



**REDES DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y SOSTENIBILIDAD DE
PROCESOS COLECTIVOS PARA LA SALUD: EL CASO DE LAS
COMUNIDADES SALUDABLES EN SAN LUIS POTOSÍ**

T E S I S

Que para obtener el grado de
Doctora en Ciencias Sociales

Presenta

Silvia Mercedes Sanjuanero Ruíz



**REDES DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y SOSTENIBILIDAD DE
PROCESOS COLECTIVOS PARA LA SALUD: EL CASO DE LAS
COMUNIDADES SALUDABLES EN SAN LUIS POTOSÍ**

T E S I S

Que para obtener el grado de
Doctora en Ciencias Sociales

Presenta

Silvia Mercedes Sanjuanero Ruíz

Directora de tesis

María Cecilia Costero Garbarino

Agradecimientos

En el largo camino que representó realizar un Doctorado, no puedo pasar por alto a las personas que me inyectaron fortaleza día a día.

A Fernanda y Diego, ella adolescente, y él preescolar, ambos con la energía y el ánimo desbordados, que tuvieron que dejar de lado sus prioridades y sumarse a mis tareas y desvelos, incluyendo su acompañamiento en parte de mi trabajo de campo en las localidades caso. Yo, tratando de enamorarlos de lo que representa el estudio, la preparación académica, pero, sobre todo, el trabajo con personas y para las personas. Gracias infinitas hijos...

A Don Vicente y Doña Mercedes, luchadores incansables de la vida, quienes sembraron en mí el compromiso, el entusiasmo a mi profesión y sus grandes alcances, a no abandonar las responsabilidades cuando el miedo y la impotencia te invaden, a quienes, a pesar de los años, estoy segura siguen orando por mí... y yo por ustedes. Dios me siga prestando tiempo para poder devolverles, aunque sea un poco de lo mucho que han hecho por mí.

A mis hermanas y hermanos, presas de mi estrés y tiempos medidos, cuidadores de mis hijos, testigos de mis enfermedades y cirugías, de mis indecisiones e ilusiones.

Doctora Cecilia Costero: gracias por su voto de confianza, por continuar dando a Enfermería la voz. Sus orientaciones y enseñanzas fueron básicas para finalizar mi trabajo.

Juanita, Carlitos, Edgar, Jamnet y Juan, su transparencia y compromiso impulsó en mí esta investigación.

Amparo, Patty, Palmira, Silvia, Irene, Francis, Oli, Raquel, Ángeles, Betty, Claudia y Abi: sin su apoyo, ánimos, escucha y paciencia, el camino se hubiera tornado más difícil.

ÍNDICE GENERAL

TEMA	PÁGINA
<i>Introducción</i>	15
Capítulo 1. REDES DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UNA REVISIÓN TEÓRICA.	28
1.1. <i>Definiendo a las redes de políticas públicas</i>	29
1.2. <i>Operación de las redes de políticas en la promoción de la salud</i>	56
Capítulo 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA EL ESTUDIO DE LOS CASOS	66
2.1. <i>Objetivos</i>	67
2.2. <i>Dimensiones de estudio</i>	73
2.3. <i>Fuentes de recolección</i>	97
2.4. <i>Proceso de recolección</i>	104
Capítulo 3. CERTIFICACIÓN DE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES, DE LA AGENDA GLOBAL A LA OPERACIÓN LOCAL	107
3.1. <i>Políticas públicas encaminadas a la formación de entornos favorables para la salud</i> ...	108
3.2. <i>Comunidades Saludables, una política que privilegia la promoción de la salud</i>	133
3.3. <i>Las comunidades saludables en México</i>	139
3.4. <i>Operación del programa Entornos y Comunidades Saludables en los diversos niveles</i> ...	144
Capítulo 4. CERTIFICAR Y RECERTIFICAR COMUNIDADES COMO ENTORNOS SALUDABLES EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ ¿EVIDENCIA DEL RENDIMIENTO DE REDES DE POLÍTICA EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA?	153
4.1. <i>La formación de comunidades saludables en el estado de San Luis Potosí, desde izamiento de banderas blancas hasta recertificaciones</i>	154
4.2. <i>Sostenibilidad de procesos colectivos para la salud Y Rendimiento de redes</i>	190
Capítulo 5. LA JURISDICCIÓN SANITARIA: UN ACTOR CLAVE EN LA SOSTENIBILIDAD DE PROCESOS COLECTIVOS DE SALUD	202
5.1. <i>¿Los actores jurisdiccionales se conciben parte de una red en el proceso de certificación y mantenimiento de comunidades saludables?</i>	204
5.2. <i>La Red de Promoción de la Salud Jurisdiccional (PSJU)</i>	220
5.3. <i>La Red PSJU en la operación de la estrategia de certificación de Comunidades Saludables</i>	227
Capítulo 6. EL CASO COAMÍZATL	242
6.1. <i>Axtla de Terrazas, lugar de garzas blancas</i>	244

6.2. Coamíztatl, una localidad saludable	246
6.3. Red Unidad de Salud 1 (US 1)	263
6.4. Red Coamíztatl.....	280
Capítulo 7. EL CASO CACALACAYO	309
7.1. Tamazunchale, donde reside la mujer gobernadora.....	310
7.2. Cacalacayo, una localidad saludable.....	313
7.3. Red Unidad de Salud 2 (US2).....	334
7.4 Red Cacalacayo.....	359
CONCLUSIONES	399
ANEXOS	415
BIBLIOGRAFÍA	449

ÍNDICE DE CUADROS

NÚMERO	NOMBRE	PÁGINA
Cuadro 1.1	Dimensiones del estilo de elaboración de las políticas públicas.....	33
Cuadro 1.2	Caracterización de las dimensiones de redes de políticas públicas según Waarden (1992).....	38
Cuadro 1.3	Tipología de redes de políticas públicas según Rhodes y Marsh (1992)	41
Cuadro 1.4	Enfoques del estudio de redes de políticas públicas, según Evans (1998).....	46
Cuadro 2.1	Dimensión de estudio: estructura de la red.....	78
Cuadro 2.2	Dimensión de estudio: posición de los actores.....	87
Cuadro 2.3	Clasificación de los recursos, según Avimael Vázquez (2013)	89
Cuadro 2.4	Clasificación de recursos existentes y obtenidos en las redes estudiadas.....	90
Cuadro 2.5	Dimensión de estudio: recursos existentes y obtenidos.....	91
Cuadro 2.6	Dimensión de estudio: sostenibilidad de procesos colectivos de salud.....	96
Cuadro 2.7	Dimensiones de estudio y fuentes de información.....	97
Cuadro 3.1	Objetivos de desarrollo del milenio y metas de operación para el año 2015.....	122
Cuadro 3.2	Comités que apoyan en la ejecución de las actividades de certificación de una comunidad.....	149
Cuadro 3.3	Etapas para la certificación de una comunidad.....	150

Cuadro 3.4	Acciones básicas para la certificación de una comunidad.....	152
Cuadro 4.1	Indicadores de evaluación de comunidades a certificar como saludables, Servicios de Salud de San Luis Potosí.....	157
Cuadro 4.2	Perspectivas Estado–Sociedad en la operación de redes de políticas públicas, según Rhodes (2007).....	173
Cuadro 4.3	Directrices potenciales para la sostenibilidad según Shediak (1998).....	193
Cuadro 4.4	Plan de evaluación de procesos y resultados de redes, según Robeson (2009)....	198

ÍNDICE DE TABLAS

NÚMERO	NOMBRE	PÁGINA
Tabla 4.1	Número de unidades de salud de responsabilidad de los Servicios De Salud De San Luis Potosí, por Jurisdicción Sanitaria (2016).....	174
Tabla 4.2	Número de unidades de salud de responsabilidad de los Servicios De Salud De San Luis Potosí, por Jurisdicción Sanitaria y municipio.....	176
Tabla 4.3	Cobertura de promotores de salud y COC’S por unidad de salud y municipio, Servicios De Salud De San Luis Potosí, 2016.....	179
Tabla 4.4	Cobertura de localidades menores a 2,500 habitantes certificadas como saludables. Servicios De Salud De San Luis Potosí, periodo 2004-2015.....	184
Tabla 5.1	Reconocimiento de actores jurisdiccionales y vinculación, Servicios de Salud de San Luis Potosí.....	209
Tabla 6.1	Total de localidades del municipio de Axtla de Terrazas, según grado de marginación.....	245
Tabla 7.1	Total de localidades del municipio de Tamazunchale, según grado de marginación.....	312
Tabla 7.2	Total de autoridades reconocidas en Cacalacayo y número de hogares que las refieren.....	370

ÍNDICE DE GRÁFICAS

NÚMERO	NOMBRE	PÁGINA
Gráfica 4.1	Distribución de localidades por municipio certificadas en una ocasión como saludables. Servicios de Salud de San Luis Potosí, periodo 2004-2015.....	182
Gráfica 4.2	Grado de marginación de las localidades certificadas como saludables, Servicios de Salud de San Luis Potosí, período 2004-2015.....	183
Gráfica 4.3	Distribución de localidades por municipio, certificadas en dos ocasiones como saludables, Servicios de Salud de San Luis Potosí, periodo 2008-2015.....	187

Gráfica 4.4	Distribución de localidades por municipio, certificadas en tres ocasiones como saludables, Servicios de Salud de San Luis Potosí, periodo 2008-2015.....	188
Gráfica 4.5	Distribución de localidades por municipio, certificadas en cuatro ocasiones como saludables, Servicios de Salud de San Luis Potosí, periodo 2008-2015.....	188
Gráfica 5.1	Actores de las localidades con quienes se coordina el personal jurisdiccional, Servicios De Salud De San Luis Potosí.....	210
Gráfica 5.2	Actores externos con quienes se coordina el personal jurisdiccional, Servicios de Salud de San Luis Potosí.....	211
Gráfica 5.3	Responsables de la certificación de una comunidad como saludable, según coordinadores y responsables jurisdiccionales de programas, Servicios de Salud de San Luis Potosí.....	213
Gráfica 5.4	Responsables de la validación de una comunidad como saludable, según coordinadores y responsables jurisdiccionales de programas, Servicios de Salud de San Luis Potosí.....	214
Gráfica 5.5	Percepción de acciones con las cuales una comunidad se mantiene como saludable, según coordinadores y responsables jurisdiccionales de programas, Servicios de Salud de San Luis Potosí.....	215
Gráfica 5.6	Acciones con las que se incorporan coordinadores y responsables jurisdiccionales de programas para mantener una comunidad como saludable, Servicios de Salud de San Luis Potosí.....	216
Gráfica 5.7	Áreas de la jurisdicción sanitaria que se incorporan para mantener una comunidad como saludable, según coordinadores y responsables jurisdiccionales de programas, Servicios de Salud de San Luis Potosí.....	218
Gráfica 5.8	Última vez que los coordinadores y responsables jurisdiccionales de programas visitaron la localidad Coamíztatl, Servicios de Salud de San Luis Potosí.....	216
Gráfica 5.9	Última vez que los coordinadores y responsables jurisdiccionales de programas visitaron la localidad Cacalacayo, Servicios de Salud de San Luis Potosí.....	217
Gráfica 6.1	Red jurisdiccional de vinculación de la unidad de salud 1.....	270
Gráfica 6.2	Autoridades de la localidad con quienes se vincula la unidad de salud 1.....	271
Gráfica 6.3	Actores externos a la localidad con quienes se vincula la unidad de salud 1.....	273
Gráfica 6.4	Hogares de Coamíztatl que reconocen al juez como autoridad.....	289
Gráfica 6.5	Hogares de Coamíztatl que reconocen al comité local de salud como autoridad..	290
Gráfica 6.6	Hogares de Coamíztatl que reconocen al comité Oportunidades (Prospera) como autoridad.....	291
Gráfica 6.7	Hogares de Coamíztatl que reconocen al delegado como autoridad.....	291
Gráfica 6.8	Hogares de Coamíztatl que reconocen al auxiliar de salud como autoridad.....	292
Gráfica 6.9	Red de autoridades reconocidas por los habitantes de Coamíztatl.....	293

Gráfica 6.10	Posición de los integrantes de la Unidad De Salud 1, en su interrelación con autoridades de Coamíztatl.....	295
Gráfica 7.1	Red jurisdiccional de vinculación de la Unidad de Salud 2.....	338
Gráfica 7.2	Autoridades de la localidad con quienes se vincula la Unidad De Salud 2.....	339
Gráfica 7.3	Actores externos a la localidad con quienes se vincula la Unidad De Salud 2.....	339
Gráfica 7.4	Hogares de Cacalacayo que reconocen al Juez y Delegado como autoridad.....	363
Gráfica 7.5	Hogares de Cacalacayo que reconocen al Presidente del Comité Local de Salud como autoridad.....	364
Gráfica 7.6	Reconocimiento en hogares de Cacalacayo de integrantes del comité local de salud como autoridades.....	365
Gráfica 7.7	Hogares de Cacalacayo que reconocen a la Auxiliar de Salud como autoridad...	366
Gráfica 7.8	Hogares de Cacalacayo que refieren a los integrantes del Comité Prospera como autoridad.....	367
Gráfica 7.9	Interrelación entre la Auxiliar de Salud y los Comités Local de Salud y Prospera, Cacalacayo.....	368
Gráfica 7.10	Reconocimiento de autoridades en hogares de Cacalacayo.....	369
Gráfica 7.11	Actores externos con quienes se interrelacionan las autoridades de Cacalacayo...	371

ÍNDICE DE FIGURAS

NÚMERO	NOMBRE	PÁGINA
Figura 2.1	Zonas del estado de San Luis Potosí.....	70
Figura 2.2	Ubicación geográfica de la localidad Coamíztatl, municipio de Axtla de Terrazas, San Luis Potosí.....	70
Figura 2.3	Ubicación geográfica de la localidad Cacalacayo, municipio de Tamazunchale, San Luis Potosí.....	71
Figura 3.1	Objetivos de Desarrollo Del Milenio.....	121
Figura 3.2	Objetivos del Desarrollo Sostenible.....	128
Figura 3.3	Triada generadora de comunidades saludables.....	134
Figura 3.4	Guía para certificación de comunidades en Perú.....	135
Figura 3.5	Líneas jerárquicas para aplicación del programa comunidades saludables en el nivel federal de la Secretaría De Salud, 2016.....	148
Figura 4.1	Líneas jerárquicas para aplicación del programa comunidades saludables en el nivel estatal. Servicios de Salud de San Luis Potosí.....	169

Figura 4.2	División municipal según Jurisdicción Sanitaria, Servicios de Salud de San Luis Potosí.....	175
Figura 5.1	Líneas jerárquicas para aplicación del programa comunidades saludables en el nivel jurisdiccional. Servicios de Salud de San Luis Potosí.....	205
Figura 6.1	Ubicación geográfica del municipio de Axtla de Terrazas.....	244
Figura 7.1	Ubicación geográfica del municipio de Tamazunchale.....	311

ÍNDICE DE IMÁGENES

NÚMERO	NOMBRE	PÁGINA
Imagen 5.1	Sesión de capacitación de la Jurisdicción Sanitaria con Promotores de Salud.....	223
Imagen 5.2	Impartiendo el tema de certificación de comunidades saludables a los promotores asistentes.....	224
Imagen 5.3	Ejemplo de acta de nombramiento de auxiliar de salud.....	234
Imagen 5.4	Ejemplo de acta constitutiva de un comité local de salud.....	235
Imagen 5.5	Ejemplo de plan de trabajo bimestral del comité local de salud.....	236
Imagen 5.6	Ejemplo de firmas de elaboración y validación del plan de trabajo bimestral del comité local de salud.....	237
Imagen 6.1	En camino a Coamíztatl.....	246
Imagen 6.2	Condiciones de la carretera estatal, rumbo a Coamíztatl.....	247
Imagen 6.3	Las lluvias constantes hacen estragos en la carretera a Coamíztatl.....	247
Imagen 6.4	Zonas de desgajamientos dificultan el acceso a Coamíztatl.....	248
Imagen 6.5	Letrero que anuncia la llegada a Coamíztatl.....	249
Imagen 6.6	Camino vecinal que recorre Coamíztatl.....	249
Imagen 6.7	Calle Benito Juárez, la principal de Coamíztatl.....	250
Imagen 6.8	Jardín de Niños y Primaria de CONAFE, Coamíztatl.....	251
Imagen 6.9	Capilla de la religión católica, Coamíztatl.....	252
Imagen 6.10	Llegando a una vivienda típica de Coamíztatl.....	253
Imagen 6.11	Otro tipo de vivienda en Coamíztatl.....	253
Imagen 6.12	Ejemplo de habitación de uso exclusivo como cocina.....	254
Imagen 6.13	Ejemplo de fogón elevado del piso, Coamíztatl.....	255

Imagen 6.14	Ejemplo de inexistencia de tubos de escape del humo de leña en cocinas de Coamíztatl.....	256
Imagen 6.15	Ejemplo de vivienda con piso firme, Coamíztatl.....	256
Imagen 6.16	Ejemplo de camas elevadas, Coamíztatl.....	257
Imagen 6.17	Quema de basura como método de eliminación final, Coamíztatl.....	258
Imagen 6.18	Red para abastecimiento de agua en Coamíztatl.....	258
Imagen 6.19	La esperanza de que algún día existirá agua intradomiciliaria en Coamíztatl.....	259
Imagen 6.20	Ejemplo de almacenaje del agua en Coamíztatl.....	260
Imagen 6.21	Ejemplo de letrina en Coamíztatl.....	260
Imagen 6.22	Letrina construida con materiales de la región, Coamíztatl.....	261
Imagen 6.23	Interior de letrina, Coamíztatl.....	262
Imagen 6.24	Otro ejemplo del interior de una letrina, Coamíztatl.....	262
Imagen 6.25	Casa de salud de Coamíztatl, sitio de atención de la Unidad de Salud 1.....	263
Imagen 6.26	En compañía de las autoridades locales de Coamíztatl.....	280
Imagen 6.27	Personal del ayuntamiento de Axtla de Terrazas haciendo entrega de nombramientos a autoridades locales.....	281
Imagen 6.28	Ejemplo de nombramiento recibido por parte del Ayuntamiento de Axtla de Terrazas.....	282
Imagen 6.29	Autoridades de las localidades recibiendo capacitación por personal del Ayuntamiento de Axtla.....	283
Imagen 6.30	Casa de Salud de Coamíztatl, Axtla de Terrazas.....	299
Imagen 6.31	Salón para sesiones educativas, 2ª etapa de construcción de casa de salud, Coamíztatl.....	299
Imagen 6.32	Exterior del aula de capacitación, 2ª etapa de construcción de la casa de salud, Coamíztatl.....	300
Imagen 6.33	Primera placa recibida por Coamíztatl al certificar como Comunidad Saludable...	303
Imagen 7.1	Vegetación típica del municipio de Tamazunchale.....	312
Imagen 7.2	Carretera estatal que finaliza en Cacalacayo.....	313
Imagen 7.3	Croquis de Cacalacayo.....	315
Imagen 7.4	La limpieza al exterior de las viviendas es característica en Cacalacayo.....	316
Imagen 7.5	Iglesia Católica de Cacalacayo.....	316
Imagen 7.6	Instalaciones de la Delegación municipal en Cacalacayo.....	317
Imagen 7.7	Molino de Nixtamal, Cacalacayo.....	318

Imagen 7.8	Instalaciones del Jardín de Niños, Cacalacayo.....	318
Imagen 7.9	Escuela primaria bilingüe, Cacalacayo.....	319
Imagen 7.10	Ejemplo de construcción típica de la zona huasteca en Cacalacayo.....	320
Imagen 7.11	Ejemplo de vivienda construida con mezcla de materiales tradicionales y modernos, Cacalacayo.....	320
Imagen 7.12	Otro ejemplo de vivienda construida con mezcla de materiales tradicionales y modernos, Cacalacayo.....	321
Imagen 7.13	Vivienda que cuenta con patio de cemento, Cacalacayo.....	322
Imagen 7.14	Habitación construida con paredes de otate, Cacalacayo.....	322
Imagen 7.15	Piso firme en viviendas de Cacalacayo.....	323
Imagen 7.16	Cocina de Cacalacayo con piso firme.....	324
Imagen 7.17	Las camas en alto incluyen a todos los integrantes del hogar.....	324
Imagen 7.18	Ejemplo de cocina de Cacalacayo ubicada al interior de una habitación.....	325
Imagen 7.19	Cocina ubicada al exterior, Cacalacayo.....	326
Imagen 7.20	Tapextles para colocación de la basura, Cacalacayo.....	327
Imagen 7.21	Toma intradomiciliaria de agua en Cacalacayo.....	327
Imagen 7.22	Sistema de tubería que transporta el agua a los domicilios de Cacalacayo.....	328
Imagen 7.23	Pozo profundo, desde donde se transporta el agua a los domicilios de Cacalacayo	329
Imagen 7.24	Modelo de sanitario seco, Cacalacayo.....	329
Imagen 7.25	Cámaras de sanitario seco, Cacalacayo.....	330
Imagen 7.26	Modelo de taza para baño seco, Cacalacayo.....	331
Imagen 7.27	Mezcla de cal, arena y cenizas, para uso en sanitarios secos, Cacalacayo.....	332
Imagen 7.28	Sanitario seco y depósito para la colocación de papel, Cacalacayo.....	332
Imagen 7.29	Parte trasera de las cámaras de un sanitario seco, Cacalacayo Parte trasera de las cámaras de un sanitario seco, Cacalacayo.....	333
Imagen 7.30	Sanitario tipo WC, Cacalacayo.....	334
Imagen 7.31	Vehículo para traslado de la US 2 y casa de salud de Cacalacayo.....	334
Imagen 7.32	Mobiliario de casa de salud de Cacalacayo, suministrado por la Jurisdicción Sanitaria.....	342
Imagen 7.33	Cortina ubicada en el acceso al consultorio de Enfermería, bordada por la población de Cacalacayo.....	343
Imagen 7.34	Saneamiento básico, tema bordado en la cortina ubicada en el acceso al consultorio de Enfermería.....	344

Imagen 7.35	Disposición de excretas, tema bordado en la cortina ubicada en el acceso al consultorio de Enfermería.....	344
Imagen 7.36	Fecalismo al ras del suelo, tema bordado en la cortina de acceso al consultorio de Enfermería.....	345
Imagen 7.37	Formato con censo de promotores voluntarios y familias de responsabilidad, Cacalacayo.....	347
Imagen 7.38	Acta de instalación de casa amiga del niño y de la madre, Cacalacayo.....	348
Imagen 7.39	Acta para formación de Auxiliar de Salud, Cacalacayo.....	350
Imagen 7.40	Firmas de conformidad en la selección del Auxiliar de Salud, Cacalacayo.....	351
Imagen 7.41	Acta de formación de club de embarazo, Cacalacayo.....	352
Imagen 7.42	Listado de integrantes del grupo de ayuda mutua y PROESA, Cacalacayo.....	353
Imagen 7.43	Listado de asistencia a talleres del grupo de madres de menores de 5 años, Cacalacayo.....	354
Imagen 7.44	Bancas y mesas construidas por los habitantes de Cacalacayo para la casa de salud.....	356
Imagen 7.45	El Delegado e integrantes de los Comités de salud y Prospera de Cacalacayo.....	359
Imagen 7.46	Integrantes de los Comités de Salud y Prospera, Cacalacayo.....	373
Imagen 7.47	Integrantes de los Comités de salud y Prospera de Cacalacayo interactuando...	373
Imagen 7.48	Registro de acta de reunión del comité local de salud, Cacalacayo.....	375
Imagen 7.49	Registro del plan de trabajo bimestral del comité local de salud, Cacalacayo.....	375
Imagen 7.50	Casa amiga del niño y de la madre, Cacalacayo.....	377
Imagen 7.51	Registro de sobres de suero oral entregados en la casa amiga del niño y de la madre, Cacalacayo.....	377
Imagen 7.52	Registro de asistencia de habitantes para aseo de casa de salud, Cacalacayo.....	378
Imagen 7.53	Registro de asistencia de habitantes para aseo de caminos, Cacalacayo.....	379
Imagen 7.54	Registro de cooperación de habitantes, incentivo para Auxiliar de Salud, Cacalacayo.....	380
Imagen 7.55	Anverso de morral bordado. Tema: prevención de violencia familiar, Cacalacayo	381
Imagen 7.56	Reverso de morral bordado. Tema: prevención de violencia familiar, Cacalacayo	381
Imagen 7.57	Servilleta bordada. Tema: cuidado de las fuentes de abastecimiento de agua, Cacalacayo.....	382
Imagen 7.58	Cortina bordada. Tema: vida, suero oral. Cacalacayo.....	382
Imagen 7.59	Cortina bordada. Tema: uso de letrinas. Cacalacayo.....	383

Imagen 7.60	Corral elaborado para guarda de aves de crianza, Cacalacayo.....	384
Imagen 7.61	Corral elaborado para guarda de porcinos, Cacalacayo.....	384
Imagen 7.62	Casa de Salud de Cacalacayo.....	385
Imagen 7.63	Área de reuniones, casa de salud de Cacalacayo.....	386
Imagen 7.64	Sanitario, casa de salud de Cacalacayo.....	387
Imagen 7.65	Consultorio de enfermería, casa de salud de Cacalacayo.....	387
Imagen 7.66	Mantel bordado. Tema: vacunas. casa de salud de Cacalacayo.....	388
Imagen 7.67	Detalle de mantel bordado. Tema: vacunas. casa de salud de Cacalacayo.....	388
Imagen 7.68	Carretera estatal y tubería para traslado de agua intradomiciliaria, Cacalacayo....	389
Imagen 7.69	Huerto familiar auspiciado por PESA, Cacalacayo.....	390
Imagen 7.70	Interior de huerto familiar auspiciado por PESA, Cacalacayo.....	391
Imagen 7.71	Dos de las placas recibidas por Cacalacayo al certificar como Comunidad Saludable.....	393
Imagen 7.72	Familia de Cacalacayo ofreciendo alimentos a los visitantes.....	398

ÍNDICE DE ANEXOS

NÚMERO	NOMBRE	PÁGINA
Anexo 1	Preguntas guía para figura pública. Ex Secretario De Salud.....	416
Anexo 2	Preguntas guía para Ex Presidente Municipal.....	417
Anexo 3	Preguntas guía para Jefe De Jurisdicción.....	418
Anexo 4	Encuesta para responsables jurisdiccionales de programas de salud.....	419
Anexo 5	Guía para trabajo focal con tomadores de decisiones del sector salud.....	421
Anexo 6	Guía para trabajo focal con proveedores de la estrategia a nivel local.....	422
Anexo 7	Formato guía para revisión de documentos emitidos.....	423
Anexo 8	Formato guía para revisión de documentos recibidos.....	424
Anexo 9	Encuesta para personal unidad de unidades de salud.....	425
Anexo 10	Encuesta para líderes de comunidad.....	427
Anexo 11	Guía de observación de servicios públicos a nivel domiciliario.....	429
Anexo 12	Encuesta diagnóstica para familias.....	430
Anexo 13	Acta de instalación del comité local de salud.....	432

Anexo 14	Carta programática para capacitación de la unidad de salud.....	433
Anexo 15	Carta programática para capacitación del comité local de salud.....	434
Anexo 16	Diagnóstico local de salud.....	435
Anexo 17	Priorización de problemas de la localidad.....	438
Anexo 18	Plan de trabajo del comité local de salud.....	439
Anexo 19	Formato para minutas de reunión.....	440
Anexo 20	Acta de formación de casa amiga / casa de rehidratación oral.....	441
Anexo 21	Listado de asistencia de agentes y procuradoras en capacitación.....	442
Anexo 22	Cuestionario de evaluación de agentes y procuradoras capacitadas.....	443
Anexo 23	Censo de redes comunitarias.....	444
Anexo 24	Censo de familias expulsoras de migrantes.....	435
Anexo 25	Directorio de líderes comunitarios.....	446
Anexo 26	Seguimiento de comunidad a certificar.....	447

INTRODUCCIÓN

La procuración de salud ha permeado a lo largo de la historia como un componente esencial para la vida diaria; ya en 1948, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la conceptualiza como “*el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad*”¹ (Kornblit & Mendes Diz, 2000). Si bien esta definición es la que hasta la fecha sigue vigente, al paso del tiempo ha resignificado su valor, pasando de ser un derecho humano, a un elemento de equidad y justicia social, un recurso para la vida diaria al que por desgracia se le han añadido dimensiones que determinan de forma contundente su acceso: no cualquiera se beneficia tanto de la salud y sus efectos, como de los determinantes que la impulsan.

Hablar de “estado de salud” conlleva por lo regular a evocar a la persona, a la individualidad; sin embargo, debe partirse del hecho que todo individuo vive inserto en un grupo social, el cual posee una serie de características que determinarán sus riesgos – inclusive in útero- para el posible desarrollo de enfermedades. Bajo esta perspectiva, la consecución de salud es entonces una responsabilidad que debiera, en el ideal, compartirse entre los distintos órdenes de gobierno, los cuales estarán comprometidos a plasmar en sus agendas la operación de estrategias enfocadas a mejorar el entorno donde el individuo habita, pues de ello dependerá su desarrollo, estancamiento e incluso retroceso: el estado de salud o de enfermedad. Evidencia pues la premisa de trabajo organizado, con énfasis en aquellos espacios donde la brecha de desigualdad se identifica de primera vista: bien sea áreas marginadas, de dificultad geográfica para su acceso, considerados como de bajo índice de

¹ Este concepto es un resultado de la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en 1946 con representantes de 61 países y se oficializó a partir del año 1948.

desarrollo humano, con alta presencia indígena o de hechos marcados por la violencia; estas y otras condiciones que las mismas instancias de los gobiernos señalan permanentemente en sus discursos como de alta prioridad para el establecimiento de políticas públicas.

Ya desde el año de 1978, se abordó la necesidad de dar un nuevo enfoque a las acciones que se llevan a cabo para la producción de la salud; durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (APS por sus siglas) se emitió una Declaratoria donde los países se comprometieron a coadyuvar para alcanzar la meta denominada “Salud para Todos en el Año 2000”, como el primer elemento de un proceso continuo de asistencia que tomaba como punto de partida la oferta y otorgación de servicios focalizados hacia la prevención de enfermedades, resaltando la acción organizada y convencida de la población, privilegiando la promoción de la salud a nivel personal y colectivo (OMS, 1978).

Esta Declaratoria basada en la promoción de la salud, pretendió en su momento que a fin del siglo XX el nivel de salud de la población fuera de tal calidad, que favoreciera mejoras en las condiciones sociales y económicas desde el nivel global hasta llegar al local. Consideraron que de esta forma acrecentarían las oportunidades para el logro de los objetivos planteados en las políticas públicas diseñadas para alcanzar las metas de bienestar económico y social².

2 La atención primaria a la salud, representa el primer nivel de contacto de la persona, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, acercando en la medida de lo posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. Constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, un componente clave de los sistemas de salud dado su impacto sobre la salud y desarrollo de la población, la cual se puede aplicar indistintamente del contexto político, cultural y social.

Derivado de esto, para la década de los 80's la Organización Mundial de la Salud desarrolló una política denominada Comunidades Saludables, cuyo propósito fue el de impulsar y fortalecer la generación de entornos aptos para la salud basados en la adquisición y desarrollo de habilidades individuales y colectivas, que pudieran reducir los riesgos y mejorar las oportunidades de desarrollo. Canadá fue el primer país que adoptó esta política, seguido por Colombia, Perú, Argentina y Chile en América Latina.

En México dio inicio en el año de 1993, bajo responsabilidad de la Secretaría de Salud (SSA, 2011) a través de la creación del programa gubernamental *Municipios Saludables* cuyo nombre se transformó a partir del año 1995 a *Programa Nacional de Comunidades Saludables*; actualmente se conoce como Entornos y Comunidades Saludables. Señala en su discurso la necesidad de un actuar consensuado (pero a fin de cuentas regido por el Estado) el cual *“privilegia el reconocimiento al trabajo colectivo organizado impulsando el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud de acuerdo a las necesidades particulares de cada una de las localidades”* (S.S.A., 2007).

Si bien alude a la acción colectiva, es la propia Secretaría de Salud la que funge como rectora de las acciones y es responsable de emitir una serie de indicadores de evaluación, independientemente de la caracterización propia de cada entorno. Así se estableció, que aquellas áreas que a su consideración dieran cumplimiento a los mismos, se les otorgara el nombramiento de “Comunidad Certificada como Saludable”. Desde 1993 y hacia finales del año 2011, el nivel federal señala contar en el país con un registro de más de 4,000 localidades de hasta 2,500 habitantes con dicha distinción (SSA, 2011).

En el Plan Nacional de Salud para la gestión presidencial 2001-2006, el Gobierno Federal Mexicano, destacó en la descripción del programa Comunidades Saludables la

importancia de la operación en red, cuando al concepto señalado en párrafos anteriores incorpora la frase “*Trabajar en Forma Conjunta Institución y Población*” (SSA, 2002).

En el estado de San Luis Potosí, la estrategia de certificación de comunidades se implementó a partir del año 2004, con un resultado acumulado al año 2015 de 942 localidades que van desde 10 hasta 3,669 habitantes, distribuidas en 55 de los 58 municipios que conforman el Estado³.

A partir del año 2008 la Secretaría de Salud de este Estado, determinó que aquellas localidades que se hubiesen certificado en los años anteriores pudieran ser objeto de una recertificación; el criterio a tomar en cuenta consistió principalmente en la revisión de evidencias gráficas y documentales (registros en el formato institucional denominado *cédula de avance mensual*), que demostraran el mantenimiento y/o mejoría de los indicadores establecidos para la certificación. Con la aplicación de esta nueva estrategia y según lo evidencian los registros del Departamento de Promoción de la Salud de San Luis Potosí, durante los años del 2008 al 2015, se certificaron por segunda ocasión 240 localidades, en tres ocasiones a 75 localidades y en 4 ocasiones a seis localidades más⁴.

El discurso que señala la Dirección General de Promoción de la Salud respecto del programa de comunidades saludables, refiere que en el entorno local donde este programa se desarrolle, se generará un cambio en el comportamiento de su población respecto a las competencias individuales y sociales, lo cual debiera evidenciarse a través de conductas de cuidado personal, en la familia y el área donde habita, mejorando las condiciones.

³ Datos recopilados por la propia autora, tras revisión documental existente en los Servicios de Salud de San Luis Potosí.

⁴ Ídem.

El hablar entonces de una localidad que se recertifica en dos o más ocasiones (como la modalidad que desarrolla el Estado de San Luis Potosí), equivale entonces a pensar de primera instancia en un espacio geográfico donde sus habitantes privilegian a la salud como una necesidad básica para su entorno y para lo cual desarrollan procesos colectivos donde, aún y cuando existieran problemas de salud, estos serán limitados oportunamente; habrá un empoderamiento tal, que las acciones que llevaran a cabo mantendrán sistemáticamente el enfoque de prevención.

Se considera entonces a la organización comunitaria como un mecanismo que permite priorizar las necesidades locales y a la acción colectiva como un medio para lograr su consecución. Desde esta perspectiva, deberá privilegiarse la necesidad de mejorar las condiciones de los espacios donde la población desarrolla sus principales actividades y que van desde la propia vivienda (piso, paredes, techos, vigilancia de la calidad del agua que emplean para consumo, manejo de excretas, disposición de basura, entre otros), hasta el resto de la localidad (servicios públicos básicos como drenaje, alcantarillado, electricidad, limpia, así como vías de acceso y comunicación, educación, condiciones ambientales, etc.).

Si bien las acciones de autocuidado de la salud son responsabilidad individual –en aquellos individuos que por su condición de edad y capacidades pueden hacerlo por sí mismos-, los medios a través de los cuales se desarrollan pueden involucrar la existencia y funcionamiento satisfactorio de los recursos enunciados anteriormente, los cuales en su mayoría sólo pueden ser obtenidos a través de la interacción de los actores locales con otros externos, tales como dependencias de gobierno (municipal, estatal e inclusive federal), instituciones de orden religioso, organizaciones civiles y/o habitantes de otras áreas, entre varias opciones más que pueden coadyuvar a facilitar el proceso de gestión y obtención de recursos.

Aunque el discurso resalta y enaltece la acción local organizada, como toda estrategia social producto de políticas públicas, requiere de la participación social organizada, tanto entre las redes que existen al interior de la propia localidad, como aquellas externas, las cuales por lo general fungen como proveedoras de recursos tangibles o simbólicos. Lo anterior determina la importancia de medir y analizar la interrelación que se genera entre las estructuras sociales, las relaciones existentes entre los actores internos y externos que participan en el mantenimiento de una localidad como saludable: reconocer su complejidad, expectativas, estrategias y resultados.

Tal vez el campo de la salud sea uno de los ámbitos donde la investigación va a la par del desarrollo de avances técnicos, biomédicos, biológicos y del cuidado para asegurar en la medida de lo posible las mejores condiciones de vida y el desarrollo de la población. Sin embargo, se ha centrado principalmente en lo concerniente a aspectos curativos o de limitación de daños originados por diversas patologías.

Respecto a experiencias de análisis de redes de políticas públicas enfocado a aspectos de salud, la bibliografía existente se centra principalmente en el análisis del proceso que generó la construcción de las políticas, tal como se muestra en el estudio de Heide Weishaar, Amanda Amos y Jeff Collin (2015), denominado *Best of enemies: Using social network analysis to explore a policy network in European smoke-free policy*, el cual presenta una mezcla de análisis cualitativo y cuantitativo respecto de los actores involucrados en el desarrollo de una política para el control del tabaco en el Reino Unido, destacando la complejidad de los procesos de búsqueda de consensos, creación de alianzas y acciones estratégicas que son parte del desarrollo de dicha política.

Otro caso de estudio es el desarrollado por Claudia de Freitas y Graham Martin (2015.), llamado *Inclusive public participation in health: Policy, practice and theoretical contributions to promote the involvement of marginalised groups in healthcare*, el cual aborda un estudio de caso de la ciudad de Cabo Verde respecto a la participación de población afectada por problemas psico sociales en un proyecto de defensa de la población marginada por padecer un problema de salud mental, donde también se incluyó a actores institucionales.

Destaca también el libro *Políticas en salud, aproximación a un análisis*, realizado por la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquía a través de un grupo de investigadores en gestión y políticas en salud (2008). este libro hace un abordaje dividido en tres partes: la primera donde desarrolla un marco metodológico para el análisis de políticas públicas en salud; la segunda que incluye el análisis de diversas políticas de salud en áreas temáticas variadas, tales como los objetivos de desarrollo del milenio, la atención a la salud infantil y la política de lactancia materna entre otros temas. Por último, en la tercera parte desarrolla el análisis de actores involucrados en la formulación y desarrollo de las políticas de salud en Colombia. El libro se centra en análisis cuantitativo como primera evidencia de impacto de las políticas públicas, incluyendo coberturas.

Como se ha señalado, el análisis de políticas públicas en temas de salud existente, mantiene la visión de separación de los diferentes actores que confluyen para la construcción de salud: a pesar de señalar en sus discursos que es básico el actuar consensuado, se perpetua a las instituciones prestadoras de salud como actores proveedores, altamente paternalistas y poseedores únicos del conocimiento en cuestiones de prevención.

Abordar el estudio de programas de salud pública, como el denominado Comunidades Saludables en su estrategia de Certificación de Entornos Aptos para la Salud implica, más que describir los porcentajes obtenidos en cada uno de los criterios que establece la Secretaría de Salud, adentrarse en el análisis de los procesos locales que se generaron a partir de que una localidad es candidata a certificar como saludable: cómo la población parte de una serie de requisitos que impone la institución de salud y cómo estos son discutidos, consensuados, priorizados y atendidos por los habitantes.

Es relevante reconocer las reacciones sociales que ante la encomienda de certificación por la institución gubernamental de salud se generan y que pueden dar paso a la conformación o reforzamiento de redes locales y su interrelación con otras organizaciones, que incluyen a la propia unidad de salud responsable de su atención o dependencias oficiales de gobierno municipal o estatal.

Representa la necesidad de profundizar en las formas de organización y operación, a través de las negociaciones que emprende la comunidad a fin de obtener recursos que se traducen en beneficios que conlleva a la mejora de su entorno.

Analizar las redes que se generan para proveer y mejorar la salud de una localidad permitirá analizar si los principios, valores y objetivos en materia de detección y atención oportuna, prevención y promoción de la salud planteados en el programa gubernamental que se estudió en esta investigación, generó que los beneficiarios trascendieran del cotidiano “actuar para cumplir” a “madurar para negociar, obtener y mejorar”. En este sentido, la negociación dio inicio desde el mismo momento en que los habitantes del entorno en cuestión aceptaron participar primero en una certificación y posteriormente para una recertificación en salud, se mantuvo a lo largo del proceso e incluso posterior al mismo, a través de una

constante interrelación entre actores locales y externos, lo cual dará pie además a contrastar si las redes del entramado gubernamental en el área de la salud, ejercieron un monopolio en las intervenciones comunitarias de salud, dejando sin oportunidad ni suficiente poder a otras redes (incluyendo la interna) para madurar.

Esto hizo necesario investigar respecto a la conformación de redes que se generaron a partir de que una política pública en el campo de la salud inició su implementación en un entorno específico, desarrollando mecanismos a través de los cuales los participantes obtuvieran más allá que una serie de resultados numéricos: implementar un sistema de procesos políticos formales e informales con elementos observables respecto a salud.

De esta forma, fue imprescindible reconocer si la formación, nombramiento y mantenimiento de una comunidad como un entorno saludable, requirió el trabajo de redes, si el poder se mantuvo del lado de la institución gubernamental de salud y se ejerció verticalmente como un mero cumplimiento de indicadores que descendieron en escalada por las jerarquías a través de lineamientos inamovibles y poco flexibles o bien, fueron los propios habitantes de la localidad quienes asumieron como suyo un programa de salud y generaron colectivamente reglas del juego e interacciones, donde se aprovecharon los liderazgos y el posicionamiento de los actores para, de esta forma, a medida que el valor salud evoluciona y evidencia su papel en todos los ámbitos de una sociedad, los actores implicados reivindican su actuar desde sus particulares escenarios y se suman a la estrategia en espera de la cimentación de conductas colectivas y sostenibles de salud que favorecieran a su vez el desarrollo del entorno local.

Comprender los procesos que dan paso a diálogos sinérgicos entre las diversas redes de manera que se incrementen los recursos necesarios para la sostenibilidad de procesos para la salud, permite también precisar si dichas interdependencias determinan disponer y hacerse de recursos carentes en la localidad recertificada como espacio saludable, pero que son imprescindibles para mejorar las condiciones del entorno y en consecuencia mantener la salud.

Todo lo anteriormente expuesto da pie a generar las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cómo es la complejidad estructural de las redes que interaccionan en acciones encaminadas a la sostenibilidad de procesos colectivos para la salud en una localidad que ha sido certificada como saludable en más de una ocasión?
2. ¿De qué forma se posicionan los actores de las redes participantes?
3. ¿Qué estrategias de negociación con redes externas lleva a cabo una localidad recertificada como saludable, a efecto de generar recursos que favorezcan la sostenibilidad de procesos para la salud en su entorno?
4. ¿El rendimiento de las redes que se interrelacionan en una localidad que se ha certificado como saludable en más de una ocasión determina su sostenibilidad, al generar continuidad, mantenimiento y/o adaptación de procesos colectivos encaminados a la prevención y promoción de la salud?

Derivado de las preguntas anteriormente expuestas, en el presente trabajo se analizan los factores inherentes a la complejidad estructural de las redes de políticas públicas, la posición y vinculación entre los actores, los recursos existentes y aquellos producto de las negociaciones y la permanencia de interdependencias, que determinan sostenibilidad de

procesos colectivos para la salud en comunidades del estado de San Luis Potosí, que según los registros oficiales, han sido certificadas como saludables en más de una ocasión; esto es, que han sido recertificadas.

Para dar respuesta a estas preguntas se llevó a cabo un análisis de redes de políticas públicas, en el cual se retomaron los trabajos de investigadores expertos en la materia: de Waarden (Waarden, 1992) se toman algunos de los elementos que este autor considera que forman parte básica en la estructura de las redes de políticas: los actores, las relaciones y la multiplicidad. De Hanneman (Hanneman & Riddle, 2005) se retoma el análisis posicional respecto a la centralidad de los actores (grado y proximidad); de Ignacio Porras (Porras Martínez, 2001) se aborda la metodología de análisis posicional que incluye además de la centralidad, la intermediación y la prominencia; de Kenis y Provan (Kenis & Provan, 2009) el término de Rendimiento de las Redes de Políticas Públicas; finalmente, de Paula Robeson (Robeson, 2009) el concepto de Sostenibilidad de una red, adaptándose para este estudio en lo que corresponde a procesos colectivos para la salud a través de un modelo de análisis de redes de políticas que incluye revisiones documentales y técnicas etnográficas de investigación. Se incorpora un estudio de casos en dos localidades que desde el año 2004 y hasta la fecha y según los registros de la Secretaría de Salud en el Estado de San Luis Potosí mantienen la certificación como entornos saludables.

Esta investigación se dirige, más que a evaluar cuantitativamente la aplicación y cumplimiento de los estándares establecidos por un programa institucional, a precisar las formas en que la estructura, posición y operación de redes de políticas públicas en materia de salud, generan sostenibilidad de procesos colectivos para la salud en el entorno local. Así mismo, se espera que los resultados obtenidos coadyuven a que tomadores de decisiones en

los diferentes niveles jerárquicos del sector salud, autoridades municipales y de otras dependencias, tracen estrategias pertinentes encaminadas a mejorar las condiciones de la Sociedad, partiendo de la operación en red.

Este trabajo parte de la siguiente hipótesis: considerar las redes como herramienta de análisis tanto para el diseño como para la toma de decisiones, ejecución y eficacia de políticas públicas, permite ampliar las formas de evaluación convencionales que se basan principalmente en logros de coberturas, metas, gastos generados y otros concernientes a la operación del personal de salud (número de atenciones otorgadas y cumplimiento de indicadores, entre otros) y que dejan de lado el abordaje de aquellos actores que por lo general, obvian los evaluadores de programas: el entramado institucional del gobierno municipal: los líderes locales formales e informales, el equipo de profesionales de la salud que fungen como proveedores de la atención directa a la sociedad, los mismos habitantes de las localidades y otros grupos que trabajan en beneficio de la salud colectiva.

Es aquí donde el proceso de reconocimiento de las redes que pueden influir en la creación o modificación de interrelaciones y reglas del juego, representan la mejor de las opciones. No puede obviarse que estos grupos se encuentran inmersos en sistemas de valores, tradiciones, principios y normas que permanentemente estarán sobre la mesa de las negociaciones e influirán en las acciones colectivas, los recursos obtenidos y los resultados finales.

Más que adentrarse en el estudio de competencias adquiridas, comportamientos individuales y formas de autocuidado, el análisis de este estudio se focaliza en aquellos personajes que comparten vínculos como resultado de intereses compartidos y búsqueda de un fin común. Actores que comprenden la necesidad de interactuar permanente y

sistemáticamente con otras redes para obtener bienes tangibles o simbólicos que repercutan en mejoría de las condiciones de salud de quienes comparten un mismo entorno. Es hablar del rendimiento de las redes como una forma de efectividad.

Abordar las redes que operan en programas emanados de políticas públicas en salud –para el caso específico el denominado Comunidades Saludables-, coadyuva a la identificación de los actores que intervienen en los diferentes escenarios, la interrelación entre los mismos, los procedimientos formales e informales que se establecen y los mecanismos a través de los cuales los individuos se apropian y dan un nuevo enfoque a la visión de salud y prevención.

Como parte de este trabajo en el capítulo 1 se incluye una detallada revisión teórica del estudio de redes de políticas públicas, el capítulo 2 describe la metodología que se empleó para desarrollar la investigación; en el capítulo 3 abordan las políticas públicas que se relacionan con la formación de entornos saludables, desde la agenda global hasta su aterrizaje en México. El capítulo 4 detalla cómo estas políticas son trabajadas en el estado de San Luis Potosí; en el capítulo 5 se hace un análisis de la percepción de la Jurisdicción Sanitaria como un actor clave que favorece la sostenibilidad de procesos colectivos de salud. Por último, los capítulos 5 y 6 abordan los estudios de caso que se llevaron a cabo en dos localidades de la zona huasteca del estado y el análisis de las dimensiones de estudio.

Capítulo 1

Redes De Políticas Públicas:

Una Revisión Teórica

CAPÍTULO 1

REDES DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UNA REVISIÓN TEÓRICA

1.1. Definiendo A Las Redes De Políticas Públicas

Las raíces teóricas de las redes de políticas públicas pueden encontrarse en la ciencia política y la ciencia organizacional. El análisis de los procesos políticos desde una perspectiva de redes implica que el analista se centra en los patrones de relación entre actores, sus interdependencias y la forma en que los mismos influyen en el proceso político.

De acuerdo a Parsons (Parsons, 2007), la palabra Red se ha empleado en la ciencia política desde el siglo XIX, bien sea como vocablo o verbo, al traerla a frases tales como “hacer trabajo de redes” o dicho de otra forma “aprovechar los contactos”. Hacia las décadas de los 40’s y 50’s las Ciencias Sociales la adoptan como un término que permite analizar y trazar mapas entre las relaciones personales y grupales, plantear interconexiones y dependencias. Según refiere Martínez Escamilla (Martínez, 1996), las redes sociales se rigen por cuatro principios:

1. Los actores y sus acciones son vistos como interdependientes,
2. Los vínculos representan canales para el flujo de recursos,
3. La estructura que rodea a los individuos puede ser una fuente de oportunidad, pero también un condicionamiento para la acción, y
4. La estructura social, política y/o económica se concibe como un patrón de relaciones entre actores de carácter perdurable.

Por su parte, Harold Lasswell fue el primero en acuñar el término *policy* hacia 1951, y presentar aportaciones para el análisis de las políticas públicas, considerándolo bajo dos vertientes:

- a) Conocimiento De (*knowledge of*), como forma de análisis y estudio del proceso,
- b) Conocimiento En (*knowledge in*), como forma de estudio para la incorporación de datos en los procesos de toma de decisiones, para mejorar la acción pública.

El enfoque de red de políticas públicas, derivado de la ciencia organizacional, estuvo fuertemente influenciado por el modelo de dependencia de recursos y la idea central que las redes podrían analizarse en términos de problemas organizacionales o recursos. Según Parsons (2007)., el análisis de redes parte de dos premisas: aquella que señala que toda política pública está enmarcada en un contexto de relaciones y dependencias, y la segunda, donde los actores participan en un sistema social en el que otros actores influyen en las decisiones de los demás

Muchas son las teorías respecto al inicio del estudio de políticas públicas y su relación con la conformación y acción de redes; la idea de red sugiere cómo los políticos, los expertos y representantes de grupos de interés –entre estos las propias dependencias gubernamentales- se interconectan. Desde mediados de los 60's, la literatura estadounidense ha aceptado la noción de que la elaboración de políticas tiene lugar en subsistemas, donde un limitado número de actores elaboran la política en un área particular autónomamente del sistema político general. Esta rígida relación observada en sectores tales como la agricultura, el transporte y la comunicación fue denominada como triángulos de hierro al pretender capturar la esencia de un férreo control sobre diversos aspectos del proceso político que dejaba de lado el ideal de participación democrática y se ocupaba de asegurar que los propios intereses

de los miembros del triángulo prevalecieran sobre el interés general. Según Heclo (1978), esta configuración fue empleada como un modelo alusivo a las relaciones estado – industria, con la existencia de un grupo cerrado y un centro único de poder conformado por un reducido grupo de actores que fungían como consejeros ante la autoridad responsable de la toma de decisiones. La principal consecuencia fue que la agenda de políticas públicas abordara un panorama parcial de la realidad social.

Los aportes teóricos estadounidenses, con las nociones de subsistemas, triángulos de hierro, sub gobiernos y redes de asunto, así como los trabajos en Gran Bretaña sobre comunidades políticas fueron de gran importancia para el desarrollo de la concepción de las llamadas Policy Networks o redes de políticas públicas.

Heclo (1978) reveló que los subsistemas, sub gobiernos o triángulos de hierro no siempre estaban presentes. Identificó un tipo de subsistema más flexible y menos rígido: las *issue networks* o redes de asunto las cuales conceptualizó como “*Un espacio de relación que se forma de la interacción frecuente de la multiplicidad de actores y, en general, de manera informal, sobre un tema en particular. Los participantes entran y salen continuamente de la arena política, con muy diversos grados de compromiso mutuo y de ese modo es imposible identificar claramente cuáles son los actores dominantes*”.

La inclusión del concepto de red al ámbito de la ciencia política tuvo lugar en la década de los 70's con el propósito de reconocer la pluralidad y complejidad de la sociedad en su interrelación con las entidades gubernamentales, donde el actuar social desplazaba a estas como centros decisores, tanto para la hechura como para la aplicación de las políticas públicas (Cerrillo, 2005), afectando tanto al proceso como al resultado político: en una red los actores intercambian ideas, recursos y negocian posibles soluciones a problemas públicos, se borran los límites entre el Estado y la sociedad.

Richardson y Jordan aplicaron en 1979 la teoría de Heclo (1978) al sistema británico al plantear que en Gran Bretaña la estructuración de políticas dependía de una “serie de compartimentos o segmentos verticales, cada uno de ellos habitado por un conjunto distinto de grupos organizados y de difícil acceso por otros actores” (Parsons, 2007). En 1982 realizan un análisis en diversos países europeos a partir de la teoría de la comunidad de políticas y entre sus conclusiones consideran que existe un estilo de política europea. Su interés no se limitó en analizar la construcción de políticas, sino también a abarcar su ejecución; saber si las sociedades desarrollan procedimientos operativos estándar para la elaboración y aplicación.

Además de Gran Bretaña, abordan los modelos de Francia – caracterizado por la secrecía, la consulta limitada, lo que denominan “inmovilismo” y el estancamiento- y Suecia, país que hace hincapié en la consulta, con procesos más racionales de búsqueda de soluciones, resultados más radicales y menos probabilidad de recurrir a un comportamiento coercitivo. Entre sus conclusiones establecen que en las sociedades se han legitimado normas para la actividad política, las cuales reflejan valores profundamente arraigados que son ya incluso normas constitucionales legales. Consideran que, a mayor industrialización de los países, las políticas públicas surgen en sistemas abiertos que incorporan diversidad de grupos de interés y consensos; establecieron así mismo dos dimensiones dicotómicas en la formulación de políticas (Richardson, 1982), que pueden ser planteadas a través de una tabla de 4 X 4, como se presenta en el cuadro 1:

1. Estilo anticipatorio, con tendencia a anticiparse a los problemas ó estilo reaccionario, donde las políticas surgen como una reacción ante eventos y circunstancias.

2. Estilo de búsqueda de consenso, donde las decisiones se toman posterior a una negociación y acuerdos entre las partes interesadas, o bien un estilo impositivo del gobierno ante la sociedad.

Cuadro 1.1

Dimensiones del estilo de elaboración de las políticas públicas, según Richardson (1982)

		HACEDORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS	
HACEDORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS	Preven los problemas	Reaccionan ante los problemas	
	Buscan el consenso	Imponen sus decisiones	

FUENTE: Elaboración propia, a partir de datos del autor.

En lugar de surgir de la inventiva de una autoridad central del Estado, actualmente la política se desarrolla en un proceso que involucra una pluralidad de organizaciones tanto privadas como públicas; cuando en la red destaca la organización y el poder, la formulación de políticas se consolida a base de negociaciones; pero cuando la red es laxa y difusa, el gobierno podría optar por imponer sus decisiones sin dar pie a las consultas con otros actores. Para Martínez Escamilla (1996), la inclusión del enfoque de redes en el análisis de políticas públicas surge principalmente por tres razones: la primera, generada por los cambios en la realidad política de las sociedades, donde el sentido de interdependencia se hace patente: lo que anteriormente era responsabilidad exclusiva del Estado ya no puede ser satisfecho sin la incorporación social.; la segunda razón hace referencia a los sectores y grupos que buscan su inclusión en diversas arenas políticas, que fungen como canales para el intercambio de

información; las colectividades exigen espacios de inclusión para la determinación, diseño y ejecución, lo cual enfrenta al Estado a una amplia gama de prioridades, enfoques y visiones que cada vez dejan más de lado las fronteras público – privadas, generando el reto de continuar con el control jerárquico o vertical, o adentrarse en la coordinación horizontal. Como tercera razón se encuentran los avances metodológicos con origen en la sociología de las organizaciones, administración, análisis de redes sociales y análisis matemáticos.

Desde el punto de vista de Mayntz (1994), “*la noción de policy networks no representa tanto una perspectiva analítica nueva, sino señales de un cambio real en la estructura de la política*”. Este autor aborda la necesidad de una función mediadora entre actores gubernamentales y de la sociedad basada principalmente en comunicación multidireccional, reconocimiento de significados, saberes y percepciones, incrementando de esta forma una vinculación donde resalte la confianza mutua. Allí donde se desarrollan redes de políticas, el gobierno pasa de ser el más alto eslabón jerárquico a un agente más que interactúa en el proceso de consenso, negociación, formación e implementación de una política (Mayntz R. , 2001). Después de todo, las *policy networks* reflejan los cambios que permean a través de la relación Estado – Sociedad; todo tipo de acercamiento entre actores gubernamentales y de grupos de interés abre la posibilidad para que estos últimos ejerzan presión a los primeros para que el enfoque de sus demandas se vea plasmado en la política a desarrollar.

En una comunidad política, la interacción de alta calidad y frecuente entre sus participantes determina que sea fácil llegar a un consenso sobre qué reglas, procedimientos y normas prevalecen en la elaboración de políticas. Ese consenso permite determinar qué problemas van a ser tratados, el contenido de los mismos, así como la forma en que deben ser resueltos.

Para el alemán Frans van Waarden (1992) existen siete dimensiones que caracterizan a las redes, basadas principalmente en la estructura y la interacción (cuadro 2):

1. Actores. Estos son en mayoría miembros en el rol de organización representativa y pueden a veces ser considerados organizaciones. Sus características son importantes para los atributos de las *network* como categorías explicativas; entre estas se encuentran sus necesidades e intereses, las cuales forman las bases de la interdependencia y dan origen a la estructura de la *network* en primer lugar; las estructuras, capacidades, recursos, formas de gobierno, el grado de profesionalización, su mandato, concepción del rol y actitudes.
2. Funciones. Estas dependen de las necesidades, intenciones, recursos y estrategias de los actores involucrados: canales de acceso a los procesos de toma de decisiones, consultoría o intercambio de información, negociación (recursos para movilización), coordinación de otras acciones independientes, cooperación en formación de políticas, implementación y legitimación. Una importante categoría es además la amplitud de las cuestiones políticas. El tipo de función depende de la naturaleza de las relaciones, es así que la negociación presupone conflictos o competición. En el caso de la concertación y cooperación, los grupos sociales participan por sí mismos en la toma de decisiones. La mutua interdependencia es más simétrica, y por lo tanto la relación es multisectorial.
3. Estructura. Las categorías en esta dimensión son: el tamaño de la *network* (determinado por el número de actores), los límites (abiertos y que fluyen, o cerrados y monopolistas), el tipo de miembros (participación voluntaria u obligatoria, que a su vez determina el que los actores perciban la *network* como un problema o una oportunidad). Otras categorías son los vínculos de las partes (caóticas u ordenadas),

la intensidad de la fuerza de las relaciones (frecuencia y duración de la interacción), la densidad o multiplicidad, la simetría o reciprocidad de las interconexiones, la agrupación o diferenciación en las sub – *network*, la vinculación o tipo de coordinación (autoridad de jerarquía, consultoría horizontal y negociación), superposición de los miembros, enclavamiento de las relaciones de los líderes, frecuencia de movilidad del personal de una organización a otra, centralismo (ninguno, pluricéntrico o unidad central), grado de delegación de competencias para la toma de decisiones a unidades centrales y medidas de control por participantes de la *network*, la naturaleza de las relaciones (conflictual, competitiva o cooperativa) y la estabilidad. Varias de estas categorías están interrelacionadas.

4. Institucionalización. Se refiere al carácter formal de la estructura de la *network* y la estabilidad. El grado de institucionalización dependerá de sus características estructurales, así la institucionalización tenderá a ser mejor en *network* cerradas, con miembros obligados, eslabones ordenados, alta intensidad, multiplicidad y simetría de las relaciones y una unidad política central. En formas intermedias son más permanentes las coaliciones entre un limitado número de actores; las *network* obligadas por organizaciones intermediarias, así como comités tripartitas o agentes asesores semipúblicos, y *network* formales confederadas o federadas (con una unidad jerárquica central o varios grados de autoridad).
5. Reglas de conducta. Las *network* son caracterizadas también por convenciones de interacción o reglas del juego, esto es la base para la percepción del rol, las actitudes, los intereses, la educación social o intelectual de los actores participantes. Algunas dicotomías en las reglas del juego de las *policy network* son: un entendimiento de las relaciones como adversario, expectativas de oportunismo por otros y la organización

entre conflictos e intereses mutuamente reconocidos como el camino normal de dar cosas por hecho, o una búsqueda de consensos, acomodados y apaciguamientos; un comparativo sentido de interés público y bienestar general, secreto de opiniones, politización o entendimiento mutuo para despolitizar las cuestiones y el pragmatismo racionalista o disputas ideológicas.

6. Relaciones de poder. Son caracterizadas por la distribución de recursos y necesidades entre los actores. Así el poder es influenciado por el tamaño de las organizaciones, su grado de centralización o fragmentación, o un monopolio representativo. Cuatro tipos de dominación son: la captura o colonización de agencias de estado por empresas, autonomía del Estado/administración pública vs intereses organizados, instrumentalización o captura de intereses privados por el estado y la simbiosis, o un relativo balance del poder entre las partes con una más intensiva relación. Una específica distribución del poder puede ser un motor para el cambio estructural y del dominio sobre la *network*.
7. Estrategias de los actores. Los actores crean y/o usan *networks* para satisfacer sus necesidades, intereses y objetivos. Son a menudo estructuras construidas; modificando las existentes o creando nuevas. Los cambios en la estructura de la *network* son por lo general ocasionadas por cambios en la estructura interna de las organizaciones involucradas.

Cuadro 1.2

Caracterización de las dimensiones de redes de políticas públicas según Waarden (1992)

ACTORES	FUNCIÓN	ESTRUCTURA	INSTITUCIONALIZACIÓN	REGLAS DE CONDUCTA	RELACIONES DE PODER	ESTRATEGIAS DE LOS ACTORES
<p>Número</p> <p>Tipo</p> <p>Monopolios representacionales</p>	Canales de acceso	Límites	<p>Formalidad de la estructura</p> <p>Estabilidad</p>	<p>Consensos de investigación</p> <p>Ideas de interés para servidores públicos</p> <p>Contactos formales e informales</p> <p>Secrecía</p> <p>Intentos de despolitización</p> <p>Disputas ideológicas</p>	<p>Autonomía de Estado</p> <p>Estado dominante</p> <p>Intereses de la sociedad dominante</p> <p>Balance</p>	Existencia accesible
	Consultoría	Tipos de miembros				Reconocimiento de grupos de interés
	Negociación	Tipo de relaciones				Soporte activo de asociaciones interesadas
	Coordinación	Intensidad				Creación / cambio de asociaciones interesadas
	Cooperación en formación de políticas	Multiplicidad				Delegación de la autoridad estatal
	Cooperación en implementación de políticas	Simetría				Intentos de asociaciones interesadas en destruir
	Delegación de la autoridad pública	Sub agrupamientos				
Apertura de temas políticos	Modelos de enlace					
		Centralismo				
		Estabilidad				
		Naturaleza de las relaciones				

FUENTE: Elaboración propia, a partir de información del autor.

Jordan y Schubert (1992), consideran que la red de políticas abarca diferentes tipos de relación que existen entre el Estado y los grupos de interés, proponiendo una tipología con tres criterios dicotómicos:

1. Nivel de institucionalización: estable, inestable,
2. Alcance de la configuración de hechura de políticas: sectorial, trans-sectorial, y
3. Número de participantes: restringida, abierta.

Para estos autores la organización en redes puede ser vista como respuesta a condiciones cambiantes en las democracias modernas: la primera de estas correspondiente al fortalecimiento de la sociedad organizada, caracterizada por el aumento en cantidad e importancia de los actores colectivos. La segunda originada por la creciente intervención y descentralización del Estado en la producción de políticas; por último, a nuevos constreñimientos a la autonomía del Estado por las organizaciones supranacionales. Consideran dos tipos de relaciones entre el Estado y los grupos de interés: una originada por la competencia entre los grupos de interés para poder tener acceso e influencia a la definición y elaboración de las políticas, y la otra donde se genera la cooperación entre los grupos de interés y el Estado.

Señalan así mismo dos perspectivas: el pluralismo y el corporativismo, donde en el primero de estos se asume que el Estado tendrá poca opción de autonomía, pero las políticas que se desarrollen reflejarán un balance de fuerzas entre los actores, donde el Estado asume la responsabilidad plena de los intereses públicos. Por su parte, la perspectiva corporativista ve al Estado como un actor dentro de un ejercicio de negociación con resultados a favor de un bien político en común y políticas consistentes.

Para los estudiosos de las redes de políticas públicas, el británico Roderick Arthur William Rhodes es considerado como uno de los principales exponentes del análisis de redes de políticas públicas; junto con David Marsh sin duda son los autores más referidos respecto a la descripción de las redes de políticas públicas. Estos investigadores (Rhodes & Marsh, 1992) sugirieron en un principio la necesidad de integrar dos aspectos separados pero relacionados que afectan los resultados de las políticas: la estructura de la red y la interacción de los actores en la red. Para estos autores, los modelos tradicionales de intermediación de intereses eran incapaces de dar cuenta de las diferentes formas de relaciones entre actores públicos y privados en diversos ámbitos sectoriales.

En su diseño consideran lo estructural porque prescribe los asuntos a discutir y cómo deben ser estos tratados. Se contienen reglas e imperativos organizacionales. Pero al mismo tiempo, son los propios actores quienes interpretan, construyen y reconstruyen las redes al elegir determinadas opciones, negociar determinadas políticas y romper interrelaciones. Establecen la definición de red como “*Un grupo o complejo de organizaciones conectadas entre sí por dependencias de recursos, y distinguidas de otros grupos o complejos por rupturas en las estructuras de dependencias*”.

Es así como las redes pueden diferenciarse entre sí por rasgos estructurales tales como el número de miembros, estilo de interacción que dominan y distribución de recursos, los cuales varían a lo largo de un continuo que oscila entre las *policy communities* caracterizadas por su alta integración, estabilidad y consistencia de un lado, y por el otro las *issue networks* o redes temáticas, débilmente integradas e inestables; las redes profesionales (*professional networks*), las intergubernamentales y de productores (*producer networks*) se encuentran en medio de dichos extremos. La tipología que Rhodes y Marsh (1992) desarrollaron según el

grado de integración de sus miembros y la distribución de los recursos entre ellos se muestra en el cuadro número 3.

Cuadro 1.3

Tipología de redes de políticas públicas según Rhodes y Marsh (1992)

CATEGORÍA	DIMENSIÓN	POLICY COMMUNITY	ISSUE NETWORK
Miembros	Número de participantes	Muy limitado, algunos grupos excluidos conscientemente	Muchos
	Tipo de interés	Dominio de intereses económico/profesional.	Amplio rango de intereses afectados
Integración	Frecuencia de interacción	Frecuente, alta calidad, interacción de todos los grupos sobre todas las materias vinculadas con las políticas de referencia.	Los contactos fluctúan en frecuencia e intensidad.
	Continuidad	Miembros, valores básicos y resultados persisten en el tiempo.	Acceso fluctuante
	Consenso	Todos los participantes comparten valores básicos y aceptan la legitimidad de los resultados.	Cierto grado de acuerdo, pero conflicto presente.
Recursos	Distribución de recursos dentro de la red	Todos los participantes poseen recursos. La relación básica es una relación de intercambio.	Algunos participantes poseen recursos, pero son limitados. La relación básica es la consulta.
	Distribución de recursos dentro de las organizaciones participantes	Jerarquía, los líderes pueden deliberar con los miembros.	Variada, distribución variable y capacidad para regular a los miembros.
Poder	Poder	Equilibrio de poder entre los miembros. Aunque un grupo puede dominar, debe tratarse de un juego de suma positiva para que la comunidad persista.	Poderes desiguales, que reflejan recursos desiguales y acceso desigual. Juego de suma nula.

FUENTE: Elaboración propia con datos de los autores.

El cuadro anterior muestra, por un lado, la categorización de variables estructurales y de interrelación y cómo estas se reinterpretan en dos principales tipos de redes: las *policy community* y las *issue network*, las cuales representan una guía para la identificación y diferenciación de las redes que se estudiaron en esta investigación.

A partir de esta clasificación, Rhodes (2007) establece una serie de afirmaciones:

1. Las redes de políticas públicas no son exclusivas, pueden tener dos niveles: central y periférico, con una clara distinción entre quiénes tienen recursos y quiénes no,
2. Se distinguen cuatro categorías de cambio exógeno a la red que ejercen influencia: económica/de mercado, ideológica, conocimiento/técnica e institucional,
3. El cambio de las redes de políticas públicas puede ser endógeno; existen para que las relaciones sean rutinarias, continuas y estables.

El concepto de “*policy networks*” ayuda a clasificar los patrones de relaciones entre los gobiernos y los grupos de interés. No obstante, Rhodes y Marsh (1992) resaltan que el enfoque debe utilizarse junto con otras teorías para proveer una explicación completa del proceso político y sus resultados. Admiten la necesidad de integrar el modelo de redes con un análisis micro y macro para que tenga valor explicativo, donde en el nivel micro es necesario utilizar un modelo de comportamiento individual y grupal que permita analizar cómo actúan los miembros en la red, así como un análisis de nivel macro que dé cuenta de la relación entre el Estado y la sociedad civil.

Para Rhodes (2007) al igual que para Cristina Zurbriggen (2011), la operación de redes son básicas para la generación y operación de políticas públicas, mismas que no estarán sujetas únicamente a la voluntad del Estado, pues a efecto de incrementar su rendimiento y

resultado habrá que reconocer que las características organizativas actuales de los gobiernos y el cambio de los escenarios políticos hacen necesario repensar las formas de gestión.

En la concepción de Börzel (1997), las redes representan un *“Conjunto relativamente estable de relaciones de naturaleza no jerárquica e interdependiente que vinculan a una diversidad de actores, que comparten un interés común sobre una política y que intercambian recursos para conseguir este interés compartido, a sabiendas de que la cooperación es la mejor forma de conseguir los objetivos”*. Así mismo, describe una serie de ventajas:

- Las redes son útiles en la formulación de políticas al enriquecerlas con información y conocimiento existente,
- Generan mayor aceptación social,
- Incorporan un ejercicio democrático al considerar la variedad de intereses y valores,
- Permiten a los gobiernos dirigir las necesidades y problemas sociales incluso cuando las capacidades están limitadas,
- Promueven el intercambio mutuo de información,
- Reequilibran las asimetrías de poder,
- Reducen la incertidumbre,
- Median en los conflictos,
- Ofrecen sistemas de incentivos; aportan estabilidad necesaria para el desarrollo social, y
- Reducen costos y mayor efectividad en sus resultados

Mark Evans (1998) considera al análisis de redes de políticas públicas como un método innovador para estudiar las formas de gobernabilidad, donde las redes se ubican en un nivel

meso, ya que el macro deja de lado los procesos de mediación y un análisis micro pasa por alto el efecto de los factores estructurales. Determina cuatro enfoques que se desarrollan en la política de Gran Bretaña y que se sintetizan en el cuadro número 4:

- A) Interacción grupal: una red de política pública pasa por toda una gama de instituciones, en lugar de ser una institución integrada por miembros que compartan una misma visión e intereses.
- B) Interacción personal: denominada también como Enfoque Antropológico, se basa en la estructura y agencia de los individuos que de ella participan, lo cual determina sus límites, el comportamiento, las negociaciones y sus resultados. Analiza cómo se utilizan las redes para transmitir valores a actores nuevos y cómo éstos se reproducen e interpretan a través de mecanismos de inclusión y exclusión. Un antecedente a este enfoque fue desarrollado por Hecló (1978), a través de análisis cualitativos de las redes, donde establece tres relaciones causales: 1) la toma de decisiones se caracteriza por una comunidad cerrada compuesta de élites privilegiadas; 2) los resultados son producto de la compleja interacción entre dichos actores y sus ambientes; y 3) el comportamiento de la red es producto de su ambiente. De esta forma, las políticas se determinan por las acciones y las interpretaciones de los actores de élite, cuya continuidad depende de sistemas de creencias comunes. Si bien los factores exógenos afectan el proceso de elaboración de políticas públicas, existe una red de relaciones, reglas y tradiciones que amortiguan los efectos.
- C) Análisis formal de Redes. Para Evans (1998) existen dos escuelas: el estructuralismo débil y el fuerte. el primero se basa en Rhodes (1992), y se focaliza en un análisis de niveles macro y meso a través de cinco propuestas: 1) cualquier organización depende de otra en término de recursos; 2) para lograr sus metas, las organizaciones tienen que

intercambiar recursos; 3) aunque la toma de decisiones dentro de la organización es limitada por otras organizaciones, siempre existirá una coalición dominante que determinará qué problemática tiene mayor peso y los recursos que se buscarán; 4) la coalición dominante emplea estrategias para regular el proceso de intercambio, a través de reglas del juego ya conocidas; y 5) las variaciones en el grado de discrecionalidad son producto de las metas y el poder potencial relativo de las organizaciones que interactúan. El poder está en los recursos, las reglas del juego y el proceso de intercambio entre las redes.

El estructuralismo fuerte por su parte, aborda el análisis de la red como una estructura que atribuye papeles, recursos y capacidades que afectan la manera en que se comportan los grupos y los resultados de las políticas. Analiza las posiciones que ocupan los actores, sus relaciones y conexiones, más que los atributos de los individuos que las integran. Corresponde a un método de análisis descriptivo a partir de datos cuantitativos. No refleja la calidad de las interacciones ni el grado de influencia de los actores, deja de lado la función de estos como negociadores, constructores y deconstructores, a partir de sus percepciones y agencia.

D) Análisis Integrador. Esta tipología da un enfoque de nivel meso y se centra en la interacción entre estructura, agencia y relación y sus efectos en la continuidad de las políticas y un cambio entre las redes y los actores. Si bien la red da forma, interpreta y reinterpreta los resultados de las políticas públicas, los actores son quienes interpretan, reinterpretan y limitan a la Red. Para Evans, en palabras de Marsh y Smith *“Son los agentes quienes eligen las opciones de las políticas públicas, y son ellos quienes negocian y entran en conflicto [...] en consecuencia, las relaciones dentro de las redes son dialécticas [...] el reconocimiento de lo formal y de lo informal, de*

lo institucional y de lo interpersonal destaca un aspecto dialéctico de las redes”

(Evans, 1998).

Cuadro 1.4

Enfoques del estudio de redes de políticas públicas, según Evans (1998)

ENFOQUE	ÉNFASIS	DEBILIDADES
Interacción Grupal	<ul style="list-style-type: none"> Describe las relaciones entre grupos y funcionarios públicos en los sectores y subsectores de las políticas. Subraya la existencia de grupos internos legitimados y aboga por la defensa del pluralismo con base en el hecho de que la red enfrenta poderes y amenazas de contrapeso de grupos que pretenden ingresar a ella. 	<ul style="list-style-type: none"> Desinterés por el impacto de la estructura sobre la red. Las redes son una etiqueta conveniente para describir las relaciones entre los grupos y el gobierno.
Interacción Personal	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque antropológico Las redes se basan en la interacción personal Las redes se delimitan por un parentesco común y una cultura convenida. 	<ul style="list-style-type: none"> Centrado en el papel de los individuos y su visión de la red, en lugar de hacerlo en las redes como estructuras o instituciones que influyen en los actores.
Análisis Formal	<ul style="list-style-type: none"> Basado en el estructuralismo débil y fuerte. Las redes importan en tanto atribuyen papeles, recursos y capacidades. La unidad de análisis son las entidades corporativas dentro de los campos de las políticas públicas particulares. El estructuralismo débil destaca la interacción entre los factores exógenos y el comportamiento de la red. Para el estructuralismo fuerte los actores con posiciones de influencia dentro de las redes son grupos con reputación por sus influencias y contactos. 	<ul style="list-style-type: none"> No se adentra en las barreras de las relaciones para la elaboración de las políticas públicas. No se conceptualiza la relación estructura – agencia.
Enfoque Integrador	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de nivel meso, enfocado al estudio de la estructura y la agencia. 	<ul style="list-style-type: none"> limitada investigación empírica.

FUENTE: Elaboración propia, a partir de datos del autor.

El enfoque dialéctico fue inicialmente abordado por Benson (1977) al analizar las organizaciones y determinar cuatro dimensiones en su construcción: producción social, totalidad, contradicción y praxis:

- Producción social. Las redes no son fijas, sus características son resultado de una construcción social permanente donde intervienen factores tales como el poder, dependencias, metas, coaliciones dominantes, sistemas reconocidos, procesos de intercambio y reglas del juego. A través de las explicaciones dialécticas se explora a los actores, su concepción de la red, limitantes, poder, recursos y medios para la negociación, para establecer patrones de vida organizacional. Para Benson, existen tres principios en la construcción social: las ideas y acciones, los intereses y el poder; la Red permanentemente aporta, algunas veces con un interés específico y en otras de forma automática, como una respuesta al cambio político. Su capacidad de respuesta y adaptación radica en su solidez. Los intereses tienen que ver con la estructura y el poder muestra la capacidad de los participantes para controlar la dirección de las políticas públicas
- Totalidad. Una red de políticas públicas no es un hecho aislado, sino más bien forma parte de un todo, de un sistema económico y político macro; para Benson, intervienen dos niveles de realidad organizacional: en el primero la morfología, la cual determina a una organización oficialmente impuesta y convencionalmente aceptada; en el segundo nivel la subestructura, la cual va a generar adecuaciones a la morfología inicial de la red, con intervención de quienes participan en ella y su interrelación con la sociedad. Desde el punto de vista de la totalidad, el foco del análisis de las redes

de políticas públicas debiera ser el proceso de interrelación y negociación, donde son básicos los intereses de los actores y su poder para producir y mantener la red.

- Contradicción. En palabras de Benson (1977) *“El orden social que se produce en el proceso de la construcción social contiene rupturas, incongruencias e incompatibilidades en el tejido de la vida social. Los rompimientos radicales con el orden presente son posibles gracias a las contradicciones”*.
- Praxis. Los actores de la Red debieran generar cotidianamente nuevas propuestas para su diario quehacer, pues de esto depende su sobrevivencia dentro de la misma: es básica la capacidad de adaptación y el dinamismo pues de ello depende también su desarrollo ascendente, esto es, su rendimiento y sostenibilidad.

Martin J. Smith (1993), considera al análisis de redes de políticas públicas como una herramienta del nivel meso que explica el comportamiento de áreas específicas del Estado. Analiza el proceso de políticas a partir del estudio de áreas tales como negocios, comercio, salud y agricultura en los países de Gran Bretaña y Estados Unidos. Para este autor, las relaciones entre grupos de interés y el Estado varían de acuerdo a dos condiciones: la forma como la política es construida y los tipos de política que se desarrollan; genera seis propuestas sobre la relación entre las Redes y la autonomía del Estado.

1. El tipo de relaciones varía con el tiempo,
2. Los actores estatales tienen intereses que definen el desarrollo de las políticas y de las redes de políticas públicas,
3. La autonomía del Estado en la formulación e implementación se ve afectada por los tipos de Redes de Políticas Públicas existentes,

4. Los tipos de redes definen los impactos de las políticas públicas,
5. Cada tipo de red aporta el contexto para entender el papel de los grupos de interés en la formulación de las políticas, representan las ideologías y los procesos previos, y
6. Los tipos de redes afectan la forma en que cambian las políticas públicas.

Entre sus conclusiones, señala que será más probable que las comunidades de políticas se desarrollen donde existe dependencia del Estado respecto a los grupos para la implementación, así como donde los grupos de interés poseen variedad de recursos que pueden intercambiar. Por otra parte, las redes de asuntos se desarrollan en áreas de menor importancia para el gobierno, de gran controversia política o en nuevas áreas temáticas donde los intereses no han sido institucionalizados.

Klijn (1998) plantea tres características importantes de las redes de políticas públicas: existen debido a las interdependencias entre actores, constan de una diversidad de actores cada uno de los cuales tiene sus propias metas, y son relaciones de naturaleza más o menos duradera entre actores: *Las redes de políticas públicas son patrones más o menos estables de relaciones sociales entre actores interdependientes, que toman forma en torno a problemas y/o programas políticos.*

Agustí Cerrillo (2005) toma de Klijn (1998) las características de las redes que permiten comprender los procesos e interacciones que se llevan a cabo al interior de su estructura:

1. Pluralidad de actores y objetivos. Cada red tiene diferente peso en el proceso de reestructuración e implementación de las políticas. Los actores requieren de otros actores que disponen de recursos que requieren los cuales no pueden ser obtenidos por sí mismos, algunos fungen como estrategias, otros como ejecutores o bien como

facilitadores; de ahí la necesidad de conocer cuáles son sus recursos, nivel de representatividad, información disponible y estrategias.

2. Interdependencia. Es una precondition donde los actores se necesitan unos a otros, debido a la falta de un control total sobre ciertos recursos que son necesarios para una acción determinada, motivo por el cual se vinculan de manera voluntaria a fin de obtenerlos conforme a sus objetivos. Estos mismos recursos a la vez determinan la adhesión a una red, estimulan algunos tipos de conductas, impulsan o debilitan a sus actores. Los actores persiguen objetivos comunes que no pueden obtener por sí mismos; de esta necesidad nace la interdependencia, dado que los actores requieren el apoyo en la definición e implementación de las políticas. El grado de interdependencia dependerá de los actores, objetivos, recursos y funciones, y su dinamismo, de las relaciones tanto al interior como en su interacción con otras. Una regla de oro: todos los actores que intervienen tienen algo que ganar.
3. Interacción entre actores: A menor número de actores inmiscuidos en una política pública, menor será el resultado: es necesario el consenso de intereses, objetivos y estrategias; de esta forma, la interacción funge como medio para el establecimiento de canales de comunicación e intercambio de información, experiencia y recursos.

Sin duda, uno de los fines principales de toda red de políticas públicas es la cooperación dado su carácter interactivo que promueve la organización de los grupos participantes. Para Carlsson (2000) estas se entienden como

“Entidades específicas para atender problemas, organizando un área de política mediante distintas formas de acción colectiva, misma que se impulsa cuando los actores están de acuerdo en que existe un problema, lo definen y acuerdan el tipo de acciones que se pueden realizar o no”.

Habrá que considerarse que, así como existen fuerzas que sinergizan el actuar consensuado en respuesta a su apertura, la eficacia de una red puede verse amenazada por la misma: a mayor inclusión, se incrementa la dificultad de funcionamiento y en consecuencia un complicado proceso negociador que puede repercutir en mayor desgaste de los actores, objetivos y actividades débilmente clarificadas y resultados dispersos. Involucran un rango mayor de intereses en un campo específico de políticas y por lo tanto movilizan el proceso de elaboración de las mismas en la dirección de modelos deliberativos de democracia. Guy Peters (2007) las considera como:

“Aparatos más democráticos en comparación con las formas tradicionales de inclusión que el Estado emplea, al ser más capaces de poner sobre la mesa de las negociaciones una diversidad de intereses, ser capaces de deliberar abiertamente y movilizar las voluntades en la dirección que sea más acorde”.

La idea de la red sugiere la manera en la cual burócratas, políticos, expertos y representantes de grupos de interés situados en un laberinto de organizaciones públicas y privadas que gobiernan un sector de la política se interconectan. Los actores en la red discuten problemas públicos e idean generalmente los instrumentos para su solución. En un cierto plazo estas interacciones pueden crear lazos parcialmente institucionalizados. Las conexiones cercanas entre el aparato del Estado, las diversas organizaciones de la sociedad civil y el sector privado, borran los límites entre el Estado y la sociedad; es la política horizontal (Zurbriggen, 2011).

La coordinación horizontal se basa en la negociación entre los representantes de las organizaciones quienes actúan sujetos al control de los miembros de su organización. Esta dinámica al interior de una red tiene por objeto mantener la fiabilidad de sus compromisos hechos en la negociación inter-organizacional y genera:

1. Resultados colectivos a pesar de los intereses divergentes de sus miembros, a través de la negociación voluntaria (Mayntz R. , 2001). Las negociaciones se basan en la comunicación y confianza que apuntala al logro de resultados comunes, lo que favorece la consolidación institucional (Scharpf 1993), separación temporal y espacial de la búsqueda de soluciones comunes de la distribución de costos y beneficios.
2. Provisión de vínculos adicionales e informales entre las arenas de toma de decisiones inter e intra organizacionales, basados en la comunicación y confianza, incrementando el esfuerzo vinculado eficaz entre diferentes organizaciones con independencia de las relaciones formales entre ellos.
3. Información, comunicación y ejercicio de influencia en la preparación de las decisiones. La interacción en las redes no está expuesta a restricciones tales como reglas formales o asignaciones de responsabilidades.
4. Reducción de los costos de transacción en situaciones de toma de decisiones complejas.
5. Conocimiento común, experiencia y orientación normativa a través del intercambio mutuo de información.
6. Equilibrio entre las asimetrías de poder.

Rhodes y Marsh (1992) ven a las relaciones como un juego complejo en el que varios niveles de gobierno son interdependientes, generan interacciones entre los actores, que crean y sustentan los patrones de relaciones e intercambian recursos. El término ‘interdependencias’ implica que siempre habrá alguna ganancia para los actores involucrados. Esto puede ser el resultado de intereses más o menos articulados en un sector de política específico.

Los actores son dependientes de los demás en tanto que necesitan de los recursos de aquellos para alcanzar sus metas. Requieren de los otros en virtud de las interdependencias que existen, pero al mismo tiempo, intentan dirigirse hacia sus propias preferencias. Esto conlleva a una interacción compleja y a procesos de negociación. La principal función de la red es superar los problemas de la acción colectiva, restringiendo los comportamientos egoístas y oportunistas; se basa en la comunicación, reduce los costos de transacción e información, disminuye incertidumbre y crea confianza entre los actores.

Las preferencias de los actores cambian a lo largo de la interacción. Como resultado de una situación en la que hay muchos actores con estrategias distintas y gran variedad de objetivos, los actores no pueden saber con antelación cuáles resultados ocurrirán probablemente y cuáles objetivos encontrarán en el proceso. Esto significa que la interacción estratégica es una característica sobresaliente de los procesos en las redes, de allí la importancia de indagar hasta qué punto las tradiciones estatales, los arreglos constitucionales, la estructura burocrática y la cultura política afectan la administración de políticas públicas.

Las redes se presentan como la solución a los problemas de coordinación en las sociedades modernas. Como señala Börzel (1997):

“En un entorno dinámico y crecientemente complejo, donde la coordinación jerárquica tiende a dificultarse si no a imposibilitarse, y la potencia de la de-regulación está limitada debido a los problemas de fallos de mercado, la gobernación se hace cada vez más factible sólo en los “policy networks”, proveyendo una estructura para la coordinación horizontal eficiente de los intereses y las acciones de los actores corporativos públicos y privados, mutuamente dependientes de sus recursos”.

Ignacio Porrás (2001) considera que la principal utilidad del enfoque de redes de políticas públicas es conceptual, ya que se acerca a las formas por las cuales se vinculan los actores involucrados en la formulación, decisión y ejecución. Aborda una metodología de investigación a partir de la experiencia de estudio en la Cámara Agropecuaria del Oriente de

Bolivia, donde su planteamiento fue el determinar cómo y en qué medida el proceso de reformas estructurales de mercado ha alterado las estrategias mediante las cuales los actores tratan de ejercer presión en la esfera gubernamental, así como la identificación de los factores críticos durante dicho proceso; desarrolló tres niveles de análisis: de discursos y preferencias, de la red intraorganizacional y de la estructura de las relaciones entre la Cámara Agropecuaria y sus entidades afiliadas con el sector privado.

Para este autor una red de políticas públicas representa una estructura configurada por vínculos, más o menos estables, que mantienen un determinado número de actores públicos y privados, que intercambian recursos (materiales e inmateriales) en razón de su mutua dependencia, en el proceso de formulación, decisión y ejecución de las políticas al interior de un determinado ámbito sectorial o subsectorial. Hace tres interpretaciones de las redes:

1. Como metáfora. Una noción general que facilitaba el análisis en los niveles meso y micro, sin que se viera desbordado por las características concretas de una tipología de intermediación de intereses que permitiera mantener los elementos centrales en sus perspectivas macro.
2. Como una fuerza específica de gobierno. Las sociedades modernas se encuentran en la actualidad fragmentadas, divididas en subsistemas cerrados y autónomos que funcionan como campos autorreferidos, lo que dificulta las posibilidades de abordar perspectivas globales. Considera por esto que la estructura relacional será la que definirá un nuevo mecanismo de movilización de recursos entre los agentes, lo que representa un nuevo modelo de coordinación horizontal.
3. Como una interpretación conceptual, al permitir acercarse a las múltiples y complejas formas por las cuales en la actualidad se vinculan los actores involucrados en la determinación y hechura de las políticas públicas.

Porras (2015) desarrolla un modelo basado en dos dimensiones: análisis global y posicional. El análisis global retoma propiedades estructurales de modelos de análisis de autores como Rhodes (1992) y Waarden (1992): el tamaño o número de actores, los intereses involucrados, número de interacciones existentes en relación con el número potencial, la intensidad o frecuencia y volumen de los recursos intercambiados, duración de las relaciones y autonomía o permeabilidad hacia actores que son percibidos como ajenos a la red.

Para la dimensión posicional, el principio que para Porras tiene mayor representatividad es la centralidad, dado que en esta se concentra el mayor número de recursos, funciones y competencias; para esto, categoriza a los actores en tres tipos: centrales, los cuales participan permanentemente y definen de forma directa los resultados; los actores intermedios quienes, a pesar de no situarse en el centro, influyen a través de alianzas; por último, los actores periféricos, ubicados en las zonas más distantes de la red y raramente consiguen influenciar en el centro. Su ubicación marginal lo aleja del consenso y por tanto, puede representar una amenaza.

Analizar las redes de políticas públicas permite adentrarse en el estudio del origen y los efectos de los resultados obtenidos a través de la aplicación de una política pública, de la pertinencia de su consecución, de ser sujeta de modificaciones y, sobre todo, si es realmente de utilidad en la resolución de problemas públicos.

En una red siempre una de las partes buscará incluir lo excluido y negociar lo innegociable: hacer patente su poder y poner a prueba su capacidad de interrelación. No puede obviarse que el gobierno seguirá ocupando una posición central: es quien mantiene el poder legítimo y la facultad de resolver conflictos a través del mismo, así como el mayor peso en aspectos normativos y de movilización de recursos.

1.2. Operación De Las Redes De Políticas Públicas En La Promoción De La Salud

A partir del siglo XVII la visión referente al proceso salud – enfermedad toma un carácter de colectividad: la evolución del comercio y la industria que obliga a la movilidad poblacional y cuyo efecto principal es la diseminación de enfermedades hace ver que su adquisición no depende única y exclusivamente del contacto individuo – individuo y que la detención del contagio no depende de la simple administración de medicamentos o vacunas; requiere del estudio de sus determinantes y por consiguiente la mejora de servicios del orden público. Aparece el capitalismo y los compromisos internacionales para controlar la explotación laboral: derechos tales como el descanso del trabajador, mejora del ambiente, agua potable, atención a la salud de la población trabajadora, infantil y de embarazadas fueron, entre otras, legislaciones que dieron pie a la emisión de políticas públicas y al nacimiento de la Salud Pública.

Durante décadas, la emisión y desarrollo de políticas referentes a temas de salud solían realizarse con una evidente falta de relación entre los acontecimientos pasados y su proyección futura. Podría decirse que a pesar del permanente desarrollo de la medicina moderna y la promoción de la salud en el panorama internacional, hasta el día de hoy las instituciones dedicadas a la salud no pueden evitar ir tras los registros de casos de enfermedad.

A inicios del siglo XX, la Oficina Sanitaria Panamericana – hoy reconocida como la Organización Panamericana de la Salud (OPS por sus siglas) - se dedicó a generar información sobre epidemias de importancia regional; esto, como compromiso adquirido

durante la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos celebrada en la ciudad de México en 1901, donde se evidenció la ausencia de datos respecto a la situación salud – enfermedad de la región, que coadyuvasen a orientar las políticas públicas en este tenor. En 1907 se funda la Oficina Internacional de Higiene, encaminada al registro de estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica, sobre todo de aquellas enfermedades que podían representar una amenaza para los países de Europa Occidental. El desarrollo de la Primera Guerra Mundial interrumpió la evolución de la Salud Pública. Es hacia el año de 1920 cuando se retoman las convenciones y acuerdos de la OPS.

En el año de 1945 en San Francisco (E.U.A.), durante la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organizaciones Internacionales, se aprueba por unanimidad el establecimiento de una nueva organización con carácter autónomo focalizado a la salud internacional. En 1946 se aprobó con 61 países firmantes la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, iniciándose formalmente en el año de 1948 (Organización Panamericana de la Salud, 1998); inicia un proceso de absorción y unificación de todas aquellas organizaciones existentes en un único cuerpo intergubernamental cuyas responsabilidades ya no fueron únicamente de registro de enfermedades infecciosas e implementación de acciones para detener su diseminación: a este organismo se le ha conferido el poder para implantar regulaciones y adoptar convenciones y acuerdos entre los países miembros (Frenk & Gómez Dantés, 2007).

Hacia mediados del siglo XX, la estructuración de los servicios de salud se realizó de forma más articulada, a través de financiamiento estatal directo o de subsidios específicos. El Estado se fortaleció como el mayor financiador, planificador, proveedor y regulador de estos. A partir de los años 70's se direccionaron las políticas hacia problemas tales como la

eficiencia en el uso de los recursos y la efectividad en los resultados de los servicios, generándose medidas de regulación y control (Vélez Arango, 2004).

En 1974 surgió el informe titulado “Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses” (más conocido como el Informe Lalonde), elaborado por Marc Lalonde (1974), Secretario de Salud y Bienestar de Canadá, quien se cuestionó la política de salud de Canadá, donde los recursos para el área de la salud se dedicaban fundamentalmente a la organización y mantenimiento de los servicios de salud y muy poco para incidir en aquellos factores condicionantes de enfermedades, tales como los ambientes y los comportamientos o estilos de vida. Lalonde consideró que, si se pretendió mejorar la salud de la población, habría que irse más allá de la atención a la enfermedad: esto representó un primer asomo a los determinantes de salud, donde destacó cuatro grupos:

1. Biología y genética,
2. Medio ambiente y los entornos,
3. Estilos de vida, y
4. El sistema de salud.

Sus aportaciones fueron retomadas en 1979 a través del informe *Healthy People*, que hasta la fecha es un marco de influencia sobre la teoría y práctica de la Salud Pública en todos los países, entre ellos México.

A nivel mundial, la atención a la salud bajo un enfoque preventivo, integral e integrado a través de las diferentes instituciones gubernamentales surgió como respuesta a los objetivos establecidos durante la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud realizada en Alma Atta en septiembre del año de 1978, donde se reconoció a la Atención

Primaria a la Salud (APS) como un componente clave de los sistemas de salud dado su impacto sobre la salud y desarrollo de la población, que se puede aplicar indistintamente del contexto político, cultural y social, conceptualizándola la OMS (1978) como:

“La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”.

Dicho concepto fue incluido en la Declaratoria que se emitió, la cual incorporó diez puntos básicos (2015):

1. La salud es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible es un objetivo social de importancia mundial que exige la intervención de los sectores sociales y económicos, además del de la salud.
2. Es política, social y económicamente inaceptable la desigualdad existente en el estado de salud de la población, y por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.
3. El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para reducir la brecha de salud entre los países en desarrollo y los desarrollados. La promoción y protección de la salud es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido, que contribuye además a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.
4. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.
5. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, a través de la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Su meta era el alcanzar para el

año 2000 un nivel de salud tal que permitiera llevar una vida social y económicamente productiva.

6. La atención primaria de la salud se constituye como el núcleo para el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de un proceso permanente de asistencia sanitaria; incorpora los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver los principales problemas de salud de la comunidad; se basa en la educación sobre los principales problemas de salud y sus métodos de prevención, acciones de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales y el suministro de medicamentos esenciales.
7. La atención primaria de la salud debe involucrar la participación de todos los sectores, en particular las áreas referentes a agricultura, zootecnia, alimentación, industria, educación, vivienda, obras públicas, comunicaciones y otros sectores; se basa en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.
8. Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores.
9. Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo.

10. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales.

Como resultado de los cambios económicos y de comportamiento internacional producto de la globalización, la apertura a nuevas fuentes financieras, los avances tecnológicos y el acceso a la información, las estructuras gubernamentales muestran su desventaja al evidenciar ante la sociedad sus carencias y deficiente eficacia de sus acciones. Aunque el Estado represente la figura de poder no puede afirmarse que es quien posee las mejores capacidades de gobierno; el liderazgo y responsabilidad son roles que comparten Sociedad y Estado.

Las excesivas líneas burocráticas con duplicidad de funciones, el privilegio de asuntos administrativos, legales y financieros antes que el abordaje de las necesidades sociales, la corrupción, el clientelismo, compadrazgo e incluso revanchismo son señalados por Antonio Camou (2001) y Luis Aguilar Villanueva (2007) como factores que pueden desencadenar un estado de ingobernabilidad con la consiguiente pérdida de la credibilidad y descontento social.

Ante esto, el gobierno se enfrenta a dos opciones: retirarse al reconocer sus bajas posibilidades de eficacia y de dar respuesta a las expectativas sociales -cuestión que difícilmente será realizada- o transformarse al redefinir su marco de acción y alcance, con apertura a la generación de nuevos instrumentos de política pública provenientes de otros actores.

Si bien la salud refleja un estado donde prevalecen la equidad y el desarrollo, también representa un indicador de estabilidad social y por lo tanto un escenario apto para la inversión económica, razón por la cual organismos internacionales tales como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud destacan la responsabilidad que todo gobierno posee en el

impulso y gestión de políticas públicas que mejoren este indicador. De ahí que permanentemente los discursos de los gobiernos en todos los niveles destaquen la atención a la salud como una herramienta indispensable para mejorar la calidad de vida y el desarrollo de los pueblos, asumiéndola como un eje rector de toda gestión gubernamental.

Independientemente de la transición sociodemográfica y otras transformaciones inherentes al desarrollo, en la arena de las políticas públicas en salud y a pesar de los discursos, la normatividad en materia de prevención y promoción de la salud se aplica con carácter universal e impersonal, en una escalada de jerarquías donde el gobierno posee libre espacio de ejercicio del poder a través de la obediencia cívica social para de esta forma alcanzar sus objetivos (Camou, 2013). El Informe Mundial de salud del año 2000, emitido por la Organización Mundial de la Salud, destaca la rectoría como una parte imprescindible para la operación y efectividad de las políticas públicas en salud a través de sistemas de regulación y vigilancia aplicados a la población, dirigidos y vigilados por un entramado de dependencias, programas y recursos humanos.

La aplicación sistemática de acciones establecidas en lineamientos y programas estratégicos a simple vista brinda buenos augurios; sin embargo, en el ámbito de la salud al igual que otros dedicados al bienestar social, el ejercicio del poder por un grupo reducido y unilateral que establece y aplica irrestrictamente un marco regulatorio no es suficiente para asegurar un verdadero compromiso y mucho menos impactos eficaces en la salud de la población a mediano y largo plazo.

Para los tomadores de decisiones en materia de salud, se mantiene la percepción de que la población carece de conocimientos respecto a la atención a la salud: el cómo alcanzarla, mantenerla y/o mejorarla; motivo por el cual los gobiernos mantienen estrategias

que, si bien pretenden prevenir problemas de salud, son focalizadas a la limitación del daño y dirigidas a la atención individual más que a una colectividad. Dicho estigma se incrementa en las zonas rurales, marginadas, de difícil acceso y donde los servicios públicos son deficientes o incluso inexistentes.

Un gobierno de nivel nacional u otra institución pueden tratar de imponer control, pero se produce una tensión persistente entre el deseo de intervenir autoritariamente y la dependencia de la aceptación y la acción de otros. Gobernar es siempre, desde esta perspectiva un proceso interactivo porque ningún agente, ya sea público o privado, tiene bastantes conocimientos ni capacidad de emplear recursos para resolver unilateralmente los problemas (Stoker 1998).

Habrá entonces que partir de la plena conciencia de inexistencia de un único actor poseedor de recursos y conocimientos suficientes para resolver los problemas públicos y aceptar que en el diseño y aplicación de políticas públicas existe un continuo, con la autoridad gubernamental en un extremo y del lado contrario, la población beneficiaria de las intervenciones (Araujo, 2004), para de esta forma transitar de un gobierno central que ejerce unilateralmente su autoridad a un sistema flexible y de operación horizontal, donde diversidad de agentes participen de manera plena y democrática en los procesos de definición de problemas, priorización de atención, estructuración e implementación de políticas públicas.

Para alcanzar metas, las organizaciones tienen que intercambiar recursos y negociar propósitos comunes. El resultado del intercambio está determinado no sólo por los recursos de los participantes sino, además, por las reglas del juego y el contexto del intercambio. El resultado político se habría de explicar como consecuencia de la interacción dialéctica de las

intenciones y acciones de los actores inmediatamente implicados y según la lógica o estructura institucional del conjunto de relaciones en las que participan.

Todos los participantes poseen recursos que intercambian en el proceso de elaboración de políticas basado en la negociación, y presume en consecuencia, la capacidad de los grupos de asegurar que sus miembros se sujeten a la decisión. Existe un balance de poder, pues si bien un grupo puede dominar, el tipo de relaciones que desarrolla entre los miembros no es de suma-cero, sino de suma positiva pues todos ganan si la comunidad persiste.

Invariablemente se enuncian términos tales como empoderamiento, organización y participación comunitaria. Se emiten políticas públicas enfocadas a impulsar la acción colectiva para abordar los riesgos de enfermedad e incrementar los determinantes de salud en un entorno específico. Sin embargo, las instituciones de salud poco han ahondado respecto a la operación de redes y la forma como éstas se estructuran e interactúan para mantener sostenibilidad de procesos en materia de salud pública.

Hasta aquí se ha realizado un abordaje de las redes de políticas públicas a lo largo de la historia y a través de sus principales teóricos, así como los enfoques que han dado desde perspectivas macro, meso y micro social, donde se identifica que no existe una fórmula homologada y única para el análisis de su implementación y efectos, aunque sin duda predomina la visión estructural y de la interacción. Tomando como base los aspectos teóricos aquí revisados, en el próximo capítulo se detalla la metodología que se desarrolló para la presente investigación.

La revisión bibliográfica permitió elaborar un marco metodológico y construir una serie de conceptos para las dimensiones de estudio y sus categorías, donde se retomaron los

conceptos establecidos por Waarden (1992) respecto a la estructura de las redes y el análisis posicional de Ignacio Porras (2001). Así mismo, de Robeson (2009) y Shediak (1998) se aborda lo respectivo a sostenibilidad y de Kenis y Provan (2009) su teoría del rendimiento de redes. Sus teorías sirvieron como base para el diseño de las fuentes de información y los aspectos a indagar durante el proceso de investigación.

Capítulo 2

Aspectos Metodológicos

Para El Estudio De Los Casos

CAPÍTULO 2

ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA EL ESTUDIO DE LOS CASOS

Por lo general, los estudios que se realizan respecto a políticas públicas correspondientes al ámbito de la salud se enfocan en el carácter normativo, en la pertinencia de su estructuración, en la formalización en las agendas de salud de los diversos órdenes de gobierno, el establecimiento de procesos de financiamiento, la aplicación y la rendición de cuentas. Se deja de lado el análisis detallado de los procesos a través de los cuales los discursos gubernamentales referentes a la aplicación de programas de salud se procesan en el entorno local. Si es que en realidad se pretenden generar cambios en cuestiones de salud pública es necesario trascender hacia el análisis del entramado de los procesos de gobierno en su interacción con otros actores.

2.1. Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores inherentes a la complejidad estructural de las redes de políticas públicas, la posición y la vinculación, los recursos existentes, el producto de las negociaciones y la permanencia de interdependencias y acciones conjuntas de cuidado personal y del entorno, que determinan la sostenibilidad de los procesos colectivos de salud en comunidades del estado de San Luis Potosí, que se mantienen certificadas como saludables.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la estructura de las redes formales e informales que intervienen en la sostenibilidad de procesos colectivos de salud.
- Determinar los canales de acceso y coordinación entre las redes participantes
- Detallar la posición de los actores en las redes, que se desarrollan como efecto de la aplicación de la estrategia comunidades saludables.
- Contrastar los recursos existentes y obtenidos por la localidad que coadyuvan a la sostenibilidad de procesos colectivos de salud
- Reconocer los procesos colectivos de salud que los habitantes de la comunidad han generado, mantenido y/o mejorado, a partir de su certificación como entorno saludable.
- Rescatar a lo local y sus dinámicas, como actores de las políticas públicas.

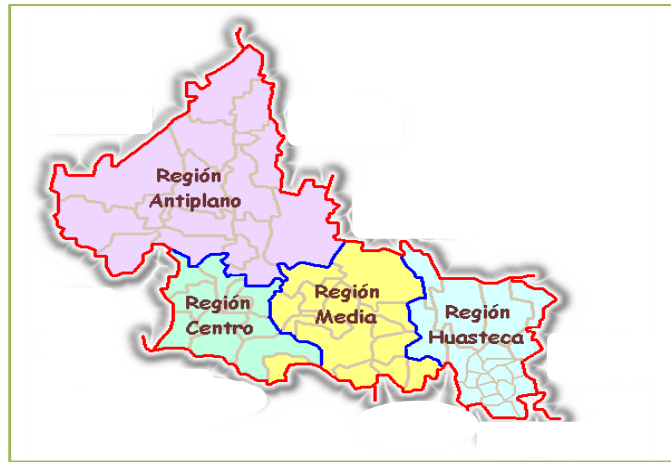
Si bien el análisis de redes en sistemas de salud no genera calificaciones numéricas respecto al comportamiento de los actores y efecto de las intervenciones, representa una herramienta básica para reorientar los servicios de salud pública, influir en sus funciones y procesos, además de definir y resaltar aquellos actores que impulsan la obtención o incremento de recursos tangibles y no tangibles. Los habitantes de la localidad representan el eje fundamental en el aterrizaje operativo de políticas públicas emanadas en los altos niveles jerárquicos, actores quienes a fin de cuentas representan la puerta de entrada a la interacción. En su conjunto representan legítimas oportunidades para la práctica de políticas públicas eficaces y eficientes.

Actualmente, en el Estado de San Luis Potosí no se dispone de un marco metodológico de análisis de redes correspondiente a la operacionalización de políticas públicas para reconocer aspectos primordiales sobre la acción de los sistemas de salud, que contribuya a explicar los procesos a través de los cuales se implementan las políticas en lo local. Priorizar este análisis, permitirá identificar si las redes se constituyen como parte inherente y básica para la aplicación de programas de salud basados en la prevención y promoción a nivel comunitario, si son actores imprescindibles o sólo reutilizables para momentos que exigen evidenciar cumplimiento de acciones y complemento de coberturas de servicios.

El estudio de redes se vislumbra como un campo analítico adecuado para profundizar en el estudio de la aplicación de políticas públicas, programas y estrategias de salud que de estas se derivan: en este caso, la operación de un modelo estatal que pretende ampliar las oportunidades de salud de la población a través de una serie de acciones coordinadas.

De esta forma, el enfoque de análisis de redes de políticas de la presente investigación parte de considerarlo una herramienta analítica para el estudio de la aplicación de políticas públicas en salud, a través de una perspectiva integradora que considere los diferentes factores intervinientes; implica la inclusión de la complejidad estructural así como la actuación y las estrategias en el ámbito político, económico y social de las redes que se identificaron durante la aplicación del estudio en dos localidades que se ubican en la zona huasteca del Estado (figura 2.1) y que, según los registros de los Servicios de salud del Estado de San Luis Potosí, desde el año 2004 mantienen un reconocimiento oficial como entornos saludables. Dichas localidades son Coamíatl, en el municipio de Axtla de Terrazas (figura 2.2) y Cacalacayo, perteneciente al municipio de Tamazunchale (figura 2.3).

Figura 2.1
Zonas del estado de San Luis Potosí



FUENTE: INEGI, 2010.

Figura 2.2
Ubicación geográfica de la localidad Coamíztatl, municipio de Axtla de Terrazas, San Luis Potosí



FUENTE: INEGI, 2017.

Figura 2.3
Ubicación geográfica de la localidad Cacalacayo, municipio de Tamazunchale, San Luis Potosí



FUENTE: INEGI, 2017.

Estas localidades fueron seleccionadas a partir del total de localidades de la región huasteca con alto índice de marginación que, de acuerdo a los datos existentes en el Departamento de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud del estado de San Luis Potosí, están registradas como certificadas y recertificadas. Se eligió esta zona por conveniencia, ya que en esta habita población indígena, lo cual permite adentrarse en las formas de organización propias de la región.

Para analizar una red, debe partirse de identificar a los actores, clarificar cuáles son las expectativas de sus agentes y cómo es usada su influencia política. En segundo lugar, es importante determinar cómo se producen los procesos de intercambio de recursos y de información en su interrelación con otras redes, los mecanismos que generan un sistema de reglamentación, las rutinas informales y los vínculos organizacionales. El desafío se centra en desagregar estas diferentes dimensiones de análisis de una realidad compleja y examinar

si los actores públicos y privados que se relacionan en una arena política se encuentran constreñidos por las reglas de juego de la red y del contexto más general en el que están insertos.

Dado que el propósito de esta investigación consistió en el análisis de las redes que participan en la sostenibilidad de procesos colectivos de salud, el estudio que se desarrolló fue del tipo mixto: cualitativo, ya que, a través de técnicas etnográficas basadas en observación no participante, se identificaron las redes que interactúan, su estructura y las formas de interrelación posicional conforme a la dinámica de operación identificada. Se aplicaron entrevistas estructuradas a la totalidad de los habitantes de las localidades caso para reforzar los datos obtenidos en las observaciones. Se implementaron también entrevistas a actores claves en el proceso decisorio y de operación en los diferentes escenarios, así como trabajo con grupos focales, conformados por las autoridades locales de cada una de las comunidades seleccionadas como casos.

Para el análisis se empleó el análisis de contenidos. Los resultados se desarrollaron en descripciones densas, relacionándolos con las bases teóricas existentes en esta temática conforme a un modelo elaborado exprofeso a partir del modelo de análisis de redes de políticas públicas diseñados por autores tales como Frans Van Waarden (1992), de quien se consideran categorías para el análisis estructural: actores, relaciones y multiplicidad. De Robert Hanneman (2005), se retoma el análisis de centralidad de los actores en una red a través del reconocimiento del grado y proximidad; del analista chileno Ignacio Porras (2001), se aborda el análisis posicional, que incluye además de la centralidad, las categorías de intermediación y prominencia. de Kenis y Provan (2009), se toma el concepto de Rendimiento de Redes, de Paula Robeson (2009) y Shediak (1998), lo concerniente a sostenibilidad.

De acuerdo a la información obtenida y valorando su representatividad para el objeto de estudio, los resultados se presentan además en matrices y grafos; se complementan las descripciones pertinentes con cuadros y tablas, que incluyen datos tales como información sociodemográfica de las localidades y exploraciones de reconocimiento de redes, líderes y funciones entre los habitantes de las localidades en cuestión.

Al indagar acerca del valor que la sociedad posee para determinar una vida saludable y la prioridad que ésta tiene dentro de las demandas sociales y las políticas públicas, que adoptan las representaciones institucionales, se espera:

- a) Identificar los espacios estratégicos para la incidencia política, la participación social (ver más allá de colaborar en la implementación de programas y servicios médicos como un número más para alcanzar una meta comprometida) y el fortalecimiento de la ciudadanía en salud.
- b) Comprender de mejor forma los conflictos de poder y de intereses entre los actores y el nivel de influencia que cada uno de ellos ejerce: la operación de redes.
- c) Una mejor lectura de los elementos implicados –políticas, actores, redes y recursos- que permitan desarrollar esquemas de intervención que posean viabilidad técnica y política.

2.2. Dimensiones de estudio

Para el logro de los objetivos, se han establecido cuatro dimensiones que se abordan en los resultados y cuya definición se desarrolla en los párrafos siguientes:

1. Estructura de la red
2. Posición de los actores

3. Recursos existentes y obtenidos
4. Sostenibilidad de procesos colectivos de salud

DIMENSIÓN ESTRUCTURA DE LA RED

Una estructura que emerge de la interacción entre diferentes organizaciones o individuos los cuales se comunican, coinciden, negocian y colaboran, entre otras acciones, equivale a una red a través de la cual se generan acuerdos y procesos bilaterales o multilaterales. La estructura de una red funge como un filtro para la integración e incorporación de actores que en ella participarán; influye no solo en la eficacia y la sostenibilidad, sino también en la velocidad de transferencia de conocimientos y datos veraces entre los miembros. Sin duda, las interacciones que se desarrollan tanto al interior de la red como con otras, reflejan algo más que flujos de comunicación: su impacto podría también repercutir en el comportamiento de los actores, la apropiación y la transformación de discursos, la reestructuración de líneas, las formas de poder y la adquisición de nuevos conocimientos.

Para Marsh (2000) la estructura de la red afecta tanto el proceso como el resultado político; si es cerrada constriñe la agenda y da lugar a la continuidad de las políticas, mientras que abierta, da lugar a políticas sujetas a múltiples cambios. Una estructura flexible permite a la red evolucionar y responder a los cambios en el entorno. El análisis de la estructura de una red y su nivel de integración, se basa en la identificación de sus componentes, la densidad y la cohesión. Se incorpora el análisis de los lazos entre sus miembros y cómo estos pueden desencadenar oportunidades o restricciones que afecten el acceso a recursos tales como el conocimiento, economía o poder. Puede reflejarse visualmente con una matriz que

esquematice a los actores y sus relaciones, reflejados los primeros a través de puntos (nodos) y los segundos a través de líneas; esto permite pasar de un constructo imaginario a una herramienta operativa tangible (Sanz Menéndez, 2003).

El concepto que se elaboró en este estudio para la dimensión estructura es: *Conjunto de actores que se integran, establecen relaciones y colaboran organizadamente a efecto de generar acceso a recursos tangibles e intangibles de común interés, que les son básicos para la sostenibilidad de procesos colectivos de salud*⁵. Sus categorías son Actores, Relaciones y Multiplicidad.

Categoría Actores.

El punto de partida para identificar una *policy network* es el número de integrantes, seguido por el tipo de actores que se involucran (Waarden, 1992) y que están en una situación de interdependencia al requerir de otros para acceder a mayores recursos y obtener mejores resultados en la arena política, pero habrá que entender que cada uno tiene diferente peso: algunos fungen como estrategias, otros como ejecutores o bien como facilitadores. Para Bernard Enjolras (2010) es básico tener en cuenta el papel de los actores como agentes tanto para el proceso de desarrollo, como de implementación de políticas públicas.

No puede obviarse que cada actor tiene sus objetivos particulares, pero que al conformar parte de una red se auto limitará, al ser consciente que su participación es una consecuencia de sus carencias (Fleury, 2002). Para esta investigación, un actor es un

⁵ Elaboración propia.

*personaje público o privado que se agrupa intencionalmente con otros actores al coincidir en la necesidad de recursos tangibles o simbólicos, compartir ideas y sistemas de organización a partir de sus propias percepciones y valores*⁶. Las subcategorías que se incluirán para la categoría actores serán el tamaño, tipo y número de intereses.

Categoría Relaciones.

Las relaciones sociales tienen un efecto colectivo, porque ayudan a generar confianza y mantener una norma de reciprocidad generalizada. En el caso de una red, los actores persiguen objetivos comunes que no pueden conseguir por sí mismos, ante lo cual las relaciones interdependientes nacen de la necesidad de estos por recabar el apoyo y obtener la participación en la definición e implementación de las políticas.

El grado de relación dependerá tanto de los actores como de sus propios objetivos, recursos y funciones, aunque no habrá de dejarse de lado que en el camino de la interdependencia todos los actores que intervienen tienen algo que ganar. Por tanto, las relaciones se ven como un juego en el que sus participantes deben maniobrar para tomar ventaja. La relación estructural entre las redes de políticas es el elemento crucial en lugar de las relaciones interpersonales entre los individuos en esas instituciones. Por tanto, el poder en las relaciones se ve influido por el tamaño de las organizaciones, su grado de centralización o la fragmentación o el monopolio de representación. Cuatro tipos de dominio en la relación se pueden encontrar en la literatura (Klijn, 1998):

⁶ Elaboración propia.

1. La captura o la colonización de las agencias estatales por negocios (típico del clientelismo)
2. Autonomía de la administración pública estatal frente a los intereses organizados
3. Instrumentalización o captura de intereses privados por el Estado.
4. Simbiosis, o un equilibrio de poder relativo entre ambas partes dentro de una relación bastante intensa.

Las redes son formas de organización relacionales que implican individuos interconectados, grupos o las organizaciones que interactúan entre sí para lograr un objetivo común, convirtiéndose en valiosas herramientas para mejorar la gestión, el intercambio y la creación conjunta de conocimiento, además de la oportunidad de aumentar la capacidad organizacional y en consecuencia el cambio del sistema. Por tanto, las relaciones se conceptualizan como *interconexiones que se desarrollan en una red, que determinan la generación de herramientas que mejoran la identificación, organización, gestión, aplicación y mantenimiento de procesos*⁷. Esta categoría incluye como subcategorías las relaciones caóticas, ordenadas, cooperativas y competitivas.

Categoría Multiplicidad.

La diversidad de actores sociales que influyen en el proceso político, decisión, ejecución o control de actividades públicas, evidencia la existencia de una sociedad multicéntrica, en que se organizan distintos núcleos de unión que, a su vez, tienden a modificar la verticalidad Estado – Sociedad, basada en la reglamentación y la subordinación, hacia una orientación basada en relaciones más horizontales, que favorecen la diversidad y el diálogo (Fleury,

⁷ Elaboración propia.

2002). El Estado ya no es un actor unificado, sino una multiplicidad de actores, en todo caso conectados débilmente entre sí por numerosas reglas que no evitan el predominio de direcciones particulares y específicas por parte de cada uno de sus agentes. Habrá entonces que pasar de considerar caracteres institucionales y comportamientos de actores a plantear dinámicas, relaciones y formas de desarrollar las prácticas sociales, considerando las redes y no los actores como las unidades básicas de análisis. Por tanto, el concepto de multiplicidad empleado se refiere a *diferencias y variaciones entre los actores, las relaciones y los recursos de que dispone una red y que determinan su complejidad*⁸. Las subcategorías son: subagrupaciones y movilidad interna. La dimensión Estructura de la red, sus categorías y subcategorías se sintetizan en el cuadro número 2.1.

Cuadro 2.1
Dimensión de estudio: estructura de la red

CONCEPTO DE LA DIMENSIÓN	CATEGORÍA	CONCEPTO DE LA CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS
Conjunto de actores que se integran, establecen relaciones y colaboran organizadamente a efecto de generar acceso a recursos tangibles e intangibles de común interés, que les son básicos para la sostenibilidad de procesos colectivos de salud.	Actores	Personaje público o privado que se agrupa intencionalmente con otros actores al coincidir en la necesidad de recursos tangibles o simbólicos, compartir ideas y sistemas de organización a partir de sus propias percepciones y valores.	Tamaño
			Tipo
			Número de intereses
	Relaciones	Interconexiones que se desarrollan en una red, que determinan la generación de herramientas que mejoran la identificación, organización, gestión, aplicación y mantenimiento de procesos	Tipo de relaciones
	Multiplicidad	Diferencias y variaciones entre los actores, las relaciones y los recursos de que dispone una red y que determinan su complejidad	Subagrupaciones
			Movilidad Interna

Elaboración propia.

⁸ Elaboración propia.

DIMENSIÓN POSICIÓN DE LOS ACTORES

De acuerdo con Ignacio Porras (2001), para delimitar las fronteras de una red pueden aplicarse dos niveles de análisis: global y posicional. A través de la posición se abordan las propiedades relacionales de los diferentes actores con relación al conjunto de la red.

Para Hanneman (2005), las posiciones que tienen los actores en la red de afiliaciones de grupos, tienen múltiples facetas, reforzando o contradiciendo las posiciones. Los actores pueden estar enlazados a otros de forma cercana en una red relacional, pero pueden estar muy distantes de otros. En el análisis de redes, por lo general, se describe cómo un actor está insertado en una red relacional en la medida que se le imponen restricciones y se le ofrecen oportunidades; de esta forma, los actores que se enfrentan a menos restricciones y tienen más oportunidades que otros, están en posiciones estructurales favorables, esto es, de mayor prominencia.

La definición a emplear para la dimensión posición, es aquella que la señala como *ubicación en la cual se encuentra un actor con relación al conjunto de la red, y que le permite o limita el acceso a relaciones, información y otros recursos tangibles o simbólicos.*⁹ Según Porras (2001), el análisis de posición incorpora tres principios: de centralidad – poder, de intermediario y de prominencia – liderazgo. Dichos principios se tomaron como categorías para esta dimensión de estudio.

⁹ Elaboración propia.

Categoría centralidad – poder

El poder es influenciado por el tamaño de las redes, su grado de centralización o fragmentación, o un monopolio representativo. Una específica distribución del poder puede ser un motor para el cambio estructural y en el dominio sobre la red (Porrás Martínez, 2015). Las relaciones de un actor o la configuración de sus vínculos con los otros actores de alguna manera le confieren beneficios; sin embargo, no son homogéneos para todos los actores ni sus relaciones mutuas representan las mismas fuentes de poder, dado que según sean los recursos que se controlan o poseen, el actor tendrá una posición en la red, determinando con esto las oportunidades de ejercer el poder o limitarlo por parte de otros.

El poder potencial relativo que las organizaciones poseen para interactuar con otras redes es resultado de los recursos con los que disponen, bien sean tangibles o no, así como de su capacidad para establecer y seguir reglas del juego donde intercambiarán más recursos. El poder de cada actor en una red depende de su centralidad y los vínculos exógenos, que le favorecerán con mayor prontitud, acceder a recursos y movilizarlos. Así, el poder reside en el margen de libertad con que dispone un actor, así como la incertidumbre que genera su comportamiento, la cual a su vez incrementa su capacidad de control de otros actores; pero esta incertidumbre debe ser congruente según el recurso deseado y a los intereses de los actores que confluyen en él (Vázquez, 2013).

En muchas redes el poder es compartido, pero en otras, la prominencia y el poder pueden distorsionarse por factores tales como los roles asumidos, la estructura o dirección de la red; cuando esto sucede, algunos de los actores pueden caer en conductas de manipulación hacia otros miembros de la red, generando un cambio en la dirección de la esta hacia su beneficio propio y desventaja de otros; esto genera redes cerradas y monopólicas. El poder puede obtenerse a través de:

- La fuerza, violencia o coacción,
- La persuasión directa, indirecta, subliminal o moral,
- Una autoridad delegada,
- La influencia social o la tradición,
- La pertenencia a una determinada clase social,
- Un carisma personal o colectivo,
- Una pericia o habilidad,
- El conocimiento,
- La comunicación,
- El dinero,
- Las relaciones personales: dominación / sumisión.

Rhodes (1992), configura la Teoría de Dependencia de Poder y establece cinco propuestas principales:

1. Cualquier organización depende de sus contrapartes en cuanto a los recursos;
2. Estas tienen que intercambiar recursos para lograr sus objetivos;
3. Aunque la toma de decisiones en la organización está limitada, la “coalición dominante” mantiene alguna facultad o capacidad;
4. Dicha coalición usa sus estrategias dentro de “las reglas del juego” para regular el proceso de intercambio;

Por tanto, cuanto mayor es el poder, mayor es también su influencia para determinar la forma de interacción y la relación de intercambio, en la cual el poder aumenta al incrementarse los recursos gestionados. Sin embargo, mientras mayor sean estos, se incrementará también la

necesidad de coordinación para su uso o intercambio. Una relación de intercambio se equilibra cuando los actores tienen el mismo poder o nivel de dependencia.

Para Hanneman (2005), los analistas de redes describen la forma en cómo un actor se ubica en una red relacional, en la medida que se le imponen restricciones y se le ofrecen oportunidades. Un actor que se ubica en una posición favorable se enfrenta a menos restricciones y tiene más oportunidades que otros; obtiene mejores ofertas en los intercambios y es receptor de atención por parte de actores con posiciones menos favorables. Al disponer de mayores vínculos, los actores pueden tener formas alternativas de satisfacer necesidades y por tanto son menos dependientes de otros individuos, así como conseguir más del conjunto de los recursos de la red. El hecho de tener más vínculos, les posibilita a menudo ser terceros y permitir intercambios entre otros, pudiéndose beneficiar de esa posición.

De esta forma se evidencia como el actor central, con mayor poder, no es un atributo del individuo, sino un producto de las relaciones de un actor con otros. Se deduce de la ocupación de posiciones ventajosas en las redes de relaciones, cuyas fuentes básicas son el grado, la cercanía y la intermediación.

Para esta investigación, se ha definido a la centralidad como al *punto de la red en el cual se concentra el mayor número de recursos, funciones y competencias*. Para el estudio de esta categoría se consideraron las subcategorías de grado y proximidad.

El grado como medida trata de la centralidad local de un actor con respecto a los actores cercanos; hace referencia al número de otros actores a los cuales un actor está directamente unido. Representa el nivel de la actividad comunicativa.

En el caso de la proximidad, esta es una propiedad por la cual un actor puede estar relacionado a otros, pero sólo a través de una serie de pasos en la red; mide la cercanía o lejanía y representa la independencia o capacidad de llegar a muchos de los otros miembros

de la red, con o sin intermediarios. Los actores pueden ubicarse en la red como centrales, intermedios o periféricos.

De acuerdo a Porras (2001), un actor central es donde está el centro de la decisión de la red, representa al actor que participa día a día en las discusiones políticas y la definición de resultados. Los actores intermedios son aquellos que influyen en el centro de forma discontinua a través de sus alianzas y acceden al centro gracias a la sanción de los actores. Finalmente, los actores periféricos hacen referencia a aquellos quienes se encuentran en las zonas más distantes de la red y que raramente influyen el centro; su marginalidad les aleja del consenso, lo que genera oportunidades para que puedan llegar a amenazarlo.

Categoría Intermediario

El intermediario desempeña un rol destacado similar al de la centralidad, al poder controlar sus interacciones y, por tanto, tener control sobre ciertos caminos de interacción. El intermediario es un tercero neutral y lejano a las dos partes, quien facilita la continuidad de la negociación en caso de que haya un desacuerdo que a simple vista parece irreconciliable (Restrepo & Málaga, 2001).

Para Klijn (1998), la mediación representa un “medio para el establecimiento de canales de comunicación e intercambio de información, experiencia y recursos”. De esta forma, el intermediario trata de influir en las diversas características de las redes, como en la intensidad, la multiplicidad de los proveedores, la simetría, la agrupación y la centralidad de la red, proponiendo estrategias y facilitando los procesos de interacción, los términos de intercambio y la función de la red de acceso, consulta, negociación, coordinación o

cooperación con otras agencias, las cuales pueden dar forma a las relaciones de manera formal o informal, involucrando a grupos de interés en la formación e implementación de las políticas públicas.

Para Fisher, Ury y Patton (1991), el intermediario realiza reuniones conjuntas y separadas con las partes en conflicto, a fin de:

- a) Reducir hostilidades
- b) Establecer comunicación eficaz
- c) Ayudar a las partes a comprender las necesidades e intereses del otro
- d) Formular preguntas que pongan de manifiesto los intereses reales de cada parte.
- e) Plantear y aclarar cuestiones que han sido pasadas por alto o que no han recibido la suficiente atención
- f) Ayudar a las redes a concebir y comunicar nuevas ideas (alternativas)
- g) Reformular en términos más aceptables
- h) Moderar exigencias poco realistas
- i) Comprobar receptividad a nuevas propuestas
- j) Ayudar a formular acuerdos que resuelvan los problemas actuales, salvaguarden las relaciones y permitan prevenir necesidades futuras (parte importante si se piensa en sostenibilidad).

Las redes constituyen un nivel intermediario crucial para entender procesos de movilización, ya que por medio de esas redes las personas interactúan, influyen unas en otras y participan en negociaciones, al mismo tiempo que producen los esquemas cognitivos y de motivación necesarios para la acción colectiva (Fleury, 2002).

Lo anterior conlleva a definir al intermediario como *actor que facilita los procesos de acceso, interacción, consulta, negociación o cooperación entre redes, produciendo los esquemas cognitivos y de motivación necesarios para la acción colectiva*¹⁰. Para esta categoría se consideraron las subcategorías identificación y formas de coordinación.

Categoría prominencia – liderazgo

Todos los actores tienen recursos que intercambian en el proceso de interrelación y negociación, evidenciando la capacidad del líder de la red para asegurar que sus integrantes se sujeten a la decisión (Zurbriggen, 2011). Formal o informalmente, los líderes actúan como agentes de cambio, mentores o expertos de opinión en su ámbito. Robeson (2009) destaca capacidades que todo líder debe desarrollar:

1. Compromiso social. Interés por el bienestar del entorno donde habita. Capacidad de ayuda voluntaria sin fines de lucro, sólo por la satisfacción propia.
2. Tutoría y coaching. Poseedor de competencias y habilidades para la realización de tareas, las cuales sabe transmitir a través del acompañamiento.
3. Dominio de la arena. Experto en el tema, conocedor por aprendizaje y vivencias.
4. Innovación. Capacidad para generar mejoras desarrollando adaptaciones o nuevas acciones.
5. Motivación. Provocar, dirigir y mantener la conducta hacia un propósito en común.
6. Generación de aprendizajes. Capacidad de compartir el propio conocimiento, así como apertura para nuevos aprendizajes.

¹⁰ Elaboración propia.

7. Asistencia tecnológica. Empleo de herramientas que facilitan el logro de los trabajos.
8. Gobierno. Capacidad de dirección y gestión.

Los roles de liderazgo pueden cambiar con el tiempo y entonces otros miembros de la red adquirirán nuevas habilidades y asumirán el papel. En última instancia, la promulgación de la función de papel es más importante que el título de la persona que realiza una función determinada. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (1998), el liderazgo debe ser múltiple, conformarse sobre la voluntad colectiva y alimentarse de la participación; señala que cuanto más amplia es la democracia el liderazgo es más efectivo, pero cuando está deformada y corrompida otros líderes surgen, personalizando el liderazgo a través del engaño (propaganda, demagogia, etc.) o de la corrupción, pervirtiendo la representación política y alejándose de la ética y de los intereses de la población; o aparecen líderes que usan su carisma para un liderazgo virtuoso (aunque personalista) o perverso.

Los líderes son actores prominentes que interpretan la voluntad o necesidades sociales y movilizan la acción necesaria para transformarlas en realidades y soluciones. La prominencia se define como la *deferencia de los individuos hacia aquellos actores que, sin poseer un cargo formal en la estructura de una red, mantienen el reconocimiento de la autoridad y la población como líderes, sobre todo de opinión*¹¹. Entre ellos se pueden encontrar a los adultos de mayor edad “los abuelos” o “los viejos”, los habitantes más antiguos de las localidades, parteras, curanderos, herbolarios, los habitantes con mayor grado de estudio o aquellos que en épocas anteriores ocuparon cargos formales (cuadro 2.2).

¹¹ Elaboración propia.

Cuadro 2.2
Dimensión De Estudio: Posición De Los Actores

Concepto de la dimensión	Categoría	Concepto de la categoría	Subcategorías
Ubicación en la cual se encuentra un actor con relación al conjunto de la red, y que le permite o limita el acceso a relaciones, información y otros recursos tangibles o simbólicos	Centralidad / poder	Punto de la red en el cual se concentra el mayor número de recursos, funciones y competencias	Grado
			Proximidad
	Intermediario	Actor que facilita los procesos de acceso, interacción, consulta, negociación o cooperación entre redes, produciendo los esquemas cognitivos y de motivación necesarios para la acción colectiva.	Identificación
			Formas de intermediación
	Prominencia / liderazgo	Deferencia de los individuos hacia aquellos actores que, sin poseer un cargo formal en la estructura de una red, mantienen el reconocimiento de la autoridad y la población como líderes, sobre todo de opinión.	Líderes formales e informales

Elaboración propia.

DIMENSIÓN RECURSOS EXISTENTES Y OBTENIDOS

Si bien todo recurso relativamente (sea en el corto, mediano o largo plazo) tiende a ser escaso, existen aquellos que son críticos en la medida en que son imprescindibles para que los actores cubran sus necesidades y desarrollen sus actividades. Toda red requiere recursos para el logro de sus propósitos que originaron su creación; estos pueden obtenerse, por lo general, a través de negociaciones con otras redes que fungirán como proveedoras.

Aplicado al estudio de redes en alguna acción pública (política o programa público), se valorarán más unos recursos y se descartarán otros, según los objetivos concretos de la acción y de los intereses de los actores sociales, económicos y gubernamentales. Para Fleury

(2002), la existencia de diferentes actores que poseen distintos recursos debe considerarse tanto desde el punto de vista interno como externo a la red. La capacidad de movilización de recursos por los miembros de la red depende tanto de los recursos que controla cada uno como de los vínculos externos que establece.

En la obtención de recursos no habrá que pasarse por alto a los patrocinadores, actores que tienen un fuerte interés en la finalidad y objetivos, y con frecuencia tienen algún mandato de la responsabilidad de los resultados a nivel de sistema con el que la red está en cuestión. El patrocinador nutre y proporciona un reconocimiento de alto nivel para la comunidad, evalúa los beneficios, apoya las solicitudes de presupuesto y asegura una financiación adicional. Sin embargo, el poder del patrocinador para la toma de decisiones no está destinado a ser mayor que la de cualquier otro agente de la red.

Avimael Vázquez (2013), conceptualiza a los recursos como aquel conjunto de elementos disponibles para coadyuvar al logro de objetivos, resolver una necesidad o llevar a cabo una empresa, esto es, corresponden a insumos que son relevantes en sí mismos para el funcionamiento de una red. Los clasifica como recursos políticos, humanos, organizacionales, culturales, materiales y legales, los cuales se describen en el cuadro 2.3.

El concepto que se acuña para la dimensión Recursos Existentes y Obtenidos, es aquel que los define como los *bienes tangibles o simbólicos existentes en el entorno, así como aquellos obtenidos a través de negociaciones con otros actores, que son relevantes para el funcionamiento, desarrollo y mantenimiento de una red*¹².

¹² Elaboración propia.

Cuadro 2.3
Clasificación de los recursos, según Avimael Vázquez (2013)

TIPO	DESCRIPCIÓN
Políticos	Legitimidad, solidaridad, difusión y apoyo a los objetivos, decisiones y actividades de la red.
Humanos	Trabajo voluntario, apoyo técnico, conocimiento especializado y liderazgo.
Organizacionales	Membresía, acceso a otras redes, conocimiento y capacidades sobre manejo organizacional, reclutamiento de integrantes, asistencia en requerimientos administrativos y regulatorios.
Culturales	Comprensión de los problemas y asuntos sobre los cuales se actúa, acceso al conjunto de valores y percepciones de los actores.
Materiales	Financiamiento, bienes materiales.
Legales	Estructura organizativa, reglamentos de operación de programas y aplicación de fondos.

FUENTE: Elaboración propia, con información del autor.

La clasificación que realiza Avimael Vázquez (2013), se ha tomado como las categorías de estudio, tal como se presenta en el cuadro número 2.4; incluye las subcategorías recursos existentes y recursos obtenidos.

Cuadro 2.4
Clasificación de recursos existentes y obtenidos en las redes estudiadas

TIPO	RECURSOS EXISTENTES	RECURSOS OBTENIDOS
Políticos	Apoyo y participación de autoridades municipales, del sector salud y locales.	Apoyo y participación de autoridades municipales, del sector salud y locales. Legitimidad.
Humanos	Tutoría de personal de salud jurisdiccional y local. Participación de los habitantes de las localidades caso de estudio. Liderazgos.	Asesoría personalizada de personal de salud y otros sectores según necesidades. Acción colectiva de los habitantes de la localidad. Reforzamiento de liderazgos Formación/Surgimiento de nuevos líderes.
Organizacionales	Redes existentes organizadas. Miembros de las redes activos. Miembros conocedores de sus funciones. Redes interactuando con otras redes.	Capacidad de adaptación de los integrantes de las redes a las circunstancias. Reforzamiento de estrategias organizativas. Nuevos integrantes Mantenimiento de interacciones.
Culturales	Reconocen el propósito de existencia y trabajo de la red. Valores en común en beneficio de la red. Percepción de la salud como un bien común alcanzable y los enfoques de trabajo para conseguirla y mantenerla.	Reconocimiento de la red como un bien necesario para beneficio común La funcionalidad de la red como parte inherente a su vida diaria. Integración de procesos colectivos de salud a su cultura. La salud se mantiene como un bien común.
Materiales	Bienes materiales existentes, acceso a financiamiento.	Obtención de bienes materiales de beneficio para la red.
Legales	Reglamentos organizativos y de operación existentes y operando. Estructuras organizativas existentes y activas: Delegado, Juez Auxiliar, Comité Local de Salud, Comité Prospera, Auxiliar de Salud.	Mantenimiento de reglamentos. Reglamentos operando Estructuras organizativas activas.

Elaboración propia.

El cuadro número 2.5 presenta una síntesis de la dimensión Recursos existentes y obtenidos

Cuadro 2.5
Dimensión de estudio: recursos existentes y obtenidos

Concepto de la dimensión	Categoría	Concepto de la categoría	Subcategorías
Bienes tangibles o simbólicos existentes en el entorno, así como aquellos obtenidos a través de negociaciones con otros actores, que son relevantes para el funcionamiento, desarrollo y mantenimiento de una red.	Políticos	Legitimidad, solidaridad, difusión y apoyo a los objetivos, decisiones y actividades de la red.	Existentes y obtenidos
	Humanos	Trabajo voluntario, apoyo técnico, conocimiento especializado y liderazgo.	
	Organizacionales	Membresía, acceso a otras redes, conocimiento y capacidades sobre manejo organizacional, reclutamiento de integrantes, asistencia en requerimientos administrativos y regulatorios.	
	Culturales	Comprensión de los problemas y asuntos sobre los cuales se actúa, acceso al conjunto de valores y percepciones de los actores.	
	Materiales	Financiamiento, bienes materiales.	
	Legales	Estructura organizativa, reglamentos de operación de programas y aplicación de fondos.	

FUENTE: Adaptado de Avimael Vázquez (Vázquez, 2013).

DIMENSIÓN SOSTENIBILIDAD DE PROCESOS COLECTIVOS DE SALUD

El concepto que se ha construido para la dimensión de estudio Sostenibilidad de procesos colectivos de salud, es el de *Capacidad del entramado social para modificar, aumentar o sustituir, a través de la acción colectiva, los procesos que generan mantenimiento o mejora*

*de las condiciones de salud que les permite contar con un entorno saludable*¹³. Incluye las categorías Reconocimiento de la Red, continuidad y procesos colectivos de salud.

Categoría Reconocimiento de la Red.

El valor que se atribuye a una red permite su permanencia, para lo cual es necesario mantener la actividad, el compromiso y eficacia de sus miembros, simpatizantes y financiadores. Inicia desde el sentido de comunidad y por tanto de pertenencia a una colectividad mayor, representándole ser parte de una red de relaciones de apoyo mutuo en la que se puede confiar.

El sentido de comunidad tiene un núcleo importante en torno a la interacción social entre los miembros de un colectivo que se complementa con la percepción de arraigo territorial y el sentimiento general de mutualidad e interdependencia. Los elementos que le dan forma a esta valoración personal son la percepción de similitud con otros, el reconocimiento de la interdependencia con los demás, la voluntad de mantener esa interdependencia, dando o haciendo por otros lo que uno espera de ellos y el sentimiento de que uno es parte de una estructura más amplia, estable y fiable (Sánchez Vidal, 2001).

Para McMillan y Chavis (1986), es el sentimiento que los miembros tienen de pertenencia, de que son importantes para los demás y para el grupo, y una fe compartida en que las necesidades de los miembros serán atendidas a través del compromiso de estar juntos. Señalan cuatro componentes específicos:

¹³ Elaboración propia.

1. Pertenencia. Sentimiento de haber invertido parte de sí mismo en la comunidad y de pertenecer a ella. Concretamente, esto conlleva a delimitar el límite entre los miembros y los que no lo son; la existencia de un sistema de símbolos compartidos, inversión personal en la red, además del sentido de identificación.
2. Influencia. Poder que los miembros ejercen sobre el colectivo y las dinámicas del grupo sobre sus miembros. Las personas se sienten más atraídas por los grupos en los que pueden ejercer influencia. Es común encontrar redes con una estructura centro-periferia, en la que los individuos con un sentimiento más fuerte de pertenencia son los más activos en las dinámicas del grupo y se convierten en un referente para el resto de participantes.
3. Integración y satisfacción de necesidades. Valores compartidos por los miembros del grupo, incluyendo el intercambio de recursos para satisfacer las necesidades de los integrantes.
4. Conexión emocional compartida. Resultado del contacto positivo prolongado y de participar de experiencias e historia comunes.

Los miembros activos participan en eventos y actividades de la comunidad; comparten sus conocimientos, experiencia y recursos con otros miembros y contribuyen a la interacción de la comunidad, el diálogo y discusiones.

Se construye entonces el concepto de la categoría de reconocimiento de la red, definiéndolo como el *valor que el entorno social atribuye a una red, basado en el*

*compromiso y eficacia de sus miembros, lo que le permite su credibilidad y permanencia*¹⁴.

Incorpora las subcategorías propósito de existencia y sentido de pertenencia.

Categoría Continuidad.

Discutir e incorporar retroalimentación de los miembros de una red y entre los distintos niveles ayuda a identificar los problemas y oportunidades, de manera que las acciones que se desarrollan continuamente reflejen y den respuesta a las necesidades y objetivos. En una red efectiva, los miembros participan en eventos y actividades para beneficio de la comunidad; comparten sus conocimientos, experiencia y recursos con otros miembros, contribuyen a la interacción de la comunidad, el diálogo y las discusiones.

Mantener la continuidad permite la evaluación de la gestión y desarrollo de una red, porque facilita la comparación del tiempo de ejecución de las actividades con la programación realizada y permite verificar si se mantiene el objetivo por el cual fue generado y la transformación de los procesos va a la par de la evolución propia de la red.

Si bien las redes se conforman por un interés común por acceder a una serie de recursos que favorezcan el alcance de un logro, varias de estas van quedándose en el camino, ya sea como efecto de la desvirtualización del propósito, malversación del poder y bienes generados y/o débil empoderamiento o liderazgo. El análisis de aquellas que perduran en el tiempo a pesar de los contratiempos y momentos de crisis, es un factor importante a tener en cuenta, partiendo del hecho que estas redes han trascendido de la simple obtención de un

¹⁴ Elaboración propia.

bien, al mantenimiento de acciones que les generan resultados exitosos. De ahí la necesidad de que toda red plantee indicadores de proceso que incluyan la participación y la construcción de capacidades.

Los procesos de seguimiento y evaluación de factibilidad de continuidad pueden llevarse a cabo paralelamente con las diversas fases de implementación, para revisar el impacto de intervenciones y reflexionar sobre el progreso y las limitaciones de los procesos y productos, así como sobre la posibilidad de realizar ajustes con el fin de obtener mejores resultados durante la continuidad de operación de la red.

La continuidad se concibe entonces como la *capacidad, habilidad y oportunidad colectivas para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, formular y negociar propuestas de una manera deliberada, democrática y concertada*, en la perspectiva del desarrollo de la salud. Sus subcategorías son: empleo de métodos y herramientas generados a partir de la red e interrelaciones mantenidas.

Categoría Procesos Colectivos de Salud.

Esta categoría se conceptualiza como aquellas *conductas individuales y/o colectivas que generan un estado de bienestar social al favorecer la prevención, identificación, atención oportuna y resolución de riesgos para la salud*¹⁵. Para esta investigación se incorpora con las subcategorías saneamiento básico a nivel familiar y comunitario, sistema de manejo y

¹⁵ Elaboración propia.

disposición de basura, sistema para disposición de excretas, cuidado del agua para consumo humano y reconocimiento oportuno de riesgos de salud que afecten a las familias

La dimensión Sostenibilidad de procesos colectivos de salud se presenta de forma resumida en el cuadro número 2.6.

Cuadro 2.6
Dimensión de estudio: sostenibilidad de procesos colectivos de salud

CONCEPTO DE LA DIMENSIÓN	CATEGORÍA	CONCEPTO DE LA CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS
Capacidad del entramado social para modificar, aumentar o sustituir a través de la acción colectiva los procesos que generan mantenimiento o mejora de las condiciones de salud que les permite contar con un entorno saludable	Reconocimiento de la red	Valor que el entorno social atribuye a una red, basado en el compromiso y eficacia de sus miembros, lo que le permite su credibilidad y permanencia	Propósito de existencia
			Sentido de pertenencia
	Continuidad	Capacidad, habilidad y oportunidad colectivas para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, formular y negociar propuestas de una manera deliberada, democrática y concertada	Empleo de métodos y herramientas generados a partir de la red
			Interrelaciones mantenidas
	Procesos colectivos de salud	Conductas individuales y/o colectivas que generan un estado de bienestar social al favorecer la prevención, identificación, atención oportuna y resolución de riesgos para la salud	Saneamiento básico a nivel familiar y comunitario
			Sistema de manejo y disposición de basura
			Sistema para disposición de excretas
			Cuidado del agua para consumo humano
			Reconocimiento oportuno de riesgos de salud que afecten a las familias

Elaboración propia.

El cuadro 2.7 enlista las fuentes de recolección de los datos que se emplearon para dar respuesta a las dimensiones ya señaladas en párrafos anteriores.

Cuadro 2.7
Dimensiones de estudio y fuentes de información

DIMENSIÓN	FUENTES DE INFORMACIÓN
Estructura de la red	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de miembros, • Actas de reunión, • Registros de asistencia a reuniones, • Observación no participante, • Entrevistas, grupos focales.
Posición de los actores	<ul style="list-style-type: none"> • Actas de nombramiento, • Líderes no formales identificados, • Actas de reunión, • Observación no participante, • Encuestas, • Entrevistas, • Grupos focales.
Recursos Existentes y obtenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Observación no participante, • Documentos girados a actores externos, • Evidencia de respuesta: documento, recursos tangibles y/o simbólicos, • Entrevistas, • Grupos focales.
Sostenibilidad de procesos colectivos de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Grupos focales • Observación no participante • Evidencia de desarrollo y participación colectiva: jornadas de limpieza, ferias de salud. • Existencia y funcionalidad de servicios públicos.

FUENTE: Elaboración propia.

2.3. Fuentes de recolección

Se consideraron como fuentes de información a actores de tres escenarios: la Jurisdicción Sanitaria (19 personas), las Unidades de Salud (5 integrantes de dos unidades) y las Localidades (72 responsables de viviendas y 30 Autoridades Locales), siendo estos:

Por la Jurisdicción Sanitaria:

1. Coordinador De Salud Reproductiva (Médico)
2. Coordinador De Epidemiología (Médico)
3. Responsable Del Programa De Zoonosis (Médico Veterinario)
4. Coordinador De Primer Nivel (Médico)
5. Verificador Sanitario (Licenciado en Derecho)
6. Responsable De Enfermería (Licenciada en Enfermería)
7. Responsable Del Departamento De Promoción De La Salud (Ingeniero Agrónomo)
8. Responsable Del Programa De Auxiliares De Salud (Licenciada en Enfermería)
9. Coordinador De Prevención Y Promoción A La Salud (Médico)
10. Responsable De Micobacteriosis (Licenciada en Enfermería)
11. Responsable De Planificación Familiar Y El Programa De Adolescencia (Licenciada en Enfermería)
12. Coordinador De Protección Contra Riesgos Sanitarios (Licenciado en Derecho)
13. Responsable del programa Oportunidades (Médico)
14. Responsable De Cáncer De La Mujer (Médico)
15. Responsable Del Programa De Vectores (Técnico)
16. Responsable De Vacunación (Licenciada en Enfermería)
17. Responsable Del Programa De Nutrición (Licenciada en Nutrición)
18. Responsable de Comunidades Saludables (Técnico)

19. Apoyo Administrativo/validador de registros del programa Comunidades

Saludables (Licenciada en Salud Comunitaria)

Por la Unidad de Salud:

- ESI La Purísima (responsable de la localidad Coamíatl): 1 médico y 2 enfermeras
- ESI Cacalacayo (responsable de la localidad Cacalacayo): 1 médico y 1 enfermera

Por la Localidad:

- Responsables de viviendas (39 en Cacalacayo y 33 en Coamíatl).
- Autoridades Locales: 19 en Cacalacayo y 11 en Coamíatl.

En La Localidad Coamíatl:

- Juez Auxiliar
- Delegado
- Vocal de Contraloría Social del programa Prospera
- Vocal de Salud del programa Prospera
- Vocal de Nutrición del programa Prospera
- Presidente del Comité Local de Salud
- Vocal de Salud del Hombre del Comité Local de Salud
- Vocal de Salud de la Mujer del Comité Local de Salud
- Vocal de Nutrición del Comité Local de Salud
- Vocal de Salud del Adolescente del Comité Local de Salud (también tiene cargo como vocal de contraloría social de Prospera)

En La Localidad Cacalacayo:

- Coordinadora local del INEA (Instituto Nacional para la Educación de los Adultos)
- Delegado Municipal
- Suplente De Delegado
- Juez
- Suplente De Juez
- Auxiliar De Salud
- Presidente del Comité Local De Salud
- Vocal De Participación Social del Comité Local de Salud
- Vocal Del Adolescente del Comité Local de Salud
- Vocal De Nutrición del Comité Local de Salud
- Vocal Del Hombre del Comité Local de Salud
- Tesorera del Comité Local de Salud
- Secretaria del Comité Local de Salud
- Vocal del Comité Local de Salud
- Vocal De Salud del programa Prospera
- Vocal De Nutrición del programa Prospera
- Vocal Fondo De Ahorro del programa Prospera
- Vocal De Educación del programa Prospera
- Vocal de Contraloría Social del programa Prospera

Además del levantamiento de datos a través de observaciones, se diseñó una serie de instrumentos para recabar información, los cuales se detallan a continuación:

1. Sin duda, las entrevistas a profundidad realizadas a los diversos actores que se incorporan durante el continuo de sostenibilidad de procesos de salud que favorezcan mejora en las determinantes de salud de una localidad con nombramiento de “saludable” favorecieron identificar de inicio la percepción que se tiene del programa comunidades saludables y en específico de la estrategia de certificación de localidades, los discursos que permean en los diferentes niveles, el empoderamiento de los actores participantes, liderazgos, dependencias, interrelaciones, principales conflictos, negociaciones, patrocinadores, recursos obtenidos y sobre todo auto reconocimiento como una red o parte de la misma y la trascendencia que de esto se deriva para la sostenibilidad de procesos de salud.

Las entrevistas se dirigieron a un ex Secretario de Salud del Estado (Anexo 1) y a un ex Presidente Municipal, quien además fungió durante su mandato como Presidente de la Red Potosina de Municipios por la Salud (Anexo 2). Como parte del entramado institucional del sector salud se incluyó a un Jefe de Jurisdicción Sanitaria (Anexo 3).

2. Encuesta para Coordinadores y Responsables Jurisdiccionales de Programas de Salud (Anexo 4), donde se identificaron las redes al interior de la Jurisdicción Sanitaria y relaciones con actores externos. Se indagó sobre su conceptualización de comunidad saludable, qué actores deben participar para certificar a una localidad, quienes deben validar los trabajos locales y opinión respecto de la sostenibilidad.
3. Tanto con el equipo jurisdiccional de Promoción de la Salud como con el personal de salud que brindan atención en las localidades seleccionadas como casos, se llevaron

a cabo sesiones de trabajo con grupos focales. En el primer grupo se incluyó al Coordinador Jurisdiccional de Prevención y Promoción de la Salud, al Responsable Jurisdiccional de Promoción de la Salud, al Responsable Jurisdiccional de Acción Comunitaria y a la secretaria del área (Anexo 5). El segundo y tercer grupo correspondieron a personal médico y de enfermería (Anexo 6).

4. En el área jurisdiccional de promoción de la salud, se llevó a cabo revisión documental con base a formato guía para identificación de documentos recibidos (Anexo 7) y emitidos (Anexo 8). la revisión de estos documentos permitió determinar actores políticos con quienes se coordinan formalmente, el flujo de coordinación, el carácter del mensaje (informativo, de solicitud, invitación, indicación, agradecimiento o llamado de atención) y el mensaje principal. Sólo se tomaron como válidos los que en su mensaje abordaban temática referente al programa Comunidades Saludables o bien hacían referencia a estrategias que favorecieran sostenibilidad de procesos colectivos de salud.
5. Encuesta para personal de las unidades de salud que atienden a las localidades seleccionadas como casos (Anexo 9), con preguntas dirigidas a identificar interrelaciones, su visión respecto de la estrategia de certificación de comunidades como saludables y recursos obtenidos.
6. Encuesta para líderes locales (Anexo 10), donde se identificó a los líderes formales en el entorno local, su centralidad y prominencia, reconocimiento como comunidad saludable, sostenibilidad de procesos colectivos de salud y recursos obtenidos a través de gestiones.
7. Desarrollo de sesiones con grupos focales con actores locales. De primera instancia se trabajó con juez, delegado y comité de salud; se identificó posteriormente una red

básica que fue el comité Oportunidades (así denominado por ser responsabilidad directa de la coordinación de dicho programa, dependiente a su vez de la Secretaría de Desarrollo Social. Al día de hoy se le conoce como Comité Prospera).

8. Se aplicó también una guía de observación para registro de los servicios públicos y su funcionalidad tanto en espacios públicos como a nivel vivienda (Anexo 11).
9. Formato de entrevista dirigido a los representantes de cada una de las viviendas ubicadas en las localidades caso de estudio (Anexo 12), la cual tuvo como propósito desarrollar censo por grupo étnico y sexo, reconocimiento de enfermedades en los habitantes y acciones que realizan para su manejo y/o control, como uno de los indicadores de sostenibilidad de procesos de salud. Incluyó además preguntas referentes a las condiciones de la vivienda, servicios básicos, presencia y manejo de riesgos a nivel domiciliario. Se identificó si la población reconoce a su localidad como un sitio que ha sido reconocido como un entorno saludable, si ha participado para ello y percepción de la utilidad de dicho reconocimiento. Por último, se indagó respecto de recursos que han recibido, formas de obtención y patrocinador.
10. La etnografía no participante fue imprescindible para reforzar y determinar aspectos tales como la centralidad y los procesos colectivos de salud que desarrollan en las localidades caso de estudio como actos cotidianos y que ya son propios de sus rutinas socio culturales. Se pudo asistir al desarrollo de asambleas comunitarias donde se abordaron temas que para los habitantes representan una necesidad de resolución y que se relacionan directamente con la salud comunitaria.

2.4. Proceso de recolección

Las acciones para recolección de la información se realizaron en diferentes escenarios, tales como entrevistas a las figuras públicas las cuales, si bien se mostraron con alta disponibilidad para brindar la información, requirió de re agendar fechas debido a su carga laboral.

En la Jurisdicción Sanitaria se inició con la presentación de los objetivos de la investigación al jefe de la Jurisdicción, el plan de trabajo planeado y la necesidad de acceder a información documental. Para respaldar esto se contó con una carta de presentación emitida por la Coordinación del Doctorado en Ciencias Sociales del Colegio de San Luis (Colsan), la cual sirvió para dar formalidad a los trabajos.

Una vez que se contó con la anuencia, se agendó reunión posterior para realizar entrevista al Jefe Jurisdiccional. Fue el mismo quien se encargó de enlazar con el Coordinador de Prevención y Promoción de la Salud y el equipo del área jurisdiccional de Promoción de la Salud. A todos estos actores se les habló del propósito de trabajo y la permanencia que se tendría en el área a efecto de disponer de información documental. Se procedió a aplicarles la encuesta diseñada exprefeso y que se detalló en párrafos anteriores. Esta misma se empleó con el resto de Coordinadores y Responsables de programas de la Jurisdicción Sanitaria. Habrá que resaltar que, si bien la encuesta se distribuyó a todos los previstos y se otorgó el tiempo suficiente para su llenado, en particular el personal de Nutrición se resistió a su respuesta, argumentando diversidad de ocupaciones y una sobrecarga de trabajo que le impedían realizarlo.

Se desarrolló conforme a lo planeado, trabajo de grupos focales con los integrantes del área de promoción de la salud: responsable del área, responsable de acción comunitaria

y apoyo administrativo quien funge como personal supervisor y validador de registros que ellos establecen como oficiales. La revisión de documentos oficiales que envían al personal de unidades de salud, autoridades municipales y sus superiores estatales y que se consideraron relevantes para el estudio, permitió identificar sujetos de interacción y tipo de mensajes que se manejan formalmente. Todo lo anterior se complementó con observación no participante durante las jornadas laborales tanto en oficina como en campo (visita a localidades, gestiones, interacción con actores internos y externos a la jurisdicción sanitaria y la institución de salud).

Con el personal de las Unidades de Salud, se dio inicio a partir de la identificación del personal de la unidad de salud responsable, de otorgar atención a la localidad con quienes se obtuvo autorización para participar en esta investigación y se les aplicó la encuesta referida con antelación. Con cada una de las unidades de salud se llevaron a cabo mesas de discusión empleando la guía diseñada para tal fin. Durante la presencia en la localidad se observaron sus procesos de interacción e interrelación con los habitantes de la localidad, sistema de organización, manejo del poder, negociaciones y continuidad a los procesos de salud definidos en este estudio como evidencia de sostenibilidad.

Con las localidades caso. A través del personal de salud que atienden a las comunidades se tuvo el acceso inicial a la localidad, favoreciendo el proceso de presentación con el grupo de autorizaciones correspondientes y solicitud de anuencia para el desarrollo de los trabajos. Ya obtenido el permiso las mismas autoridades, de acuerdo a sus usos y costumbres, convocaron a asamblea general donde se les presentó a los asistentes el motivo de la visita, actividades que llevaría a cabo y tiempos aproximados para el desarrollo de las actividades programadas. Además del levantamiento de datos a través de observaciones, se

emplearon los instrumentos para recabar información ya referidos en el apartado anterior. Se contó con el acompañamiento permanente de integrantes de los Comités de Salud y Prospera (antes Oportunidades), quienes apoyaron como guías en las visitas a los domicilios (por su difícil acceso) y traductores en caso necesario dado que su lengua materna es el náhuatl y existen personas que si bien entienden el español no lo hablan. Se logró tener acceso a sus actas de reunión, listados de asistencia, oficios enviados a presidencia municipal u otras dependencias.

En el capítulo siguiente, se abordan las diversas políticas internacionales en materia de salud pública que tienen por propósito la mejora de los determinantes sociales para la prevención de problemas de salud y que requieren obligatoriamente la puesta en marcha y operación cotidiana de redes. Así mismo, se revisa la forma cómo estas han sido tomadas y aplicadas en México.

Capítulo 3

Certificación De Entornos Y Comunidades Saludables,

De La Agenda Global Al Entorno Local

CAPÍTULO 3

CERTIFICACIÓN DE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES, DE LA AGENDA GLOBAL AL ENTORNO LOCAL

3.1. Políticas Públicas Encaminadas A La Formación De Entornos Favorables Para La Salud

Son múltiples las políticas públicas que desde escenarios internacionales se han promulgado, en un esfuerzo por permear el enfoque preventivo y de atención a las determinantes sociales de la salud. Dieron su inicio en Canadá a través de la organización Mundial de la Salud hacia el año de 1986 en la ciudad de Ottawa, donde representantes del Este, Estados Unidos y países de Europa occidental emitieron la Carta de Ottawa, la cual promueve la estrategia de Ciudades Sanas y donde abordan la necesidad de que los pueblos dispongan de los medios necesarios para tener un mayor control sobre su vida, a partir de políticas promotoras de la salud. Esta carta representa un parteaguas, al transformar el enfoque clásico de la promoción de la salud como una herramienta auxiliar en la prevención de enfermedades, al cimiento básico, impulsor de los determinantes de salud.

Esta Carta define a la salud como un concepto positivo que acentúa los recursos sociales, personales y las aptitudes físicas como la mejor herramienta para el progreso personal, económico y social, pero también se resalta que para lograr salud es necesario mejorar determinantes sociales tales como la educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia social y equidad. Como se irá revisando en el desarrollo de este

capítulo, el abordaje de las determinantes sociales figurará permanentemente en el discurso político.

La Carta de Ottawa resalta la promoción de la salud como la acción que se dirige a asegurar la igualdad de oportunidades para la salud, proporcionando los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su potencial, lo cual sin duda implica de primera instancia el respaldo político, otorgar a las personas el acceso a la información para mejora de sus aptitudes y transformar su visión respecto a la salud, haciéndola ver como la mejor opción de vida. Sin duda, la población no podrá alcanzar su plena salud potencial a menos que sea capaz de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud

El documento reconoce que el sector sanitario no puede por sí solo proporcionar las condiciones favorables para la salud y que la promoción de la salud exige la acción coordinada de gobiernos, sectores sanitarios, sociales y económicos, organizaciones benéficas, autoridades locales, industria y medios de comunicación. Habla también de la responsabilidad de los grupos sociales, profesionales y del personal sanitario para actuar como mediadores a favor de la salud.

Un punto básico de este documento y que lo convierte en el referente para quienes estudian la promoción de la salud, es la determinación de cinco acciones básicas en la promoción de la salud, las cuales se describen a continuación:

1. Elaboración de una política pública sana. Quienes participan de la elaboración de programas políticos deben ser conscientes de las consecuencias que pueden ocasionar sus decisiones respecto a temas inherentes a salud.
2. Creación de ambientes favorables. Los lazos que unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la

salud. El modo en que la sociedad se organiza debe de contribuir a una sociedad saludable.

3. Reforzamiento de la acción comunitaria. La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, toma de decisiones y elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. Su desarrollo se basa en los recursos humanos y materiales de que disponen y que estimulen la independencia y el apoyo social, sin dejar de lado el respaldo político.
4. Desarrollo de las aptitudes personales. La población debe de disponer de los medios para prepararse, a efecto de ejercer un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente, afronte las enfermedades y lesiones crónicas desde aquellos escenarios donde se desarrolla a diario: escuelas, hogares, lugares de trabajo y el ámbito comunitario. Si bien cada día es mayor el acceso a la información, esta no siempre es resolutive ante las necesidades e interrogantes particulares. Se requiere entonces de servicios de salud que brinden información fidedigna, confiable y resolutive, cuyos resultados se reflejen en evidencia de reducción de riesgos y casos de enfermedad y conductas de autocuidado. El desarrollo de aptitudes personales también debiera reflejar en un corto plazo un evidente incremento de nuevos casos de enfermedades del tipo crónico degenerativo, al ser consciente el individuo de los factores de riesgo y datos de alarma.
5. Reorientación de los servicios sanitarios. El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud: tomar una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos, favorecer la

necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos. Pasar de una oferta de servicios de salud netamente curativos a un enfoque de prevención y detección oportuna requiere de re-capacitación del personal de salud en aspectos relacionados a la atención intercultural, técnicas de acceso comunitario y trabajo con grupos; significa entonces dar un giro de 180 grados al enfoque paternalista de atención a la enfermedad, modificar la inversión en recursos técnico – sanitarios y sobre todo, incentivar en los tomadores de decisiones tanto del sector salud como de otros sectores esta nueva visión.

Basándose en el reconocimiento de la salud como una meta social, la Declaración fija una nueva dirección para las políticas de salud al dejar en claro que las bases se fincan en la atención primaria de salud, la participación comunitaria y la cooperación intersectorial.

Es aquí donde todo buen propósito se topa con el principal conflicto: la voluntad política no basta cuando los recursos no son ni siquiera los mínimos para generar equidad en la otorgación de servicios preventivos y de adquisición de competencias en acciones simples para reducir riesgos. Así mismo, en una sociedad donde tradicionalmente la atención a la enfermedad se ha cimentado como la base de acción de sector salud, complica sobre manera el reto de transformar la visión de un enfoque curativo a uno preventivo.

Según este discurso del año 1986, los gobiernos a través de sus instituciones de salud, debieran en un ideal reducir la inversión en servicios hospitalarios y de alta especialidad médica e incrementar el financiamiento hacia la estructura comunitaria: sensibilización a líderes locales, capacitación formal en aspectos de prevención, identificación oportuna y

referencia temprana de riesgos y casos de enfermedad a personal comunitario, mayor presencia de personal de salud apto y sensible a la condición humana. Incluso ir más atrás, a la incorporación de estos temas en las instituciones académicas formadoras de personal de salud.

En el año 1988, se realizó la II Conferencia Internacional Sobre Promoción de la Salud: Políticas Públicas para la Salud, en la ciudad de Adelaide, Australia con la presencia de 42 países, la cual continuó la misma orientación establecida anteriormente en las reuniones de Alma -Ata y Ottawa y se apoyó en el impulso que dieron estas dos conferencias. Se intercambiaron experiencias sobre formulación y ejecución de políticas públicas para la salud y como resultado se emitió la Declaración denominada “El Espíritu de Alma - Atta: continuar con el reto del movimiento hacia la nueva salud pública”. En ella se emiten una serie de estrategias (OMS, Dirección General de Promoción de la Salud, México., 2015).

- *Políticas públicas para la salud.* Deben caracterizarse por una inquietud explícita por la salud y la equidad en todas las esferas políticas y por un sentido de responsabilidad de sus efectos, cuyo objetivo sea crear un entorno social y físico que permita a las personas llevar una vida sana, cuyos decisores ubiquen a la salud al mismo nivel de otros grandes temas. Las políticas públicas favorables a la salud de corto plazo generarán beneficios económicos a largo plazo.
- *El valor de la salud.* La salud es a la vez un derecho humano fundamental y una buena inversión social. Un principio básico de la justicia social es asegurar que las personas tengan acceso a los elementos esenciales para llevar una vida saludable y satisfactoria.
- *Equidad, acceso y desarrollo.* Salvar la brecha de salud entre la gente desfavorecida en el terreno social y educativo requiere una política que mejore el acceso a entornos

propicios, con bienes y servicios que favorezcan la salud. Dan un peso importante a los pueblos indígenas, las minorías étnicas y los inmigrantes. En este aspecto, los países desarrollados tienen la obligación de asegurar que sus propias políticas tengan un efecto positivo sobre la salud de las naciones en desarrollo.

- *Responsabilidad por la salud.* Todo gobierno o quien tenga a su cargo el manejo de recursos para la salud, es directamente el responsable del nivel de salud de los pobladores, por lo que deberán fijar metas explícitas de salud que hagan hincapié en la promoción de la salud. Durante esta conferencia se expuso la necesidad de evaluar las repercusiones de la política y la necesidad de contar con sistemas de información sanitaria que apoyen este proceso y coadyuven a la toma de decisiones informada sobre la asignación futura de recursos para la ejecución de la política pública favorable a la salud.
- *Ir más allá de la atención de salud.* La política pública favorable a la salud debe responder a los retos en materia de salud determinados por un mundo más dinámico y en constante cambio tecnológico, con interacciones ecológicas complejas y la cada vez mayor interdependencia internacional.
- *Aliados en el proceso de formulación de políticas.* Además del gobierno, la salud está influenciada por intereses institucionales, empresariales, de organismos no gubernamentales y de organizaciones comunitarias. Los sindicatos, el comercio y la industria, las asociaciones académicas y los líderes religiosos tienen muchas oportunidades de actuar en pro de los intereses de salud de toda la comunidad: forjar redes.

La Conferencia de Adelaide, identificó también cuatro áreas clave para las políticas públicas en favor de la salud que requieren de atención inmediata:

1. *Apoyo a la salud de las mujeres.* Las mujeres son las principales promotoras de la salud en todo el mundo y la mayoría de su trabajo se realiza bien sin pago o con un sueldo mínimo. Todas las mujeres, especialmente las de los grupos étnicos, indígenas y minoritarios, tienen derecho a la autodeterminación en materia de salud y participantes activas en la formulación de políticas públicas en favor de la salud para asegurar su pertinencia cultural. Esta Conferencia propuso la inclusión de temas tales como participación igualitaria en el trabajo de cuidar a otros que se hace en la sociedad, prácticas de parto basadas en sus preferencias y necesidades y mecanismos de apoyo para quienes cuidan de otros (madres con niños, licencia a los padres y licencia para atender a dependientes enfermos).
2. *Alimentación y nutrición.* Generar una política de alimentación y nutrición que integre los factores agrícolas, económicos y ambientales y que garantice el acceso universal a precios equitativos y cantidades adecuadas de alimentos saludables y culturalmente aceptables para asegurar un efecto positivo sobre la salud.
3. *Tabaco y alcohol.* El alcohol afecta la dinámica social, además de la salud física y mental. No solo el consumo directo de tabaco, sino además el tabaquismo pasivo y las consecuencias ecológicas de que el tabaco sea un cultivo comercial sobre las economías empobrecidas han contribuido a las crisis mundiales actuales en la producción y distribución de alimentos. En esta Conferencia se exhortó a los gobiernos a considerar el precio que ellos están pagando en potencial humano perdido

al encubrir la pérdida de vidas y las enfermedades derivadas del hábito del cigarrillo y el abuso del alcohol.

4. *Creación de entornos propicios.* El ordenamiento del medio debe proteger la salud de los seres humanos de los efectos adversos directos e indirectos de los factores biológicos, químicos y físicos. Es necesario que se hagan esfuerzos intersectoriales coordinados para asegurar que las consideraciones de salud se incluyan entre los requisitos integrales para el desarrollo industrial y agrícola. A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud debe desempeñar una función importante al lograr la aceptación de tales principios y debe apoyar el concepto del desarrollo sostenible.

El Informe Adelaide (1988), finaliza emitiendo la recomendación a los países asistentes y la Organización Mundial de la Salud, de desarrollar políticas públicas con enfoque hacia las cinco estrategias de promoción de la salud que fueron descritas en la Carta de Ottawa.

Sundsvall Suecia es sede en el año 1991 de la Tercera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud bajo el tema “Entornos Propicios para la Salud” (OMS, 2015). En esta Conferencia se hizo patente la nula posibilidad de lograr el objetivo planteado para el año 2000 de “Salud para Todos”; en su lugar, se identificaron numerosos ejemplos y enfoques que podrían poner en práctica los responsables de las políticas y tomadores de decisiones para crear entornos propicios, incorporando el término justicia social en el ámbito de la salud, con énfasis en quienes sufren las consecuencias físicas, mentales y sociales de habitar donde se desarrolla un conflicto armado, de quienes enfrentan carencia de servicios bien sea por ausencia o desvío a territorios más poblados o urbanizados, tales como agua limpia, alimentación adecuada, vivienda, saneamiento y educación.

Se habló que en todo el mundo más de mil millones de personas no tienen acceso adecuado a la atención de la salud esencial; cuya solución consideraron se encuentra en un compromiso político, en recursos y capacidad innovadora de los individuos y las comunidades. Las redes en favor de la salud pueden ampliarse si se consideran otros sectores, tales como los de educación, transporte, vivienda y desarrollo urbano, producción industrial y agricultura.

En esta Conferencia, se abordó también el término “Entornos propicios”, como el equivalente a un entorno favorable en sus dimensiones física, social, espiritual, económica y política. Abarca el lugar donde la gente vive, su comunidad, su hogar, su ambiente de trabajo y sus lugares de recreación. Su consecución requiere la incorporación de 3 dimensiones:

1. Dimensión social. Hace referencia a la forma en que las normas, las costumbres y los esquemas sociales influyen en la salud.
2. Dimensión política, que obliga a los gobiernos a garantizar una participación democrática en la toma de decisiones y la descentralización de las responsabilidades y los recursos, y
3. Dimensión económica, que supone una redistribución de los recursos en favor de la salud y un desarrollo durable para todos.

Definieron a un entorno propicio como aquel que permite a la gente desarrollar sus capacidades y su responsabilidad personal, que incorpora cuatro estrategias en salud pública:

1. Reforzar la acción de defensa de la causa a nivel de la comunidad, principalmente por conducto de grupos organizados por mujeres.

2. Dar a las comunidades y a las personas los medios para administrar su propia salud y su entorno mediante la educación.
3. Forjar alianzas que refuercen la cooperación en favor de la salud y del medio ambiente.
4. Conciliar los intereses en conflicto de la sociedad para garantizar un acceso equitativo a entornos propicios para la salud.

La Conferencia de Sundsvall (1991), invitó también a la comunidad internacional a elaborar nuevos mecanismos de responsabilidad sanitaria y ecológica que se apoye en los principios de un desarrollo sanitario durable. El desarrollo debe poder permitir el mejoramiento de la calidad de vida y salud, a la vez que preserva el medio ambiente.

En 1993 se redactó la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud, en donde se respaldó firmemente la promoción y la protección de la salud conforme a la Carta de Ottawa, estableciendo así mismo enfoques estratégicos para la acción y las actividades de promoción de la salud intersectoriales, centrados en lograr la comprensión, planificación y ejecución conforme a las acciones de promoción de la salud, incluyendo el forjar alianzas, haciendo especial hincapié en los medios de comunicación (PAHO, 2014).

La Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, denominada “Nuevos Actores Para Una Nueva Era: Llevar La Promoción De La Salud Hacia El Siglo XXI”, se realizó en julio del año 1997 en la ciudad de Yakarta, República de Indonesia, reiteró el compromiso mundial con las estrategias propuestas en la Carta de Ottawa y proporcionó una comprensión más clara de la importancia fundamental de establecer asociaciones para la salud.

Tuvo como fruto la Declaración de Yakarta, la cual invitó a reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción de la salud, reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los derroteros y estrategias necesarios para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI.

Abordó también la urgente necesidad de que la promoción de la salud evolucione para adaptarse a los cambios en los factores determinantes de la salud, entre estos las tendencias demográficas tales como la urbanización, el aumento del número de adultos mayores y la prevalencia de enfermedades crónicas, los crecientes hábitos de vida sedentaria, la resistencia a los antibióticos y otros medicamentos, el abuso de drogas y la violencia, sin dejar de lado los problemas de salud mental. Todo ello determina los valores, los estilos de vida y las condiciones en todo el mundo. Por esto, los asistentes coincidieron en que:

- Resulta más eficaz el abordaje integral de desarrollo de la salud.
- Diversos escenarios ofrecen oportunidades prácticas para la ejecución de estrategias integrales.
- La participación es indispensable para hacer sostenible el esfuerzo desplegado.
- El aprendizaje sobre la salud fomenta la participación.

Durante esta Conferencia (1997), se plantearon las prioridades para el siglo XXI:

1. Promover la responsabilidad social por la salud, a través de políticas y prácticas que:
 - Eviten perjudicar la salud de otras personas,
 - Protejan el medio ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos,
 - Restrinjan la producción y el comercio de bienes y sustancias nocivos,
 - Protejan a los individuos en sus entornos,

- Incluyan evaluaciones del efecto sobre la salud enfocadas en la equidad como parte integrante de la formulación de políticas.
2. Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, lo cual exige un enfoque multisectorial.
 3. Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas que permitan compartir conocimientos especializados, aptitudes y recursos en pro de la salud.
 4. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo, para influir en los factores determinantes de la salud.
 5. Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud, reconociendo nuevas redes de colaboración intersectorial.

Para el año 1998 se hizo patente, a través de la Declaración Mundial de la Salud Adoptada por la Comunidad Sanitaria Mundial en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud, que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, constituyendo el objetivo fundamental del desarrollo social y económico (OMS, 2015).

México fue el país anfitrión en el año 2000 de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, denominada “Hacia una Mayor Equidad”, cuyo producto final fue la Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: de las Ideas a la Acción donde, entre otros puntos, resaltó a la salud como un valioso recurso para el disfrute de la vida, necesaria para la equidad, el desarrollo social y económico.

Si bien los esfuerzos gobierno - sociedad han permitido importantes mejoras sanitarias y progresos en la prestación de servicios de salud en muchos países del mundo, aún persisten problemas de salud que entorpecen el desarrollo social y económico, por lo que

deben abordarse urgentemente los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud.

Se reconoció la evidencia de que las estrategias de promoción de la salud son eficaces, por lo que reafirmaron que esta debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, adquiriendo los países el compromiso de:

- Situarla como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud.
- Ejercer el liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil en la aplicación de medidas de promoción de la salud que refuercen y amplíen los vínculos de asociación en pro de la salud.
- Apoyar la preparación de planes de acción de ámbito nacional para la promoción de la salud que incluyan, entre otros aspectos: la identificación de las prioridades de salud, el establecimiento de programas y políticas públicas, apoyo a la investigación que promueva el conocimiento, la movilización de recursos financieros y operacionales, además del fortalecimiento de redes nacionales e internacionales.

Durante la Cumbre del Milenio, realizada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000, 189 países se comprometieron a combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación ambiental y la discriminación en contra de la mujer, lo cual se plasmó en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), consistentes en ocho puntos de acuerdo desglosados en 20 metas, las cuales se muestran en el cuadro 3.1, y que son identificados como los desafíos más apremiantes a nivel global y que buscaban asegurar para el año 2015 el desarrollo humano equitativo mundial a través del trabajo sobre estos temas vitales para el desarrollo humano (O.P.S., 2006).

En estos, se posiciona a la salud como una de las metas sociales de los gobiernos y como parte de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, tomando como base los principios de equidad, solidaridad y corresponsabilidad y pidiendo para su cumplimiento un alto grado de compromiso político y trabajo intersectorial (figura 3.1).

Figura 3.1
Objetivos de desarrollo del milenio



FUENTE: (O.P.S., 2006)

Cuadro 3.1
Objetivos de desarrollo del milenio y metas de operación para el año 2015

OBJETIVO	METAS
Erradicar la pobreza extrema y el hambre	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día • Alcanzar empleo pleno y productivo, incluyendo mujeres y jóvenes • Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre
Lograr la enseñanza primaria universal	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria
Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar las desigualdades entre los sexos en todos los niveles de enseñanza
Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años
Mejorar la salud materna	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes • Lograr el acceso universal a la salud reproductiva
Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Detener y reducir la propagación del VIH/SIDA • Lograr el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten • Detener y reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.
Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales • Reducir la pérdida de biodiversidad • Reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento
Fomentar una alianza mundial para el desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio • Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados • Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares • Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo • Proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles • Dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones

FUENTE: http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/los_8_objetivos_del_milenio/

El cuadro anterior muestra que estos objetivos conforman un conjunto indivisible, refuerzan la propuesta de Salud para Todos y la estrategia de Atención Primaria a la Salud, donde esta se ubica en el centro del desarrollo económico y social.

A este respecto, la Organización Panamericana de la Salud refiere que su función va encaminada a apoyar políticas macro complementarias a la modificación de determinantes tales como acuerdos comerciales, políticas económicas y de inmigración, entre otras. Reconoce así mismo que en el ámbito de la salud deben superarse una serie de brechas:

1. Operativas. Al ampliar los sistemas de salud y la infraestructura en salud pública;
2. Estructural, con la ampliación de la protección social en materia de salud;
3. Gobernanza, con respecto a la inclusión de segmentos amplios del gobierno y la sociedad en una iniciativa intersectorial y participativa; y
4. Equidad, al atender las necesidades de salud de los más desprotegidos.

Sin embargo, como lo evidencia el documento del 45° Consejo Directivo y 56ª sesión del Comité Regional de la OPS y la OMS, llevada a cabo en el año 2004, estos objetivos tienen una casi nula probabilidad de lograrse con éxito en los países de América (OPS/OMS, 2004), cuyas mayores dificultades son determinadas principalmente por aspectos tales como

- Falta de un buen gobierno, donde la responsabilidad sanitaria sea compartida entre los países.
- La carga de enfermedad recae en la población en mayor situación de pobreza y/o marginación. La accesibilidad a los servicios de salud, que van desde el diagnóstico, la prevención, el tratamiento y seguimiento de casos no ha podido revertir la brecha entre ricos y pobres, manteniendo el círculo vicioso de pobreza vs mala salud.

- Respecto al abastecimiento de agua potable y saneamiento, es aún limitado el acceso a estos servicios, con resultado en inadecuados procesos de eliminación de desechos y tratamiento de aguas residuales. Si bien existen diversidad de opciones tecnológicas, cuyo inadecuado seguimiento en la mayoría de los casos no garantiza la calidad en la prestación de los servicios.

En el año 2005 se realizó en Tailandia la VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, con el tema “Mayor Participación en los Esfuerzos para Mejorar la Salud Mundial” (OMS, Dirección General de Promoción de la Salud, México., 2015), cuyo documento final fue la Carta de Bangkok para la promoción de la salud, en la cual se identificaron los desafíos principales para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado.

Se aboga por una mayor coherencia en las políticas para la promoción de la salud y mayor colaboración entre gobiernos, organismos internacionales, sociedad civil y sector privado, cuyas iniciativas deben enmarcarse en cuatro objetivos clave, con el fin de:

1. Garantizar que la promoción de la salud sea esencial en el programa mundial para el desarrollo;
2. Que la promoción de la salud sea una responsabilidad primordial de los gobiernos;
3. Incluir a la promoción de la salud como una buena práctica corporativa, y
4. Plantear a la promoción de la salud como un objetivo fundamental de las actividades de la comunidad y la sociedad civil.

También alienta el desarrollo de habilidades personales, actividades comunitarias, servicios de salud accesibles, entornos favorables y políticas públicas que ayuden a reducir los riesgos para la salud, donde pueda comprometerse una amplia gama de actores a través de una alianza

mundial que emprenda iniciativas que mejoren radicalmente las perspectivas de salud de las comunidades y los países (OMS, Dirección General de Promoción de la Salud, México., 2015).

La Séptima Conferencia Global en Promoción de la Salud bajo el título “La Llamada a la Acción de Nairobi para Cerrar la Brecha de Implementación en Promoción de la Salud”, se llevó a cabo en Kenya, en el año 2009 (OMS, 2009); estableció 5 mensajes clave, dirigidos a la OMS y otros socios de las Naciones Unidas, organizaciones internacionales de desarrollo, gobiernos, políticos y tomadores de decisiones, organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas, donde ratificaron la necesidad de:

1. Fortalecer liderazgos y fuerzas de trabajo,
2. Situar la promoción de la salud como línea central,
3. Empoderar comunidades e individuos,
4. Ampliar los procesos participativos, y
5. Construir y aplicar el conocimiento.

Los países asistentes adquirieron el compromiso de utilizar el potencial no explotado en promoción de la salud, a partir de la evidencia existente, renovando la atención primaria a la salud a través de la participación comunitaria y políticas públicas saludables, con la persona como punto central, a efecto de construir la resiliencia de las comunidades y aprovechar sus recursos.

Establecieron una serie de estrategias, entre las cuales destacan la capacitación en promoción de la salud, el fortalecimiento de los sistemas de salud, la conformación de alianzas intersectoriales, el empoderamiento comunitario, asegurar acceso universal,

construir y aplicar una base de evidencias, desarrollo de recursos sustentables, apoyar el empoderamiento y lo que denominan como alfabetismo en salud.¹⁶

“Construyendo Sobre Nuestro Patrimonio, Mirando Hacia Nuestro Futuro”, fue el lema empleado en la 8ª Conferencia Mundial en Promoción de la Salud, desarrollada en el año 2013 en la ciudad de Helsinki, Finlandia, en la cual reforzaron el principio de que la salud de las personas no es sólo responsabilidad del sector salud, en ella intervienen cuestiones políticas tales como el comercio y la política exterior. En muchos países los estilos de vida y los ambientes de vida y trabajo están influenciados por una comercialización sin restricciones y sujetos a patrones de producción y consumo insostenibles, lo cual hace necesario la coherencia política eficaz para la salud y el bienestar.

En su declaración, llamada “Salud en Todas las Políticas”, hacen un llamado a los gobiernos para:

- Cumplir sus obligaciones con la salud y la equidad sanitaria,
- Actuar sobre los determinantes sociales de la salud,
- Asegurar estructuras, procesos y recursos efectivos,
- Involucrar a otros sectores del gobierno,
- Fortalecer la capacidad institucional y las habilidades para responder efectivamente sobre los determinantes de la salud,
- Incluir a las comunidades, movimientos sociales y sociedad civil en el desarrollo y monitoreo de la salud en todas las políticas, fomentando la alfabetización en salud.

¹⁶ La alfabetización en salud se conforma a través de las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y capacidad de los individuos para obtener, comprender y emplear información para el autocuidado de la salud o de los servicios necesarios para tomar decisiones apropiadas. Resulta de la convergencia de servicios educacionales de salud y factores socio-culturales (OMS, 2009).

Si bien se han realizado un importante número de reuniones de carácter internacional que buscan mejorar la calidad de vida de los individuos, los efectos de las intervenciones tienen una mayor repercusión en países desarrollados y con énfasis en Europa. En lo que corresponde a América Latina (donde se incluye México) y el Caribe, no se ha podido aún incidir sobre el paradigma que representa la salud desde un enfoque preventivo con acciones intersectoriales.

Esta región presenta problemas estructurales, tales como una escasa productividad y una infraestructura deficiente. Los servicios de salud que se prestan presentan rezagos en la calidad y segregación de grupos: no sólo los indígenas son víctimas de esta, también las mujeres, los adolescentes, migrantes y otros grupos culturales.

Enfrentando el inminente fracaso de los Objetivos del Milenio, planteados para alcanzarse en el año 2015, la Organización de las Naciones Unidas convocó a 193 estados miembros quienes, en conjunto con actores de la sociedad civil, del mundo académico y el sector privado, en septiembre del 2015 estructuraron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la cual se conforma de 17 objetivos y 169 metas que involucran las dimensiones económica, social y ambiental y que pretenden alcanzar en 15 años (ONU & CEPAL, 2016), los cuales se muestran en la figura 3.2.

Figura 3.2
Objetivos del desarrollo sostenible



FUENTE: (ONU & CEPAL, 2016)

Los objetivos retoman de primera instancia a los denominados anteriormente como Objetivos del Milenio. Incorporan además la visión de sostenibilidad ambiental, fortalecimiento institucional y trabajo intersectorial. A continuación, se describen brevemente:

1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo. Esta va más allá de la falta de ingresos y recursos para garantizar unos medios de vida sostenibles. Repercuten en el hambre y la malnutrición, el acceso limitado a la educación y a otros servicios básicos, la discriminación y la exclusión sociales y la falta de participación en la adopción de decisiones.
2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible. Suelos, agua, océanos, bosques y la biodiversidad sufren los efectos de la degradación. El cambio climático incrementa el riesgo de desastres tales como sequías e inundaciones. El deterioro en la agricultura obliga a la

emigración a las ciudades en busca de oportunidades; se requiere una profunda reforma del sistema mundial de agricultura y alimentación.

3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Si bien se ha incrementado la esperanza de vida y se ha reducido la mortalidad infantil y materna, se ha avanzado respecto la reducción de la carga de enfermedades transmisibles como la malaria, tuberculosis, poliomielitis y VIH/SIDA, se necesitan muchas más iniciativas para erradicar por completo una amplia gama de enfermedades y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud.
4. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos. redoblar los esfuerzos para conseguir mayores avances en la consecución de los objetivos de la educación universal.
5. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, quienes siguen sufriendo discriminación y violencia. Al favorecer su acceso a la educación, atención médica, un trabajo decente y representación en los procesos de adopción de decisiones políticas y económicas, se impulsarán las economías sostenibles y se beneficiará a las sociedades.
6. Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos. La escasez de recursos hídricos, la mala calidad del agua y el saneamiento inadecuado influyen negativamente en la seguridad alimentaria, las opciones de medios de subsistencia y las oportunidades de educación para las familias pobres.
7. Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos. Ya sea para los empleos, la seguridad, el cambio climático, la producción de alimentos o para aumentar los ingresos, el acceso a la energía para todos es esencial.

La energía sostenible y el uso de energías renovables es una oportunidad para transformar vidas, economías y el planeta.

8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos. Tener un empleo no garantiza la capacidad para escapar de la pobreza; la continua falta de oportunidades de trabajo decente, la insuficiente inversión y el bajo consumo lesionan a toda sociedad, generando conflictos.
9. Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación. Para conseguir un incremento de la productividad y de los ingresos y mejoras en los resultados sanitarios y educativos, se necesitan inversiones en infraestructura. El ritmo de crecimiento y urbanización también está generando la necesidad de contar con nuevas inversiones en infraestructuras sostenibles que permitirán a las ciudades ser más resistentes al cambio climático e impulsar el crecimiento económico y la estabilidad social.
10. Reducir la desigualdad en y entre los países. El crecimiento económico no es suficiente para reducir la pobreza si este no es inclusivo ni tiene en cuenta las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y ambiental.
11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles. Son muchos los problemas que existen para mantener ciudades de manera que se sigan creando empleos y prosperidad sin ejercer presión sobre la tierra y los recursos.
12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles, cuyo objetivo sea hacer más y mejores cosas con menos recursos, incrementando las ganancias netas de bienestar de las actividades económicas mediante la reducción de la utilización de los

recursos, la degradación y la contaminación durante todo el ciclo de vida, logrando al mismo tiempo una mejor calidad de vida.

13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos, tales como afectaciones en los patrones climáticos, el aumento del nivel del mar y los fenómenos meteorológicos más extremos. Las emisiones de gases de efecto invernadero causadas por las actividades humanas hacen que esta amenaza aumente.
14. Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible. Las precipitaciones, el agua potable, el clima, el tiempo, las costas, alimentos e incluso el oxígeno, provienen, en última instancia del mar y son regulados por este. Históricamente, los océanos y los mares han sido cauces vitales del comercio y el transporte. La gestión prudente de este recurso mundial esencial es una característica clave del futuro sostenible.
15. Promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y frenar la pérdida de la diversidad biológica. La deforestación y la desertificación suponen grandes retos para el desarrollo sostenible y han afectado a las vidas y los medios de vida de millones de personas en la lucha contra la pobreza.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
17. Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible. Estas alianzas inclusivas se construyen sobre la base de principios y valores, una visión compartida y objetivos comunes que otorgan prioridad a las personas y al planeta, y son necesarias a nivel mundial, regional, nacional y local.

Los objetivos de la Agenda 2030, fueron retomados durante el desarrollo de la 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, la cual tuvo como escenario la ciudad de Shangai en China el pasado mes de noviembre del año 2016. Reafirmaron nuevamente que la salud y el bienestar son fundamentales para el desarrollo sostenible; hicieron patente que la promoción de la salud se enfrenta a un nuevo contexto mundial, caracterizado por un desigual crecimiento económico y crisis sanitarias resultado de los determinantes sociales y los efectos del daño ambiental (OMS, 2016). Acuerdan 4 principios, entre los cuales se destaca 1) que el gobierno es el primer responsable de la producción y el consumo no sostenible, por lo que deberá reforzarse la legislación en este tema; 2) la necesidad de pugnar por los derechos de grupos vulnerables, tales como las mujeres, la población desplazada a consecuencia de crisis humanitarias y ambientales, los desempleados y con mayor índice de pobreza; 3) asegurar la cobertura plena en aspectos sanitarios, dado que el nivel de salud se considera como el indicador más eficaz de desarrollo sostenible, y 4) la incorporación de contenidos sanitarios en los planes de estudio escolares favorecen el empoderamiento y la consiguiente incorporación en acciones colectivas en materia de promoción de la salud.

Concuerdan en que se requiere incrementar el control de los individuos sobre su propia salud y sus determinantes y que, entre las opciones, una de ellas es el aprovechamiento de la tecnología digital. Pero la declaratoria concluye con una frase por demás determinante: La Salud es una Opción Política. Visto desde un punto de vista, puede tomarse como la oportunidad de los gobiernos por evidenciar su compromiso hacia la población. Sin embargo, las experiencias de trabajo intersectorial y de alianzas entre los países, incluso hacia el interior de cada uno de estos, demuestra que, para los gobiernos, La Salud No Forma Parte de las Opciones Políticas.

3.2. Comunidades Saludables, Una Política Que Privilegia La Promoción De La Salud.

En el año 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables en el medio rural, para reconocer este entorno como parte de la economía propia de los estados y países, así como coadyuvar a reducir la brecha existente de inequidad. Esta propuesta es aprobada para su aplicación en Latinoamérica, dando pie a la conceptualización de municipio y/o comunidad saludable, denominándolo como aquel entorno donde:

“... Las autoridades de gobierno, las instituciones de salud y bienestar, las organizaciones públicas y privadas y la sociedad en general, dedican esfuerzos constantes a mejorar las condiciones de vida de la población, promueven una relación armoniosa con el ambiente y expanden los recursos de la comunidad para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión y la democracia.” (OPS, 1996).

Se parte entonces de la identificación del potencial de sus habitantes, de reconocer a una población que esté dispuesta a mantener un proceso para mejorar su educación, vivienda, trabajo, transporte, ambiente, salud y, en general, su calidad de vida. Requiere que la población, desde los diversos escenarios, se involucren en los asuntos de su localidad, planteen y reconozcan las necesidades, jerarquicen y busquen opciones para su mejora, siempre con un enfoque hacia la salud.

Si bien es una estrategia de desarrollo local y gestión comunal que contribuye al reconocimiento de los derechos y obligaciones en materia de prevención y promoción de la salud, representa también una excelente opción para establecer y reforzar vínculos con autoridades de diversas dependencias en todos sus niveles; el alcance puede tornarse infinito cuando de iniciativas de desarrollo local se trata. La conformación de una comunidad

saludable sólo puede generarse a través de la convergencia de una triada, constituida por los servicios de salud, la comunidad y las instituciones, articuladas a través de la promoción de la salud. Un esquema se representa en la figura número 3.3.

Figura 3.3

Triada generadora de comunidades saludables



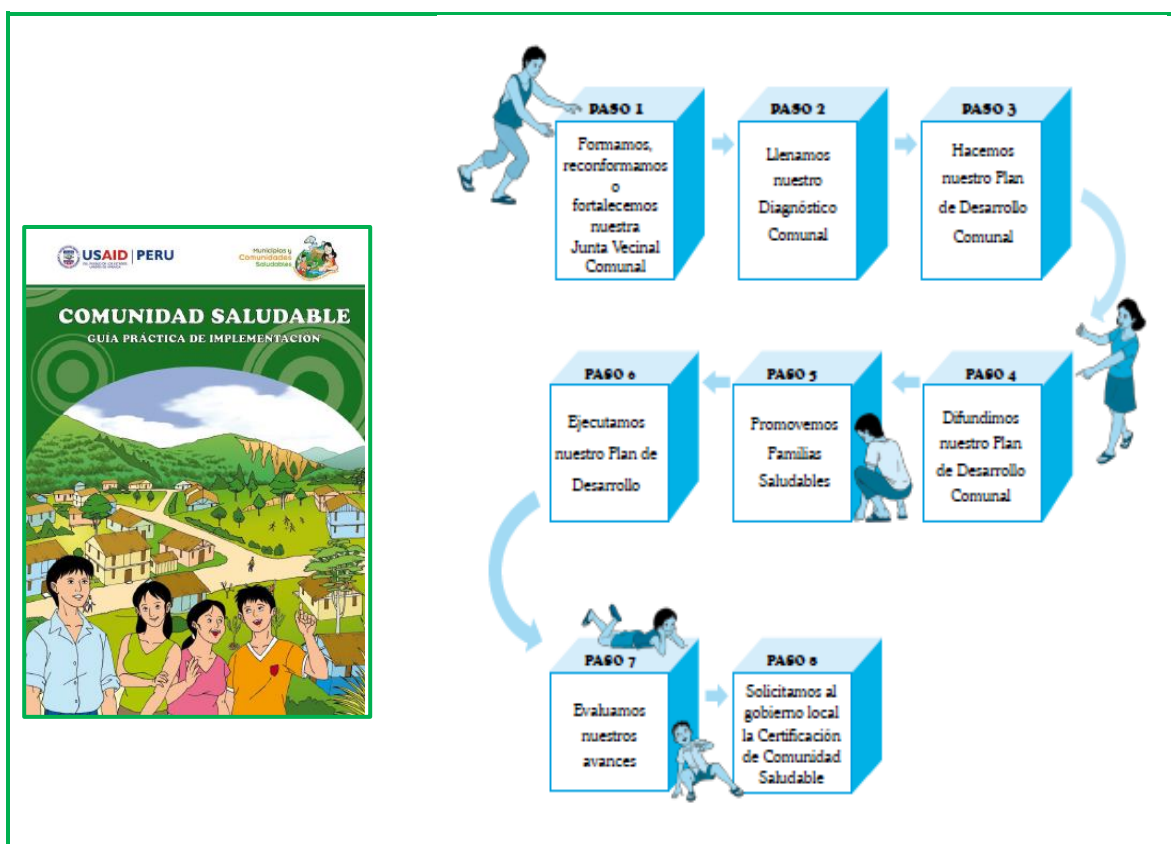
FUENTE: Tomado de Gordillo Inostroza (2005).

Desde su creación, diversos países han desarrollado la estrategia de certificación de comunidades bajo diferentes denominaciones, pero con un fin principal: crear ambientes favorables para la salud, con énfasis en áreas rurales y/o marginadas para reducir la carga de enfermedad, gastos directos e indirectos que ésta conlleva, consecuencias individuales y sociales, además de minimizar las intervenciones dirigidas únicamente a aspectos curativos.

Perú es un país que se ha caracterizado por desarrollar la política de Municipios y Comunidades Saludables desde el año de 1993, a través del Ministerio de Salud, institución equiparada a la Secretaría de Salud en México. Para el año de 1996 se operacionalizó con el apoyo de instituciones tales como la OPS, OMS, UNICEF, UNESCO Y USAID. Su abordaje se ha realizado priorizando zonas de mayor marginación y con énfasis en población indígena, y se ha distinguido por desarrollar una serie de instrumentos dirigidos a los líderes locales y los habitantes, con el propósito de homologar criterios y procesos (Gordillo Inostroza, 2005), un ejemplo se observa en la figura 3.4.

Figura 3.4

Guía para certificación de Comunidades en Perú



FUENTE: Tomado de Medina Figueroa (2008).

Hacia el año 2000 en Estados Unidos se generó la política de promoción de la salud y prevención de enfermedades a la cual se le denominó *Healthy People*. Para el año 2010 le añaden el término *En Comunidades Saludables*. Incluye 28 áreas prioritarias y más de 400 metas concentradas en las áreas de mortalidad infantil, diagnóstico y tratamiento del cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, VIH / SIDA e inmunizaciones, a través de las cuales pretenden aumentar los años de vida saludable y eliminar las desigualdades en materia de salud, en una población como la estadounidense, caracterizada por la diversidad étnica, y en un país donde la organización y financiamiento de los servicios de salud representan la primera limitante de acceso (Puentes-Markides, Maiese, & Granthon, 1999).

En el año 2002, a iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud, y con las aportaciones de países de América, se elaboró la Guía para Alcaldes y otras Autoridades Locales, un compendio que pretende dar información respecto de la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables: incorpora un glosario, ejemplos exitosos de diversos países (Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba y México), declaraciones, acuerdos y convenciones internacionales, direcciones postales y electrónicas de centros colaboradores de la OMS y representaciones de la OPS y de redes nacionales y estatales de municipios. Si bien esta guía acumula información muy importante y que tras su lectura puede generar la convicción de unirse a la estrategia, no todas las experiencias de éxito que en esta se incluyen son de pertinencia para su réplica en otros escenarios, se reseñan en demasía y no marcan datos estratégicos que pueden ser de relevancia para los tomadores de decisiones en los municipios; por otra parte, las direcciones en su mayoría ya no están disponibles (OPS, 2002).

Otro material bibliográfico elaborado por la Organización Panamericana de la salud en conjunto con la Organización Mundial de la Salud es el denominado “Recomendaciones para la evaluación dirigido a los responsables de las políticas de las Américas”. En este, además de hacer un repaso sobre la promoción de la salud y su representatividad para la ya tan comentada justicia social, muestra experiencias de operación de un sistema de evaluación sobre la promoción de la salud y la forma como se adoptado en algunos países (Brasil, Colombia), como una herramienta que direcciona la aplicación de políticas en materia de salud (OPS, 2005).

Una experiencia de trabajo intersectorial es la documentada por Uruguay donde, en conjunto con las alcaldías, los Ministerios de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP) y el de Salud Pública (MSP), implementaron la estrategia a nivel nacional (Sobera, Ortuyo, & Del Pino, 2007), recibiendo además cooperación técnica de agencias tales como OPS, OMS, FAO y PNUD para el diseño e implementación de proyectos productivos locales, con un enfoque de promoción de salud integral, a través de la participación activa de la sociedad civil organizada.

Uruguay resalta que el éxito de toda intervención comunitaria se basa en el abordaje de las redes locales ya preexistentes, las cuales representan escenarios ya bien delimitados que permiten el intercambio y la potenciación de los recursos. De ahí que las redes representen una herramienta fundamental para la acción social.

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, la generación de entornos favorables a la salud privilegia la prevención al focalizar su quehacer en los determinantes sociales de la salud, brindando a la población las herramientas básicas para el autocuidado. En este sentido, los municipios se consideran el escenario prioritario para la puesta en marcha de

diversidad de acciones, pues en los alcaldes se encuentra la opción del aterrizaje de políticas públicas a través de legislación local y la coordinación de acciones multisectoriales.

El municipio es el espacio adecuado en donde la visión global de salud y desarrollo se puede fortalecer y poner en práctica, ya que representa un territorio donde la interacción de los ciudadanos, organizaciones públicas, comunitarias y privadas y su entorno físico y político generan el potencial para mayores oportunidades de desarrollo y la mejora de indicadores específicos de salud.

La estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCS) se sustenta en un enfoque de desarrollo social bajo los principios de intersectorialidad, participación comunitaria, interculturalidad y equidad. A través del mejoramiento de los determinantes de la salud, constituye una herramienta intersectorial para el avance hacia el logro de los ODM, dado que, a nivel local, los alcaldes pueden liderar la implementación de los entornos saludables dentro del municipio (escuelas, vivienda, mercados, sitios de trabajo, comunidades) y a su vez promover el trabajo en red y la visualización de la salud como motor de desarrollo.

Una de las líneas de acción de los gobiernos locales es la formulación de políticas públicas saludables, las cuales permiten establecer pautas para el ejercicio responsable de la libertad, guardando coherencia con el bienestar general y la mejor calidad de vida de las personas. Uno de los primeros cambios es la creación de alianzas a nivel local y la participación intersectorial e interorganizacional, lo cual permite aprovechar los recursos y las capacidades dentro del municipio. Estas alianzas y el trabajo en equipo, serán los mecanismos que le darán sostenibilidad a las iniciativas. Así mismo, se genera mayor participación de la comunidad en los procesos de gestión y como parte activa de la transformación de su entorno.

En Latinoamérica la estrategia de municipios, ciudades y comunidades saludables se ha consolidado a través del trabajo en red. En varios países se han creado redes nacionales y estatales tanto de municipios como de comunidades “por la salud”, cuyo principal propósito es el intercambio de experiencias exitosas en materia de salud pública local. Resaltan, además de México, países como Cuba, Perú, Argentina y Chile.

3.3. Las Comunidades Saludables En México

Derivado de la política pública internacional de Atención Primaria a la Salud y el objetivo denominado “Salud para Todos en el año 2000”, México se suma como un país más que pretende focalizar acciones en materia de salud pública con un enfoque discursivo hacia la prevención. Como cabeza de sector, la Secretaría de Salud Federal (SSA) en el año de 1983, a través del Programa Nacional de Reforma de Salud para el sexenio presidencial 1983-1988 planteó diez estrategias, cinco a nivel macro y cinco a nivel micro, con énfasis en la sectorización institucional, la modernización de la SSA, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.

En 1993, se firmó la Carta Compromiso por la Salud en la ciudad de Monterrey, Nuevo León y se dio inicio formal a la Red Mexicana de Municipios por la Salud, a través de la convocatoria de las Direcciones Generales de Fomento de Salud y Medicina Preventiva de la SSA, así como de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se abordó la importancia de la relación entre la salud y el bienestar de la población, aceptando que no habrá pleno desarrollo si no se han alcanzado previamente buenos niveles de salud, ni se podrán alcanzar éstos mientras persista la inequitativa distribución de los beneficios del

desarrollo, por lo que habrá que conciliar los intereses del crecimiento económico con el anhelo social de bienestar para todos, en el marco de respeto pleno a las tradiciones, cultura y soberanía de los municipios.

La alimentación, los servicios básicos, la educación, la vivienda, el ingreso, un ecosistema estable, la justicia social, la paz y la equidad son requisitos para la salud que estableció la Carta de Ottawa y que a la fecha siguen sin resolverse en México. Los presidentes municipales aceptaron durante dicha reunión, su papel como responsables de los servicios básicos, la seguridad pública, actividades culturales y la convivencia armónica, mostrándose dispuestos a impulsar políticas para el bienestar humano, el desarrollo integral y el mejoramiento del ambiente, así como asegurar servicios médicos de calidad. Definieron los principales campos de trabajo, que a la lectura son similares a los acordados en las Declaratorias Mundiales que antecedieron a esta reunión nacional, y que se relacionan con alimentación accesible, saneamiento básico, empleo seguro y satisfactorio, regulación y reordenamiento urbano, seguridad, educación, medio ambiente, atención a grupos especiales, medicina tradicional y fomento de estilos de vida saludable.

Como punto final, y tal vez el que puede considerarse de primera instancia como de mayor peso, por decisión unánime se acordó iniciar la conformación de una Red Nacional de Municipios por la Salud, integrada por los Presidentes Municipales de todo el país, para abordar y difundir los temas y proyectos relacionados con la salud de la población, promover reuniones periódicas entre los municipios integrantes de la Red y otros interesados y facilitar el intercambio de experiencias. Derivado de esta asociación, en 1994 se creó el programa de Municipios Saludables, de carácter nacional a cargo de la Secretaría de Salud Federal.

Como parte del Programa de Reforma de Salud 1995-2000, se finalizó el proceso de descentralización de los servicios de salud hacia las entidades federativas, se formuló un paquete básico de servicios de salud para la población con carácter preventivo que constaba de 13 intervenciones con las cuales se buscaba reducir costos institucionales y elevar la efectividad de las acciones. Se identificaron como ámbitos de aplicación de la Promoción de la Salud el entorno familiar, las escuelas y la comunidad, sin obviar la participación municipal.

En el año 2000, México fue sede de la 5ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, hecho que vino a fortalecer a nivel normativo reformas en la provisión de servicios de salud. Se asignaron recursos financieros al sector salud dirigidos a incentivar la creación y desarrollo de proyectos para mejoramiento de las determinantes de salud en los diferentes entornos, resaltando la incorporación y trabajo consensuado autoridades-sociedad.

Durante el sexenio 2000 – 2006 se estableció formalmente en el Plan Nacional de Salud el Programa de Comunidades Saludables con el fin principal de avanzar en la modificación de los determinantes que afectan la salud, organizándose en dos grandes vertientes: Participación Municipal y Comunidades Saludables. La primera de estas incluyó la conformación y operación de la Red Mexicana de Municipios por la Salud con campo de operación a nivel de presidencias municipales en interacción con autoridades del sector salud en los estados y municipios. La segunda vertiente tuvo por objetivo el trabajo al interior de las comunidades, con énfasis en las menores de 2500 habitantes y ubicadas en el entorno rural, buscando reorientar sus capacidades y habilidades para la salud, brindándoles las herramientas necesarias para la detección oportuna, atención temprana, reducción y/o

eliminación de riesgos de complicación y control de enfermedades crónico degenerativas, además de los riesgos epidemiológicos existentes en el área¹⁷.

Para el año 2001 la Secretaría de Salud publicó el Programa Federal de Acción Comunidades Saludables para su réplica en los estados. Se emitieron también las Reglas de Operación del Programa Comunidades Saludables cuyo propósito era incentivar la inversión municipal bipartita con apoyo de recursos federales a aquellos municipios que propusieran proyectos de intervención en materia de Promoción de la Salud. A partir del 2002 se establecen criterios para identificar y ubicar a las localidades de acuerdo a sus etapas de organización comunitaria:

- 1) Comunidad iniciada,
- 2) Orientada,
- 3) Activa y
- 4) Certificada.

Se realizaron reuniones nacionales de jefes estatales de Promoción de la Salud con el propósito de diseñar el denominado Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS), que incorporó las bases normativas de operación, donde se privilegió a la acción local como base para la generación de entornos saludables. Este modelo se publicó e inició su implementación a partir del año 2006 en las 32 entidades federativas. Incluyó la normatividad del Servicio Integrado de Promoción de la Salud, dirigido a los proveedores de servicios de

¹⁷ A la fecha estos enunciados se incorporan como parte de las funciones básicas del Servicio Integrado de Promoción de la Salud (Modelo Operativo de Promoción de la Salud, S.S.A., México, 2ª Edición, 2010).

salud, el cual plantea abordar las determinantes sobre la salud como forma de diagnosticar bajo un enfoque preventivo los riesgos y fortalezas para el desarrollo de salud poblacional.

El desarrollo de reuniones nacionales de la Red Mexicana de Municipios por la Salud continúa, donde se promueve la exposición de experiencias exitosas por parte de representantes de los ayuntamientos del país en intervenciones locales para mejoramiento de los determinantes de salud y establecimiento de espacios saludables. Estas reuniones son lideradas permanentemente por la Secretaría de Salud Federal.

La acción local se amplió a los municipios, formalizando la designación de acuerdo al grado de incorporación en materia de prevención y promoción: municipio saludable, incorporado, activo y certificado. Se fortaleció la iniciativa de los proyectos municipales en salud con la incorporación de un comité de contraloría social en el seguimiento y evaluación de los proyectos municipales implementados.

Para la gestión del gobierno federal en el sexenio 2007-2012 se estableció el Programa Nacional de Salud (PRONASA) con la inclusión de seis ejes rectores, uno de los cuales desarrolló la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención Para una Mejor Salud con 10 áreas de intervención por personal de salud en el entorno local.

Se publicó el Programa de Acción Específico 2007-2012 de la Dirección General de Promoción de la Salud, que incluyó el referente a Entornos y Comunidades Saludables, con los componentes de participación municipal en la promoción de la salud, organización comunitaria para la salud y conformación de entornos favorables a la salud.

En este programa se planteó la misión de contribuir a reducir la morbi-mortalidad de los padecimientos prioritarios en salud pública, a través de la creación de entornos favorables

a la salud, la orientación de la acción municipal hacia un enfoque en promoción de la salud y una población empoderada para el manejo de los determinantes de la salud, visualizando “Un México constituido por entornos saludables, municipios comprometidos con la salud de su población y comunidades competentes en el manejo de los determinantes [...] en un marco de responsabilidad compartida en la sostenibilidad de la salud (SSA, 2007).

Las autoridades federales en salud determinaron como principio rector el Desarrollo Humano Sustentable, para generar una atmósfera donde la población en general incremente sus capacidades y en consecuencia sus oportunidades de desarrollo. Como principal política privilegia la atención en salud al individuo y población, considerándolos como la columna vertebral para la toma de decisiones y la definición de políticas públicas relativas a la salud. Parte del reconocimiento y la articulación y operación de estrategias encaminadas a la protección de los derechos universales de todo individuo.

A partir del año 2009 se publicó el Manual Operativo de Entornos y Comunidades Saludables, un compilado de la normatividad del programa para aplicación por los proveedores de servicios de salud en los diferentes niveles.

3.4. Operación Del Programa Entornos Y Comunidades Saludables En Los Diversos Niveles.

Responsabilidades de las Autoridades Federales en el Programa Entornos y Comunidades Saludables (SSA, 2009)

1. *La Secretaría de Salud.* Ejerce la rectoría del Programa de Entornos y Comunidades Saludables a través de la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), dependencia adscrita a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), ya que es la instancia responsable de coordinar la planeación, operación, evaluación de las acciones, así como de apoyar su desarrollo nacional; además, establece la interrelación de las áreas administrativas, sustantivas y normativas centrales con los órganos encargados de la salud en los estados y con otras dependencias del sector y de la administración pública en general. Su ámbito de acción comprende el impulso a la planeación y la programación local, el apoyo y seguimiento operativo del Programa de Entornos y Comunidades Saludables en el contexto comunitario, la asesoría y supervisión del desarrollo de las funciones sustantivas y de apoyo, y la vigencia de las normas establecidas para la aplicación del programa.
2. *Dirección General De Promoción De La Salud.* Desde un nivel normativo y con campo de acción en los 32 estados del país, pretende ampliar la cultura de las practicas saludables y la prevención de enfermedades, mediante el desarrollo de la práctica de la promoción de la salud a nivel estatal, municipal y local, ejerciendo la rectoría en promoción de la salud, estableciendo políticas y lineamientos saludables, diseñando intervenciones efectivas, sustentadas en evidencia y dirigiendo una organización que agregue valor en su coordinación con los programas prioritarios de salud y otros sectores que contribuyen a la salud. Conduce y coordina mecanismos para la organización de las autoridades municipales, grupos sociales, organizaciones privadas y comunitarias, servicios de salud y las familias, emprendiendo acciones de promoción de la salud.

3. *Dirección De Estrategias Y Desarrollo De Entornos Saludables.* Es responsable de proponer políticas saludables al interior del sector salud y fuera de él, que motiven actitudes y comportamientos que promuevan la salud de la población. Dirige el diseño y planea la instrumentación de acciones que faciliten la creación de entornos favorables a la salud en los ámbitos local, municipal y estatal, que favorezcan la salud en toda la población.
4. *Subdirección De Entornos Favorables A La Salud.* Es el área que coordina la aplicación de instrumentos para la sensibilización, organización y participación de las autoridades locales, personal de instituciones públicas y población en general, para efectuar actividades para la construcción de entornos favorables a la salud; promueve acciones que faciliten la participación comunitaria y social para formular y ejecutar el componente de Entornos favorables a la Salud, dentro de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. También le corresponde establecer y definir instrumentos que permitan conocer las características locales y considerar valores regionales, para una adecuada participación de grupos organizados de la población en el desarrollo de entornos favorables a la salud. Mantiene actualizado el sistema de información de la creación de entornos favorables a la salud para el seguimiento, asesoría y evaluación de las acciones de los programas de prevención y promoción de la salud. Por último, elabora contenidos y materiales educativos para la construcción de entornos favorables a la salud. Promueve el intercambio nacional e internacional de ideas y experiencias que contribuyan a realizar acciones para el desarrollo de ambientes favorables a la salud.
5. *Departamento De Ambientes Saludables.* Coordina la aplicación de estrategias y acciones de promoción de la salud para contribuir a la generación de ambientes

saludables que favorezcan las condiciones de salud de las personas y de las comunidades, promoviendo la participación de las autoridades locales, instituciones, organizaciones civiles y población en general. Elabora documentos técnicos para favorecer en las entidades federativas, el desarrollo de ambientes saludables, así como su vinculación con proyectos especiales. Diseña estrategias y acciones que permitan informar a la población acerca de ambientes saludables, que favorezcan sus condiciones de salud. Participa además en la elaboración de contenidos de capacitación sobre ambientes saludables, dirigidos al personal de salud, autoridades municipales, comités locales y municipales para hacer propuestas técnicas de mejoras ambientales, además de documentos técnicos para el sistema de evaluación y seguimiento sobre ambientes saludables, dirigidos al personal responsable de las acciones. Apoya en la implementación de reglamentos y políticas existentes para la creación de ambientes saludables. Vigila que se lleven a cabo las normas y acciones de prevención y promoción de la salud, para contribuir a la generación de ambientes saludables.

La figura 3.5 esquematiza las líneas jerárquicas para aplicación del programa Comunidades Saludables, según la organización del nivel federal.

Figura 3.5

Líneas jerárquicas para aplicación del programa Comunidades Saludables en el nivel federal de la Secretaría de Salud, 2016



FUENTE: Elaboración Propia.

En su discurso, la Dirección General de Promoción de la Salud refiere que para la certificación de una comunidad existen 4 comités en diferentes niveles de intervención:

1. El nacional, integrado por responsables federales de programas de acción,
2. El estatal, equiparado al federal, pero con los homólogos de la dependencia a nivel estatal,
3. El municipal, representado por el alcalde y su gabinete,
4. El local, conformado por habitantes de la localidad.

Para cada uno de estos comités designa una serie de responsabilidades, las cuales se resumen en el cuadro 3.2. Resalta que en ninguna parte del texto se señala si estos comités interactúan entre sí, y de que forma el quehacer de uno influye en el otro.

Cuadro 3.2
Comités que apoyan en la ejecución de las actividades de certificación de una comunidad

NIVEL	FIGURA ADMINISTRATIVA	INTEGRANTES	TAREA
Federal	Comité Nacional de Comunidades Saludables	Responsables institucionales de los programas de acción de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud e instancias técnico normativas que se juzguen convenientes.	Avala los criterios y lineamientos generales para la certificación de entornos como saludables, participa en la definición de las reglas de operación para el apoyo de proyectos municipales vinculados a la salud pública y en la evaluación de los mismos.
Estatal	Comité Técnico Estatal de Comunidades Saludables	Responsables de los programas de Prevención y Promoción de la Salud a nivel Estatal	Aplica los criterios para la certificación de entornos como saludables; valida los proyectos municipales que participan con fundamento en las reglas de operación, indicadores de gestión y evaluación del programa.
Municipal	Comité Municipal de Salud	Presidente Municipal, representantes de la Secretaría de Salud, Desarrollo Social, Educación, Medio Ambiente y Recursos naturales, Trabajo y Previsión Social y Organizaciones de la Sociedad Civil.	Mejoramiento de la salud en el municipio, impulsando la participación social organizada, vinculando a sus autoridades, líderes y representantes con la sociedad; elaborar y difundir el diagnóstico de salud, ejecutar el plan de trabajo; organizar talleres intersectoriales de planificación de acciones en salud municipal, entre otras.
Local	Comité Local de Salud	Habitantes de la localidad.	Elaboración del diagnóstico de salud; ejecución de acciones tendientes a lograr la certificación de sus entornos; ejecución de proyectos de promoción de la salud dirigidos a su comunidad; acciones de contraloría social.

FUENTE: (Salud, Manual para la Certificación de Comunidades Saludables, versión preliminar., 2015)

El Nivel Federal del Programa Entornos y Comunidades Saludables estableció también el trabajo que debe realizar cualquier localidad para acceder a una certificación, donde se debe transitar por cuatro etapas que a criterio de la dependencia gubernamental son acciones básicas para asegurar sostenibilidad en salud. Estas etapas las reorganiza para el año 2015, las cuales se muestran en el cuadro 3.3.

Cuadro No. 3.3
Etapas para la certificación de una comunidad

INICIADA EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN	ORIENTADA EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA	ACTIVA EN EL MANEJO DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD	COMUNIDAD CERTIFICADA COMO SALUDABLE
Formación del comité local de salud Elaboración del diagnóstico de salud Priorización de actividades Elaboración del plan de trabajo participativo	Capacitación a la unidad de salud y al comité local Formación de agentes y procuradoras de la salud ¹⁸	Plan de trabajo participativo en ejecución. Modificación favorable de entornos Manejo adecuado de los determinantes de la salud Cooperación con los diferentes programas de salud pública	Cumple con el 95% de los requisitos.

FUENTE: (Salud, Manual para la Certificación de Comunidades Saludables, versión preliminar., 2015).

¹⁸ El agente de salud se define como el personaje de la comunidad que apoya a la unidad de salud a transmitir los conocimientos en materia de salud pública y el manejo de los determinantes de la salud a la comunidad en general. Por su parte, un procurador de salud, es un habitante de la misma localidad que recibe la información que transmiten los agentes de la salud y serán las y los encargados de replicar lo aprendido en los talleres en sus hogares, reconociéndose como procuradores de la salud desde su casa a toda la comunidad. Su función es que las personas, empezando en casa, ejerzan un mayor control sobre los determinantes de su salud y así lograr el cambio de hábitos y mejorar la calidad de vida de la familia y la comunidad, es decir “procurar la salud” (Salud, Manual para la Certificación de Comunidades Saludables, versión preliminar., 2015).

Es a partir del año 2015 que el nivel federal establece una vigencia de certificación, marcando esta con una duración de tres años, con revisiones anuales a cargo del personal de Secretaría de Salud en los Estados. También incorpora el término “Recertificación”, definiéndolo como:

“El proceso mediante el cual la jurisdicción sanitaria y los comités correspondientes exploran que la comunidad previamente certificada como saludable continúa cumpliendo con los requisitos establecidos. Previo a finalizar el plazo de acreditación, la jurisdicción sanitaria correspondiente, en coordinación con la unidad de salud, iniciarán los trámites para iniciar nuevamente el proceso de certificación. El proceso de Recertificación es idéntico al de la primera certificación, por lo que se deberá cumplir con todas las etapas del mismo” (Salud, Manual para la Certificación de Comunidades Saludables, versión preliminar., 2015).

Aunque no deja de lado lo correspondiente a actividades de autocuidado, mantiene a lo largo del discurso la organización de la comunidad, conformación de redes e interacción con autoridades municipales u otras instancias a efecto de obtener los recursos necesarios para dar cumplimiento a los criterios de evaluación (cuadro 3.4).

Cuadro 3.4
Acciones básicas para la certificación de una comunidad

NIVEL INDIVIDUAL	NIVEL FAMILIAR	NIVEL COMUNITARIO
Asiste mínimo dos veces al año a la unidad de salud para acciones preventivas.	Todos los integrantes de la familia acuden al menos dos veces al año para actividades preventivas.	Organiza y participa en campañas de salud, ferias de la salud, entre otras.
Mantiene actualizada su Cartilla Nacional de Salud.	Alimentación correcta.	Existen acciones para disminuir riesgos de salud del medio ambiente que afecta a las familias de la localidad.
Cumplimiento a sus citas en caso de padecer alguna enfermedad.	Manejo higiénico de los alimentos.	Reforestación y mejoramiento ambiental, generando entornos favorables a la salud.
Las embarazadas acuden a sus consultas desde los primeros meses.	Práctica de actividad física sencilla.	Campañas de limpieza comunitaria: barrido de calles, patio limpio, parques, jardines, plazas, entre otras.
Las mujeres en periodo de lactancia amamantan a sus hijos.	Entornos limpios y ventilados	Lavado de tinacos, cisternas o depósitos de agua domiciliaria.
Esquema completo de vacunas de acuerdo a su edad.	Uso de agua limpia	Campañas de reparación y pintas de fachadas y/o bardas.
Las mujeres asisten a la toma del Papanicolau y detección oportuna de cáncer mamario y los hombres a la exploración de próstata.	Adecuada disposición de excretas	Protección de pozos o norias.
Diabéticos, hipertensos y obesos están en control y asisten a un grupo de ayuda mutua.	Lleva a sus mascotas a la vacunación antirrábica y esterilización en caso necesario.	Mantiene limpios los lugares donde se almacenan y venden alimentos y otros de consumo humano y logra que estos sitios cuenten con agua potable, depósitos de basura, sanitarios y drenaje
Realización frecuente de ejercicio en grupos.	Espacios seguros.	Cuida la salud y la seguridad de los trabajadores evitando riesgos de accidentes y enfermedades del trabajo.

FUENTE: Modelo Operativo Comunidades Saludables, Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, México, 2009.

Capítulo 4

Certificar Y Recertificar Comunidades Como Entornos Saludables En El Estado De San Luis Potosí ¿Evidencia Del Rendimiento De Redes De Política En Materia De Salud Pública?

CAPÍTULO 4

CERTIFICAR Y RECERTIFICAR COMUNIDADES COMO ENTORNOS SALUDABLES EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ ¿EVIDENCIA DEL RENDIMIENTO DE REDES DE POLÍTICA EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA?

4.1. La Formación De Comunidades Saludables En El Estado De San Luis Potosí: Desde Izamiento De Banderas Blancas Hasta Recertificaciones

Para el Estado de San Luis Potosí los trabajos iniciaron hacia el año 2002 por parte de los entonces denominados Servicios de Salud (hoy Secretaría de Salud), con el trabajo comunitario enfocado para nombrar “Comunidades con Bandera Blanca en Salud”, término empleado para reconocer aquellas localidades que iniciaban acciones organizadas en beneficio de una salud colectiva.

En el discurso que señalaron las autoridades gubernamentales del periodo 2003 – 2009 en el Estado, ubicaron a la promoción de la salud y el autocuidado como prioridades de esa gestión de gobierno (2004), las cuales:

“Están orientadas a incrementar la conducta preventiva, impulsar estilos de vida saludables y fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud. Estas actividades deben desempeñarse a modo de brindar oportunidades a las personas para que ejerzan sus derechos y responsabilidades con equidad de género y respeto a las garantías individuales”.

A partir de la gestión gubernamental señalada, los Servicios Estatales de Salud brindaron mayor importancia a los lineamientos federales que emanan de la Dirección General de Promoción de la Salud respecto a la implementación formal del programa Comunidades Saludables. Si bien en años anteriores se aplicaban algunas de las acciones que éste contemplaba, se limitaban principalmente a la distribución de material impreso del programa y prácticamente nulo trabajo de supervisión en el área local.

A través de sus Jurisdicciones Sanitarias, comenzó a permear la importancia de que las unidades de salud (centros de salud y unidades móviles) realizaran formalmente trabajos conjuntos con las localidades, establecieran redes para sumar esfuerzos en materia de prevención y promoción de la salud para lograr resultados que reflejaran el impacto de sus acciones, entre estos la mejora del entorno bajo un enfoque de salud pública.

Hacia el segundo semestre del año 2004, las autoridades estatales dejaron de lado el término empleado por el nivel federal denominado Bandera Blanca en Salud y comenzaron a aplicar únicamente el término “Certificación de Comunidades Saludables” que incluyó la ampliación de criterios para lograr esta meta en las localidades de responsabilidad de los Servicios de Salud del Estado. Además de la organización comunitaria y trabajos comunales para mejorar las determinantes sociales de salud se incluyeron una serie de indicadores de salud focalizados a los diferentes programas prioritarios, bajo un enfoque preventivo.

Se reconoce que, si bien en una comunidad certificada como saludable continuarán presentándose patologías, sus habitantes poseen las habilidades necesarias para atender de forma oportuna las mismas y evitar complicaciones individuales y colectivas. Las evidencias

de la internalización de la estrategia pueden ser múltiples conforme las enfermedades y riesgos locales, pero a manera de ejemplificación se pueden enunciar algunos de estos.

- Casos de enfermedad diarreica en menores de cinco años donde se reduce el riesgo de complicación y/o muerte a través de acciones preventivas, tales como uso del “vida suero oral”, técnicas de higiene de los alimentos y utensilios y mantenimiento de la alimentación del menor.
- Pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica – diabetes o hipertensión arterial – que mantienen un control metabólico a través de alimentación, actividad física y medicamentos (en caso necesario).
- Brotes de enfermedades de riesgo epidemiológico que son controladas antes de que se diseminen a un mayor número de población, tales como cólera y dengue, entre otras.

Esta estrategia dio inicio formalmente en el estado dando a conocer los criterios y el formato para validación a autoridades de salud de las Jurisdicciones Sanitarias a partir de finales del año 2004¹⁹.

Los Servicios de Salud del Estado establecieron una serie de documentos que avalaran el trabajo realizado a lo largo del proceso tanto por la unidad de salud proponente como por

¹⁹ La Secretaría de Salud en el Estado organiza su área de responsabilidad desde un enfoque geográfico a lo largo del territorio en seis zonas denominadas Jurisdicciones Sanitarias, ubicando sus sedes en los municipios de San Luis Potosí, Matehuala, Soledad de Graciano Sánchez, Rioverde, Ciudad Valles y Tamazunchale. La regionalización en salud contempla la sistematización territorial con un propósito sanitario, que facilita la conformación de redes de servicio y las precede (Comisión de Salud Investiga, 2007). A partir del año 2014 se conformó la Jurisdicción Sanitaria VII, la cual tiene su sede en el municipio de Tancanhuitz de Santos y tiene a su cargo algunos municipios que anteriormente eran responsabilidad de las Jurisdicciones V y VI.

la base social, así como una cédula para validación del entorno. Consideró los indicadores básicos que, de acuerdo al nivel federal, debe poseer una comunidad certificada y añadió otros determinados por la Institución Estatal. Estos requisitos son determinados por los responsables estatales de programas de salud. (Cuadro 4.1).

Cuadro 4.1 (Parte 1)

Indicadores de evaluación de comunidades a certificar como saludables, Servicios de Salud de San Luis Potosí.

FACTOR	INDICADORES
Cobertura de Servicios	<p>100% de familias adscritas a algún servicio de Seguridad Social (Seguro Popular, IMSS, ISSSTE).</p> <p>100% cobertura de cartillas nacionales de salud según edad y sexo.</p>
Salud del entorno	<p>Existencia de Espacios libres de humo de tabaco (escuelas, sitios públicos)</p> <p>Espacios públicos libres de criaderos de dengue (en zonas de riesgo)</p> <p>Manejo adecuado de basura en espacios públicos.</p> <p>100% de gatos y perros cuentan con vacuna antirrábica. Se ha llevado al menos una campaña de esterilización de estas mascotas.</p>
Organización Comunitaria	<p>Existencia de directorio de actores comunitarios.</p> <p>Evidencia escrita del Comité local de salud conformado, orientado y activo.</p> <p>Evidencia de desarrollo de asambleas comunitarias periódicas para seguimiento de resultados, planteamiento y/o replanteamiento de planes de mejora en salud, búsqueda de apoyos y gestiones intramunicipales, intermunicipales e interinstitucionales.</p> <p>Existencia de agentes comunitarios capacitados y activos: promotores voluntarios (uno por cada diez familias), madres de menores de cinco años como procuradoras de la salud con énfasis en madres de menores con diagnóstico de desnutrición), adolescentes, etc.</p> <p>Organización de actores comunitarios para atención primaria ante emergencias y casos de atención inicial (evidencia escrita y visual de existencia de casas de rehidratación oral, casas y transporte de apoyo a la mujer embarazada, primeros auxilios, desastres naturales)</p>

Cuadro 4.16 (Continuación)

Indicadores de evaluación de comunidades a certificar como saludables, Servicios de Salud de San Luis Potosí.

FACTOR	INDICADORES
Salud de la vivienda	100% de viviendas con: <ul style="list-style-type: none"> • Manejo adecuado de basura • Manejo adecuado de excretas • Ingesta de agua tratada • Libres de criaderos del dengue (en zonas de riesgo) • Fogón/estufa alto(a) • Camas elevadas • Animales de crianza habitando fuera del hogar
Indicadores de Salud Individual	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de cobertura de vacunación según edad • 100% de menores de cinco años acude a consulta según edad, con énfasis en menores de 5 años con diagnóstico de desnutrición. • 80% de Pacientes con enfermedad crónico–degenerativa acude a control. • 80% de la población cuenta con detecciones de enfermedad según edad y sexo • 100% de las mujeres embarazadas acuden a consulta • Al menos 60% de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) usan un método de planificación familiar.
Formación de competencias y Habilidades en Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos básicos para atención integral bajo un enfoque preventivo, de identificación de signos de alarma y atención oportuna (embarazo, puerperio, atención del menor de 5 años, salud del escolar, salud del adolescente, salud del adulto y adulto mayor, diabetes mellitus, hipertensión arterial, riesgos epidemiológicos, etc.). • Cuidado del entorno, espacios públicos y vivienda • Reducción de riesgos epidemiológicos de acuerdo a determinantes de riesgo

FUENTES: Programa de Entornos y Comunidades Saludables. Secretaría de Salud, 2006. Guía para validación de una comunidad como saludable. Servicios de Salud de S. L. P., 2009.

A partir del año 2016, y para dar seguimiento a los lineamientos establecidos en el nivel federal, en el estado de San Luis Potosí, se retomaron los criterios y se rediseñan las fuentes

de información, oficializando su uso por parte del personal de las unidades de salud, las Jurisdicciones Sanitarias y el propio Nivel Estatal. Estas son:

1. Acta de instalación del Comité Local de Salud (anexo 13)

Documento emitido por el Departamento de promoción de la salud, ya existente desde hace más de 10 años, pero este es un formato nuevo (versión 2016) en su parte superior contiene los datos de identificación de la localidad, municipio al cual pertenece, unidad de salud y jurisdicción sanitaria de responsabilidad.

En su parte central incluye un texto donde señala que a través de la realización de una asamblea general entre los habitantes de la comunidad se llevó a cabo, a través de votación, la elección de los integrantes del Comité Local de Salud, posterior a la exposición de las funciones que cada uno de ellos tendrá de acuerdo al cargo que ocupe.

Resalta el compromiso de trabajo conjunto del mismo con autoridades, vecinos y personal de salud, con el objetivo de mejorar y mantener hábitos saludables en las personas, sus viviendas y la propia localidad, que reduzcan el riesgo de enfermedades y muertes por causas prevenibles.

Lo cargos que señala el acta que deben de ser elegidos son: Presidente, Secretario, Tesorero, Primer, Segundo y Tercer Vocal, para los cuales marca un espacio donde se anotarán los nombres de las personas que sean nombradas para cada uno, así como para que firmen de conformidad.

Tiene también espacios para que firmen de conocimiento las autoridades de la localidad (Juez y Comisariado) y el personal de la Unidad de Salud.

Incluye una nota final que refiere que cada año este comité deberá reactivarse y cambiar algún integrante en caso necesario; el cambio total será a los tres años.

Pareciera que este formato corresponde principalmente a localidades rurales, puesto que, para entornos urbanos, las autoridades que señala como validadores no existen.

2. Carta programática para capacitación de la unidad de salud (anexo 14)

Formato inexistente hasta el año 2016, generado a partir de dicho año por la Dirección General de Promoción de la Salud. Además de datos de identificación, señala la fecha y horario que tuvo la señalada capacitación, que incluye la asignación de temas como lo son la presentación del programa Entornos y Comunidades Saludables, la certificación, formación de agentes y procuradoras de la salud y registros a emplear para evidencia de las acciones.

Si bien pareciera que los temas favorecerán el conocimiento del personal de salud, el tiempo que ahí se registra por tema y que en total acumula 2 horas, pareciera ser insuficiente para aclarar dudas operativas; más que un curso de capacitación pareciera más tener un formato de reunión informativa. También es una hoja en donde solo se registran con nombre y firma los integrantes de una unidad de salud. por lo cual se desconoce si esta capacitación será por igual para todas las unidades de salud que van a certificar una localidad, si se les brindará en un solo momento y cada una de estas firmará por separado.

De pronto este formato se vuelve un registro innecesario, dado que la Jurisdicción Sanitaria puede tener un control de capacitación del total de las unidades de salud.

Otro dato relevante es que carece de algún tema alusivo a la importancia del trabajo en redes, que sea específico para la vinculación con los actores locales y externos.

Tampoco incluye aspectos de estrategias de gestión, negociación, ni mantenimiento de la localidad que logra certificarse.

3. Carta programática para capacitación del comité local de salud (anexo 15)

Formato establecido para su uso a partir del año 2016, por la Dirección General de Promoción de la Salud. Es un formato similar al anteriormente expuesto, con la diferencia que en este se registra la asistencia a capacitación de los integrantes del Comité Local de Salud, para lo cual se observa que se añade el tema denominado “El Comité de Salud como Líder en Participación Comunitaria”. Este tema parece hacer alusión al liderazgo de los integrantes de dicho comité en el proceso de certificación, al representar un eslabón básico con los habitantes de la localidad, para el desarrollo de las acciones.

Al igual que el anterior formato, marca sólo 2 horas de duración, las cuales son insuficientes, dando por entendido que de acuerdo al contexto socio cultural de los pobladores, los temas ahí registrados tendrían que manejarse con una adaptación conforme al contexto.

4. Diagnóstico local de salud (anexo 16)

Es un formato de larga extensión (tres hojas), que de acuerdo al renglón final de la hoja 3, refiere que debe ser elaborado por personal de la unidad de salud y personajes clave de la localidad. Recaba datos en contextos tales como: 1) datos de identificación, 2) características geográficas, 3) características demográficas, 4) economía, 5) hogar y vivienda, 6) salud, 7) educación, 8) entornos, 9) fauna nociva, 10) rabia y 11) problemas de salud identificados por el comité de salud.

Anteriormente el diagnóstico de salud que se solicitaba a la Unidad de Salud no tenía un formato en específico; los datos se obtenían de unas cédulas de micro diagnóstico

que establece el área estatal de Primer Nivel de Atención, las cuales son unas encuestas que se aplican a los responsables de viviendas, por lo cual los datos obtenidos eran unilaterales, al contener sólo el punto de vista del personal de salud. Este nuevo formato abre la oportunidad de iniciar un trabajo conjunto Institución de Salud-Población. Sin embargo, los términos que emplea en su mayoría son técnicos, algunos incluso de difícil comprensión por personal de salud, tales como los referentes al punto 4) Economía. También se incluyen datos que requieren indagarse no sólo en el entorno local, sino más bien en dependencias municipales e incluso gubernamentales, como lo pueden ser la extensión territorial, defunciones infantiles, fatales, accidentales y violentas, homicidios y tasa de alfabetización local.

La dificultad para acceder a estos datos puede ser una limitante para tener un diagnóstico completo, aunque también habrá que preguntarse hasta qué punto son básicos para la identificación de determinantes sociales de riesgo. Tampoco señala con qué periodicidad deben actualizarse los datos o renovarse por completo.

5. Priorización de problemas en la localidad (anexo 17)

Este formato también es de aplicación a partir del año 2016, cuyos registros se retoman de los resultados obtenidos en el diagnóstico local de salud. Incluye una tabla donde se registran los problemas que se identificaron, y 5 columnas donde de acuerdo a una tabla de puntaje, se anotan las calificaciones respectivas para indicadores tales como: tamaño o frecuencia, gravedad, posibilidad de solución, recursos para su solución y disposición de los participantes para su solución.

Las calificaciones van del 2 al 0. Al final de cada problema priorizado se obtiene una sumatoria, y aquellos problemas con mayor puntaje serán los que se determinen como

de mayor vulnerabilidad para la localidad, pero también de mayor pertinencia para su resolución.

Se considera a este formato como un útil instrumento, no solo para la priorización de problemas, sino para la identificación de redes y necesidades de interrelación y negociación.

6. Plan de trabajo del comité local de salud (anexo 18)

Es de suponerse que este formato será el resultado de la priorización de problemas. En sus columnas incluye los datos del problema priorizado, objetivo, actividad, responsable, fecha de inicio y término, y resultado. El formato tiene espacios para registrar 3 problemas, y su estructura visual hace ver que los problemas ahí planteados serán de fácil resolución, con pocas acciones a desarrollar y un solo responsable. Esto cierra la oportunidad a rescatar una historia del proceso de gestión, interacción, estrategias y recursos que se echan a andar para abordar un problema.

Cabe señalar que este formato ya existía con antelación (más de 10 años), pero en él se plasmaban más bien las acciones que tenía comprometidas la unidad de salud en su trabajo cotidiano, incluyendo actores locales. Como ejemplos se pueden señalar todas las jornadas, campañas y semanas de salud oficiales (vacunación a población, vacunación de mascotas, salud del adolescente, saneamiento básico para prevención del dengue y otras enfermedades transmitidas por vector) días nacionales o mundiales (de la mujer, del adulto mayor, de la alimentación, entre otros). También incluían responsabilidades inherentes a la organización comunitaria, como lo es la limpieza de la casa de salud. Ninguno de estos constituye un problema de la localidad.

7. Formato para minutas de reunión del Comité Local de Salud (anexo 19)

Es un formato para su uso a partir del año 2016; contiene además de los datos básicos de la localidad donde se ubica el comité local y la unidad de salud del cual depende, espacios para señalar la fecha, hora y lugar donde se llevó a cabo reunión de los integrantes, espacios para registrar los temas que se abordaron y la persona responsable de hacerlo, así como un cuadro para anotar los acuerdos a que se llegó durante la misma y quienes serán los responsables de su cumplimiento.

Según parece, no existe un número establecido de reuniones que deberá desarrollar el Comité Local; tampoco refiere si esta reunión debe llevarse a cabo con alguna autoridad de la localidad o personal de la unidad de salud que pudieran fungir como avales, o si estas reuniones son para dar seguimiento al plan de trabajo que han desarrollado.

8. Acta de formación de casa amiga / casa de rehidratación oral (anexo 20)

Es un formato para registrar a los habitantes de la localidad que quieran participar voluntariamente otorgando información para la prevención y atención oportuna de casos de diarrea, incluyendo la capacitación en preparación de las sales de rehidratación oral “vida suero oral”. Por la presentación del formato, se entiende que deberá existir uno por cada persona voluntaria. Incluye firmas de validación de la autoridad local, los integrantes de la unidad de salud que atiende la localidad, así como del Responsable Jurisdiccional de Promoción para la Salud.

9. Listado de asistencia de agentes y procuradoras en capacitación (anexo 21)

Consiste en un formato con espacios para un registro de hasta 15 personas, que incluye 10 columnas, equivalentes a 10 talleres que deben recibir las personas de la localidad que se capaciten, y que incluyen los temas siguientes: 1) programa de entornos y comunidades saludables, 2) género y salud, 3) introducción a los

determinantes de la salud, 4) determinantes psicosociales de la salud, 5) acceso a los servicios de salud, 6) alimentación, 7) actividad física, 8) higiene, 9) sexualidad y 10) medio ambiente. Cada columna de taller tiene una línea donde se registra la fecha de terminación, y en cada espacio las personas que recibieron la capacitación anotan su nombre o firma. Cada una de ellas deberá recibir los 10 talleres, que a su vez contienen subtemas.

10. Cuestionario para certificar a agentes y procuradoras de salud capacitadas (anexo 22)

Aparte de la asistencia a los talleres señalados en el párrafo anterior, las personas que acudieron a la capacitación deberán presentar un examen, mismo que consiste en 10 preguntas reflexivas y de conocimiento, para las cuales las opciones de respuesta son cierto o falso. Es una hoja para cada persona. Los términos que emplea son coloquiales para un entorno urbano, mas no para uno rural; tampoco es de utilidad para población hablante de lengua indígena o analfabeta.

11. Censo de redes comunitarias (anexo 23)

Es un formato que permite tener el nombre, sexo, ocupación, estado civil y edad de los pobladores de una comunidad que participan como voluntarios en acciones de promoción de la salud. En su parte superior tiene 5 opciones de red (promotores voluntarios, agentes de la salud, procuradoras de la salud, brigadistas juveniles u otra) para marcar a cuál se refiere este formato. Es un formato útil en el sentido que permite identificar el grado de participación comunitaria, así como contrastar si los integrantes de cada red son diferentes o simplemente cambia el nombre de la red, pero no de sus integrantes.

12. Censo de familias expulsoras de migrantes (anexo 24)

Contiene un cuadro para registrar datos como domicilio y apellidos de la familia y datos del migrante tales como sexo, ocupación en el punto de migración, parentesco que guarda en la familia y edad. Este formato permite identificar una determinante social de salud de la familia, relacionada con la ausencia de uno o más de sus integrantes, así como el conocimiento que tienen los que permanecen en el hogar respecto de la actividad laboral que desarrolla el migrante. Sin embargo, deja de lado datos de importancia tales como tiempo que tiene de haber emigrado, si emigra a otro punto del estado, del país o fuera de este (migración interna o externa), punto de destino, si envía remesas al hogar y fecha de la última recepción de remesa, lo cual favorecería identificar otros factores de riesgo derivados de la disponibilidad económica y problemas emocionales y de interrelación derivados de ausencias prolongadas o permanentes.

13. Directorio de líderes comunitarios (anexo 25)

Se trata de un formato para registro de los habitantes de la localidad que ostentan algún cargo formal, que incluye nombre, domicilio, ocupación, estado civil y edad. Facilita reconocer las redes existentes en el entorno local.

14. Seguimiento de comunidad a certificar (anexo 26)

Consiste en una cédula de 2 páginas donde se registran los diversos indicadores existentes para que una comunidad pueda ser certificada como saludable, con espacios para seguimiento mensual, lo que puede permitir identificar documentalmente las áreas que muestran avance y aquellas que ven limitados sus alcances. En su parte superior contiene espacios para registrar la jurisdicción sanitaria, el nombre del municipio y la localidad candidata, la unidad de salud responsable de su atención, el total de viviendas y habitantes.

En la parte de indicadores establece 4 columnas con los indicadores, divididas por etapas, las intervenciones que contemplan cada una de estas, la evidencia documental o fuente de información de los avances y resultados, y qué actor o actores son los responsables directos de su cumplimiento. Incluye también columnas con los 12 meses del año para registrar el avance. Las etapas que ahí registran son congruentes con lo que establece el Programa Federal de Entornos y Comunidades Saludables. En las evidencias se hace referencia a casi la totalidad de los formatos que se revisaron en párrafos anteriores, además de los informes que mensualmente debe entregar la Unidad de Salud a la Jurisdicción Sanitaria.

Respecto al manejo de determinantes de la salud, se identifica que no todos los rubros son congruentes con los temas que se brindan durante las capacitaciones, pues no abordan indicadores concernientes a género, sexualidad ni aspectos psicosociales como violencia. incluyen un indicador que habla de prevención de trastornos mentales, pero éstos por lo general no son prevenibles.²⁰

Respecto a aspectos que favorecen el cuidado del medio ambiente, los indicadores que se relacionan son los de agua apta para consumo humano, manejo adecuado de basura y excretas, pero no aborda cuestiones tales como el cuidado de las fuentes de abastecimiento de agua. Para el área rural, con localidades alejadas de las cabeceras

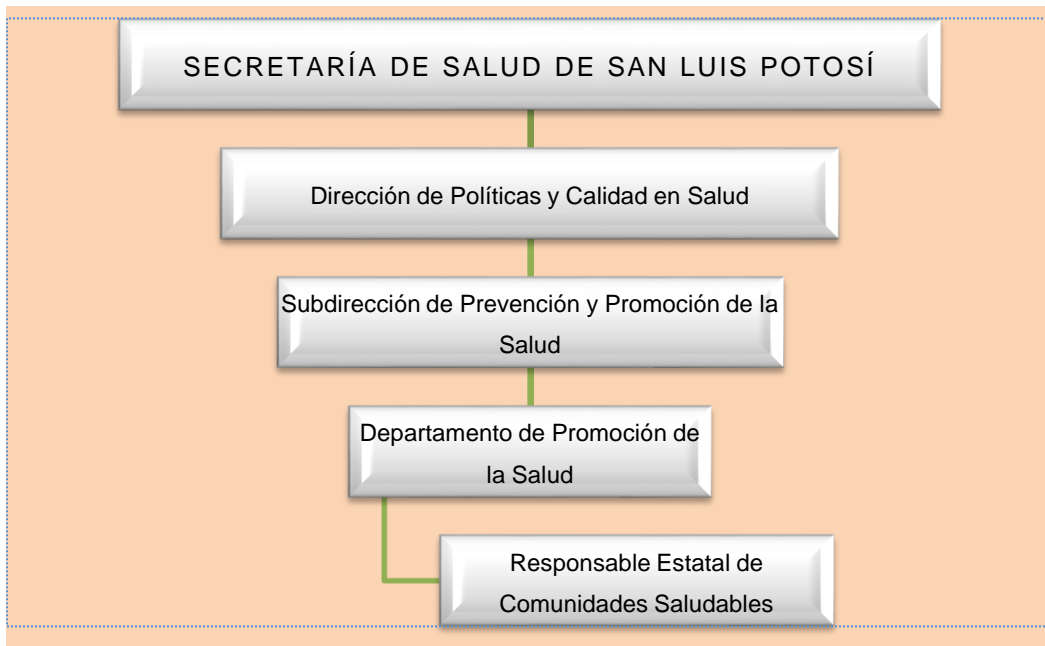
²⁰ Los trastornos mentales son variados y con diversas manifestaciones, caracterizados por una combinación de alteraciones del pensamiento, percepción, emociones, conducta e interrelación con los demás. Muestra de ello son el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo, así como la depresión. Ésta última puede prevenirse a través de algunas estrategias, pero para el resto, las medidas incluyen atención médica y de otros psico especialistas, así como la administración de tratamientos médicos, sin dejar de lado las opciones de apoyo social. **Fuente especificada no válida..**

municipales y con dificultad de acceso, es prácticamente imposible contar con un servicio de recolección de basura proveniente del ayuntamiento, por lo cual el término “manejo adecuado” no es apto, más bien, debieran considerarse de las opciones de eliminación de basura son las menos dañinas para el entorno en específico, incorporar como indicadores acciones de separación de desechos, estrategias de venta de material reciclable o transformación y reúso. Lo mismo ocurre con lo correspondiente a la disposición de excretas, donde debiera evaluarse no solo la existencia de letrinas o fosas sépticas, sino su correcto establecimiento, sin la contaminación de los mantos acuíferos.

El programa Comunidades Saludables es responsabilidad del Departamento de Promoción de la Salud, cuyo jefe tiene un perfil académico de Ingeniero en Sistemas. Este Departamento depende organizacionalmente de la Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud (encabezada por una persona con perfil de médico y maestría en Salud Pública); ésta a su vez depende de la Dirección de Políticas y Calidad en Salud (representada también por un médico con Maestría en Salud Pública) (SSSLP, Manual de Organización, 2003). En el Departamento señalado existe una persona responsable del programa Comunidades Saludables, con perfil de Licenciatura en Trabajo Social (Figura 4.1).

Figura 4.1

Líneas jerárquicas para aplicación del programa Comunidades Saludables en el nivel estatal. Servicios de Salud de San Luis Potosí



FUENTE: Elaboración propia.

El Jefe del Departamento de Promoción de la salud impulsa el trabajo coordinado con las instancias responsables de la planeación y ejecución de los programas de prevención y promoción de la salud, en los contextos general y local de cada estado. A través de esto pretende facilitar y asegurar la revisión oportuna y sistemática de la gestión del Programa de Entornos y Comunidades Saludables por parte del órgano de gobierno encargado de los servicios de salud en el estado.

Anualmente se elabora un programa de trabajo, que incluye las estrategias que dirigirán las actividades durante el año en cuestión y la meta estatal de comunidades a certificar como saludables distribuida por jurisdicción sanitaria, donde no se discierne de

forma separada el total de comunidades que serán certificadas de aquellas que se propone sean recertificadas. Este programa se notifica formalmente a las Jurisdicciones Sanitarias.

Una vez iniciada la aplicación del programa, en conjunto con la persona que funge como responsable estatal del programa se coordina verbalmente con los responsables de Promoción de la Salud de las Jurisdicciones Sanitarias para identificar aquellas comunidades que presentan mayor avance en los indicadores de evaluación y acuerda con los mismos una fecha para visita física del entorno, aplicación de la cédula de revisión y en caso positivo, validarlo como saludable. Los hallazgos quedan plasmados formalmente en los informes de supervisión de quienes acuden a realizar la actividad de verificación.

Mensualmente evalúa el avance por jurisdicción sanitaria a través del informe denominado Sistema de Información en Salud (SIS), el cual es un medio escrito que elaboran cada una de las unidades de salud de primer nivel de atención en el estado, que incluye el reporte cuantitativo de las acciones realizadas por cada uno de los integrantes de la misma respecto de los programas de salud, durante un periodo establecido.

Si se detectan errores de registro en los informes oficiales o bien el cumplimiento de las metas comprometidas no avanza y no hay respuesta a través de las observaciones verbales, se informa al jefe inmediato superior (el Subdirector de Prevención y Promoción de la Salud), quien valora pertinencia y da su anuencia para envío de documento oficial (memorándum) a la jurisdicción sanitaria que muestre tal atraso.

Si bien a simple vista se identifican interrelaciones con el personal jurisdiccional, se desconocen de forma detallada las líneas de poder, cuáles son las negociaciones entre estos niveles, si la interacción solamente se da entre al área de promoción de la salud o se involucra

a otros actores tanto a nivel estatal como jurisdiccional, los tipos de vinculación que se desarrollan y recursos obtenidos. Resalta que en el estado no existe la figura del denominado Comité Estatal de Comunidades Saludables. Aunque la persona que funge como responsable estatal del programa reconoce que dicha entidad debe existir en el estado, señala la falta de interés de las autoridades por establecer formalmente dicho comité, como se evidencia por la ausencia de actas de conformación o de sesiones de trabajo conjunto.

Al revisar la forma como se organizan las jerarquías en el sector salud para la aplicación de programas, a simple vista se pudiera concluir que el éxito de aplicación de cualquier estrategia depende del uso sistemático de los canales de vinculación entre las áreas, siempre en sentido vertical bien sea descendente para el manejo de indicaciones, aplicación de reglamentos, verificación de procesos y realimentación; o ascendente para la rendición de cuentas o solicitud de insumos u otros requerimientos al nivel inmediato superior.

Lo anterior conforma un clásico modelo de intervención vertical, donde la toma de decisión parte de la identificación de un problema de acción política para proporcionar una solución y a su vez un programa de acción definiendo objetivos, recursos, medios legislativos y de los actores administrativos responsables de la ejecución, aplicación, control y evaluación. En este caso el gobierno es funcional y verticalmente organizado en torno a una función y no a un problema. Los vínculos horizontales entre las funciones definidas y su integración son bajos y por efecto limitan la capacidad de acción en una transversalidad.

Sin embargo, es por demás conocido que todos los procesos de políticas públicas – tanto su elaboración como aplicación – funcionan a base de redes, esa serie de relaciones no jerárquicas donde confluyen variedad de grupos de actores que comparten un problema de

carácter político caracterizado por ausencia o deficiencia de recursos que limitan su puesta en marcha. Rhodes refiere la diferencia entre Red Social y Red de política pública, al señalar que la primera puede abordar problemas sociales no siempre reconocidos como públicos, en diferencia con la segunda a la cual define como vínculos formales institucionales e informales entre gobierno y otros actores, estructurados alrededor de creencias negociadas e intereses en la formación e implementación de políticas públicas (Rhodes R. , 2007).

Allí donde se desarrollan redes de políticas, el modelo de organización jerárquico ha sido rebasado como mecanismo de estructuración y conducción del conflicto social; el gobierno deja de ser el centro director de la sociedad y surge un nuevo contexto que impone la conformación de estructuras organizacionales horizontales, sin centro de autoridad definida, cuya interacción genera un consenso negociado que facilita la aplicación de una política dado que se encuentra en un espacio con más aceptación que resistencia, tal como lo presenta Rhodes al configurar la caracterización de redes verticales con una operación clásica del Estado, ante un ideal de horizontalidad, lo cual se presenta en el cuadro 4.2.

Cuadro 4.2

Perspectivas Estado-Sociedad en la operación de redes de políticas públicas, según Rhodes (2007)

VERTICALIDAD Perspectiva del Estado	HORIZONTALIDAD Perspectiva de la Sociedad
<p>Proceso de implementación de políticas públicas.</p> <p>Variedad de actores y contextos institucionales que rigen el desarrollo y la implementación de políticas públicas.</p> <p>Concepto de régimen de gobierno: capturar las diferentes lógicas institucionales que caracterizan las interacciones público privadas.</p> <p>Actores privados con influencia y margen de acción (insumos y producción).</p> <p>El gobierno genera idealmente la interacción institucionalizada entre los actores públicos y privados en el conjunto de reglas, normas y espacios institucionales.</p> <p>En el campo del bienestar social tiene un doble propósito: creación de empleo y apoyo en problemas sociales.</p> <p>Institucionalizar los vínculos entre la sociedad civil y el mercado por una parte y por la otra, actores no estatales.</p>	<p>Los actores son capaces de cooperar, coordinar y gobernarse a sí mismos.</p> <p>Operación tripartita: mercado– jerarquía – red no es válida</p> <p>Redes de cooperación</p> <p>Reciprocidad y confianza (comunidad moral)</p> <p>Moviliza iniciativas y capacidad de innovación.</p> <p>Objetivos comunes y proyectos de cooperación</p> <p>Los poderes públicos no pretenden reglamentar e institucionalizar el campo de las políticas públicas.</p>

FUENTE: Elaboración propia, con información del autor.

Los Servicios de Salud en el estado de San Luis Potosí, al igual que en el resto de los estados de la República Mexicana, se conforman por instituciones públicas, tales como los Servicios de Salud del Estado, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través de su régimen ordinario y el denominado régimen Prospera, el Instituto de Servicios Sociales y de Salud para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA); además de instituciones de salud de carácter privado. Todos

son regidos por la Secretaría de Salud, quien genera, impulsa y vigila la aplicación de las políticas públicas en materia de salud. Cada una de las instituciones públicas tiene a su cargo un porcentaje de la población a efecto de favorecer la cobertura plena.

Respecto al área de responsabilidad de los Servicios de Salud del Estado, para el año 2016 y de acuerdo a la regionalización operativa, tiene a su cargo un total de 5,818 localidades (S.S.S.L.P., 2016), para lo cual dispone de 185 centros de salud fijos y 110 unidades móviles distribuidos en 57 de los 58 municipios en que se divide el Estado, tal como se muestra en la tabla 4.1.

Tabla 4.1
Número de unidades de salud de responsabilidad de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, por jurisdicción sanitaria (2016)

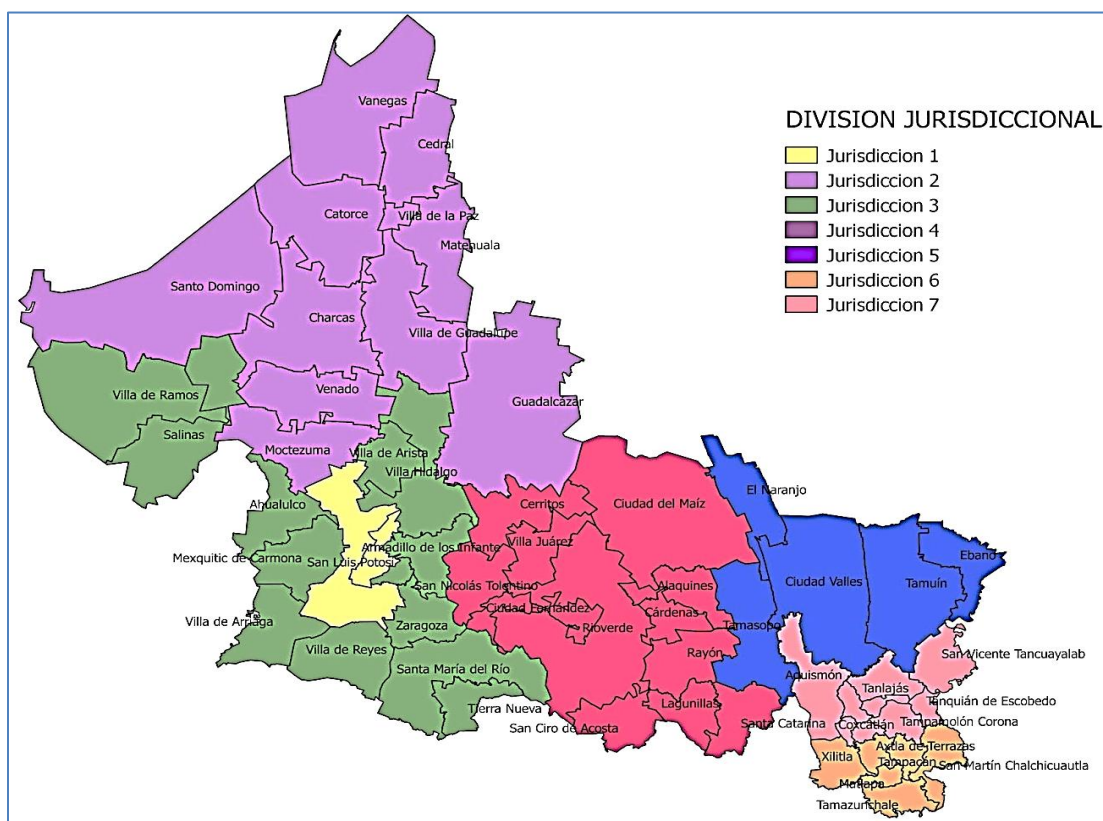
JURISDICCIÓN SANITARIA	MUNICIPIOS DE RESPONSABILIDAD	CENTROS DE SALUD	UNIDADES MÓVILES	TOTAL
I	2	23	2	25
II	11	22	9	31
III	13	26	24	50
IV	12	28	10	38
V	5	28	18	46
VI	6	32	29	61
VII	9	26	18	44
TOTAL	58	185	110	295

FUENTE: Elaboración propia.

La figura 4.2 muestra los municipios de responsabilidad de cada una de las siete jurisdicciones sanitarias en que se divide el estado de San Luis Potosí. La I tiene a su cargo la capital del estado y el municipio de Soledad de Graciano Sánchez, conurbado a la misma.

En la Jurisdicción II se ubican los municipios característicos de la zona altiplano, ubicados al norte del estado. La jurisdicción III agrupa municipios ubicados principalmente en la zona centro y la IV aquellos de la zona media, incluyendo municipios tales como Santa Catarina y Lagunillas, donde habita población indígena de la etnia pame. La jurisdicción V aglomera municipios de la zona huasteca norte, con pobladores tének; la jurisdicción VI tiene bajo su responsabilidad a la región sur de la huasteca, caracterizada por habitantes de la etnia náhuatl y la VII a la zona central, con municipios de ambos grupos indígenas.

Figura 4.2
División municipal según Jurisdicción Sanitaria, Servicios de Salud de San Luis Potosí



FUENTE: Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2016.

La tabla 4.2 presenta el número de unidades de salud de responsabilidad de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, por Jurisdicción Sanitaria y Municipio.

Tabla 4.2 (parte 1)
Número de unidades de salud de responsabilidad de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, por jurisdicción sanitaria y municipio, 2016

JURISDICCIÓN SANITARIA	MUNICIPIO	CENTROS DE SALUD	UNIDADES MÓVILES	TOTAL
I	San Luis Potosí	17	1	18
	Soledad de Graciano Sánchez	6	1	7
II	Matehuala	6	1	7
	Cedral	1	1	2
	Villa de la Paz	1	-	1
	Vanegas	1	1	2
	Real de Catorce	2	-	2
	Villa de Guadalupe	2	1	3
	Charcas	1	1	2
	Venado	1	1	2
	Moctezuma	2	1	3
	Santo Domingo	2	-	2
	Guadalcázar	3	2	5
	III	Ahualulco	1	2
Armadillo de los Infante		1	1	2
Mexquitic de Carmona		3	4	7
Salinas de Hidalgo		1	1	2
Santa María del Río		3	4	7
Tierra Nueva		2	2	4
Villa de Arriaga		2	1	3
Villa de Ramos		3	1	4
Villa de Reyes		6	2	8
Villa Hidalgo		1	3	4
Villa de Zaragoza		2	2	4
Villa de Arista		1	1	2
Cerro de San Pedro		-	-	0

Tabla 4.2 (Parte 2)
Número de unidades de salud de responsabilidad de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, por jurisdicción sanitaria y municipio, 2016

JURISDICCIÓN SANITARIA	MUNICIPIO	CENTROS DE SALUD	UNIDADES MÓVILES	TOTAL
IV	Alaquines	1	1	2
	Cárdenas	1	-	1
	Cerritos	2	1	3
	Ciudad del Maíz	2	1	3
	Lagunillas	2	2	4
	Rayón	2	-	2
	Rioverde	8	2	10
	San Ciro de Acosta	1	-	1
	San Nicolás	3	-	3
	Santa Catarina	3	3	6
	Villa Juárez	1	-	1
	Ciudad Fernández	2	-	2
V	Ciudad Valles	10	8	18
	Ébano	5	1	6
	Tamasopo	5	3	8
	Tamuín	7	4	11
	El Naranjo	1	2	3
VI	Tamazunchale	14	8	22
	Tampacán	1	1	2
	Matlapa	3	6	9
	San Martín Chalchicuautla	5	3	8
	Axtla de Terrazas	3	3	6
	Xilitla	6	8	14
VII	Aquismón	4	6	10
	San Vicente Tancuayalab	3	1	4
	Tanlajás	7	3	10
	Tanquián	1	1	2
	Huehuetlán	2	-	2
	Coxcatlán	2	2	4
	Tampamolón	2	3	5
	Tancanhuitz	3	2	5
	San Antonio	2	-	2
TOTAL		185	110	295

FUENTE: Elaboración propia, a partir de información de los Servicios de Salud de S.L.P. (2016)

Las unidades de salud atienden como mínimo a un núcleo básico, integrado por lo regular por 3,500 habitantes, aunque esto depende de la densidad de población y las características demográficas. En el ideal, cada núcleo básico debe ser atendido por un médico y dos profesionales de enfermería. Existen también otros perfiles profesionales que laboran tanto en las unidades de salud fijas y móviles -aunque no en la totalidad de estas- tales como odontología, promotores de salud y técnicos en aplicación de programas de salud (TAPS), también denominados coordinador comunitario (COC'S).

Tanto el promotor de salud como el COC'S, son los principales responsables de otorgar el servicio de promoción de la salud a través de una serie de actividades que parten de la organización comunitaria, identificación de determinantes de salud y trabajo en los diferentes entornos. Cabe señalar que el COC'S labora únicamente en unidades de salud de municipios indígenas y hablan además del español la lengua materna del lugar. Esto no significa que exista cobertura plena de COC'S en el total de unidades de salud ubicadas en zonas indígenas. Su existencia dio inicio en el año de 1995, cuando surgió el entonces llamado Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), que buscaba fortalecer las competencias y la prevención en población de zonas de extrema pobreza y alta marginación; para el caso de San Luis Potosí dichas zonas se ubican en la zona media y huasteca, donde existe presencia de las etnias pame, tének y náhuatl.

Actualmente los COC'S desarrollan funciones como promotores de salud, a efecto de ampliar la cobertura de atención en materia de promoción de la salud en un mayor número de unidades de salud. La distribución y cobertura de ellos y los promotores de salud se muestran en la tabla 4.3.

Tabla 4.3
Cobertura de promotores de salud y COC'S por unidad de salud y municipio, Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2016

JURISDICCIÓN SANITARIA	MUNICIPIO	No DE UNIDADES DE SALUD	No DE UNIDADES CON PROMOTOR DE SALUD O COC'S	% COBERTURA
I	San Luis Potosí	18	8	44%
	Soledad de Graciano Sánchez	7	5	71%
II	Matehuala	7	4	57%
	Cedral	2	-	0%
	Villa de la Paz	1	-	0%
	Vanegas	2	1	50%
	Real de Catorce	2	-	0%
	Villa de Guadalupe	3	-	0%
	Charcas	2	2	100%
	Venado	2	1	50%
	Moctezuma	3	1	33%
	Santo Domingo	2	1	50%
	Guadalcázar	5	2	40%
III	Ahualulco	3	3	100%
	Armadillo de los Infante	2	1	50%
	Mexquitic de Carmona	7	5	71%
	Salinas de Hidalgo	2	2	100%
	Santa María del Río	7	5	71%
	Tierra Nueva	4	3	75%
	Villa de Arriaga	3	1	33%
	Villa de Ramos	4	2	50%
	Villa de Reyes	8	4	50%
	Villa Hidalgo	4	4	100%
	Villa de Zaragoza	4	2	50%
	Villa de Arista	2	1	50%
	Cerro de San Pedro	0	-	-
	IV	Alaquines	2	1
Cárdenas		1	1	100%
Cerritos		3	1	33%
Ciudad del Maíz		3	-	0%
Lagunillas		4	-	0%
Rayón		2	-	0%
Rioverde		10	4	40%
San Ciro de Acosta		1	-	0%
San Nicolás		3	-	0%
Santa Catarina		6	4	67%
Villa Juárez		1	-	0%
Ciudad Fernández		2	2	100%

Tabla 4.3 (continuación)
Cobertura de promotores de salud y COC'S por unidad de salud y municipio, Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2016

JURISDICCIÓN SANITARIA	MUNICIPIO	No DE UNIDADES DE SALUD	No DE UNIDADES CON PROMOTOR DE SALUD O COC'S	% COBERTURA
V	Ciudad Valles	18	12	67%
	Ébano	6	3	50%
	Tamasopo	8	2	25%
	Tamuín	11	5	45%
	El Naranjo	3	2	67%
VI	Tamazunchale	22	12	55%
	Tampacán	2	2	100%
	Matlapa	9	6	67%
	San Martín Chalchicuautla	8	5	63%
	Axtla de Terrazas	6	3	50%
	Xilitla	14	13	93%
VII	Aquismón	10	8	80%
	San Vicente Tancuayalab	4	2	50%
	Tanlajás	10	6	60%
	Tanquián	2	2	100%
	Huehuetlán	2	2	100%
	Coxcatlán	4	4	100%
	Tampamolón	5	5	100%
	Tancanhuitz	5	4	80%
	San Antonio	2	2	100%
TOTAL		295	171	58%

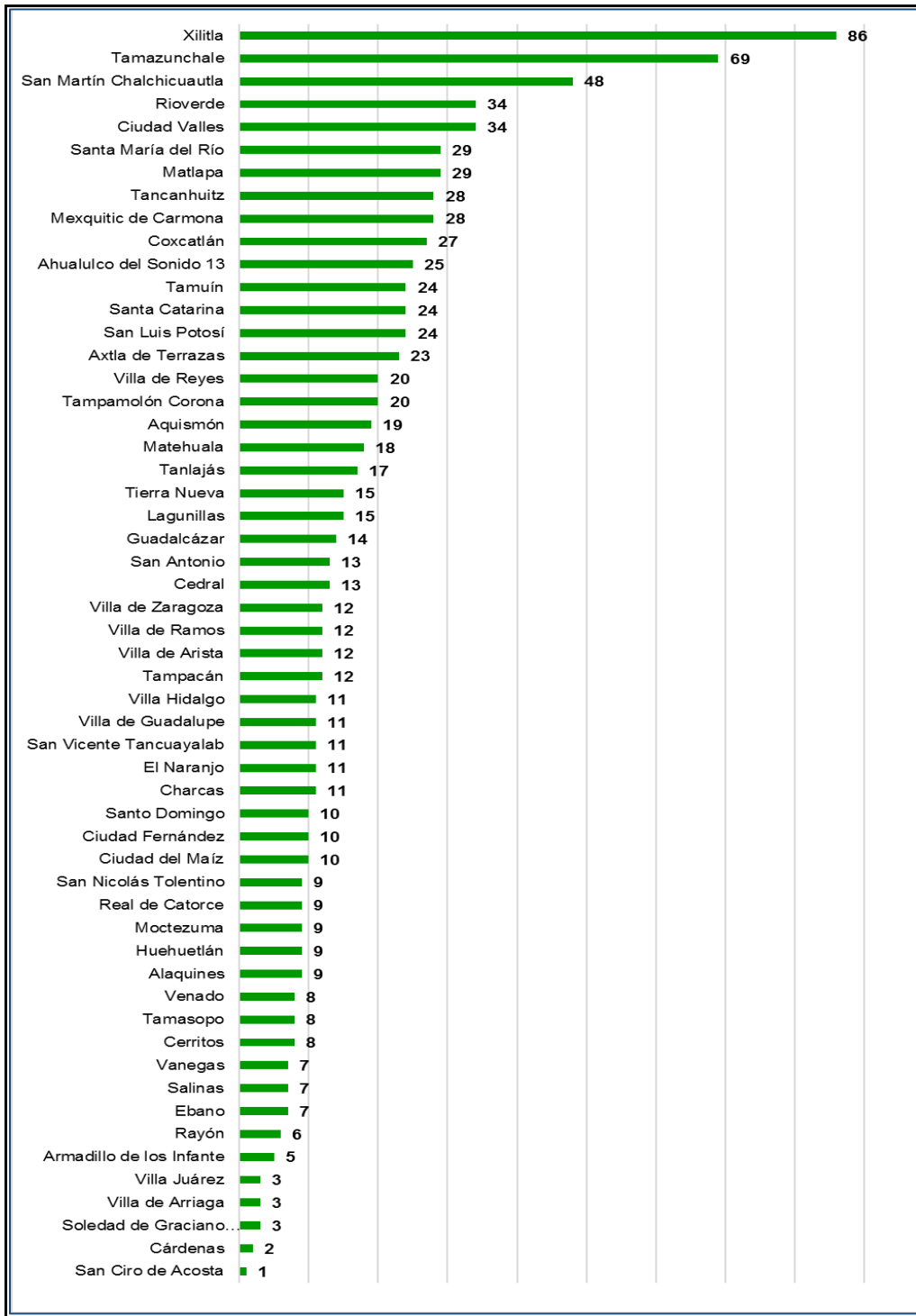
FUENTE: Elaboración propia, a partir de información de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2016.

Como muestra la tabla anterior, el promedio de cobertura de unidades de salud fijas y móviles que cuentan con promotor de salud equivale al 58%, siendo las jurisdicciones sanitarias con menor porcentaje de cobertura la II, con el 34.5% y la IV con el 32.5%. Las jurisdicciones que apenas rebasan el 50% son la I (57.5%) y la V con el 50.8%. El mayor porcentaje se ubica en la VII con el 85.5% y la VI con el 71.3%. Cabe señalar que en los municipios que

se encuentran en estas jurisdicciones se estableció hacia el año de 1996 el Programa de Ampliación de Cobertura, que constaba de unidades móviles conformadas por personal médico, de enfermería, odontología, promotor de salud (ingeniero agrónomo o veterinario) y Coc's, cuya misión era ofertar un paquete básico de servicios preventivos y de atención primaria a la salud en localidades de alta y muy alta marginación y bajo índice de desarrollo humano.

Es a partir del año 2004, que en el Estado de San Luis Potosí se inició el trabajo con comunidades de 100 y más habitantes del área de responsabilidad de los Servicios de Salud del Estado, con el propósito de certificarlas como “Saludables”. Es así como hasta el año 2015 se tiene un registro de 942 localidades en 55 de los 58 municipios del Estado con dicho reconocimiento, con una distribución que se muestra en la gráfica 4.1.

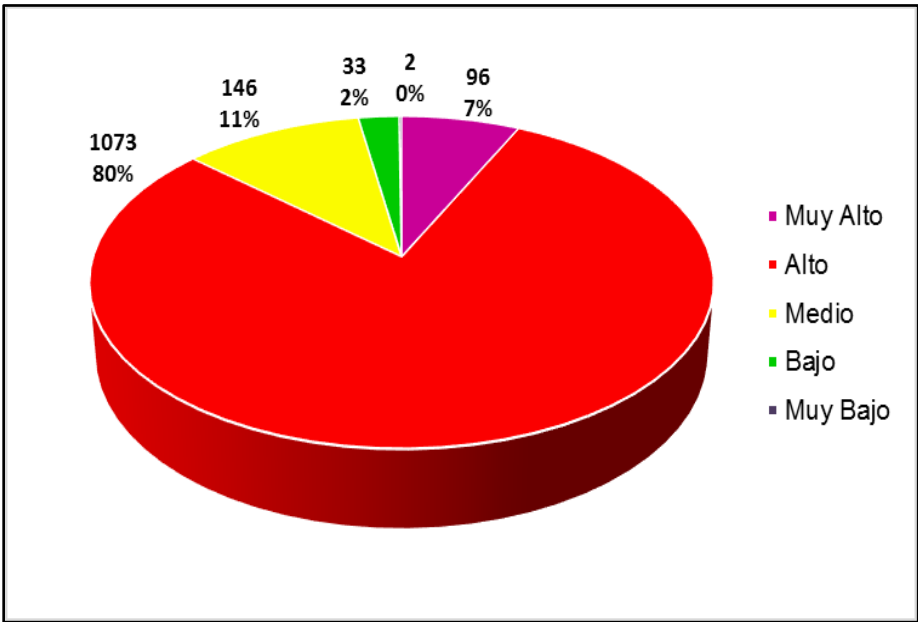
Gráfica 4.1
Distribución de localidades por municipio certificadas en una ocasión como saludables.
Servicios de Salud de San Luis Potosí, periodo 2004 – 2015.



FUENTE: Elaboración propia, a partir de información de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2016.

Al categorizar las 942 localidades registradas según grado de marginación, se encuentra que el 80% de estas, son de alto grado, el 11% de grado medio, el 2% de bajo grado y el 7% de muy alto grado de marginación. Esto refleja que el programa se ha enfocado a zonas rurales, alejadas y marginadas (gráfica 4.2).

Gráfica 4.2
Grado de marginación de las localidades certificadas como saludables.
Servicios de Salud de San Luis Potosí, periodo 2004 – 2015.



FUENTE: Elaboración propia, a partir de información de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2016.

Al comparar el total de localidades que se han certificado como saludables al menos en una ocasión en el Estado con el universo de comunidades de responsabilidad de los Servicios de Salud de San Luis Potosí y que cuentan con una población de hasta 2,500 habitantes (INEGI, 2015), se encuentra una cobertura del 21% en comparación a un total de 4,423 localidades (SSSLP, 2015). El desglose por municipio se muestra en la tabla 4.4.

Tabla 4.4
Cobertura de localidades menores a 2,500 habitantes certificadas como saludables. Servicios de Salud de San Luis Potosí, período 2004-2015

MUNICIPIO	No LOCALIDADES MENORES A 2500 HABITANTES	No LOCALIDADES CERTIFICADAS COMO SALUDABLES	% DE COBERTURA
Villa Hidalgo	17	11	65%
Coxcatlán	42	27	64%
Xilitla	147	86	59%
Vanegas	12	7	58%
Alaquines	18	9	50%
Cerritos	16	8	50%
Tamazunchale	139	69	50%
Mexquitic de Carmona	58	28	48%
Rayón	13	6	46%
Matlapa	63	29	46%
Guadalcázar	32	14	44%
Ahualulco del Sonido 13	59	25	42%
Huehuetlán	22	9	41%
Axtla de Terrazas	58	23	40%
Santa Catarina	62	24	39%
Tampacán	31	12	39%
Lagunillas	40	15	38%
Santo Domingo	27	10	37%
Villa de Guadalupe	30	11	37%
Matehuala	51	18	35%
San Antonio	38	13	34%
Cedral	41	13	32%
San Martín Chalchicuautla	173	48	28%
Venado	32	8	25%
Villa Juárez	12	3	25%
Tancanhuitz	118	28	24%
Villa de Ramos	51	12	24%

Tabla 4.4 (Continuación)
Cobertura de localidades menores a 2,500 habitantes certificadas como saludables. Servicios de Salud de San Luis Potosí, período 2004-2015

MUNICIPIO	No LOCALIDADES MENORES A 2500 HABITANTES	No LOCALIDADES CERTIFICADAS COMO SALUDABLES	% DE COBERTURA
Villa de Reyes	90	20	22%
Villa de Zaragoza	54	12	22%
Rioverde	158	34	22%
Ciudad del Maíz	47	10	21%
San Nicolás Tolentino	43	9	21%
San Luis Potosí	124	24	19%
Villa de Arista	67	12	18%
Aquismón	108	19	18%
Tampamolón Corona	121	20	17%
Tanlajás	103	17	17%
El Naranjo	71	11	15%
Ciudad Fernández	66	10	15%
Armadillo de los Infante	34	5	15%
Tierra Nueva	106	15	14%
Real de Catorce	71	9	13%
Salinas	59	7	12%
Santa María del Río	255	29	11%
Moctezuma	88	9	10%
Charcas	115	11	10%
Cárdenas	21	2	10%
Tamuín	268	24	9%
San Vicente Tancuayalab	127	11	9%
Ciudad Valles	396	34	9%
Villa de Arriaga	39	3	8%
Ebano	94	7	7%
Tamasopo	114	8	7%
San Ciro de Acosta	18	1	6%
Soledad de Graciano Sánchez	65	3	5%
Cerro de San Pedro	17	0	0%
Tanquián de Escobedo	70	0	0%
Villa de la Paz	12	0	0%
TOTAL ESTATAL	4,423	942	21%

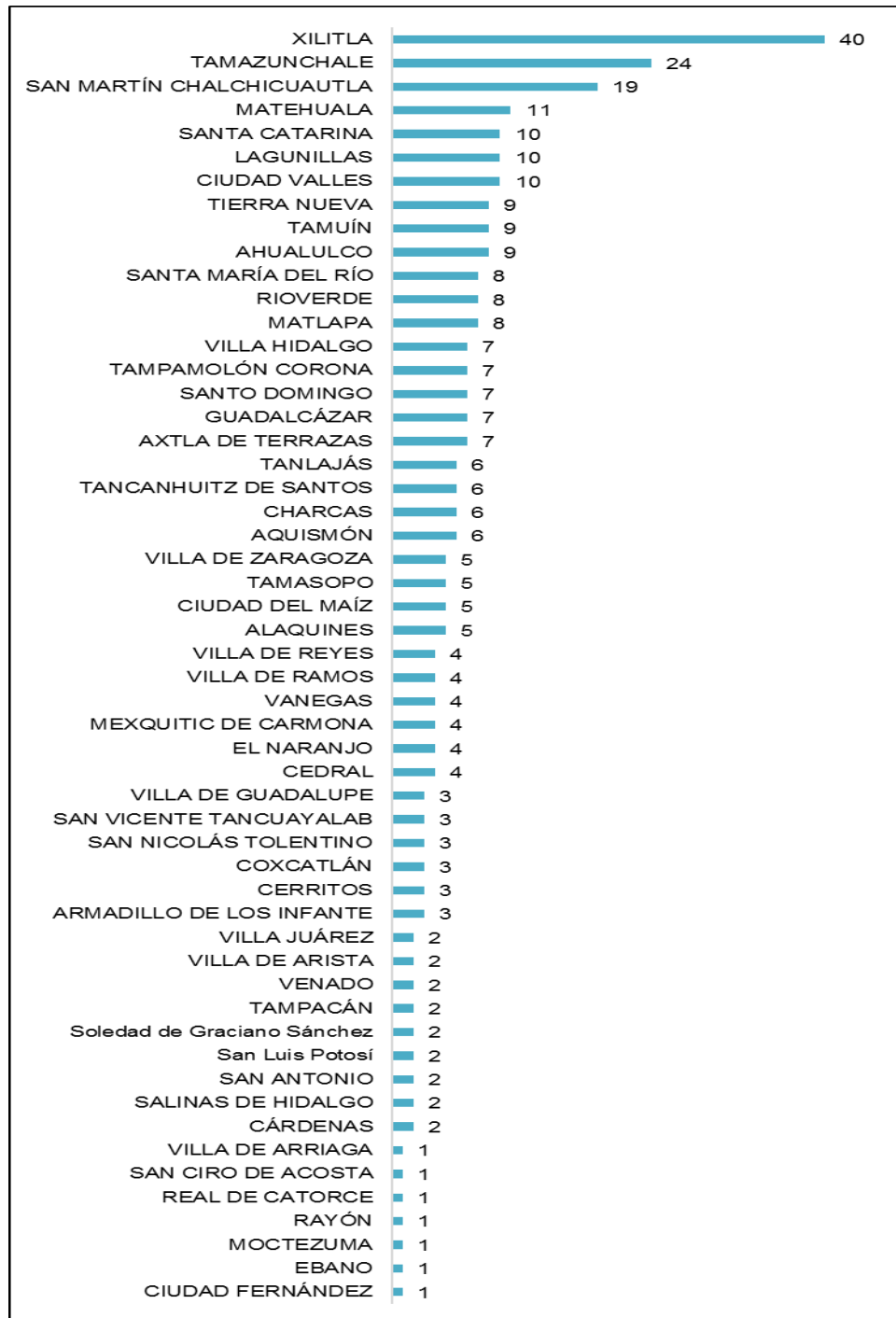
FUENTES: Elaboración propia, a partir de información de INEGI (2015) y los Servicios de Salud de S.L.P. (2015).

Cuando una comunidad recibe el reconocimiento de certificación como entorno favorable a la salud es porque evidencia cambios de primera intención respecto a un listado de indicadores que establece la institución reguladora de servicios de salud. Es de suponerse que para hacer efectiva esta distinción se pasó por una serie de revisiones tanto documentales como en el propio territorio: entrevistas al personal de salud responsable de la localidad, autoridades locales, actores que desempeñan algún cargo, con énfasis en aquellos que se relacionan con el sector salud (comité local de salud, auxiliar de salud, comité Oportunidades), así como ratificación de los datos a través de recorrido por el territorio y diálogos con los habitantes en sus viviendas, quienes se esforzarán por evidenciar en cualquier forma posible que son dignos acreedores de dicha distinción: mostrarán su vivienda aseada, el agua de consumo adecuadamente almacenada, una letrina limpia o al menos en las mejores condiciones de uso (ya que por sus propias características de construcción siempre habrá un margen de contaminación), tendrán a la mano agua hervida para poderse consumir, y en su hablar siempre brotarán pequeños discursos sobre el autocuidado de la salud.

A partir del año 2008, la Secretaría de Salud del Estado de San Luis Potosí, determinó que aquellas localidades certificadas entre los años 2004 al 2006, pudieran ser objeto de una recertificación; el criterio a tomar en cuenta consistió principalmente en la revisión de evidencias gráficas y documentales (registros en el formato institucional denominado *cédula de avance mensual*) que demostraran mantenimiento y/o mejoría de los indicadores establecidos para una certificación. De acuerdo a esta estrategia, los registros del Departamento de Promoción de la Salud evidencian que entre los años del 2008 al 2015 se certificaron por segunda ocasión 321 localidades (gráfica 4.3).

Gráfica 4.3

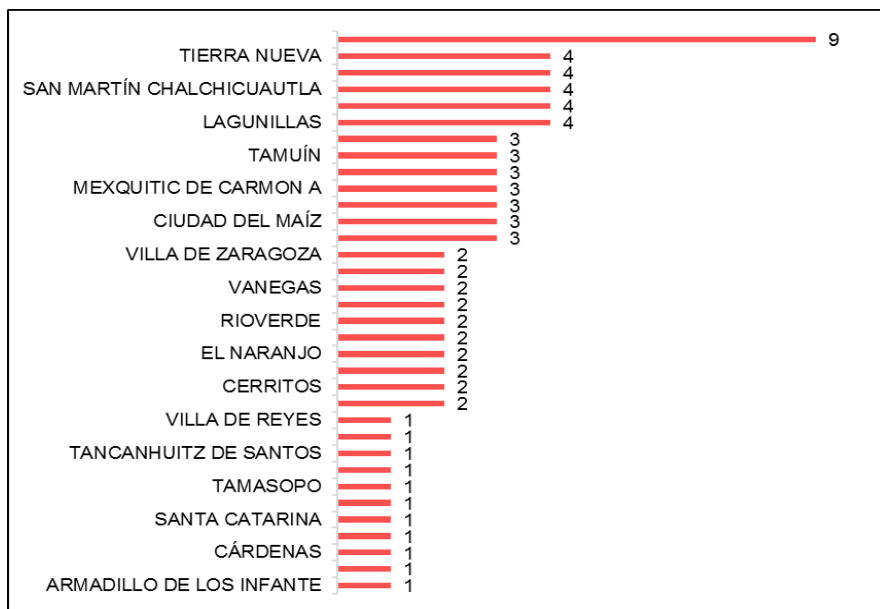
**Distribución de localidades por municipio, certificadas en dos ocasiones como saludables.
Servicios de Salud de San Luis Potosí, periodo 2008 – 2015.**



FUENTE: Elaboración propia, a partir de información de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2016.

En 17 municipios se han certificado en tres ocasiones a 81 localidades (gráfica 4.4).

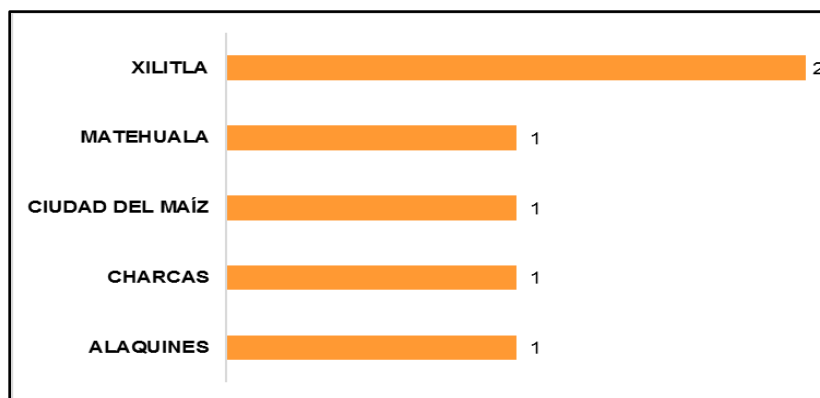
Gráfica 4.4
Distribución de localidades por municipio, certificadas en tres ocasiones como saludables.
Servicios de Salud de San Luis Potosí, periodo 2008 – 2015.



FUENTE: Elaboración propia, a partir de información de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2016.

Son 5 los municipios que han certificado en 4 ocasiones a 6 localidades (gráfica 4.5).

Gráfica 4.5
Distribución de localidades por municipio, certificadas en cuatro ocasiones como saludables.
Servicios de Salud de San Luis Potosí, periodo 2008 – 2015.



FUENTE: Elaboración propia, a partir de información de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2016.

El hablar entonces de una localidad que se recertifica en dos o más ocasiones, como la modalidad que se desarrolló en el Estado de San Luis Potosí desde el año 2008 y que a partir del año 2015 propuso el Nivel Federal de la Secretaría de Salud, equivale entonces a pensar de primera instancia en un espacio geográfico donde sus habitantes privilegian a la salud como una necesidad básica para su entorno y para lo cual desarrollan procesos colectivos desde un enfoque de prevención y/o limitación del daño.

Se considera entonces a la organización comunitaria como un mecanismo que permite priorizar las necesidades locales y la participación social como un medio para lograr su consecución. Desde esta perspectiva, deberá privilegiarse la necesidad de mejorar las condiciones de los espacios donde la población desarrolla sus principales actividades y que van desde la propia vivienda (piso, paredes, techos, calidad del agua, drenaje, disposición de basura, electricidad, entre otros) hasta el resto de la localidad (servicios públicos básicos, vías de acceso y comunicación, educación, condiciones ambientales, etc.).

Si bien el discurso resalta y enaltece la acción local organizada, como toda estrategia social producto de políticas públicas, requiere de participación social tanto entre las redes que existen al interior de la propia localidad, como aquellas externas, las cuales por lo general funcionan como proveedoras de recursos tangibles o simbólicos. Lo anterior determina la importancia de medir y analizar la interrelación que se genera entre las estructuras sociales, las relaciones existentes entre los actores internos y externos que participan en el mantenimiento de una localidad como saludable: reconocer su complejidad, expectativas, estrategias y resultados.

Abordar el estudio de este tipo de programas de salud pública implica adentrarse en el análisis de los procesos organizativos que se generaron a partir de que una localidad es

candidata a certificar como saludable: cómo la población parte de una serie de requisitos que impone la institución de salud y cómo estos son discutidos, consensuados, priorizados y atendidos.

Lo anterior representa la necesidad de profundizar en las formas de organización y operación de las propias redes locales, así como en la negociación que desarrollan con otras redes -que incluyen a la propia unidad de salud que los atiende, dependencias oficiales u otros organismos- pero sobre todo los recursos que se obtienen y que se traducen en beneficios que conlleva a la mejora de su entorno.

Esto hace necesario investigar respecto a la conformación de redes que se generan a partir de que una política pública en el campo de la salud inicia su implementación en un entorno específico, desarrollando mecanismos a través de los cuales los participantes obtengan más allá que una serie de resultados numéricos: implementar un sistema de procesos políticos formales e informales con elementos observables y sostenibles respecto a salud.

4.2. Sostenibilidad De Procesos Colectivos Para La Salud Y Rendimiento De Redes

La Comisión Brundtland creada en 1987 por la Organización de las Naciones Unidas y dirigida por la sueca Gro Harlem Brundtland, publicó el Reporte Brundtland (2002), donde señala que *“el mundo no puede seguir actuando como si la salud y el bienestar de las personas no estuvieran en el centro de los tres pilares del desarrollo sostenible”*; distinguiéndolo como un proceso de cambio donde la explotación de los recursos, la dirección de las inversiones y la re orientación tecnológica e institucional están en armonía aumentando el potencial actual y futuro para atender las necesidades y las aspiraciones

humanas. Lo conceptualiza como *“aquel que garantiza las necesidades del presente sin comprometer las posibilidades de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades”*

Se requiere de un proceso de conciliación y conformidad con otros conjuntos de actores también presentes en la sociedad. A pesar de operar bajo reglas consensuadas, podrán encontrarse con factores que limitarán su funcionamiento, tales como procesos políticos no transparentes, interacción informal, estructuras de consulta compleja, solapamiento de las posiciones administrativas, poca claridad de funciones y permisivismo (Börzel, 1997).

La sostenibilidad pudiera equipararse a términos tales como mantenimiento, institucionalización, integración o rutinización. Algunos conceptos que Shediak (1998) retoma son:

1. Capacidad para mantener el servicio y la cobertura a un nivel que proporcionará un continuo control de un problema de salud.
2. Capacidad de un proyecto para entregar los beneficios esperados durante un largo período de tiempo.
3. Desarrollo de un programa que ofrece un adecuado nivel de beneficios durante un período prolongado de tiempo, posterior a una gran asistencia financiera, técnica y de gestión.
4. Integración y viabilidad de un nuevo programa a largo plazo dentro de una organización.
5. Cambio organizacional generado por un proceso de adquisición de nuevas prácticas.
6. Capacidad y grado de una comunidad para acceder a los conocimientos, habilidades y recursos necesarios para llevar a cabo la promoción eficaz de los programas de salud.

Como todo proceso social, la sostenibilidad integra diversas perspectivas a la vez que conjuga diversos intereses sobre los recursos a efecto de proporcionar suficientes oportunidades para satisfacer las futuras demandas de recursos, asentándose en el contexto de procesos sociales que modifican, conservan, aumentan y sustituyen las potencialidades de los recursos. La salud forma parte también del desarrollo sostenible dado que los beneficios sociales, económicos y medioambientales de toda sociedad se nutren del capital humano; invertir en salud genera un efecto sobre sucesivas generaciones en términos tales como una mayor esperanza de vida, años de vida saludable, bienestar económico, medioambiental y social.

Hablar de sostenibilidad es hacer alusión a algo más allá de la simple continuidad de una serie de acciones que un grupo de actores acordaron llevar a cabo durante un periodo de tiempo determinado o indeterminadamente; representa una opción social que incluye objetivos múltiples, diversas escalas de valores y contextos variables que van cambiando en el tiempo y se retroalimentan permanentemente.

Por lo tanto, la sostenibilidad se relaciona más con la noción de “cambio” que la de “estabilidad”, al equipararse ésta con la acción de “sostener” un sistema de forma permanente para mantener un determinado “estado”. Al ubicarla como proceso de adaptación, auto-organización y equilibrio de sistemas –para el caso en estudio de prevención y promoción de la salud- en evolución permanente, debe considerarse que intervienen aspectos endógenos de la red.

Para Shediak (1998), la sostenibilidad representa un objetivo que basa su efectividad en la planificación, al requerir el planteamiento de metas, objetivos, el desarrollo de

estrategias específicas y, sobre todo, un control continuo, para lo cual, propone una serie de directrices potenciales (cuadro 4.3).

Cuadro 4.3
Directrices potenciales para la sostenibilidad según Shediac (1998)

DIRETRIZ	DESCRIPCIÓN	EFFECTOS
Proceso de negociación del Proyecto	El inicio de la legitimación de los programas de salud entre la población, los líderes y grupos parte de la otorgación de servicios congruentes con las necesidades de la comunidad.	Objetivos, metas y plazos que se adaptan según la evolución del proyecto.
Eficacia del proyecto	Demostrar la eficacia favorece la aceptación.	Institucionalización del proyecto
Duración del proyecto	Las intervenciones a corto plazo afectan negativamente el proceso de sostenibilidad. Steckler y Goodman sugieren que el apoyo a programas debe considerar al menos 5 años.	Mejora en las perspectivas de institucionalización.
Financiamiento de proyectos	La reducción de aportaciones gubernamentales genera la necesidad de búsqueda de otras fuentes de obtención de recursos.	Costos realistas, planificación de fuentes de obtención, espíritu emprendedor en la búsqueda de fuentes alternativas de financiamiento.
Tipo de proyecto	Las intervenciones en salud con enfoque preventivo por lo general reciben un menor financiamiento, en comparación con las de carácter curativo.	Favorecer el desarrollo de acciones autónomas para el sostenimiento del proyecto.
Formación	Proyectos que incorporan un proceso de formación / transmisión de conocimientos son más propensos a ser sostenidos.	Ampliación del conocimiento, existencia de personas "formadoras" en el entorno.
Fortaleza institucional	La "fuerza" de la institución que está implementando el programa se relaciona positivamente con la sostenibilidad.	Institucionalización
Liderazgo	La identificación y trabajo empático con personas influyentes de la comunidad favorece defensores del programa.	Identidad, compromiso, habilidades para la negociación.
Consideraciones socioeconómicas y políticas	Identificar previo y durante la implementación del programa las condiciones existentes y posibles obstáculos, favorece adaptaciones y acciones oportunas.	Compromiso continuo para la búsqueda de fuentes externas
Participación de la comunidad	Una premisa mayor de un enfoque comunitario es que el cambio generalizado es más probable de ocurrir si una amplia gama de profesionales de la salud, instituciones de salud, grupos comunitarios y privados y los propios ciudadanos están involucrados.	Apropiación del programa, agencia. Generación de competencias y capacidades. Cambio positivo en los patrones de comportamiento respecto a salud.

FUENTE: Elaboración propia a partir de información del autor.

La participación y el empoderamiento ciudadano son la inspiración y la creatividad para el desarrollo social sostenible; en el momento en que la sociedad posee suficientes capacidades en los ámbitos informativo, cognoscitivo, tecnológico, organizacional y productivo, desencadena procesos de deliberación, entendimiento y autorregulación. La participación comunitaria es entendida como un proceso social por el cual los grupos específicos que habitan en una zona geográfica definida, identifican sus necesidades, toman decisiones y establecen mecanismos para satisfacerlas, lo que genera un aumento de sus capacidades, tanto a nivel individual como comunitario (Shediac-Rizkallah & Hueso, 1998).

El empoderamiento se presenta como una estrategia fortalecedora de determinantes sociales positivas para la salud, y que es resultado del desarrollo y fortalecimiento de vínculos y confianza entre un grupo poblacional, que genera un sentido de solidaridad. La falta de control social representa un factor de determinación social de la salud en contextos de pobreza, discriminación, riesgos ocupacionales y otras inequidades (OPS, Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables. Recomendaciones para la Evaluación Dirigido a los Responsables de las Políticas de las Américas., 2005).

En la medida en que las redes y los actores que las conforman se auto organizan, son más capaces de enfrentar los desafíos que plantea una realidad que evoluciona con rapidez (Peters, 2007). Acercarse a los diversos actores y reconocer el poder y peso que representan en el momento de frenar o facilitar la operación de una política involucra observar bajo una perspectiva realista y no idealista los hechos sociales sin asignar parámetros calificativos en el camino de aplicación de estrategias y acciones.

Una red altamente integrada sobresale del resto al disponer de recursos, resiste la dirección del gobierno, desarrolla sus propias políticas y moldea sus entornos (Rhodes R. ,

2007) privilegia los intereses comunes y mayoritarios y es capaz de resistir el control del nivel administrativo superior. Por lo regular existirá una coalición dominante que inflencie las relaciones que pueden ser vistas como un problema en la búsqueda de recursos y regulará el proceso de intercambio dentro del marco de las reglas del juego establecidas. Podrá también existir un reparto de recursos rígidos y desequilibrados, presiones de grupos de poder, entramados institucionales y organizacionales ambiguos y débiles, sin dejar de lado el uso de la población a cambio de apoyo de carácter político.

Como se ha revisado en capítulos anteriores, una red forma parte de un sistema de proveedores de servicios interrelacionados, que establecen un vínculo a efecto de obtener cierto tipo de recursos. Ponen a prueba la capacidad de sus integrantes respecto a aspectos tales como conciencia, colaboración con y para otros, prestación de servicios, transmisión de información y estrategias de innovación. En este sentido, la operación de redes representa una alternativa a la gobernanza jerárquica tradicional.

Por lo general, los estudios de redes se centran en las características o resultados de las políticas traducidos en coberturas y eficacia del servicio a nivel de organización, donde se desarrolla una serie de indicadores y puntajes. Para Kenis y Provan (2009), evaluar una red no equivale a verificar si las tareas se llevaron a cabo, sino más bien a identificar las nuevas formas de comportamiento y gestión producto de la internalización y empoderamiento, esto es, el rendimiento de la red.

No se puede comparar una red con otra si se toma únicamente en cuenta el tiempo de formada; esto sólo es válido cuando se trata de evaluar el resultado de una actividad específica regulada por un periodo de tiempo determinado. Cada red en particular, puede desarrollar sus propias consideraciones de valor idiosincrásico.

Estos autores señalan que el rendimiento es efectivo en función de criterios externos, donde los participantes de la red pueden tener poco control sobre estos y para lo cual han diseñado un modelo que considera aspectos tales como la forma, el tipo de inicio y la etapa de desarrollo.

- Forma de la Red. La organización principal puede tener su propia agenda y dominar fácilmente a los miembros de la red, causando resentimiento, desconfianza y resistencia. La forma se caracteriza por los tipos de actores involucrados, los límites de la propia red y la presencia o ausencia de enlaces o nodos.
- Inicio de la Red: Voluntario vs Obligado. Las redes obligadas se generan para dar respuesta a una política, creadas por lo general por una institución gubernamental, esto es, de arriba hacia abajo. En estas, el área operativa está convencida del valor del uso de la red, pero, desgraciadamente, esto no sucede en los niveles directivos, restándole valor a la agrupación y su potencial para ir más allá de un simple cumplimiento de tareas. Esto repercute en dificultad para equilibrar la organización e intereses.

Al contrario, las redes voluntarias se crean de abajo hacia arriba y se distinguen en la operación por su legitimidad, su capacidad de activación y el clima que predomina entre sus miembros, con un clima de equilibrio entre la realización de los intereses de la organización y la voluntad de ir más allá y lograr beneficios para la red en su conjunto. Reconocen la necesidad de coordinar sus actividades con otras redes y no les es difícil convencer a sus integrantes de la necesidad de interrelación.

- Etapa de Desarrollo de la Red. Kennis y Provan (2009), retomando de D'Aunno y Zuckerman un ciclo de vida compuesto de cuatro etapas a través de las cuales transita

una red: emergencia de una coalición, transición a una federación, madurez de la federación y encrucijada crítica. Señalan que cuando una red es emergente, el logro de los objetivos será problemático, ya que la red se ocupará y desgastará más en desarrollar estructuras y procesos, que en trabajo y resultados; a diferencia de las redes maduras, las cuales ya han transitado por un proceso de interacción y colaboración, y su quehacer se basa en la eficiencia de operación para el cumplimiento de objetivos.

Quienes diseñan, financian y analizan redes deben tener presentes los factores de rendimiento endógenos y exógenos. Cuando los factores son endógenos, la responsabilidad recae por completo en la propia red, teniendo como causa principal de falla una mala gestión. Por el contrario, si los factores son exógenos, habrá que reconsiderar si los criterios son realmente apropiados para su forma de organización y etapa evolutiva. También mencionan que entre mayor número de criterios se pretenda evaluar, mayor probabilidad existe de realizar una inadecuada evaluación.

Varias herramientas y enfoques se han desarrollado para evaluar el funcionamiento y la eficacia de una red y comprender los procesos que representen con precisión a la red en un momento del tiempo, identificar los líderes, así como la perspectiva de los miembros sobre el valor de la red, los métodos y herramientas para el funcionamiento y satisfacción ante sus efectos, modelo que desarrolla Paula Robeson (2009), respecto a la evaluación de procesos de una red con aplicación al área de salud y que se presenta en el cuadro 4.4.

Cuadro 4.4 (Parte 1)

Plan de evaluación de procesos y resultados de redes, según Robeson (2009)

NIVEL	INDICADOR	MÉTRICA	FUENTE
Sector de la población	<ul style="list-style-type: none"> • ¿La red proporciona beneficios pertinentes a la salud de la población? 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de nuevas políticas desarrolladas 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros estatales, municipales y locales. • Informes
Estructura de la red	<ul style="list-style-type: none"> • Creación y mantenimiento de una red administrativa. • Elaboración de un plan estratégico. • Estabilidad en especial del núcleo • Los miembros van y vienen • Crecimiento de la membresía. • Coordinación de los miembros de la red. • Aumento de contenido de conocimiento y la captación. • Co creación de procesos y recursos. • La creación del valor de la imagen de la red (reconocida / elogiada). • Identificación de retos y estrategias para abordarlos. • Razones para el acceso / salida. • Las percepciones de confianza 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrantes • Miembros que entran o salen en determinado período de tiempo. • Nuevos miembros, posterior a sucesos específicos (eventos críticos). • Participantes en los foros • Nuevos temas de discusión. • Mirones • Nuevas aportaciones • Frecuencia de las interacciones del grupo • Composición de la red • Crecimiento sostenido • Calidad de los comentarios de los miembros • Nivel de interacción (conocimiento, intercambio, desarrollo conjunto de métodos y herramientas, capacidades u oportunidades) • Métodos y herramientas creados. • El crecimiento de la base de conocimientos • Patrocinios / fondos asegurados 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan estratégico • Lista de miembros • Actas de la Reunión • Registros de asistencia a reuniones • Evidencia en actas de contribuciones • Registro de los métodos e instrumentos • Cambio o incidentes de participación voluntaria en actividades de los miembros • Nuevas encuestas de miembros • Las entrevistas de salida

Cuadro 4.4 (Continuación)

Plan de evaluación de procesos y resultados de redes, según Robeson (2009)

NIVEL	INDICADOR	MÉTRICA	FUENTE
Organización	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de las relaciones: equidad, cercanía • Fuerza de los lazos • Resolución de conflictos • Adquisición de conocimientos y desarrollo de la capacidad • Percepción de intercambio de conocimientos / cultura • Percepción de utilidad de conocimientos obtenidos / intercambiados • La percepción de valor que los miembros estiman obtener de la participación en la red. • Legitimidad mejorada 	<p>Número de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos adquiridos • Nuevos programas desarrollados • Valoraciones relacionadas con la jerarquía de la red 	<ul style="list-style-type: none"> • El análisis de redes • Historias o anécdotas de los miembros • Agilización de decisiones • Riesgo reducido • Nuevas innovaciones • Mejoría de recursos o servicios
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • El conocimiento y desarrollo de habilidades • Aumento de la participación profesional • Satisfacción profesional • Cambio de comportamiento • Satisfacción en el trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades para el desarrollo de capacidades • Valoraciones relacionadas con la jerarquía de la red 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas y/o entrevistas a profundidad a miembros • Entrevistas • Los grupos de enfoque desarrollo profesional registro o base de datos

FUENTE: Elaboración propia, a partir de información del autor (2009).

El cambio y la adaptación pueden considerarse como propiedades constitutivas de la sostenibilidad, ya que, en el fondo, se trata de desarrollar una capacidad de evolución de los sistemas sociales y naturales para hacer frente a las fluctuaciones y adaptarse a las transformaciones, recuperarse y seguir existiendo de forma perdurable (Jiménez Herrero, 2002).

Un paso hacia la sostenibilidad radica en la confianza y cooperación mutuas; esto requiere pasar de desempeñar un rol pasivo o subordinado al de colaborador en la definición y destino de los asuntos públicos (Aguilar Villanueva, 2007), lo cual demanda que la red supere las formas disfuncionales de liderazgo (protagonismos, imposiciones, autoritarismos) y mantenga la participación activa de los integrantes en la toma de decisiones y responsabilidad ante los compromisos establecidos.

Desde la visión de red, la sostenibilidad es resultado del refuerzo colectivo respecto a un programa, donde las personas y organizaciones promueven el esfuerzo coordinado para dar continuidad, esto es, permanencia en el tiempo de una estructura organizativa. Al ser una colectividad quien se encarga del mantenimiento, no implica que sea algo estático o repetitivo, sino que representa un proceso dinámico que de forma permanente se transforma para responder a la realidad del entorno.

Shediac (1998) refiere que, para el ámbito de la salud, la sostenibilidad se evidencia a través de tres características:

1. El mantenimiento de la salud a través del programa inicial,
2. Continuación de las actividades del programa dentro de una estructura organizativa, y
3. Construcción de la capacidad de la comunidad receptora.

Cuando se introduce un programa o estrategia de salud en un entorno, se pretende que los resultados sean visibles en un corto o mediano plazo; ejemplo de esto son campañas de vacunación, detección oportuna de casos de enfermedades del tipo crónico – degenerativo, o acciones de saneamiento básico para la prevención o detención de un brote de enfermedades de riesgo epidemiológico. En muchas de las ocasiones, se hacen importantes inversiones económicas para la compra de los diversos insumos a emplear y los recursos humanos que se ocuparán de las acciones. Sin embargo, una vez que se obtienen resultados basados principalmente en coberturas, las acciones se abandonan con efectos en la reincidencia de comportamientos de riesgo para la salud.

Hablar de sostenibilidad en materia de promoción de la salud requiere entonces de entender la importancia de mantener a largo plazo los cambios de conducta de la población, y no conformarse ante evidencias iniciales. Las modificaciones en los hábitos de salud de la población sólo se consiguen posterior a un proceso educativo continuo y permanente basado en la cosmovisión de la población a quien se dirige, acompañado de estrategias de reforzamiento que favorezcan la durabilidad de los efectos positivos, donde la población los conforme como parte de su identidad y mantenga acciones vinculadas. Al generar alianzas se favorecen aspectos tales como la autosuficiencia en el uso de recursos y conocimientos para diseñar, implementar y evaluar; establecer algo similar a un “banco de conocimientos”, donde la propia población funge como educadora y se hace consciente de los beneficios que trae consigo la colaboración.

A continuación, en el siguiente capítulo se abordará un análisis, desde el enfoque de redes de políticas públicas, de la forma como operacionaliza la Jurisdicción Sanitaria la estrategia de certificación y recertificación de comunidades como entornos saludables.

Capítulo 5
La Jurisdicción Sanitaria:
Un Actor Clave En La Sostenibilidad
De Procesos Colectivos De Salud

CAPÍTULO 5

LA JURISDICCIÓN SANITARIA: UN ACTOR CLAVE EN LA SOSTENIBILIDAD DE PROCESOS COLECTIVOS DE SALUD

La Jurisdicción Sanitaria es la unidad técnico-administrativa desconcentrada, por territorio, que depende del gobierno estatal y sirve como enlace con las instancias aplicativas; es el órgano responsable de planear, coordinar, supervisar y evaluar la prestación de servicios de atención médica y salud pública a población abierta, así como desarrollar actos de regulación, control y fomento sanitarios en el área geográfica de su responsabilidad.

Es la instancia que se encarga de operar los programas, estrategias y acciones que se planean en el nivel estatal. Por lo tanto, quienes en ella laboran deben poseer competencias no sólo de carácter técnico respecto a los programas de salud que son de su encomienda, sino además tener conocimiento de sus caminos, ubicación de las localidades, habilidades para la interacción con la población que habita en los municipios de responsabilidad, conocer su cultura, principales festividades, conflictos y visión de los habitantes respecto al proceso salud – enfermedad.

Por representar a la Secretaría de Salud en un punto intermedio entre lo estatal y lo local, la Jurisdicción Sanitaria se ubica como una red con una variedad infinita de opciones de interrelación para la implementación de acciones locales, pero también para la gestión y obtención de recursos. En el presente capítulo se hará un análisis de esta red, derivado de una serie de entrevistas y encuestas con personajes clave para la operación de las acciones que conllevan a la certificación y recertificación de comunidades saludables.

5.1. ¿Los Actores Jurisdiccionales Se Conciben Parte De Una Red En El Proceso De Certificación Y Mantenimiento De Comunidades Saludables?

La Jurisdicción Sanitaria es el punto de partida para la operacionalización del programa comunidades saludables. La estructura organizacional de una Jurisdicción Sanitaria es similar al nivel estatal, descrita en el capítulo anterior.

Es de esperarse que en este ámbito, la operación de las normas federales y estatales deben hacerse reales y efectivas, por lo que un requisito indispensable para su funcionamiento es la organización entre el personal responsable de los diversos programas de salud; si el liderazgo es mantiene en manos de quien posee la mayor jerarquía (jefe de jurisdicción sanitaria), si este se delega a otro actor, si se dan relaciones horizontales o inclusive la interacción al interior de la estructura jurisdiccional es nula. En este último caso, se hace necesario entonces abordar las condiciones en que se desarrolla el programa.

El Responsable Jurisdiccional de Promoción de la Salud, depende de la Jurisdicción Sanitaria y es responsable de la organización, coordinación, seguimiento y control en los ámbitos municipal y local del Programa de Entornos y Comunidades Saludables, incluyendo la planeación y evaluación de la certificación y recertificación de las localidades. Conforme a la meta numérica que se le notifica del nivel estatal, elabora el listado con los nombres de las localidades que se compromete a certificar en el año, incluyendo nombre de la unidad de salud responsable de la misma. Entrega a cada unidad de salud un formato de seguimiento que incluye los indicadores que serán aplicados en la localidad propuesta. Mensualmente revisa los informes de avance de las unidades de salud e identifica aquellas comunidades que pueden ser ya aptas para revisión del nivel estatal. En conjunto con el personaje estatal acude

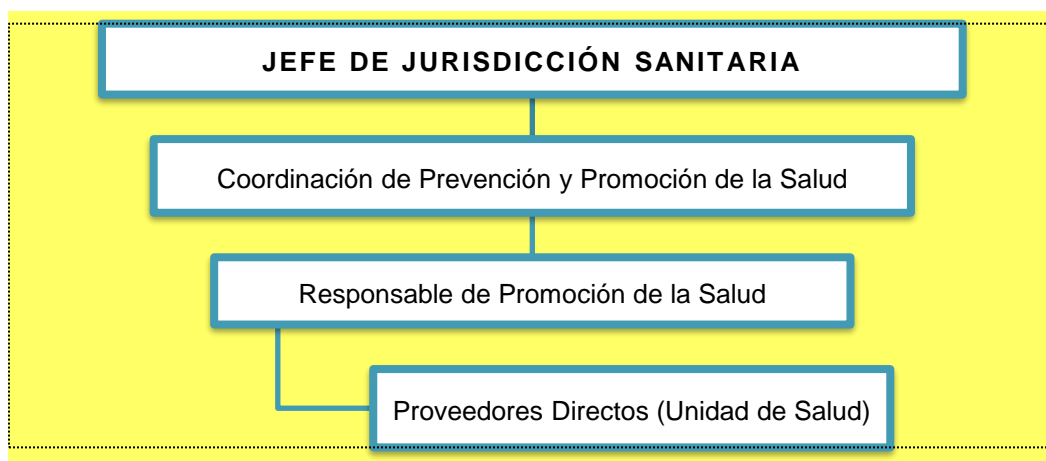
a la localidad propuesta y verifica avances. Su función en ese momento es fungir como testigo del proceso de revisión y conocer el veredicto. Verifica que los avances de las unidades de salud se registren en los informes mensuales de estas.

Las unidades aplicativas de primer nivel de atención conforman la red de servicios que deben proporcionar servicios integrales de salud al individuo, la familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Son los proveedores directos de servicios de salud.

Aplican normas y procedimientos de conformidad con las directrices nacional y estatal, participan en la programación, ejecución y evaluación de las actividades integrando a la comunidad y otros actores que considere de importancia para la obtención de recursos tangibles o simbólicos (figura 5.1).

Figura 5.1

Líneas jerárquicas para aplicación del programa Comunidades Saludables en el nivel jurisdiccional. Servicios de Salud de San Luis Potosí



FUENTE: Elaboración propia, a partir de información de los Servicios de Salud de San Luis Potosí.

La Jurisdicción Sanitaria tiene una organización similar al nivel Estatal de los Servicios de Salud, aunque con un número sumamente menor de recursos humanos. Cuenta con un Jefe de Jurisdicción, una coordinación administrativa, una coordinación de protección contra riesgos sanitarios (COEPRIS), el área de Seguro Popular, el área de estadística e información y coordinaciones encargadas de los diferentes programas y estrategias de salud: primer Nivel de Atención, Epidemiología, Salud Reproductiva y Prevención y Promoción de la Salud.

Para esta investigación se trabajó con personal que labora en la Jurisdicción Sanitaria que es responsable de las localidades que se estudiaron como casos, equivalente a 5 coordinadores, 11 responsables de programas y 1 verificador sanitario. A este personal se le aplicó una encuesta con el objetivo de identificar datos laborales, reconocimiento del programa Comunidades Saludables y su función como parte de una red para el mantenimiento de comunidades certificadas. Se identificaron así mismo los actores con los cuáles se relacionan, la posición de los actores en este nivel y los recursos obtenidos con ayuntamientos de los municipios de Axtla y Tamazunchale, a donde pertenecen las localidades caso. Finalmente, se les cuestionó respecto a la última vez que visitaron las localidades caso. Los cargos del personal encuestado fueron los siguientes:

1. Coordinador de primer nivel de atención (Médico)
2. Coordinador de COEPRIS (Licenciado en Derecho)
3. Coordinador de epidemiología (Médico con Maestría en Salud Pública)
4. Coordinador de prevención y promoción de la salud (Médico)
5. Coordinador de salud reproductiva (Médico con Maestría en Salud Pública)
6. Responsable de promoción de la salud (Ingeniero Agrónomo)
7. Responsable de cáncer de la mujer (Médico)

8. Responsable de enfermería (Licenciada en Enfermería)
9. Responsable de micobacteriosis (Licenciada en Enfermería)
10. Responsable de nutrición (Técnica en Nutrición)
11. Responsable del programa Prospera (Médico)
12. Responsable de los programas de planificación familiar y salud del adolescente (Licenciada en Enfermería)
13. Responsable de vacunación (Licenciada en Enfermería)
14. Responsable del programa de vectores (Técnico Entomólogo)
15. Responsable del programa de zoonosis (Veterinario)
16. Responsable de auxiliares de salud y parteras (Enfermera General)
17. Verificador sanitario (Técnico)

Su antigüedad en el cargo es variable, con una mínima de 3 meses, una máxima de 24 años y un promedio de 6 años. Todo el personal refiere que como parte de sus funciones realiza visitas a las localidades de responsabilidad jurisdiccional.

Al indagar respecto a las áreas que visitaron en los últimos seis meses, resaltan principalmente las cabeceras de los municipios de responsabilidad, seguidas de localidades que durante el período de estudio presentaron brotes de enfermedades de carácter epidemiológico (dengue) o que eran de alto riesgo para las mismas. Destaca que las visitas se llevan a cabo por lo regular de forma aislada por cada uno de los coordinadores y responsables de programas y, en un dado caso que se hagan de forma conjunta, lo hacen únicamente con personal de la misma coordinación de la cual dependen.

Respecto a los actores con los cuales establecen vínculos, resaltan en primer lugar los coordinadores de las diferentes áreas, y también de forma importante el Responsable Jurisdiccional de Promoción de la Salud quien, si bien sobresale en segundo lugar de referencia como actor vinculado, fue señalado únicamente por el 30% del personal encuestado. Sobresale que el personal encuestado no refiere coordinación con áreas claves para el posicionamiento de los programas y estrategias de salud, tales como el responsable del programa Prospera (antes denominado Oportunidades) y el de personajes comunitarios clave como los auxiliares de salud y parteras tradicionales. Los resultados se muestran en la tabla 5.1, donde el valor 1 significa la existencia de relación y el 0 equivale a no existencia.

Tabla 5.1

Reconocimiento de actores jurisdiccionales y vinculación, Servicios de Salud de San Luis Potosí

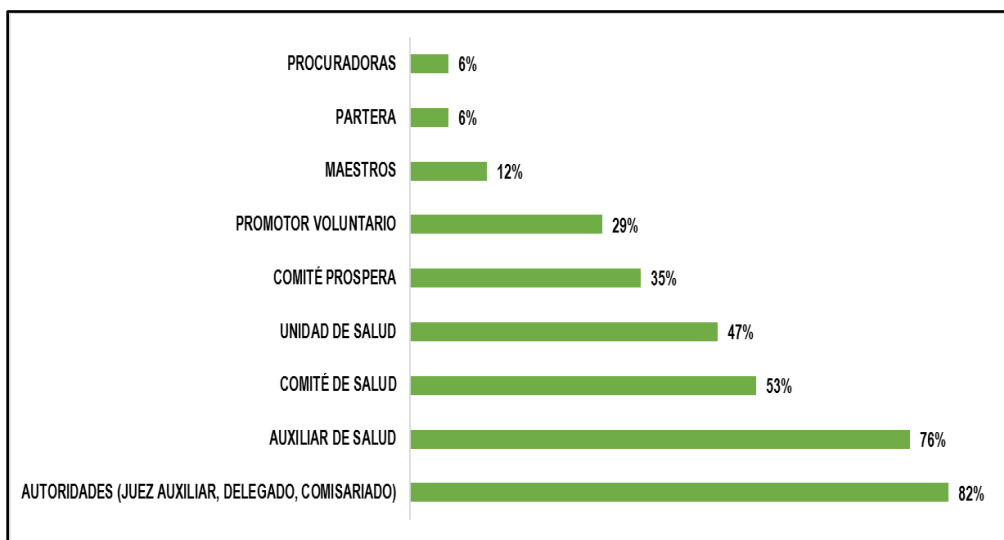
ACTOR	Coordinador Epidemiología	Responsable Promoción De La Salud	Coordinador Prevención Y Promoción	Coord. Salud Reproductiva	Coord. 1er Nivel	Resp. Vectores	Resp. Zoonosis	Responsable Micobacteriosis	Responsable Enfermería	Responsable Vacunación	Coordinador COEPRIS	Responsable Prospera	Resp. Cáncer De La Mujer	Resp. Auxiliares De Salud Y Parteras	Responsable Planificación Familiar Y Adolescencia	Resp. Nutrición	Verificador Sanitario
Coordinador de Epidemiología	-	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Responsable Promoción De La Salud	1	-	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coordinador Prevención Y Promoción	0	1	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coordinador Salud Reproductiva	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coordinador 1er Nivel	0	1	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Responsable Vectores	1	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Responsable Zoonosis	1	1	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Responsable Micobacteriosis	1	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Responsable Enfermería	1	1	0	0	0	0	0	0	-	1	0	0	0	0	0	0	0
Responsable Vacunación	1	1	0	1	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0
Coordinador COEPRIS	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0
Responsable Prospera	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	-	0	0	0	0	0
Responsable Cáncer De La Mujer	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
Responsable Auxiliares De Salud Y Parteras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0
Resp. Planificación Familiar Y Adolescencia	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0
Responsable Nutrición	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0
Verificador Sanitario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-

FUENTE: Encuesta para responsables de programas de salud.

En lo correspondiente a los actores con quienes el personal jurisdiccional encuestado se vincula, el 82% refiere que para el desarrollo de sus funciones establece coordinación con las autoridades locales, representadas por el Juez Auxiliar, Delegado y/o Comisariado, seguido porcentualmente por el Auxiliar de Salud, quien funge como representante de la Secretaría de Salud ante los pobladores de la comunidad; es el único actor que percibe una remuneración monetaria bimestralmente por parte de dicha institución, como incentivo por su trabajo. Otros actores locales señalados son los Comités Local de Salud y Prospera, promotores voluntarios, parteras tradicionales y madres capacitadas como procuradoras de la salud. El personal jurisdiccional ubica también como actores propios de la localidad al personal de las unidades de salud que ahí laboran, así como a docentes. Los resultados por porcentaje se presentan en la gráfica 5.1.

Gráfica 5.1

Actores de las localidades con quienes se coordina el personal jurisdiccional, Servicios de Salud de San Luis Potosí

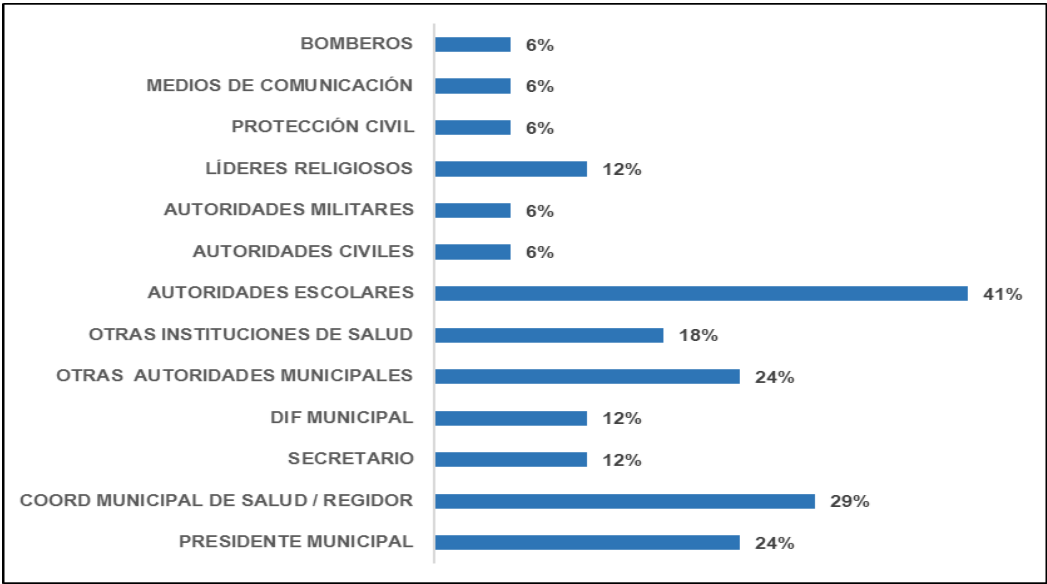


FUENTE: Encuesta para responsables de programas de salud.

Al cuestionar respecto de otros actores con quienes se coordina el personal jurisdiccional, como principal vínculo se encuentra el Ayuntamiento y sus diversas autoridades, seguido de autoridades escolares, líderes religiosos y otros actores que procuran la seguridad de la población (autoridades militares, protección civil y bomberos). Destaca que se subestima el alcance de los medios de comunicación, al ser referidos por un mínimo porcentaje de los encuestados. La distribución de porcentajes por actor se presenta en la gráfica 5.2.

Gráfica 5.2

Actores externos con quienes se coordina el personal jurisdiccional, Servicios de Salud de San Luis Potosí



FUENTE: Encuesta para responsables de programas de salud.

Se indagó respecto al concepto que para ellos significa una comunidad saludable, donde destacan los siguientes conceptos:

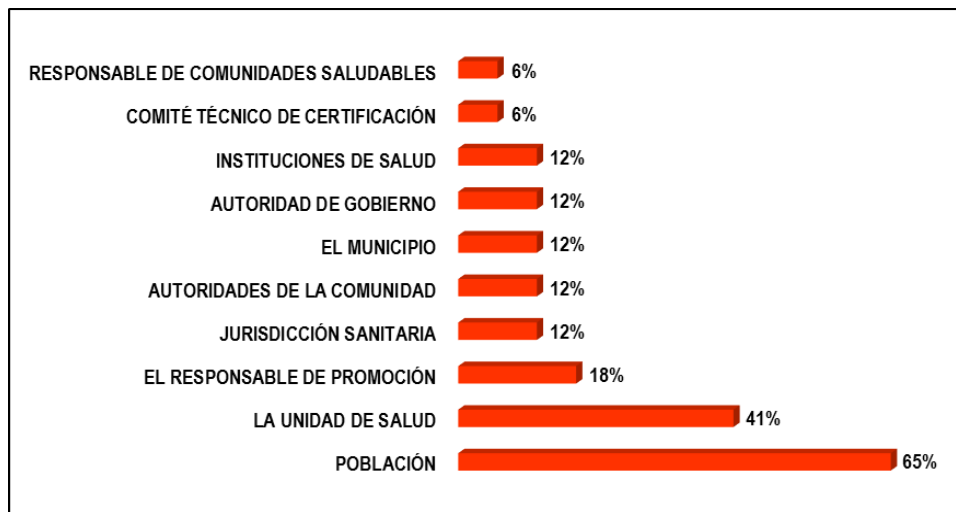
- Comunidad que participa activamente en el cuidado de su salud cuidando el entorno en donde viven, englobando educación, higiene, patio limpio, y de esta forma mejoran su calidad de vida.
- Comunidad en la cual los determinantes de salud van dirigidos a preservar el bienestar común.
- Comunidad que pasó y cumplió con el proceso de certificación y tiene limitados los riesgos en la salud y en su entorno.
- Una comunidad concientizada, educada para llevar acciones enfocadas en el autocuidado de su salud.
- Localidad participativa en los programas de salud, para el autocuidado de su familia y su localidad.
- Lugar donde las personas se sienten seguras y pueden tener una vida saludable, una gran parte es su estructura, calles, escuelas y parques que satisfacen las necesidades de las personas. Tiene un ambiente saludable y seguro.
- Actividades integrales, compromete a la unidad de salud, localidad y jurisdicción a cumplir con los programas.
- Familias libres de riesgos contra la salud, capacitadas e informadas para mantener los entornos saludables, enfermedades crónicas controladas, esquemas de vacunación completos.
- Una comunidad que establece reglas y es amable con el medio ambiente, cuidando su entorno y estableciendo hábitos saludables.

- Aquella que integra al total de su población a contribuir con acciones que mejoren su calidad de salud y que se refleje en la disminución de enfermedades

A pesar que no se señala abiertamente el trabajo de redes, los conceptos anteriores destacan las características propias de un entorno donde las acciones vinculadas evidencian efectos en un mediano y largo plazo: participación comunitaria, responsabilidad Estado – Comunidad, proceso educativo, autocuidado de la salud, cuidado del entorno, limitación de riesgos y mejora de las condiciones de vida.

Para los encuestados, la responsabilidad de certificación de una comunidad recae en una diversidad de actores, donde se involucra a los propios habitantes del entorno y sus autoridades, el área de promoción de la salud, los integrantes de la unidad de salud responsable de su atención y en menor porcentaje otras autoridades, tal como se muestra en la gráfica 5.3. Destaca que ninguno de ellos se incluye como participante de esta actividad.

Gráfica 5.3
Responsables de la certificación de una comunidad como saludable, según coordinadores y responsables jurisdiccionales de programas. Servicios de Salud de San Luis Potosí.

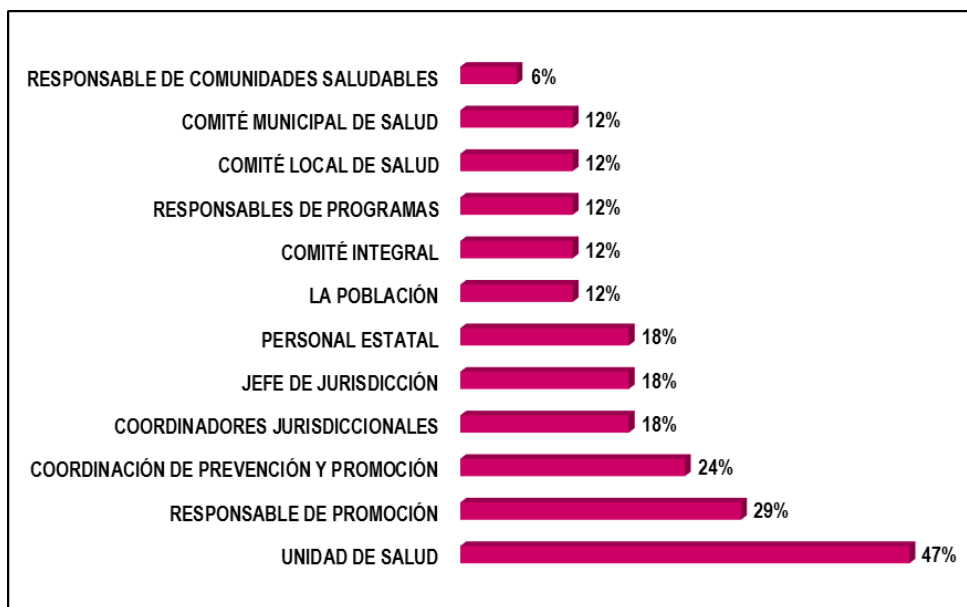


FUENTE: Encuesta para responsables de programas de salud.

Si bien el proceso de certificación requiere de la intervención vinculada de diversidad de actores, las acciones de validación son responsabilidad propia de las autoridades jurisdiccionales y estatales de salud, en este caso, los responsables de los programas que se incorporan en los indicadores de certificación y el área de Promoción de la Salud. Cuando a los encuestados se les preguntó sobre la responsabilidad de validación, sus respuestas fueron similares a las otorgadas en la pregunta de quién es el responsable de la certificación, como se puede observar en la gráfica 5.4.

Gráfica 5.4

Responsables de la validación de una comunidad como saludable, según coordinadores y responsables jurisdiccionales de programas. Servicios de Salud de San Luis Potosí.

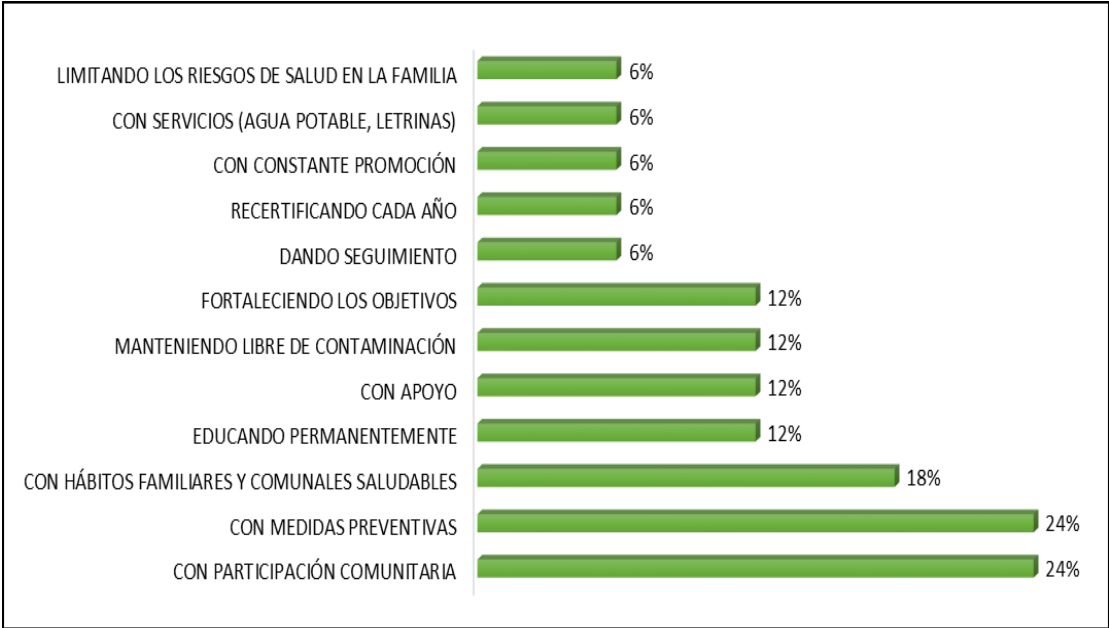


FUENTE: Encuesta para responsables de programas de salud.

De acuerdo a los que respondió el personal jurisdiccional, el mantenimiento de una comunidad que ha sido certificada como saludable requiere de trabajo basado en la participación comunitaria a efecto de mantener hábitos a nivel individual, familiar y colectivo. Refiere de forma alguna la necesidad de interacción con otros actores, al referir aspectos tales como el otorgamiento de apoyos, la educación permanente en salud, el disponer de servicios básicos (agua potable, letrinas, recolección de basura) y continuar con el seguimiento. Los resultados se muestran en la gráfica 5.5.

Gráfica 5.5

Percepción de acciones con las cuales una comunidad se mantiene como saludable, según coordinadores y responsables jurisdiccionales de programas. Servicios de Salud de San Luis Potosí.

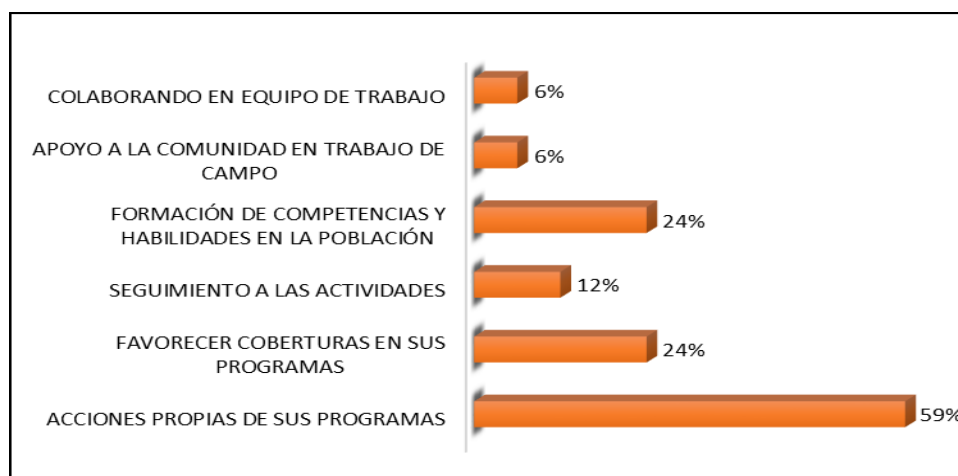


FUENTE: Encuesta para responsables de programas de salud.

En la perspectiva del personal, existen diversas formas a través de las cuales pueden favorecer que una comunidad saludable se mantenga como tal, principalmente dando seguimiento técnico respecto de la aplicación de sus programas o áreas de responsabilidad, lo cual fue referido por cerca del 60% de los encuestados. A esta opción le sigue una acción que evidencia la corresponsabilidad Localidad / Institución de Salud, al plantear que son también responsables de formar habilidades respecto a sus programas en la población, brindar apoyo a la comunidad en actividades de campo y colaborando en equipos de trabajo. Cabe señalar que esta Jurisdicción Sanitaria tiene un historial de trabajo conjunto con la población, debido principalmente a las determinantes geográficas que le hacen ser un territorio de riesgo para problemas de salud tales como brotes de enfermedades transmitidas por vector e inundaciones (gráfica 5.6).

Gráfica 5.6

Acciones con las que se incorporan coordinadores y responsables jurisdiccionales de programas para mantener una comunidad como saludable. Servicios de Salud de San Luis Potosí



FUENTE: Encuesta para responsables de programas de salud

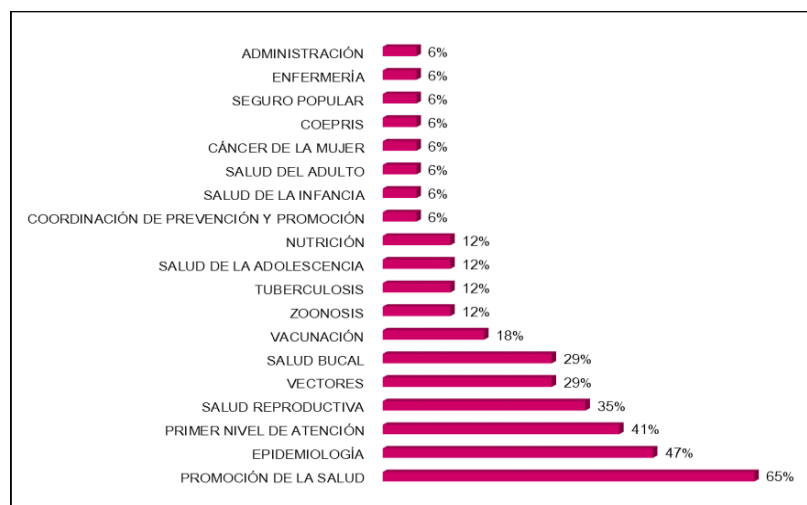
A la pregunta de qué áreas de la Jurisdicción Sanitaria son las que se incorporan para mantener una comunidad certificada como saludable, sobresale la responsabilidad inherente al área de Promoción de la Salud, quien ante nivel estatal y federal es el actor que lleva a cabo la implementación de la estrategia. Como segundo actor en orden de importancia refieren al área de Epidemiología, la cual representa un punto focal para direccionar las acciones.²¹ Llama la atención que el personal refiere áreas que no están contempladas como parte de los indicadores de validación y seguimiento, tales como administración, seguro popular y salud bucal. Puede incluso tomarse como un concepto erróneo o producto de la confusión la referencia de este último programa, toda vez que salud bucal tiene a su cargo una estrategia denominada Certificación de Escuelas Libres de Caries²², la cual es muy independiente de las Comunidades Saludables (gráfica 5.7).

²¹ La vigilancia epidemiológica depende de la Dirección General de Epidemiología (DGE) y entre sus funciones considera información sobre aspectos tales como cobertura y calidad de los servicios de salud, vigilancia sanitaria nacional e internacional, estilos de vida y sus determinantes estructurales. La vigilancia epidemiológica destaca el análisis de la información y enfatiza la estimación, predicción y proyección de casos como herramientas fundamentales para la acción dirigida (SSA, 2014.)

²² La estrategia de certificación de escuelas como libres de caries surge en el Estado de San Luis Potosí, a través de intervenciones de carácter curativo e intervenciones educativas en planteles de preescolar y primaria se atienden los problemas dentales del total de los alumnos detectados.

Gráfica 5.7

Áreas de la jurisdicción sanitaria que se incorporan para mantener una comunidad como saludable, según coordinadores y responsables jurisdiccionales de programas. Servicios de Salud de San Luis Potosí.



FUENTE: Encuesta para responsables de programas de salud

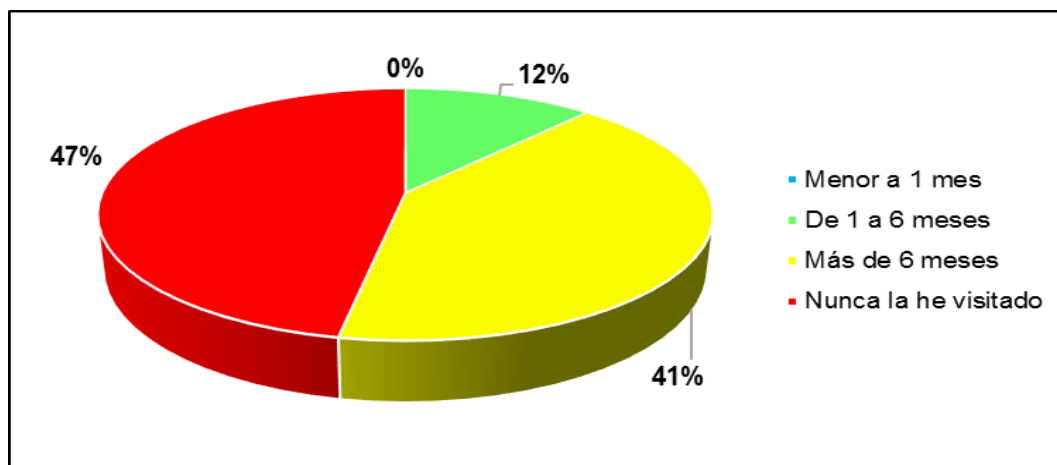
Otro aspecto que se indagó fue el referente a las gestiones que se llevan a cabo con redes externas a la Jurisdicción y los recursos que de estas se obtienen. La red referida en todos los casos fue la Presidencia Municipal, resaltando actores como el propio Presidente Municipal, el Secretario y dependencias tales como el Sistema Municipal DIF (Desarrollo Integral de la Familia) y las Direcciones Municipales de Ecología y de Protección Civil. Los recursos que se obtienen, son: humanos, a través del apoyo de contratos para acciones en materia de prevención de enfermedades transmitidas por vector, así como materiales, con aportaciones de insumos para desarrollo de eventos dirigidos a habitantes de los municipios (lonas, pintas de barda y otras acciones de difusión), para el desarrollo de semanas nacionales de saneamiento, vacunación de humanos y antirrábica canina (hielo, alimentos para voluntarios) e intervenciones resolutivas ante riesgos detectados (captura de perros callejeros, cloración

de la red municipal de agua, ampliación del sistema de agua, traslado de pacientes a consultas diagnósticas y de seguimiento, con énfasis en cáncer).

Como último punto que se incluyó en la encuesta dirigida al personal jurisdiccional de los diferentes programas y coordinaciones, se les preguntó respecto de la fecha de la visita más reciente a las dos localidades estudiadas como caso. Los resultados se agruparon en los rangos de visita en un período menor a un mes, de 1 a 6 meses, más de 6 meses y nunca la he visitado. Llama la atención que para la localidad Coamíatzl, cerca del 50% refiere no haberla visitado nunca, y un porcentaje similar tener más de 6 meses sin hacerlo (gráfica 5.8).

Gráfica 5.8

Última vez que los coordinadores y responsables jurisdiccionales de programas visitaron la localidad Coamíatzl. Servicios de Salud de San Luis Potosí.



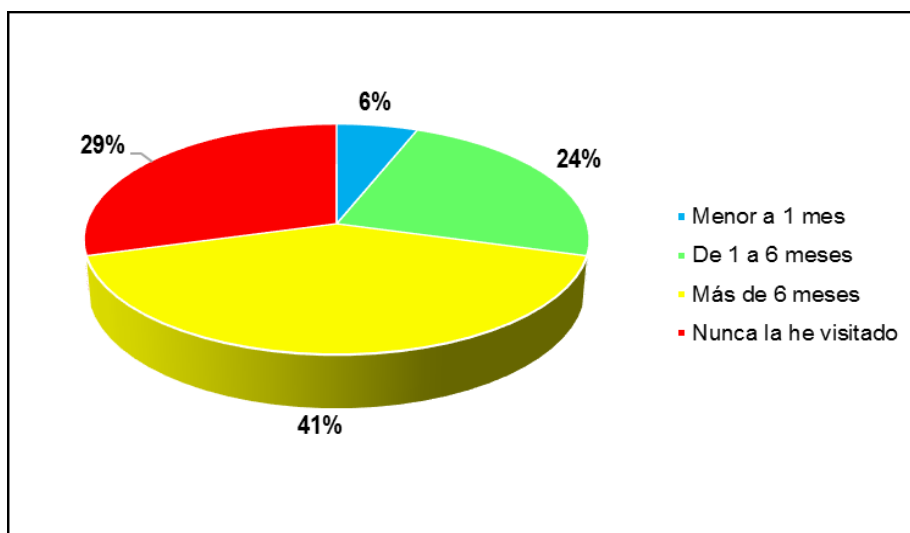
FUENTE: Encuesta para responsables de programas de salud

Para el caso de Cacalacayo, si bien el porcentaje del personal que refiere nunca haberla visitado, equivalente al 29% de los encuestados, más del 40% lo hizo hace más de 6 meses.

Sobresale también un mínimo porcentaje (6%) que señaló haber visitado a la localidad hace menos de un mes (gráfica 5.9).

Gráfica 5.9

Última vez que los coordinadores y responsables jurisdiccionales de programas visitaron la localidad Cacalacayo. Servicios de Salud de San Luis Potosí.



FUENTE: Encuesta para responsables de programas de salud

5.2. La Red De Promoción De La Salud Jurisdiccional (PSJU)

Esta red se conforma por 8 actores:

1. Coordinador de Prevención y Promoción de la Salud, cuyo perfil profesional es médico general y actual estudiante de Maestría en Salud Pública. Tiene 6 años desempeñando este puesto y de antigüedad laboral 21 años.

2. Responsable de Promoción de la Salud, con estudios de Ingeniero Agrónomo y Diplomado en Promoción de la Salud; su antigüedad en este cargo es de 3 años. Tiene en total 20 años laborando para la Institución.
3. Responsable de Acción Comunitaria y Comunidades Saludables, personal con bachillerato y diplomado en Promoción de la Salud como último grado de estudios; cuenta también con tres años de antigüedad en el cargo y 15 en la institución.
4. Apoyo Administrativo, con 19 años en el puesto; recientemente finalizó estudios de Licenciatura en Salud Comunitaria.
5. Responsable del programa Línea de Vida y Talleres comunitarios, con perfil de odontología, 3 años en el puesto y los mismos de antigüedad en la institución.

Los actores 6, 7 y 8 fungen como Apoyos generales, poseen estudios de secundaria; su contratación corre por cuenta de la Presidencia Municipal de Tamazunchale pero prestan sus servicios a la Jurisdicción Sanitaria, donde llevan a cabo actividades variadas, sobre todo enfocadas a trabajos de carga y descarga de materiales y de saneamiento básico en diversas comunidades. También son encargados de logística general cuando se llevan a cabo eventos propios de salud. Todos sus integrantes son miembros obligados, con límites formales y estables; mantienen al interior relaciones ordenadas y cooperativas, basadas principalmente en la descripción de puestos establecida por la propia institución gubernamental. La movilidad interna es nula. Resaltan dos Subagrupaciones:

- a) Coordinador, Responsable de promoción, responsable de acción comunitaria y apoyo administrativo
- b) Apoyos generales

De acuerdo al organigrama de la Institución, la mayor autoridad entre los integrantes de la red la ostenta el Coordinador Jurisdiccional de Prevención y Promoción de la Salud quien tiene a su cargo cuatro áreas: salud mental y adicciones, salud bucal, salud del adulto y adulto mayor y promoción de la salud.

El área Jurisdiccional de Promoción de la Salud tiene a su vez un Responsable establecido formalmente a través de nombramiento oficial, quien es reconocido y aceptado en general por los actores de la red y la generalidad del personal jurisdiccional y de unidades de salud, principalmente por los promotores de salud, debido a que ingresó a la Institución en el mismo año y comparte el mismo perfil profesional con cerca del 80% de los promotores (ingeniero agrónomo).

Destaca el liderazgo informal que mantiene la persona que se desempeña como Apoyo Administrativo, quien además de los años de antigüedad en el área ha mostrado a través de los mismos una serie de actitudes que le han llevado a ser incorporada en labores tales como revisión, asesoría y validación de todos los registros que entregan mensualmente las unidades de salud, presentación de temas en sesiones de capacitación y recientemente visitas de supervisión en campo. Mantiene control total de los avances de las unidades de salud conforme a registros, conoce a la totalidad del personal jurisdiccional y operativo.

Anualmente la red PSJU realiza programa de trabajo con desglose de metas y acciones a realizar por las unidades de salud, el cual dan a conocer en el primer trimestre del año vía verbal y oficial a través de memorándums entregados con una carpeta que ellos denominan “Carpeta del Servicio de Promoción de la Salud”, la cual contiene el total de formatos de registros que se supone deberá mantener actualizados el personal y una hoja frontal con las

metas a cumplir y espacios para marcar el avance mensual. Esta carpeta la muestran las unidades de salud en cada una de las ocasiones que entregan información mensual a la jurisdicción sanitaria y se cruza con los registros anteriores y las “evidencias” entregadas. Entre la gran variedad de registros se encuentra una hoja de avances para “certificación como saludable” de una localidad que desde el primer trimestre postulan para validarse, previa aprobación de la autoridad de promoción de la salud. Se tuvo oportunidad de asistir a una reunión de capacitación con promotores de salud (imagen 5.1)

Imagen 5.1

Sesión de capacitación de la Jurisdicción Sanitaria con Promotores de Salud



FUENTE: Fotografía propia. Coxcatlán, San Luis Potosí, 2015.

Los promotores de salud de esta Jurisdicción Sanitaria se encuentran en el 75% de las unidades de salud. Si bien el 25% de las unidades restantes no cuentan con este actor, la red jurisdiccional no considera convocar a estas reuniones al personal médico o de enfermería de dichas unidades de salud. Se pudo constatar que los temas que se abordan en estas reuniones son comentados por parte de la Red PSJU al personal no asistente cuando se realiza la

revisión de informes mensuales. Por parte de los Responsables de Promoción de la Salud y de Comunidades Saludables los comentarios son informales, pero se hacen formales por parte del Apoyo Administrativo, quien incluso elabora documentos para que el personal firme de enterados; estos documentos los aplica tanto cuando entrega información como material alusivo. Se abordaron una serie de temáticas correspondientes a las demandas de otras áreas jurisdiccionales. Fue al inicio de la reunión cuando se habló respecto del tema de certificación de comunidades saludables, dedicando un tiempo de 20 minutos para recuento de las metas a cumplir, los requisitos de selección de las comunidades a proponer y la congruencia en los “registros oficiales” (imagen 5.2).

Imagen 5.2

Impartiendo el tema de certificación de comunidades saludables a los promotores asistentes



FUENTE: Fotografía propia. Coxcatlán, San Luis Potosí, 2015.

En las ocho horas restantes de trabajos no volvió a abordarse el tema ni se relacionó con los otros expuestos, tampoco ninguno de los ponentes del resto de los temas hizo alusión a la relación de su tema o programa de responsabilidad con los entornos saludables.

Todos los ponentes coincidieron en señalar que una de las habilidades del promotor es fungir como enlace ante una diversidad de actores locales, con el propósito de desarrollar acciones en materia de prevención, pero estos señalamientos sólo los enfocaban cuando abordaban el cumplimiento de metas numéricas, y no como una herramienta de sostenibilidad.

En el programa de trabajo que elabora anualmente la red jurisdiccional, incluyen también un cronograma de actividades, entre estas, visitas de supervisión a localidades y unidades de salud las cuales generalmente no cumplen, ellos argumentan que esta omisión es por desvío hacia otras actividades priorizadas por el Jefe de Jurisdicción y las propias que van surgiendo en el área. Estas omisiones son sancionadas únicamente si las metas se ven retrasadas, a través de memorándums o verbalmente.

Contemplan también la programación de visitas a las localidades que están propuestas para certificar en el año en curso, acción que realizan una vez que la unidad de salud responsable de su atención les refiere *“que ya terminaron los trabajos”*. No existe un sistema de seguimiento en campo ni en registros de las localidades que han sido certificadas o recertificadas en años anteriores.

Los conflictos que por lo regular se presentan al interior corresponden a:

- El control de registros y bases de datos que mantiene el Apoyo Administrativo.
- Retraso en las acciones programadas
- Deficiente gestión de insumos (materiales, gasolina, transporte) por el Coordinador
- Desvío de funciones del Responsable de Promoción de la Salud y el de Comunidades Saludables.

Destaca que es una red que maneja sus conflictos a través de consensos colectivos, cuyos acuerdos son únicamente verbales incluso cuando realizan sesiones formales de trabajo, con compromisos basados en la confianza entre sus integrantes.

PSJU es una red con múltiples interacciones e interrelaciones. Las áreas jurisdiccionales interactúan con la red para la solicitud de insumos y acciones de gestión de recursos materiales ante redes externas, acceso a áreas de trabajo, personajes comunitarios y otros líderes formales, requerimiento de información de “acciones educativas y de difusión” que se supone realizan las unidades de salud, estrategias de activación y mantenimiento de participación social.

Esta red funge como intermediaria ante las áreas de la jurisdicción sanitaria y el nivel estatal. Sus relaciones externas contemplan una diversidad de actores en múltiples campos de acción, tales como Presidentes Municipales, dependencias municipales, representantes y docentes de planteles escolares de todos los niveles, empresas privadas, comercios, autoridades formales e informales en comunidades. Las interrelaciones las establecen por lo regular para la negociación de insumos dirigidos a otros programas de salud diferentes a los que son de su responsabilidad.

Derivado de la multiplicidad de relaciones que mantienen, conforman una red reconocida ante redes externas, representando en consecuencia vía de acceso a la institución de salud. Para sus actores, esto es valorado como un recurso simbólico obtenido a través de su constante presencia e interacción en los diversos escenarios.

Es importante señalar que las metas no las establece el personal de las unidades de salud, actores quienes se suponen son los expertises en su área de trabajo y necesidades

reales; son establecidas por la red PSJU con base en las prioridades que les demanda el nivel estatal y el resto de las áreas jurisdiccionales. Lo mismo ocurre del nivel Jurisdiccional hacia el Nivel Estatal.

5.3. La Red PSJU En La Operación De La Estrategia De Certificación De Comunidades Saludables.

Los integrantes de la red no concuerdan en el año en que inició la certificación de comunidades en su área de trabajo²³:

“La estrategia se manejaba desde 2004, donde ya se mencionaba lo de las procuradoras, lo de las placas. Se empezó también a trabajar mucho con lo de los municipios saludables donde empezó a salir la moda de los municipios y luego las comunidades saludables”.

“En el año 2007 se inició la aplicación de la estrategia en la Jurisdicción. Recuerdo [a la localidad] Cacalacayo que la inició con el programa Tuberculosis; que yo recuerde se izaban banderas blancas por programa”.

“El programa de certificación inició en el 2008. Antes las actividades si se hacían, pero se reportaban nadamás porque era un requisito como meta, pero ya se tomaron como que “ya se tiene que certificar la comunidad”, cuando ya promoción de la salud ya tuvo indicadores, es cuando ya se empezó a reflejar”.

Si bien no coinciden en el año de inicio, si resaltan el hecho que la estrategia fue transitando al igual que en el nivel federal, desde el inicio con izamiento de “banderas blancas” en

²³ En este subcapítulo se incluyen extractos de diálogos que se tuvieron con los integrantes de esta Red. Se omitirá identificar qué actor hizo cada comentario, por fines de confidencialidad.

programas de salud que mantenían un control de sus casos, tal como lo evidencian al señalar el programa de micobacteriosis, con el control de casos de tuberculosis pulmonar.

También es importante el señalamiento que hacen respecto a que anteriormente el área de promoción de la salud realizaba acciones de apoyo a otros programas, pero que a partir de que se establecen indicadores de evaluación propios, es cuando la visión se transforma.

Desde su perspectiva, el total de los actores de la red PSJU concuerdan en reconocer a una localidad saludable como aquella que refleja acciones sociales organizadas:

“Es una estrategia que pretende aplicar una serie de actividades de manera integral en una comunidad para poder implementar varias acciones que a final nos va a dar lo que es la calidad de vida de esa población”.

“Es una comunidad organizada ya que hicieron el mayor esfuerzo para trabajar en beneficio de la salud de toda la población”.

Incorporan en sus discursos el valor de la organización comunitaria como punto de partida y objetivo para mejorar las condiciones de vida de la población. Sin embargo, no deja de permear la prioridad que le dan al logro numérico de los diversos programas de salud:

“Implica muchos rubros, que son los programas que manejamos, las coberturas de planificación familiar, la salud del adulto, del adulto mayor, los programas de dengue, zoonosis, saneamiento, agua, disposición adecuada de agua, basura, excretas, la organización comunitaria, de que tenga su comité de salud, el control de las vacunas a los niños, el control nutricional, de la embarazada, a grandes rasgos”.

Esto evidencia que es la propia red quien se hace cargo de dar seguimiento al logro de los indicadores que se establecen para certificar, lo cual, si bien favorece que amplíen su campo

de conocimiento respecto a otros programas, puede tenderse a caer en omisiones o validaciones erróneas.

La red acepta que hablar de “comunidad saludable” significa un trabajo conjunto de los integrantes de la unidad de salud, pero que es ella misma quien les otorga la responsabilidad directa a los promotores de salud:

“La certificación siempre la agarra el promotor, porque bueno, hay unidades donde no cuentan con promotor y como que no les cae muy bien que tienen que certificar la comunidad; siempre es el promotor de salud el que está en conjunto con el componente comunitario que tenemos: que la auxiliar, el comité; porque ya actualmente ellos están inmersos”.

“Se maneja de esa forma porque antes una de las cosas que se mencionaba era que no existían indicadores que valoraran el trabajo del promotor; él hace muchas acciones, realmente es difícil valorar las acciones que está realizando; cuando empezaron a salir los indicadores caminando a la excelencia²⁴ comenzaron a aparecer la certificación de comunidad saludable y se dejó dentro de lo que es el área de promoción a nivel estatal y así es como se baja a la jurisdicción. [El promotor de salud] es el encargado de coordinar las acciones; no es ajeno a la participación del médico, pero quien lleva la directriz, viendo que es lo que falta, los detalles, las eventualidades, es el promotor”.

“Ya también actualmente se está involucrando la enfermera, se preocupa por las acciones que faltan para lograr su objetivo, lo que no pasaba anteriormente”.

Los comentarios anteriores, evidencian que es la propia red jurisdiccional quien ha permeado la información respecto a la estrategia de certificación de comunidades como algo inherente al promotor de salud; da por hecho que al ser responsabilidad del área sólo debe ser de

²⁴ Los indicadores “Caminando a la Excelencia” surgen como una iniciativa de evaluación de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, para identificar las áreas de oportunidad y mejorar el desempeño de los diferentes Programas de Acción de su competencia, mismos que fueron establecidos para contribuir al logro de mejores condiciones de salud para la población (Salud, 2017).

aplicación por dicho actor, independientemente que los indicadores de validación sean de responsabilidad de todos los integrantes de la unidad de salud.

Acuerdan en señalar que los responsables de los diversos programas de salud en la jurisdicción sanitaria deben supervisar los avances de las comunidades propuestas para certificar y respaldar esto con la firma de un acta, documento que por lo regular obtienen, pero no siempre con la seguridad de veracidad:

“A los responsables de los otros programas en la jurisdicción falta cuadrarlos; la jefatura [jurisdiccional] siempre ha estado al pendiente de “¿cuántas comunidades te faltan? Tienes que echarle ganas” pero nos falta trabajo para cuadrar a los demás coordinadores. A lo mejor una estrategia sería con reuniones, aunque luego no van... Actualmente nos tienen ellos que [los coordinadores de los diferentes programas], firmar la validación: salud reproductiva, epidemiología, vectores, zoonosis... validan que en realidad se haya llevado la acción”.

“Si el área te va a firmar, avala que en la comunidad no tengan casos de dengue, de rabia... si tienen casos no te firman nada”.

“Se ha estado trabajando, pero no se logra que ellos [los coordinadores jurisdiccionales de los diferentes programas] vayan y les digan [a las unidades de salud] “tienes que hacerlo para ser una comunidad saludable”; lo manejan como parte de promoción de la salud y que tienen que cumplir una serie de indicadores”.

“Yo platicaba con ellos que tomáramos como justificación el meter una comunidad como saludable, porque el hecho de tu tener una comunidad como saludable es avanzar en los programas de detección; si nosotros logramos que eso se haga ya en las comunidades sobre todo en las que son mayores de 250 habitantes, pues vamos a tener pequeños espacios donde sabemos que las acciones se llevaron a cabo de manera integral”.

Lo que señala la red en los párrafos anteriores, refuerza la necesidad de que quien ostenta la mayor jerarquía en la Jurisdicción Sanitaria -en este caso el Jefe de Jurisdicción-, conozca y reconozca que la certificación de una localidad conlleva el trabajo vinculado entre los integrantes de la Jurisdicción Sanitaria, principalmente con aquellos que tienen a su cargo la

validación de indicadores; lo cual se evidencia que no ocurre, tanto con los comentarios de la Red de promoción de la salud, como durante las entrevistas y encuestas realizadas a los responsables de programas.

Desde que iniciaron la aplicación de la estrategia, los integrantes de la red jurisdiccional de promoción de la salud dedicaron los trabajos a la certificación de localidades que contaban con un mínimo de 80 habitantes, conforme a indicación del nivel estatal, aunque a partir del año 2014 les modificaron los lineamientos:

“En la actualidad la indicación ha cambiado: Las metas vienen de nivel federal porque nos dijeron que es una por promotor y que debe ser mayor de 500 habitantes, al menos que no tengan, que se junten dos colonias o sectores”.

Refieren que la comunidad la va a definir la unidad de salud, pero en caso de que no, se le apoya por la red jurisdiccional de promoción al decirle *“te toca esta comunidad porque cumple con los criterios”.*

Para la red PSJU el liderazgo en el proceso de certificación es variable:

“Hay localidades con una participación mayoritaria, donde todo mundo hace algo, y hay lugares donde si los que están en las redes son los que hacen la mayor actividad, de manera general incluso hay zonas con mayor participación comunitaria y otras donde incluso es más difícil que la gente participe, lo ves en las acciones donde hay lugares donde la gente participa abiertamente”.

Pero consideran que *“el Auxiliar de Salud es el pilar”*, sumándose *“las autoridades de la localidad, el delegado, son quienes hemos visto”*. En los capítulos donde se abordan los casos de estudio, se encontrará que estas afirmaciones pueden no ser congruentes con la visión de la red local.

La red jurisdiccional distingue la negociación desde dos frentes: el primero, donde la red “oferta” a la unidad de salud la incorporación de una localidad al proceso de certificación, y en consecuencia una serie de beneficios opcionales a los que podrán acceder (siempre y cuando sean los mismos actores locales quienes los gestionen):

“La negociación arranca cuando uno le invita a una unidad a participar en esto, uno les oferta para animarles. Por ejemplo, en Chimalaco²⁵ en ese entonces cuando iban a certificar allí no había drenaje y había mucho lavadero que escurría agua negra a la calle y entonces se me ocurrió decirles a las autoridades “mira, aquí se queja la gente que hay mucho charco de agua en la calle porque no hay drenaje, y estoy seguro de que el día que se llegue a certificar la comunidad se va a invitar al presidente y él vendrá aquí con ustedes, y ustedes van a tener una carpeta donde le van a solicitar drenaje”. Les dije así y pues yo creo que lo agarraron, pues fue el presidente municipal y si llegó esa carpeta y posterior a eso vimos que no se pasaron más de seis meses cuando se vio que ya estaba la excavación para meter drenaje, y eso sirvió de ejemplo como para ir en otros lados y poder ofertar que en ese momento si hay de lo que adolecía la comunidad... yo me agarré de eso para ofertarles si certificaran y muchos aceptaron”.

“... Más que negociar es ponernos de acuerdo de decirles cuáles son las acciones que se necesitan y por qué. Yo siento que se ha avanzado porque incluso en unidades donde no hay promotor ya tienen la visión de poder realizar la actividad”.

Más que concebirse como negociadores, se visualizan como intermediarios. Un segundo escenario de la negociación lo visualizan del entorno local hacia actores externos, considerándose incluso la propia red como uno de ellos:

“Con quienes más se coordinan es con los ayuntamientos, hay muchos que se interesan, con el secretario, el regidor de salud, pero más con el secretario, porque a los regidores no los encuentras nunca. Con los coordinadores municipales de salud también”.

“Entre los actores externos que participan se da el caso de la Universidad Intercultural que está en Tancanhuitz²⁶, donde una brigada les ha pedido apoyo y han estado participando en detecciones. El coordinador municipal de salud es el que más involucra

²⁵ Nombre de una localidad perteneciente al municipio de Axtla de Terrazas.

²⁶ Un municipio de la zona.

con la certificación. Últimamente también con la [Universidad] Autónoma campus Tamazunchale y la [Universidad] Tangamanga. Para su gente que está apoyando le sirve como práctica. También CDI²⁷, el antiguamente llamado INI. World Vision es otra institución que participa mucho; es una organización a nivel mundial que aporta para proyectos que necesita la comunidad como puede ser agua, tinacos, aves de traspatio. En las cabeceras hay representantes y manejan cuestiones como “apadrina a un niño... es una ONG²⁸”.

“Se han hecho pequeñas ferias de la salud, en donde ellos van bajos en sus metas, y de aquí [el nivel jurisdiccional] han ido las brigadas a apoyar en levantarlos, a petición de la unidad de salud, lo que ha dado resultados en avanzar en las metas que se tienen”.

“Los promotores traen aquí sus solicitudes, por ejemplo, que no tienen braceros ecológicos y ya lo solicitan a la presidencia (municipal) o a otra institución de manera interna, algunos nos comentan”.

“...Lo único que nos piden es que les apoyemos en comisionar algún personal para que les apoye en las acciones, pero que ellos [la unidad de salud] se van a encargar de hacer las acciones”.

Consideran que la certificación de comunidades saludables es una estrategia de la cual paulatinamente se va reconociendo su propósito de existencia, ya que:

“Ahora las unidades conocen más el programa, están más inmersos en lo que es la promoción de la salud, porque antes era llegar a la comunidad, dar su plática y ya, no llevaban algún plan de trabajo. Ahora ya saben que tienen que llegar a nombrar su auxiliar de salud (imagen 3), su comité (imagen 4), su plan de trabajo (imagen 5), hacer su curso de madres procuradoras, patio limpio, etc.”

En la imagen 5.3 se observa que, además de los datos de identificación de la localidad y la fecha de realización de la reunión, se incluye el nombre de la persona designada con firma

²⁷ Comité de Desarrollo Indígena, o Instituto Nacional Indigenista.

²⁸ Organización No Gubernamental.

de conformidad, el de los integrantes de la Unidad de Salud responsable de su atención y de los Comités de Salud y Oportunidades (Prospera). No hay evidencia que la elección de este personaje sea a través de un proceso que incluya la votación de todos los habitantes de la localidad. Cabe resaltar que el Auxiliar de salud es responsabilidad del área de Salud Reproductiva y Atención a la Infancia y Adolescencia.

Imagen 5.3

Ejemplo de acta de nombramiento de auxiliar de salud

SECRETARIA DE SALUD
SERVICIO DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
JURISDICCION SANITARIA No. VI TAMAZUNCHALE, S.L.P.

Acta de Formación de Auxiliar de Salud

Programa: Oportunidades UMM: ES-1 Área: At. P. A. No: _____

En la comunidad de Bo. Coahuila del Municipio de Atlix del día 13 del mes de SEPTIEMBRE del 2004

Se llevo a cabo una asamblea convocada por las autoridades locales: Jefe de tam de la comunidad, y los representantes de la Secretaría de Salud, con la finalidad de nombrar democráticamente como Auxiliar de Salud a el (la) TITA HERNADEZ MONTAÑAN, y que su fecha de nacimiento es Ado 19 Mes: Mayo Día: 10, por mayoría de votos, quedando de acuerdo que las acciones a realizar serán en un periodo de: 3, durante el cual el Auxiliar de Salud compromete a cumplir con las normas que se establecen en la reglamentación Secretaría de Salud, no habiendo otro asunto que tratar y estando de común acuerdo se levanta la presente acta firmando los que en ella intervinieron

AUXILIAR DE SALUD
TITA HERNADEZ MONTAÑAN
Nombre y Firma

REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD

Comisario Ejidal _____ Jefe Auxiliar _____ Delegado _____

REPRESENTANTES DE LA SECRETARIA DE SALUD

ANAYELI GARCIA O. LUCIO CASTRO LEON
Medico Enfermera Promotor de Salud Coordinador

PERSONAL PRESENTE

Erica Ramos Htz José Fco Gudiño
Nombre y Firma Nombre y Firma

Georgina Sánchez Htz M.S.H. Hilda Guzmán Cruz
Nombre y Firma Nombre y Firma

Adz Simón A Htz S. Rafaela Simón Htz
Nombre y Firma Nombre y Firma

María Matz Sanchez Catalina Sanchez Htz
Nombre y Firma Nombre y Firma

Fco Htz Mairina Sanchez Htz
Nombre y Firma Nombre y Firma

FUENTE: Archivo del área jurisdiccional de promoción de la salud, 2015.

En la imagen 4, se observa en la primera hoja los datos de identificación de la localidad, de las personas que tendrán un cargo dentro del comité local de salud, y su firma de conformidad, además del visto bueno de la autoridad local incluyendo sello, así como

validación del área jurisdiccional de promoción de la salud. a diferencia del acta de nombramiento del auxiliar de salud, la selección de un comité local de salud involucra la participación del total de los habitantes adultos de la localidad, los cuales, a través de una asamblea y un proceso de votación, elegirán por mayoría a los integrantes de dicho comité. Esto se evidencia en la segunda hoja, donde se muestran los nombres y firmas de conformidad.

Imagen 5.4

Ejemplo de acta constitutiva de un comité local de salud

ACTA DE FORMACION DEL COMITE LOCAL DE SALUD

En la comunidad de La Cruz del municipio de San Juan el día 15 del mes de Marzo del año 2013, se llevó a cabo asamblea general convocada por la autoridad local y los integrantes del equipo de salud responsable de la misma, donde se contó con la asistencia de autoridades locales, líderes en salud de la comunidad, jefes de familia y personas adultas, con el objetivo de elegir de manera libre y democrática los integrantes que conformarán el Comité Local de Salud. El equipo de salud procedió a dar a conocer de manera amplia las funciones de cada uno de los integrantes del mismo, destacando la importante visión de servicio y trabajo conjunto que el Comité deberá mantener con el total de la población de la localidad, a efectos de trabajar en la misma el cuidado preventivo, dando importancia al desarrollo de acciones de promoción para la salud a través del reforzamiento de los temas, visitas a los hogares con mayores riesgos o problemas de salud, así como integración de comisiones para la aplicación permanente de un plan de trabajo dirigido a mejorar las condiciones de salud de la localidad, con prioridad a los grupos más vulnerables, tales como: menores de 5 años, mujeres ancianas y discapacitados. Para su trabajo futuro, contará con la orientación y asesoría técnica permanente de todos los integrantes de la Unidad de Salud. Finalmente el proceso de votación, el Comité Local de Salud quedó conformado de la manera siguiente:

CARGO	NOMBRE	FIRMA DE ACUERDO
RESIDENTE	Eleuterio Simeir Estrella	[Firma]
SECRETARIO	Juan Hernandez M.T.P.	[Firma]
BOQUERO	Gerardo Hernandez Hdez.	[Firma]
REAL DE INFANCIA Y NUTRICION	Laura Liz Miguel Sobies	[Firma]
REAL DE ADOLESCENCIA	Romana Francisca Hdez.	[Firma]
REAL DE SALUD DE LA MUJER	Leticia Gonzalez	[Firma]
REAL DE SALUD DEL HOMBRE	Leonidas Francisco Sosa	[Firma]
REAL DE PARTICIPACION COMUNITARIA	Alexandro Hernandez Hdez.	[Firma]

FIRMA DE ACUERDO DE ASISTENTES

Nieves	Hernandez	M.T.P.	[Firma]
Jose Socorro	Simón	Hdez.	[Firma]
Leonidas	Francisco	San tiago	[Firma]
Savino	Hernandez	simón	SHS
Aristeo	Hernandez	catarina	AHO
Carlos	Hernandez	M.T.P.	[Firma]
El de	Garcia	CRUZ	Hdez. G.C.
Martín	Hernandez	Alfonso	[Firma]
Feliciano	CRUZ	angelina	[Firma]
Roberto	Hernandez		[Firma]
Leopoldo	Francisco	san tiago	[Firma]
Federico	Hernandez	Mandarin	[Firma]
Isidro	Ramirez	Hdez.	[Firma]
Narciso	castro	Migel	[Firma]
Gerardo	Hernandez	Hernandez	[Firma]
Benito	Hernandez	simón	[Firma]
Maria	Anita	Hernandez	[Firma]
Conita	Migel		[Firma]
Se Trinidad	castro	sanchez	[Firma]
Aul	castro	sanchez	[Firma]
Nicola	simón	Hdez.	[Firma]
Argenio	Hernandez		[Firma]
Feliciano	Hernandez		[Firma]
Roberto	castro	medina	[Firma]
Alberto	Francisco		[Firma]
cin to	simón	H.T.Z.	[Firma]
Eleuterio	Simeir	Estrella	[Firma]

FUENTE: Archivo del área jurisdiccional de promoción de la salud, 2015

Imagen 5.5

Ejemplo de plan de trabajo bimestral del comité local de salud

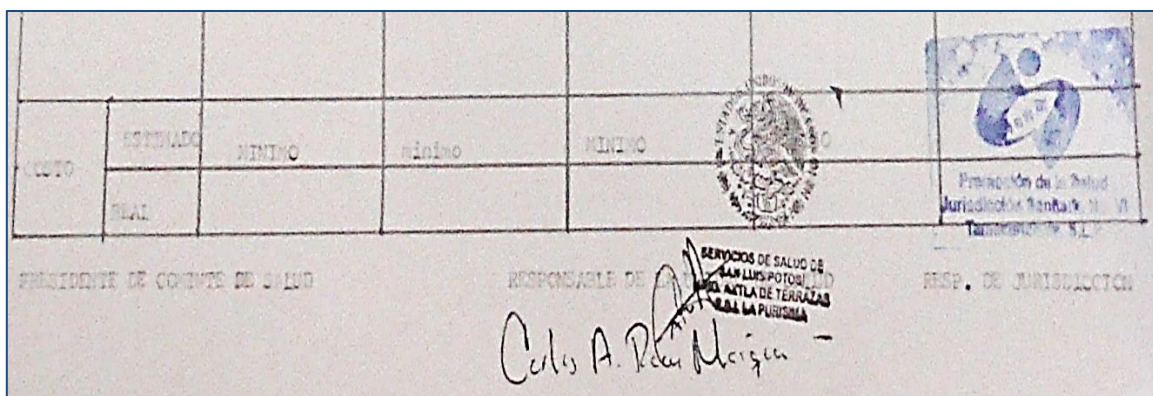
DEPARTAMENTO DE PROMOCION PARA LA SALUD				
PLAN DE TRABAJO BIMESTRAL DEL COMITE LOCAL DE SALUD				
EST. NO. 1 LA PURISIMA				
	ENERO=FEB.	ABRIL=MAYO=JUNIO	JULIO=AGOSTO=SEPT.	OCT.=NOV. DIC.
NOMBRE DEL PROYECTO	LIMPIEZA DE CASA Y TERRENO DE SALUD	APOYO EN CAMPAÑA DE SALUD 2 da.	VIGILANCIA NUTRICIONAL	LIMPIEZA DE LA CASA Y TERRENO DE SALUD.
ACTIVIDADES A REALIZAR A REALIZAR	CHAPOLEO DEL TERRENO, LIMPIEZA DE YECHO, LAVADO DE TINACO.	CITAR A LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS A F.M. PARIENTES	REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS. VIGILAR QUE A LOS NIÑOS DESNUTRIDOS SE LES DE EL COMPLEMENTO ALIM.	CHAPOLEO DE TERRENO, LIMPIEZA DE YECHO, LAVADO DE TINACO LIMPIEZA DE YECHO
PERSONAS CONECTADAS	COMITE DE SALUD Y POBLACION OPORTUNIDADES.	COMITE DE SALUD	COMITE DE SALUD Y COMITE DE OPORTUNIDADES.	COMITE DE SALUD Y POBLACION CON OPORTUNIDADES
FECHA	DE INICIO	26 - 02 - 14	26 -- - 03 14	26-06-14
				26-09-14

FUENTE: Archivo del área jurisdiccional de promoción de la salud, 2015

En la imagen 5.5, donde se presenta un ejemplo de plan de trabajo del Comité Local De Salud, puede observarse que los denominados “proyectos” consisten en acciones cotidianas y responsabilidades inherentes al cargo que se ocupa dentro del comité. No registran problemas detectados a través del diagnóstico de salud y su posterior ejercicio de priorización. Habla de un plan bimestral, pero en una sola hoja anotan un plan anual. Por la firma anotada al final del plan de trabajo, se evidencia que este no es realizado por los integrantes del comité de salud ni por las autoridades locales, sino por el responsable de la unidad de salud (imagen 5.6), lo cual es validado también por el área jurisdiccional de promoción de la salud.

Imagen 5.6

Ejemplo de firmas de elaboración y validación del plan de trabajo bimestral del comité local de salud



FUENTE: Archivo del área jurisdiccional de promoción de la salud, 2015

La red jurisdiccional de promoción de la salud refiere que, como consecuencia de las certificaciones, los habitantes han transitado hacia acciones de autocuidado, así como hacia la incorporación de innovaciones propias:

“Antes había señores con chamacos de 7 años que no tenían vacunas, ningún esquema completo, y ahora pues ya no hay esto, con la participación que la gente tiene. Hay mejora en la salud, en el autocuidado”.

“Ya saben por ejemplo que tienen que entrarle a la descacharrización para prevención del dengue, que piden su capacitación para los comités de salud para ver qué acciones van a realizar, para todos los eventos que hay en el año. También se ha reducido la mortalidad materna, en algunas [comunidades] han puesto Tapextles²⁹ para basura, hechos en la comunidad”.

“Ahora ya se encuentran en las cocinas de las casas sus tubos para que se escape el humo”.

²⁹ Los tapextles o depósitos de basura consisten en una especie de tapanco o pisos elevados contruidos con materiales de la región –como el otate u otra madera- y sostenidos sobre pilares de los mismos materiales. La justificante que dan a esta modalidad de construcción es evitar el acceso de animales (como perros) a la basura y que esta se esparza. Se ubican al pie de carreteras o caminos por donde transita la red municipal de recolección.

“Una brigada realiza lo que es el reciclaje con los envases pet. Hay otra que básicamente trabaja con ejercicios para la salud con todos sus grupos organizados, aunque no sean diabéticos, hay otra brigada que realiza actividades de saneamiento básico de manera permanente y que la gente incluso ha gestionado camiones de basura; comunidades donde han gestionado la esterilización canina, en contra del sacrificio o algo más drástico. Hay unidades que han diseñado y hecho diferentes acciones precisamente para organizarse con la gente y encuentran una mayor respuesta. Hacen botargas y obras de teatro donde la gente participa, por ejemplo, las mujeres hacen de hombres, cosa que antes no se veía en esos lugares”.

“La participación de la gente es más activa, es más consciente, a pesar de los cambios de médicos. Hay localidades donde se visitan y se ve limpio. Nos ha tocado trabajar con localidades que han sido certificadas y la respuesta es rápida: cuando hay un brote en alguna localidad, suspenden hasta sus fiestas y las autoridades de la comunidad dicen qué es lo que se va a hacer”.

Sin embargo, reconocen que el interés por la certificación se ha visto minado, lo cual atribuyen a ciertos factores entre los que sobresalen que:

“De tres años para acá ya no les dan placas [el nivel estatal a las localidades]. Dicen que sí [las envían], pero ya no les llegan, o lo hacen en mal estado”; “la placa era un orgullo para la población: va un periodista y hace una reseña y la muestra. Nosotros aquí teníamos que hacerles unas pequeñas cartas o reconocimientos a la comunidad, porque cómo vamos a llegar allá sin nada, eso desmotiva al personal”.

Refieren que anteriormente daban libertad a la localidad de realizar eventos con el total de los habitantes, invitación a autoridades de los diversos sectores y el desarrollo de un programa diseñado exprofeso con demostraciones relacionadas a temas de salud:

“Al hacer eventos grandes iban autoridades a quienes les presumían su placa, pero también les decían sus necesidades. Se acortaba el camino y el presidente no podía decir que no”.

“Si tu terminas una actividad, esperas que te reconozcan y hasta esperan que vayas, porque es algo que también piden, no solo el área de promoción, sino de la jurisdicción y el estado, ya que con eso se sienten respaldados [...] para ellos es una fiesta donde ellos ofrecen algo porque están contentos”.

Los textos anteriores, resaltan la importancia que para el mantenimiento de una comunidad saludable tiene el empoderamiento, la acción colectiva y el reconocimiento al trabajo realizado, en todos los niveles. Es en la Jurisdicción Sanitaria, donde se da forma realmente a la implementación de las políticas en salud. La interacción cotidiana que el personal jurisdiccional lleva a cabo con todo tipo de redes para la gestión de recursos debiera repercutir en beneficios tanto para ellos como para las localidades. Sin embargo, aunque formalmente es el jefe de Jurisdicción el actor central, desde el discurso de las diversas áreas se evidencia la existencia de diversidad de agrupaciones, con intereses propios y que no logran encajar en acciones vinculadas que sinergicen los resultados. Muestra de esto es la deficiente e incluso nulas visitas conjuntas a las áreas de responsabilidad, bajo una visión de integralidad, donde resaltan sobremedida las localidades que han sido certificadas e incluso recertificadas como entornos saludables; lo anterior evidencia que la validación se deja exclusivamente como una función inherente al área donde recae el programa (Promoción de la Salud) y si bien algunos de los coordinadores y responsables de programas refieren incorporarse en la validación, ésta se lleva generalmente a cabo desde un escritorio, revisando los datos cuantitativos que arrojan los informes mensuales. Esto repercute, además del desarrollo de acciones poco efectivas y basadas en el logro de metas y objetivos aislados por programas, en una despersonalización del personal encargado de la operación en lo local, quien, al no recibir un seguimiento desde lo local, donde se rescata su experiencia de trabajo y el producto de sus interacciones con la población reflejada en acciones de autocuidado a nivel personal y colectivo, puede caer en la generación de datos cuantitativos incluso sin llevar a cabo actividad alguna.

Los actores que conforman la Red Jurisdiccional de Promoción de la Salud muestran de forma permanente un respeto hacia las funciones que desarrollan cada uno de sus integrantes, reconocen los liderazgos formales y sus habilidades, los cuales se aprovechan dependiendo de las acciones que se llevan a cabo. Resalta sin duda la prominencia de la secretaria de dicha Red, manifestada no únicamente en sus discursos y respaldos de contenidos, sino además en el conocimiento técnico y respecto del personal jurisdiccional y local y, sobre todo, del que manifiesta el mismo, quienes la reconocen como el actor central de la red. Esto ha sido comprendido y aceptado por el resto de integrantes de la Red, lo cual se evidencia al darle responsabilidades de carácter técnico e incorporarla a las visitas locales de supervisión.

La Red Jurisdiccional de Promoción de la Salud analizada para este estudio, es una red reconocida y ocupa un lugar preponderante como intermediario ante la gran diversidad de actores externos y de la propia localidad con quienes se vinculan; desgraciadamente, son subvalorados sus alcances por el resto de actores jurisdiccionales, quienes recurren a ellos sólo para la obtención de insumos del tipo material previo al desarrollo de algún evento en materia de salud o ante contingencias, dejando de lado que esta Red tiene acceso a recursos tan importantes como lo son los del tipo políticos y cultural, que sin duda favorecerían el repunte y la permanencia a mediano y largo plazo de cualquiera de los diversos programas existentes. La red Jurisdiccional de Promoción de la Salud tiene siempre presente su operación a partir de los determinantes sociales, pero a la fecha no ha logrado que estos formen parte del lenguaje cotidiano del resto de actores jurisdiccionales.

Los siguientes dos capítulos abordarán lo concerniente a la operación de redes en lo local de la estrategia de certificación en dos localidades elegidas al azar como casos de

estudio. Ambos tienen en común aspectos tales como haber certificado en más de una ocasión, estar ubicados en la zona huasteca y ser localidades de alta marginación.

Para obtener la información, en ambos casos se realizaron una serie de actividades, que incluyeron, búsqueda de los integrantes de las unidades de salud responsables de atender a cada una de las localidades, aplicación de una encuesta diseñada exprofeso, sesiones con cada unidad de salud a través de grupos focales, desarrollo de asambleas en cada localidad para obtención de la autorización para llevar a cabo el estudio, recorrido por las viviendas, aplicación de encuestas a los responsables de los hogares, encuesta a autoridades locales formales y sesiones de grupos focales con las mismas.

El capítulo 6 inicia con una breve descripción de la zona huasteca en el estado de San Luis Potosí; posteriormente, se abordan algunos antecedentes históricos del municipio, seguido de las características de la localidad y sus pobladores, para posteriormente realizar el análisis de las redes denominadas para este estudio como Unidad de Salud 1 y Coamíatl.

Capítulo 6

El Caso Coamíatl

CAPÍTULO 6

EL CASO COAMÍZATL

La región Huasteca es un territorio que comprende a varios estados de la república mexicana: el norte de Veracruz, el sur de Tamaulipas, la Sierra Gorda de Querétaro y partes de los estados de Hidalgo y San Luis Potosí. En la época precolonial, la huasteca estaba poblada por diversos grupos: hacia el sur y suroeste del territorio mencionado se ubicaban los huastecos, tepehuas, otompies y totonacos. En el norte y noroeste se hallaban los nahuas, guachichiles, pames y chichimecas. Los nahuas se relacionan con los aztecas o mexicas, quienes conformaron una sociedad dominante en Mesoamérica antes y durante la llegada de los españoles. A partir de la conquista mexicana en el siglo XV, la población nahua llegó en oleadas migratorias a poblar el norte de Veracruz y el oriente de San Luis Potosí y se consolidó en el centro y sur de la Huasteca, implantando también su idioma, el náhuatl (Muñoz, 2016).

En territorio potosino, la región huasteca se divide en Norte y Sur; la primera habitada por los pames y huastecos, y la segunda por población náhuatl. Es en esta región donde se ubican, entre otros, los municipios de Axtla de Terrazas y Tamazunchale. En este capítulo se abordará a Axtla, por ser donde se ubica el primer caso de estudio.

6.1. Axtla De Terrazas, Lugar De Garzas Blancas.

El municipio de Axtla se ubica a 349 kilómetros de la capital del Estado, a una altura de 100 metros sobre el nivel del mar; colinda al norte con el municipio de San Antonio, al noreste con Tampamolón, al este Tampacán, al sur Matlapa y Tamazunchale y al Oeste Xilitla. Lo atraviesan las carreteras federales 85 (México – Laredo) y la 120, así como la estatal 14 y multiplicidad de caminos vecinales y brechas. El nombre Axtla proviene del huasteco “axtlán” que significa “Lugar de Garzas Blancas”, ya que estando a orillas de una gran corriente de agua (el río de su nombre, formado por el Huichihuayán y el Tancuilín en Matlapa), la abundancia de aves acuáticas de esa clase, dio lugar a ese nombre. Posteriormente se le agregó “de Terrazas”, en honor del personaje revolucionario Alfredo M. Terrazas. Su ubicación se muestra en la figura 6.1.

Figura 6.1

Ubicación geográfica del municipio de Axtla de Terrazas



FUENTE: (SAGARPA, 2017).

Respecto a su orografía, el municipio se compone de noroeste a suroeste por una cadena cerril formada por las estribaciones de la Sierra Madre Oriental, además de planicies localizadas al norte, centro, sur y noreste. A través de su territorio hacen su trayectoria los ríos Huichihuayán, Moctezuma y Axtla. Su clima es semi cálido húmedo, con una temperatura media anual de 24.8 grados centígrados y abundantes lluvias en verano.

Entre su vegetación se encuentra el pastizal cultivado y la selva mediana, lo que lo hace una fuente para el uso de suelo como tierras de cultivo y cría de ganado; la fauna se caracteriza por una gran variedad de aves, así como lobos, coyotes, serpientes, lagartos, tortugas, e incluso tigrillos, gatos monteses, serpientes y jabalís en sus serranías.

Axtla de Terrazas se divide en 122 localidades, 75 de ellas habitadas. El total de habitantes del municipio es de 33,245 habitantes (SEDESOL, 2017). Su distribución de acuerdo al grado de marginación se muestra en la tabla 6.1.

Tabla 6.1

Total de localidades del municipio de Axtla de Terrazas, según grado de marginación.

GRADO DE MARGINACIÓN	No.
Muy Alto	5
Alto	61
Medio	6
Bajo	2
Muy Bajo	1
TOTAL	75

FUENTE: (SEDESOL, 2017).

6.2. Coamízatl, Una Localidad Saludable.

A Coamízatl se accesa por la carretera Federal 85 México – Laredo en dirección Ciudad Valles – Tamazunchale, a través de la serranía de la Sierra Madre Oriental (Imagen 6.1).

Imagen 6.1

En camino a Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, carretera federal 85, tramo Huichihuayán – Y Griega. 2015

Al dar vuelta en un entronque a mano izquierda, se recorren cuatro kilómetros de carretera estatal, la cual fue pavimentada aproximadamente en el año 2012 (imagen 6.2).

Imagen 6.2

Condiciones de la carretera estatal, rumbo a Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, municipio de Axtla de Terrazas, 2015.

Sin embargo, conforme se va ascendiendo entre cerros, es numerosa la cantidad de baches y zonas de hundimiento producto de las lluvias constantes, la orografía característica de la región y los materiales invertidos en su construcción. Las deficientes condiciones de la carpeta asfáltica se observan en la imagen 6.3.

Imagen 6.3

Las lluvias constantes hacen estragos en la carretera a Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, municipio de Axtla de Terrazas, 2015.

En la imagen 6.4, se presentan también algunas áreas de desgajamiento parcial de cerros resultado de las lluvias cotidianas de este tipo de regiones. Según los pobladores, dichos desgajamientos se agudizaron a partir del mes de septiembre del año 2013, fecha en que les acometió el huracán Ingrid.

Imagen 6.4

Zonas de desgajamientos dificultan el acceso a Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, municipio de Axtla de Terrazas, 2015.

Al cabo de los 4 kilómetros se llega a la localidad, donde un pequeño letrero amarrado a un poste de luz anuncia el acceso a Coamízatl, para lo cual hay que dejar la carretera estatal y acceder a un camino vecinal (imagen 6.5).

Imagen 6.5

Letrero que anuncia la llegada a Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

A partir de allí, el camino principal es de terracería (imagen 6.6), cuyo mantenimiento corre a cargo de los propios habitantes, quienes señalan que anualmente solicitan de la Presidencia Municipal grava para rellenarlo, la cual generalmente se les otorga, aunque posterior a una acostumbrada serie de *“idas y vueltas para hablar con el Secretario Municipal”*, como lo mencionaría el Juez Auxiliar de la localidad.

Imagen 6.6

Camino vecinal que recorre Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Al indagar sobre cómo se conformó la localidad, refiere el Juez de la comunidad que:

“Aquí estaba esto abandonado. A los ejidatarios que había aquí les dieron solares (terrenos) en la zona urbana y se fueron. Aquí vivieron como 5 familias nada más. Los que quedamos aquí somos hijos de los que se quedaron, van creciendo y ya está otra vez poblado. Nomás van a trabajar unos a México o Monterrey, pero regresan”.

Son pocas las viviendas que se ubican a lo largo de la calle principal, llamada Benito Juárez y que consta de una longitud de dos kilómetros (imagen 6.7). Aparte de esta calle, existen otras dos, denominadas como Del Olvido y Del Panteón. Cabe señalar que visualmente no se distinguen como calles, son veredas que, de no conocerse los caminos, resultan de fácil extravío. No existe alumbrado público.

Imagen 6.7

Calle Benito Juárez, la principal de Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Las viviendas se encuentran ubicadas, en su mayoría, dispersas entre cerros. Para llegar a ellas deben recorrerse veredas de difícil acceso. Prácticamente en su totalidad, las casas disponen de energía eléctrica.

De acuerdo al censo existente en la casa de salud y verificado a través de las visitas domiciliarias, Coamízatl cuenta con 146 habitantes – 83 del sexo masculino y 63 del sexo femenino – distribuidos en 33 viviendas. Esta localidad, ubicada en la serranía del municipio de Axtla de Terrazas, mantiene un sistema de organización en transición, donde se mezcla el nombramiento de diversos comités o responsables elegidos para dar respuesta a las necesidades de representación de la diversidad de instituciones y programas de gobierno existentes, pero que aplican el rigor propio, usos y costumbres de la población indígena náhuatl.

Existe un Jardín de Niños y una Escuela Primaria, ambos pertenecientes al Sistema Educativo Conafe, atendidos por dos maestras (imagen 6.8).

Imagen 6.8

Jardín de Niños y Primaria de Conafe, Coamízatl



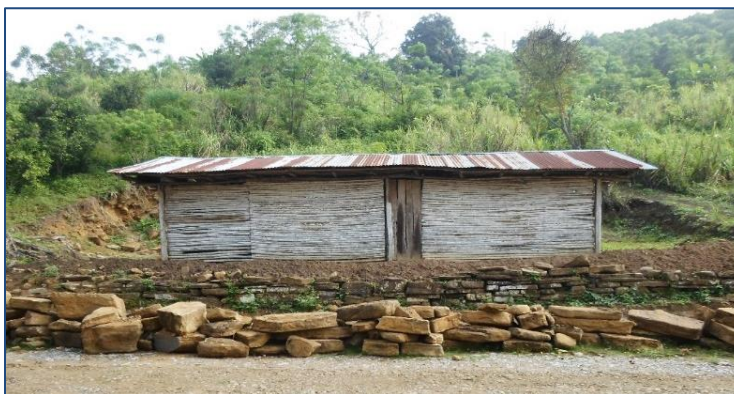
FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

En la imagen anterior se muestra a la derecha la construcción antigua; a la izquierda se ubican las nuevas aulas, construidas a través del programa Escuelas de Calidad de la Secretaría de Educación Pública, y son las que actualmente se emplean.

Son dos las religiones predominantes en la localidad: católica y evangélica, cada una cuenta con una construcción propia, elaboradas a partir de materiales de la región. La católica se encuentra a pie de carretera, sobre la calle Benito Juárez, casi al finalizar su tramo (imagen 6.9). La capilla evangélica se ubica entre cerros, en la llamada calle del olvido, y es más una vivienda donada para el culto religioso.

Imagen 6.9

Capilla de la religión católica, Coamíztatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamíztatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Durante los recorridos, se observa que la construcción de las viviendas corresponde a la típica de la zona huasteca. En la imagen 6.10, se observa un hogar con lo que denominan un solar (patio) amplio y con plantas de la región, piso de tierra, el sanitario al exterior de la casa y alejado de la misma. La vivienda está construida de otates cubiertos con enjarre (pasta preparada a base de lodo y hojas secas).

Imagen 6.10

Llegando a una vivienda típica de Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

La imagen 6.11 muestra otro tipo de construcción, aunque también característico de la zona, elaborada a base de madera y otate, con techo de lámina, el cual se encuentra presente en el 91% de los hogares. En el resto son de paja o cartón³⁰.

Imagen 6.11

Otro tipo de vivienda en Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

³⁰ Resultados obtenidos de la encuesta para aplicación en viviendas, diseñada expreso.

Al realizar la aplicación de los instrumentos denominados “encuesta a responsables de viviendas” y “guía para observación de servicios públicos”, se obtuvieron los siguientes resultados: respecto al interior de las viviendas, en 27 de estas, equivalente al 82%, la cocina se encuentra separada del resto de las habitaciones (imagen 6.12).

Imagen 6.12

Ejemplo de habitación de uso exclusivo como cocina



FUENTE: Fotografía propia, Coamíatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Otro hallazgo importante, fue que en 31 casas (94%) se dispone de fogón elevado del piso, lo cual representa una mejora en cuanto a la prevención de accidentes derivados por caídas y quemaduras originadas por uso de bracero al ras del suelo (imagen 6.13).

Imagen 6.13

Ejemplo de fogón elevado del piso, Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Sin embargo, prácticamente en su totalidad, los braceros elevados en Coamízatl no cuentan con tubo para escape del humo producto del consumo de la leña, hacia el exterior de la vivienda (imagen 6.14), lo cual representa una determinante de riesgo para la adquisición de enfermedades respiratorias, sobre todo enfisema pulmonar.

La población reconoce que personal de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) del municipio de Axtla, les ofertó la construcción de las denominadas estufas “Patzari”, pero que fue mínima la aceptación, sólo se construyeron en tres viviendas.

Imagen 6.14

Ejemplo de inexistencia de tubos de escape del humo de leña en cocinas de Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Otro de los servicios que ofertó la SEDESOL fue la construcción del denominado “piso firme” presente en 27 viviendas (82% del total). Se observó que este piso se construyó en sólo una de las habitaciones que eligiera la familia, por lo general la cocina o el cuarto principal (imagen 6.15).

Imagen 6.15

Ejemplo de vivienda con piso firme, Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

El número de habitaciones presentes en los domicilios (sin contar la cocina) es de 1 en el 33%, 2 en el 36% y el resto con 3 o 4. En el 91% de las viviendas disponen de camas en alto (imagen 6.16). Las camas en alto son ya de uso común y tienen por propósito prevenir enfermedades respiratorias y gastrointestinales, al evitar el contacto directo con el suelo, así como reducir riesgo de picaduras por insectos rastreros. Cabe señalar, que en esta zona era habitual el dormir al ras del suelo o bien sobre petates.

Imagen 6.16

Ejemplo de camas elevadas, Coamíztatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamíztatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Respecto a la disposición de basura, debido al difícil acceso, esta localidad no se contempla en la ruta que cubre el servicio de limpia municipal, por lo que su eliminación es a través del depósito a cielo abierto, el entierro o la quema, como se muestra en la imagen 6.17.

Imagen 6.17

Quema de basura como método de eliminación final, Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Son ocho los pozos que abastecen a Coamízatl, los cuales tratan de mantener libres de contaminación cubriéndolos, ya sea con ramas o láminas. Si bien existe una red de agua que recorre la comunidad y es bajada a gravedad con mangueras plásticas provenientes de algunos pozos (imagen 18), solamente llega a un mínimo número de casas.

Imagen 6.18

Red para abastecimiento de agua en Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

En la imagen anterior, puede observarse a la izquierda una tubería en color verde por la cual, de acuerdo a proyecto del Ayuntamiento, se transportará el agua a las viviendas a través de bombeo eléctrico. Este proyecto se encuentra estancado desde hace un año, donde mencionan las autoridades que no ha podido ponerse a funcionar dicha bomba por falta de piezas. A la derecha de la misma imagen, se encuentra una manguera de un calibre más delgado, por la cual baja el agua a gravedad y llega a algunas viviendas. Derivado del proyecto de bombeo eléctrico del agua para dotar directamente en los domicilios, es común encontrar en las viviendas tomas de agua sin utiliza (imagen 6.19).

Imagen 6.19

La esperanza de que algún día existirá agua intradomiciliaria en Coamíatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamíatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Al usarse el agua directamente de los pozos existentes en la localidad, la población opta por el almacenaje, siendo este en tambos en el 42% de los hogares, y el 58% en cubetas, tal como se muestra un ejemplo de ello en la imagen 6.20.

Imagen 6.20

Ejemplo de almacenaje del agua en Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Respecto a las acciones para disposición de excretas, en el 90% de los hogares (30) cuentan con letrinas (imagen 6.21); en las viviendas restantes practican el fecalismo al ras del suelo.

Imagen 6.21

Ejemplo de letrina en Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Este tema es de preocupación entre los habitantes: la letrinización dio inicio a partir de que la comunidad recibió la atención de la unidad de salud, quienes les sensibilizaron para evitar defecar al ras del suelo, sustituyendo dicho hábito con la construcción de letrinas o fosas, con materiales de la región (imagen 6.22).

Imagen 6.22

Letrina construida con materiales de la región, Coamíztatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamíztatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Sin embargo, su construcción se ha realizado empíricamente tomando como única referencia que “*esté lejos de la casa*” y se “*haga un hoyo hondo*”. Nunca han recibido capacitación para una construcción correcta, lo cual tiene por consecuencia la contaminación de los mantos acuíferos generada por la trasmisión del agua de lluvia y el arrastre natural de la misma en el terreno. Las letrinas, por lo general se ubican entre 3 a 5 metros de distancia de la vivienda. Se caracterizan por una poza cavada aproximadamente a metro y medio de profundidad, sin paredes que la separen de los mantos acuíferos subterráneos, cubierta con madera o losa de cemento y un orificio, donde se deposita tanto la orina como la evacuación (imagen 6.23).

Imagen 6.23

Interior de letrina, Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

No hay un criterio en cuanto a dejar o no dentro de esta el papel empleado para el aseo personal, tampoco respecto al nivel de llenado que deben de tener para clausurarse y proceder a una nueva construcción (imagen 6.24).

Imagen 6.24

Otro ejemplo del interior de una letrina, Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Las autoridades actuales señalan su preocupación en este tema, teniéndolo como punto principal de sus objetivos de trabajo. Refieren que en el año 2013 se buscó la revisión de la calidad del agua de los pozos, confirmando su completa contaminación. A partir de ese momento, comenzaron a gestionar ante la Presidencia Municipal la dotación de sanitarios secos prefabricados, los cuales, una vez recibidos serán – según sus planes – colocados por los propios habitantes, de acuerdo a los señalamientos que se les hagan para tal fin. Han entregado carta de solicitud formal de dicho recurso y actualmente realizan visitas periódicas al secretario del Ayuntamiento, quien les ha “prometido” que del siguiente pedido que reciba el municipio se surtirán “algunos” a esta comunidad.

6.3. RED UNIDAD DE SALUD 1 (US 1)

Imagen 6.25

Casa de salud de Coamíatzl, sitio de atención de la Unidad de Salud 1



FUENTE: Fotografía propia, Coamíatzl, Axtla de Terrazas, 2015.

ESTRUCTURA DE LA RED US1

La red Unidad de Salud 1, está constituida por tres elementos: un médico y dos enfermeras (llamadas 1 y 2 en este estudio). Son miembros formalmente obligados, con límites cerrados y relaciones ordenadas, basadas en las jerarquías que impone la institución de salud, donde el médico funge en la totalidad de las unidades de salud como el actor de mayor jerarquía. La enfermera 1 es la de mayor antigüedad laboral, con 16 años de trabajo, los cuales ha permanecido en esta Unidad de Salud. Le sigue la enfermera 2, con 8 años y el médico con 3 años.

Sus límites son cerrados, constreñidos por el sistema de organización y la normatividad oficial establecida por la Institución Gubernamental. Si bien es una unidad de salud con poco personal, se dan 2 sub agrupaciones: las enfermeras, por una parte, y por otra el médico. Entre las causas de esta sub agrupación se encuentra el hecho que durante 11 años estuvo laborando otro médico en la unidad, el cual mantenía una relación empática y con un alto sentido de compromiso como red tanto al interior como con la población de su área de responsabilidad. Dado su desempeño, la Jurisdicción Sanitaria lo consideró para trasladarlo a otra unidad de salud, lo cual aceptó. Esto repercutió de forma determinante en la dinámica que en la actualidad predomina en la unidad de salud, donde se evidencia la falta de confianza mutua entre médico y enfermeras, lo cual se constata con las aseveraciones que llevan a cabo los pobladores de Coamíatl, y que se señalan en los siguientes apartados.

Hace aproximadamente 5 años, se incorporó también a la red un promotor de salud bilingüe, el cual realizó sus actividades en la unidad de salud durante un año, para

posteriormente trasladarse a otra unidad de salud, por motivos personales (mayor facilidad de traslado).

[Las principales acciones que los actores señalan que implementan son:

- El otorgamiento de consultas médicas y de enfermería,
- La organización comunitaria, para abordaje de los determinantes de riesgo y que ponen en riesgo la salud de los pobladores,
- El otorgamiento de talleres y sesiones educativas para formación de habilidades y hábitos de autocuidado,
- Aplicación de biológicos (vacunas) a la población conforme a edad,
- Realización de detecciones y otras acciones con carácter preventivo y de identificación oportuna de casos de enfermedad.
- Referencia de casos de enfermedad que por su gravedad no pueden ser atendidos con los recursos existentes en una unidad móvil.

La unidad de salud 1 (US1) mantiene un sistema de organización y delimitación de actividades, las cuales son descritas por sus integrantes. El médico es el primero en describirlas:

“Nos trasladamos a la localidad que nos vaya a corresponder. Si es el primer día que vamos a esa localidad llevamos todo: papelería, medicamentos, todo lo que se tenga que llevar. Al llegar a la localidad se da la consulta, se ven pacientes citados, ya se tiene un cronograma; este año se lleva una agenda y la gente que se está citando es la que se está viendo; pacientes crónicos, embarazadas, consulta externa [...] el traslado de pacientes en caso de que lo amerite; son traslados de urgencia. Se llevan al hospital de Axtla [...] los presento al médico en turno y ya que dice que nos recibe al paciente pues ya nos retiramos. Y pues diario lo que se tenga que hacer”.

A lo referido por el médico, añaden las enfermeras 1 y 2 otras actividades:

“Pues checarle los pacientes al doctor [...] atender a los pacientes que están citados: niños para peso y talla, vacunación, los talleres que bueno, no los estamos haciendo exclusivamente con las de Oportunidades (Prospera), es con toda la población”.

“La capacitación de madres en IRAS, EDAS y pues en todas las detecciones: alcoholismo, tabaquismo, cáncer de mama, cáncer cérvico uterino”.

Su área de responsabilidad es de 3,104 habitantes, distribuidos en ocho localidades y el mismo número de barrios, estos considerados como “satélites”, ya que no realizan visitas a ellas, sino que son los propios habitantes quienes se trasladan a localidades asignadas previamente por el personal de salud para ser atendidos allí: *“los barrios no tienen representantes en salud, porque como son pequeños acuden a la comunidad sede; allí todos bajan”.*

Tienen una localidad principal denominada “Sede”, a la cual acuden diariamente un promedio de dos horas al inicio de su jornada laboral en espera de consulta médica bien sea de dicha localidad o las restantes de responsabilidad. Pasado este tiempo se desplazan a la comunidad que de acuerdo a un calendario anual de visitas previamente estructurado tienen programado atender. Se identifica que dicho instrumento es de cumplimiento parcial, debido a que en este no consideraron el total de festividades oficiales y fechas tentativas en que mes con mes acudirán a la jurisdicción sanitaria a entregar información, se incluyen además programaciones que la jurisdicción sanitaria realiza a lo largo del año y en las cuales solicita la presencia del personal de salud. Lo anterior conlleva que en localidades – sobre todo las de mayor marginación – se aplase la visita. La periodicidad habitual es de una vez por mes.

Establecen planes de trabajo anuales los cuales también modifican en el transcurso debido principalmente a los desvíos señalados en el párrafo anterior, mantenimiento del vehículo en que se trasladan, periodos vacacionales y/o incapacidades del personal. Las acciones que programan van de la mano con las prioridades jurisdiccionales.

Las actividades que realizan son reportadas numéricamente cada mes a los diversos responsables de programas en la jurisdicción sanitaria, usando para esto un cuadernillo denominado SIS y respaldando la información allí registrada con otra serie de formatos paralelos. La entrega de este cuadernillo es obligatoria. Cuando los registros numéricos no son satisfactorios a las programaciones jurisdiccionales el personal es sancionado con escarnio público y envío de llamadas de atención por escrito.

Los principales conflictos que se enfrentan, son por el desvío de sus funciones, retraso en la entrega de insumos y exigencias de cumplimiento de metas establecidas por la jurisdicción sanitaria. Con su área de responsabilidad, los conflictos se suceden por el incumplimiento del calendario de visitas, corto tiempo de estancia en la localidad para atención (tres horas en promedio) y falta de insumos, sobre todo medicamentos.

Si bien entre los integrantes de la US1 se llevan a cabo consensos, estos se enfocan principalmente a acuerdos para cumplimiento de metas que les solicitan del nivel jurisdiccional.

De acuerdo a la estructura, la red US 1 es laxa y difusa. El médico se centra en cumplir sus funciones como otorgante de consultas médicas tradicionales, al interior de un consultorio, al cual acuden aquellas personas que se consideran “enfermas”, a las cuales valora, otorga un diagnóstico médico y brinda un tratamiento basado en la dotación o receta

de medicamentos alopáticos, propios de un cuadro básico determinado por la misma institución de salud. Si bien en su discurso aborda la importancia de las acciones de prevención y la necesidad de incorporación de la base social en su implementación, esto no lo lleva a su cotidianeidad, al no interactuar con la población de su área de responsabilidad más allá de las acciones de consulta médica.

POSICIÓN DE LOS ACTORES EN LA RED US 1

De acuerdo a la centralidad, el líder formal ante la institución de salud y transmitido de esta forma a las localidades de responsabilidad es el médico. Sin embargo, el actor más reconocido por la población es la Enfermera 1 (la de mayor antigüedad en la unidad de salud), de quien la población de Coamíatl en su mayoría señalan *“nos ha visitado en nuestras casas”*. Durante las visitas que la unidad de salud realiza a la localidad caso, se evidencia el liderazgo que este actor mantiene entre los pobladores, quienes se dirigen a ella en forma amigable y por su nombre, acuden a ella para asesoría y consejería, entablan conversaciones variadas, prestan atención a sus mensajes, en los cuales mezcla términos coloquiales y en la lengua materna de la región (náhuatl). Cabe señalar que este personaje fungió como intermediario con las autoridades para poder obtener la autorización de trabajo de investigación a la localidad estudiada.

Ante la Jurisdicción Sanitaria, el médico funge como intermediario, pues es el encargado de, además de la entrega mensual de los informes a las áreas correspondientes, la gestión de los insumos necesarios para el trabajo diario. Una gran debilidad es que, al estar constreñida su interrelación tanto con los integrantes de la unidad de salud como con los

habitantes de sus localidades de responsabilidad y su visión se basa en la atención de enfermedades, no puede generar recursos bajo otro enfoque. El médico no hace consciente que él tiene el poder, tanto por la delegación que la institución hace de su función, como por el conocimiento científico que posee y que, por tanto, él representa el punto de partida en el proceso de sostenibilidad.

Por su parte, la Enfermera 1, al disponer de mayores vínculos, puede tener formas alternativas de satisfacer las necesidades, tanto las propias como las de su unidad de salud y la población que atiende; por tanto, es menos dependiente de otros. Ella se perfila como la líder informal de la Red, ya que posee compromiso social, busca el bienestar de la población de su área de trabajo, posee competencias y habilidades, que transmite a la población; identifica los determinantes de riesgo al poseer el conocimiento y la experiencia vivencial; trata de dirigir y mantener las conductas de autocuidado; tiene capacidad de dirección y gestión. Sin embargo, su personalidad, que la hace mantener un respeto irrestricto a las líneas jerárquicas, es la principal limitante para la mejora de los resultados. A esto se suman experiencias poco satisfactorias de gestiones de recursos materiales sin éxito.

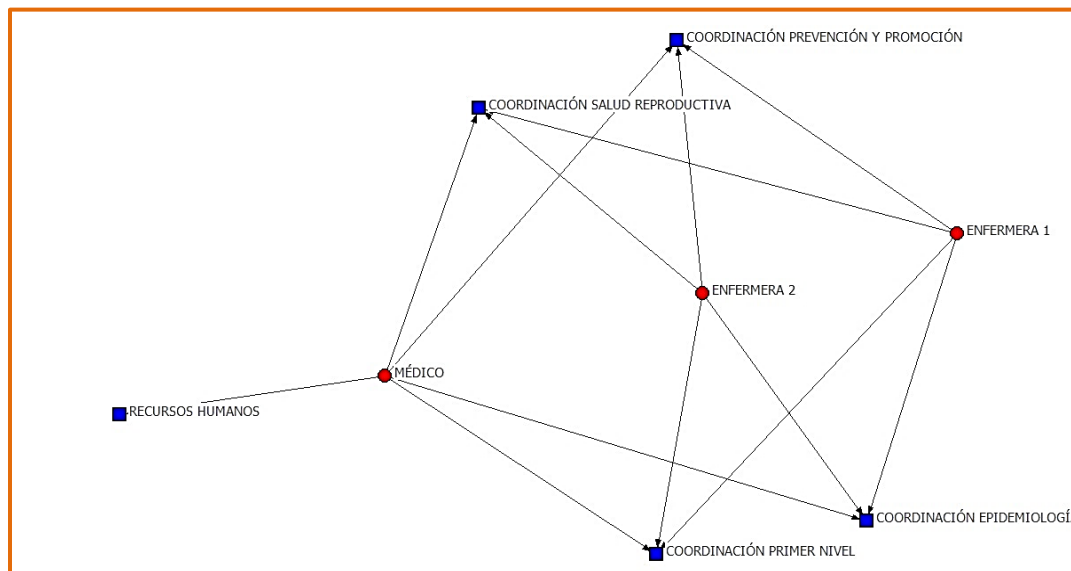
Al indagar respecto de los actores que reconocen para el desempeño de su trabajo en su interacción con el personal de la Jurisdicción Sanitaria de la cual dependen, los tres integrantes de la unidad de salud coinciden en señalar que establecen vínculos con las coordinaciones de Prevención y Promoción, Salud Reproductiva, Epidemiología y Primer Nivel.

La gráfica 6.1, muestra que el personal de la unidad de salud limita sus referencias de actores con quienes interactúan, al señalar únicamente a los Coordinadores y no a los

responsables de cada uno de los programas, sobre todo el personal de enfermería, que se supone mantiene permanentemente acciones vinculadas con áreas tales como su jefa de enfermería, responsables de vacunación, nutrición, cáncer de la mujer, violencia, planificación familiar y auxiliares de salud, los cuales en ningún momento de las entrevistas fueron mencionados.

Gráfica 6.1

Red jurisdiccional de vinculación de la Unidad de Salud 1

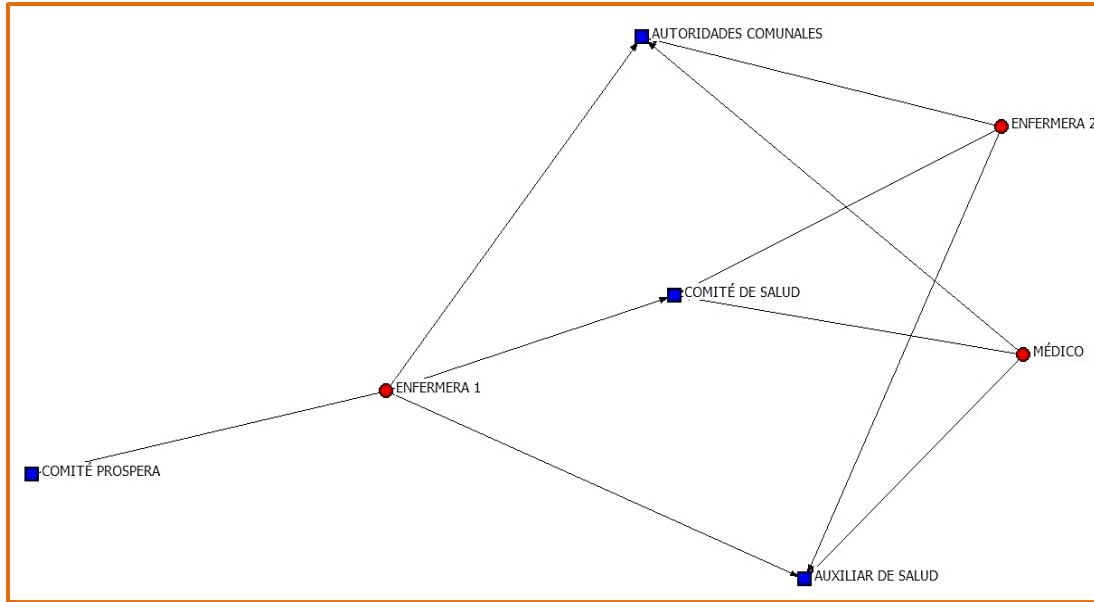


FUENTE: Elaboración propia, 2016.

La gráfica 6.2 muestra las autoridades de la localidad Coamíatl, con las que la unidad de salud refiere interrelacionarse para el desempeño de su trabajo, entre las cuales refieren a las autoridades comunales, tales como el Juez y el Delegado, así como a la Auxiliar de Salud y los integrantes del Comité Local de Salud. Únicamente la Enfermera 1 incluye también a los integrantes del Comité Oportunidades (Prospera). Su gráfica se presenta a continuación.

Gráfica 6.2

Autoridades de la localidad con quienes se vincula la Unidad De Salud 1



FUENTE: Elaboración propia, 2016.

Si bien refieren a estas autoridades, la visión de objetivo de interacción con cada uno de estos actores varía. Para la Unidad de Salud, el Auxiliar de Salud³¹ representa su principal vínculo e intermediario ante la población. El médico de la unidad refiere que entre las funciones del auxiliar de salud se encuentra el manejo de medicamento:

“Ellos manejan cierto medicamento, antibióticos ellos no manejan; se les da la atención y ya ellos nos refieren al paciente con nosotros”.

³¹ Al Auxiliar de Salud lo elige la población y la institución de salud lo capacita en temas que considera prioritarios, dando énfasis a las formas de prevención y signos iniciales de enfermedades prevenibles, así como el manejo de medicamentos usados para síntomas tales como dolor o fiebre. Bimestralmente percibe una compensación económica por parte de la Institución.

También el personal de enfermería considera al auxiliar de salud como el principal eslabón con la población:

“Cuando nosotros no estamos el trabajo se descarga en las auxiliares de salud. En todas las localidades tenemos”.

Una red que consideran imprescindible corresponde al Comité Local de Salud, al señalar la enfermera 1 y 2 respectivamente, que:

“Tienen una función específica en base a lo que es los servicios de salud, pero casi siempre nos apoyan a citar a los pacientes más renuentes, en hacerles la visita, visitar a lo mejor familias que nosotros vamos y no tienen alguna letrina – bueno que la mayoría ya tienen – pero en eso nos siguen apoyando, en vigilar lo que es saneamiento básico y estarnoslo reportando. Si a alguien ya se le llenó la letrina y lo orienta para que construya otra y no lo hacen, pues ya nos comunican; también en referirle pacientes al doctor si encuentran a un paciente enfermo que no quiera ir a ningún otro lado pues ellos le comunican”.

“Nos damos cuenta que hacen las acciones porque hacen sus reportes; por ejemplo, para patio limpio tienen formato, ya se les entrega y ya. Como ahorita que fue la campaña de vacunación de perros y gatos también nos apoyan en citar a la gente y se le diga para que se programen un día y se haga la vacunación”.

Los Comités de Salud por regla de la Institución tienen una duración de tres años al cabo de los cuales se renueva en su totalidad. Para la unidad de salud, es importante la interacción tanto con el Comité de Salud, como con el resto de autoridades locales, dado que fungen como intermediarios, tal como lo señala la Enfermera 1:

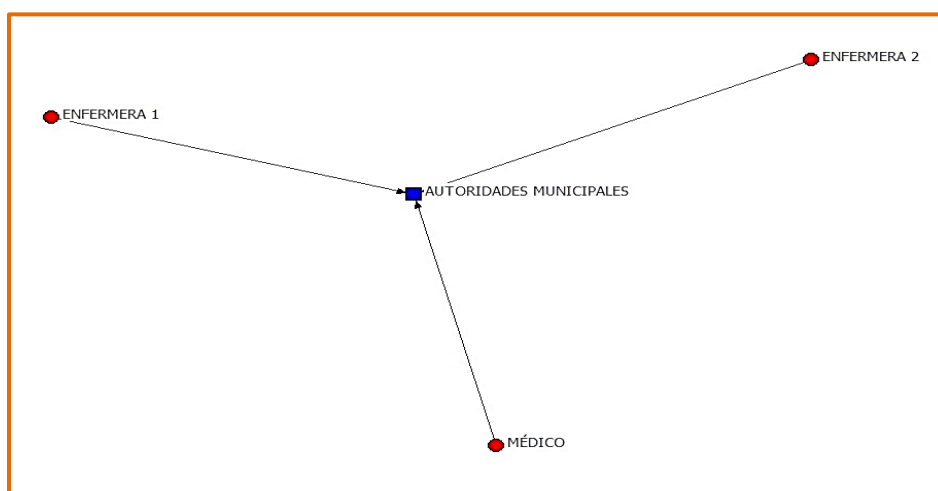
“En las reuniones que tenemos nos reunimos los comités de salud, las autoridades, las auxiliares de salud por lo menos dos veces al año y hacemos el plan de trabajo. Allí vamos viendo cuáles son las necesidades de la casa de salud o la comunidad [...] hemos estado haciendo solicitudes y pues ellos las sellan y las van a dejar a la presidencia [municipal] para que nos hagan caso. Ellos se quedan con copia de las solicitudes que vamos haciendo nosotros. De otras autoridades hay juez, secretario, tesorero; en el caso de alguna gente

renuente que le hace la visita el comité o el auxiliar de salud se le pide el apoyo como autoridad para alguna visita. Algunos tienen más disposición a su función y otros por el tiempo, por el cargo y su trabajo pues les es más difícil”.

Respecto a redes externas, únicamente reconocen como actores con quienes se vinculan a la Presidencia Municipal (gráfica 6.3).

Gráfica 6.3

Actores externos a la localidad con quienes se vincula la Unidad De Salud 1



FUENTE: Elaboración propia, 2016.

Refieren que sus interacciones con las dependencias del Ayuntamiento no han generado los resultados esperados, pues en diversas ocasiones han acudido bien sea con el secretario, la coordinación de salud o desarrollo social para solicitar insumos tales como pintura para rehabilitar la casa de salud, o balones para realizar actividades con los escolares y no se les han dotado.

LA CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA RED US 1

Para los integrantes de la Unidad de Salud, una comunidad que se certifica como saludable debe incorporar los siguientes criterios:

- Que la población cuente con esquemas de vacunación completos, escuela certificada y detección de problemas, enfermedades degenerativas, detección en cada edad, descacharrizar³² la localidad.
- Un entorno en el cual se puedan desarrollar las actividades de los integrantes de la comunidad de manera libre y sana, que cuente con los servicios indispensables.
- Tener una población sana y con los servicios básicos.

Los integrantes del equipo de salud coinciden al referir que los responsables de la certificación son la población y el personal de la unidad de salud. Para ellos, la acción colectiva es básica para la certificación de una comunidad como saludable, aunque resaltan que ellos como líderes formales se ven forzados a generar las acciones, lo cual resalta la Enfermera 1:

“Cuando vamos a certificar una comunidad pues que esté pintadita la casa de salud, los árboles encalados, estamos con la gente, a lo mejor agarramos una brocha y que nos vean, pero no es tanto que nosotros lo hagamos, a lo mejor la gente se motiva más al ver que

³² El dengue es una enfermedad típica en zonas con clima cálido húmedo y presencia cotidiana de lluvias, que puede generar brotes que afecten a gran cantidad de población. Su variante más grave es el tipo hemorrágico. No existen vacunas que lo prevengan o medicamentos que lo ataquen desde su base, por lo que existen diversas acciones de prevención, una de ellas, la descacharrización, término que proviene de “cacharro”, que hace alusión a objetos inservibles que se dejan abandonados en los patios y azoteas de las viviendas, así como en terrenos, los cuales pueden convertirse en contenedores naturales de agua y, por tanto, reservorios del mosquito *Aedes aegypti*, transmisor de esta enfermedad. Descacharrizar equivale a la acción de eliminación de los reservorios de agua señalados.

andamos ahí que decirles “al próximo mes queremos que esté encalado todo esto”, a que nosotros estemos ahí con ellos, a lo mejor lo hacen y ni cuenta se dan en cuánto tiempo lo hicieron [...] íbamos a solicitar la pintura a la Presidencia Municipal nosotras solas, nos hacían dar vueltas y vueltas pero terminaban dándonosla, pero en esas actividades la gente veía que sí nos interesa el que esté bien la comunidad que de hecho si nos interesa porque como dijo el Doctor, de esa manera ellos se van a motivar y vamos a tener menos consulta”.

Refieren que, en su experiencia de certificación de localidades, los actores que han otorgado la validación han sido el responsable jurisdiccional de promoción de la salud y personal de promoción de la salud del nivel estatal.

RECURSOS EXISTENTES Y OBTENIDOS POR LA RED US 1

Concuerdan en que la estrategia de certificación de comunidades genera beneficios tangibles y simbólicos tanto a la comunidad como a ellos como prestadores de un servicio. En esta experiencia, el Médico considera que:

“Representa el que haya menos riesgos para la salud de la población, principalmente. El que a lo mejor el que se hagan todas las acciones de saneamiento pues hace que no tengamos dengue, paludismo u otras enfermedades que son prevenibles mediante acciones en las comunidades [...] se ve en la salud de la población”.

Una vez estudiada la red US 1, se identifican una serie de recursos que posee, así como aquellos que puede obtener, los cuales se enlistan a continuación:

- Recursos políticos. Ante la jurisdicción sanitaria y la población, se legitiman como una red formal; esto abre la oportunidad de que las localidades de responsabilidad se solidaricen con sus objetivos de trabajo y proyectos para mejora de las condiciones de salud. Cuentan también con apoyo de las autoridades locales, quienes, al ser de

etnias indígenas, mantienen una visión de máximo respeto a las jerarquías y alto compromiso con las encomiendas que se les otorgan, máxime si estas se basan en la búsqueda de mejora de las condiciones en que viven las familias.

- Recursos humanos. El personal que integra la red son profesionistas que poseen suficiente conocimiento teórico para desarrollar un trabajo efectivo en su área de responsabilidad. Si bien el médico evidencia deficiencias para la interrelación, el personal de enfermería puede fungir como agentes detonantes de acción colectiva; tienen la capacidad de asesorar y dirigir estrategias para mejora del entorno. Tienen bajo su responsabilidad a población cautiva, con poca movilidad, lo cual representa la oportunidad de desarrollar procesos colectivos en materia de prevención y promoción de la salud.
- Recursos organizacionales. Los integrantes de la red están activos, conocen sus funciones, aunque existe dificultad por parte del médico por integrarse y desarrollar acciones con un enfoque de prevención y promoción a la salud. el personal de enfermería mantiene interacciones con los habitantes. Toda la red en su conjunto presenta dificultad organizativa que favorezca la interacción con redes tales como la jurisdicción sanitaria y las dependencias municipales.
- Recursos culturales. Los integrantes reconocen el propósito de existencia y trabajo de la red, perciben la salud como un bien común alcanzable, aunque no reconocen los enfoques de trabajo para conseguirla y mantenerla. Una vez que lograron la certificación de Coamíatl, tienen la oportunidad de generar en sus habitantes una visión más amplia respecto a la salud como un valor que trae consigo beneficios en las esferas política, económica y educativa, abriendo opciones de desarrollo local.

- Recursos materiales. La red dispone de un vehículo asignado por la jurisdicción sanitaria para el traslado a sus localidades de responsabilidad, así como dotación de un stock de combustible. Periódicamente y conforme el kilometraje recorrido, este vehículo es sujeto de mantenimiento. Respecto a la localidad Coamíztatl, cuentan con una casa de salud construida ex profeso por una gestión municipal en un terreno donado para tal fin por la propia comunidad. Son los propios habitantes quienes se encargan hasta la fecha de su mantenimiento y limpieza, tanto al interior como exterior, así como de las adecuaciones en su estructura.

Recuerdan las enfermeras que han llevado a cabo gestiones con la presidencia municipal para obtener algunos insumos, pero que nunca se les ha otorgado ninguno. También hacen alusión a dificultades en la interrelación cotidiana con algunos actores de la jurisdicción sanitaria, lo cual también ha mermado los apoyos por parte de dicha red. Debido a esto, han decidido no realizar ningún tipo de gestión con actores externos, pues es más el desgaste tanto personal como económico que lo que realmente obtienen. Por tanto, echan mano de su propio bolsillo para adquirir algunos insumos: papelería, pintura, artículos escolares para alumnos de las escuelas, dulces u otros alimentos.

- Recursos legales. Existen reglamentos organizativos y de operación, generados por la propia institución de salud, los cuales llevan a la operación, pero con un enfoque cuantitativo, buscando obtener los porcentajes de cobertura que les exige la jurisdicción sanitaria. A nivel local, disponen también de estructuras locales bien cimentadas y activas, las cuales están a la espera de las directrices que la red le señale.

LA US 1 COMO RED QUE IMPULSA LA SOSTENIBILIDAD DE PROCESOS COLECTIVOS DE SALUD

La Enfermera 2 resalta la importancia del mantenimiento de la certificación:

“Ya que se logró certificar una comunidad pues es que la gente continúe con lo que se viene haciendo: cuidar sus detecciones, acudir las embarazadas a chequeo. Con los años se van viendo los resultados; con lo que es IRAS³³, EDAS³⁴, mediante los talleres o la capacitación de las muchachas o nosotros pues ya la mamá está más capacitada en los signos de alarma, en tener una atención más temprana y en que no tengamos alguna defunción por ese tipo de problemas, entonces eso ya se refleja porque la mamá lo trae a tiempo, lo baja a tiempo”.

Otras acciones que consideran importantes para el mantenimiento de la localidad son:

- Orientando en corresponsabilidad,
- Con actividades de mejora en la comunidad,
- Con atención constante por parte de la unidad de salud,
- Dando seguimiento,
- Con retroalimentación activa (en sus domicilios, con ejemplos a partir de situaciones comunes),
- Con constante promoción de la salud, así como
- Con participación comunitaria.

Al cuestionarles sobre las formas a través de las cuales, desde su función laboral, se incorporan para mantener una comunidad saludable, señalan el otorgamiento de talleres,

³³ Infecciones Respiratorias Agudas.

³⁴ Enfermedades Diarreicas Agudas.

retroalimentando a la población en el autocuidado, informando sobre medidas preventivas, orientando en los programas de salud y trabajando en conjunto con la población.

Si bien los integrantes de la red US 1 señalan una serie de beneficios que se obtienen tras la certificación de una comunidad, no disponen de evidencias cuantitativas al respecto; nunca las han considerado.

Esto refleja que es deficiente su reconocimiento como una red que impulsa la sostenibilidad de procesos de salud; no se conciben en la operación como agentes de cambio, como guías de un proceso de enseñanza y acompañamiento que transforme las acciones preventivas a nivel local, en actividades cotidianas inherentes a la comunidad. Hay sentido de pertenencia, pero dudan de su capacidad de influencia, derivado tal vez de un deficiente proceso de integración.

Si bien los integrantes de la red identifican los problemas, sus acciones hasta el momento sólo son el reflejo de encargos propios de la jurisdicción sanitaria, no hay un actuar producto de una agencia; no hay respuesta a las necesidades sentidas de la población, ni seguimiento al trabajo intenso que requirió una certificación de la localidad. Cabe señalar que este logro que se tuvo en dos ocasiones en Coamíztatl, fue durante el tiempo en que el anterior médico laboró en la unidad.

Conforme a Rhodes y Marsh (1992), la Red Unidad de Salud 1 se relaciona con una tipología de *issue network* ya que, aunque sus miembros son muy limitados como en una *policy community*, respecto a la integración, los contactos fluctúan en frecuencia e intensidad, el acceso es también fluctuante. Existen acuerdos, pero el conflicto está presente derivado de la diferente visión de atención que prevalece entre sus integrantes. Los recursos son limitados

y su distribución variable, así como la capacidad para regular a los miembros. El poder es desigual.

De acuerdo a Börzel (1997), es una red subvalorada por la Jurisdicción Sanitaria y el ayuntamiento, puesto que posee información y conocimientos que pueden enriquecer la operación de políticas, entre esto la función mediadora de la enfermera 1. Hay un esfuerzo de la enfermera 1 por transmitir valores tanto a los integrantes de la red como a las autoridades locales y la población de responsabilidad, pero al no haber reproducción ni el mismo discurso y actitudes por el resto de su equipo de salud, la información se desvanece y pierde.

6.4. RED COAMÍZATL

Imagen 6.26

En compañía de las autoridades locales de Coamíztatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamíztatl, Axtla de Terrazas, 2015.

ESTRUCTURA DE LA RED COAMÍZATL

Al ser una localidad con menos de 150 habitantes y 33 representantes de viviendas, los cargos de autoridad se van rolando en un acuerdo comunal. Las autoridades máximas de la localidad son el Juez Auxiliar y el Delegado, elegidos cada dos años y dependientes directos de la autoridad municipal. Fueron elegidos al inicio del año en curso y si bien recién se incorporan en el desempeño de estos cargos, con anterioridad ya habían ocupado los cargos de suplentes.

Durante la estancia para recolección de datos en la localidad, la Presidencia Municipal convocó a estas autoridades para la entrega formal de sus nombramientos y capacitarles para sus funciones, evento al cual se tuvo oportunidad de acudir.

Imagen 6.27

Personal del ayuntamiento de Axtla de Terrazas haciendo entrega de nombramientos a autoridades locales

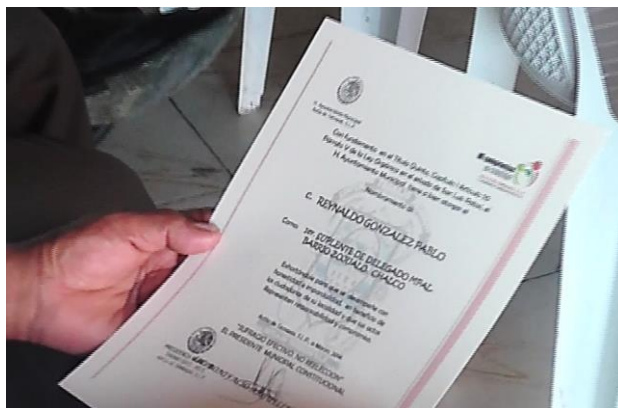


FUENTE: Fotografía propia, Axtla de Terrazas, 2015.

La imagen 6.27, muestra a las autoridades municipales de Axtla de Terrazas, en el momento que realizan la entrega formal de nombramientos a Jueces y Delegados de las localidades. Este evento es convocado directamente por el Secretario de Ayuntamiento y la Oficialía Mayor. El nombramiento es un documento que oficializa ante la autoridad municipal y los pobladores de las localidades la función que desempeñarán de acuerdo al cargo que ostenten. En la imagen 6.28, se observa un ejemplo de este documento, el cual señala el nombre de la persona, el cargo a desarrollar y la vigencia del mismo, ratificado con la firma del Presidente Municipal y sello del Ayuntamiento.

Imagen 6.28

Ejemplo de nombramiento recibido por parte del Ayuntamiento de Axtla de Terrazas



FUENTE: Fotografía propia, Axtla de Terrazas, 2015.

Además de recibir dicho documento, el municipio aprovecha la asistencia de las autoridades locales que inician gestión, para capacitarles sobre las funciones a desarrollar, los trámites a realizar tanto para gestiones como para notificaciones y el proceso de interrelación. Cabe señalar que a este evento acuden tanto los que tienen el cargo de propietario, como sus suplentes (1º y 2º); cabe señalar que durante el tiempo que dura la reunión, que es de

aproximadamente 8 horas, así como al final, se les otorgan alimentos. La imagen 6.29, muestra parte de los asistentes al evento.

Imagen 6.29

Autoridades de las localidades recibiendo capacitación por personal del Ayuntamiento de Axtla



FUENTE: Fotografía propia, Axtla de Terrazas, 2015.

Además del Juez y el Delegado, existe un amplio directorio de comisiones y/o comités con funciones básicas, entre los que se enumeran los siguientes:

1. Comité Local de Salud: mantenimiento de casa de salud, vigilancia de la misma, gestión de recursos materiales necesarios.
2. Comité Oportunidades (hoy denominado Prospera, en sus inicios llamado Progres): atención y vigilancia respecto a cumplimiento de operación del programa por parte de la población (no desvío de recursos recibidos), avisos. Dirigido a la población de la localidad beneficiaria de dicho programa gubernamental.
3. Comité de Escuelas: seguimiento a falta de insumos, asistencia de maestros, condiciones de las aulas, eventos propios de los planteles.

4. Comisión del Agua: Vigilancia de los pozos.
5. Comité de Protección Civil: organización y atención oportuna en desastres naturales (creado a partir del huracán ocurrido hace dos años).
6. Comité de Caminos: mantenimiento, organización de faenas, gestiones.
7. Comité de Obras: Organización de faenas, gestiones
8. Comisión de la Capilla (católica): cuidado, mantenimiento, eventos alusivos.
9. Comisión de Luz: seguimiento al proceso de instalación eléctrica intradomiciliaria, funcionamiento, cobros.
10. Comisión del INEA (Instituto Nacional para la Educación de los Adultos): Enseñanza de lectura a adultos analfabetas, continuidad y/o culminación de estudios de nivel primaria o secundaria.
11. Comisión del INAPAM (Instituto Nacional para el Adulto mayor): censo de adultos de 65 y más años, afiliación al programa gubernamental, credencialización, gestión de recursos.
12. Comité de Vigilancia: prevención de delitos y atención oportuna de ocurrir éstos
13. Auxiliar de Salud.

Si bien se identifica una variedad de agrupaciones, son tres las redes que trabajan las cuestiones de salud de la población en Coamíatzl, todas ellas elegidas durante asambleas comunitarias:

1. Aquella conformada por el Juez Auxiliar y Delegado, incluyendo a su comitiva (primer y segundo suplentes),
2. El Comité Local de Salud, y
3. El Comité Oportunidades (Prospera).

Respecto al Comité Local de Salud y el Comité Oportunidades (Prospera), es importante señalar que la población reconoce de primera intención a sus respectivos Presidentes, pero en cuanto se les solicita el nombre del resto de integrantes y sus cargos, muestran confusión. Del primero señalan al secretario, tesorero y vocal de la mujer. En el Comité Oportunidades sólo refieren el nombre de la presidenta. El Presidente del Comité Local de Salud comenta que la confusión se debe a que ambos comités fueron recién cambiados:

“Haz de cuenta que va cambiando cada dos o tres años. Se hace una reunión donde se va a cambiar, se propone la gente y opinan quién... ellos (la unidad de salud) traen el formato donde dice que el Comité ya cubrió el tiempo necesario para cuestión de llevar a cabo su cargo y entonces viene un cambio”.

Los integrantes del Comité Local de Salud son hombres y mujeres, a diferencia del Comité Oportunidades (Prospera), el cual sólo puede estar conformado por mujeres. Para aspectos de salud, el Presidente del Comité de Salud tiene más liderazgo con los varones de la localidad, y el Comité Oportunidades tiene más peso con las mujeres.

Los miembros del comité local de salud, refieren que hasta ahora, la brigada no los ha capacitado sobre lo que tienen que hacer, a lo que señala el vocal de salud del hombre:

“Falta una buena capacitación, de esa forma ellas (las enfermeras) ya no tendrían que venir... así como para decir que el Comité ya está listo”.

Desde la percepción de la vocal de salud del adolescente, su obligación principal radica en el acompañamiento de la unidad de salud los días en que acuden:

“Tenemos que estar aquí cada que viene la brigada... el acuerdo (la indicación) viene de ellos”.

A lo señalado anteriormente, el Presidente del comité refiere que:

“La costumbre de nosotros aquí es de que el comité está coordinado con la autoridad de aquí; su única función es estar al pendiente que venga la brigada. Los comités de salud nunca han sacado nada con otras autoridades de otros lugares, nunca nos han dicho que podemos hacerlo; no sabemos. Se hace una asamblea donde se ve la obra prioritaria, cuál es la primera... entonces ya la asamblea decide para todo el año. Los viernes el Juez convoca a reunión, yo acudo con ellos y me dan chanza de platicar para ver qué es lo que nos toca. Ellos (el Juez y el Delegado) también hacen su plan y nosotros venimos a pedir ayuda”.

El vocal de salud del hombre añade:

“Cuando es la vacunación antirrábica pues las enfermeras y el doctor ya tienen un censo, y le corresponde al Comité. El Presidente nos coordina para que las vocales vayan a citar... de hecho aquí contratamos a un muchacho... a nosotros no nos han capacitado, entonces yo le dije que nos echara la mano para vacunar y dijo que sí. Le pagamos poquito, para que no pierda su día, no es mucho”.

A diferencia del Comité Local de salud, las integrantes del Comité Oportunidades (Prospera) reconocen sus funciones. La vocal de contraloría social refiere que:

“Yo me encargo de vigilar a las titulares del programa, que cumplan con su responsabilidad, que asistan a las reuniones puntuales, cuando viene el doctor”

Por su parte, la vocal de salud señala:

Yo vigilo a los que traen enfermedad para pasarlos a la consulta, hay que verlos y ponerlos en la lista, yo anoto a todos y les tomo peso y talla.

También la vocal de nutrición reconoce las actividades inherentes a su cargo:

“Yo veo si se les da la consulta bien a los niños, si están bien de peso; vigilo que la mamá le dé la papilla³⁵ al niño, veo cómo se las dan... antes había desnutridos, pero ahorita ya no. Aunque nunca nos han dado (la unidad de salud) una demostración de alimentos”.

No omite señalar la vocal de contraloría social que:

“Nosotras somos las que tenemos más comunicación con todas las compañeras (titulares del programa); haz de cuenta que es una familia, porque nosotras siempre estamos aquí. El presidente del Comité de Salud se apoya más en nosotras, nos busca más que a sus integrantes para trabajar, porque nosotros llamamos más a la gente”.

SEDESOL es la Institución de Gobierno de la cual depende su comité, la cual les indica qué proyectos se implementarán en su localidad, siendo ellas encargadas de difundirlos, ofertarlos y elaborar un censo de beneficiarios; aunque la vocal de contraloría social acepta que los proyectos se realizan en conjunto con el Comité Local de Salud:

“Siempre se hace unido para que se pueda lograr el trabajo”.

Entre los integrantes de los diferentes comités y comisiones se sostienen relaciones ordenadas y cooperativas, anteponiendo de forma permanente el beneficio al mayor número de habitantes. Son conscientes de la responsabilidad inherente a cada cargo que desempeñan y respetan los límites entre uno y otro, a sabiendas que la movilidad interna es periódica, y que al menos en alguna ocasión formarán parte de otro comité o comisión.

³⁵ La papilla hace referencia a un suplemento alimenticio que entrega la Secretaría de Salud a mujeres durante el embarazo y hasta 1 año después del parto; así como a población de 6 a 59 meses de edad y que son beneficiarios del programa Prospera, como parte de una estrategia integral para mejorar la salud de estos grupos prioritarios. El consumo de suplementos alimenticios constituye una estrategia para reducir la deficiencia de micronutrientes en estos grupos de población, con énfasis en aquellos que habitan en zonas rurales y/o de extrema pobreza (Salud, 2015).

Es importante señalar las relaciones ordenadas y de cooperación que existen entre los habitantes, como lo refiere el Juez:

“La gente de aquí si trabaja en unión; hay unos 4 o 5 que son renuentes, pero la mayoría si trabaja. Son renuentes... no les entiendo si es por ignorancia, de que como habitantes o compañeros no captan el beneficio”.

Evidencia de ello son los apoyos que se han brindado entre ellos ante casos de desastre natural o intencionado. Hace dos años ocurrió un huracán y un cerro se desgajó y provocó el cierre de la carretera. Formaron comisiones para apoyar en diversas acciones, tales como remoción de escombros, realizar los trámites necesarios ante autoridades municipales para que acudiera una excavadora a mover los escombros de mayor tamaño y elaboración de alimentos para los pobladores que realizaban las actividades físicas (faenas).

En otra ocasión una de las viviendas fue incendiada por personas externas a la localidad, hecho que relata el Delegado:

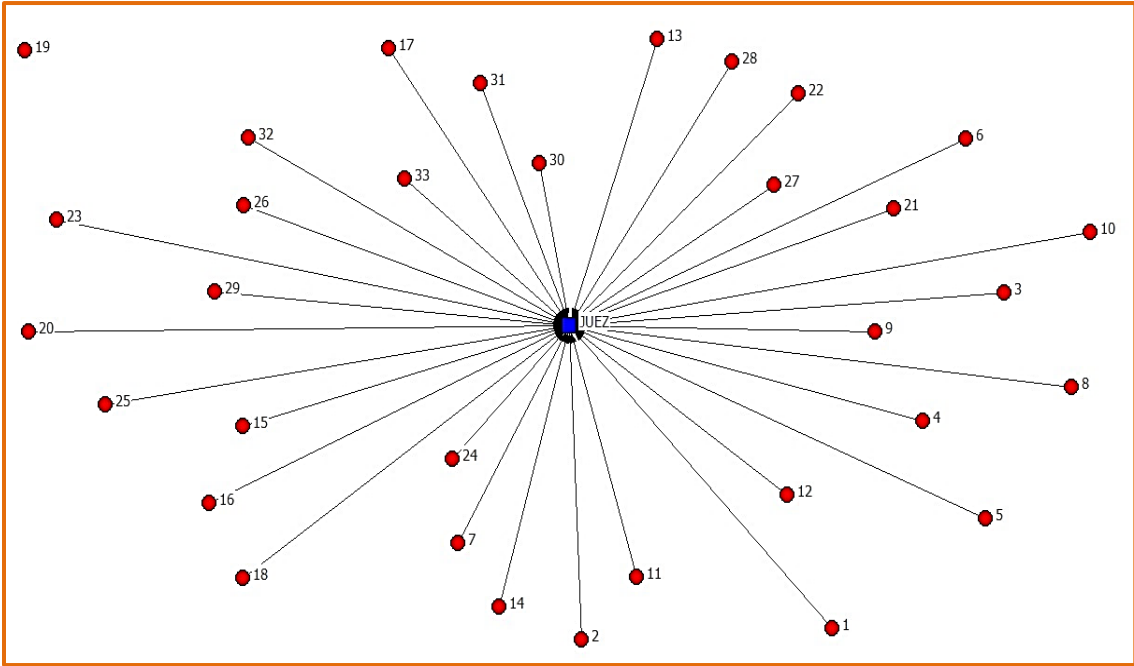
“Ese día del caso había reunión de Oportunidades (Prospera). En ese momento llegó un niño a avisar que se estaba quemando la casa, todos fueron a ver y toda la gente decidió ayudarle a la dueña de la casa; unos con ropa, otros con trastes o comida. Luego las autoridades les consiguieron blocks en la Presidencia Municipal, que se los dejaron aquí (en la casa de salud) y de aquí la comunidad se los llevamos hasta su terreno (el cual es el más alejado de la localidad)”.

POSICIÓN DE LOS ACTORES EN LA RED COAMÍZATL

Como se señaló en apartados anteriores, para el personal de la unidad de salud que atiende Coamíztatl, la Auxiliar de Salud es el actor central y de mayor liderazgo ante la comunidad. Esta referencia no concuerda con la percepción de los habitantes. Durante las visitas a sus domicilios se indagó respecto a las autoridades formales que trabajan para la comunidad,

encontrándose que la autoridad formal más mencionada fue el Juez en el 97% de los hogares (gráfica 6.4).

Gráfica 6.4
Hogares de Coamíatztl que reconocen al Juez como autoridad

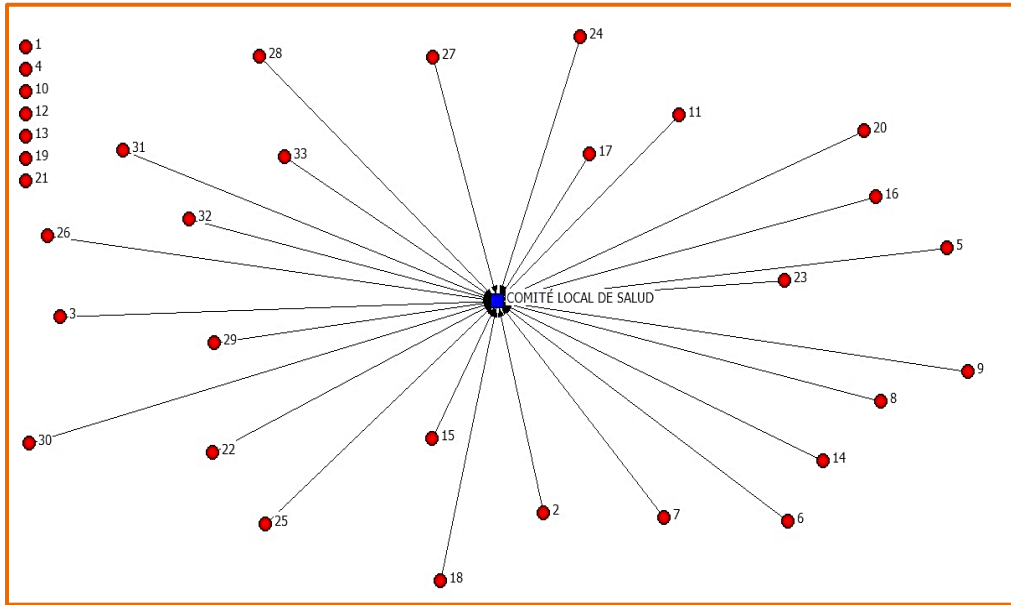


FUENTE: Elaboración propia, 2016.

Jerárquicamente, el Juez representa la máxima autoridad local, lo cual es de conocimiento y aceptado en los hogares de Coamíatztl, tal como se observa en la gráfica anterior. En segundo lugar de referencia en los hogares, se encuentra el Comité Local de Salud, señalado por 26 de los encuestados, equivalente al 79%. Este resultado se visualiza en la gráfica 6.5.

Gráfica 6.5

Hogares de Coamízatl que reconocen al comité local de salud como autoridad

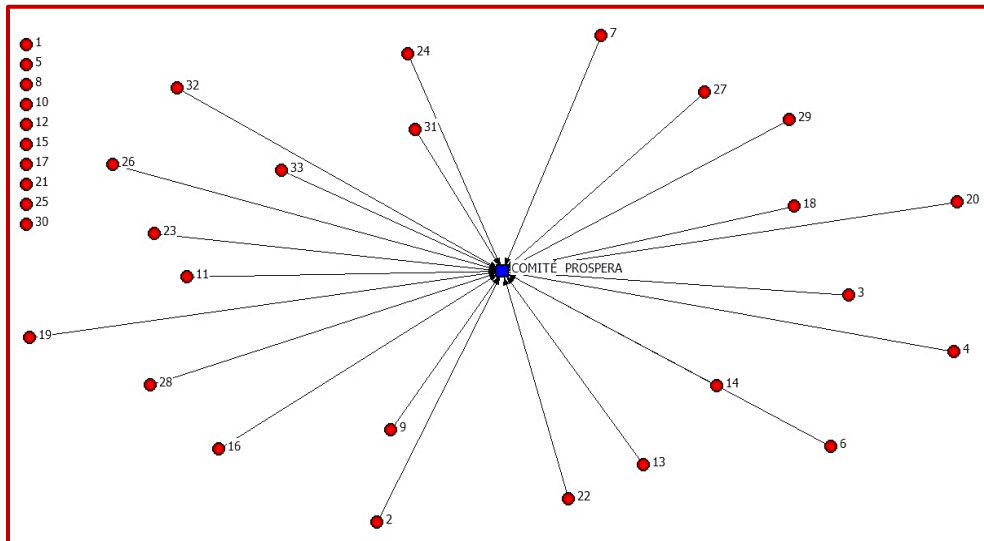


FUENTE: Elaboración propia, 2016.

El resultado anterior evidencia la representatividad e importancia que para los pobladores guardan los aspectos inherentes a la salud, pues este comité fue señalado antes de otras autoridades. El tercer lugar lo ocupa el Comité Oportunidades (Prospera), referido en el 69.6% de los hogares (gráfica 6.6). Era de esperarse que este comité ocupara los primeros lugares en referencia, dado que más del 90% de los habitantes son beneficiarios del programa Prospera, el cual les hace entrega de una compensación económica de forma periódica a las madres de familia y niños y adolescentes que acuden a recibir instrucción en planteles educativos.

Gráfica 6.6

Hogares de Coamíztatl que reconocen al Comité Oportunidades (Prospera) como autoridad

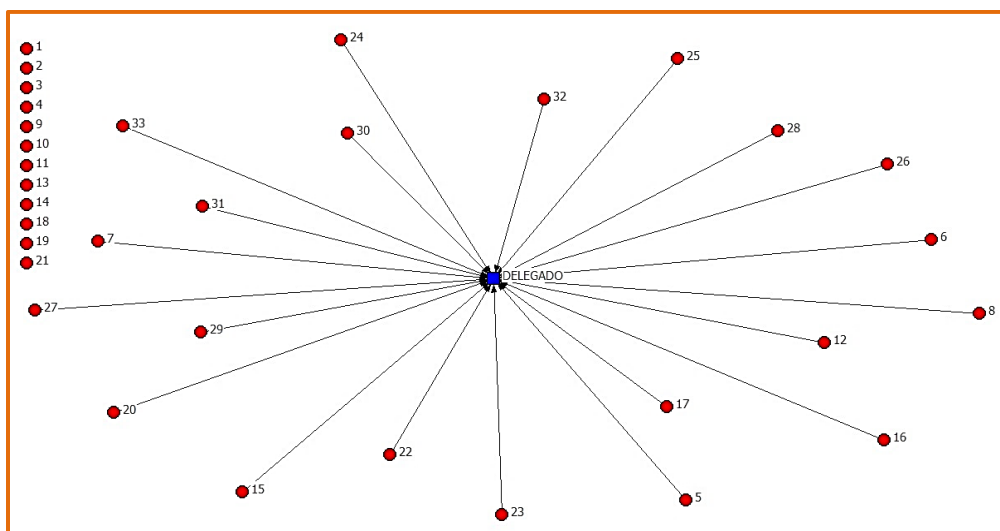


FUENTE: Elaboración propia, 2016.

No menos importante, fueron los hogares que señalaron al Delegado como otra autoridad local de importancia. Esto se vio en el 63.6% de las viviendas (gráfica 6.7).

Gráfica 6.7

Hogares de Coamíztatl que reconocen al Delegado como autoridad

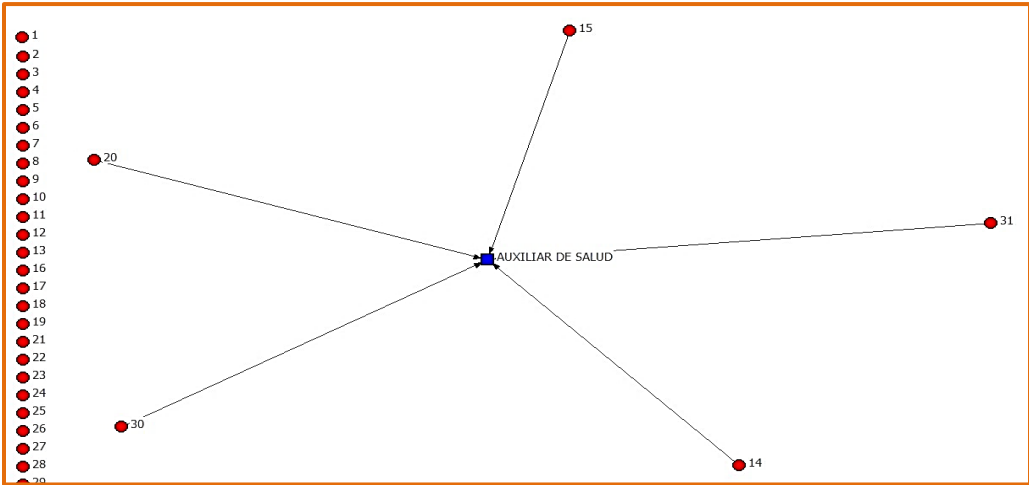


FUENTE: Elaboración propia, 2016.

La Auxiliar de Salud se ubica en la periferia, al ser señalada únicamente por el 15% (gráfica 6.8). Se indagó posteriormente el motivo por el cual esta autoridad no es reconocida por la población, encontrándose que, si bien tiene un nombramiento formal, no vive permanentemente en la localidad, pues trabaja en un municipio cercano y sólo acude a Coamízatl los días que la unidad de salud tiene agendados para visita de trabajo, por lo que desconoce la verdadera problemática de sus habitantes. También la identifican como una autoridad impuesta por la unidad de salud, lo cual no concuerda con sus usos y costumbres.

Gráfica 6.8

Hogares de Coamízatl que reconocen al Auxiliar de Salud como autoridad

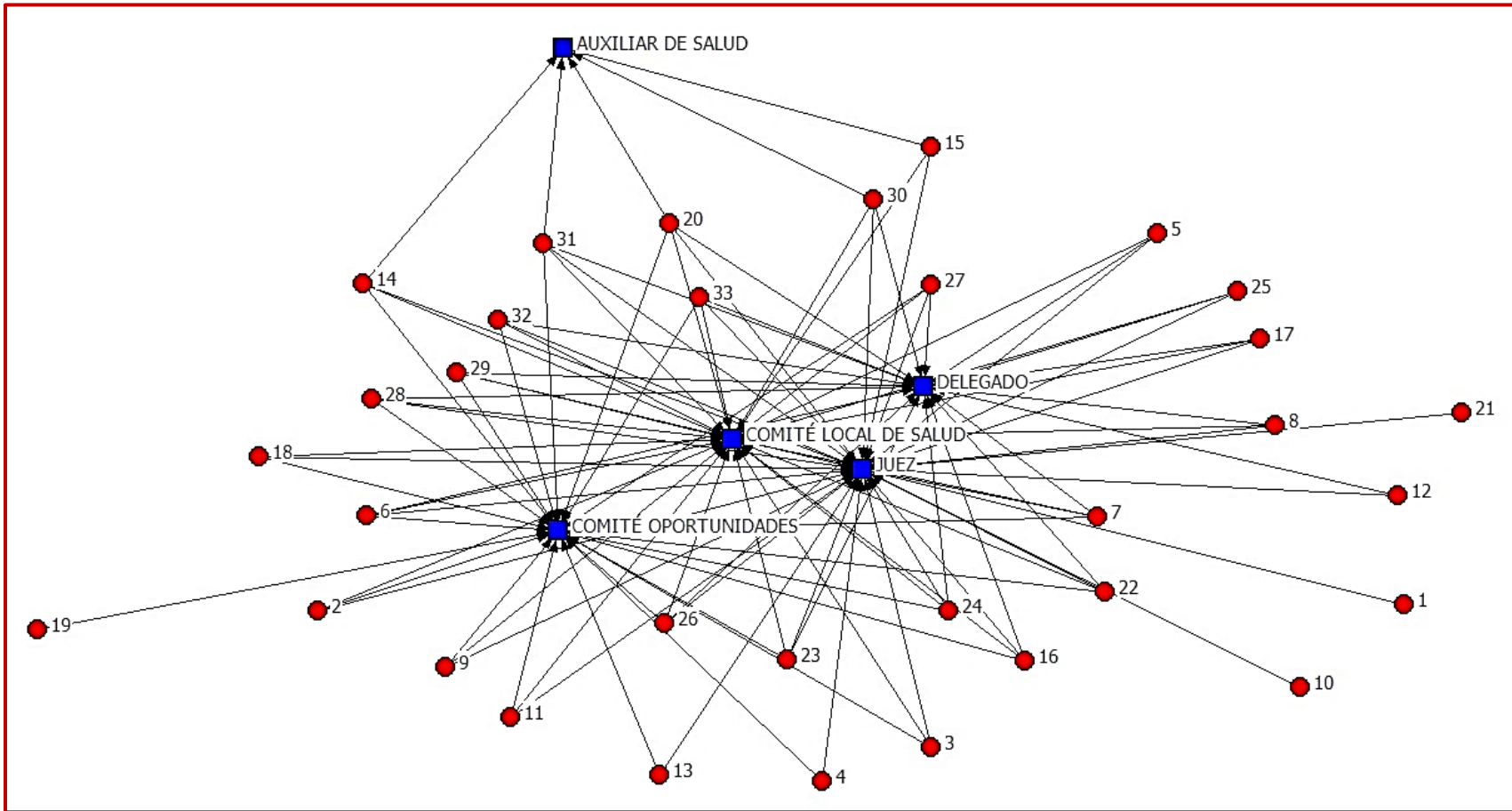


FUENTE: Elaboración propia, 2016.

De acuerdo a las gráficas anteriores, en 2 viviendas se señalan a las 5 autoridades (6%), en 14 (42.4%) refieren a 4, en 10 (30.3%) a 3, en 3 (9%) a 2 y en 4 hogares (12.1%) señalaron a 1 autoridad. Los datos se pueden observar en la gráfica 6.9.

Gráfica 6.9

Red de autoridades reconocidas por los habitantes de Coamíatl



FUENTE: Elaboración propia, 2016.

Si bien la interacción entre las autoridades locales -con excepción de la auxiliar de salud – es buena, así como entre estas y los habitantes, no ocurre lo mismo de ellos hacia los integrantes de la unidad de salud. La vocal de salud del comité Prospera refiere que:

“Antes íbamos a cepillar (los dientes) a los niños en la escuela. Cuando estaba el promotor nos daba cepillos para hacer limpieza, pero después nos quitaron al promotor y ya no nos dan (cepillos), allí ya no quedó nada. Funcionábamos mejor con el promotor, porque antes iba y checaba allá en la escuela”.

A lo anterior, añade la vocal de nutrición del mismo comité:

“El Doctor de ahorita sólo da consulta. El doctor de antes si llegaba primero aquí (a la galera), saludaba a todos, platicaba aquí y luego ya se iba para dar consulta. El de ahorita llega y se mete allá a la pieza, al consultorio, y pura consulta”.

Esta opinión la refuerza la vocal de contraloría social:

“El doctor de antes siempre llegaba a saludar aquí. Llegaba, platicaba con nosotros, a convivir, a platicar que cómo está, luego ya dice si trae un mensaje, las pláticas... él como que estaba más comunicado con la gente. También venían las enfermeras. Ellas todavía llegan y saludan... para cosas de salud nos organizamos con ellas”.

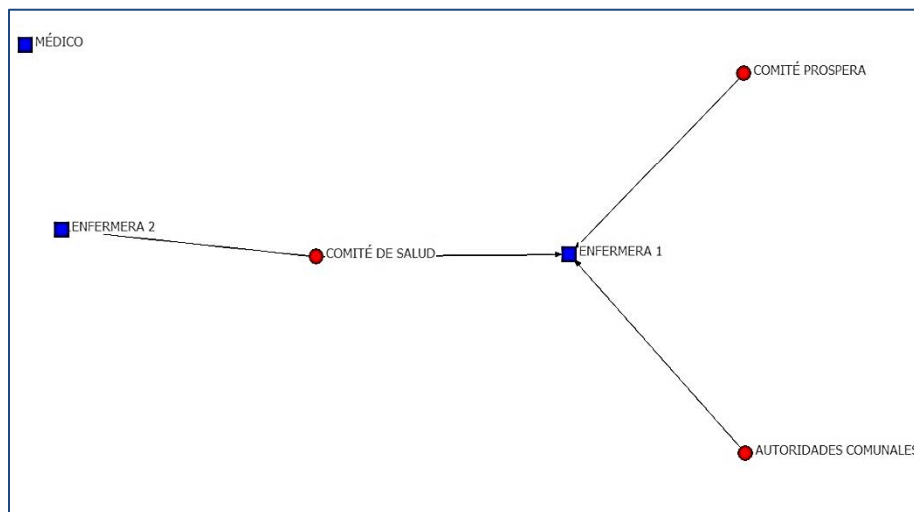
El juez también coincide con la opinión respecto de la actitud del médico de la unidad al referir que:

“La verdad no hemos tenido una plática directa con él para saber si nada más su función es de venir y encerrarse a dar consulta, el chequeo y nada más. Es que no es muy abierto, es muy serio. En cambio, el otro doctor se metía en la plática, se involucraba”.

Para las autoridades de la localidad, el actor de la unidad de salud que ocupa la posición central y a la vez de prominencia e intermediario es la Enfermera 1, lo cual se presenta en la gráfica 6.10.

Gráfica 6.10

Posición de los integrantes de la Unidad De Salud 1, en su interrelación con autoridades de Coamíatl



FUENTE: Elaboración propia, 2016.

El presidente del comité local de salud refuerza la percepción de que el actor de mayor prominencia en la unidad de salud es la enfermera 1, al referir que:

“La enfermera también nos explica de cómo estamos viviendo en nuestras casas y nos dice que tenemos que limpiar los solares, que debemos tener baño, todo eso. Ella explica cuando viene la vacuna... nos da pláticas, aunque no cada que viene, porque no siempre le alcanza el tiempo”

RECURSOS EXISTENTES Y OBTENIDOS POR LA RED COAMÍZATL

- Recursos políticos. Coamíatl en su conjunto representan una red legítima. Sus experiencias de gestión y obtención reciente de recursos les ha generado seguridad de sus acciones y van formando una imagen de grupo fortalecido, sobre todo ante el Ayuntamiento. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la unidad de salud. Coamíatl no visualiza aún la posibilidad de ser ellos quienes, ante sus demandas bajo una visión

de prevención de riesgos y modificación de determinantes, ejerzan presión a la unidad de salud y generen en ellos un cambio de actitud ante los servicios que les ofrecen.

- Recursos humanos. Los pobladores de Coamíatl son gente participativa; permanentemente brindan apoyo voluntario conforme a sus cargos formales, experiencias de vida y capacidades particulares; no en vano tienen organizados a sus comités y comisiones. Para ellos, siempre la mayor voz la tendrá quien ocupe el cargo de Juez. Se detectan además otros líderes naturales, personajes que también ostentan en la actualidad un cargo: el Delegado, la vocal de contraloría social del comité Prospera y el esposo de la vocal de salud.
- Recursos organizacionales. Como se refirió al inicio del sub capítulo, la Red Coamíatl, al igual que otras localidades de la zona huasteca, posee un sistema de organización basado en sus autoridades comunales de mayor rango, que son el Juez y Delegado. Así mismo, una serie de comités y comisiones, la mayoría de estos para dar respuesta a las peticiones de las dependencias gubernamentales que aplican sus programas en esta comunidad: Secretaría de salud, Secretaría de educación, SEDESOL, INAPAM, Protección Civil, entre otras.

Por la distancia que existe entre las viviendas, el difícil acceso y la carencia de una línea telefónica o de señal de internet, los habitantes tienen un sistema para llamar a la totalidad en caso de reunión o desastre: hacen sonar la campana de la capilla católica un número específico de ocasiones y a cierto ritmo; este sonido se esparce entre los cerros y llega hasta las viviendas más alejadas. El punto permanente de reunión es la casa de salud.

Tienen organizadas actividades cotidianas para realizar en conjunto: el chapoleado³⁶ de la casa de salud y la orilla del camino, aseo de la casa de salud, de la escuela y la capilla católica, así como visitas domiciliarias para verificar acciones de saneamiento básico, sobre todo limpieza de la vivienda, uso de las letrinas y cuidado del agua almacenada.

Su proyecto más reciente fue el desarrollo de un huerto comunitario en un terreno cercano a la casa de salud que, aunque fue productivo, no prosperó, pues fue saqueado por los propios vecinos de la localidad. Aun así, la vocal de salud del comité prospera sostiene que la gente sí participa:

“Siempre se les pone un horario en que van a estar, por ejemplo, en cuestión de una reunión o de una convivencia”.

Esta afirmación pudo confirmarse en reiteradas ocasiones, bien fuera a invitación por parte de la investigadora, por convocatoria de las autoridades locales e incluso municipales.

- Recursos culturales. La totalidad de sus habitantes provienen de la etnia náhuatl, la cual es su lengua principal. Como se ha referido en párrafos anteriores, la población mantiene un respeto a las jerarquías e instituciones, pero también son personas que exponen fácilmente sus puntos de vista y desacuerdos.

Sin embargo, al ser actores que participan en un sistema social donde otros actores influyen en sus decisiones, o bien las imponen, no hay facilidad para interactuar y negociar estrategias que vengán a mejorar sus condiciones, en específico, las relacionadas a salud. el poco tiempo que la Red Unidad de Salud 1 le

³⁶ Acción de deshierbar, cortar pasto y ramas o desmontar, a base de machete.

confiere a la Red Coamízatl no ha favorecido que la comunidad haga consciente sus capacidades de análisis, decisión, planeación y gestión coordinada con el personal de salud.

Es de resaltar que, a pesar de no disponer de una red de apoyo en aspectos concernientes a salud, su dinámica organizacional cotidiana y capacidad de diálogo al interior de la red, ha favorecido que durante sus asambleas discutan aspectos tales como las condiciones de sus fuentes de abastecimiento de agua y los factores que han repercutido en su contaminación, tal como se señala en párrafos siguientes. Esto refleja que han tomado como parte de su cultura a la salud, como un bien común.

- Recursos materiales. La localidad cuenta con una casa de salud, la cual se construyó en un terreno donado por los pobladores. Según refieren las autoridades comunales, su construcción ha constado de dos etapas: la primera, que fue llevada a cabo a finales de 1999 por la Presidencia Municipal, la cual aportó materiales y mano de obra, equivalente a un 80%. El 20% restante fue aportado por los habitantes, a través de la construcción de los cimientos y acarreo del agua necesaria para la edificación. Fue inaugurada por el Presidente Municipal en turno.

La primera etapa incluyó dos habitaciones, que son empleadas una como consultorio médico y otra para enfermería. El mantenimiento ha sido responsabilidad de los propios habitantes. Previo a la certificación de la comunidad, llevada a cabo en el año 2007, la gestión municipal de ese momento aportó obras de rehabilitación y pintado de la fachada, lo cual genera risas entre las autoridades, al recordar que, según el partido político en el poder, es el color del cual les pintan la casa de salud. El color actual lo definieron ellos, al considerar que debe ser congruente con la Secretaría de Salud, institución de la cual proviene la unidad de salud que les atiende (imagen 6.30).

Imagen 6.30

Casa de Salud de Coamíatl, Axtla de Terrazas



FUENTE: Fotografía propia, Coamíatl, Axtla de Terrazas, 2015.

En años recientes se construyó una parte anexa, que se muestra en la imagen 6.31. La segunda etapa consiste en un salón que emplean para recibir sus sesiones de capacitación en temas de salud, así como sala de espera e incluso como sitio donde llevan a cabo las asambleas generales. Cuenta también con un espacio donde se colocará un sanitario ecológico.

Imagen 6.31

Salón para sesiones educativas, 2ª etapa de construcción de casa de salud, Coamíatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamíatl, Axtla de Terrazas, 2015.

La imagen 6.32 muestra el exterior del aula y el material de construcción aún disponible para terminar la obra.

Imagen 6.32

Exterior del aula de capacitación, 2ª etapa de construcción de la casa de salud, Coamízatl



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Como se observa en la imagen anterior, la edificación aún está en obra negra, pero ya es empleada para los usos que se señalaron en el párrafo anterior. Refieren que los materiales para su construcción fueron donados por la anterior gestión municipal, obtenidos a través de peticiones formales. La mano de obra fue puesta por ellos.

Todos los recursos materiales que en esta comunidad se han obtenido, siempre han sido avalados de primera instancia por el Juez y el Delegado. El primero de ellos señala que tienen como deber el presentarlo durante sus asambleas y obtener la aprobación de los asistentes. Para este actor, han sido dos los mayores logros de la comunidad:

“Lo principal fue la carretera que hicimos y la electrificación: subir los postes, hacer la brecha (camino)”.

Otros recursos obtenidos han sido el apoyo con una beca escolar a un menor que no cuenta con beneficio del programa Prospera, recepción de despensas posterior al desastre natural ya señalado, gestión de estufas ecológicas y piso firme en las viviendas. Al preguntarles si estas gestiones son un efecto de ser una comunidad certificada como saludable, no le ven relación alguna; nunca lo habían pensado desde esa perspectiva.

- Recursos legales. Lo principal es el disponer de una estructura organizativa estable y activa, con sus funciones y lineamientos bien definidos, basados en las políticas institucionales y adaptados a su cultura.

LA CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS HABITANTES DE COAMÍZATL

Al visitar las viviendas se les preguntó a los responsables de los hogares si sabían que su localidad tenía un reconocimiento por parte de la Secretaría de Salud, a lo que el 49% refirió sí saberlo, y que este correspondía a que había sido certificada como saludable. Este mismo porcentaje de población señaló que participó de acciones para lograr este reconocimiento, entre las cuales se incluyeron las siguientes:

- Asistir a las pláticas
- Cumplir con sus citas con la unidad de salud
- Tener al corriente sus vacunas

- Hervir el agua que consumen
- Tener baño en su domicilio
- Participar de faenas para limpieza de los caminos, chapoleo y recolección de basura
- Ayudar en la casa de salud
- Tener saneamiento básico en su vivienda.

Los pobladores consideran que una certificación es de utilidad. Entre los motivos señalaron que:

- Ayuda en la salud, hay menos enfermedades y se evitan enfermedades más graves
- Es un ejemplo para seguir adelante
- Es un bien para la comunidad
- La gente sigue participando
- Se mantiene limpia la comunidad
- Hay más higiene en las personas
- Se continúan brindando pláticas
- Se ha estado vigilando sobre la salud.

La primera certificación ocurrió en el año 2007. De ese acontecimiento existe aún la placa que la Secretaría de Salud les entregó, y que está ubicada al exterior de la casa de salud (imagen 6.33).

Imagen 6.33

Primera placa recibida por Coamízatl al certificar como Comunidad Saludable



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

Para el Juez, la certificación de Coamízatl como Saludable se dio porque:

“Por un lado las pláticas que tenían la Unidad de Salud con las encargadas del programa que antes se llamaba Progresá. También por parte de la brigada ellos explicaban el porqué de la certificación, y a la vez pues en cuestión de chequeos si había ya un cambio y se dieron cuenta que si era posible la certificación. El Doctor agarró (escogió) salteado unas casas para ver cómo estaban.”

Al cuestionar a las autoridades locales sobre su percepción de lo que significa una Comunidad Saludable, la vocal de salud de la mujer, del comité local de salud, refiere que al tener esta distinción:

“Da una imagen de que la comunidad está trabajando para una buena salud, que no haya problemas de alguna enfermedad, una epidemia. Eso quiere decir que la comunidad le está echando ganas; en ese sentido las pláticas que dan las enfermeras y el doctor pues están haciendo caso (los habitantes), por eso la Secretaría de Salud les otorga como un premio de que es una comunidad saludable, de que está haciendo las cosas como debe ser”

Al comentario anterior, el vocal de salud del hombre del mismo comité, añade que:

“Significa limpieza de la casa donde vivimos, cuidar la casa de salud, tener baños limpios, porque nos visitan”.

El Delegado refiere que, al continuar trabajando unidos, pueden ser acreedores de una tercera certificación:

“Aquí ya dos veces se hicieron. Nosotros pensamos que sí nos merecemos una tercera certificación, aunque sí nos faltaría pues ya unos baños ecológicos... tomar conciencia de cuando se toma un refresco, pues recoger la botella, el nylon (bolsas de plástico), porque por una parte se ve feo, y se daña la tierra. Lo que hacemos es quemarla, pero tampoco nos damos cuenta que estamos también dañando la capa de ozono”.

También consideran que, a pesar de trabajar de forma permanente, aún existen varias necesidades que se relacionan con aspectos de salud:

1. Separar la basura en los hogares
2. Tener limpios los solares (patios, huertas)
3. Cuidar los manantiales. Los vocales de salud del hombre y del adolescente, consideran respectivamente que es necesario:

“No tirar basura en el pozo, para estar tomando buena agua”.

“Cada quien cuida su manantial según el rumbo donde viven: yo no voy a venir hasta acá por agua, entonces no me toca limpiarlo”

4. Prevenir un brote de dengue, pues, en palabras de la vocal de salud de la mujer:

“Aunque aquí hasta ahorita no ha pasado nada, pero sí tenemos que estar listos; usar pabellón, mantenerse con repelentes que ayudan para no tener ese tipo de problema”.

5. Tener baños en buen estado. El presidente del Comité Local de Salud lo considera la necesidad más urgente de abordar:

“Esto si es importante y lo tenemos que ver como Comité. La prioridad que está manejando el gobierno federal es que sean baños ecológicos o secos para que no se reproduzca el zancudo (transmisor del dengue). Porque nosotros nos damos cuenta

que aquí en el poblado hace años no había ese tipo de fosas sépticas (las que se tienen en los hogares) y pues no había tanto zancudo, pero en la actualidad si son muchos”.

El esposo de la vocal de salud de la mujer comparte los trabajos que en relación a este problema de salud están realizando actualmente en la localidad:

“Hace como tres años vino una brigada del estado de Querétaro a tomar muestra de todos los manantiales porque queríamos poner una granja de peces... y pues resultó que los manantiales ya están contaminados con heces fecales; aunque la vemos clara (el agua) ya no está limpia como hace años. La población creció y pues las letrinas que hacemos se mantienen bien un tiempo, pero pues poquito a poco se está trasminando y se contaminan las fuentes de agua. Aquí nos vino a visitar un consejero municipal y nos dijo que iban a hacer baños ecológicos y que podíamos enlistarnos (anotarnos), a ver si nos dan... porque ya la habíamos hecho una vez nosotros (la lista) y llevado”.

Derivado de lo señalado a lo largo del capítulo, se concluye lo siguiente:

Respecto a la estructura de la Red Unidad de salud 1, el tamaño y número de actores no determina la sostenibilidad de procesos colectivos de salud por parte de la población de Coamíztatl, pero si lo hacen las relaciones y la multiplicidad. En la primera de estas categorías, sobresale las relaciones competitivas e incluso caóticas al interior de la red, y del médico de la unidad hacia los pobladores, lo cual se evidencia como la principal limitante para el actuar vinculado y consensuado en materia de prevención y promoción de la salud. Este tipo de relaciones ha generado sub agrupaciones y evidenciado qué actor es el de mayor prominencia ante la población, quienes a final de cuentas son los actores que hacen posible la aplicación de las políticas públicas. Dicho liderazgo pertenece a la enfermera de mayor antigüedad laboral en la localidad, a quienes identifican prácticamente la totalidad de habitantes, y a quien recurren de primera intención, a pesar de ser el médico quien

formalmente (para la institución de salud de la cual dependen) ocupa la mayor jerarquía. Esto antepone una limitante para la obtención de recursos tanto en el entorno local como con la Jurisdicción Sanitaria u otras redes susceptibles pues, al diferir el conocimiento del entorno, las necesidades no serán las reales y, por tanto, pueden incluso no gestionarse recursos para su satisfacción.

Respecto a Coamízatl, representa una red comunitaria relativamente pequeña, con relaciones ordenadas y cooperativas, donde el poder se encuentra equilibrado. Sus canales de acceso y coordinación interna se facilitan por dos aspectos detectados como principales: el tamaño de la red y el posicionamiento producto de la organización comunitaria, determinada por los lineamientos que establecen dependencias tales como el ayuntamiento (del cual dependen el Juez Auxiliar y el Delegado), SEDESOL (con su característico Comité Prospera) y la Secretaría de Salud (con el entramado que representan los integrantes del Comité Local de Salud). La existencia y trabajo de estos actores, entre otros existentes, se presenta como una oportunidad para favorecer el ordenamiento de las relaciones, la cobertura de población para el desarrollo de acciones colectivas y la búsqueda de redes de apoyo y resolución a sus necesidades. Sin embargo, como en toda sociedad, resaltan liderazgos, y para el caso de Coamízatl, los actores de mayor prominencia son quienes al momento del desarrollo de la investigación ostentaban los cargos de Delegado y Responsable de Contraloría Social del Comité Oportunidades, actores que son reconocidos, respetados, y ante quienes acuden para asesoría y búsqueda de apoyo.

Coamízatl se reconoce como una Red, con un propósito de existencia y sentido de pertenencia, respetando y aceptando que los cargos que se ocupan son transitorios y que, si bien en este momento ostentan un cargo, al cabo de dos o tres años más, los puestos

cambiarán como cotidianamente se viene realizando para dar cumplimiento a los lineamientos que establecen las diferentes dependencias municipales y gubernamentales, y que en próximas ocasiones cada uno de ellos tendrá la encomienda de otro cargo. Adaptan el aprendizaje obtenido al pasar por dicho cargo en el siguiente que ocuparán, pues son conscientes que, al ser una localidad pequeña, siempre tendrán un papel oficial que desempeñar. Un punto a favor es la mutua empatía que existe entre los representantes de los comités y las autoridades comunales, lo cual se ha reflejado en la organización de acciones conjuntas con un objetivo común, en este caso la identificación de riesgos para la comunidad, la protección de sus recursos hídricos, la mejora de su casa de salud y corregir la disposición de excretas, pues su solicitud de sanitarios ecológicos fue aprobada y en fecha próxima recibirán los insumos y capacitación para su correcta colocación.

Coamízatl es una localidad que dispone de los recursos políticos, humanos y legales que ha favorecido su desempeño en cuestiones inherentes a la prevención y promoción de la salud, con evidencia de acciones colectivas encaminadas a la mejora de sus condiciones de vida. Sin embargo, un punto desfavorable es la deficiente interrelación existente con los integrantes de la unidad de salud, con excepción de la enfermera de mayor antigüedad. Hay un historial de asignación de personal de salud para trabajar en su localidad y un posterior abandono (es el caso de un médico y un promotor de salud), a lo cual se suma la vasta amplitud de tiempo entre una visita y otra y la actitud del médico que actualmente labora en la unidad. Reconocen que este actor es el líder formal, pero no hay interés en él por incrementar la agencia de los pobladores hacia lo que representa ser una comunidad saludable.

Coamízatl es una red que ha caminado sola en el proceso de maduración, por lo que, a pesar de tener casi 10 años de antigüedad desde su primera certificación, es hasta ahora que hace consciente la necesidad de emplear los aprendizajes en materia de prevención para mejorar su entorno, priorizando como se ha mencionado, lo respectivo a la disposición de excretas y el cuidado de agua para consumo humano.

Capítulo 7

El caso Cacalacayo

CAPÍTULO 7

EL CASO CACALACAYO

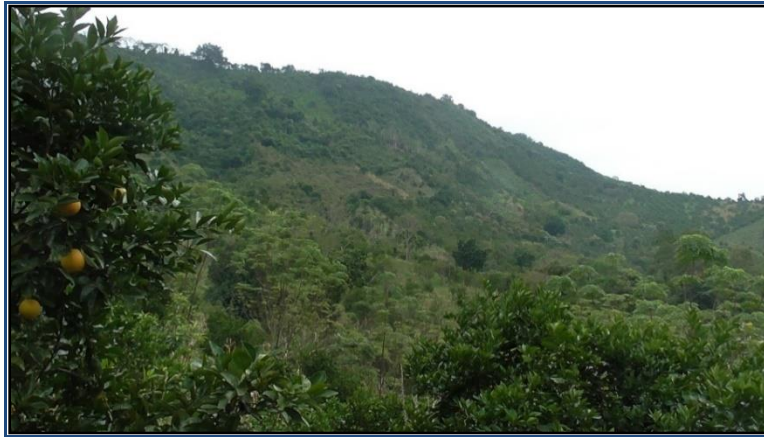
7.1. Tamazunchale, lugar donde reside la mujer gobernadora

El municipio de Tamazunchale se localiza en la parte sureste del estado, en la zona Huasteca, con una altura de 140 metros sobre el nivel del mar. Sus límites son: al norte, Matlapa y Tampacán; al este, San Martín Chalchicuautla; al sur y al oeste, el estado de Hidalgo. Su distancia a la capital del estado es de 372 kilómetros. Se dice que la palabra Tamazunchale proviene de las palabras huastecas Tam, Lugar, Uzum, Mujer y Tzale, Gobernar, lo cual se traduce como “lugar donde reside la gobernadora”. Es bien sabido que, en diferentes épocas, en algunas localidades huastecas, las mujeres ocupaban puestos jerárquicos altos. Su ubicación se muestra en la figura 7.1.

Respecto a su orografía, el municipio se asienta entre montañas y estribaciones de la Sierra Madre Oriental, además de planicies, con cañones hacia el sureste y noreste. Hacia el este, noreste y sureste se ubican también fondos amplios de valles. En cuanto a su hidrografía, el río más importante del municipio es el Moctezuma, así como el Amaxac, que nace en el territorio municipal y conforme avanza, se convierte en el río Axtla. El clima que predomina es el semi cálido húmedo, con abundantes lluvias en verano, con una temperatura media anual de 25.5 grados centígrados (SAGARPA, 2017).

Imagen 7.1

Vegetación típica del municipio de Tamazunchale



FUENTE: Fotografía propia, Tamazunchale, 2015.

La población de Tamazunchale es de ascendencia indígena, principalmente náhuatl, cuya población se organiza en un sistema de gobierno paralelo cuyo órgano máximo de decisión en el consejo de ancianos. Se divide en 218 localidades, con un total de 96,376 habitantes (SEDESOL, 2017). Su distribución según grado de marginación se muestra en la tabla 7.1.

Tabla 7.1

Total de localidades del municipio de Tamazunchale, según grado de marginación.

GRADO DE MARGINACIÓN	No.
Muy Alto	38
Alto	167
Medio	8
Bajo	4
Muy Bajo	1
TOTAL	218

FUENTE: (SEDESOL, 2017).

7.2. Cacalacayo, Una Localidad Saludable.

A Cacalacayo se accesa por la carretera Federal 102 Tamazunchale, San Luis Potosí – Orizatlán, Hidalgo en dirección a Chapulhuacanito, Tamazunchale. Al recorrer 9 km aproximadamente, se llega al entronque de la localidad Arroyo de los Patos, donde se toma el camino de la izquierda, el cual es ahora carretera estatal, y de ahí sigue un total de 2.5 km, donde se llega a la localidad de Cojolapa y, al encontrarse un nuevo entronque, se toma el camino del lado derecho, donde tras de recorrer 1.5 km más, se llega a Cacalacayo. La carretera estatal finaliza su tramo en la última casa de la localidad, tal como se muestra en la imagen 7.2.

Imagen 7.2

Carretera estatal que finaliza en Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

El presidente del comité local de salud narra la historia de cómo surgió Cacalacayo, misma que comenta investigó a petición de la SEDESOL, en específico, para la estrategia federal de la Cruzada contra el Hambre:

“Cacalacayo se interpreta como ‘Ruido de los cascos de los caballos’. Nos decían que ya existía antes que la localidad Cojolapa: eran cinco casitas, y se le conocía con ese nombre, porque en tiempos de la Revolución era campo de concentración de la gente de Zapata, entonces se escuchaba el sonar de los cascos de los caballos en las piedras, entre el camino. Hace como 19 años nos separamos de Cojolapa, no había nada, sólo un preescolar. Luego llegó la primaria, la casa de salud y la capilla”.

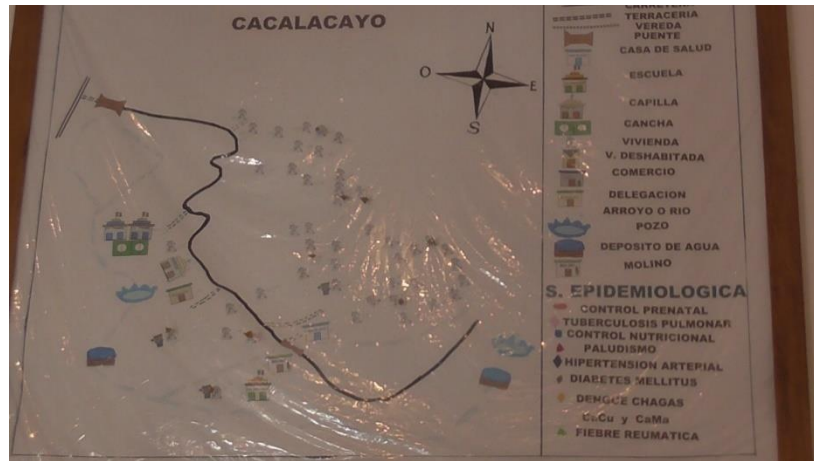
El promedio de años de estancia de los habitantes en la comunidad es de 28, con un mínimo de 2 y un máximo de 79. Son varias las calles que componen a la localidad, las cuales son por lo general caminos tipo vereda, que cruzan cerros de poca altura. Sus nombres son:

- Avenida Emiliano Zapata
- Cinco de mayo
- 20 de noviembre
- Primero de mayo
- 24 de febrero
- Agua manantial
- Luis Donaldo Colosio
- Benito Juárez
- Pedregal
- Colonia del Valle
- El Naranjal
- Juan de la Barrera.

En la casa de salud se encuentra un croquis de la localidad, elaborado por integrantes del comité de salud (imagen 7.3).

Imagen 7.3

Croquis de Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

El croquis muestra los caminos, la ubicación de las viviendas y otras edificaciones de importancia, así como una simbología que distingue los hogares donde se encuentran habitando personas con condiciones de salud que representan un riesgo: embarazo, tuberculosis pulmonar, diabetes mellitus, hipertensión arterial, fiebre reumática, dengue, paludismo, entre otras.

Es una localidad que sobresale del resto desde el momento que se llega a su territorio: se observa un ordenamiento en la ubicación de las viviendas y destaca la limpieza de sus caminos y el exterior de las mismas, tal como se observa en la imagen 7.4.

En Cacalacayo existen 38 viviendas, habitadas con un mínimo de una persona y un máximo de 11, con un promedio de 4 habitantes por hogar. En total habitan 155 personas en

la localidad, de las cuales 83 son mujeres y 72 varones, con un porcentaje de distribución de 53.5% y 46.5%, respectivamente. El rango de edad va desde recién nacido hasta 83 años.

Imagen 7.4

La limpieza al exterior de las viviendas es característica en Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

Son varias los servicios e instalaciones con que cuenta Cacalacayo, tal es el caso de energía eléctrica y agua entubada en todos los domicilios. Entre sus instalaciones se encuentra su iglesia católica (imagen 7.5).

Imagen 7.5

Iglesia Católica de Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

La iglesia católica se ubica a la orilla de la carretera estatal; fue construida hace aproximadamente 15 años con recursos de la propia comunidad. El catolicismo es la religión mayoritaria aquí. También se dispone de una oficina delegacional del ayuntamiento la cual se presenta en la imagen 7.6, desde la cual atienden el Juez y Delegado.

Imagen 7.6

Instalaciones de la Delegación municipal en Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

El DIF ha instalado un molino de nixtamal, servicio que se presta diariamente de las 9 a las 11 de la mañana, con una cuota de \$5.00 por persona. Es atendido por una persona que habita en la localidad. Sus instalaciones se muestran en la imagen 7.7.

Imagen 7.7

Molino de Nixtamal, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

Respecto a los recursos educativos, existe un jardín de niños, el cual no funciona por falta del mínimo requerido de alumnos para operar como tal. Sus instalaciones, las cuales se observan en la imagen 7.8, se aprovechan para trabajar con un grupo de educación inicial.

Imagen 7.8

Instalaciones del Jardín de Niños, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

Según refieren, los pocos niños en edad preescolar, acuden a recibir clases al kínder que se ubica en la localidad vecina de Limagyó. La primaria si funciona como tal en la comunidad y es de tipo bilingüe (imagen 7.9). Para recibir la educación secundaria, los alumnos se trasladan a Cojulapa, y para cursar el bachillerato lo hacen en Santa María Picula. El promedio de escolaridad es de secundaria, al cabo de la cual emigran a ciudades como Monterrey o México.

Imagen 7.9

Escuela primaria bilingüe, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

Existe una diversidad de construcciones de las viviendas, característico de un lugar que transita de lo altamente marginado a rural e incluso suburbano. Existen aún las típicas edificaciones huastecas, como se observa en la imagen 7.10.

Imagen 7.10

Ejemplo de construcción típica de la zona huasteca en Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

La imagen anterior muestra una vivienda construida a base de otate, con paredes enjarradas y techo de palma. La imagen siguiente presenta una vivienda que conjuga la construcción tradicional huasteca en alguna de las habitaciones, con el resto elaboradas en block.

Imagen 7.11

Ejemplo de vivienda construida con mezcla de materiales tradicionales y modernos, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

Las construcciones a base de materiales más modernos incluyen ventanas de madera, presentes en el 79% de las casas, y puertas del mismo material o fierro, tal como se observa en la imagen 7.12, donde también destaca el patio amplio, barrido y libre de maleza o algún deshecho.

Imagen 7.12

Otro ejemplo de vivienda construida con mezcla de materiales tradicionales y modernos, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

Aunque la mayoría de las viviendas el patio principal es de tierra, existen domicilios donde este ya es construido a base de concreto o cemento (imagen 7.13).

Imagen 7.13

Vivienda que cuenta con patio de cemento, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

En 29 de las 38 viviendas existentes, equivalente al 76.3%, existen paredes construidas a base de cemento, en el 50% (19 casas) hay también paredes de varas de otate (imagen 7.14), en 8% sus paredes son de enjarre, en 5.3% son de lámina, y en un 2.6% de madera. Respecto al techo, en 68.4% de los hogares se observó que este es de lámina, seguido en un 55.3% de losa de concreto, y en el 31.6% también existe el de palma.

Imagen 7.14

Habitación construida con paredes de otate, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

Por lo general, en Cacalacayo la cocina es la única habitación que está construida con materiales tradicionales de la región. En esta localidad, la SEDESOL ofertó también la construcción del “piso firme” (imagen 7.15), quedando evidencia en los hogares beneficiados, a través de la presencia de una placa que señala la habitación del hogar donde se construyó éste.

Imagen 7.15

Piso firme en viviendas de Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

El piso firme está presente en 37 viviendas (97.4% del total), lo cual se muestra en la imagen 7.16. Si bien existe en prácticamente casi en la totalidad de los hogares, en el 29% de las habitaciones se encuentra aún la presencia de piso de tierra.

Imagen 7.16

Cocina de Cacalacayo con piso firme



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

El número de habitaciones presentes en los domicilios, aparte de la cocina, va desde un mínimo de 1, hasta 9, con un promedio de 3 cuartos por vivienda. En el 81.6% de las viviendas (31) disponen de camas en alto (imagen 7.17). Está aún arraigado el dormir ras del suelo, empleando únicamente el petate.

Imagen 7.17

Las camas en alto incluyen a todos los integrantes del hogar



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

La cocina se ubica en una habitación separada del resto de la casa o bien al exterior, en el 94.7% de los casos, como se observa en la imagen 7.18.

Imagen 7.18

Ejemplo de cocina de Cacalacayo ubicada al interior de una habitación



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

La imagen anterior muestra una cocina diseñada y construida por los dueños de la vivienda, que se ubica en un cuarto aparte, cercano a una ventana para evitar la acumulación de humo, así como un escape en la parte superior, que va a dar al exterior. En la imagen siguiente se presenta una cocina construida al exterior, cubierta únicamente por un techado de lámina (imagen 7.19)

Imagen 7.19

Cocina ubicada al exterior, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

Los dueños de esta cocina señalan que para ellos es mejor tenerla al exterior, pues de esta forma el humo no se queda encerrado causándoles daño. Una vez que termina el día, almacenan los alimentos restantes en una habitación.

Respecto a la disposición de basura, esta localidad se beneficia con el servicio de recolección que lleva a cabo el Ayuntamiento, lo cual realiza una vez por semana. Este servicio es aprovechado por el 95% de los habitantes. El porcentaje restante continúa con el hábito de quemarla. Cabe señalar que en esta localidad se encuentran ubicados tapextles a orilla del camino principal (imagen 7.20), donde los pobladores colocan la basura, previo al paso programado del camión municipal. Al colocarla en estas estructuras elevadas, se evita que perros u otro tipo de fauna destruya las bolsas, con el consiguiente esparcimiento de los desechos a lo largo de las calles, mala imagen y contaminación.

Imagen 7.20

Tapextles para colocación de la basura, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia. Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

En Cacalacayo, la totalidad de las viviendas disponen de tomas de agua intradomiciliaria (imagen 7.21).

Imagen 7.21

Toma intradomiciliaria de agua en Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia. Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

La construcción de la red para dotar de agua a nivel intradomiciliario dio inicio en el año del 2012, con la colocación de la tubería en cada uno de los domicilios, cuya presencia se ha vuelto cotidiana, ya que los tubos se encuentran sobre la superficie del suelo y delimitan el terreno de cada vivienda, como se observa en la imagen 7.22.

Imagen 7.22

Sistema de tubería que transporta el agua a los domicilios de Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia. Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

Para poder disponer de agua en los domicilios, a través de gestiones con autoridades municipales se obtuvo la perforación de un pozo profundo, que se encuentra en la zona más alta de Cacalacayo, el cual se muestra en la imagen 7.23.

Imagen 7.23

Pozo profundo, desde donde se transporta el agua a los domicilios de Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia. Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

Respecto a la disposición de excretas, en el 92% de los hogares (35 casas), se cuenta con lo que se conoce como letrina seca o sanitario seco (imagen 7.24).

Imagen 7.24

Modelo de sanitario seco, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia. Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

Este tipo de construcción es una ecotecnia que emplea tecnología no contaminante para la disposición de desechos orgánicos, cuyo uso es común en comunidades que bien sea no cuentan con sistema de drenaje, o se ubican en lugares cercanos a ríos, presas y lagos.

El sanitario seco, a diferencia de una fosa séptica, consiste en dos cámaras de concreto que bien pueden construirse cavando en el suelo o a nivel del mismo. Las dos cámaras juntas tienen una dimensión de 2.5 metros de largo por 1.40 metros de ancho y 60 centímetros de alto. La imagen 7.25, muestra un modelo donde las cámaras se construyeron a partir del suelo.

Imagen 7.25

Cámaras de sanitario seco, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia. Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

La función principal del baño seco es la separación de desechos sólidos y líquidos, para lo cual se coloca una taza con división para la orina y las heces (imagen 7.26).

Imagen 7.26

Modelo de taza para baño seco, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia. Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

La imagen 7.26, muestra dos tazas colocadas en cada una de las cámaras. El orificio que se observa abierto corresponde al espacio por donde debe caer la orina; que se conecta con una manguera que va a dar al exterior o a un pozo de absorción; las zonas tapadas con madera (en una de ellas se observa papel sanitario) son los orificios por donde cae el excremento y que dan directo a la cámara.

Los desechos sólidos caerán en la cámara que esté empleándose y, a cada uso, las heces deben cubrirse con una mezcla de tierra, ceniza y un poco de cal para mantener alta la alcalinidad. En los baños de Cacalacayo, existe una cubeta con esta mezcla para vaciar una vez que se da uso al sanitario (imagen 7.27).

Imagen 7.27

Mezcla de cal, arena y cenizas, para uso en sanitarios secos, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia. Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

El papel que se emplea para aseo no debe arrojarse al interior, pues contaminaría la composta. Como se presenta en la imagen 7.28, en los baños existe un bote para depositarlos y posteriormente desecharlos.

Imagen 7.28

Sanitario seco y depósito para la colocación de papel, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia. Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

En un sanitario seco se deshidrata el contenido que cae en la cámara de tratamiento; esto se logra con calor, ventilación y el agregado de material secante. El uso alternado de las dos cámaras facilita la destrucción de organismos patógenos, al permanecer más tiempo en un medio alcalino producto de la cal o la ceniza. El ciclo de uso de las dos cámaras toma entre un año y medio y dos años (imagen 7.29).

Imagen 7.29

Parte trasera de las cámaras de un sanitario seco, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia. Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

En la imagen anterior se muestran las paredes de unas cámaras construidas al ras del suelo, con dos tabiques sobrepuestos y que hacen la función de puertas, para dar salida al fertilizante formado una vez que se seca la composta.

Por su parte, la orina recuperada puede utilizarse como fertilizante ya que, a diferencia de las heces, no contiene elementos contaminantes y cuenta con gran cantidad de nutrientes (SEMARNAT, 2007).

Además de los sanitarios secos, existen 3 viviendas que disponen de baño tipo w.c. estas familias han construido un sistema de drenaje cuyos deshechos van a dar a una fosa construida para tal fin en sus terrenos (imagen 7.30).

Imagen 7.30

Sanitario tipo WC, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia. Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

7.3. RED UNIDAD DE SALUD 2 (US 2)

Imagen 7.31

Vehículo para traslado de la US 2 y casa de salud de Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

ESTRUCTURA DE LA RED US 2

La red Unidad de Salud 2, está constituida por dos elementos: un médico y una enfermera. Son miembros formalmente obligados, con límites cerrados y relaciones simbióticas, ordenadas y cooperativas; aunque el médico es formalmente el de mayor jerarquía, no se distingue esta, pues ambos comparten responsabilidades y una comunicación permanente. La antigüedad de la enfermera es de 17 años y la del médico de 16 años, mismos años que han permanecido en esta Unidad de Salud.

No existen sub agrupaciones ni movilidad. Hacia el año 2009 se incorporó a la unidad una promotora de salud bilingüe, quien estuvo durante tres años laborando, para luego ser trasladada a un centro de salud.

La Red US 2 tiene bajo su responsabilidad 21 localidades indígenas y de alta marginación, con un total de 2366 habitantes. Trabajan en la modalidad de 21 X 9, esto es, que laboran durante 21 días seguidos y un posterior descanso de 9 días. Su localidad sede es Cacalacayo; en comparación con el total de comunidades, es ahí donde más hablan la lengua materna (náhuatl).

Entre las primeras causas de enfermedad que se presentan en su área de responsabilidad se encuentran el síndrome anémico, enfermedades gripales, lumbalgias, crónico-degenerativas como diabetes e hipertensión, así como infecciones de transmisión sexual tales como clamidia y tricomonas.

POSICIÓN DE LOS ACTORES EN LA RED US 2

Como se mencionó anteriormente, el actor central es el médico de la unidad, el cual además de otorgar consultas médicas, tiene el hábito de compartir con los pobladores: conoce a todos los pobladores; los ha visitado en sus viviendas, pues consideraba que todas las comunidades *estaban olvidadas*³⁷. Eso le ha valido el respeto y distinción general.

Sin embargo, la prominencia es también compartida con la enfermera, quien a lo largo de los años ha trabajado de forma cercana con la población, sobre todo las mujeres porque, como señala el médico, *ella es muy creativa*. Entiende de forma básica la lengua náhuatl y cotidianamente usa términos en dicha lengua para comunicarse; es común verla bromear con las mujeres en asuntos de salud y también personales.

Al trabajar en la modalidad de 21 días de labores y 9 de descanso, ambos integrantes de la red pernoctaron durante varios años en la localidad sede, pues era requisito hacerlo. Esto repercutió en que la enfermera llevara a cabo actividades vespertinas y variadas estrategias para favorecer la sensibilización de la población en acciones de autocuidado y cuidado del entorno.

Respecto a su interrelación con la Jurisdicción Sanitaria, el médico funge como intermediario al momento de rendir informes mensuales para los diferentes programas, así como la gestión de gasolina para traslados y otros insumos de uso diario en su área de responsabilidad. Los actores con los cuales refiere mantener interacción son:

- Jefe de Jurisdicción

³⁷ Referencia del médico de la unidad.

- Coordinador de epidemiología
- Coordinador de salud reproductiva
- Coordinador de primer nivel de atención
- Responsable de salud bucal
- Responsable de promoción de la salud
- Responsable de nutrición.

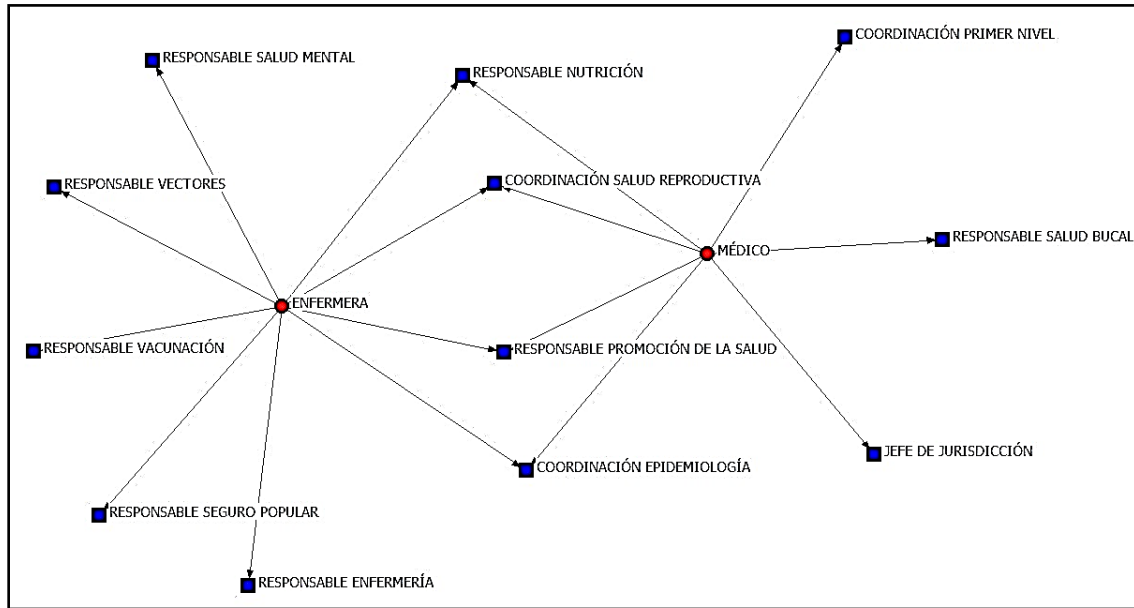
La enfermera por su parte, señala mantener interrelaciones con todas las áreas, para compartir experiencias de trabajo y buscar nuevos retos para aplicar con la población que atiende. Esto le ha favorecido en el apoyo con insumos de diversa índole, mismos que emplea en los talleres educativos que imparte. Los actores a los que hace referencia de interrelación son:

- Coordinador de epidemiología
- Coordinador de salud reproductiva
- Responsable de seguro popular
- Responsable de salud mental
- Responsable de promoción de la salud
- Responsable de vacunación
- Responsable de nutrición
- Responsable de vectores
- Responsable de enfermería

Los actores jurisdiccionales con quienes se interrelaciona la Red US 2 se muestran en la gráfica 7.1

Gráfica 7.1

Red jurisdiccional de vinculación de la Unidad de Salud 2

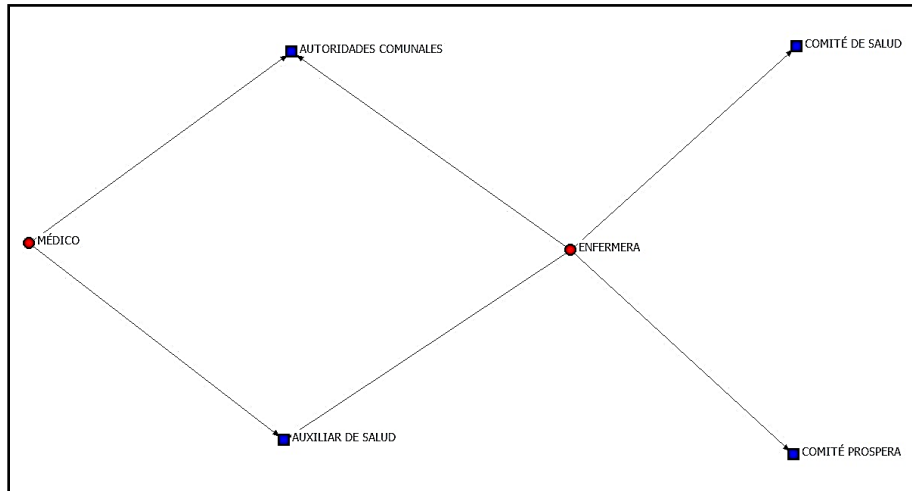


FUENTE: Elaboración propia, 2016.

La gráfica 7.2, muestra las autoridades de la localidad Cacalacayo, con las que la unidad de salud refiere interrelacionarse para el desempeño de su trabajo, donde el médico refiere interacción con la Auxiliar de Salud y las autoridades comunales (juez y delegado); la enfermera añade, además de los actores referidos, al comité Prospera.

Gráfica 7.2

Autoridades de la localidad con quienes se vincula la Unidad De Salud 2

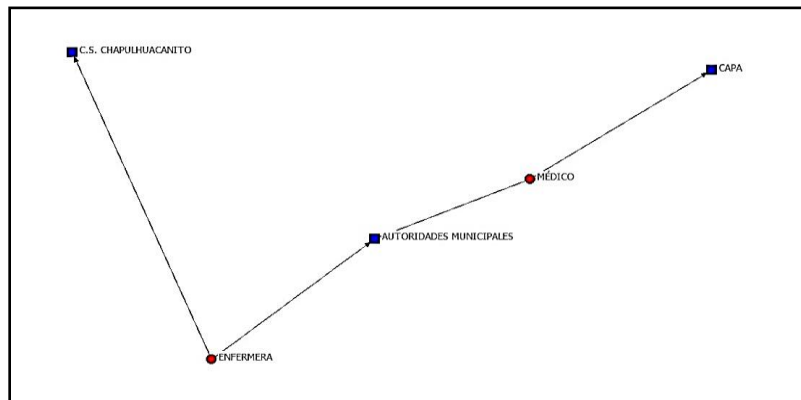


FUENTE: Elaboración propia, 2016.

Respecto a redes externas, reconocen como actores con quienes se vinculan a las autoridades municipales, incluyendo el médico al CAPA (centro de apoyo y prevención de adicciones) de Tamazunchale, y la enfermera al Centro de Salud de Chapulhuacanito, el cual es la unidad de salud fija más cercana a su sede (gráfica 7.3).

Gráfica 7.3

Actores externos a la localidad con quienes se vincula la Unidad De Salud 2



FUENTE: Elaboración propia, 2016.

La enfermera comenta que:

Cualquier cosa que le pedimos a la presidencia, se lo comunicamos a ellos (los habitantes), para que estén enterados.

LA CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA RED US 2

Para el médico de la red US 2, una comunidad saludable es:

“Aquella que está cumpliendo con las medidas saludables para mejorar su salud, tanto el medio ambiente como de la población”.

La enfermera complementa la percepción del médico, al añadir:

“Es aquella comunidad que, mediante todo un proceso de enseñanza y aplicación de detecciones, es capaz de aplicar sus conocimientos para mejorar su estilo de vida, enfocándose a cuidar su salud y la de toda la comunidad”

Ambos integrantes coinciden cuando señalan que los responsables de la certificación son en primer lugar la población, incluyendo al auxiliar de salud, los comités como el de salud y el de Prospera, con apoyo del personal de la unidad de salud.

La enfermera comparte el proceso que llevaron a cabo para obtener la certificación de Cacalacayo como comunidad saludable:

“Nosotros (la unidad de salud) estuvimos organizando todas las actividades con apoyo de los comités y se fueron dando las citas y la planeación de qué actividades se iban a realizar, para que ellos estuvieran involucrados. Nosotros les dimos las actividades y ellos cumplieron con lo que les correspondía, como fue asistir a sus detecciones, traer a sus niños a detecciones, venir a los talleres, comprometerse a mantener la limpieza de sus viviendas... nosotros íbamos evaluando. La gente respondió bien, todos participaron por igual”

“Para lo que son los talleres, de acuerdo al tema se programaban; se les dio su fecha y horario y se les registró en su carnet. Estuvieron elaborando periódicos murales, para lo que estuvieron investigando ellos mismos acerca de los temas. Se trató que fuera interactivo, no nada más nosotros dar el tema, sino que ellos también participaran con conocimientos o experiencias que tienen en su comunidad”

Por su parte, el médico resalta la organización de la comunidad y que favoreció el logro de la certificación de la localidad como saludable, no solo una, sino en tres ocasiones, además de un reconocimiento denominado “Bandera Blanca en el programa de Tuberculosis”, por lograr la curación de los pacientes diagnosticados con este problema de salud, y evitar que dicha enfermedad se propagara a más personas:

“Ellos hicieron un reglamento para que cumplieran todos. Por ejemplo, si una persona no hacía el aseo, se le multaba o se le ponía doble faena. Ellos ya tienen organizado que días van a limpiar, es un día a la semana, y también lo hacen en la escuela”.

“Para la primera certificación, la comunidad pidió apoyo a la Presidencia Municipal con pintura y también donó una mesa de exploración. El área jurisdiccional de promoción de la salud se coordinó con el almacén de la jurisdicción y lo que tenían de insumos pues nos los trajeron. Anteriormente teníamos mesas de la misma comunidad y sillas hechas por ellos. Ahorita ya la mayoría de mobiliario es de la Jurisdicción”.

Imagen 7.32

Mobiliario de casa de salud de Cacalacayo, suministrado por la Jurisdicción Sanitaria



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

En la imagen 7.32, se observa parte del mobiliario aportado por la Jurisdicción Sanitaria, como efecto de la certificación de la localidad como saludable, consistente en extinguidos, mesa de exploración infantil, báscula pesa bebé, báscula infantil con estadímetro y báscula con estadímetro para adulto. Además de lo señalado, recibieron también escritorios, sillas y mesa de exploración para adulto.

Continúa el médico, señalando las estrategias que generaron para favorecer la sensibilización en la población:

“Entre las estrategias de aprendizaje, la enfermera les indicaba formas de aprender, por ejemplo, bordando los temas en servilletas o manteles; también haciendo figuras con barro y cemento. Ella tuvo un programa de ejercicio”.

Esta forma innovadora de sensibilizar a la población en temas de salud es ampliada por la enfermera:

“Anteriormente el índice de analfabetismo era muy alto, entonces, si poníamos a leer a las señoras, no lo hacían, o las personas de edad avanzada no me entendían (pues no todas entienden el español). La forma que encontré fue que vieran imágenes en libros o folletos, y las bordaran; fue una estrategia para facilitar el aprendizaje. Si era un trabajo grande, se juntaban por equipos y venían aquí a la casa de salud a trabajarlo. Si no, cada quien en su casa, y se les motivaba para que el siguiente mes que viniéramos ya lo tuvieran hecho. Así aprendieron”.

Imagen 7.33

Cortina ubicada en el acceso al consultorio de Enfermería, bordada por la población de Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

Imagen 7.34

Saneamiento básico, tema bordado en la cortina ubicada en el acceso al consultorio de Enfermería



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

Imagen 7.35

Disposición de excretas, tema bordado en la cortina ubicada en el acceso al consultorio de Enfermería



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

Imagen 7.36

Fecalismo al ras del suelo, tema bordado en la cortina de acceso al consultorio de Enfermería



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

Las imágenes de la 7.33 a la 7.36, evidencian algunos ejemplos de los bordados que llevan a cabo las personas que asisten a los talleres para formación de competencias en temas de salud. la enfermera refiere que algunos de los trabajos que hicieron entre varias señoras fueron donados para la casa de salud, los cuales se muestran a lo largo de este capítulo, pero que, además, han realizado una gran cantidad de estos bordados, los cuales tienen en sus viviendas. Además de esta actividad, comenta su experiencia en el desarrollo de actividad física con las mujeres:

“Para hacer ejercicio, primero se escondían para hacer zumba, luego ya estaban todas, hasta se compraron sus tenis y sus pants; y luego sucedió que disminuyó el estrés en ellas, había menos consulta. Yo venía en las tardes. Cuando me daba tiempo, lo hacíamos (el ejercicio) dentro del horario de trabajo. Chaparral e Infiernillo³⁸ siguen solos. Ahí tienen grupo de baile y equipo de básquet. Aquí en Cacalacayo si se juntan, pero sólo cuando yo estoy al frente. Si las dejo solas, les da vergüenza pasar al frente”.

³⁸ Nombre de dos de sus localidades de responsabilidad.

Para esta unidad, los actores que les han otorgado la validación han sido el equipo jurisdiccional de promoción de la salud, así como personal de promoción de la salud del nivel estatal. Al respecto, comenta el médico:

“No vinieron responsables de los programas, quienes sí lo hicieron fueron los de Promoción de la Salud; ellos nos validaban los avances que teníamos. Luego, cada departamento de la Jurisdicción nos evaluaba en la entrega mensual de la información”

RECURSOS EXISTENTES Y OBTENIDOS POR LA RED US 2

- Recursos políticos. La US 2 es una red que se ha legitimado a través de su trabajo y la interrelación que ha desarrollado con la población que atiende, así como en el cumplimiento de su trabajo y los objetivos de los diferentes programas de salud que implementan. Si bien se llevan a cabo consultas médicas en casos de enfermedad, los dos integrantes de la unidad de salud privilegian el enfoque preventivo y de promoción de la salud, apoyando con esto a los objetivos de trabajo que maneja una Jurisdicción Sanitaria, de quienes reciben un apoyo permanente para los proyectos y acciones innovadoras que implementan. Las autoridades locales y comités existentes en las comunidades los reconocen como personal responsable, con alto compromiso y capacidad técnica.
- Recursos humanos. Esta unidad de salud ha sido visitada en repetidas ocasiones por personal de la Jurisdicción Sanitaria, quienes les han supervisado su trabajo, pero además reorientado para mejores resultados. Una de estas áreas ha sido la de Promoción de la Salud. A pesar de ser únicamente dos integrantes en la unidad de salud, con su trabajo han generado una red de apoyo voluntario conformado por la

población, a partir de la mutua confianza y las acciones educativas respetando su contexto socio cultural. A este respecto, la enfermera señala que:

“Aquí toda la gente trabaja parejo, incluso los que no tienen el programa Prospera. Aquí todos hablan y llegan a un acuerdo. Por eso se nos ha hecho más fácil trabajar la certificación, porque no se nos quedó nadie fuera”.

Los habitantes de Cacalacayo responden de forma inmediata tanto a solicitud de la unidad como de propia iniciativa, cuando detectan una situación que represente un riesgo para el entorno.

En la imagen 7.37 se observa una muestra de personas de la localidad que participan como promotores voluntarios.

Imagen 7.37

Formato con censo de promotores voluntarios y familias de responsabilidad, Cacalacayo

<small>MECH S</small> <small>SERVIDIO DE SALUD SAN LUIS PROSA</small> <small>UNIDAD DE PROMOCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> <small>SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD</small> <small>DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD</small> <small>Proyecto 11 Salud</small> CENSO DE PROMOTORES VOLUNTARIOS				
UNIDAD/JURISDICCIÓN: <i>ENI No. 1 Tam</i>		FECHA DE ACTUALIZACIÓN: <i>14/04/14</i>		
NOMBRE PROMOTOR (A)	CAPACITACIÓN (MES / AÑO)	BILINGÜE (SI / NO)	FAMILIAS DE RESPONSABILIDAD	Nº. CARPETA FAMILIAR
Basilisa Bautista Nazario			1. Basilio Nazario Inca	
			2. Basilio Antonio	
			3. Amelia Gonzalez Huando	
			4. Felix Hernandez	
			5. Jacinto Hernandez	
			6. Rosa Hernandez	
			7. Elia Garcia Hernandez	
			8. Mariana Bautista ylla	
			9.	
			10.	
Marcelina Hernandez Felix			1. Emilio Hdez Hdez	
			2. Antonia Felix	
			3. Ana Felix Ag. Hdez	
			4. Maximina Pichu S.	
			5. Maria Epifania Pichu	
			6. Virginia Martinez M.	
			7. Antonia Pichu Cruz	
			8. Rita Pichu Antonia	
			9. Magdalena Antonia	
			10. Maximina Antonia S.	
Alma Delia Julio Benito			1. Maria Santiago Albano	
			2. Adelaida Santiago A.	
			3. Maria Fina Jaquitud	
			4. Teresita Hernandez Goro	
			5. Silvestra Joaquin del Alamo	
			6. Juana Hernandez Hdez	
			7. Fortunata Julia Cruz	
			8. Haribel Bautista	
			9. Sereana Antonia Mata	
			10.	
Virginia Martinez madero			1. Angala Hernandez Sosa	
			2. Rosalia Guseman Tizaba	
			3. Concepcion Concepcion Cruz	
			4. Concepcion Concepcion Cruz	
			5. Juana Hernandez M.	
			6. Concepcion Concepcion Hdez	
			7. Concepcion Concepcion	
			8. Concepcion Concepcion	
			9. Concepcion Concepcion	
			10.	

FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

En este listado se observa el nombre del promotor voluntario, anotado de su puño y letra, así como un listado de familias de responsabilidad. Las actividades que debe realizar este actor es el servir como enlace para dar avisos concernientes a salud, así como realizar visitas domiciliarias para revisar que en los hogares se mantengan acciones de saneamiento básico.

Existen también personas que han dado de alta sus viviendas para participar como “Casa Amiga del Niño y de la Madre”, donde, entre sus actividades, orientan a la población para la prevención y atención oportuna de casos de diarrea, sobre todo en menores de 5 años. En el hogar disponen también de sobres de sales de rehidratación oral (vida suero oral), el cual enseñan a prepararlo y dotan a la población que se los solicite (imagen 7.38)

Imagen 7.38

Acta de instalación de casa amiga del niño y de la madre, Cacalacayo

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE
SAN LUIS POTOSÍ

**ACTA DE INSTALACION DE CASA AMIGA
DEL NIÑO Y DE LA MADRE**

En la comunidad de Cacalacayo
del Municipio de Tamazunchale estado de San Luis Potosí
el día 14 de Abril del año 2014
se instala la Casa Amiga del Niño y de la Madre, en el Domicilio
7 de Mayo
siendo responsable la C. Saturnina Antonio Santes

persona que esta capacitada y dispuesta a participar en su comunidad,
brindando atención e información a las personas afectadas de enfermedades
gastrointestinales para la preparación, distribución y uso del "VIDA SUERO
ORAL", así como a dar información sobre orientación alimentaria, durante
este periodo de enfermedad.

RESPONSABLE DE LA CASA AMIGA
Saturnina Antonio Santes
(Nombre y Firma)

PERSONAL DE SALUD
(Nombre y Firma)
Dr. Lucio Vazquez Lopez
Luz enf. Arali Ramirez Riquelme

EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SALUD
Basilia Basista Notario
(Nombre y Firma)

EL VOCAL DE INFANCIA Y NUTRICION
Maria Felicidad Ilario Tellez
(Nombre y Firma)

TESTIGOS
COMISARIADO Santos O. Bispino
Veronica Narceta
(Nombre y Firma)

JUEZ AUXILIAR
CACALACAYO
MUNICIPIO DE
TAMAZUNCHALE, S.L.P.

FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

La imagen 7.38, muestra el formato que emite el Departamento de Promoción de la Salud en el nivel estatal, en el cual se formaliza la participación de la persona como una casa amiga del niño y de la madre. Una vez que se obtienen los datos de la persona que fungirá como responsable, se muestra a la jurisdicción sanitaria para que lo revise, firme de validación, obtenga una copia y lo envíe al nivel estatal, de donde le enviarán un identificador de la vivienda, elaborado en lona y con los logotipos oficiales.

- Recursos organizacionales. Como parte de su estructura comunitaria, disponen de una serie de personajes que fungen como enlaces para el desarrollo de sus acciones. A quien consideran como el principal eslabón es la Auxiliar de Salud, la cual está activa desde el año 2012, tal como lo consta el acta donde se formalizó su participación, la cual se muestra en la imagen 7.39.

Imagen 7.39

Acta para formación de Auxiliar de Salud, Cacalacayo

SECRETARIA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
JURISDICCION SANITARIA No. VITAMAZUNCHALE S.L.P.

Acta de Formación de Auxiliar de Salud

Programa _____ UMM 1 TAMAZUNCHALE No. _____

En la comunidad de CACALACAYO del Municipio de TAMAZUNCHALE, del día 28 del mes de MAYO del 2002. Se llevó a cabo una asamblea convocada por las autoridades locales, jefes de familia de la comunidad, y los representantes de la Secretaría de Salud, con la finalidad de nombrar democráticamente como Auxiliar de Salud a el (la) C TEUCATOS BILIBALDO FELIX y que su fecha de nacimiento es Año 1963 Mes 03 Día 03 por mayoría de votos, quedando de acuerdo que las acciones a realizar serán en un periodo de 1 año durante el cual el Auxiliar de Salud se compromete a cumplir con las normas que se establecen en la reglamentación de la Secretaría de Salud, no habiendo otro asunto que tratar y estando de común acuerdo se levanta la presente acta firmando los que en ella intervinieron

AUXILIAR DE SALUD
M. FELIX BILIBALDO
Nombre y Firma

REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD
JOSÉ ANTONIO CARRERA MORALES
Comisario Local
ANTONIO CRUZ FERRER
Presidente

REPRESENTANTES DE LA SECRETARIA DE SALUD
DR. LUCO GARCÍA
Ejecutivo
DR. MARCO ANTONIO
Ejecutivo

PERSONAL PRESENTE

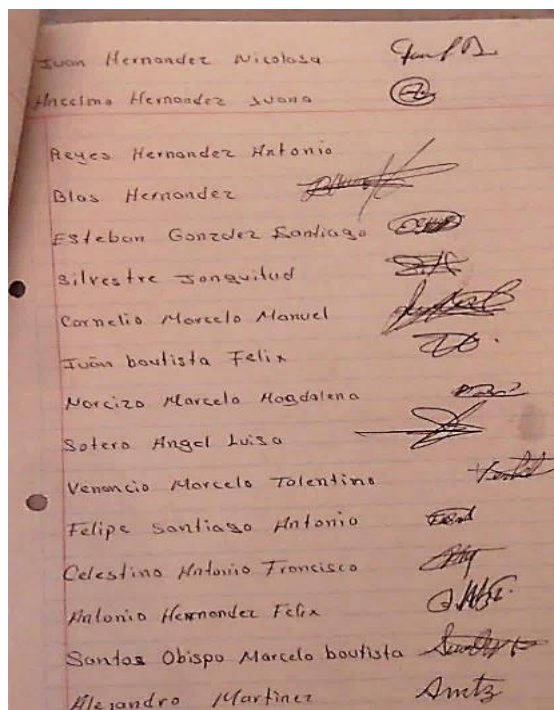
<u>BERNARDO BAZALDO LUNA</u> Nombre y Firma	<u>RF</u>	<u>CONCEPCION ANTONIO ANTONIO</u> Nombre y Firma	<u>RF</u>
<u>FORTUNATA JULIO CRUZ</u> Nombre y Firma	<u>RF</u>	<u>MARILINA MORENO GARCIA</u> Nombre y Firma	<u>RF</u>
<u>VERGÍNIA RIZ MORALES</u> Nombre y Firma	<u>RF</u>	<u>ANTONIA CRUZ FERRER</u> Nombre y Firma	<u>RF</u>
<u>FLORA JACQUETTA</u> Nombre y Firma	<u>RF</u>	<u>FELICIANO TELCANTINA</u> Nombre y Firma	<u>F.T</u>
<u>ELIDA DEL CASTAÑO</u> Nombre y Firma	<u>RF</u>	<u>CONCEPCION ROS ANTONIO</u> Nombre y Firma	<u>RF</u>

FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

La selección de este personaje se llevó a cabo a través de una asamblea general con la totalidad de los adultos que viven en la comunidad, los cuales una vez que emitieron su voto, anotaron su nombre y firmaron de conformidad, evidencia que se muestra en la imagen 7.40.

Imagen 7.40

Firmas de conformidad en la selección del Auxiliar de Salud, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

Disponen también de una serie de grupos organizados según riesgos, a los cuales les ofrecen una serie de temas a través de talleres. Entre los grupos se pueden mencionar a las embarazadas, a las personas diagnosticadas con diabetes o hipertensión arterial, y a las madres de menores de 5 años, entre otros. De todos los grupos cuentan con actas, donde se evidencia formalmente la integración, las cuales se muestran en las imágenes 7.41, 7.42 y 7.43.

Imagen 7.41

Acta de formación de club de embarazo, Cacalacayo

DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD
ACTA DE FORMACIÓN DE CLUB DEL EMBARAZO



Cada recién nacido representa un proyecto de vida; en la búsqueda permanente de equidad en las oportunidades de crecimiento, desarrollo y atención con calidad a las mujeres y menores de dos años, con mayor énfasis durante el embarazo, parto y cuarentena, a fin de evitar la mortalidad materna y perinatal por causas que pueden ser claramente prevenibles si persona, familia y comunidad enfocan sus esfuerzos. Por lo anterior, en la localidad de Cacalacayo del municipio de Tamazunchale correspondiente a la unidad de salud ESI No. 1 Cacalacayo siendo las 16 hrs del día 14 del mes de Agosto del año 2014, se llevó a cabo reunión convocada por el personal de salud con personas adultas, donde se habló de la importancia que tiene para la salud de una comunidad, el que toda mujer en edad de procrear conozca ampliamente las acciones básicas en salud necesarias para tener un embarazo satisfactorio, nutrición basada en los alimentos de la región, medicamentos tales como ácido fólico, vitaminas y minerales, vacunas a recibir, acciones de prevención en salud bucal, ejercicios para la salud y consejería para el espaciamiento de los embarazos, entre otras acciones de información y capacitación, e identifiquen de manera oportuna los signos que pongan en peligro su vida y la de su hijo, además de las diferentes prestaciones que de manera coordinada los servicios de salud y comunidad otorgan en caso de complicación. Por tal motivo se propone a **todas las parejas unidas y mujeres, con prioridad en las embarazadas, a agruparse en un Club de Embarazo**, siendo aprobada la propuesta, tomando el acuerdo de reunirse cada 30 días y de recibir por lo menos una visita quincenal por parte de alguno o todos los integrantes de la unidad de salud, siendo su estructura:

CARGO	NOMBRE	FIRMA DE CONSENTIMIENTO
PRESIDENTE <small>(se propone de primera intención a la Vocal de Salud de la Mujer)</small>	<u>Salvina Avelar Santos</u>	<u>Santos</u>

PERSONAL DE SALUD RESPONSABLE DEL CLUB

PUESTO	NOMBRE	FIRMA
DIRECTOR DE LA UNIDAD	<u>DR. Lucio Venguez Lopez</u>	<u>[Firma]</u>
ENFERMERÍA	<u>L. E. ARACELI Ramirez Rde</u>	<u>[Firma]</u>
PROMOTOR DE SALUD		
ODONTOLOGÍA		

Se levanta la presente acta siendo las 16:40 horas de la tarde, antes señalada, firmados y homologados los integrantes del Club del Embarazo (anexar las hojas necesarias).

FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

La imagen anterior muestra un formato también emitido por el nivel estatal de promoción de la salud, donde se formaliza la formación de un club de embarazo, el cual debe estar integrado por las mujeres embarazadas de la localidad, las cuales recibirán una serie de temas para reducir el riesgo de una muerte materna por complicaciones durante esta etapa de vida. Se observan los nombres de quien presidirá dicho club (en este caso un habitante de la localidad) y el personal de salud que atiende la localidad, además de los sellos de validación de la Auxiliar de Salud y el área jurisdiccional de promoción de la salud.

Imagen 7.42

Listado de integrantes del grupo de ayuda mutua y PROESA, Cacalacayo

INTEGRANTES DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA Y PROESA	
01	José Sotero Angel Hdz 21
02	Faxina Felix Bla 22
03	Federico Talentino 23
04	Salvador Junguiled 24
05	Juan Bautista 25
06	Fernando Antonio 26
07	Maria Augusta 27
08	Concepción Felix Bla 28
09	Margarita Marcela 29
10	Maria Concepción Alvarez 30
11	Crenciana Antonia 31
12	Lucina Masilmez 32
13	M. Felicito cruz R 33
14	Santos abispa 34
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	

FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

La imagen 7.42, consiste en un registro de personas de la localidad que tienen por diagnóstico médico bien sea diabetes mellitus o hipertensión arterial, los cuales, además de recibir sesiones educativas para llevar a cabo acciones de autocuidado en su vida cotidiana, y reducir los riesgos de complicación por padecer las enfermedades señaladas, ingresan a un programa de ejercicios para la salud (denominado PROESA, por sus siglas).

Por último, en la imagen 7.43, se presenta un formato donde registran a las madres de menores de cinco años, las cuales ingresan a un grupo denominado “procuradoras de la salud”, donde reciben temas alusivos a saneamiento básico y datos de alarma y atención inicial de casos de enfermedad que son cotidianos en los menores de cinco años. Dicho taller se denomina “La salud empieza en casa”. En el

formato se observan, además de los nombres de las mujeres, el registro de asistencia y los talleres otorgados.

Imagen 7.43

Listado de asistencia a talleres del grupo de madres de menores de 5 años, Cacalacayo

NOMBRE DE LA PERSONA A CAPACITAR	REGISTRO DE FECHA Y FIRMA SEGUN TEMA RECIBIDO									
	MATERNIDAD SIN RIESGO	EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO	MIcronutrientes VITAMINA A, HIERRO, YODO Y CALCIO	ALIMENTACION CORRECTA	DIARREA	VACUNAS	TOS Y CATARRO	PARASITOSIS INTESTINAL	PRIMEROS AUXILIOS	
Ma. Feuchas Huicho Felix (R)	21/10/14	23/10/14	23/10/14	23/10/14	09/01/14	23/01/14	08/10/14	06/02/14		
Antonia Fierro	21/10/14	23/10/14	23/10/14	23/10/14	09/01/14	23/01/14	08/10/14	06/02/14		
Maria Concepcion Hernandez Antoin	21/10/14	23/10/14	23/10/14	23/10/14	09/01/14	23/01/14	08/10/14	06/02/14		
Fortunata Julia Cruz	21/10/14	23/10/14	23/10/14	23/10/14	09/01/14	23/01/14	08/10/14	06/02/14		
Adelaida Santiago Antonio	21/10/14	23/10/14	23/10/14	23/10/14	09/01/14	23/01/14	08/10/14	06/02/14		
Inocencia Hernandez Escobin	21/10/14	23/10/14	23/10/14	23/10/14	09/01/14	23/01/14	08/10/14	06/02/14		
Olga Santiago Antonio	21/10/14	23/10/14	23/10/14	23/10/14	09/01/14	23/01/14	08/10/14	06/02/14		

FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

Sin embargo, tienen temor de que la estructura organizacional que han logrado pueda verse afectada, pues la enfermera comenta que:

“Ahorita ha habido muchos cambios en la forma de trabajar: ya no estamos tanto con ellos, sino más bien detrás del escritorio, pero porque ahora son llenar papeles y más papeles. Somos más administrativos que personal en campo. Por ejemplo, para una detección, tengo que llenar 6 diferentes formatos; entonces, si hago detecciones, o estamos platicando (con la persona) o me pongo a registrar”.

Para el médico, los Comités Locales de salud:

“Están subutilizados, pero se necesitaría tiempo para capacitarlos bien. Pero lo que hace falta en nuestra brigada es eso, tiempo. Por ejemplo, aquí en Cacalacayo es una comunidad chica. Damos 20 consultas y al mismo tiempo los registramos. Pero siempre hay más. Luego, ella (la enfermera) tiene 10 para detecciones. Y

luego, salir a dar el taller, y el tiempo ya no nos alcanzó. Se sacaría más provecho con ellos

Los resultados que la unidad de salud ha tenido, tanto con encomiendas que le hace la jurisdicción sanitaria, como con iniciativas propias o propuestas de los pobladores, ha permitido su acceso a otras redes, tales como el Ayuntamiento de Tamazunchale, a donde han gestionado insumos para sus localidades de responsabilidad; con el centro de salud de Chapulhuacanito, donde el personal que ahí labora le apoya principalmente con asesoría, así como en acciones de referencia y contrarreferencia de pacientes. Lo mismo ocurre con el Centro de Atención Contra las Adicciones (CAPA), ubicado en la cabecera municipal de Tamazunchale, a donde refieren también casos de adicciones – principalmente alcoholismo -, o bien se les solicita su asistencia a participar con pláticas de sensibilización en las escuelas secundarias de su responsabilidad.

- Recursos culturales. Los integrantes de la red, como efecto de su antigüedad laboral y permanencia en la unidad de salud, así como apertura hacia la población, han podido acceder al conjunto de valores y percepción de los pobladores. Existe un compromiso moral de apoyo mutuo, donde ambas redes han comprendido y aplican el concepto de ganar – ganar.
- Recursos materiales. Son diversos los bienes materiales obtenidos por la red. Al llegar a la localidad Cacalacayo no disponían de un lugar específico para desarrollar su trabajo, por lo que, posterior a un proceso de sensibilización y gestión con las autoridades y los pobladores, en el año 2001 se construyó la casa de salud, con mobiliario construido por los propios habitantes (imagen 7.44), incluyendo mesas,

sillas y bancas. La Presidencia Municipal activa en ese año, les donó una mesa de exploración.

Imagen 7.44

Bancas y mesas construidas por los habitantes de Cacalacayo para la casa de salud



FUENTE: Fotografía propia, Coamízatl, Axtla de Terrazas, 2015.

En la imagen anterior, se observa al fondo un bracero elevado del tipo Lorena, del cual, el médico refiere que, después de la primera certificación:

“Se construyó un bracero Lorena aquí en la casa de salud para las demostraciones alimentarias, que son una vez cada mes; el molde nos lo prestó la Jurisdicción Sanitaria, de promoción de la salud, y la gente la construyó”.

Para la primera certificación, llevada a cabo en el 2004, ya había luz, pero aún no tenían agua entubada ni mucho menos pavimentada su calle principal. La asistencia en ese año del entonces Secretario de Salud (que para el año 2009 se convirtió en Gobernador del Estado) y la petición de la población para poder acceder a dichos servicios, les valió para que durante la gestión de gobierno 2009 – 2015 se les otorgara el apoyo requerido.

- Recursos legales. La Unidad de Salud dispone de una estructura organizativa, con comprensión de sus funciones específicas según su perfil, así como aquellas necesarias para la operación de los programas de salud. Para evitar problemas con la población, ellos no organizan ni reciben ningún recurso económico producto de cooperaciones que hacen los pobladores para obtener recursos.

LA US 1 COMO RED QUE IMPULSA LA SOSTENIBILIDAD DE PROCESOS COLECTIVOS DE SALUD

Los integrantes de la Red US 2 consideran que, para mantener una comunidad saludable, es necesario primero contar con el apoyo de los comités (de salud y oportunidades), llevar a cabo acciones permanentes de educación a la población, dando seguimiento para verificar que la gente aplique los conocimientos adquiridos, y que los habitantes realicen de forma cotidiana acciones de autocuidado, pero cuidando también del medio ambiente.

Respecto a las formas a través de las cuales, desde su función laboral, se incorporan para mantener una comunidad saludable, señalan que son básicas las acciones de promoción de la salud, la capacitación a comités y a la población, y las visitas domiciliarias, para vigilar que lo aprendido en los talleres se aplique en los hogares. Para esto, señalan que es necesario que se incorporen actores comunitarios, tales como las autoridades locales, el auxiliar de salud, los comités e incluso los profesores de las escuelas que se encuentren en la localidad.

Para el médico de la unidad, sí existen efectos en Cacalacayo como consecuencia de haber certificado en tres ocasiones como saludable:

“La población ha ido disminuyendo: hay menos niños, menos embarazos, redujeron los menores de 5 años. La gente de Cacalacayo ha mejorado su economía, porque ahora la mayoría de las mujeres salen a trabajar; ya es más fácil que consigan trabajo las mujeres que los hombres. Ellos ya nada más se van a la milpa. La gente se coopera, pide apoyo, la comunidad ya sabe a quién pedirle. En cuestión de salud la localidad es autónoma”.

“A ellos les gusta ver sus placas (de certificación), sobre todo las fotos que siempre se les ponían”.

También la enfermera nota cambios, y sus comentarios evidencian su presencia en los hogares de los pobladores:

“Ya la mayoría tiene sus camas en alto, sus braceros elevados. Hay saneamiento en las viviendas, el agua ya es entubada; han mejorado sus hábitos higiénicos, su forma de vestir. La alimentación es más variada porque ellos ya siembran y cosechan. Hay calles con pavimento, y pues entonces ya viene un camioncito a vender verduras, también vienen a vender tortillas y hay más camionetas de transporte³⁹. Hay reorganización de la gente”.

La red US 2 refleja el efecto de la agencia del personal de salud respecto a su quehacer en una localidad de responsabilidad. Privilegian la atención a la salud con enfoque preventivo, y se han preocupado por formar habilidades de autocuidado en la población, generando un aprendizaje reflexivo, y no solo el cumplimiento de actividades por lograr un resultado cuantitativo.

Cabe señalar que todos los momentos de interacción que se tuvo con la unidad de salud durante el tiempo dedicado a la investigación de este caso, fueron aprovechados por ambos integrantes para mostrar las evidencias del trabajo de la población, anteponiendo permanentemente los efectos de la acción colectiva. Ellos saben que han sido los generadores de esta acción, pero no lo toman como un logro unilateral.

³⁹ Se refiere a vehículos de transporte público.

Sin duda, la Red US 2 es una muestra del rendimiento de una red. Desgraciadamente. Una semana después de haber terminado el trabajo de campo requerido para esta investigación, el médico de esta unidad fallece como consecuencia de un infarto cardiaco durante su jornada laboral. Su cuerpo fue trasladado a Veracruz, su ciudad natal, no sin antes ser sujeto de un homenaje en su honor en la localidad de Chapulhuacanito, por parte de los pobladores de las localidades que a diario recorría.

7.4. RED CACALACAYO

Imagen 7.45

El Delegado e integrantes de los Comités de salud y Prospera de Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015.

ESTRUCTURA DE LA RED CACALACAYO

Cacalacayo, al igual que Coamíztatl, es una localidad donde, por la cantidad de población (155 personas), se van rotando los cargos de los diferentes comités y comisiones formales

existentes, los cuales cambian cada tres años y asumen el compromiso de no ausentarse de su comunidad durante dicho periodo. Anualmente se realiza durante asamblea general, una evaluación de desempeño y cumplimiento de sus funciones y, en caso de no ser satisfactorias, se releva del cargo. Las autoridades máximas de la localidad son el Juez Auxiliar y el Delegado Municipal, cada uno de los cuales tiene a su vez un suplente. A ellos les siguen las siguientes autoridades:

1. Auxiliar de Salud. limpieza de la casa de salud, manejo de medicamento para dolor y calentura, acomodo del medicamento de la Unidad de Salud, verificar existencia de agua para beber, acarreo de agua para el sanitario de la casa de salud, realización de sus informes.
2. Comité Local de Salud: conformado es esta localidad por presidente, secretario, tesorero, vocal de nutrición, vocal de salud del hombre, vocal de salud de la mujer, vocal de salud del adolescente y vocal de participación social. entre sus funciones se encuentran: apoyo en el mantenimiento de la casa de salud, vigilancia de la misma, visitar a las familias en sus hogares y verificar limpieza de sus hogares, constatar que acudan a sus citas con el médico y a realizarse sus detecciones según edad y sexo, apoyar a los promotores voluntarios, gestión de recursos materiales necesarios y aplicar el ahorro recaudado en lo que más se necesite en la localidad.
3. Comité Oportunidades (hoy denominado Prospera, en sus inicios llamado Progresá). Consta de una encargada de contraloría social y vocales de educación, salud y nutrición. Se encargan entre otras actividades de citar a las personas bien sea para reuniones comunitarias o asistencia a los talleres de capacitación en temas de salud, verificar la hora de llegada de la brigada y de la auxiliar de salud, verificar que los

pacientes crónicos no falten a sus citas médicas, así como también las embarazadas o quien tenga cita para recibir vacunas. La responsable de contraloría social señala que también les corresponde ver:

“Lo del trabajo de la comunidad, de las faenas, que las señoras participen y ver los maestros que no falten en las escuelas y los alumnos que no falten a clases. Vigilar a las madres que tengan a sus hijos con desnutrición, que consuman suplemento alimenticio y ver los medicamentos, que no falten en la casa de salud”.

4. Asociación de padres de familia: seguimiento a falta de insumos, asistencia de maestros, condiciones de las aulas, eventos propios de los planteles.
5. Comité de Educación Inicial. Que las madres lleven a sus hijos, que participen de las actividades y apliquen lo visto en las clases.
6. Comité de Agua: Vigilar condiciones de la tubería, encargarse de distribuir recibos, recaudar cobro de agua.
7. Comité del Pozo Profundo. Verificar funcionalidad de la bomba, vigilar protección de la bomba.
8. Comité de Caminos: mantenimiento, organización de faenas, gestiones.
9. Comisión de la Capilla (católica): cuidado, mantenimiento, eventos alusivos.
10. Comisión de Luz: Funcionamiento de la red eléctrica, gestión de alumbrado público, cobro de recibos.
11. Comité de Vigilancia: prevención de delitos y atención oportuna de ocurrir éstos.
12. Comité del DIF. Gestiones con esta dependencia, funcionalidad y atención del molino.

Si bien para cuestiones con salud todos trabajan de forma conjunta, los principales actores que se identifican son:

1. La Auxiliar de Salud
2. El Comité Local de Salud, y
3. El Comité Oportunidades (Prospera).

Cabe señalar que las autoridades comunales (Delegado y Juez) deben estar siempre enterados de las acciones en materia de salud, pero por lo general, envían a sus suplentes. Sólo en caso necesario son ellos quienes acuden directamente.

Las relaciones entre las diferentes autoridades son ordenadas y cooperativas. Destaca el respeto que se guardan a cada uno de los cargos y funciones, inclusive si una de las personas estuvo ocupando anteriormente un puesto, una vez terminada su comisión, evitan hacer alusión al periodo en el cual ocuparon el puesto, tal como lo refiere el suplente del Delegado:

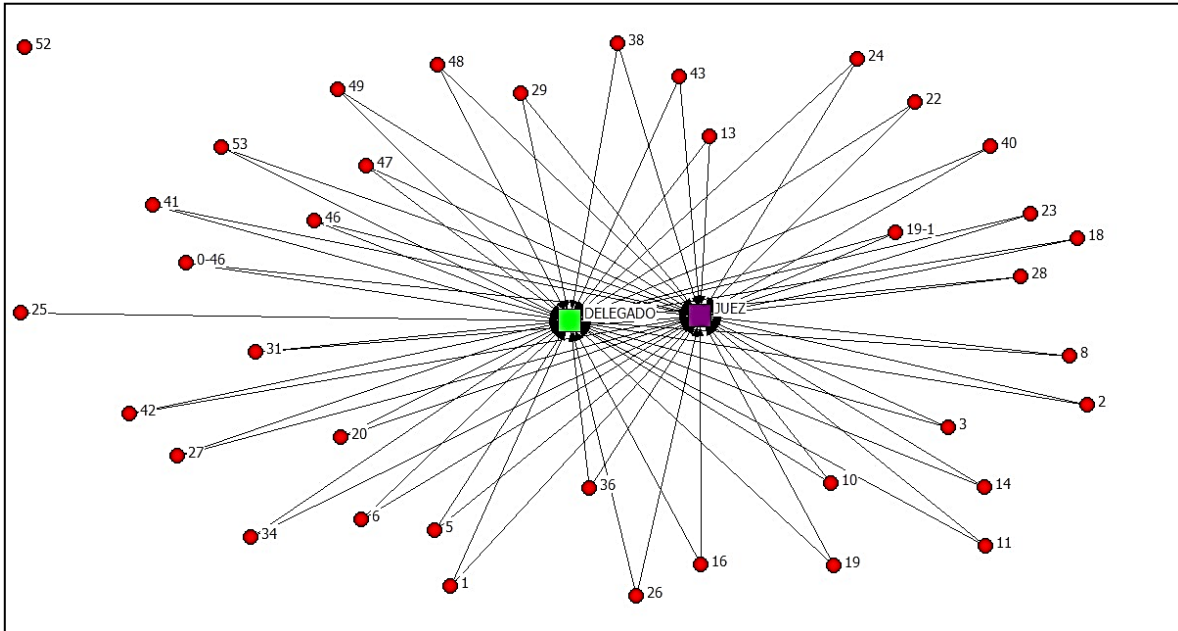
“Cuando hemos tenido otro encargo, o sea, otro cargo de autoridad, pues nos dedicamos a eso y ya no tocamos lo de antes”.

POSICIÓN DE LOS ACTORES EN LA RED CACALACAYO

Al preguntar a los encargados de las viviendas respecto de las autoridades que reconocen en su localidad, el mayor porcentaje lo obtuvo el Delegado, referido en 37 viviendas, equivalente al 97%. Un porcentaje similar lo obtuvo el Juez, con 95%. Estos resultados son similares al caso Coamízatl, con lo cual se refuerza el respeto que la población de esta zona otorga a estos personajes. Los hogares que hicieron referencia de los mismos se presentan en la gráfica 7.4.

Gráfica 7.4

Hogares de Cacalacayo que reconocen al Juez y Delegado como autoridad



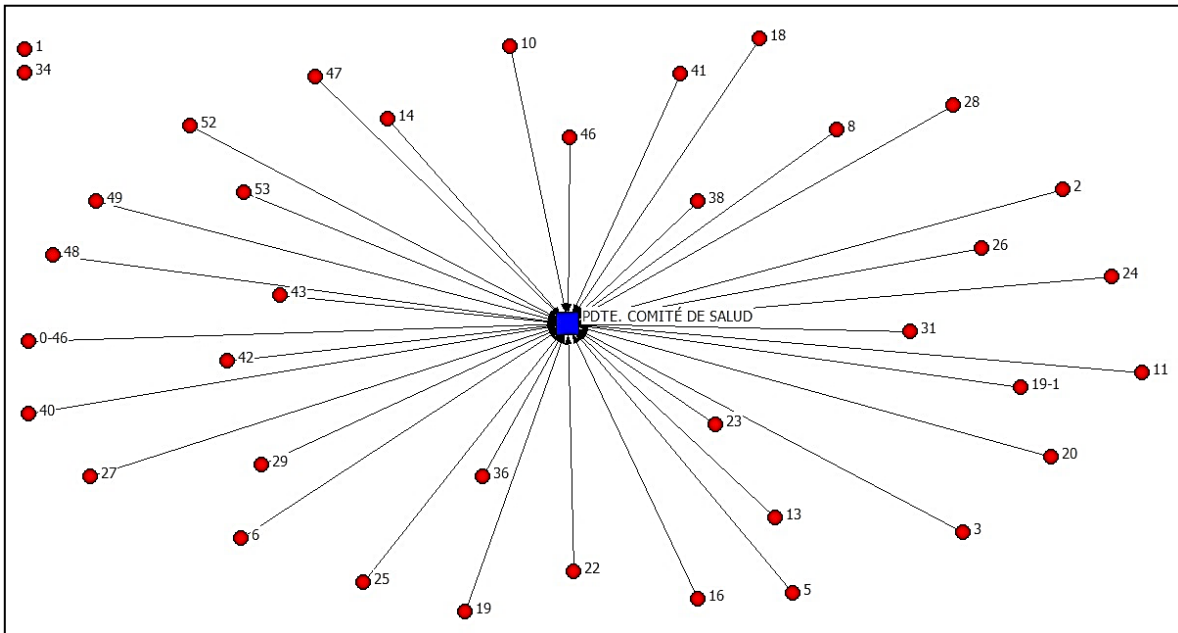
FUENTE: Elaboración propia, 2016.

Coincide la vivienda con el número 52, que no menciona a ninguna de las dos autoridades, además de la vivienda 25, que sólo refiere al Delegado.

En orden descendente según el resultado porcentual, el Presidente del Comité Local de Salud fue referido también por el 95% de los hogares, resultado que se presenta en la gráfica 7.5.

Gráfica 7.5

Hogares de Cacalacayo que reconocen al Presidente del Comité Local de Salud como autoridad



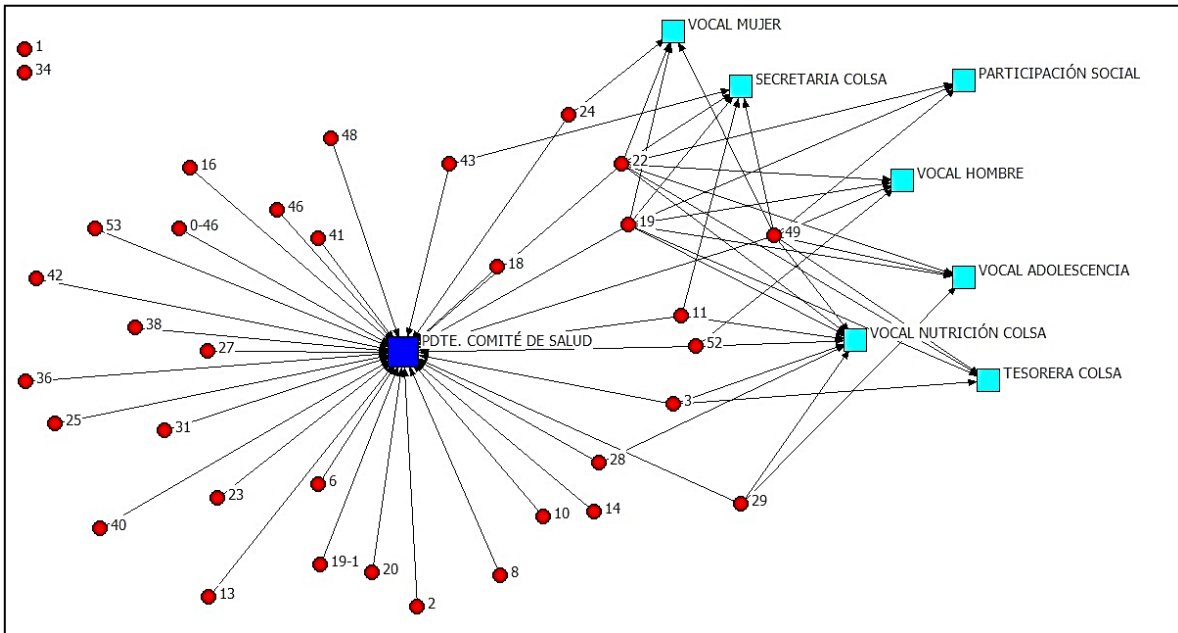
FUENTE: Elaboración propia, 2016.

Son 36 los hogares que reconocen a este actor como autoridad, exceptuando las viviendas 1 y 34. Es importante resaltar la importancia que la localidad de a este actor, al equipararse según los resultados obtenidos, con las autoridades comunales.

Respecto a la identificación del resto de los integrantes de este comité, tanto por cargo como por su nombre personal, son referidos en promedio por el 12.3% de las viviendas, las cuales también señalan las funciones de los mismos. La gráfica siguiente (7.6) muestra los hogares que refirieron a estos personajes según su cargo. Se incluye como comparativo al Presidente del comité, quien visualmente se identifica como el actor central.

Gráfica 7.6

Reconocimiento en hogares de Cacalacayo de integrantes del comité local de salud como autoridades



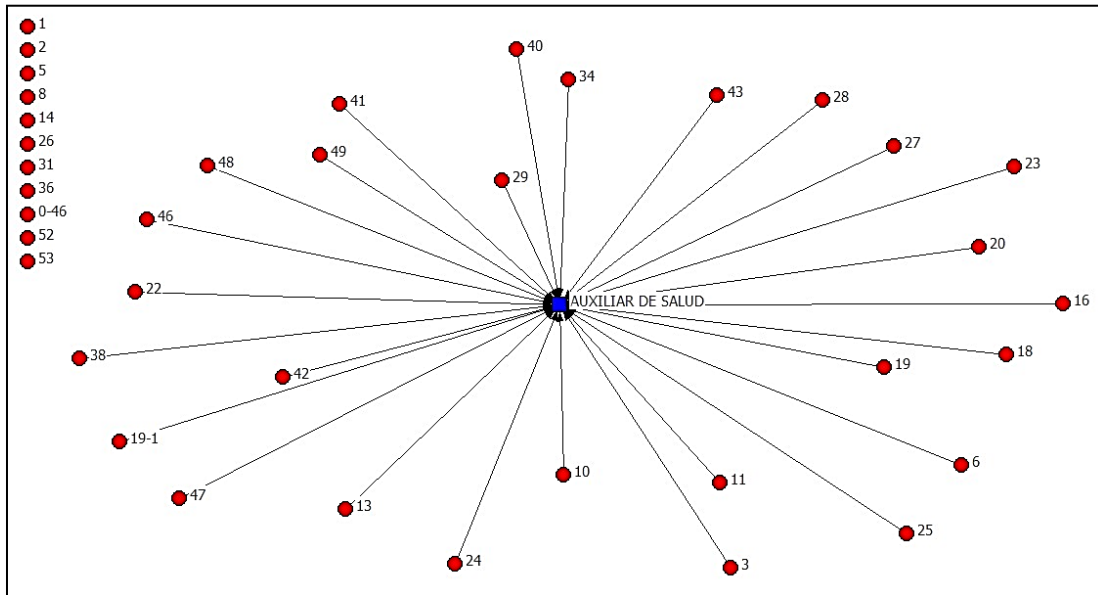
FUENTE: Elaboración propia, 2016.

Según lo presentado en la gráfica anterior, después del Presidente, el personaje más referido es la vocal de nutrición, mencionada en 8 hogares, que en otras localidades equivale a la vocal de salud del niño, entre cuyas responsabilidades se encuentra el seguimiento nutricional de los menores de 9 años, con énfasis en el grupo de 0 a 5 años, identificación oportuna de datos de alarma, sobre todo por enfermedades diarreicas o respiratorias, así como vigilancia de su estado vacunal.

A diferencia del caso Coamízatl, donde la Auxiliar de Salud se ubica más como un actor periférico, en Cacalacayo es de los de mayor representatividad, referida en el 71% de las viviendas, equivalente a 27 casas, tal como se muestra en la gráfica 7.7.

Gráfica 7.7

Hogares de Cacalacayo que reconocen a la Auxiliar de Salud como autoridad



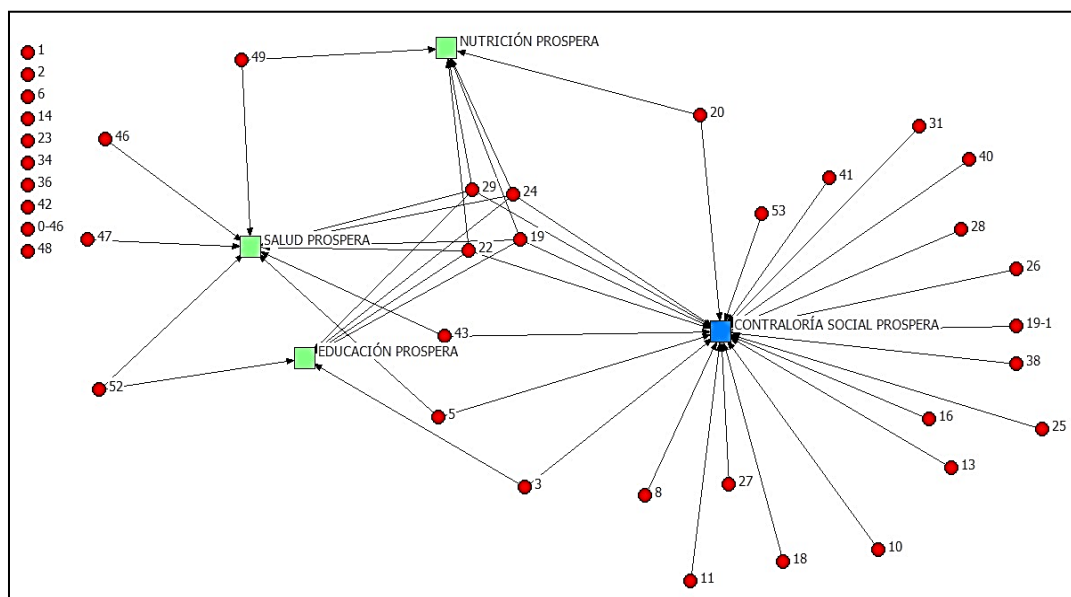
FUENTE: Elaboración propia, 2016.

Este personaje, debido a su desempeño, se ha mantenido en su cargo durante 11 años, y es con quien, en ausencia del personal de la Red US 2, acuden los habitantes de Cacalacayo en caso de enfermedad. Para la institución gubernamental de salud, no es necesario cambiar periódicamente a este actor, al contrario, considera que pueden obtenerse mejores resultados si es una persona con baja movilidad.

Otra autoridad de importancia para los habitantes de Cacalacayo, es la encargada de contraloría social del comité prospera, quien fue señalada por el 63% de los hogares; al resto de las integrantes de dicho comité, se les refirió en un porcentaje promedio de 20.3%. Los datos se presentan en la gráfica 7.8.

Gráfica 7.8

Hogares de Cacalacayo que refieren a los integrantes del Comité Prospera como autoridad



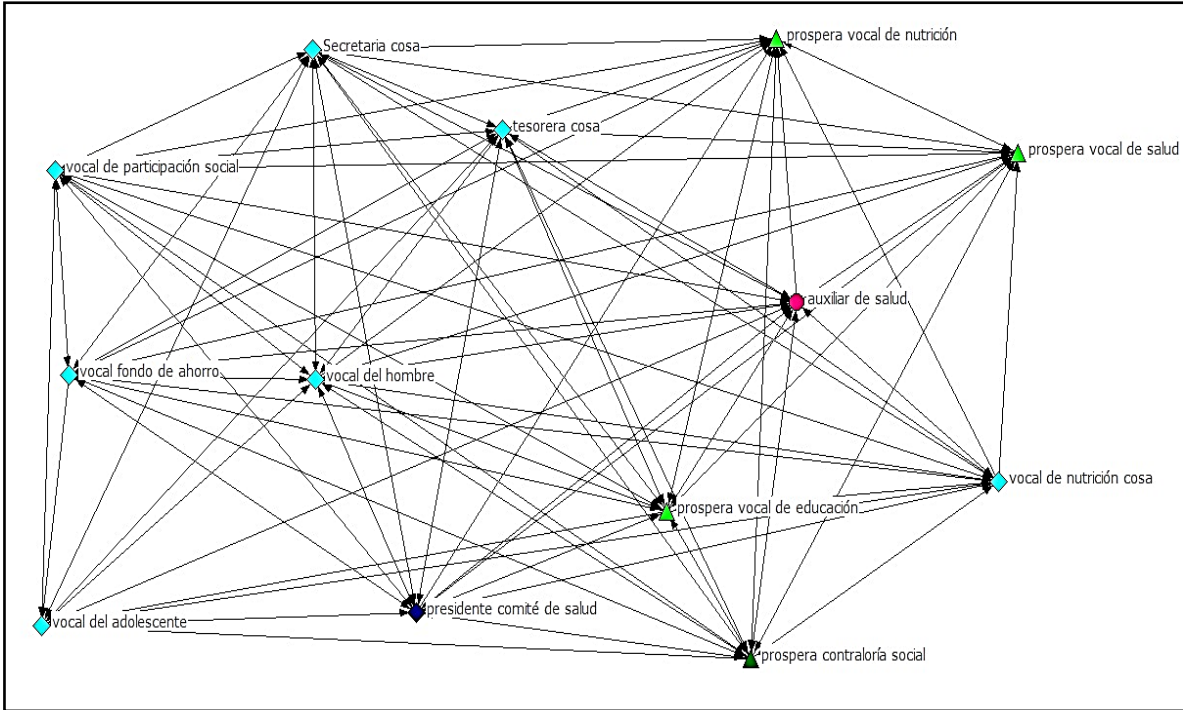
FUENTE: Elaboración propia, 2016.

Según se observa en la gráfica anterior, a la encargada de contraloría social le sigue en orden de referencia la vocal de salud, señalada por el 29% de los hogares. También, es importante resaltar que el porcentaje de representatividad de las vocales del comité prospera es mayor al de los vocales del comité local de salud, con una diferencia porcentual de 8%.

Si bien las gráficas anteriores muestran la interrelación que llevan a cabo las autoridades con la población en general, también a través de etnografía se identificaron las interrelaciones entre las áreas que abordan de forma directa los aspectos concernientes a salud. Se identificaron relaciones cooperativas y una interacción cotidiana para intercambio de información alusiva a sus respectivas responsabilidades, y hallazgos en los domicilios, lo cual se muestra en la gráfica 7.9. Se distinguen en color azul a los integrantes del comité de salud, en color verde a los del comité prospera y en rosa a la auxiliar de salud.

Gráfica 7.9

Interrelación entre la Auxiliar de Salud y los Comités Local de Salud y Prospera, Cacalacayo



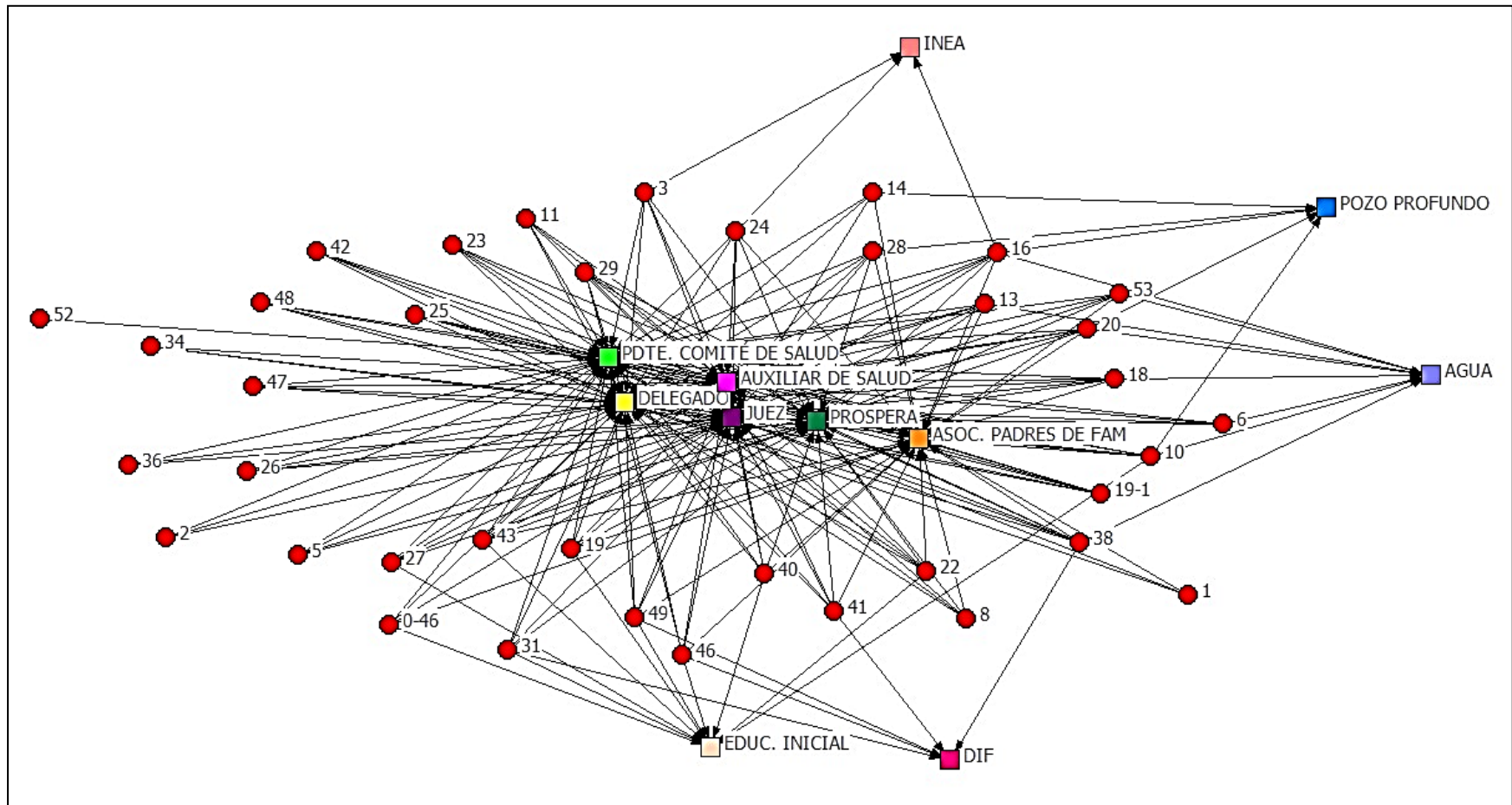
FUENTE: Elaboración propia, 2016.

La anterior, es una gráfica que presenta 13 nodos, cada uno de los cuales, con 12 opciones de interacción, lo cual se presenta en la mayoría de los actores, con excepción del vocal del adolescente, con interacciones con 10 actores, excepto las vocales prospera de salud y nutrición, lo cual puede limitar sobre todo el trabajo de la vocal de salud del adolescente, dado que cerca del 100% de los pobladores de Cacalacayo son beneficiarios de dicho programa. Destaca también la ubicación central de la Auxiliar de Salud, lo cual refleja las referencias que de ella realizan el resto de autoridades enfocadas al área de salud.

En la gráfica siguiente, se muestra al total de autoridades referidas en los hogares.

Gráfica 7.10

Reconocimiento de autoridades en hogares de Cacalacayo



FUENTE: Elaboración propia, 2016.

La gráfica anterior muestra, además de los actores señalados en párrafos anteriores, a otros personajes que también fungen como autoridades, los cuales también fueron importantes de referir por los habitantes de Cacalacayo. Entre ellos se encuentra al Presidente de la Asociación de Padres de Familia, señalado en 24 hogares (63%), a la representante de Educación Inicial (26%), a la Comisión de Agua (18%), a la representante de DIF (13%) y al Comité del Pozo Profundo (13%).

A partir de un listado de 11 autoridades, la tabla que a continuación se muestra, contiene el número de viviendas y el total de autoridades referidas.

Tabla 7.2

Total de autoridades reconocidas en Cacalacayo y número de hogares que las refieren

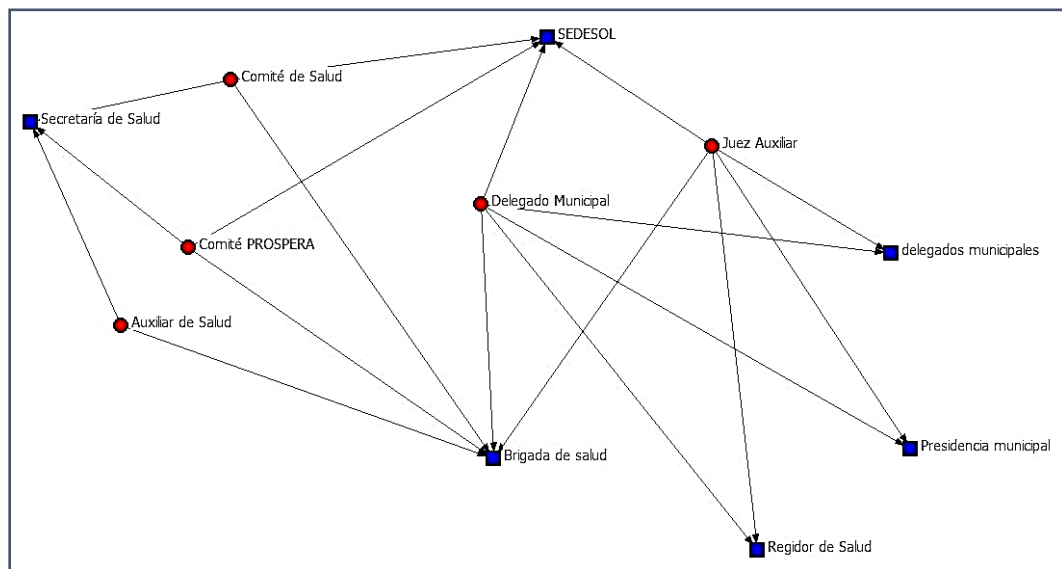
No. Autoridades	No. de Hogares que las refieren	%
9	2	5.2%
8	2	5.2%
7	10	26.3%
6	7	18.4%
5	7	18.4%
4	5	13.1%
3	4	10.5%
2	-	-
1	1	2.6%

FUENTE: Elaboración propia.

RECURSOS EXISTENTES Y OBTENIDOS POR LA RED COAMÍZATL

- Recursos políticos. Cacalacayo conforma una red solidaria, que privilegia la difusión entre sus pobladores y que trabajan por objetivos, mismos que deciden anualmente durante asambleas generales, a través de votación directa. Tienen vasta experiencia en interrelaciones para gestión de recursos, lo cual los ha legitimado como una red activa y efectiva. La gráfica 7.11 presenta sus principales actores externos con quienes interactúan.

Gráfica 7.11
Actores externos con quienes se interrelacionan las autoridades de Cacalacayo



FUENTE: Elaboración propia, 2016

En la gráfica anterior, se distinguen en azul los actores con quienes refieren llevar a cabo interacción: la Secretaría de Salud a través de la Jurisdicción Sanitaria, la Brigada de salud como prestadora de servicios cotidianos y SEDESOL, como

Secretaría de la cual dependen los apoyos del programa Prospera. Los tres actores restantes, regidos de salud, delgados municipales y presidente municipal, representan en conjunto las dependencias que representan al Ayuntamiento. Como señala el suplente del Delegado:

“Con el Ayuntamiento es con quien se hacen las gestiones. Siempre se llevan escritos que son los que nos reciben, y siempre nos dan respuestas, pero las respuestas siempre son sólo de palabra, no en papel. Pero no ha habido problemas por eso”.

- Recursos humanos. Ya se señaló en el apartado de estructura de la red, la amplia gama de representaciones, comités y comisiones que existen en Cacalacayo, mismas que surgieron como necesidades de atención a la diversidad de programas y estrategias gubernamentales que se aplican en la localidad. Cabe señalar que prácticamente la totalidad de los cargos son honorarios, pues no reciben pago alguno para su desempeño, con excepción de la Auxiliar de Salud quien, al igual que sus homólogas existentes en todo el país, reciben una compensación monetaria bimestralmente por parte de la Secretaría de Salud Federal.

Para objetivos de salud, es básica la acción tanto de los integrantes de los comités prospera y local de salud, así como los promotores voluntarios, pues representan el principal medio de difusión y vigilancia a nivel domiciliario, por tratarse de entornos de difícil acceso, carentes de líneas telefónicas o servicio de internet. Ellos se convierten en portavoces de las encomiendas que les encarga en este caso la unidad de salud. Estos actores son principalmente mujeres madres de familia y en algunos casos, adolescentes (imagen 7.46). Destaca también que, para el trabajo voluntario, la edad no es una limitante, lo mismo se incorporan madres jóvenes que mujeres de edad madura.

Imagen 7.46

Integrantes de los Comités de Salud y Prospera, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015.

Estas personas son generalmente aceptadas en los domicilios y aceptan su función, pues saben que en algún momento los papeles se invertirán, y quienes ahora son receptores de indicaciones, mensajes y observaciones, en fechas próximas serán emisores de las mismas.

Imagen 7.47

Integrantes de los Comités de salud y Prospera de Cacalacayo interactuando



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015.

La imagen 7.47 muestra a dos integrantes del comité local de salud y una que forma parte del comité prospera, acompañando durante las visitas domiciliarias donde se recabaron datos para esta investigación. Es habitual que las mujeres que tienen hijos menores de 2 años los traigan consigo durante las largas jornadas de caminatas y visitas a los hogares, lo cual no les impide cumplir con sus funciones.

SEDESOL es la encargada de capacitar al comité Prospera, y la Secretaría de Salud lo hace con los comités locales de salud, sobre lo cual refiere el Presidente del Comité Local de Salud:

“Antes hemos ido a Tamazunchale, aunque ahorita que estoy de nuevo aquí pues no nos han citado. El que era el encargado nos juntaba a todos los comités del municipio y nos capacitaba, nos decía del trabajo que se iba a hacer, nos hablaba del saneamiento básico... pero la última vez ya tiene mucho, como cinco años o más. la Unidad de Salud no junta a sus comités, nunca lo han hecho. La Auxiliar de salud es aparte, a ella la capacita la enfermera, pero también va cada año a reunión con otras auxiliares”.

Durante el tiempo que se dedicó en la localidad a trabajar para este estudio, se distinguió como al Presidente del Comité de Salud como el actor de mayor liderazgo en la localidad. Ya había pasado en otras ocasiones por ese cargo, así como en el de juez y delegado, lo que se evidencia al conocer extensamente la localidad, sus pobladores, los principales problemas que les aquejan y las opciones de atención.

- Recursos organizacionales. Como se mencionó en el apartado de la Red US 2, las autoridades en Cacalacayo cambian cada tres años. Cuando se cambian los cargos, los nuevos actores deben hacer un plan de trabajo, pero todas las gestiones son realizadas generalmente por el Juez y el Delegado.

El comité de salud se reúne cada dos meses formalmente con los integrantes de la unidad de salud (imagen 7.48), con quienes definen una serie de prioridades y elaboran un programa de trabajo (imagen 7.49).

Imagen 7.48
Registro de acta de reunión del comité local de salud, Cacalacayo

DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
 SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD
 DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD

ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE SALUD Y LÍDERES COMUNITARIOS EN SALUD

En la comunidad de Cacalacayo del municipio de Tamazunchale
 día 9 del mes de Agosto del año 2014 siendo las 15:00 horas, los c.c.
DA Lucia Vazquez Lopez
Le Araceli Ramirez Rodriguez

Llevaron a cabo reunión bajo la siguiente ORDEN DEL DIA:

1. Lista de asistencia
2. Lectura y aprobación de acta de sesión anterior
3. Informe de Comisiones de los integrantes del Comité Local de Salud y de las asignadas a los Líderes Comunitarios en Salud
4. Análisis del cumplimiento de objetivos y metas contra impactos de salud en los habitantes de la localidad.
5. Acuerdo de acciones, asignación de tareas, organización de comisiones.
6. Asuntos generales (donde se acuerda además fecha de próxima reunión).

No habiendo otro asunto por tratar, se da por terminada la reunión, en punto de las 16:00 horas de la fecha arriba señalada, conformidad los que en ella participan.

FIRMA DE ACUERDO DE ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Basilio Baetista Natarco	Presidenta	Basilio
Adelaida Santiago Antonio	Secretaria	Adelaida
María Felicitas Hilario Felix	Vocal de Nutrición	María
Virginia Martinez Madero	Vocal Tesorería	Virginia
Antonia Aurelio Ortiz E.	Vocal participación	Antonia
Alma Delia		Alma
Marcelina Hernández Felix	Vocal del hombre	Marcelina
Salvadora Antonio Santos		Salvadora

Protección Social en Salud
 Jurisdicción Sanitaria No. VI
 Tamazunchale, S.L.P.

SERVICIOS DE SALUD
 JURISDICCION SANITARIA Y
 ALIENACION DE
 COMUNITARIA
 MA. REYES HILARIO
 CACALACAYO, TAMAZUNCHALE, S.L.P.

FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015

Imagen 7.49
Registro del plan de trabajo bimestral del comité local de salud, Cacalacayo

DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
 SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD
 DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD

PLAN BIMESTRAL DE TRABAJO DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD

UNIDAD DE SALUD: U.S. No. 1 Cacalacayo LOCALIDAD: Cacalacayo

NOMBRE DEL PROYECTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	RESULTADOS ESPERADOS	COSTO ESTIMADO	COSTO REAL
<u>Encuesta de hábitos de alimentación en hijaladas</u>	<u>9-01-2014</u>	<u>12-01-2014</u>	<u>Para tener una buena alimentación</u>		
<u>Exhibición de pláticas de nutrición</u>	<u>9-01-2014</u>	<u>9-07-2014</u>	<u>Para tener una buena alimentación</u>		
<u>Proyecto Alimentación Saludable</u>	<u>09-01-2014</u>	<u>09-07-2014</u>	<u>Para tener una buena alimentación</u>		

PERSONAS COMISIONADAS: En General, en General, en General

DELEGADO MUNICIPAL CACALACAYO MUNICIPIO DE TAMAZUNCHALE, S.L.P.
Le Araceli Ramirez Rodriguez
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE SALUD

JUEZ AUXILIAR CACALACAYO MUNICIPIO DE TAMAZUNCHALE, S.L.P.

RESP. AREA DE PROMOCION DE LA SALUD

PROYECTO BIMENSUAL

FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015

Una vez que llevan a cabo una reunión y elaboran el consiguiente plan de trabajo, los documentos son mostrados por el médico de la unidad al área jurisdiccional de promoción de la salud para su conocimiento, validación y guarda de una copia. Se puede observar en la imagen 7.49 que el plan de trabajo se enfoca a un proyecto alimentario. Se desconoce si esta información, una vez de conocimiento del área de promoción, se comunique por medio de ellos al área jurisdiccional de nutrición, lo cual pudiera favorecer que esta área se involucrara técnicamente con la unidad de salud y el comité de salud. Posteriormente, ambos registros se archivan en una carpeta específica para tal fin, que se resguarda en la casa de salud, y que puede ser empleada por el personal de salud o el presidente del comité.

Según se refirió por la unidad de salud, existe en Cacalacayo una casa denominada como Amiga del Niño y de la Madre, lo cual se pudo constatar al visitar los hogares y dar con ella. Destaca que, aunque no ha recibido el identificador oficial que envía el nivel estatal de promoción de la salud, la persona responsable de la casa se dio a la tarea de elaborar por sí misma el identificador, como se observa en la imagen 7.50. La imagen 7.51 presenta el registro que realizan, respecto a la entrega de sobres de suero oral, incluyendo nombre de la persona, la cantidad otorgada y el motivo por el cual se le entregaron. Este registro también es validado por el personal de la Jurisdicción Sanitaria.

Imagen 7.50
Casa amiga del niño y de la madre, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015.

Imagen 7.51
Registro de sobres de suero oral entregados en la casa amiga del niño y de la madre, Cacalacayo

SERVICIO DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD CASAS AMIGAS DEL NIÑO Y DE LA MADRE REGISTRO DE ENTREGA DE SOBRES VIDA SUERO ORAL			
Cacalacayo		RESPONSABLE	Salvina Antonia Santa
Cacalacayo Casa de Salud		BIESTRIMESTRE	(1) (2) <input checked="" type="checkbox"/> (3) (4) (5) (6)
NOMBRE	DOMICILIO	SOBRES ENTREGADOS	OBSERVACIONES
via Fierro	Cacalacayo	3	Diarrea
el Bautista	Cacalacayo	3	Diarrea
ida Santiago	Cacalacayo	3	Diarrea
iona Antonia	Cacalacayo	3	Diarrea
nga Conchas	Cacalacayo	3	Diarrea
aria Marcela	Cacalacayo	3	Diarrea
ia Hdez Siga	Cacalacayo	3	Diarrea
ia Hdez Benito	Cacalacayo	3	Diarrea
la Benito	Cacalacayo	3	Diarrea
ina Auxilia	Cacalacayo	3	Diarrea
ia Colman	Cacalacayo	3	Diarrea
concepción Felia	Cacalacayo	3	Diarrea
o Gonzale	Cacalacayo	3	Diarrea
ia Marcela	Cacalacayo	3	Diarrea

FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015

Otras formas de organización que llevan a cabo los habitantes de Cacalacayo, consiste en la formación de comisiones para llevar a cabo diferentes tareas, tales como el aseo de la casa de salud. Como se muestra en la imagen 7.52, la Auxiliar de Salud tiene un cuaderno donde anota por fecha la actividad y el nombre y firma de las personas que asistieron a realizarla.

Imagen 7.52
Registro de asistencia de habitantes para aseo de casa de salud, Cacalacayo

Aseo de casa de salud		DIA	MES	AÑO
Petra Hdez de la cruz				PAIS
Posilla Bautista Nazario				B. B. B.
Maria Lucina Martinez				M. N. L. M.
Alma Delia Julio Benito				
Maria Martina				M. N.
Marcellina Hdez Felix				M. F.
Juliana Santiago				J. S.
Maria Concepción Antonio				M. C. A.
Yviana Nazario Campos				Y. N. C.
Clara Santiago Antonio				C. S. A.
M. Flora Junguitud A.				M. F. J. A.
Adelaida Santiago A.				A. S. A.
Silvestre Junguitud de la Cruz				S. J. D. L. C.
Maria Juana Hernandez				M. J. H.
Maribel Bautista Hdez.				M. B. H.
Fortunata Jara Cruz				F. J. C.
Emilia Hdez.				E. H.
Antonita Fierro				A. F.
M. Felicitas Hilario				M. F. H.
Maximino Avello Floriel				M. A. F.
Virginia Martinez Madero				V. M. M.
M. Epifania Parra				M. E. P.
Antonina Horacio Ortiz				A. H. O.
Ana Hdez.				A. H.
Magdalena Antonio				M. A.
Saturnina Antonio Santos				S. A. S.
Maria Mercedes Antonio				M. M. A.

FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015

La imagen siguiente muestra otro listado de asistentes, pero en dicha ocasión fue para llevar a cabo lo que ellos denominan como “faenas”, que consiste en acciones de deshierbado y recolección de basura en un área determinada. En la ocasión que se registra en la imagen 7.53, la actividad se realizó en la carretera o camino principal.

Imagen 7.53
Registro de asistencia de habitantes para aseo de caminos, Cacalacayo

Carretera.		DIA	MES	AÑO	MONTO
Lista de Aseo					
petra Hernández de la cruz					Prof. de aseo
Basilio Bautista Nazario					B. B.
Maria Lucina Martínez					M. L.
Alma delia Julio Benito					A. B.
Maria Martina					M. M.
Marcelina Hernández Felix					M. H. F.
Juliana Santiago					J. S.
maria Concepción Antonio					M. C. A.
Nativana Nazario Campos					N. N. C.
Clara Santiago Antonio					C. S. A.
M. Flora Junguitud					M. F. J.
Adelaida Santiago Antonio					A. S. A.
Silvestre Junguitud de la Cruz					S. J. C.
Maria Soana Hernández					M. S. H.
Maribel Bautista Hernández					M. B. H.
Fortunata Julia					F. J.
Emilia Hernández					E. H.
Antonia Fierro					A. F.
Maria Felicitas Ilario Felix					M. F. I. F.
Maximina Aurea Gabriel					M. A. G.
Virginia Martínez Madero					V. M. M.
Maria Epifania Petra					M. E. P.
Antonia Aurelio Ortiz					A. A. O.
Ana Hernández					A. H.
Madalena Antonio					M. A.
Safarina Antonio Santos					S. A. S.
Maria Medecia Antonio					M. M. A.

FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015

Si bien se señaló en párrafos anteriores que la Auxiliar de Salud percibe una compensación económica bimestral por parte de la Secretaría de Salud, los habitantes de la Red Cacalacayo han tomado la decisión de realizar mensualmente una aportación por vivienda para apoyar el trabajo de este personaje, pues consideran que, al hacerlo, favorecen que la persona se mantenga en el cargo y no se ausente de la localidad para buscar una fuente extra de ingreso. En la imagen 7.54, se puede observar uno de los listados con los nombres de las personas que han realizado la aportación.

Imagen 7.54
Registro de cooperación de habitantes, incentivo para Auxiliar de Salud, Cacalacayo

Cooperación para	198	1988	1990	1992
la auxiliar				
Petra Hernández de la Cruz				
Basilio Bautista Nazario				
María Lucina Martínez				
Alma Delia Julia Benito				
María Martina				
Marcelina Helez Félix				
Juliana Santiago				
María Concepción Antonio				
Viviana Nazario Campos				
Clara Santiago Antonio				
M. Flora Junguitud A.				
Adelaida Santiago Antonio				
Silvestre Junguitud de la Cruz				
María Juana Hernández				
Mariela Bautista Hernández				
Fortunata Julia Cruz				
Emilia Helez Helez				
Antonia Fierro				3.70 pesos
María Felicitas Hilario				
Maximina Aurelio Gabriel				
Virginia Martínez Macera				
María Epifanía Petra				
Antonia Lucelia Ortiz				
Ana Hernández				
Magdalena Antonio				
Saturnina Antonio Santos				
María Melecia Antonio				

FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015

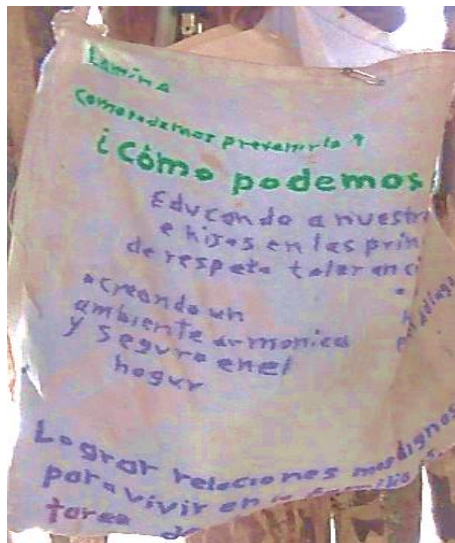
- Recursos culturales. Para la Red Cacalacayo la salud y sus opciones para acceder a ella ya forman parte de su cotidianidad, y lo transmiten tanto en las condiciones de saneamiento de su vivienda, como en su propia persona y el entorno comunitario en general. Además de ver sus caminos limpios y chapoleados, los hogares aseados, los braceros elevados y con tubos de escape al exterior, las camas en alto y los sanitarios secos, existen otras evidencias, tales como la existencia en la totalidad de viviendas de al menos un artículo bordado con algún tema de salud, los cuales les gusta mostrar a los visitantes. Estos van desde morrales (imágenes 7.55 y 7.56), donde archivan sus papeles alusivos a salud, servilletas (imagen 7.57), cortinas (imágenes 7.58 y 7.59) o incluso manteles. Al mostrarlos, platican el proceso que llevaron a cabo y lo más importante, el mensaje que han elaborado y por qué lo eligieron.

Imagen 7.55
Anverso de morral bordado. Tema: prevención de violencia familiar, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015

Imagen 7.56
Reverso de morral bordado. Tema: prevención de violencia familiar, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015

Imagen 7.57

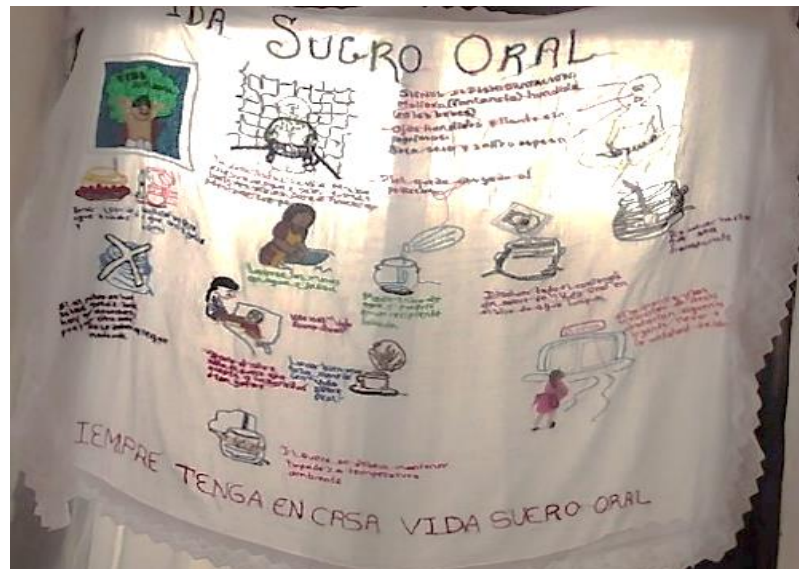
Servilleta bordada. Tema: cuidado de las fuentes de abastecimiento de agua, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015

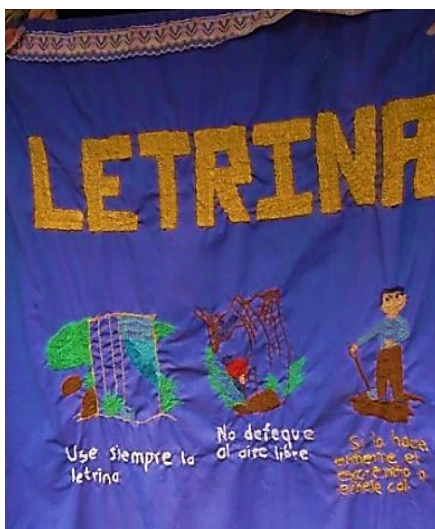
Imagen 7.58

Cortina bordada. Tema: vida, suero oral. Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015

Imagen 7.59
Cortina bordada. Tema: uso de letrinas. Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale 2015

Otro hábito adquirido tras las certificaciones y que decidieron llevar a cabo, fue la construcción de corrales con materiales de la región, mismos que se emplean tanto para la crianza de aves de corral (imagen 7.60) y de ganado porcino (imagen 7.61), como para guarda de perros. Destaca esto último, pues no es algo habitual en las localidades rurales, donde estos animales están libres y andan entre las viviendas. Al preguntarles el motivo de tenerlos en corrales, refirieron que los perros son animales que sirven para el cuidado de la vivienda, y que esto es más necesario en las noches, para evitar robos. Por lo tanto, en una asamblea decidieron tenerlos en el día encerrados en su corral, y por las noches soltarlos para que cumplan su función de vigilantes.

Imagen 7.60
Corral elaborado para guarda de aves de crianza, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

Imagen 7.61
Corral elaborado para guarda de porcinos, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

- Recursos materiales. Son diversos los recursos materiales que han obtenido en Cacalacayo sus habitantes, todos ellos a través de gestiones previamente priorizadas. Entre los primeros beneficios que pudieron obtener fue la construcción de la casa de salud, la cual se presenta en la imagen 7.62.

Imagen 7.62
Casa de Salud de Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

El terreno fue donado por un habitante de la localidad. La casa de salud, como refieren las vocales de Oportunidades, *“empezó entre todos, no sólo con el trabajo de los maridos, pues todos los habitantes colaboramos”*.

Según refiere la tesorera del Comité Local de Salud:

“Con lo del programa Progresá fue cuando se instaló, cuando llegó la brigada. Porque antes de eso venía sólo una enfermera, luego llegó un doctor, pero no duró mucho porque a él no le gustaba dormir aquí (en el pueblo), en casas de zacate, porque no había más. Antes nos íbamos a Tezontla⁴⁰ para atendernos, porque aquí no había quien”.

Dando seguimiento a la historia del surgimiento de la casa de salud, el Presidente del Comité Local de Salud refiere que:

La casa de salud fue construida por la Presidencia Municipal, y después de unos años se construyó la galera, para poder tener aquí las juntas.

⁴⁰ Nombre de la Unidad Rural de Medicina (UMR), correspondiente al IMSS en su régimen Prospera. Se ubica en la localidad del mismo nombre, perteneciente también al municipio de Tamazunchale.

Posteriormente se construyó por los propios habitantes la galera anexa, ubicada a un costado de la casa de salud, la cual incluye una estufa Lorena, que es donde se realizan mensualmente demostraciones culinarias organizadas por ellos mismos (imagen 7.63).

Imagen 7.63
Área de reuniones, casa de salud de Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

La galera está construida con una pared de block, un pilar de concreto, un techo de lámina y un falso cielo de nylon negro, el cual incrementa sobremanera la temperatura en tiempos de calor.

Al interior de la casa de salud se dispone de material y equipo otorgado por la Jurisdicción Sanitaria previo a la primera certificación (ya abordado en apartados anteriores). Su sanitario, como se observa en la imagen 7.64, es tipo W.C., y fue aportado también por la Presidencia. Consta de un depósito tipo fosa. Todos los insumos para su uso y limpieza fueron adquiridos por la población.

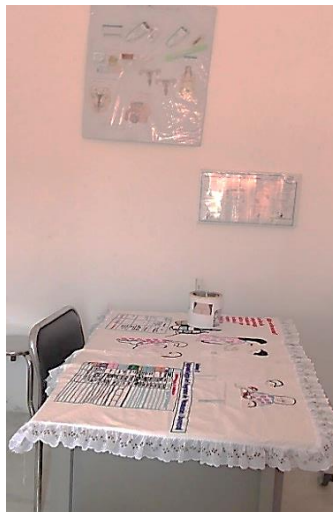
Imagen 7.64
Sanitario, casa de salud de Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

El consultorio de enfermería se distingue por contar con insumos realizados por las mujeres de la localidad durante los talleres de capacitación, tales como el mantel que cubre el escritorio y el muestrario de métodos anticonceptivos que cuelga de la pared, y que se presentan en la imagen 7.65.

Imagen 7.65
Consultorio de enfermería, casa de salud de Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

Imagen 7.66
Mantel bordado. Tema: vacunas. casa de salud de Cacalacayo

Lámina 8
Esquema básico del Programa de Vacunación Universal

ESQUEMA BÁSICO DE VACUNACIÓN			
VACUNA	INDICACIONES	EDAD	SEGUNDA DE VACUNACIÓN
BCG	Tuberculosis	Al nacer	
OPV2	Polio	Al nacer	
OPV3	Polio	2 meses	
OPV4	Polio	5 meses	
OPV5	Polio	18 meses	
OPV6	Polio	4 años	
OPV7	Polio	6 años	
OPV8	Polio	11 años	
OPV9	Polio	15 años	
OPV10	Polio	18 años	
OPV11	Polio	21 años	
OPV12	Polio	24 años	
OPV13	Polio	27 años	
OPV14	Polio	30 años	
OPV15	Polio	33 años	
OPV16	Polio	36 años	
OPV17	Polio	39 años	
OPV18	Polio	42 años	
OPV19	Polio	45 años	
OPV20	Polio	48 años	
OPV21	Polio	51 años	
OPV22	Polio	54 años	
OPV23	Polio	57 años	
OPV24	Polio	60 años	
OPV25	Polio	63 años	
OPV26	Polio	66 años	
OPV27	Polio	69 años	
OPV28	Polio	72 años	
OPV29	Polio	75 años	
OPV30	Polio	78 años	
OPV31	Polio	81 años	
OPV32	Polio	84 años	
OPV33	Polio	87 años	
OPV34	Polio	90 años	
OPV35	Polio	93 años	
OPV36	Polio	96 años	
OPV37	Polio	99 años	
OPV38	Polio	102 años	
OPV39	Polio	105 años	
OPV40	Polio	108 años	
OPV41	Polio	111 años	
OPV42	Polio	114 años	
OPV43	Polio	117 años	
OPV44	Polio	120 años	
OPV45	Polio	123 años	
OPV46	Polio	126 años	
OPV47	Polio	129 años	
OPV48	Polio	132 años	
OPV49	Polio	135 años	
OPV50	Polio	138 años	
OPV51	Polio	141 años	
OPV52	Polio	144 años	
OPV53	Polio	147 años	
OPV54	Polio	150 años	
OPV55	Polio	153 años	
OPV56	Polio	156 años	
OPV57	Polio	159 años	
OPV58	Polio	162 años	
OPV59	Polio	165 años	
OPV60	Polio	168 años	
OPV61	Polio	171 años	
OPV62	Polio	174 años	
OPV63	Polio	177 años	
OPV64	Polio	180 años	
OPV65	Polio	183 años	
OPV66	Polio	186 años	
OPV67	Polio	189 años	
OPV68	Polio	192 años	
OPV69	Polio	195 años	
OPV70	Polio	198 años	
OPV71	Polio	201 años	
OPV72	Polio	204 años	
OPV73	Polio	207 años	
OPV74	Polio	210 años	
OPV75	Polio	213 años	
OPV76	Polio	216 años	
OPV77	Polio	219 años	
OPV78	Polio	222 años	
OPV79	Polio	225 años	
OPV80	Polio	228 años	
OPV81	Polio	231 años	
OPV82	Polio	234 años	
OPV83	Polio	237 años	
OPV84	Polio	240 años	
OPV85	Polio	243 años	
OPV86	Polio	246 años	
OPV87	Polio	249 años	
OPV88	Polio	252 años	
OPV89	Polio	255 años	
OPV90	Polio	258 años	
OPV91	Polio	261 años	
OPV92	Polio	264 años	
OPV93	Polio	267 años	
OPV94	Polio	270 años	
OPV95	Polio	273 años	
OPV96	Polio	276 años	
OPV97	Polio	279 años	
OPV98	Polio	282 años	
OPV99	Polio	285 años	
OPV100	Polio	288 años	

FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

Imagen 7.67
Detalle de mantel bordado. Tema: vacunas. casa de salud de Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

Las imágenes 7.66 y 7.64, muestran detalles del mantel señalado, que incluye el esquema de vacunas según edad, el concepto de vacuna, las presentaciones de los biológicos y otras imágenes alusivas.

No puede obviarse referir nuevamente lo que para ellos es hasta ahora uno de sus logros más importantes: la construcción de la carretera estatal que culmina en su localidad, y la puesta en marcha del pozo profundo que hace llegar agua al interior de sus domicilios (imagen 7.68).

Imagen 7.68
Carretera estatal y tubería para traslado de agua intradomiciliaria, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

Al respecto, el Presidente del Comité Local de Salud refiere que:

“Los tubos se colocaron en un mes; lo hizo el Ayuntamiento, él decidió cómo ponerlos, porque a nosotros no nos dejaron andar con ellos. En unos lugares los pusieron bien altos. Hasta la enfermera me dijo que allá en Limantitla⁴¹, los pusieron más altos y algunas personas, sobre todo las que están bien abuelitas, se han caído. Pero también nos dijeron que los tubos tienen que estar así, porque si están bajo la tierra se oxidan”.

⁴¹ Localidad perteneciente al municipio de Tamazunchale.

Otros programas han dejado también beneficios, como el señalado piso firme de SEDESOL, y el apoyo para la crianza de aves de corral o instalación de huertos familiares a través de del PESA (Proyecto Estratégico para la Seguridad Alimentaria).⁴² Las imágenes 7.69 y 7.70, muestra dos ejemplos de huertos familiares que se han instalado.

Imagen 7.69
Huerto familiar auspiciado por PESA, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

⁴² La FAO creó el PESA en 1994, con el objetivo de contribuir al desarrollo de capacidades de las personas que habitan en comunidades de alta marginación, para incrementar la producción agropecuaria, innovar los sistemas de producción, desarrollar los mercados locales, promover el uso de alimentos y la generación de empleos, que favorezcan el incremento en sus ingresos y la seguridad alimentaria. Aborda entre otros, proyectos de traspatio (agrícola y/o pecuario), milpa y obras para captación de agua (a nivel comunitario). Parte de la visión que las personas son las responsables de su propio desarrollo, y la organización es un medio para satisfacer necesidades comunes y mejorar sus condiciones de vida. **Fuente especificada no válida.**

Imagen 7.70
Interior de huerto familiar auspiciado por PESA, Cacalacayo



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015

Para la puesta en marcha de estos proyectos, la SAGARPA aporta la orientación técnica y el apoyo económico del 50%. El resto corre a cargo de la población beneficiada.

- Recursos legales. Al igual que en Coamízatl, la Red Cacalacayo consta de una estructura organizativa y un sistema de reglamentos, regidos tanto por la autoridad municipal, como por los propios de una localidad indígena.

LA CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS HABITANTES DE CACALACAYO

Al visitar las viviendas se les preguntó a los responsables de los hogares si sabían que su localidad tenía un reconocimiento por parte de la Secretaría de Salud, a lo que, en 36 hogares, equivalente al 94.8%, refirieron sí saberlo, y que este correspondía a que había sido certificada como saludable. El 92.1% de población señaló que participó de acciones para lograr este reconocimiento, entre las cuales se incluyeron las siguientes:

- Realizar acciones de saneamiento básico
- Ocupar algún cargo en algún comité o comisión
- Acudir a sus citas
- Participar de las faenas
- Asistir a los talleres que imparte la Auxiliar de Salud
- Amarrar a sus perros
- Instalar en su hogar una casa de rehidratación oral
- Cooperar cuando se lo pidan
- Realizar visitas domiciliarias
- Tener animales en crianza.
- Participar en aseo de la casa de salud.

El 89.5% de los pobladores, consideran que una certificación es de utilidad. Entre los motivos señalaron que:

- El aseo es lo más importante
- Hay patios limpios
- Hay oportunidades de educación
- La gente cumple con lo que se le pide que haga
- Las personas limpian sus casas
- El personal de la unidad de salud enseña cómo comer
- Los niños ya no se enferman como antes
- Ya no hay tantas enfermedades
- Nos damos cuenta que toda la comunidad está limpia

- Toda la familia puede estar mejor de salud
- Se previenen y evitan enfermedades
- Se hierve el agua que se consume
- No hay zancudos
- Ya no se tira basura
- Se vive mejor.

La primera certificación ocurrió en el año 2004, luego se les otorgó la bandera blanca en tuberculosis. Las siguientes certificaciones fueron en el año 2011 y 2012. De estos acontecimientos, la bandera blanca se destruyó con el tiempo, pero existen las placas del 2004 y el 2011, las cuales está ubicada al exterior de la casa de salud (imagen 7.71). Del año 2012 aún no la reciben.

Imagen 7.71

Dos de las placas recibidas por Cacalacayo al certificar como Comunidad Saludable



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

Al cuestionar a las autoridades locales sobre las características que debe poseer una Comunidad Saludable, según su percepción, refirieron las siguientes:

Para el suplente del Delegado:

“Es tener una comunidad limpia y libre de enfermedades”

Para la Auxiliar de Salud:

“Es un lugar donde el trabajo que hacemos para mejorar hace que haya menos enfermedades”

Para la vocal del hombre:

“básicamente es una localidad donde los patios están limpios, se hace descacharrización cada mes en la comunidad, los hogares y las escuelas están limpios”

Consideran que, desde su cargo, pueden favorecer el mantenimiento de la localidad a través de diversas acciones, tales como:

- Estar siempre organizados como comunidad
- Trabajar en equipo
- Asistir a las pláticas y talleres
- Mantener el saneamiento básico
- Cumplir con los trabajos de la Secretaría de salud
- Tener limpia la comunidad

Según lo referido durante el presente capítulo, se desarrollan las siguientes conclusiones:

En cuanto a la estructura, al igual que en el caso Coamízatl, para la Red Unidad de Salud 2, el tamaño y número de actores no determinan la sostenibilidad de procesos colectivos de salud, pero sí las relaciones, las cuales se distinguen por ser ordenadas y cooperativas, tanto entre los integrantes de la Unidad de Salud 2, como de ellos hacia los pobladores de Cacalacayo. Esta interrelación ha favorecido el proceso de formación de competencias y habilidades para la generación de estrategias de autocuidado personal y colectivo. A lo largo del proceso de recolección de información, las técnicas etnográficas y el análisis de contenidos, sobresale el liderazgo del equipo de salud, incluyendo a una promotora de salud bilingüe que permaneció durante 3 años laborando en esta unidad, y que sin duda favoreció el acercamiento del médico y la enfermera con los habitantes de la localidad. Además de hablar la lengua materna, es importante señalar que su formación académica es como auxiliar de enfermería. Una prueba de la permanencia de las relaciones, es que una vez que dicha promotora de salud ya no acudió a laborar a Cacalacayo, la vinculación y desarrollo de acciones se ha mantenido e incluso incrementado. Con excepción del traslado de la promotora de salud a otra unidad, la movilidad interna de la Red Unidad de Salud 2 se ha mantenido intacta.

En este punto, es importante resaltar la labor creativa de la enfermera de la Red Unidad de Salud 2, quien busca opciones locales para generar colaboración, y que durante cerca de 10 años permaneció de tiempo completo con los pobladores de Cacalacayo, lo cual ha repercutido en que sea ella el actor de mayor prominencia.

Por su parte, los pobladores de Cacalacayo representan también una red con relaciones ordenadas y cooperativas, con poder equilibrado y multiplicidad de agrupaciones formalmente organizadas, producto de los lineamientos que aplican en lo local las

dependencias del Ayuntamiento, así como gubernamentales, tales como SEDESOL, y Secretaría de Salud.

Cacalacayo es una localidad que se reconoce como una red, que plantea su problemática en un diálogo abierto entre sus habitantes y juntos buscan resolverla. Dan continuidad a las acciones que han realizado y realizan de forma cotidiana y ya como un hábito el desarrollo de procesos colectivos de salud, pues han visto los beneficios que traen al entorno y a la salud de los habitantes.

Es una red madura y legítima, que entiende que, para echar a andar un proyecto de beneficio colectivo, tiene que negociar y ofertar a su vez, una serie de recursos disponibles, principalmente sus cualidades organizativas y la mano de obra. Sus líderes se auto identifican y los pobladores también los distinguen, lo cual se evidencia en el compromiso para el desarrollo de sus responsabilidades. Resaltan para cuestiones inherentes a la salud pública, la Auxiliar de Salud y el presidente del Comité Local de Salud.

Cacalacayo se ha apropiado ya del programa Comunidades Saludables, lo cual puede generar aún mayores cambios positivos tanto en sus patrones de comportamiento como en los resultados que continúen obteniendo. En los discursos de las autoridades del ámbito de la salud (Comité Local, Comité Prospera y Auxiliar de Salud), mantienen su señalamiento de ser una comunidad que se ha certificado en tres ocasiones como saludable y los beneficios que esto les ha traído, entre los cuales, se identifica de primera instancia la legitimidad y su sentido de solidaridad; recursos materiales, tales como la mejora de sus caminos, servicios públicos como luz y agua entubada, el aprovechamiento de la oferta de proyectos por parte de dependencias, sin dejar de lado los recursos organizacionales; pero, sobre todo, el

empoderamiento que han hecho de la prevención y promoción de la salud y que forma ya parte de su cultura.

Cacalacayo es una red que maneja de forma efectiva la sostenibilidad de procesos colectivos de salud, al plantear de forma abierta sus problemas, priorizar y planear sus intervenciones tanto a nivel local como de gestión ante otras redes, así como el mantener interrelaciones generadas a través de negociaciones previas, tales como autoridades municipales y dependencias gubernamentales.

Evidencia de esta sostenibilidad es el mantenimiento del saneamiento básico tanto a nivel domiciliario como comunitario, la organización de un sistema de manejo de basura, aprovechamiento de productos reciclables y la gestión del servicio de limpieza municipal; el manejo correcto de excretas a partir de la obtención y uso mantenido de letrinas secas, el cuidado de las fuentes de obtención y abastecimiento de agua, el disponer de dicho recurso hídrico a nivel domiciliario, y sobre todo, el reconocer de forma oportuna aquellos factores que pueden desencadenar casos de enfermedad.

Sin embargo, los integrantes de la Unidad de Salud deben comprender que la autonomía en cuestiones de prevención y promoción de salud no es posible: las localidades “No caminan solas”; permanentemente son necesarias al menos, dos redes que interactúen. La población siempre va a requerir de la información para la acción, pues, no puede generarse salud, si no se dispone de un marco de referencia que guíe las estrategias de acción.

Imagen 7.72

Familia de Cacalacayo ofreciendo alimentos a los visitantes



FUENTE: Fotografía propia, Cacalacayo, Tamazunchale, 2015.

Conclusiones

CONCLUSIONES

La presente investigación partió de la hipótesis que señala que el considerar las redes como herramienta de análisis tanto para el diseño como para la toma de decisiones, ejecución y eficacia de políticas públicas, permite ampliar las formas de evaluación convencionales que se basan principalmente en logros de coberturas, metas, gastos generados y otros concernientes a la operación del personal de salud (número de atenciones otorgadas y cumplimiento de indicadores, entre otros) y que dejan de lado el abordaje de aquellos actores que por lo general, obvian los evaluadores de programas: el entramado institucional del gobierno municipal: los líderes locales formales e informales, el equipo de profesionales de la salud que fungen como proveedores de la atención directa a la sociedad, los mismos habitantes de las localidades y otros grupos que trabajan en beneficio de la salud colectiva.

Para el desarrollo de la presente investigación, los capítulos permitieron adentrarse paulatinamente en el tema de estudio: las comunidades certificadas y recertificadas como entornos saludables generan sostenibilidad de procesos colectivos de salud. en el capítulo 1, denominado redes de políticas públicas: una revisión teórica, se realizó un abordaje analítico de las redes de políticas públicas a lo largo de la historia y a través de sus principales teóricos, y sus perspectivas macro, meso y micro social. Se identifica que no existe una fórmula homologada y única para el análisis de su implementación y efectos, aunque sin duda predomina la visión estructural y de la interacción.

La revisión bibliográfica permitió elaborar un marco metodológico y construir una serie de conceptos para las dimensiones de estudio, sus categorías y subcategorías, mismo que se presenta en el capítulo 2: aspectos metodológicos para el estudio de los casos, donde

se consideraron los conceptos establecidos por teóricos tales como Waarden (1992), de quien se tomaron algunos de los elementos que este autor considera que forman parte básica en la estructura de las redes de políticas: los actores, las relaciones y la multiplicidad. De Hanneman (2005) se retomó el análisis posicional respecto a la centralidad de los actores (grado y proximidad); de Ignacio Porras (2001), lo correspondiente a la metodología de análisis posicional que incluyó, además de la centralidad, la intermediación y la prominencia; de Kenis y Provan (2009), se retomó el término de Rendimiento de las Redes de Políticas Públicas y, finalmente, de Paula Robeson (2009) el concepto de Sostenibilidad de una red, adaptándose para este estudio en lo que corresponde a procesos colectivos para la salud, a través de un modelo de análisis de redes de políticas que incluyó revisiones documentales y técnicas etnográficas de investigación. Se incorporó un estudio de casos en dos localidades que desde el año 2004 y hasta la fecha y según los registros de la Secretaría de Salud en el Estado de San Luis Potosí mantienen la certificación como entornos saludables.

En el capítulo 3, llamado certificación de entornos y comunidades saludables, de la agenda global al entorno local, se desarrollaron las diversas políticas internacionales que se han generado, a partir de la Carta de Ottawa en el año 1986, la cual impulsó la estrategia Ciudades Sanas, hizo ver la necesidad de abordar las determinantes sociales y fue un parteaguas, al posicionar la promoción de la salud como la base de la acción en favor de la salud y establecer sus cinco acciones básicas (políticas públicas sanas, creación de ambientes favorables, acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios sanitarios), mismas que se mantienen hasta la actualidad. Esta visión inicial se ha mantenido durante las diferentes Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud que se han realizado hasta la actualidad y que tuvieron como resultado la emisión de diversas declaratorias: Adelaide en 1988, Sundsvall en 1991, Yakarta en 1997, México en el año 2000,

Tailandia en el 2005, Kenya en el 2009, Helsinki en el 2013 y Shangai en el año 2016; reforzando en cada una de estas que la promoción de la salud es una responsabilidad primordial de los gobiernos y por tanto incluirse en las políticas, añadiendo algunos aspectos propios de la modernidad y sus consecuencias, como lo son: el empoderamiento, la autorresponsabilidad, la generación de alianzas, la equidad, el acceso, los crecientes hábitos sedentarios, el abuso de drogas, la violencia y la salud mental.

A las Reuniones Internacionales de promoción de la salud se suman la Cumbre del milenio en el año 2000 con sus objetivos del milenio, que refuerzan la propuesta de Salud para Todos y la estrategia de Atención Primaria a la Salud, basados en el combate a la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación ambiental y la discriminación a la mujer; así como la Agenda 2030, realizada en el año 2015 y estableciendo los países asistentes 17 objetivos y 169 metas que involucran las dimensiones económica, social y ambiental para un plazo de alcance a 15 años.

En este capítulo también se aborda lo referente a la estrategia de certificación de comunidades saludables, desde su surgimiento en el año de 1992 a nivel internacional y a partir de 1993 en México, la cual se sustenta en un enfoque de desarrollo social bajo los principios de intersectorialidad, participación comunitaria, interculturalidad y equidad. Ha pasado a lo largo de estos años por una serie de adecuaciones, que desencadenan para el año 2015 la emisión de la última actualización de un manual de operación.

Para el capítulo 4: Certificar y recertificar comunidades en el estado de San Luis Potosí ¿evidencia del rendimiento de redes de política en materia de salud pública?, se hace un recorrido histórico y un análisis de la operación de la estrategia en dicho Estado, como

responsabilidad de la Secretaría de Salud del Estado, que van desde la elaboración de una serie de indicadores a partir del año 2004 y una serie de registros que fungen como evidencia del proceso de certificación de la localidad. A partir del área de responsabilidad de los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí y su regionalización, se analizan los logros obtenidos en materia de certificación de las comunidades, así como una estrategia que desarrolló el estado, consistente en la recertificación de las localidades.

Se identifica, que las localidades certificadas corresponden en su mayoría (87%), a un grado de marginación alto o muy alto y que, si bien los lineamientos hablan de abordar comunidades mayores a 100 habitantes, hubo el hallazgo de áreas certificadas con menos de 20 habitantes, de las cuales el personal de salud conjuntó varias y las refirió como una sola, para de esta forma completar la cantidad de población requerida.

En el capítulo 5, llamado La Jurisdicción Sanitaria: un actor clave en la sostenibilidad de procesos colectivos de salud, se resalta la importancia que para el mantenimiento de una comunidad saludable tiene el empoderamiento, la acción colectiva y el reconocimiento al trabajo realizado, en todos los niveles. Es en la Jurisdicción Sanitaria donde se da forma realmente a la implementación de las políticas en salud; la interacción cotidiana que el personal jurisdiccional lleva a cabo con todo tipo de redes para la gestión de recursos debiera repercutir en beneficios tanto para ellos como para las localidades.

Sin embargo, aunque formalmente es el jefe de Jurisdicción el actor central, desde el discurso de las diversas áreas se evidencia la existencia de diversidad de agrupaciones, con intereses propios y que no logran encajar en acciones vinculadas que sinergicen los resultados. Muestra de esto son las esporádicas e incluso nulas visitas conjuntas a las áreas

de responsabilidad, bajo una visión de abordaje integral, que busque rescatar a lo local, sus prioridades y expectativas respecto a los servicios de salud que recibe y el efecto que para la salud de su familia y localidad tendrán. Esto repercute en acciones aisladas, poco efectivas y basadas en el logro de objetivos aislados por programas. Resaltan también las ausencias a validación y seguimiento de las localidades que han sido certificadas, dejando esta responsabilidad como un acto único del área jurisdiccional de promoción de la salud, otra de las redes analizadas.

La Red Jurisdiccional de Promoción de la Salud es reconocida, ocupa un lugar preponderante como intermediario ante la gran diversidad de actores externos y de la propia localidad con quienes se vinculan; desgraciadamente, son subvalorados sus alcances por el resto de actores jurisdiccionales, quienes recurren a ellos sólo para la obtención de recursos materiales previo al desarrollo de algún evento en materia de salud o ante contingencias, así como intermediarios para el ingreso a otras redes externas, dejando de lado que esta Red tiene acceso a recursos tan importantes como lo son los del tipo políticos y cultural, que sin duda favorecerían el repunte y la permanencia a mediano y largo plazo de los diversos programas existentes.

Más que ver las redes como estructuras con intereses impenetrables y poco transparentes que amenazan la efectividad, eficacia, eficiencia y legitimación democrática del sector público, habrá que considerar que para el Estado es necesario atender los intereses comunes o generales, para lo cual las redes se convierten en espacios cuya definición y organización representan oportunidades de interacción, negociación y compromisos compartidos, donde ambas instancias obtengan ganancias (Börzel).

Los dos capítulos siguientes, abordan lo concerniente a la operación de redes en lo local de la estrategia de certificación en dos localidades elegidas como casos de estudio. Ambos tienen en común, aspectos tales como haber certificado en más de una ocasión, estar ubicados en la zona huasteca y ser localidades de alta marginación. Para obtener la información, en ambos casos se realizaron una serie de actividades, que incluyeron, búsqueda de los integrantes de las unidades de salud responsables de atender a cada una de las localidades, aplicación de una encuesta diseñada exprofeso, sesiones con los integrantes de cada unidad de salud a través de grupos focales, desarrollo de asambleas en cada localidad para obtención de la autorización para llevar a cabo el estudio, recorrido por las viviendas, aplicación de encuestas a los responsables de los hogares, encuesta a autoridades locales formales y sesiones de grupos focales con las mismas.

Los capítulos 5 y 6 presentan el abordaje de los casos de estudio, a través de los cuales se buscó dar respuesta a las preguntas de investigación y los objetivos específicos planteados, de los cuales se obtienen las siguientes conclusiones:

Respecto de la estructura de las redes formales e informales que intervienen en la sostenibilidad de procesos colectivos de salud, se incluyeron las categorías: actores, relaciones y multiplicidad

A este respecto, se concluye que, respecto a los actores, el tamaño de la red no fue determinante en la sostenibilidad, pero el tipo de actores sí, donde sin duda en las dos unidades de salud sobresale el personal de enfermería en comparación con el médico. Las enfermeras se distinguieron por su involucramiento con la población y relaciones empáticas. No se puede dejar de lado que en ambas unidades de salud laboraron por un tiempo promotores de salud hablantes de la lengua indígena de la región y que, si bien ya no laboran

en las unidades, los pobladores de las localidades los recuerdan aún y hacen alusión a los trabajos que llevaban a cabo con ellos, tales como talleres para formación de habilidades en prevención y detección oportuna de casos de enfermedad, identificación de prioridades de intervención y desarrollo de acciones colectivas. Ambos, enfermería y promotores, permanentemente participaron involucrándose en las actividades comunitarias.

Las relaciones y multiplicidad demostraron ser también categorías determinantes, donde la sostenibilidad se ve afectada por la presencia de relaciones bien sea competitivas o caóticas, como lo demostró el caso del médico de la Red Unidad de salud 1 en Coamíztatl, lo cual se evidencia como la principal limitante para el actuar vinculado y consensuado en materia de prevención y promoción de la salud. caso contrario aconteció con la Red Unidad de Salud 2, donde las relaciones entre ambos integrantes y para con los pobladores de Cacalacayo, se distinguen por ser ordenadas y cooperativas. Esta interrelación ha favorecido el proceso de formación de competencias y habilidades para la generación de estrategias de autocuidado personal y colectivo, ya revisadas con amplitud en el capítulo correspondiente.

En ambas localidades, se caracterizaron las relaciones ordenadas y cooperativas, con equilibrio de poderes y multiplicidad de agrupaciones formalmente organizadas, producto de los lineamientos que aplican en lo local las dependencias del Ayuntamiento, así como gubernamentales, tales como SEDESOL, y Secretaría de Salud.

Para Klijn (1998), la interrelación se entiende como la relación y comunicación entre los diferentes niveles de las agencias gubernamentales, en las perspectivas estratégicas de los actores y en sus capacidades para solucionar los problemas. El estudio dinámico de las interrelaciones entre los niveles macro, meso y micro permite establecer de modo más preciso la relación entre micro y macro. Esta perspectiva permite desagregar al Estado, comprender que las organizaciones están habitadas por individuos y que, en la búsqueda de soluciones a

los problemas colectivos, ellos están restringidos por marcos institucionales. Entender, así mismo, que una política pública podrá tener poca posibilidad de éxito, si los actores que los deben cumplir están poco interesados en ello (Zurbriggen, 2011).

Las relaciones conllevan a la conformación de sub agrupaciones, pero también evidencia aquellos actores con mayor prominencia y que, de ser conscientes de la importancia de mejorar la salud de los habitantes, coadyuvan a la implementación de las políticas públicas en lo local. Al llevar a cabo el análisis posicional de los actores en las redes, se identificaron en ambas unidades de salud a las enfermeras como los personajes más prominentes y de mayor liderazgo ante la población. Tanto en Coamíatzl como Cacalacayo, ellas son identificadas prácticamente por la totalidad de habitantes, y es a ellas a quienes recurren de primera intención, a pesar de ser el médico quien formalmente (para la institución de salud de la cual dependen) ocupa la mayor jerarquía.

Respecto a las localidades, los canales de acceso y coordinación interna se facilitan por el posicionamiento producto de la organización comunitaria, determinada por los lineamientos que establecen dependencias tales como el ayuntamiento (del cual dependen el Juez Auxiliar y el Delegado), SEDESOL (con su característico Comité Prospera) y la Secretaría de Salud (con el entramado que representan los integrantes del Comité Local de Salud). La existencia de actores que cumplen con alguno de los cargos que los mismos habitantes les encomiendan posterior a un proceso abierto de selección, se presenta como una oportunidad para favorecer el ordenamiento de las relaciones, la cobertura de población para el desarrollo de acciones colectivas y la búsqueda de redes de apoyo y resolución a sus necesidades. Como en toda sociedad, resaltan liderazgos, siendo para el caso de Coamíatzl los actores de mayor prominencia quienes al momento del desarrollo de la investigación ostentaban los cargos de Delegado y Responsable de Contraloría Social del Comité

Oportunidades. Para Cacalacayo, sus líderes se auto identifican y los pobladores también los distinguen, lo cual se evidencia en el compromiso para el desarrollo de sus responsabilidades. Resaltan para cuestiones inherentes a la salud pública, la Auxiliar de Salud y el presidente del Comité Local de Salud. Todos estos actores son reconocidos, respetados, y ante quienes acuden para asesoría y búsqueda de apoyo.

Cabe señalar que, en ambas localidades, no existen rasgos referentes a la actitud e interrelaciones, que diferencien a los integrantes del Comité Local de Salud del Comité Prospera. Ambos se integran y complementan para el desarrollo de actividades.

La base de operación de las redes es la obtención de recursos que para esta son ausentes o se encuentran limitados. Las redes de política pública, como una posible opción para propiciar la cooperación, cobran relevancia ya que, para lograr objetivos comunes o propios, los actores voluntariamente delinear estrategias de interacción al necesitarse entre sí por su interdependencia de recursos, a la par que ello implica una oportunidad de influir en las decisiones públicas y por lo cual tratan de orientar sus interacciones hacia sus propias preferencias (Vázquez, 2013).

En lo que corresponde a los recursos existentes y obtenidos por la localidad que coadyuvan a la sostenibilidad de procesos colectivos de salud, se trabajaron las subcategorías establecidas por Avimael Vázquez (Vázquez, 2013).

Respecto a los recursos políticos, hay legitimidad en las redes de las dos localidades, caracterizadas por un sentido de solidaridad y búsqueda de apoyos; aprovechan interrelaciones ya establecidas para acceder a nuevos actores poseedores de recursos. Su mayor proveedor es el Ayuntamiento a través de sus diversas dependencias, así como la

Secretaría de Desarrollo Social. Desde su percepción, tanto para Coamízatl como para Cacalacayo, el sector salud les provee diversos servicios, tales como consultas médicas, otorgación de tratamientos, pero también enseñanzas para el cuidado de ellos, sus familias y su entorno.

En lo concerniente a los recursos humanos, ambas localidades poseen una vasta red de voluntarios, cuyas funciones principales son fungir como visitantes domiciliarios, vigilar el cumplimiento de acuerdos, entre estos aplicar acciones de saneamiento básico en sus domicilios, dar avisos, convocar a reuniones, acompañar a comisiones especiales o visitantes ajenos a las localidades (entre ellos yo misma), y sobre todo participar de acciones de carácter colectivo, como sesiones de ejercicio, preparaciones conjuntas de alimentos saludables, realización de bordados con temas de salud, limpieza de la casa de salud, la escuela o los caminos, construcción o rehabilitación de estos.

El personal de enfermería se distingue como apoyo técnico, brindando orientación a la población para la mejora de sus determinantes. Por su parte, aquellos actores de la localidad que ocuparon en épocas anteriores cargos, colaboran aportando su conocimiento basado en la experiencia.

En lo que corresponde a los recursos organizacionales, Coamízatl y Cacalacayo se reconocen como redes, con un propósito de existencia y sentido de pertenencia, respetando y aceptando que los cargos que se ocupan son transitorios y que, si bien en este momento tienen como encomienda una función formal, al cabo de dos o tres años más, los puestos cambiarán como cotidianamente se viene realizando para dar cumplimiento a los lineamientos que establecen las diferentes dependencias municipales y gubernamentales, y

que en próximas ocasiones cada uno de ellos tendrá la encomienda de otro cargo. Adaptan el aprendizaje obtenido al pasar por dicho cargo en el siguiente que ocuparán, pues son conscientes que, al vivir en un territorio con pocos habitantes, siempre tendrán un papel oficial que desempeñar.

Relacionado a los recursos culturales, en cada uno de los casos de estudio, comparten sus valores y percepciones respecto a salud. Aceptan que estos se han ido transformando, al grado de visualizar a la salud como un recurso necesario para la vida cotidiana de su entorno, lo que les motiva a organizar y participar en actos colectivos, que en otros tiempos no hubieran pensado siquiera llevar a cabo: realizar sesiones de ejercicio, preparar un terreno, sembrar, vigilar y cosechar un huerto comunitario, pintar árboles, limpiar caminos, cuidar pozos de agua, son solo algunos ejemplos, que reafirman su legitimidad.

Son también varios los recursos materiales a los cuales han podido acceder, toda vez que en sus localidades han identificado sus carencias y priorizado sus necesidades: En Cacalacayo: caminos pavimentados, agua entubada, un pozo funcionando con una bomba eléctrica, luz y piso firme en sus viviendas, granjas y huertos de traspatio, sanitarios secos, son algunos de los ejemplos. Si bien en Coamízatl es reciente la incorporación de la negociación en sus actividades, no dejan de reconocer los bienes hasta el momento recibidos: huertos comunitarios, su casa de salud, aulas nuevas para preescolar y primaria, cobertura casi plena de luz intradomiciliaria y su próxima instalación de sanitarios secos, evidencia que las redes representan un poderoso recurso para explicar el potencial de movilización de la sociedad civil, las acciones de solidaridad horizontal entre los individuos y grupos sociales, en las instancias de poder en los diferentes niveles (Cordero, 2007).

No pueden obviarse los recursos legales, puesto que poseen una estructura organizativa con jerarquías bien definidas y un sistema de reglamentación que toma como base la normatividad de las instituciones gubernamentales, pero también las que ellos desarrollan basados en sus experiencias de vida.

Hablar de sostenibilidad en materia de promoción de la salud requiere entender la importancia de mantener a largo plazo los cambios de conducta de la población, y no conformarse ante evidencias iniciales. Las modificaciones en los hábitos de salud de la población sólo se consiguen posterior a un proceso educativo continuo y permanente basado en la cosmovisión de la población a quien se dirige, acompañado de estrategias de reforzamiento que favorezcan la durabilidad de los efectos positivos, donde la población los conforme como parte de su identidad y mantenga acciones vinculadas. Al generar alianzas se favorecen aspectos tales como la autosuficiencia en el uso de recursos y conocimientos para diseñar, implementar y evaluar; establecer algo similar a un “banco de conocimientos”, donde la propia población funge como educadora y se hace consciente de los beneficios que trae consigo la colaboración.

Según Mayntz (2001), allí donde se desarrollan redes de políticas, el gobierno deja de ser el centro director de la sociedad, dado que el Estado y la Sociedad se acoplan de manera flexible, cuya interacción genera un consenso negociado que facilita la formación de una política, que en el momento de su aplicación encuentra más aceptación que resistencia.

Pero también hay que considerar que, al ser ya certificada y recertificada una localidad como saludable equivale a dejarla sola para que ella misma sea la productora de salud, puede desencadenar un retroceso, al no intervenir con las nuevas generaciones, así como prepararlos ante la próxima problemática que se derivará del acceso a nuevos servicios

y productos. La población siempre va a requerir de la información para la acción, ya que no puede generarse salud, si no se dispone de un marco de referencia.

Las redes se configuran, de ahí la importancia de estudiar los procesos de interacción, primero al interior de la propia red, donde se genera de primera instancia un rompimiento interno, en el clásico pensamiento individualista, para dar paso a una visión de colectividad, de negociación que genere ganancias, y que den pie a un proceso de maduración y el consiguiente rendimiento. De acuerdo a Jan Kooiman (2003) la interacción se basa en el propio reconocimiento de las interdependencias cuya activación da por resultado procesos a través de los cuales se facilita la capacidad de actuar de los actores sociales y que reflejan los valores, objetivos, intereses y propósitos concretos. La estructura de las interacciones es una forma de representar los marcos y contexto material, socio estructural y cultural en que estas ocurren y que limitan, amplían y/o condicionan el nivel de acción, siempre en marcos institucionales específicos (Scharpf, 1997).

Como se ha identificado en los casos estudiados, toda red debe pasar por un proceso de construcción, resultado de la agencia: tener una identidad, ser una red legítima, que genere ciudadanía e institucionalización.

Es necesario que el personal que otorga los servicios de salud desde los diferentes niveles, y que comprende desde los niveles estatal, jurisdiccional y local, visualicen la salud como un efecto del actuar social, y que comprendan que la salud en sí misma es un hecho social, de cuya comprensión e interpretación se desprenden aspectos tales como el autocuidado, el cuidado del entorno, el trabajo consensuado bajo objetivos, la cooperación comunitaria y el actuar vinculado, tanto al interior como en su interacción con otras redes.

Todos los programas de salud basan su efectividad en la promoción de la salud, pues abordan la necesidad de que la población se sensibilice, sea capacitada y motivada a tal grado, que desencadene un actuar consciente, bien sea a nivel individual o comunitario. Se debe entonces de partir de que cada sociedad es particular, posee un sistema de organización y operación único; por lo tanto, al llegar a un entorno y aplicar una serie de acciones preparadas por igual, sin considerar estas particularidades, tendrá tal vez los resultados cuantitativos esperados, pero no será sostenible, ya que, como señala Gro Harlem, Una mala salud y una reducida esperanza de vida, hacen que los individuos tengan menos años para contribuir al bienestar de sus familias y que sus oportunidades de aprender y progresar se vean comprometidas.

La presente investigación no pretende generar una nueva política en materia de prevención y promoción para la salud para aplicación en el entorno local, pues existe un cúmulo de Declaratorias Mundiales que, de ser realmente valoradas y tomadas como paradigmas para el desarrollo de estrategias en México y en específico, San Luis Potosí, mejorarían sin duda la visión de la población respecto a su responsabilidad en la prevención de enfermedades.

Es de antemano sabido que la salud depende de aspectos que no pueden ser controlados, tales como la economía, educación, seguridad, entre otros. Pero lo que sí es posible, es el cumplimiento de las responsabilidades que a cada ámbito corresponden.

Esta investigación se visualiza entonces, como una oportunidad para continuar ahondando en el estudio de las redes en dos variantes: la primera como continuidad al proceso de análisis aquí desarrollado, con el abordaje ahora de poblaciones de otras zonas del estado, sin presencia indígena, en unidades de salud con mayor número de integrantes, incluyendo al promotor de salud o coc's; esto permitirá identificar nuevos liderazgos, o bien reforzar el

papel del gremio de enfermería como impulsor del cambio; que rescate el valor de las experiencias de las autoridades comunales, se les de voz a los comités locales de salud y prospera, resignificando su valor.

La segunda variante de aplicación de este tipo de estudios, es a través de la operación de diversidad de programas de salud, a los cuales la propia institución de salud les ha inyectado una fuerte cantidad de recursos económicos para atender ya no solo las etapas iniciales, sino los efectos que se viven de su deficiente o nula atención. Ejemplos de ello son la planificación familiar, la atención a pacientes con diabetes o hipertensión, la mortalidad materna, la lucha contera las adicciones o violencia intrafamiliar y de género, entre otras.

Es necesario rescatar las bases de la atención primaria a la salud, con un pensamiento operativo basado en los principios de la promoción de la salud, sin dejar de lado lo social, para de esta forma, tener la oportunidad de acercarse a los aspectos simbólicos de la vida social, entre estos, el significado de responsabilidad para la salud pues, como señalan Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés (2007):

“La salud es un punto de encuentro. Ahí confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo”.

Anexos

ANEXO 1

PREGUNTAS GUÍA PARA EX SECRETARIO DE SALUD

- Líneas de acción durante su gestión
- Verdaderas prioridades en el ámbito de la salud pública
- Programas o estrategias que apuntalen hacia la sostenibilidad de procesos de salud
- Programa Comunidades Saludables: aceptación, dependencias, participantes, organización interna e inter institucional.
- Certificación de comunidades y sostenibilidad de procesos de salud
- Recursos institucionales generados y obtenidos
- Evolución local a partir de la certificación
- Redes y sostenibilidad en materia de salud pública.

ANEXO 2

PREGUNTAS GUÍA PARA EX PRESIDENTE MUNICIPAL

- Líneas de acción durante su gestión
- Prioridades en el ámbito de la salud
- Experiencia como representante estatal de la Red Potosina de Municipios por la Salud.
- Reflejo del programa comunidades saludables en el estado y el municipio
- Aceptación del programa, dependencias, participantes, organización interna e inter institucional.
- El municipio como proveedor local
- Certificación de comunidades y sostenibilidad de procesos de salud
- Recursos institucionales generados y obtenidos
- Evolución local a partir de la certificación
- Redes y sostenibilidad en materia de salud pública.

ANEXO 3

PREGUNTAS GUÍA PARA JEFE DE JURISDICCIÓN SANITARIA

- Área de responsabilidad (municipios, población, unidades de salud, personal de salud en acciones de supervisión y en áreas operativas)
- Descripción de su cargo, antigüedad, funciones.
- Principales problemas de salud de la región de responsabilidad
- Objetivos de trabajo de la Jurisdicción Sanitaria
- Prioridades estatales
- Conocimiento del programa comunidades saludables.
- Aceptación del programa, dependencias, participantes, organización interna e inter institucional, estrategias de aplicación en el área de responsabilidad.
- La Jurisdicción sanitaria como ejecutora, intermediaria y/o proveedora
- Certificación de comunidades y sostenibilidad de procesos de salud
- Recursos institucionales generados y obtenidos
- Experiencias exitosas
- Evolución local a partir de la certificación
- Redes y sostenibilidad en materia de salud pública.

ANEXO 4

Parte 1

ENCUESTA PARA RESPONSABLES JURISDICCIONALES DE PROGRAMAS DE SALUD

1. Cargo que actualmente ocupa: _____
2. Antigüedad en el cargo: _____
3. ¿Entre sus funciones realiza visitas de seguimiento a localidades? _____
4. Por favor escriba el nombre de las localidades que visitó en los últimos seis meses (las que recuerde):
5. Escriba en el siguiente cuadro el cargo de las autoridades con quien usted se coordina para el desarrollo de su trabajo:

<i>En la Jurisdicción Santarfa</i>	<i>En una localidad</i>	<i>Otras autoridades con quien se coordina</i>

6. ¿Para usted qué representa una comunidad saludable?
7. ¿Quién es el principal responsable en la certificación de una comunidad como saludable?
8. ¿A quién le corresponde validar una localidad como saludable?
9. ¿Cómo piensa usted que puede mantenerse una comunidad como saludable?

ANEXO 4

Parte 2

10. ¿Cómo se incorporaría usted desde su función laboral para mantener una comunidad como saludable?
11. Le pido que anote las áreas que comúnmente en esta Jurisdicción Sanitaria se incorporan en el mantenimiento de una comunidad que ya ha sido certificada como saludable:
12. Ahora le pido que anote un número 1 a un lado de cada una de las áreas con las cuales usted ha realizado acciones conjuntas al respecto, y que anotó en la pregunta anterior.
13. Por favor anote en las siguientes columnas los datos que se le solicitan respecto a gestiones que usted realizó con autoridades, tanto al interior como exterior de la jurisdicción sanitaria, para apoyar a los municipios que ve anotados. Tome en cuenta los últimos 12 meses.

MUNICIPIO	AUTORIDAD CON QUIEN GESTIONÓ	RECURSO OBTENIDO	DESTINO DEL RECURSO
Axtla de Terrazas			
San Martín Chalchicuautla			
Xilitla			
Tamazunchale			

14. Por favor marque con una X la columna que corresponde a la última vez que usted visitó las siguientes localidades:

LOCALIDAD	MENOS DE UN MES	DE UNO A SEIS MESES	MÁS DE SEIS MESES	NUNCA HE IDO
Acamayas, San Martín Chalchicuautla				
Cacalacayo				
Coamizatl, Axtla de Terrazas				
El Sabino, Xilitla				

Agradezco sus respuestas, y le reitero mi compromiso por mantener la información que aquí anotó como confidencial, a la cual se le dará uso única y exclusivamente para fines escolares.

ANEXO 5

GUÍA PARA TRABAJO FOCAL CON TOMADORES DE DECISIONES DEL SECTOR SALUD.

1. Percepción del programa Comunidades Saludables
2. Percepción de la estrategia Certificación de Comunidades Saludables.

ESTRUCTURA

1. Reconocimiento de actores en la operación
2. Relaciones entre los actores
3. Límites

PODER

1. Líderes (formales, informales)
2. Reglamentación (para la operación, sanciones, reconocimientos)
3. Acciones (asignadas, por obligación, por competencias, auto propuesta)
4. Conflictos (tipo, actores inmiscuidos, medios de resolución)
5. Toma de decisiones (colectiva, cerrada, monopolizada)

NEGOCIACIÓN

1. Reconocimiento / determinación de actores sujetos de interacción.
2. Interrelaciones (planeadas, desarrolladas, frecuencia, duración)
3. Intermediarios: identificación, formas de coordinación, recursos generados
4. Productos de la negociación: otorgados, recibidos (tangibles, simbólicos)

SOSTENIBILIDAD

1. Empleo de métodos y herramientas generados a partir de la red
2. Continuidad de interrelaciones generadas
3. Redefinición de actores y roles
4. Procesos de salud sostenibles identificados.

ANEXO 6

GUÍA PARA TRABAJO FOCAL CON PROVEEDORES DE LA ESTRATEGIA A NIVEL LOCAL

Percepción del programa Comunidades Saludables

Percepción de la estrategia Certificación de Comunidades Saludables.

ESTRUCTURA

1. Reconocimiento de actores en la operación
2. Relaciones entre los actores
3. Límites
4. Multiplicidad

PODER

1. Identificación de metas (cualitativas, cuantitativas)
2. Líderes (formales, informales)
3. Reglamentación (para la operación, sanciones, reconocimientos)
4. Acciones (asignadas, por obligación, por competencias, auto propuesta)
5. Conflictos (tipo, actores inmiscuidos, medios de resolución)
6. Toma de decisiones (colectiva, cerrada, monopolizada)

NEGOCIACIÓN

1. Reconocimiento / determinación de actores sujetos de interacción.
2. Interrelaciones (planeadas, desarrolladas, frecuencia, duración)
3. Intermediarios: identificación, formas de coordinación, recursos generados
4. Productos de la negociación: otorgados, recibidos (tangibles, simbólicos)

SOSTENIBILIDAD

1. Empleo de métodos y herramientas generados a partir de la red
2. Continuidad de interrelaciones generadas
3. Redefinición de actores y roles
4. Procesos de salud sostenibles identificados.

ANEXO 7

Formato Guía Para Revisión De Documentos EMITIDOS

Área valorada: _____

Hoja No. _____

Fecha De Envío	Actor Político A Quien Se Envía	Carácter Del Mensaje (Información, Solicitud, Invitación, Indicación, Agradecimiento, Llamado De Atención)	Mensaje Principal	Actor Político Que Firma

ANEXO 8

Formato Guía Para Revisión De Documentos RECIBIDOS

Área valorada: _____

Hoja No. _____

Fecha De Recepción	Actor Político A Quien Se Dirige	Carácter Del Mensaje (Información, Solicitud, Invitación, Indicación, Agradecimiento, Llamado De Atención)	Mensaje Principal	Actor Político Que Envía

ANEXO 9

Parte 1

ENCUESTA PARA PERSONAL DE UNIDADES DE SALUD

1. Cargo que actualmente ocupa: _____
2. Antigüedad en la unidad de salud: _____
3. Escriba en el siguiente cuadro el cargo de las autoridades con quien usted se coordina para el desarrollo cotidiano de su trabajo:

<i>En la Jurisdicción Sanitaria</i>	<i>En la localidad</i>	<i>Otras autoridades con quien se coordina</i>

4. ¿Para usted qué representa una comunidad saludable?
5. ¿Quién es el principal responsable en la certificación de una comunidad como saludable?
6. ¿A quién le corresponde validar una localidad como saludable?
7. ¿Cómo piensa usted que puede mantenerse una comunidad como saludable?

ANEXO 9

Parte 2

1. ¿Cómo se incorporaría usted desde su función laboral para mantener una comunidad como saludable?
2. Desde su propia experiencia, le pido que enliste las áreas que se han incorporado en el mantenimiento de una comunidad que ya ha sido certificada como saludable (el encuestador le señalará el nombre de la localidad en específico):
3. Por favor anote en las siguientes columnas los datos que se le solicitan respecto a gestiones que usted realizó con autoridades para mantener o mejorar las condiciones de la localidad certificada (que el encuestador le definirá). Tome en cuenta desde la primera ocasión en que se certificó:

LOCALIDAD: _____

<i>AUTORIDAD CON QUIEN GESTIONÓ</i>	<i>RECURSO OBTENIDO</i>	<i>FECHA EN QUE SE OBTUVO</i>

ANEXO 10

Parte 1

ENCUESTA PARA LÍDERES DE COMUNIDAD

1. Cargo que actualmente ocupa: _____
2. Antigüedad en el cargo: _____
3. Escriba en el siguiente cuadro el cargo de las autoridades con quien usted se coordina para el desarrollo cotidiano de su trabajo:

<i>En la localidad</i>	<i>Otras autoridades con quien se coordina</i>

4. ¿Puede escribir lo que significa para usted una comunidad certificada como saludable?
5. ¿Quién es el principal responsable en la certificación de una comunidad como saludable?
6. ¿Cómo piensa usted que puede mantenerse certificada a una comunidad como saludable?
7. ¿Cómo se incorporaría usted desde el cargo que actualmente tiene, para mantener una comunidad como saludable?

ANEXO 10

Parte 2

8. Por favor anote las gestiones que usted y otras autoridades de esta localidad han hecho para mantener o mejorar las condiciones de esta localidad.

<i>AUTORIDAD CON QUIEN GESTIONÓ</i>	<i>RECURSO OBTENIDO</i>	<i>USO QUE SE LE DIO AL RECURSO</i>

AGRADEZCO SUS RESPUESTAS, Y LE REITERO MI COMPROMISO POR MANTENER LA INFORMACIÓN QUE AQUÍ ANOTÓ COMO CONFIDENCIAL, A LA CUAL SE LE DARÁ USO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA FINES ESCOLARES.

L.E. Silvia Mercedes Sanjuanero Ruíz

ANEXO 12

Parte 1

ENCUESTA DIAGNÓSTICA PARA FAMILIAS

Buen día. Estoy visitando (nombre de la comunidad) para conocer las formas como se organizan para atender su salud y mejorar su comunidad. Me gustaría que usted me diera permiso para hacerle algunas preguntas. Deje le digo que todo lo que usted me comente será manejado de forma privada.

Dirección _____ FECHA _____

DATOS GENERALES

¿Cuántas personas viven en esta casa?		¿Cuánto tiempo tienen viviendo en ella?	
---------------------------------------	--	---	--

¿Me puede decir la edad y sexo de las personas que viven en esta casa, empezando por el mayor?

	Sexo	Edad
1		
2		
3		

	Sexo	Edad
4		
5		
6		

	Sexo	Edad
7		
8		
9		

¿Alguna de las personas que viven en esta casa padece alguna enfermedad por la que tenga que estar cuidándose?

Sí	No	No Sabe
----	----	---------

Diagnóstico	TRATAMIENTO				
	Consulta	Medicina	Pláticas / demostraciones	Ejercicios	Otro (mencionar)

CARÁCTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

¿Con qué materiales están contruidos?	Cemento	Madera	Varas	Lámina	Otro (señalar)
Paredes					
Techo					
Piso					

No. De cuartos		Cocina aparte		No. De ventanas		Fogón/Estufa en alto		Camas en alto	
----------------	--	---------------	--	-----------------	--	----------------------	--	---------------	--

ANEXO 12

Parte 2

¿De dónde consiguen el agua que se usa en esta casa?	Toma intradomiciliaria	Toma comunitaria	Pozo/Noria	Río/Arroyo
¿En dónde guardan el agua que van a usar en la casa?	Toma intradomiciliaria	Tinaco / cisterna	Pila / Tambos	Cubetas
¿En dónde hacen del baño?	WC	Letrina / Fosa	Sanitario Ecológico	Ras del Suelo
¿Qué hacen con la basura que sale de la casa?	Camión recolector	Entierra	Quema	A cielo abierto

RECONOCIMIENTO DE LA COMUNIDAD COMO ENTORNO SALUDABLE

¿Alguna vez esta comunidad ha recibido algún diploma, reconocimiento o premio por parte de la Secretaría de Salud? (Si responde sí, continuar siguientes preguntas).	Sí	No	No sabe
¿Por qué lo recibió?	Sabe	No sabe	No se acuerda
¿Alguna de las personas que viven en esta casa participaron?	Sí	No	No se acuerda
¿En qué participaron?			
¿Cree que recibir ese diploma, reconocimiento o premio ha servido para esta comunidad?	Sí	No	No sabe
¿Por qué?			

RECONOCIMIENTO DE REDES LOCALES

¿Me puede decir el nombre de las autoridades que hay en esta comunidad?

Nombre de quien ocupa el cargo	Nombre del Cargo	Acciones en salud

De las autoridades que me acaba de decir, ¿cuáles de ellas han realizado trabajos para beneficio de la salud de esta comunidad? (marcar con números ascendentes en la columna "acciones en salud" de la pregunta anterior, según el orden en que los mencione el entrevistado). Gracias por sus respuestas.

ANEXO 13

ACTA DE INSTALACIÓN DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD



SERVICIOS
DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD



ACTA DE FORMACION DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD

Jurisdicción Sanitaria No.	Municipio	Localidad	Unidad de Salud CLUES
-----------------------------------	------------------	------------------	------------------------------

En la comunidad de _____ del municipio de _____, el día ____ del mes de _____ del año 201____, se llevó a cabo asamblea general convocada por la autoridad local y los integrantes del equipo de salud que en ella laboran, donde se contó con la asistencia de autoridades locales, líderes en salud y vecinos de esta localidad, con el objetivo de elegir a través de votación a los integrantes que conformarán el Comité Local de Salud. El equipo de salud explicó los cargos y funciones de cada uno de los integrantes del mismo, destacando la necesidad de trabajar juntos autoridades, vecinos y personal de salud para mejorar y mantener hábitos saludables en las personas, sus viviendas y la propia localidad, que reduzcan el riesgo de enfermedades y muertes por causas prevenibles. Destacando que el Comité de salud que hoy se forma, participe de las acciones de promoción para la salud a través del reforzamiento de la información en salud, visitas a los hogares con mayores riesgos o problemas de salud, así como integración de comisiones para la aplicación permanente de un plan de trabajo dirigido a mejorar las condiciones de salud de la localidad, con prioridad en aquellos que representen un riesgo para la salud comunitaria. Para su trabajo exitoso, contará con la orientación y asesoría técnica permanente de todos los integrantes de la Unidad de Salud. Los vecinos de esta localidad declaran estar de acuerdo, procediéndose a la votación, resultando electas para los cargos las siguientes personas:

CARGO	NOMBRE	FIRMA DE ACUERDO
PRESIDENTE		
SECRETARIO		
TESORERO		
PRIMER VOCAL		
SEGUNDO VOCAL		
TERCER VOCAL		

FIRMANDO LAS AUTORIDADES DE LA LOCALIDAD:

COMISARIADO



JUEZ

FIRMANDO LOS REPRESENTANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

NOTA: Anualmente se reactivará el Comité, donde se podrá sustituir a los integrantes que por motivos personales o de productividad les sea difícil continuar. Cada tres años deberá renovarse totalmente a sus integrantes.


ANEXO 14

CARTA PROGRAMÁTICA PARA CAPACITACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD

 <p>SLP PROSPEREMOS JUNTOS <small>Gobierno del Estado 1993-2007</small></p>	<p>SERVICIOS DE SALUD</p>	<p>SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ DIRECCIÓN DE POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD</p>																			
<p>CURSO DE CAPACITACIÓN PARA PERSONAL DE SALUD EN EL PROGRAMA ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES</p>																					
<p>Jurisdicción Sanitaria No. _____</p>	<p>Nombre de la Unidad de Salud y CLUES _____</p>																				
<p>Fecha _____</p>	<p>Hora de inicio / Término _____</p>																				
<p>OBJETIVO: Que los participantes conozcan el programa Entornos y Comunidades Saludables 2013 – 2018.</p>																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">TIEMPO</th> <th style="width: 55%;">TEMA</th> <th style="width: 30%;">ACTIVIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">20 Min</td> <td style="text-align: center;">Programa de Entornos y Comunidades Saludables 2013 – 2018</td> <td style="text-align: center;">Expositiva</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40 Min</td> <td style="text-align: center;">Certificación de Comunidades y Entornos como Saludables</td> <td style="text-align: center;">Expositiva</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30 Min</td> <td style="text-align: center;">Formación de Agentes y procuradoras de la Salud</td> <td style="text-align: center;">Expositiva</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20 Min</td> <td style="text-align: center;">Registros de Evidencia</td> <td style="text-align: center;">Expositiva</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10 Min</td> <td style="text-align: center;">Preguntas y respuestas; Acuerdos</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				TIEMPO	TEMA	ACTIVIDAD	20 Min	Programa de Entornos y Comunidades Saludables 2013 – 2018	Expositiva	40 Min	Certificación de Comunidades y Entornos como Saludables	Expositiva	30 Min	Formación de Agentes y procuradoras de la Salud	Expositiva	20 Min	Registros de Evidencia	Expositiva	10 Min	Preguntas y respuestas; Acuerdos	
TIEMPO	TEMA	ACTIVIDAD																			
20 Min	Programa de Entornos y Comunidades Saludables 2013 – 2018	Expositiva																			
40 Min	Certificación de Comunidades y Entornos como Saludables	Expositiva																			
30 Min	Formación de Agentes y procuradoras de la Salud	Expositiva																			
20 Min	Registros de Evidencia	Expositiva																			
10 Min	Preguntas y respuestas; Acuerdos																				
<p>NOMBRE Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DE LA UNIDAD DE SALUD</p>																					
<p>_____</p> <p>Nombre y Firma</p>		<p>_____</p> <p>Nombre y Firma</p>																			
<p>_____</p> <p>Nombre y Firma</p>		<p>_____</p> <p>Nombre y Firma</p>																			
<p>_____</p> <p>Nombre y Firma Responsable de la capacitación</p>		<p>_____</p> <p>Nombre y Firma Jefe de la Jurisdicción Sanitaria</p>																			
<p><small>Usar como lista de asistencia en el formato SIS-SS-ORG-COM-CAP</small></p>																					

ANEXO 15


CARTA PROGRAMÁTICA PARA CAPACITACIÓN DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD



SLP
PROSPEREMOS JUNTOS
Gobierno del Estado 1997-2011

SERVICIOS DE SALUD
DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD



Promoción
Salud

CURSO DE CAPACITACIÓN PARA LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE SALUD EN EL PROGRAMA ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES

Jurisdicción Sanitaria No. _____ Nombre de la Unidad de Salud y CLUES _____

Fecha _____ Hora de Inicio / Término _____

Localidad _____

OBJETIVO: Que los participantes conozcan el programa Entornos y Comunidades Saludables 2013 – 2018.

TIEMPO	TEMA	ACTIVIDAD
20 Min	Programa de Entornos y Comunidades Saludables 2013 – 2018	Expositiva
30 Min	Certificación de Comunidades y Entornos como Saludables	Expositiva
30 Min	Formación de Agentes y procuradoras de la Salud	Expositiva
30 Min	El Comité de Salud como líder en Participación Comunitaria	Expositiva
10 Min	Preguntas y respuestas; Acuerdos	


NOMBRE Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD

_____	_____
Nombre y Firma	Nombre y Firma
_____	_____
Nombre y Firma	Nombre y Firma
_____	_____
Nombre y Firma	Nombre y Firma

_____	_____
Nombre y Firma Director de la Unidad de Salud	Valido Responsable Jurisdiccional de Promoción para la Salud


Usar como lista de asistencia en el formato SIS-SS-ORG-COM-CAP

ANEXO 16
DIAGNÓSTICO LOCAL DE SALUD
PARTE 1



SERVICIOS DE SALUD
PROSPEREMOS JUNTOS
Gobernamos el Estado con y para todos

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD



Promoción de Salud

Formato para la elaboración del Diagnóstico Local de Salud

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

ESTADO		MUNICIPIO		JUR. SANITARIA	
LOCALIDAD				GRADO DE MARGINACION	

2. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

Extensión territorial (Kilómetros cuadrados)		Clima	
--	--	-------	--

Límites geográficos

Norte		Sur	
Este		Oeste	

3. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

CARACTERÍSTICA	No.	CARACTERÍSTICA	No.	CARACTERÍSTICA	No.
Habitantes		Mujeres de 20 a 59 años		Defunciones infantiles	
Integranes por familia		Hombres de 20 a 59 años		Defunciones fetales	
Hombres		Habitantes de 60 años y más		Defunciones maternas totales	
Mujeres		Habitantes indígenas		Homicidios	
Habitantes de 0 a 4 años		Nacimientos		Defunciones accidentales y violentas	
Habitantes de 5 a 9 años		Defunciones generales		Embarazos en adolescentes	
Habitantes de 10 a 19 años					

4. ECONOMÍA

Porcentaje de población económicamente activa	
---	--

Ocupación de la población	Promedio de Ingreso familiar mensual
Sector primario	Menos de \$1329
Sector secundario	De \$1330 a \$2114
Sector terciario	Más de \$2114

5. HOGAR Y VIVIENDA

CARACTERÍSTICA	No.	CARACTERÍSTICA	No.	CARACTERÍSTICA	No.
Viviendas particulares habitadas		Hogares con jefatura masculina		Viviendas particulares habitadas que disponen de agua de la red pública	
Habitantes promedio por vivienda		Viviendas particulares habitadas con piso diferente de tierra		Viviendas particulares habitadas que disponen de exsugador o sanitario	
Hogares con jefatura femenina		Viviendas particulares habitadas que disponen de drenaje		Viviendas particulares habitadas que disponen de energía eléctrica	

ANEXO 16
DIAGNÓSTICO LOCAL DE SALUD
PARTE 2

6. SALUD

LAS CINCO CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ENFERMEDAD

LUGAR	ENFERMEDADES EN MUJERES	LUGAR	ENFERMEDADES EN HOMBRES
1º		1º	
2º		2º	
3º		3º	
4º		4º	
5º		5º	

LAS CINCO CAUSAS MÁS FRECUENTES DE MUERTE

LUGAR	CAUSAS EN MUJERES	LUGAR	CAUSAS EN HOMBRES
1º		1º	
2º		2º	
3º		3º	
4º		4º	
5º		5º	

DERECHOHABIENTES, PERSONAL DE SALUD E INFRAESTRUCTURA

	IMSS	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	TOTAL
No. derechohabientes				

	No.
Personas sin derechohabientes inscritos al seguro popular	

	No.
Personas sin derechohabientes NO inscritos al seguro popular	

	No.
unidades médicas públicas de consulta externa	
unidades médicas privadas de consulta externa	
farmacias privadas	

	No.
médicos tradicionales	
parteras tradicionales	

7. EDUCACIÓN

	No.
Escuelas nivel básico	
Escuelas nivel medio-superior	

	No.
Nivel de escolaridad local	
Tasa de alfabetización local	

8. ENTORNOS

CARACTERÍSTICA	No.
centros de recreación	
parques	
instalaciones deportivas	
reservorios naturales	

CARACTERÍSTICA	No.
templos religiosos	
mercados	
restros locales	

CARACTERÍSTICA	No.
braderos locales	
albergues	
centros de rehabilitación	

ANEXO 16
DIAGNÓSTICO LOCAL DE SALUD
PARTE 3

9. TRES PRINCIPALES TIPOS DE FAUNA NOCIVA (Anotar en la columna del 1 al 3 según orden de importancia)

Moscos		Arañas		Garrapatas		Moscos		Ratones	
Acaros		Chinchas		Gatos callejeros		Plojos		Chinche besucona	
Alacranes		Cucarachas		Perros callejeros		Pitias			

10. RABIA

Numero de centros antirrabicos		Numero de perros		Numero de gatos	
--------------------------------	--	------------------	--	-----------------	--

11. A continuación describa los problemas de salud identificados por el Comité Local de Salud, no enlistados anteriormente.

Nombre y firma del responsable de su elaboración: _____

Fecha de su elaboración: _____

* Incluir sello de la Unidad de Salud y la Autoridad Local

ANEXO 17

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE LA COMUNIDAD



SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD
PROGRAMA DE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES



TABLA PARA PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS EN UNA LOCALIDAD

JUR. BANTARÍA		MUNICIPIO		LOCALIDAD	
UNIDAD DE SALUD				FECHA DE ELABORACIÓN	



No	PROBLEMA	TAMAÑO O FRECUENCIA	GRAVEDAD	POSIBILIDAD DE SOLUCIÓN	RECURSOS PARA SU SOLUCIÓN	DISPOSICIÓN DE LOS PARTICIPANTES PARA SU SOLUCIÓN	TOTAL
1							
2							
3							
4							
5							

TABLA DE PUNTAJE PARA LA PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MUNICIPAL			
COLUMNA	PUNTAJE		
TAMAÑO O FRECUENCIA	Muy frecuente 2	Mediamente frecuente 1	Poco frecuente 0
GRAVEDAD	Grave 2	Mediamente grave 1	Poco grave 0
POSIBILIDAD DE SOLUCIÓN	Fácil 2	Difícil 1	Muy difícil 0
RECURSOS PARA SU SOLUCIÓN	Existen recursos en la localidad 2	Posibilidad de obtener recursos a nivel municipal 1	Recursos no existentes a nivel local o municipal 0
DISPOSICIÓN DE LOS PARTICIPANTES PARA SU SOLUCIÓN	Buena 2	Poca 1	Nula 0

FUENTE: Manual para la certificación de comunidades saludables. Dirección General de Promoción de la Salud, 2015.



ANEXO 18

PLAN DE TRABAJO DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD

 <small>SERVICIOS DE SALUD PROSPERAMOS JUNTOS</small>	<small>SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ DIRECCIÓN DE POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD PROGRAMA DE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES</small>					
PLAN DE TRABAJO DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD						
JUR. SANITARIA	MUNICIPIO	LOCALIDAD	FECHA DE ELABORACIÓN			
UNIDAD DE SALUD						
PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA		RESULTADO
				INICIO	TERMINO	
FIRMAS DE COMPROMISO						
_____		_____		_____		
PRESIDENTE DEL COMITÉ		SECRETARIO		EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD		
_____		_____		_____		
VOCAL PRIMERO		VOCAL SEGUNDO		VOCAL TERCERO		
<small>Incluir sello de la Unidad de Salud y de la Autoridad Local</small>						

ANEXO 19

FORMATO PARA MINUTAS DE REUNIÓN

 <p>SLP PROSPEREMOS JUNTOS <small>Calidad del Estado en Salud</small></p>	<p>SERVICIOS DE SALUD</p>	<p>SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ DIRECCIÓN DE POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD</p>	
MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ MUNICIPAL DE SALUD			
Jurisd. Sanit.	Municipio	Localidad	Unidad de Salud
<p>Siendo las ____ horas del día ____ del mes de _____ del año 201____, en las instalaciones de _____ _____ se lleva a cabo reunión de trabajo del Comité Local de Salud de esta localidad, bajo la siguiente orden del día:</p>			
No.	TEMA A TRATAR	PERSONA QUE EXPONE	
1			
2			
3			
<p>Una vez discutidos los temas, se obtienen los siguientes compromisos:</p>			
No. DEL TEMA	ACUERDO	COMPROMISO	RESPONSABLE DEL COMPROMISO
<p>Siendo las ____ horas se da por finalizada la reunión, firmando de conformidad los asistentes:</p>			
_____	_____	_____	
NOMBRE Y CARGO	NOMBRE Y CARGO	NOMBRE Y CARGO	
_____	_____	_____	
NOMBRE Y CARGO	NOMBRE Y CARGO	NOMBRE Y CARGO	

ANEXO 20

ACTA DE FORMACIÓN DE CASA AMIGA/ CASA DE REHIDRATACIÓN ORAL

 SLP PROSPEREMOS JUNTOS <small>Gobernamos el Estado con y para ti</small>	SERVICIOS DE SALUD	SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ DIRECCIÓN DE POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD	
---	-----------------------	---	---

**ACTA DE INSTALACIÓN DE CASA AMIGA DEL NIÑO Y DE LA MADRE
HIDRATACIÓN ORAL**

Jur. Sanit. No: _____ **Unidad de Salud:** _____

En la comunidad de _____ del municipio de _____, el día ____ del mes de _____ del año 201____, se instala la Casa Amiga del Niño y de la Madre, en el domicilio _____, siendo responsable la C. _____, persona que está capacitada y dispuesta a participar en su comunidad, brindando atención e información a las personas afectadas de enfermedades gastrointestinales para la preparación, distribución y uso del "VIDA SUERO ORAL", así como para dar orientación alimentaria durante este periodo de enfermedad.

FIRMANDO DE CONFORMIDAD:

El responsable de la Casa Amiga: _____
Nombre y Firma

La Autoridad de la Localidad: _____
Comisariado / Representante de la Colonia
Nombre y Firma

El personal de la Unidad de Salud: _____
MÉDICO (Nombre y Firma)

ENFERMERÍA (Nombre y Firma)


PROMOTOR DE SALUD (Nombre y Firma)

Validó _____

El Responsable Jurisdiccional de Promoción para la Salud: _____
Nombre y Firma


ANEXO 21

LISTADO DE ASISTENCIA DE AGENTES Y PROCURADORAS EN CAPACITACIÓN



SLP SERVICIOS DE SALUD
PROFESIONALES UNIDOS
Defensora del Proveedor y Consumidor

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD





REGISTRO DE ASISTENCIA A TALLERES PARA FORMACIÓN DE AGENTES Y PROCURADORAS DE SALUD

Jurisdicción: Nombre De La Unidad De Salud Y Clase: Localidad: Población A Capacitar: Agentes: Procuradoras:

No.	NOMBRE	TALLER 1	TALLER 2	TALLER 3	TALLER 4	TALLER 5	TALLER 6	TALLER 7	TALLER 8	TALLER 9	TALLER 10
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
	FIRMA DE QUIEN IMPARTIÓ EL TALLER										

ANEXO 22

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE AGENTES Y PROCURADORAS CAPACITADAS

	<small>SERVICIO DE DE SALUD</small>	<small>SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ DIRECCIÓN DE POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD</small>	
CUESTIONARIO PARA CERTIFICAR A AGENTES Y PROCURADORAS DE SALUD			
MUNICIPIO	_____	LOCALIDAD	_____
NOMBRE COMPLETO	_____		
EDAD	_____	SEXO	_____
		FECHA	_____

Por favor, anote a un lado si piensa que el enunciado es falso o verdadero.

No.	ENUNCIADO	CIERTO Ó FALSO
1	Para Certificar tu Comunidad se necesita que el gobierno lo haga todo	
2	El género sólo tiene que ver con los aspectos biológicos entre hombre y mujer, y no tiene nada que ver lo cultural	
3	Es necesario cuidar todos los determinantes de la salud para mantenemos saludables	
4	Una familia que promueve valores y la unión familiar fortalece las redes de apoyo en la comunidad	
5	El cáncer de mama solo les da a las mujeres	
6	El plato del bien comer me ayuda a entender como nos debemos alimentar todos los miembros de mi familia	
7	La actividad Física junto con la alimentación correcta protege mi salud y la de mi familia	
8	Mantener la vivienda limpia y consumir alimentos bien cocinados y verduras desinfectadas nos ayuda a conservar la salud	
9	La televisión es el mejor medio para aprender de sexualidad, los artistas saben mucho del amor	
10	No Importa cuidar el medio ambiente, con que yo me culde un poco, es más que suficiente para protegerme de enfermedades.	

ANEXO 23

CENSO DE REDES COMUNITARIAS



SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD



CENSO DE REDES COMUNITARIAS

TIPO DE RED (marcar
sólo un tipo por Hoja)



Promotores Voluntarios	Agentes de Salud	Procuradoras de la Salud	Brigadistas Juveniles	Otro (señalar)
---------------------------	---------------------	-----------------------------	--------------------------	----------------

Jurisdicción Sanitaria No.	Municipio	Localidad	Unidad de Salud
-------------------------------	-----------	-----------	-----------------

No.	NOMBRE	HOMBRE	MUJER	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	EDAD
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						



ANEXO 24

CENSO DE FAMILIAS EXPULSORAS DE MIGRANTES

 SLP <small>PROSPEREMOS JUNTOS</small> <small>Gobierno del Estado 1997-2001</small>	<small>SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ</small> <small>DIRECCIÓN DE POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD</small> <small>SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD</small> <small>DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD</small>		CENSO DE FAMILIAS EXPULSORAS DE MIGRANTES				
J.B.	Municipio	Localidad	Unidad de Salud				
No.	APELLIDOS DE LA FAMILIA	DIRECCIÓN	DATOS DEL MIGRANTE				
			Hombre	Mujer	Ocupación En El Punto De Migración	Parentesco en la Familia	Edad
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

ANEXO 25

DIRECTORIO DE LÍDERES COMUNITARIOS

 SERVICIOS DE SALUD PROSPERAMOS JUNTOS <small>Calidad de Vida para todos</small>		SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ DIRECCIÓN DE POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD				
DIRECTORIO DE LÍDERES COMUNITARIOS						
Jurisdicción Sanitaria No.		Municipio	Localidad	Unidad de Salud		
CARGO	NOMBRE	DIRECCIÓN / TELÉFONO		OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	EDAD

ANEXO 26

SEGUIMIENTO DE COMUNIDAD A CERTIFICAR

PARTE 1



SERVICIOS DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE POLÍTICAS Y CALIDAD EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD
DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD

CÉDULA PARA SEGUIMIENTO MENSUAL DE LOCALIDADES PROPUESTAS PARA CERTIFICAR COMO SALUDABLES

JURISD. SANIT. MUNICIPIO LOCALIDAD

UNIDAD DE SALUD No. VIVIENDAS No. HABITANTES AÑO

ETAPA	INTERVENCIÓN	EVIDENCIA	RESPONSABLE	PUNTAJE DE CUMPLIMIENTO												
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
INICIADA EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN	Instalación del Comité local de salud (actualizar cada 3 años)	Acta de instalación	Promotor de salud / Director de la Unidad de Salud													
	Elaboración del Diagnóstico Local de Salud (3 años de vigencia)	Diagnóstico Local de salud														
	Elaboración del Plan de Trabajo Participativo	Plan de trabajo participativo de la comunidad														
ORIENTADA EN TEMAS DE SALUD PÚBLICA	Capacitación al personal de la Unidad de Salud	Listas de asistencia en el formato SIS_SS_ORG_COM_CAP (Mesa / Anuncio)	Jurisdicción Sanitaria	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Capacitación a los integrantes del Comité local de Salud	Listas de asistencia en el formato SIS_SS_ORG_COM_CAP (Mesa / Anuncio)	Todo el personal de la Unidad de Salud	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Formación de Agentes de la salud	Evaluación final satisfactoria (calificación mínima 7) DURACIÓN MÍNIMA DEL CURSO: 2 MESES REGISTRO EN FORMATOS SEPARADOS	Agentes de Salud / Personal de la Unidad de Salud	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ACTIVA EN EL MANEJO DE DETERMINANTES DE LA SALUD	Plan de Trabajo de la Localidad en ejecución	Existencia de Minutas de reunión del Comité Local de Salud (anotar el número de minutas en el mes)	Todo el personal de la Unidad de Salud													
	Entornos favorables: viviendas	Existencia de Cédulas de certificación de los entornos presentes en la comunidad con firma de Visto Bueno de la Autoridad Local. (Entornos existentes / entornos favorables)	Todo el personal de la Unidad de Salud	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

ANEXO 26

SEGUIMIENTO DE COMUNIDAD A CERTIFICAR

PARTE 2

ETAPA	INTERVENCIÓN	EVIDENCIA	RESPONSABLE	PUNTAJE DE CUMPLIMIENTO												
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
ACTIVA EN EL MANEJO DE DETERMINANTES DE LA SALUD	Entornos favorables: Escuelas	Existencia de Cédulas de certificación de los entornos presentes en la comunidad con firma de Visto Bueno de la Autoridad Local. (Entornos existentes / entornos favorables)	Todo el personal de la Unidad de Salud	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Entornos favorables: Sitios de trabajo			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	Entornos favorables: Espacios de recreación			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	Grupos de población con orientación alimentaria y que realice ejercicios para su salud	Acta de formación, evidencia de orientación alimentaria y de realización de actividad física	Todo el personal de la Unidad													
	Manejo de Servicios Públicos Básicos															
	Agua Apta para consumo humano	Visita Domiciliar que evidencia mínimo un 80% de viviendas con adecuado acceso y manejo	Promotor de salud / Director de la Unidad de Salud													
	Manejo Adecuado de basuras	TOTAL DE VIVIENDAS EN LA LOCALIDAD: -----														
	Manejo Adecuado de Excretas															
	Vacunación Universal	Cobertura de vacunación en niños de 1 año	Enfermera													
	Salud Materna y Perinatal	Tasa de Morbilidad Materna. Valor esperado: 35	Director de la Unidad de Salud													
	Enfermedades Transmisibles por Vector	Eliminación de criaderos y hábitats del vector.														
	Promoción de la Salud y Determinantes sociales	Porcentaje de consultas otorgadas con presentación de Cartilla Nacional de Salud	Todo el personal de la Unidad													
	Salud mental	Evidencia de acciones continuas de promoción de la salud y prevención de los trastornos mentales.														
	Prevención de accidentes	% promociones de la salud que recibieron información sobre prevención de accidentes en la comunidad.	Promotor de salud / Director de la Unidad de Salud													
Cooperar activamente con los diferentes programas de acción de Salud Pública	Informe Mensual de Eventos en Salud	Todo el personal de la Unidad														
MÉDICO			PROMOTOR DE SALUD												RESPONS. JURÍD. PROMOCIÓN PARA LA SALUD	
INFERMERIA			ODONTÓLOGO													

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Villanueva, L. F. (2007). El Aporte de la Política Pública y de la Nueva Gestión Pública a la Gobernanza. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 1-15.
2. Aguilar, L. F. (2007). El Aporte de la Política Pública y la Nueva Gestión Pública a la Gobernanza. (págs. 1-15). República Dominicana: XII Congreso Internacional del CLAD Sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública.
3. Araujo, X. (2004). Una Revisión Básica Sobre Conceptos y Teorías de Gobernabilidad. *Geoenseñanza*, 9(2), 203-212.
4. Arredondo López, A., Orozco Nuñez, E., & Castañeda, X. (2005). Gobernanza en sistemas de salud y participación social en México a partir de la reforma del sector. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*.(29), 15-22.
5. Báscolo, E. (2011). Gobernanza y Economía Política de las Políticas de Atención Primaria a la Salud en América Latina. *Ciencia y Saude Colectiva.*, 16(6), 2763-2772.
6. Benson, J. (1977). Organisations: a Dialectical View. *Administrative Science*, 22(11), 1-21.
7. Bobes, V. C. (2010). Cuba: Justicia Social, Gobernanza e Imaginario Ciudadano. Presente y Futuro de una Compleja Relación. *Revista Mexicana de Sociología, UNAM*, 72(4), 519-541.
8. Börzel, T. A. (2 de diciembre de 1997). Policy Networks, a new paradigm for european gobernación. *Centro Robert Schuman*. Obtenido de <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/policynet.pdf>
9. Brundtland, G. (Junio - Julio de 2002). Salud y Desarrollo Sostenible. *Revista ICE, Desarrollo Sostenible*(800).
10. Bursztyrn, I., Kushnir, R., Giovanella, L., Stolkiner, A., Sterman-Heimann, L., Riveros, M. I., & Sollazzo, A. (2010). Notas para el Estudio de la Atención Primaria en Contextos de Sistemas de Salud Segmentados. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 77-88.
11. Camou, A. (2001). *Los Desafíos de la Gobernabilidad* (Primera ed.). México, D.F.: Plaza y Valdes Editores.
12. Camou, A. (Agosto de 2013). *Antonio Camou.com.ar*. Recuperado el 30 de Octubre de 2013, de <http://www.antonioacamou.com.ar>
13. Carlsson, L. (2000). Policy networks as collective action. *Policy Studies Journal*.
14. Cerrillo, A. (2005). *La Gobernanza Hoy: 10 textos de referencia*. Madrid: Instituto Internacional de Governabilitat a Catalunya.
15. Comisión de Salud Investiga. (2007). *Evaluación de APS y de Redes de Servicios de Salud: Dos Miradas de la Situación*. Argentina: Ministerio de Salud de Argentina.
16. Cordero, J. C. (Junio de 2007). Las redes sociales y de salud. *Redescubrimiento. Revista hispana para el análisis de redes sociales.*, 12(10).

17. De Freitas, C., & Martin, G. (2015.). Inclusive public participation in health: policy, practice and theoretical contributions to promote the involvement of marginalised groups in healthcare. *Social Science and Medicine*, 31-39.
18. Elmore, R. (1978). Organizational models of social program implementation. *Public Policy*, 185-228.
19. Enjolras, B. (2008). Gobernanza e Interés General en los Servicios Sociales y de salud. *Revista Venezolana de Economía Social*, 8(15), 169-171.
20. Enjolras, B. (2010). Gouvernance verticale, gouvernance horizontale et économie sociale, le cas des services a la personne. *Géographie, économie et société*, 12(1), 15-30.
21. Enjolras, B. (2010). Governance Verticales, Gouvernance Horizontales et Économie Sociale, Le Cas des Services a la Personne. *Géographie, Economie et Societé*, 15-30.
22. Evans, M. (1998). Análisis de Redes de Políticas Públicas: Una Perspectiva Británica. *Gestión y Políticas Públicas*.
23. Fisher, R., Ury, W., & Patton, B. M. (1991). *Sí de Acuerdo! Cómo Negociar Sin Ceder*. Colombia: Norma.
24. Fleury, S. (2002). El desafío de la gestión de las redes de políticas. *Revista Instituciones y Desarrollo.*, 221-247.
25. Frenk, J., & Gómez Dantés, O. (Marzo - Abril de 2007). La Globalización y la Nueva Salud Pública. *Salud Pública de México*.
26. Ganeva, & Marín. (1994). *Capacidad de Negociación en el Sector Salud*. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud.
27. Gobierno del Estado de San Luis Potosí. (2004). *1er Informe de Gobierno*. San Luis Potosí: Gobierno del Estado de San Luis Potosí.
28. Gómez", F. N. (2008). *Políticas públicas en salud, aproximación a un análisis*. Antioquía, Colombia: Universidad de Antioquía.
29. Gordillo Inostroza, D. (2005). *Guía Metodológica de Comunidades Saludables*. Ayacucho, Perú.: Dirección Regional de Salud.
30. Hanneman, R., & Riddle, M. (2005). *University of California, Riverside*. Obtenido de <http://faculty.ucr.edu/~hanneman>
31. Hecló, H. (1978). Issued Network and the Executive Establishment. En D. A. King, *The New American Political System*. Washington.
32. INEGI. (octubre de 2015). *Instituto Nacional de Geografía y Estadística*. Obtenido de <http://www.inegi.org.mx>
33. Jiménez Herrero, L. M. (2002). La medición de los procesos de sostenibilidad en España mediante indicadores. La experiencia del OSE. *Sostenible?*
34. Jordan, G., & Schubert, K. (Febrero de 1992). A preliminary ordering of policy network labels. *European Journal of Political Research*, 21, 7-27.

35. Kenis, P. N., & Provan, K. G. (2009). Towards an exogenous theory of public network performance. *Public Administration*, 87(3), 440-456.
36. Kenis, P., & Provan, K. (2009). Towards an exogenous theory of public network performance. *Public Administration*, 87, 440 - 456.
37. Klijn, E. H. (1998). Policy Networks: an Overview. En J. M. Kickert W., & J. F. Koppenjan, *Managing Complex Networks*. London: SAGE Publications.
38. Kooiman, J. (2003). Gobernar en Gobernanza. *Conferencia Internacional Gobernanza, Democracia y Bienestar Social*. Barcelona: Instituto Internacional de Gobernabilidad de Catalunya.
39. Kooiman, J. (2003). Gobernar en Gobernanza. Conferencia Internacional Gobernanza, Democracia y Bienestar Social. Barcelona, España: Instituto Internacional de Governabilitat de Catalunya.
40. Kornblit, A. L., & Mendes Diz, A. M. (2000). *La Salud y la Enfermedad: Aspectos Biológicos y Sociales*. Aique.
41. Labonté, R. (2010). Gobernanza en sistemas de salud para lograr equidad: reflexiones críticas. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 62-76.
42. Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
43. Litewka, S. G. (2010). Calidad, Sistema de Salud y Gobernanza. El Caso Argentino. *Acta Bioética. Organización Mundial de la Salud Chile*, 16(2), 148-154.
44. Marsh, D., & Smith, M. (2000). Understanding Policy Networks: Towards a Dialectical Approach. *Political Studies*, 4-21.
45. Martínez, V. E. (Octubre de 1996). Las Políticas Públicas Desde la Perspectiva de las Redes Sociales: Un Enfoque Metodológico. *Política y Cultura*(7), 37-60.
46. Mayntz, R. (Octubre de 2001). El Estado y la Sociedad Civil en la Gobernanza Moderna. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 21, 1-8.
47. Mayntz, R. (2001). El estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna. *Revista del CLAD, Reforma y Democracia.*, 21.
48. Mayntz, R. (2001). El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 1-8.
49. Mc Millan, B., & Chavis, D. M. (1986). Sense of community: a definition and theory. *Journal of community psychology*(14), 6-23.
50. Medina Figueroa, E. (2008). *Guía Práctica para hacer de Tu Comunidad una Comunidad Saludable*. Lima, Perú.
51. Muñoz, A. G. (10 de marzo de 2016). *Biblioteca Virtual Eumed.net*. Obtenido de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2013/1284/index.htm>
52. O.P.S. (2006). *Hoja de Ruta para Contribuir al Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en los Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables*. Washington, D.C.

53. OMS. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. *Declaratoria de Alma Atta*. Alma Atta, URSS.
54. OMS. (1978). Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata, Rusia.
55. OMS. (2009). *7th Global Conference on Health Promotion*. Nairobi, Kenya.: World Health Organization.
56. OMS. (15 de Enero de 2015). *Dirección General de Promoción de la Salud, México*. Obtenido de promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html
57. OMS. (2016). *9a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*. Shanghai, China.: OMS, OPS.
58. ONU. (marzo de 2015). *Organización de las Naciones Unidas*. Obtenido de Departamento de Asuntos Económicos y Sociales: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/beyond2015-overview.shtml>
59. ONU, & CEPAL. (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos del Desarrollo Sostenible. Una Oportunidad para América Latina y El Caribe*. ONU.
60. OPS. (1996). *Promoción de la Salud: una Antología*. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
61. OPS. (1998). *Desarrollo de la Capacidad de Conducción Sectorial en Salud (una propuesta operacional)*. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud.
62. OPS. (2002). *Municipios y Comunidades Saludables. Guía de los Alcaldes para Promover Calidad de Vida*. OPS.
63. OPS. (2005). *Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables. Recomendaciones para la Evaluación Dirigido a los Responsables de las Políticas de las Américas*. Washington, D.C.: OPS.
64. OPS/OMS. (2004). *45o Consejo Directivo, 56a Sesión del Comité Regional, Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las Metas de Salud*. Washington, D.C., EUA: OPS/OMS.
65. Organización Panamericana de la Salud. (Octubre de 1998). La OMS Cumple 50 Años. *Revista Panamericana de Salud Pública.*, 4(4).
66. PAHO. (Septiembre de 2014). *Publications*. Obtenido de <http://www.paho.org/infosources/publications/publications.html>
67. Parsons, W. (2007). *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. México: Flacso México.
68. Peters, G. B. (2007). Globalización, Gobernanza y Estado: Algunas Proposiciones Acerca del Proceso de Gobernanza. *Revista del CLAD, Reforma y Democracia*(39).
69. Porras Martínez, J. I. (2001). Policy Network o red de políticas públicas: una introducción a su metodología de investigación. *Estudios Sociológicos. El Colegio de México*, 721-745.
70. Porras Martínez, J. I. (22 de Abril de 2015). Individualidad, Racionalidad y Redes. Las Nuevas Lentes para Comprender lo Político en la Sociedad de la Información. Chile, Chile, Chile.

71. Puentes-Markides, C., Maiese, D., & Granthon, M. (1999). Comunidades Saludables: La Visión de Salud para Todos en los Estados Unidos de América. *Revista Panamericana de Salud Pública.*, 430-433.
72. Restrepo, H. E., & Málaga, H. (2001). *Promoción de la Salud. Cómo Construir Vida Saludable.* Colombia: Médica Panamericana.
73. Rhodes, R. (2007). Understanding Governance: Ten Years On. *Organization studies, Australian National University*, 28(1243).
74. Rhodes, R. (2007). Undertanding governance ten tears on. *Organizations studies, Australian National University.*
75. Rhodes, R. A., & Marsh, D. (Octubre de 1992). Las redes de políticas en el gobierno británico. *Oxford, Clarendon Press.* Oxford, Gran Bretaña.
76. Rhodes, R. A., & Marsh, D. (1992). *Policy networks in British government.* Oxford.
77. Richardson, J. (1982). *Policy Styles in Western Europe.* London: Routledge Revivals.
78. Robeson, P. (abr de 2009). *National Collaborating Centres for Public Health.* Obtenido de http://www.nccmt.ca/pubs/NetworkingPaperApr09EN_WE.pdf
79. S.S.A., S. (2007). *Entornos y comunidades Saludables, programa de acción específico 2007 - 2012.* México.
80. S.S.S.L.P. (1 de Abril de 2016). Estudio de Regionalización Operativa. San Luis Potosí, San Luis Potosí, México: Servicios de Salud de San Luis Potosí.
81. SAGARPA, S. d. (3 de Abril de 2017). *Campo Potosino.* Obtenido de <http://189.204.16.158/campopotosino/index.php/noticias/noticias-campo-potosino/15-servicios-al-productor/36-monmun>
82. Salud, S. d. (2015). *Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESIAN) para Población Beneficiaria de PROSPERA Programa de Inclusión Social. Manual para la Unidad de Salud.* México: Secretaría de Salud.
83. Salud, S. d. (2015). *Manual para la Certificación de Comunidades Saludables, versión preliminar.* México: Secretaría de Salud.
84. Salud, S. d. (16 de Marzo de 2017). *Dirección General de Epidemiología.* Obtenido de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/bol_camexc.html
85. Sánchez Vidal, A. (2001). Medida y estructura interna del sentimiento de comunidad: un estudio empírico. *Revista de psicología social.*, 157-175.
86. Sanz Menéndez, L. (2003). Análisis de Redes Sociales: o como representar las estructuras sociales subyacentes. *Apuntes de Ciencia y Tecnología*, 20-29.
87. Scharpf, F. (1997). *Games real actors play. Actor-centered institutionalism in policy research.* Colorado.

88. SEDESOL. (27 de Marzo de 2017). *SEDESOL, Secretaría de Desarrollo Social*. Obtenido de <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=24&mun=053>
89. SEMARNAT. (2007). *Transferencia de tecnología y divulgación sobre técnicas para el desarrollo humano y forestal sustentable. Sanitario seco*. México: CONAFOR.
90. Shediach-Rizkallah, M., & Hueso, L. (1998). La planificación para la sostenibilidad de programas de salud basada en la comunidad: los marcos conceptuales y las futuras direcciones para la investigación, la práctica y la política. *Investigación Educación para la Salud. Teoría y Práctica*, 87 - 108.
91. Smith, M. (1993). *Pressure, Power and Policy: State Autonomy and Policy Networks in Britain and the United States*. Pittsburgh: University of Pittsburgh.
92. Sobera, M. G., Ortuyo, P. G., & Del Pino, S. M. (2007). *Guía para la Acción de Comunidades Productivas y Saludables; Hacia una Política Pública de Promoción de la Salud*. Montevideo: OPS.
93. SSA. (2002). *Programa de Acción: Comunidades Saludables*. México: Secretaría de Salud.
94. SSA. (2009). *Manual de Organización de la Dirección General de Promoción de la Salud*. México: SSA.
95. SSA. (2011). *Construyendo Comunidades Saludables: 10 Años de Esfuerzos Compartidos*. México: Secretaría de Salud.
96. SSA. (2014.). *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018*. Cd. Mx.
97. SSSLP. (2003). *Manual de Organización*. San Luis Potosí, México: Servicios de Salud de San Luis Potosí.
98. SSSLP. (18 de Septiembre de 2015). *Micro Final*. San Luis Potosí, San Luis Potosí, México.
99. Vázquez, C. A. (18 de Diciembre de 2013). *FLACSO*. Obtenido de web.flacso.edu.mx/micrositios/documentos/images/pdf/ensayos/pubcavimael%20vazquez.pdf
100. Vélez Arango, A. L. (2004). La Investigación en Políticas y Sistemas de Salud; Aproximación a su Quehacer. *Hacia la Promoción de la Salud.*, 33-44.
101. Waarden, F. V. (1992). Dimensions and Types of Policy Network. *European Journal of Political Research*, 29-52.
102. Weishaar, H., Amos, A., & Collin, J. (2015). Best of enemies: Using social network analysis to explore a policy network in European smoke-free policy. *Social Science and Medicine*, 85-92.
103. Wikipedia. (27 de Marzo de 2017). *Wikipedia*. Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Regi%C3%B3n_Huasteca
104. Zurbriggen, C. (2011). Gobernanza: una Mirada desde América Latina. *Revista Perfiles Latinoamericanos*, 38, 40-64.
105. Zurbriggen, C. (mayo-agosto de 2011). La Utilidad del Análisis de Redes de Políticas Públicas. *Nueva Época*, 181-207.