la DPS no esté tan familiarizada con éstas, puesto que son las menos aparecen en sus manuales. Es importante recalcar que en las unidades de análisis de los MA fue difícil encontrar elementos que ayudaran a la codificación de estas dimensiones, no era tan común encontrarlas, especialmente la de ambientes favorables. Por otro lado, la dimensión de reorientación de los servicios sanitarios, se piensa, que es más propia del primer manual, ya que ahí se habla de atención integral al adulto mayor. La visión de atención integral desaparece en los otros manuales.

Al mismo tiempo, es necesario destacar que en la tercera función legal de las atribuciones de la DPS se menciona que la institución debe difundir la normatividad nacional e internacional en materia de PS. Esto hace referencia a que los manuales tienen que recuperar, quizá no de forma obligatoria, de alguna manera las dimensiones. En esa línea, y dándole respuesta a la pregunta de investigación, se reafirma aún más que los manuales sí promueven las dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa. Como se observó, hay dimensiones que se promueven más que otras; los manuales promueven las dimensiones a su manera por medio de las temáticas abordadas. Es importante que los MA y, por tanto, la DPS promuevan las dimensiones a su manera y a sus posibilidades, esto no indica que no haya una relación con la Carta, sino todo lo contrario.

A pesar de que las cinco dimensiones de la Carta de Ottawa se promueven en los tres manuales, éstas no se encuentran plasmadas en el contenido manifiesto, sino que están presentes

en el contenido latente. Lo anterior se puede afirmar a partir de las figuras presentadas, ya que las categorías que sólo aparecen en el contenido manifiesto son: “Promoción de la salud”, “Educación para la salud” y “Salud”. Se considera que al no tomar en cuenta las dimensiones, al menos por medio del contenido manifiesto, se corre el riesgo de que éstas no sean reconocidas ni puestas en práctica por parte de la DPS y sus Subdirecciones. Lo anterior puede indicar que las dimensiones no tienen tanta relevancia en comparación con las tres categorías mencionadas, puesto que no forman parte del contenido manifiesto de los MA.

También se detectó que ninguna de las unidades de análisis se codificó con las cinco dimensiones internacionales, es decir, hay unidades de análisis que se codificaron con dos o tres dimensiones, pero nunca con las cinco. Es necesario que cada uno de las atribuciones, objetivos, misiones y funciones que se encuentran en los MA recuperen las cinco dimensiones al mismo tiempo, dado que no se pueden realizar de forma separada. Como ya se había dicho, las áreas de acción (dimensiones internacionales) “necesitan actuar en conjunto entre sí” (Jackson et al., 2006 citado en Fry y Zask, 2017, p. 902) y no de manera aislada para que puedan ser exitosas.

De igual manera, se encontró que en los MA no hacen mención de la o el promotor de salud. En ese marco, se reflexiona que dicha figura es fundamental para el desarrollo y construcción de las dimensiones internacionales. Una de las tareas de las y los promotores de la salud es trabajar en la ejecución y entendimiento de las dimensiones, junto con otras disciplinas.

Asimismo, se desconoce si las dimensiones internacionales se realizaron durante esos tres sexenios, es muy distinto de que se promuevan en los manuales, al menos en el contenido latente, a que se pongan en práctica. Como se comentó en la justificación, el autor de esta investigación realizó su servicio social en la DPS durante los dos últimos meses del 2018 (no se toma en cuenta

de enero a noviembre de 2019). A partir de su experiencia pudo observar que la dimensión que más se pone en práctica en la DPS es el desarrollo de aptitudes personales.

Por último, es necesario recordar que en la justificación de esta investigación se mencionó que los MA, concebidos como documentos oficiales emanados de los gobiernos en turno, son producto de ciertas ideologías políticas; se considera que también son influenciados por documentos internacionales al momento de su construcción. En ese sentido, se puede señalar que el documento internacional que probablemente pudo haber influenciado en la elaboración de los MA fue *Salud Pública en las Américas: Renovación conceptual, evaluación del desempeño y bases para la acción*, publicado por la OPS en el año 2002.

Ese documento tuvo como finalidad en dar cumplimiento a las Funciones Esenciales de la Salud Pública (11 en total) en el continente americano. En el mismo se detectó que en la tercera y cuarta función se hace referencia a algunas temáticas abordadas en las discusiones de esta investigación. Por ejemplo, la tercera función es con relación a la PS y hace mención sobre la importancia de las acciones intersectoriales. Pero es en la cuarta función donde se observa una mayor relación entre el documento de la OPS y los MA, ya que pone énfasis en temas de participación social (OPS, 2002), una de las dimensiones que más se promueve en dichos MA.

Es importante destacar que en su momento el documento antes mencionado tuvo impacto en la creación de los programas de PS en el continente, dado que el mismo trató de reposicionar a la salud pública, por medio de esas funciones esenciales en las instituciones de salud, esto a raíz de las reformas estructurales (Muñoz et al., 2000) que hubo en la región en aquellos años. Probablemente el documento también influyó en las estructuras orgánicas y/o administrativas de las instituciones de salud del continente.

Dicho lo anterior es necesario comentar que la presente investigación, como cualquier otra, cuenta con limitantes, dado que el análisis de los tres MA no puede reflejar de manera total la promoción que se les hace a las dimensiones internacionales. Es decir, se considera que si se quiere conocer realmente qué tanto se promovieron dichas dimensiones habría que analizar otros documentos oficiales, tales como los programas de salud específico (PS y DSS, salud para la infancia y adolescencia, salud mental, protección contra riesgos sanitarios, etc.), por ejemplo. Asimismo, en su momento se pensó en hacer entrevistas con actores clave que estuvieron presentes en esos tres periodos para nutrir los resultados obtenidos. Las entrevistas iban a ser realizadas a los directores de la DPS que estuvieron en esos sexenios, pero por cuestiones de tiempo no se pudieron concretar.

Sin embargo, esa idea no se descarta para investigaciones en el futuro. Incluso la línea de investigación se deja abierta para ahora analizar los MOE de la DGPS, dado que sería interesante hacer una comparación para conocer en qué nivel se promovieron más las dimensiones internacionales, es decir, si a nivel local o federal.

En esa línea, se considera que también se podría realizar otro contraste, pero ahora con el MA del sexenio 2019-2024 y los otros tres. Sería interesante analizar ese MA, concebido desde el gobierno de la llamada “Cuarta Transformación”.

En cuanto a la concepción teórica o enfoque que se tiene en los MA sobre la salud se considera que ésta no se concibe como la prevención de la enfermedad, debido a que en los manuales no se hace una relación entre éstas. Más bien la relación gira en torno a un sentido social, es decir, se vincula a la salud, aunque sea en el contenido latente, con los derechos sociales y las dimensiones internacionales. En ese marco, también se considera que el enfoque de salud que se encuentra en los MA es con relación, en cierto sentido, a la escuela normativa.

Respecto a la concepción teórica o enfoque de PS que se tiene en los manuales se reflexiona que ésta se relaciona con el modelo sociambiental de promoción porque las temáticas recuperan aspectos de acción comunitaria desde el personal de salud y la comunidad, colaboración entre distintos sectores de gobierno, mejoramiento de las condiciones de vida y calidad de vida, etc. Temáticas que abonan al desarrollo y consecución de las dimensiones internacionales, temáticas que se vinculan con el modelo en cuestión.

Agenda en el horizonte: algunas propuestas y la profesionalización de la promoción de la salud en el ámbito institucional

Para concluir, se hacen algunas propuestas, como egresado y futuro Licenciado en Promoción de la Salud, que podrían contribuir a que la DPS y, por ende, sus MA puedan promover aún más las dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa en futuros sexenios, estas son:

En primera instancia, se considera que los MA deben promover aún más la dimensión de política pública saludable, dado que ésta puede facilitar y ampliar la elección de una opción saludable en nuestros entornos (Giraldo et al., 2010). Dichas políticas deben estar centradas en las necesidades en salud del individuo y los colectivos, de ahí que las políticas tengan un carácter intersectorial, ya que esas necesidades no las puede resolver solamente el sector sanitario (Epp, 1996). Las políticas, al estar centradas en las necesidades en salud, se pueden construir ambientes favorables (condiciones de vida) para que las personas puedan también desarrollar aptitudes personales. En ese sentido, la DPS (así como el sector salud) tiene que fungir como coordinador y articulador con los otros sectores (Raddatz et al., 2011) para que lo anterior pueda ser viable y posible.

Es necesario destacar que la Carta de Ottawa, así como las otras conferencias en PS, se enfocaron especialmente en el desarrollo de políticas públicas saludables y, al mismo tiempo, en

recalcar la importancia de que los gobiernos tomen más responsabilidad en la formulación y elaboración de éstas (Mittelmark, 2004; Sparks, 2013). “La promoción de la salud es inherentemente política” (Sparks 2009, Raphael y de Leeuw 2013 citados en Sparks 2013, p.155), de ahí la necesidad de que en los MA y, por ende, la DPS promuevan aún más la política pública saludable, dado que ésta hace posible que se puedan desarrollar y construir las demás dimensiones.

En ese marco, se hace un llamado a que el personal de salud, especialmente la y el Licenciado en Promoción de la Salud de la UACM, y de otras universidades, se interese e involucre en la formulación, elaboración y creación de modelos de políticas públicas saludables que incidan y trasciendan a otros sectores gubernamentales, sociales, privados, entre otros (Pettersson, 2011; OMS, 1986).

Por otro lado, se considera que es necesario que haya una reestructuración de las Subdirecciones que conforman a la DPS, es decir, que existan Subdirecciones que aspiren al desarrollo y consecución de las dimensiones internacionales. Existen dos Subdirecciones que, se considera, cumplen con dicho fin: la de Participación Social (acción comunitaria) y la de Educación para la Salud (desarrollo de aptitudes personales). La Subdirección de Promoción de la Salud para Grupos de Mayor Riesgo y la de Educación y Cultura del Envejecimiento deberían reestructurarse para que una de ellas se enfoque en la elaboración de la política pública saludable y la otra en la reorientación de los servicios sanitarios. Finalmente, se propone la creación de una nueva Subdirección, la cual debe estar enfocada a la construcción de ambientes favorables.

Al mismo tiempo, se reflexiona que esas Subdirecciones tienen que enfocarse también en el perfeccionamiento de métodos y prácticas en relación a la PS (Marchiori, 2008), a la investigación sobre los DSS, así como a los aspectos que produzcan salud (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001). También, los MA tienen que cambiar su discurso, es decir, no sólo centrarse en los

adultos mayores y en grupos de mayor riesgo. Las acciones que tengan que ver con construcción de las dimensiones, tienen que estar enfocadas a todas y todas sin distinción alguna, es inadmisibles que las dimensiones sean focalizadas.

Por otra parte, y retomando nuevamente a la UACM, se reflexiona que dicha casa de estudios también debe aportar, desde su posicionamiento, al logro de las dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa. En esa línea, la UACM debe impartir en su plan de estudios optativas (o diplomados) que enseñen a las y los estudiantes, de la LPS, cómo desarrollar las dimensiones y cómo llevarlas a cabo. Es decir, que la o el promotor de la salud de la UACM se especialice en alguna de las dimensiones para poder llevarla a la práctica en cualquier sector.

Asimismo, es importante que la UACM realice un convenio permanente, así como otras universidades promotoras de la salud, con la DPS para la implementación de programas de servicio social. La finalidad de ello es que las y los profesionales de la PS puedan resaltar la importancia de la puesta en práctica, y la visualización, de las dimensiones internacionales en la Dirección. En ese marco, también sería idóneo que las y los promotores de la salud sean tomados en cuenta al momento de la elaboración de los manuales, ya que el conocimiento y experiencia que poseen puede aportar a la construcción de dicho documento.

Finalmente, es importante que la UACM, así como el sistema de salud local de la CDMX, y la DPS puedan contribuir a la consolidación de la profesionalización de la LPS. Llevar a cabo lo anterior permitiría a que exista una mayor comprensión de las dimensiones internacionales, así como hacer frente a los principales desafíos en salud. Asimismo, la profesionalización de la Licenciatura también permitiría que sus conceptos se pudieran comprender y aplicar en acciones concretas que incidan en todos los sectores, incluido el sanitario. En tal marco, se insta a que la y el Licenciado en Promoción de la Salud de la UACM tome la responsabilidad moral de asegurarse

que las dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa sean propiedad de sectores y a profesionales distintos a ellas y ellos (Broucke, 2018; Leger, 2007); de ahí la necesidad de la profesionalización de dicho campo de acción.

Desde el nacimiento de la Carta de Ottawa diversos países fueron creando estructuras institucionales para el desarrollo de la PS (Esclava, 2006) y sus dimensiones internacionales. En México, específicamente en el Distrito Federal, la estructura institucional responsable en realizar esas tareas es la Dirección de Promoción de la Salud. La relevancia de la Carta recae en que ha brindado “a muchas personas, organizaciones y gobiernos un conjunto común y coherente de creencias, principios, argumentos y acciones sobre por qué es esencial promover la salud” (Leger, 2007, p.181) a través de esas dimensiones. Cualesquiera que sean sus fortalezas y debilidades, la Carta de Ottawa y sus dimensiones internacionales han fungido como un punto de inflexión importante para el desarrollo de la salud a nivel mundial (Catford, 2011; Leger, 2007).

Finalmente, el autor de esta investigación considera que es necesario que los esfuerzos de diversos sectores y actores se vuelquen hacia el desarrollo y consecución de las cinco dimensiones internacionales de la Carta de Ottawa para que puedan ser llevadas a cabo en el ámbito institucional.

REFERENCIAS

- Akerman, M., Tetu, S., Franco de Sá, R., Mendes, R., Nogueira, J., Zancan, L., Manoncourt, E. & Wallerstein, N. (2019). Democracy and health promotion. *Health Promotion International*, 34(1), i1-i3.
- Amar, J., Martínez, M. y Utria, L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Salud Uninorte*, 29(1), 124-133.
- Angulo, A., García, D. y Gómez, M. (2016). *Introducción a la promoción de la salud*. En L. Guzmán (Coord.), Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).
- Aquino, R., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(4), 674-684.
- Badillo, D. (2018, Septiembre 9). ¿En qué consiste la nueva constitución de la Ciudad de México? *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/politica/En-que-consiste-la-nueva-Constitucion-de-la-Ciudad-de-Mexico--20180909-0011.html>.
- Barredo, D. (2015). El Análisis de contenido. Una introducción a la cuantificación de la realidad. *Revista San Gregorio*, 26-31.
- Blanco, J., López, O. y Rivera, J. (2014). *CALIDAD DE VIDA, SALUD Y TERRITORIO. DESAROLLO DE UNA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN*. Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).
- Broucke, S. (2016). How international is health promotion? *Health Promotion International*, 31(3), 491-494.

- Broucke, S. (2018). Trends, fads, and taboos in health promotion. *Health Promotion International*, 22(3), 735-738.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Revista de la Escuela de Psicología*, 11(1), 53-82.
- Cardaci, D., Peñaherrera, E. y Sanabria, G. (2012). Elementos introductorios al campo de la Promoción de la Salud. En P. Cantú, M. Cerqueira y H. Arroyo (Eds.), *Promoción de la Salud: Una tarea y desafíos pendientes* (pp. 18-36). Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).
- Castillo, T., Evia, N., Jiménez, D., Koh, G., Méndez, M., Sima, D., Carrillo, C. y Echeverría, R. (2016). Desarrollo histórico y elementos básicos de la Promoción de la Salud. En T. Castillo (Coord.), *Promoción de la salud desde las ciencias sociales* (pp. 19-47). Universidad Autónoma de Yucatán (AUDY).
- Catford, J. (2011). Ottawa 1986: back to the future. *Health Promotion International*, 26(S2), ii163-ii167.
- Catford, J. (1999). WHO is making a difference through health promotion. *Health Promotion International*, 14(1), 1-4.
- Cerda, A. (2010). Políticas dominantes en promoción de la salud: caracterización y cuestionamientos. En M. Chapela y A. Cerda, *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos* (pp. 70-92). Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).

- Chapela, M. (2010). Contenidos de poder en la historia de la promoción de la salud. En M. Chapela y A. Cerda, *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos* (pp. 21-69). Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).
- Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. (2001). Promoción de la salud: conceptos, estrategias y métodos. En C. Colomer y C. Álvarez-Dardet (Eds.), *Promoción de la salud y cambio social* (pp. 27-45). Masson.
- Czeresnia, D. (2008). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En D. Czeresnia y C. Machado (Eds.), *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias* (pp. 47-63). Lugar Editorial.
- Deschamps, J. (1998). Pobreza, equidad y promoción de la salud. *Global Health Promotion*, V(3-4), 123-124.
- Enria, G. y Staffolani, C. (2010). Contradicciones de los discursos que dificultan la transformación de las prácticas de Promoción de la Salud. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 167-178.
- Epp, J. (1996). Lograr la promoción de la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En *Promoción de la salud: una antología* (pp. 25-36). Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2), 190-199.
- Esclava, J. (2006). Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud. *Revista de Salud Pública*, 8(2), 106-115.

Espín, V. (2002). El análisis de contenido: una técnica para explorar y sistematizar información.

Revista de Educación, V(4), 95-105.

Expansión. (2016, enero 29). Se acabó el Distrito Federal: ¡Bienvenida, Ciudad de México!

Expansión. <https://expansion.mx/economia/2016/01/29/pena-nieto-promulga-la-reforma-politica-de-la-cdmx>

Fernández, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación.

Revista de Ciencias Sociales, II(96), 35-53.

Fry, D. & Zask, A. (2017). Applying the Ottawa Charter to inform health promotion programme

desing. *Health Promotion International*, 32(5), 901-912.

García, E. (2008). *Políticas de Igualdad, Equidad y Gender Mainstreaming ¿DE QUÉ ESTAMOS*

HABLANDO? Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament y Fondo Fiduciario España-PNUD.

Gavidia, V. y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las*

ciencias experimentales y sociales, 26(1), 161-175.

Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C. y Palacio, S. (2010). La promoción de la salud

como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143.

Gómez, M. (2000). Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y

metodología. *Revista de Ciencias Humanas*, 20.

- González, A. (2015). Estrategias metodológicas para la investigación del usuario en los medios sociales: Análisis de contenido, teoría fundamentada y análisis de discurso. *El profesional de la información*, 24(3), 321-328.
- Granados, R. (2005). La promoción de la Salud: Teoría y Práctica. En S. Franco (Ed.), *La Salud Pública hoy: Enfoques y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública* (pp. 153-174). Universidad Nacional de Colombia (UNAL).
- Green, J. (2004). Promoción de la salud - ¿qué nos dice el término? *Global Health Promotion* , XI(1), 10-11.
- Guerrero, L. y León , A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Aproximación histórica. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633.
- Guix, J. (2008). El análisis de contenidos: ¿qué nos están diciendo? *Revista Calidad Asistencial*, 23(1), 26-30.
- Hernández, F., Galicia , R. y Torres, M. (2018). Enfoques de las investigaciones en Promoción de la Salud. En Y. Emetrio (Coord.), *Reflexiones y experiencias sobre la identidad del promotor de la salud: encuentros y desencuentros* (pp. 69-89). Plaza y Valdés.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). Mac Graw Hill.
- Howat, P., Maycock, B., Cross, D., Collins, J., Jackson, L., Burns, S. & James, R. (2003). Towards a more unified definition of health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*, 14(2), 82-83.

- Jancey, J., Barnett, L., Smith, J, Binns, C. & Howat, P. (2016). We need comprehensive approach to health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*, 27(1), 1-3.
- Kickbusch, I. (1996). Promoción de la salud: una perspectiva mundial. En *Promoción de la salud: una antología* (pp. 15-24). Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Kökény, M. (2011). Ottawa revisited: 'enable, mediate and advocate'. *Health Promotion International*, 26(S2), ii180-ii182.
- Lalonde, M. (1996). El concepto de "campo de salud": una perspectiva canadiense. En *Promoción de la salud: una antología* (pp. 3-5). Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Leger, L. (2007). Declarations, Charters and Statements - Their role in health promotion. *Health Promotion International*, 22(3), 179-181.
- López, F. (2002). El análisis de contenidos como un método de investigación. *Revista de Educación*, V(4), 167-179.
- López, O., López, S. y Moreno, A. (2015). El derecho a la salud en México. En O. López. y S. López (Coords.), *Derecho a la Salud en México* (pp. 51-82). Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).
- López, S., Chapela, M., Hernández , G., Cerda, L. y Outón, M. (2011). Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX. En M. Chapela y M. Contreras (Coords.), *La salud en México* (pp. 51-59). Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).

- Marchiori, P. (2008). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En D. Czeresnia y C. Machado (Eds.), *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias* (pp. 19-46). Lugar Editorial.
- Martínez, V. (2014). Habilidades para la vida: una propuesta de formación humana. *Itinerario Educativo*, 28(63), 61-89.
- Maya, J. (2003). Sistemas de Servicios de Salud. En J. Blanco y J. Maya (Eds.), *Fundamentos de salud pública: Tomo II* (pp. 1-8). Fondo.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana.
- Mittelmark, M. (2004). Complementariedad de las conferencias de la UIPES y la OMS sobre la promoción de la salud. *Global Health Promotion*, XI(4), 17-17.
- Mittelmark, M. (2005). Cartas, declaraciones, conferencias mundiales: importancia práctica para los profesionales de la promoción de la salud "sobre el terreno". *Global Health Promotion*, XIII(1), 1-1.
- Muñoz, F., López-Acuña, D., Halverson, P., Guerra, C., Hanna, W., Larrieu, M., Ubilla, S y Zeballos, J. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2), 126-134.
- Nájera, M. (2003). Promoción de la salud. En A. Sánchez, y L. Mazarraza (Eds.), *Salud pública y enfermería comunitaria* (2ª ed., pp. 379-397). Mc Graw Hill.
- Nutbeam, D. (1996). Glorario de Promoción de la Salud. En *Promoción de la Salud: una antología* (pp. 383-403). Organización Panamericana de la Salud (OPS).

- O'Donnell, M. (1986). Definition of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1(1), 4-5.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1984). *Health Promotion: A discussion document on the concept and principles*. Copenhagen, Denmark.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *I conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Hacia un nuevo concepto de salud pública*. Ottawa, Canadá.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1988). Declaración de Adelaide. *II Conferencia internacional sobre Promoción de la Salud en todas las políticas*. Adelaide, Australia.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1997). Declaración de Yakarta. *IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: nueva era, nuevos actores*. Yakarta, Indonesia.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *Promoción de la Salud Glosario*. Ministerio de sanidad y consumo y Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*. https://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2000). *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos análisis de desempeño y bases para la acción*.
- Orueta, R., Santos, C., González, E., Fagundo, E., Alejandre, G., Carmona, J., Rodríguez, J., Campo, J., Díez, M., Vallés, N. y Bultrón, T. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(2), 150-161.

- Partido de la Revolución Democrática (PRD). (2015). *DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS*.
<https://www.prd.org.mx/documentos/DNE2021/DOCUMENTOS-2021/DECLARACION-DE-PRINCIPIOS.pdf>
- Pettersson, B. (2011). Some bitter-sweet reflections on the Ottawa Charter commemoration cake: a personal discourse from an Ottawa rocker. *Health Promotion International*, 26(S2) ii173-ii179.
- Ponte, C. (2003). Conceptos fundamentales de salud a través de su historia reciente. *Ciencia y salud colectiva*, 8(1), 33-45.
- Raddatz, A., Silva, A., Duarte, C. & Freitas, P. (2011). Análise do discurso da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 24(3), 191-198.
- Raphael, D. (2009). Escaping from the Phantom Zone: social determinants of health, public health units public policy in Canada. *Health Promotion International*, 24(2), 193-198.
- Resende, S. (2008). Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*, 4(3), 335-347.
- Restrepo, H. (2001b). Agenda para la acción en Promoción de la Salud. En H. Restrepo y H. Málaga, *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable* (pp. 34-55). Panamericana.
- Restrepo, H. (2001a). Conceptos y definiciones. En H. Restrepo y H. Málaga, *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable* (pp. 24-33). Panamericana.

- Rosales, R., Granados, A. y Mendoza, J. (2017). Análisis crítico de las nociones de la Promoción de la Salud a partir de las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud. *Salud Problema*, 20(10), 71-83.
- Saan, H. (2001). Health promotion is fantastic, fascinating and fun-personal reflections. *Health Promotion International*, 16(1), 7-8.
- Sarría, A. y Cruz, G. (2014). Modelos en promoción de la salud. En A. Sarría y F. Villar (Eds.), *Promoción de la salud en la comunidad* (pp. 82-93). Universidad Nacional de Educación y Distancia.
- Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF). (2006). *Manual Administrativo de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal* (pp. 33-40). Secretaría de Salud (SEDESA).
- Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF). (2008). *Manual Administrativo de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal* (pp. 48-49, 115-122). Secretaría de Salud (SEDESA).
- Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF). (2013). *Manual Administrativo de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal* (pp. 26-32). Secretaría de Salud (SEDESA).
- Sparks, M. (2013). The changing contexts of health promotion. *Health Promotion International*, 28(2), 153-156.
- Suárez, E. (2003). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: comentarios a la ley 715 de 2001. *Aquichan*, 3(3), 9-15.

Terris, M. (1996). Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. En *Promoción de la salud: una antología* (pp 37-44). Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Universidad de Antioquia. (24 de 07 de 2021). *ATLAS TI, una herramienta para la investigación.*

https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna/!ut/p/z0/fY4xD4IwEIV_iwMjaQWDOBJiTAiTJga6mLNUPS0t2Kvx51tIHFyc7r287-4dE6xhwsALr0BoDejgW5Gd8k2ZLIsVr3f7quRFVhbb9eFYJ3nCKib-A-EC3sdRFEExIa0i9iTWDfRJo3ymIOLhfd7O9-mo0jpC8nH-JuDfYQadcDDKMHw4ibqA9JqmIOKq8xIkLmS6OKdmSufSsGhnVqMLpA2SNLiYMPYGYrJWs-Eh2g8rWXHj/#:~:text=El%20programa%20Atlas%20T.I%20es,amplia%20variedad%20de%20formatos%20digitales.

Valenzuela, L. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, 9(9), 50-59.

Val-Pardo, I. y Corella, J. (2001). *Sistemas de salud. Diagnóstico y planificación*. Ediciones Díaz de Santos.

Vélez, A. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 63-78.

Vignolo, J., Vacarezca, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14.

Índice de siglas y abreviaturas

Análisis de contenido (AC)

Ciudad de México (CDMX)

Distrito Federal (DF)

Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS)

Dirección de Promoción de la Salud (DPS)

Determinantes sociales de la salud (DSS)

Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

Licenciatura en Promoción de la Salud (LPS)

Manual Administrativo (MA)

Manual de Organización Específico (MOE)

Modelo Médico Hegemónico (MMH)

Movimiento de Regeneración Nacional (MORENA)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Partido de la Revolución Democrática (PRD)

Promoción de la Salud (PS)

Secretaría de Salud (SSA)

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF)

Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM)

ANEXOS

ANEXO A

En el anexo A se encuentra la matriz del estado del arte que se realizó para esta la investigación.

Autores/as	Tipo de obra	Año	Título	Objetivo	Conceptos clave	Metodología	Resultados
García González Janet y Martínez Villareal Rebeca Thelma	Artículo científico	2018	Evaluación de políticas públicas en salud: Caso promoción de la salud en México	Evaluar experiencias de políticas públicas en promoción de la salud, mediante la identificación y análisis de evaluación para la sistematización de indicadores; con ello identificar las líneas, acciones y proyectos estratégicos de los diferentes programas estatales de promoción de la salud en México.	Políticas públicas, Comunicación y promoción de la salud, evaluación, modelos	Metodología descriptiva documental, se analizó 67 programas de promoción de la salud de los 32 Estado de la república mexicana del sexenio 2013-2018.	Se identificaron los procesos de PS, entre éstas, las actividades de desarrollo organizacional (85,1%), seguido por el de actividades de desarrollo personal (41,8%), y finalmente aquellos de actividades de desarrollo político (44,8%). El 92,5% busca consolidar la promoción, el 68,7% está direccionado a la protección de la salud, y el 5,7% a la prevención de las enfermedades.
Cerda García Alejandro	Capítulo de libro	2010	Políticas en Promoción de la salud: caracterización y cuestionamientos	Criticar las características dominantes de la política de promoción de la salud en México.	Promoción de la salud, determinantes sociales de la salud, neoliberalismo, estilos de vida, derechos sociales	Metodología descriptiva documental de cinco programas específicos de promoción de la salud del sexenio 2000-2006.	Reconoce que estos programas tratan de poner a la promoción en práctica y se pueden considerar como positivos porque contribuyen a impulsar a la PS como política pública.
Raddatz Aline, Silva Scholze Alessandro	Artículo científico	2011	Análisis de la política Nacional de	Analizar las características de las perspectivas de Promoción de la	Promoción de la Salud; Políticas Públicas de	Se realizó una investigación cualitativa documental de	Se identificaron cinco ideas centrales, relacionadas con tres enfoques distintos de

da, Duarte Junior, Carlos Francisco, Freitas Silveriea Plinio Augusto			Promoción de la Salud	Salud presentes en las propuestas de la actual Política Nacional de Promoción de la Salud (PNPS)	Salud; Salud pública	carácter exploratorio, empleando el procedimiento metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC) en el período de octubre de 2009 a junio de 2010.	PS. Las ideas relacionadas con el DCS son: difundir e implementar la PNPS; articular e implementar acciones dirigidas a factores de riesgo individuales; y monitorear y controlar agravios y factores de riesgo. Estos tres temas mostraban una visión de PS conductual y / o biomédica. Los DSC de las ideas centrales discutir y evaluar a PNPS y articular e implementar acciones para el desarrollo sostenible reflejaron una perspectiva socioambiental de la PS.
Low Jacqueline y Thériault Luc	Artículo científico	2008	Política de promoción de la salud en Canadá: lecciones olvidadas, lecciones por aprender	Analizar el discurso de PS canadiense desde el contexto de las políticas públicas del gobierno federal y provincial.	Promoción de la salud, política pública, determinantes sociales de la salud	Para este análisis hacen una revisión del discurso de promoción de la salud presentado en diversos documentos pioneros que hacen alusión a la promoción de la salud, creados en Canadá.	Las políticas públicas de PS no son implementadas desde los principios y/o fundamentos de dichos documentos, además, las políticas son hechas desde un enfoque individual y no colectivo. Las políticas en cuestión tampoco están realizadas para incidir en los

							determinantes sociales de la salud.
Esclava Castañeda Juan	Artículo científico	2006	Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud		Promoción de la salud, política de salud, seguridad social		
Enria Grasiela y Staffolani Claudio	Artículo científico	2010	Contradicciones de los discursos que dificultan la transformación de las prácticas de promoción de la salud	Interpretar las contradicciones a partir de los discursos presentes en la puesta en práctica de la promoción de la salud.	Promoción de la salud, políticas públicas, sistema de salud	Se basó en la revisión de trabajos de investigación realizados sobre el tema en el territorio y documentos oficiales relativos al área de salud de la provincia de Santa Fe.	Mencionan que llama la atención los modos en que se ha llevado a cabo la PS, ello ha contribuido a su desvalorización debido a que muchas veces estos modos legitiman reglas y normas con perspectivas hegemónicas.
Raphael Dennis	Artículo científico	2009	Escapando de la zona fantasma: determinantes sociales de la salud, unidades de salud pública y políticas públicas de Canadá	Analizar la situación actual que se vive en Canadá con relación a los determinantes sociales de la salud.	Determinantes sociales de la salud, promoción de la salud, políticas públicas		

Suárez Edilma	Artículo científico	2003	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: comentarios a la ley 715 de 2001		Ley 701 de 2001, política de salud, promoción de la salud,		
------------------	------------------------	------	---	--	--	--	--

					prevención de la enfermedad		
Franco Giraldo Álvaro	Artículo científico	2012	Promoción de la Salud (PS) en un mundo globalizado	Desentrañar algunos elementos teóricos y fácticos para hacer efectivas las estrategias y prácticas de promoción de la salud en el ámbito de los servicios de salud.	Promoción de la salud, salud global, justicia social, política	Revisión narrativa que considera los conceptos sobre globalidad y promoción de la salud en relación a los determinantes de la salud.	
Sanabria Ramos, Pupo Ávila Noria Liset, Pérez Parra Susett, Ochoa Soto Rosaida, Carvajal Rodríguez Cirelda, Fernández Nieves Yamila	Artículo científico	2018	Seis décadas de avances y retos para la promoción de la salud en Cuba	Valorar los principales avances y desafíos de la promoción de la salud en el contexto social cubano en seis décadas (1959-2016).	Promoción de la salud, políticas, proyectos comunitarios	El método, deviene del análisis crítico de la información disponible en fuentes bibliográficas, documentos y entrevistas.	Los resultados develaron que las políticas gubernamentales, sectoriales y locales, han permitido que el sistema de salud disponga de herramientas valiosas para desempeñar su encargo en la promoción de la salud, con acciones tangibles; se identificaron logros como mejora de indicadores y retos como la atención a la política de viviendas.

Giraldo Osorio, Alexandra, Toro	Artículo científico	2010	La promoción de la salud como estrategia para el fomento	Profundizar en el tema de la promoción de la salud como	Promoción de la salud, estilos de vida saludables, calidad de vida,	Revisión sistemática de publicaciones científicas derivadas de investigaciones y	Se obtuvo una descripción detallada de la promoción de la salud como estrategia,
---------------------------------	---------------------	------	--	---	---	--	--

Rosero María Yadira, Macías Ladino Adriana María, Valencia Garcés Carlos Andrés, Palacio Rodríguez, Sebastián			de estilos de vida saludables	estrategia para el fomento de estilos de vida saludables.	conducta de salud, políticas públicas	revisiones detalladas en relación a la promoción de la salud y los estilos de vida saludables.	sus componentes y la forma de aplicación.
Restrepo Zae Jairo, Martínez Herrera Eliana, Ruiz Molina Andrea	Artículo científico	2017	Medellín y el sueño de Ciudad Saludable: construcción técnica y colectiva	Definir para Medellín el alcance del concepto y de la estrategia de Ciudad Saludable.	Ciudad Saludable, promoción de la salud, salud urbana, políticas públicas, participación ciudadana	Estudio mixto con revisión de la literatura, análisis documental y participación de actores.	La población califica la situación actual como regular y da mayor importancia a las características de medio ambiente, seguridad, acceso a los servicios de salud vivienda y empleo para poder aspirar a una ciudad saludable.
Espinosa de Restrepo Helena	Artículo científico	2002	Experiencia del municipio de Versalles, departamento del Valle: una mirada desde la promoción de la salud	Intentar observar la experiencia utilizando el prisma de la promoción de la salud, teniendo como principios que el trabajo en dicho terreno apunta fundamentalmente a modificar los determinantes de la	Promoción de la salud, municipios saludables, participación comunitaria, empoderamiento		

				salud por medio de estrategias sociopolíticas.			
Espinosa de Restrepo Helena	Artículo científico	2001	Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud		Empoderamiento, promoción de la salud, capacidad comunitaria, políticas saludables, equidad		
Resende Carvalho Sérgio	Artículo científico	2008	Promoción de la salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria	Realizar un estudio exploratorio que analice y discuta la promoción de la salud en Canadá	Promoción de la salud, reforma del sector salud, políticas de salud, educación en salud, calidad de la atención de salud, acceso y evaluación		

ANEXO B

Manuales Administrativos de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, apartado de la
Dirección de Promoción de la Salud.

- Efectuar seguimiento y analizar los resultados de la supervisión de la operación de atención médica del primer nivel de atención.
- Difundir los resultados de la supervisión integral a las Jurisdicciones Sanitarias y a las Direcciones de áreas de la Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.
- Participar en la capacitación del personal de supervisión de los servicios de atención médica del primer nivel de atención.
- Verificar las acciones de los equipos de supervisión en unidades médicas del primer nivel de atención.

SUBDIRECCIÓN DE EVALUACIÓN

OBJETIVO

Implantar estrategias y acciones para evaluar los servicios médicos, los programas y las acciones integradas que se llevan a cabo en las unidades de primer nivel de atención, así como proponer medidas para mejorar la calidad de los mismos.

FUNCIONES

- Proponer e implantar proyectos de evaluación para mejorar la calidad de los servicios el primer nivel de atención.
- Diseñar y desarrollar estrategias operativas para medir el impacto de los programas y proyectos en los servicios de salud, así como su repercusión en la mejora de la salud de la población.
- Evaluar las estrategias y actividades de operación de las acciones integradas de salud, por grupo atareo.
- Evaluar los programas de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos y Atención Médica a los Adultos Mayores de 70 años.
- Identificar y aplicar los indicadores para evaluar las acciones de atención médica integral, en los servicios médicos de primer nivel.

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

OBJETIVO

Elevar las condiciones de salud de la población del Distrito Federal, a través de la promoción y educación para la salud familiar y comunitaria así como mejorar las condiciones de vida y salud de la población de 70 años y más por medio de Atención integral en Salud.

ARTÍCULO 19 ATRIBUCIONES:

- I. Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar los programas y acciones de promoción y educación para la salud orientados a la población residente en el Distrito Federal acorde con las políticas establecidas por la Secretaría de Salud del Distrito Federal;
- II. Establecer las estrategias que garanticen la promoción, educación para la salud y la participación social comunitaria;
- III. Difundir la normatividad nacional e internacional en materia de promoción de la salud;

- IV. Desarrollar modelos educativos integrales en materia de promoción y educación para salud en el Distrito Federal;
- V. Desarrollar y promover programas de Atención Integral dirigidos al Adulto Mayor;
- VI. Coordinar, supervisar y evaluar las acciones de atención integral a los adultos mayores;
- VII. Dirigir la operación de los programas de promoción de la salud y atención a los derechohabientes de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal;
- VIII. Coordinar y evaluar los programas que opera el personal de educación para la salud comunitaria en las Jurisdicciones Sanitarias del Distrito Federal.
- IX. Coordinar el diseño de material educativo y de promoción de salud, que permita el desarrollo de habilidades y la promoción de los derechos sociales entre la población;
- X. Coordinar las acciones de información, educación y comunicación en promoción de la salud en el ámbito jurisdiccional;
- XI. Establecer programas de capacitación al personal en materia de promoción y educación para la salud; así como aspectos de participación social y comunitaria en salud y gerontología, en coordinación con la Secretaría de Salud del Distrito Federal a través de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial;
- XII. Establecer y coordinar programas de capacitación a la comunidad en materia de promoción y educación para la salud, participación social y comunitaria en salud, así como cultura del envejecimiento;
- XIII. Promover y coordinar la participación organizada de la población del Distrito Federal en la elaboración de diagnóstico de salud y de propuestas de solución, a través de las instancias establecidas para este fin;
- XIV. Promover e impulsar el desarrollo de instrumentos metodológicos para la promoción y fortalecimiento de la organización de redes de participación social en el ámbito jurisdiccional;
- XV. Diseñar y establecer un sistema de evaluación de los programas a fin de dar seguimiento a las acciones programadas y realizadas;
- XVI. Dirigir y adecuar los programas de promoción y educación para la salud que establezca la Secretaría de Salud del Distrito Federal;
- XVII. Establecer estrategias de vinculación con instituciones sociales públicas y privadas, con el fin de garantizar la participación social en la promoción y educación para la salud;
- XVIII. Participar en el sistema de información en salud para población abierta y en su caso proponer alternativas de diseño y organización con enfoque dinámico y actualizado; en coordinación con la Secretaría de Salud del Distrito Federal a través de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial; y
- XIX. Las demás que le señalen los manuales de Organización, Procedimientos, y de Trámites y Servicios al Público;

COORDINACIÓN DE PROMOCIÓN A LA SALUD

OBJETIVO

Coadyuvar en la generación de las condiciones para que la población residente en el Distrito Federal, desarrolle capacidades y reflexione sobre problemas de salud y sus posibles soluciones, que le permitan mejorar su salud a través de la participación individual, familiar y colectiva.

FUNCIONES

- Diseñar modelos de acción que promuevan la participación de la comunidad organizada en la gestión y contraloría social en salud.
- Coordinar los Programas de Promoción a la Salud que la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor establezca.
- Coordinar y evaluar las estrategias y acciones establecidos en materia de Promoción de la Salud en el ámbito jurisdiccional.
- Coordinar el diseño y elaboración de material educativo y de promoción de la salud que permita el acceso a la información y el desarrollo de habilidades así como la promoción de los derechos sociales entre la población residente del Distrito Federal.
- Coordinar las acciones de información, educación y comunicación educativa para la salud que se desarrollen en la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor.
- Promover la capacitación de personal institucional de salud y de la comunidad en materia de educación para la salud y participación social en salud, priorizando las estrategias de formación de grupos, promotores y redes sociales.
- Fungir como área normativa en materia de promoción de la salud en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en las 16 Jurisdicciones Sanitarias.

SUBDIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

OBJETIVO

Promover el desarrollo de los componentes, proyectos y estrategias de promoción de la salud, que permitan a la población la generación y adopción de una cultura favorable a la salud individual, familiar y colectiva, para el mejoramiento de los niveles de salud; a través de una permanente coordinación con las instituciones, asociaciones y grupos organizados de la sociedad civil que impulsen y apoyen las actividades que coadyuven en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de los habitantes de Distrito Federal.

FUNCIONES

- Conducir la ejecución de los componentes, estrategias y proyectos de trabajo de la Coordinación de Promoción a la Salud.
- Realizar investigaciones que permitan detectar problemas específicos de salud de la población a fin de que los componentes, estrategias y proyectos de promoción de la salud respondan a las necesidades y particularidades de los actores sociales a quienes van dirigidos.
- Planear, programar y presupuestar las acciones en materia de promoción de la salud.
- Coordinar las actividades, en materia de su competencia, con el resto de las unidades de los Servicios de Salud Pública del D.F. y con la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, de acuerdo con los lineamientos de la Dirección General.
- Proponer e impulsar el desarrollo de instrumentos metodológicos para la promoción y fortalecimiento de la organización de redes de participación social en el ámbito delegacional.
- Diseñar programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.
- Coordinar la operación de acciones interinstitucionales encaminadas a la operación de los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.

- Evaluar los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.
- Capacitar al personal operativo, responsable de los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social en las 16 Jurisdicciones Sanitarias.

SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

OBJETIVO

Desarrollar estrategias metodológicas y modelos educativos integrales, para la capacitación del personal responsable de los programas de promoción de la salud, con la finalidad de propiciar en la sociedad comportamientos individuales y colectivos para el mejoramiento de la salud, a través de la información, la reflexión sobre problemas y sus posibles soluciones, el desarrollo de habilidades y cambio de actitudes.

FUNCIONES

- Desarrollar y operar modelos de capacitación para el personal de salud y comunitario involucrado en la operación de los programas de promoción de la salud y presentarlos para su integración al Programa Anual de Capacitación de la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor.
- Asesorar al personal operativo responsable de los proyectos de promoción de la salud en las 16 Jurisdicciones Sanitarias, en la metodología para la elaboración y operación de los modelos de capacitación.
- Participar en la detección de necesidades de capacitación del personal responsable de los programas de promoción de la salud en el nivel central y jurisdiccional.
- Apoyar en la recopilación y evaluación periódica de la información referente a la situación y desarrollo de las acciones de promoción de la salud.
- Coordinar las acciones de información, educación y comunicación en promoción de la salud, en el ámbito jurisdiccional, así como las dirigidas a la población residente en el Distrito Federal.
- Elaborar materiales didácticos e informativos que permitan fortalecer las acciones que realizan los responsables de los programas de promoción de la salud.
- Elaborar material informativo dirigido a la población residente en el Distrito Federal, tomando en cuenta tanto los perfiles de morbi-mortalidad en la Ciudad como las características sociodemográficas de cada Delegación-Región.
- Mantener una permanente coordinación con los responsables de las acciones de promoción de la salud al nivel jurisdiccional, con la finalidad de apoyar la adecuada realización de sus actividades.
- Desarrollar y difundir los contenidos e instrumentos de capacitación requeridos por el personal de salud.
- Coordinar la vinculación interna y externa para la realización de actividades de capacitación destinadas a personal jurisdiccional responsable de las acciones de promoción de la salud
- Supervisar, a nivel de Jurisdicción Sanitarias el desarrollo de las actividades de capacitación e información en promoción de la salud así como aquellas desarrolladas durante las Semanas Nacionales de Salud.
- Establecer coordinación con las radiodifusoras del Valle de México, para la difusión de los mensajes de salud, que proponga la Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

OBJETIVO

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población del Distrito Federal, a través de la operación de acciones encaminadas a la promoción y educación de la salud de acuerdo a sus necesidades y la capacidad de respuesta de la institución.

FUNCIONES

- Vigilar y evaluar la operación de los programas de promoción y educación para la salud que opera el personal de Salud Comunitaria en las 16 Delegaciones Políticas del Distrito Federal.
- Establecer vinculación al interior de la institución y con las dependencias del Gobierno del Distrito Federal para la realización de acciones conjuntas que conlleven a la mejor operación de los programas encomendados.
- Establecer un sistema de evaluación permanente de procedimientos normativos y operativos que den cuenta de las acciones que se realizan en cada uno de los programas asignados a la Coordinación.
- Coordinar la planeación y actualización de acciones encaminadas a la integración de diagnósticos sobre las condiciones sociales y de salud de la población adulta mayor derechohabiente de la Pensión Alimentaria.
- Coordinar acciones a nivel estratégico y de planeación programática que garanticen los objetivos de los programas a cargo de la Coordinación y sus vinculaciones con los programas a nivel local y nacional.
- Participar en las actividades de formulación del Programa Operativo Anual.
- Participar en los comités de adquisiciones, vestuario y equipo, obras, capacitación y otros que se convoquen en el organismo.
- Dirigir y supervisar el desempeño del personal a su cargo y reportar a la Coordinación de Recursos Humanos las irregularidades detectadas.

SUBDIRECCIÓN DE PENSIÓN ALIMENTARIA PARA LOS ADULTOS MAYORES DE 70 AÑOS

OBJETIVO

Supervisar la operación y el funcionamiento de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal, en apego a la normatividad vigente, así como apoyar el desarrollo de acciones y programas de promoción y educación de la salud orientados a brindar atención integral a las personas adultas mayores derechohabientes de la Pensión Alimentaria y de familias de unidades territoriales prioritarias.

FUNCIONES

- Diseñar y operar estrategias y mecanismos de control que permitan el funcionamiento adecuado de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal y las acciones de promoción y educación de la salud a cargo del personal de salud comunitaria.
- Supervisar y evaluar la operación y el funcionamiento de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años, en apego a la normatividad establecida.
- Establecer los mecanismos de control y seguimiento que permitan mantener actualizado el Diagnóstico de Riesgos Sociales y de Salud de la población derechohabiente de la Pensión Alimentaria en el Distrito Federal.

- Establecer mecanismos de control que permitan mantener actualizado la integración de expedientes de derechohabientes de la Pensión Alimentaría en las 16 delegaciones del Distrito Federal.
- Dar seguimiento a las peticiones de ingreso, reingreso de los adultos mayores que solicitan la Pensión Alimentaría, así como las quejas de pensionados y/o familiares, relativas a la operación de la Pensión Alimentaría.
- Mantener completa la plantilla autorizada del personal que colabora en la operación de la Pensión Alimentaría y los programas de promoción y educación para la salud, así como evaluar el desempeño de las actividades del mismo, en apego a los procedimientos establecidos.
- Instrumentar estrategias y mecanismos que favorezcan los procesos de actualización y profesionalización del personal que opera los programas asignados a la coordinación de Atención al Adulto Mayor.
- Participar en las actividades de formulación del Programa Operativo Anual.
- Dirigir y supervisar el desempeño del personal a su cargo y reportar a la Coordinación de Recursos Humanos las irregularidades detectadas.

LÍDER COORDINADOR DE PROYECTOS “A”

OBJETIVO

Brindar atención a las personas adultas mayores o familiares que acudan al Módulo Central de Atención a realizar trámites relacionados con la Pensión Alimentaría para Adultos Mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal.

FUNCIONES

- Atender a las personas adultas mayores o familiares que acudan al Módulo Central de Atención a realizar trámites relacionados con la Pensión Alimentaría para Adultos Mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal, e informar a las instancias competentes.
- Supervisar la organización y funcionamiento de los módulos que la Institución establezca para la atención del adulto mayor o familiares en las unidades médicas de primer nivel.
- Canalizar, para su seguimiento y solución, los casos especiales detectados en los módulos de atención al adulto mayor.

SUBDIRECCIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

OBJETIVO

Establecer un sistema de evaluación que permita dar seguimiento a las acciones programadas y realizadas en los programas de educación y promoción de la salud, a cargo del personal de salud comunitaria.

FUNCIONES

- Diseñar y operar un sistema de supervisión y evaluación a nivel jurisdiccional a fin de dar seguimiento a las acciones programadas y realizadas para el personal de salud comunitaria.
- Establecer un sistema de capacitación para instrumentar las acciones de evaluación y seguimiento de los programas de educación y promoción de la salud encomendados a la Coordinación de Atención al adulto Mayor.

- Coadyuvar en la determinación de los parámetros de evaluación para el logro de los objetivos programáticos de las acciones encaminadas a la promoción y educación para la salud a cargo de la Coordinación de Atención al Adulto Mayor.
- Diseñar y operar un sistema de supervisión de las actividades operativas que realiza el personal de salud comunitaria en las 16 Delegaciones del Distrito Federal.
- Establecer mecanismos de información que permitan reorientar las estrategias de supervisión y operación de los programas.
- Diseñar mecanismos e instrumentos que permitan evaluar la percepción de los beneficiarios de los programas encomendados a la Coordinación de Atención al adulto Mayor.
- Participar en las actividades de formulación del Programa Operativo Anual.
- Dirigir y supervisar el desempeño del personal a su cargo y reportar a la Coordinación de Recursos Humanos las irregularidades detectadas.

COORDINACIÓN DE GERONTOLOGÍA

OBJETIVO

Coordinar la elaboración de modelos de atención y promoción de la salud gerontológica, así como de programas y acciones de sensibilización, capacitación y promoción de la salud de la población adulta mayor.

FUNCIONES

- Desarrollar programas y acciones de sensibilización y capacitación en gerontogeriatría y promoción de la salud, dirigidos al personal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo gerontológico.
- Establecer modelos de atención y promoción de la salud gerontológico.
- Establecer vinculación para la participación y colaboración con otras áreas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo gerontológico.
- Desarrollar y coordinar programas y acciones para la integración social y educación de las personas adultas mayores.
- Analizar el diagnóstico de la situación de salud de las personas de 70 años y más y promover los resultados para la planeación estratégica.

SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN Y CULTURA DEL ENVEJECIMIENTO

OBJETIVO

Proponer programas de sensibilización y capacitación en gerontogeriatría y promoción de la salud.

FUNCIONES

- Desarrollar propuestas de programas de sensibilización y capacitación en gerontogeriatría y promoción de la salud, dirigidos al personal de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo gerontológico.
- Elaborar y difundir material educativo para la promoción de la salud gerontológica, dirigido al personal de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, a la población en general y a grupos organizados.
- Recopilar y participar en la difusión de actividades de enseñanza y capacitación en instituciones externas, sobre temas en gerontología.

- Colaborar y participar en actividades académicas con otras áreas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, así como con otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo gerontológico.
- Asesorar en temas y actividades de gerontología al personal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y de otras instituciones.

SUBDIRECCIÓN DE MODELOS DE PROMOCION DE LA SALUD GERONTOLÓGICA

OBJETIVO

Desarrollar modelos de atención gerontológico, así como participar en sus implementación y en su seguimiento.

FUNCIONES

- Diseñar e instrumentar modelos de atención y promoción de la salud gerontológico y dar seguimiento a los resultados.
- Analizar los resultados del diagnóstico de la situación de salud de las personas de 70 años y más del Distrito Federal, presentar los resultados y emitir recomendaciones para su atención adecuada por región.
- Proponer estrategias para fortalecer y formar grupos de promoción de la salud para personas adultas mayores.

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA E INTELIGENCIA EPIDEMIOLÓGICA

OBJETIVO

Dirigir, Coordinar y Garantizar la vigilancia epidemiológica y el fomento sanitario a nivel sectorial, de acuerdo a la normatividad vigente, con el fin de prevenir riesgos y daños a la salud de los habitantes del Distrito Federal.

ARTÍCULO 20 ATRIBUCIONES:

- I. Coordinar la planeación, ejecución y evaluación de los programas de Vigilancia Epidemiológica, Medicina Preventiva, de los sistemas operacionales de información e insumos, que coadyuven en la prestación de los servicios que se otorgan en las unidades de primer y segundo nivel;
- II. Organizar y coordinar los sistemas de vigilancia epidemiológica del primer y segundo nivel, para garantizar la atención oportuna y de calidad a la población, así como la orientación en la prevención ante problemas de carácter epidemiológico o situaciones de emergencia;
- III. Establecer los lineamientos y elementos técnico normativos, para el desarrollo de las actividades sustantivas de las Coordinaciones que integran la Dirección de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica;
- IV. Pertener y participar en los comités inherentes a los programas sustantivos y otros que le sean asignados por la Dirección General de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal;
- V. Sistematizar un banco estatal de información de vigilancia epidemiológica, confiable y oportuno de los programas que comprenden su área de responsabilidad, en coordinación con la Secretaría de Salud del Distrito Federal a través de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial;



MANUAL ADMINISTRATIVO

**Servicios de Salud Pública
del Distrito Federal**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 48

De: 150

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

OBJETIVO

Elevar la calidad de vida y de salud de la población del Distrito Federal, a través de la promoción y educación para la salud familiar y comunitaria, con énfasis en la población de mayor riesgo.

ATRIBUCIONES

Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, Artículo 19

- I. Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar los programas y acciones de promoción y educación para la salud orientados a la población residente en el Distrito Federal, de acuerdo a las políticas establecidas por la Secretaría de Salud del Distrito Federal;
- II. Establecer las estrategias que garanticen la promoción y educación para la salud y la participación social comunitaria;
- III. Difundir la normatividad nacional e internacional en materia de promoción de la salud;
- IV. Desarrollar modelos educativos integrales en materia de promoción y educación para salud en el Distrito Federal;
- V. Desarrollar y promover los programas de promoción y educación para la salud dirigidos a la población de mayor riesgo;
- VI. Diseñar, coordinar, supervisar y evaluar las acciones de promoción y educación para la salud dirigidas a la población de mayor riesgo;
- VII. Dirigir la operación de los programas de promoción y educación para la salud de la población abierta;
- VIII. Coordinar y evaluar los programas que opera el personal que realiza acciones de promoción para la salud en las Jurisdicciones Sanitarias del Distrito Federal;
- IX. Coordinar la elaboración del presupuesto de la Dirección a su cargo, con sujeción a las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas aplicables;
- X. Coordinar el diseño de material educativo y de promoción de la salud, que permita el desarrollo de habilidades y la promoción de los derechos sociales entre la población;



MANUAL ADMINISTRATIVO

**Servicios de Salud Pública
del Distrito Federal**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 49

De: 150

- XI. Coordinar las acciones de información, educación y comunicación en promoción de la salud en el ámbito jurisdiccional;
- XII. Establecer programas de capacitación al personal en materia de promoción y educación para la salud; así como aspectos de participación social y comunitaria en salud, en coordinación con la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a través de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial;
- XIII. Establecer y coordinar programas de capacitación a la comunidad en materia de promoción y educación para la salud, participación social y comunitaria en salud, así como cultura del envejecimiento;
- XIV. Promover y coordinar la participación organizada de la población del Distrito Federal en la elaboración del diagnóstico de salud y de propuestas de solución, a través de las instancias establecidas para este fin;
- XV. Promover e impulsar el desarrollo de instrumentos metodológicos para la promoción y fortalecimiento de la organización de redes de participación social en el ámbito jurisdiccional;
- XVI. Establecer estrategias de vinculación con instituciones sociales públicas y privadas, con el fin de garantizar la participación social en la promoción y educación para la salud;
- XVII. Participar en el sistema de información en salud para población de responsabilidad y en su caso proponer alternativas de diseño y organización con enfoque dinámico y actualizado; en coordinación con la Secretaría de Salud del Distrito Federal a través de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial;
- XVIII. Rendir los informes que le sean solicitados por el Director General y/o Director Ejecutivo en la forma y periodicidad que se indiquen, y
- XIX. Las demás que le señalen los manuales de Organización, Procedimientos, y de Trámites y Servicios al Público;



MANUAL ADMINISTRATIVO

**Servicios de Salud Pública
del Distrito Federal**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 115

De: 150

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

COORDINACIÓN DE PROMOCIÓN A LA SALUD

OBJETIVO

Coadyuvar en la generación de las condiciones para que la población residente en el Distrito Federal, desarrolle capacidades y reflexione sobre problemas de salud y sus posibles soluciones, que le permitan mejorar su salud a través de la participación individual, familiar y colectiva.

FUNCIONES

- Diseñar modelos de acción que promuevan la participación de la comunidad organizada en la gestión y contraloría social en salud.
- Coordinar los Programas de Promoción a la Salud que la Dirección de Promoción de la Salud establezca.
- Coordinar y evaluar las estrategias y acciones establecidos en materia de Promoción de la Salud en el ámbito jurisdiccional.
- Coordinar el diseño y elaboración de material educativo y de promoción de la salud que permita el acceso a la información y el desarrollo de habilidades, así como la promoción de los derechos sociales entre la población residente del Distrito Federal.
- Coordinar las acciones de información, educación y comunicación educativa para la salud que se desarrollen en la Dirección de Promoción de la Salud.
- Promover la capacitación de personal institucional de salud y de la comunidad en materia de educación para la salud y participación social en salud, priorizando las estrategias de formación de grupos, promotores y redes sociales.
- Fungir como área normativa en materia de promoción de la salud en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en las 16 Jurisdicciones Sanitarias.



MANUAL ADMINISTRATIVO

**Servicios de Salud Pública
del Distrito Federal**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 116

De: 150

SUBDIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

OBJETIVO

Promover el desarrollo de los componentes, proyectos y estrategias de promoción de la salud, que permitan a la población la generación y adopción de una cultura favorable a la salud individual, familiar y colectiva, para el mejoramiento de los niveles de salud; a través de una permanente coordinación con las instituciones, asociaciones y grupos organizados de la sociedad civil que impulsen y apoyen las actividades que coadyuven en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de los habitantes de Distrito Federal.

FUNCIONES

- Conducir la ejecución de los componentes, estrategias y proyectos de trabajo de la Coordinación de Promoción a la Salud.
- Realizar investigaciones que permitan detectar problemas específicos de salud de la población a fin de que los componentes, estrategias y proyectos de promoción de la salud respondan a las necesidades y particularidades de los actores sociales a quienes van dirigidos.
- Planear, programar y presupuestar las acciones en materia de promoción de la salud.
- Coordinar las actividades, en materia de su competencia, con el resto de las unidades de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y con la Secretaría de Salud del Distrito Federal, de acuerdo con los lineamientos que establezca la Dirección General y/o la Dirección Ejecutiva.
- Proponer e impulsar el desarrollo de instrumentos metodológicos para la promoción y fortalecimiento de la organización de redes de participación social en el ámbito delegacional.
- Diseñar programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.
- Coordinar la operación de acciones interinstitucionales encaminadas a la operación de los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.
- Evaluar los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.



MANUAL ADMINISTRATIVO

**Servicios de Salud Pública
del Distrito Federal**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 117

De: 150

- Capacitar al personal operativo, responsable de los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social en las 16 Jurisdicciones Sanitarias.



MANUAL ADMINISTRATIVO

**Servicios de Salud Pública
del Distrito Federal**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 118

De: 150

SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

OBJETIVO

Desarrollar estrategias metodológicas y modelos educativos integrales, para la capacitación del personal responsable de los programas de promoción de la salud, con la finalidad de propiciar en la sociedad comportamientos individuales y colectivos para el mejoramiento de la salud, a través de la información, la reflexión sobre problemas y sus posibles soluciones, el desarrollo de habilidades y cambio de actitudes.

FUNCIONES

- Desarrollar y operar modelos de capacitación para el personal de salud y comunitario involucrado en la operación de los programas de promoción de la salud y presentarlos para su integración al Programa Anual de Capacitación de la Dirección de Promoción de la Salud.
- Asesorar al personal operativo responsable de los proyectos de promoción de la salud en las 16 Jurisdicciones Sanitarias, en la metodología para la elaboración y operación de los modelos de capacitación.
- Participar en la detección de necesidades de capacitación del personal responsable de los programas de promoción de la salud en el nivel central y jurisdiccional.
- Apoyar en la recopilación y evaluación periódica de la información referente a la situación y desarrollo de las acciones de promoción de la salud.
- Coordinar las acciones de información, educación y comunicación en promoción de la salud, en el ámbito jurisdiccional, así como las dirigidas a la población residente en el Distrito Federal.
- Elaborar materiales didácticos e informativos que permitan fortalecer las acciones que realizan los responsables de los programas de promoción de la salud.
- Elaborar material informativo dirigido a la población residente en el Distrito Federal, tomando en cuenta tanto los perfiles de morbi-mortalidad en la Ciudad como las características sociodemográficas de cada Delegación-Región.
- Mantener una permanente coordinación con los responsables de las acciones de promoción de la salud al nivel jurisdiccional, con la finalidad de apoyar la adecuada realización de sus actividades.
- Desarrollar y difundir los contenidos e instrumentos de capacitación requeridos por el personal de salud.



MANUAL ADMINISTRATIVO

**Servicios de Salud Pública
del Distrito Federal**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 119

De: 150

- Coordinar la vinculación interna y externa para la realización de actividades de capacitación destinadas al personal jurisdiccional responsable de las acciones de promoción de la salud
- Supervisar en las Jurisdicciones Sanitarias el desarrollo de las actividades de capacitación e información en promoción de la salud, así como aquellas desarrolladas durante las Semanas Nacionales de Salud.
- Establecer coordinación con las radiodifusoras del Valle de México, para la difusión de los mensajes de salud, que proponga la Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.



MANUAL ADMINISTRATIVO

**Servicios de Salud Pública
del Distrito Federal**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 120

De: 150

COORDINACIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CULTURA DEL ENVEJECIMIENTO

OBJETIVO

Coordinar la elaboración de modelos de atención y promoción de la salud en el adulto mayor, así como de programas y acciones de sensibilización, capacitación y promoción de la salud de los grupos de población de mayor riesgo.

FUNCIONES

- Desarrollar programas y acciones de sensibilización y capacitación en promoción de la salud, dirigidos al personal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo con grupos de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.
- Establecer modelos de atención y promoción de la salud en los grupos de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.
- Establecer vinculación para la participación y colaboración con otras áreas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo con población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.
- Desarrollar y coordinar programas y acciones para elevar la calidad de vida y de salud de la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.
- Analizar el diagnóstico de la situación de salud de la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor, y aplicar los resultados en la planeación estratégica.



MANUAL ADMINISTRATIVO

**Servicios de Salud Pública
del Distrito Federal**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 121

De: 150

SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN Y CULTURA DEL ENVEJECIMIENTO

OBJETIVO

Proponer programas de sensibilización y capacitación en gerontogeriatría y promoción de la salud.

FUNCIONES

- Desarrollar propuestas de programas de sensibilización y capacitación en gerontogeriatría y promoción de la salud, dirigidos al personal de la Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo gerontológico.
- Elaborar y difundir material educativo para la promoción de la salud gerontológica, dirigido al personal de la Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, a la población en general y a grupos organizados.
- Recopilar y participar en la difusión de actividades de enseñanza y capacitación en instituciones externas, sobre temas en gerontología.
- Colaborar y participar en actividades académicas con otras áreas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, así como con otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo gerontológico.
- Asesorar en temas y actividades de gerontología al personal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y de otras instituciones.



MANUAL ADMINISTRATIVO

**Servicios de Salud Pública
del Distrito Federal**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 122

De: 150

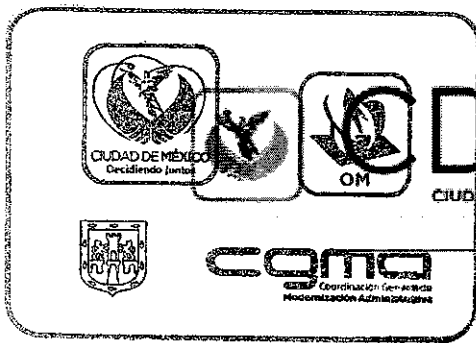
SUBDIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA GRUPOS DE MAYOR RIESGO

OBJETIVO

Desarrollar modelos de atención para la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor, así como participar en su implementación y seguimiento.

FUNCIONES

- Diseñar e instrumentar modelos de atención y promoción de la salud para la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor, y dar seguimiento a los resultados.
- Analizar los resultados del diagnóstico de la situación de salud de la población del Distrito Federal de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor, presentar los resultados y emitir recomendaciones para su atención adecuada.
- Proponer estrategias para fortalecer y formar grupos de promoción y autoayuda de la salud para la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.



MANUAL ADMINISTRATIVO SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

médica domiciliaria.

Objetivo 2: Programar las actividades de capacitación que se requieran para el personal adscrito a los modelos de atención domiciliaria

Funciones vinculadas al Objetivo 2:

- Identificar necesidades de capacitación de personal, que de acuerdo a los objetivos planteados, se requieran para la mejor aplicación de los programas en los cuales coadyuva.
- Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico situacional de los modelos de atención médica domiciliaria.
- Aplicar mecanismos de participación ciudadana para la identificación de necesidades de atención médica.

Puesto: Dirección de Promoción de la Salud

Misión: Elevar la calidad de vida y de salud de la población del Distrito Federal, a través de la promoción y educación para la salud familiar y comunitaria, con énfasis en la población de mayor riesgo.

- Objetivos:**
- Coadyuvar en la generación de las condiciones para que la población residente en el Distrito Federal, desarrolle capacidades y reflexione sobre problemas de salud y sus posibles soluciones, que le permitan mejorar su salud a través de la participación individual, familiar y colectiva.
 - Coordinar la elaboración de modelos de atención y promoción de la salud en el adulto mayor, así como de programas y acciones de sensibilización, capacitación y promoción de la salud de los grupos de población de mayor riesgo.

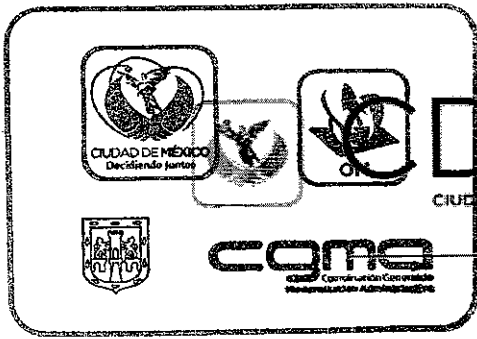
Atribuciones Específicas:

Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Capítulo IV. De las Unidades Administrativas y Sustantivas

Artículo 19.- La Dirección de Promoción de la Salud tendrá las siguientes atribuciones:

I. Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar los programas y acciones de promoción y educación para la salud orientados a la población residente en el Distrito Federal, de



DMX
CIUDAD DE MÉXICO



MANUAL ADMINISTRATIVO SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

- acuerdo a las políticas establecidas por la Secretaría de Salud del Distrito Federal;
- II. Establecer las estrategias que garanticen la promoción y educación para la salud y la participación social comunitaria;
 - III. Difundir la normatividad nacional e internacional en materia de promoción de la salud;
 - IV. Desarrollar modelos educativos integrales en materia de promoción y educación para salud en el Distrito Federal;
 - V. Desarrollar y promover los programas de promoción y educación para la salud dirigidos a la población de mayor riesgo;
 - VI. Diseñar, coordinar, supervisar y evaluar las acciones de promoción y educación para la salud dirigidas a la población de mayor riesgo;
 - VII. Dirigir la operación de los programas de promoción y educación para la salud de la población abierta;
 - VIII. Coordinar y evaluar los programas que opera el personal que realiza acciones de promoción para la salud en las Jurisdicciones Sanitarias del Distrito Federal;
 - IX. Coordinar la elaboración del presupuesto de la Dirección a su cargo, con sujeción a las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas aplicables;
 - X. Coordinar el diseño de material educativo y de promoción de la salud, que permita el desarrollo de habilidades y la promoción de los derechos sociales entre la población;
 - XI. Coordinar las acciones de información, educación y comunicación en promoción de la salud en el ámbito jurisdiccional;
 - XII. Establecer programas de capacitación al personal en materia de promoción y educación para la salud; así como aspectos de participación social y comunitaria en salud, en coordinación con la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a través de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial;
 - XIII. Establecer y coordinar programas de capacitación a la comunidad en materia de promoción y educación para la salud, participación social y comunitaria en salud, así como cultura del envejecimiento;
 - XIV. Promover y coordinar la participación organizada de la población del Distrito Federal en la elaboración del diagnóstico de salud y de propuestas de solución, a través de las instancias establecidas para este fin;
 - XV. Promover e impulsar el desarrollo de instrumentos metodológicos para la promoción y fortalecimiento de la organización de redes de participación social en el ámbito



MANUAL ADMINISTRATIVO SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

jurisdiccional;

XVI. Establecer estrategias de vinculación con instituciones sociales públicas y privadas, con el fin de garantizar la participación social en la promoción y educación para la salud;

XVII. Participar en el sistema de información en salud para población de responsabilidad y en su caso proponer alternativas de diseño y organización con enfoque dinámico y actualizado; en coordinación con la Secretaría de Salud del Distrito Federal a través de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial;

XVIII. Rendir los informes que le sean solicitados por el Director General y/o Director Ejecutivo en la forma y periodicidad que se indiquen, y

XIX. Las demás que le señalen los manuales de Organización, Procedimientos, y de Trámites y Servicios al Público;

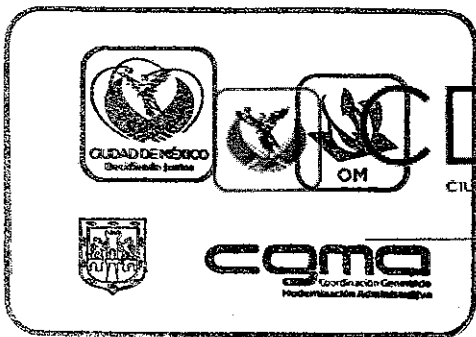
Puesto: Coordinación de Promoción a la Salud

Misión: Coadyuvar en la generación de las condiciones para que la población residente en el Distrito Federal, desarrolle capacidades y reflexione sobre problemas de salud y sus posibles soluciones, que le permitan mejorar su salud a través de la participación individual, familiar y colectiva.

Objetivo 1: Promover el desarrollo de los componentes, proyectos y estrategias de promoción de la salud, que permitan a la población la generación y adopción de una cultura favorable a la salud individual, familiar y colectiva, para el mejoramiento de los niveles de salud; a través de una permanente coordinación con las instituciones, asociaciones y grupos organizados de la sociedad civil que impulsen y apoyen las actividades que coadyuven en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de los usuarios.

Funciones vinculadas al Objetivo 1:

- Diseñar modelos de acción que promuevan la participación de la comunidad organizada en la gestión y contraloría social en salud.
- Coordinar los Programas de Promoción a la Salud que la Dirección de Promoción de la Salud establezca.
- Coordinar y evaluar las estrategias y acciones establecidos en materia de Promoción de la Salud en el ámbito jurisdiccional.
- Coordinar el diseño y elaboración de material educativo y de promoción de la salud que permita el acceso a la información y el desarrollo de habilidades, así como la promoción



MANUAL ADMINISTRATIVO SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

de los derechos sociales entre la población residente del Distrito Federal.

Objetivo 2: Desarrollar estrategias metodológicas y modelos educativos integrales, para la capacitación del personal responsable de los programas de promoción de la salud, con la finalidad de propiciar en la sociedad comportamientos individuales y colectivos para el mejoramiento de la salud, a través de la información, la reflexión sobre problemas y sus posibles soluciones, el desarrollo de habilidades y cambio de actitudes.

Funciones vinculadas al Objetivo 2:

- Coordinar las acciones de información, educación y comunicación educativa para la salud que se desarrollen en la Dirección de Promoción de la Salud.
- Promover la capacitación de personal institucional de salud y de la comunidad en materia de educación para la salud y participación social en salud, priorizando las estrategias de formación de grupos, promotores y redes sociales.
- Fungir como área normativa en materia de promoción de la salud en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en las 16 Jurisdicciones Sanitarias.

Puesto: Subdirección de Participación Social

Misión: Promover el desarrollo de los componentes, proyectos y estrategias de promoción de la salud, que permitan a la población la generación y adopción de una cultura favorable a la salud individual, familiar y colectiva, para el mejoramiento de los niveles de salud; a través de una permanente coordinación con las instituciones, asociaciones y grupos organizados de la sociedad civil que impulsen y apoyen las actividades que coadyuven en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de los habitantes de Distrito Federal.

Objetivo 1: Establecer los procedimientos y lineamientos normativos generales a fin de coadyuvar al fortalecimiento de estrategias que permitan a la población, la generación y adopción de una cultura favorable a la salud individual, familiar y colectiva, para el mejoramiento de los niveles de salud.

Funciones vinculadas al Objetivo 1:

- Conducir la ejecución de los componentes, estrategias y proyectos de trabajo de la Coordinación de Promoción a la Salud.
- Realizar investigaciones que permitan detectar problemas específicos de salud de la



MANUAL ADMINISTRATIVO SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

población a fin de que los componentes, estrategias y proyectos de promoción de la salud respondan a las necesidades y particularidades de los actores sociales a quienes van dirigidos.

- Planear, programar y presupuestar las acciones en materia de promoción de la salud.
- Coordinar las actividades, en materia de su competencia, con el resto de las unidades de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y con la Secretaría de Salud del Distrito Federal, de acuerdo con los lineamientos que establezca la Dirección General y/o la Dirección Ejecutiva.

Objetivo 2: Promover la participación social y organizar los Grupos de Ayuda Mutua, mediante la capacitación, educación, alimentación y actividad física que se proporciona a los derechohabientes o usuarios que integran dichos grupos, a fin de prevenir o tener un mejor manejo y control de su enfermedad, retardando la aparición de complicaciones y adoptando un estilo de vida saludable.

Funciones vinculadas al Objetivo 2:

- Proponer e impulsar el desarrollo de instrumentos metodológicos para la promoción y fortalecimiento de la organización de redes de participación social en el ámbito delegacional.
- Diseñar programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.
- Coordinar la operación de acciones interinstitucionales encaminadas a la operación de los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.
- Evaluar los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social.
- Capacitar al personal operativo, responsable de los programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social en las 16 Jurisdicciones Sanitarias.

Puesto: Subdirección de Educación para la Salud

Misión: Desarrollar estrategias metodológicas y modelos educativos integrales, para la capacitación del personal responsable de los programas de promoción de la salud, con la finalidad de propiciar en la sociedad



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



CGMA
Coordinación General de
Modernización Administrativa

MANUAL ADMINISTRATIVO SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

comportamientos individuales y colectivos para el mejoramiento de la salud, a través de la información, la reflexión sobre problemas y sus posibles soluciones, el desarrollo de habilidades y cambio de actitudes.

Objetivo 1: Establecer los procedimientos y lineamientos normativos generales para la Salud, a fin de propiciar en la sociedad comportamientos individuales y colectivos para el mejoramiento de la salud, a través de la información, la reflexión sobre problemas y sus posibles soluciones y cambios de actitudes.

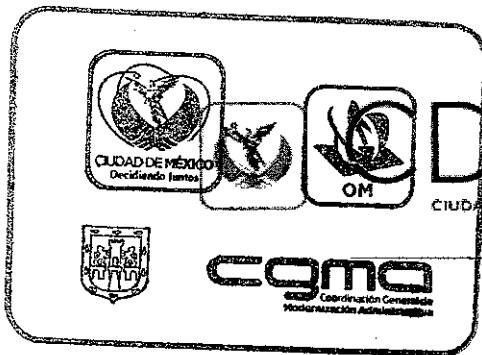
Funciones vinculadas al Objetivo 1:

- Desarrollar y operar modelos de capacitación para el personal de salud y comunitario involucrado en la operación de los programas de promoción de la salud y presentarlos para su integración al Programa Anual de Capacitación de la Dirección de Promoción de la Salud.
- Apoyar en la recopilación y evaluación periódica de la información referente a la situación y desarrollo de las acciones de promoción de la salud.
- Coordinar las acciones de información, educación y comunicación en promoción de la salud, en el ámbito jurisdiccional, así como las dirigidas a la población residente en el Distrito Federal.
- Establecer coordinación con las radiodifusoras del Valle de México, para la difusión de los mensajes de salud, que proponga la Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Objetivo 2: Elaborar, implementar y dar seguimiento a las acciones y programas de capacitación, formación y actualización en materia de promoción y educación para la salud, dirigidas al personal de las Jurisdicciones Sanitarias, responsables de la operación de los programas respectivos, a fin de lograr el fortalecimiento y desarrollo adecuado de los mismos.

Funciones vinculadas al Objetivo 2:

- Asesorar al personal operativo responsable de los proyectos de promoción de la salud en las 16 Jurisdicciones Sanitarias, en la metodología para la elaboración y operación de los modelos de capacitación.
- Participar en la detección de necesidades de capacitación del personal responsable de los programas de promoción de la salud en el nivel central y jurisdiccional.
- Mantener una permanente coordinación con los responsables de las acciones de promoción de la salud al nivel jurisdiccional, con la finalidad de apoyar la adecuada



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



MANUAL ADMINISTRATIVO SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

realización de sus actividades.

- Desarrollar y difundir los contenidos e instrumentos de capacitación requeridos por el personal de salud.
- Coordinar la vinculación interna y externa para la realización de actividades de capacitación destinadas al personal jurisdiccional responsable de las acciones de promoción de la salud
- Supervisar en las Jurisdicciones Sanitarias el desarrollo de las actividades de capacitación e información en promoción de la salud, así como aquellas desarrolladas durante las Semanas Nacionales de Salud.

Objetivo 3: Elaborar los materiales con contenido educativo e informativo, solicitados por las diferentes áreas y requeridos para la implementación de los programas de difusión y promoción de la salud, con el propósito de fortalecer las acciones que realizan los responsables de dichos programas.

Funciones vinculadas al Objetivo 3:

- Elaborar materiales didácticos e informativos que permitan fortalecer las acciones que realizan los responsables de los programas de promoción de la salud.
- Elaborar material informativo dirigido a la población residente en el Distrito Federal, tomando en cuenta tanto los perfiles de morbi-mortalidad en la Ciudad como las características sociodemográficas de cada Delegación-Región.

Puesto: Coordinación de Promoción de la Salud y Cultura del Envejecimiento

Misión: Coordinar la elaboración de modelos de atención y promoción de la salud en el adulto mayor, así como de programas y acciones de sensibilización, capacitación y promoción de la salud de los grupos de población de mayor riesgo.

Objetivo 1: Desarrollar y coordinar programas y acciones para mejorar las condiciones y calidad de vida de la población Adulta Mayor en la Ciudad de México.

Funciones vinculadas al Objetivo 1:

- Desarrollar programas y acciones de sensibilización y capacitación en promoción de la salud, dirigidos al personal de la Entidad, la Secretaría de Salud del Distrito Federal y de otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo con grupos de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



CGMA
Coordinación General de
Administración Municipal

MANUAL ADMINISTRATIVO SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

- Establecer modelos de atención y promoción de la salud en los grupos de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.
- Desarrollar y coordinar programas y acciones para elevar la calidad de vida y de salud de la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.

Objetivo 2: Establecer vínculos con otras instituciones del sector salud, a fin de fortalecer las acciones de promoción y atención al Adulto Mayor en la Ciudad de México.

Funciones vinculadas al Objetivo 2:

- Establecer vinculación para la participación y colaboración con otras áreas de la Entidad, la Secretaría de Salud del Distrito Federal y otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo con población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.
- Analizar el diagnóstico de la situación de salud de la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor, y aplicar los resultados en la planeación estratégica.

Puesto: Subdirección de Educación y Cultura del Envejecimiento

Misión: Proponer programas de sensibilización y capacitación en gerontogeriatría y promoción de la salud.

Objetivo 1: Desarrollar y elaborar programas de promoción y capacitación gerontológica dirigidos al personal de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Funciones vinculadas al Objetivo 1:

- Desarrollar propuestas de programas de sensibilización y capacitación en gerontogeriatría y promoción de la salud, dirigidos al personal de la Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo gerontológico.
- Elaborar y difundir material educativo para la promoción de la salud gerontológica, dirigido al personal de la Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, a la población en general y a grupos organizados.
- Recopilar y participar en la difusión de actividades de enseñanza y capacitación en instituciones externas, sobre temas en gerontología.

Objetivo 2: Participar en actividades de enseñanza y capacitación en gerontología, con instituciones externas y con el personal propio de la Servicios de Salud



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



MANUAL ADMINISTRATIVO
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

Pública del Distrito Federal.

Funciones vinculadas al Objetivo 2:

- Colaborar y participar en actividades académicas con otras áreas de la Entidad, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, así como con otras instituciones y organizaciones vinculadas al trabajo gerontológico.
- Asesorar en temas y actividades de gerontología al personal de la Entidad, la Secretaría de Salud del Distrito Federal y de otras instituciones.

Puesto: Subdirección de Promoción de la Salud para Grupos de Mayor Riesgo

Misión: Desarrollar modelos de atención para la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor, así como participar en su implementación y seguimiento.

Objetivo 1: Diseñar y promover oportunamente, estrategias de promoción a la salud gerontológica, con base en el diagnóstico situacional relacionado con el adulto mayor.

Funciones vinculadas al Objetivo 1:

- Analizar los resultados del diagnóstico de la situación de salud de la población del Distrito Federal de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor, presentar los resultados y emitir recomendaciones para su atención adecuada.

Objetivo 2: Elaborar oportunamente modelos de atención médica y de promoción a la salud del adulto mayor en el Distrito Federal.

Funciones vinculadas al Objetivo 2:

- Diseñar e instrumentar modelos de atención y promoción de la salud para la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor, y dar seguimiento a los resultados.
- Proponer estrategias para fortalecer y formar grupos de promoción y autoayuda de la salud para la población de mayor riesgo, con énfasis en el adulto mayor.

Puesto: Dirección de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica

Misión: Dirigir, coordinar y garantizar la vigilancia epidemiológica y el fomento sanitario a nivel sectorial, de acuerdo a la normatividad vigente, con el fin de prevenir riesgos y daños a la salud de los habitantes del Distrito Federal.

mp