

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Escuela de Salud Pública de México

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL

**CONOCIMIENTO DEL MODELO OPERATIVO DE PROMOCIÓN A LA SALUD EN
PROMOTORES DE SALUD LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO.1**

**Trabajo para obtener el diploma de:
Especialización de Enfermería en Salud Pública**

Presenta:
L.E Omara Luis Villalobos

Director:
M.S.P. Erick Azamar Cruz

Asesores:
M.C.S. Arturo Velásquez Paz
L.E. Mercedes A. Tecillo Martínez

Oaxaca, Oaxaca 15 de Mayo 2012.

AGRADECIMIENTOS

A Gustavo por su comprensión y amor
durante la elaboración de este proyecto.

A mi Madre por enseñarme a no
desistir al perseguir un sueño.

A mis profesores y asesores por ser parte
esencial de este logro, brindándome su paciencia
y dedicación.

Contenido	Pág.
I.Introducción.....	3
II. Antecedentes.....	5
III. Justificación.....	9
IV. Planteamiento del Problema.....	11
V. Objetivos.....	12
VI. Marco Teórico.....	13
VI.1Determinantes de Salud como prioridad de atención en la Promoción de la Salud.....	13
VI.2 Modelo Operativo de Promoción a la Salud.....	15
VI.3 Promotores de Salud.....	22
VI.4 El conocimiento.....	24
VI.5 El nivel de conocimiento como factor importante de la competencia profesional.....	26
VI.6 Evaluación del nivel de conocimiento.....	28
VII. Marco de Referencia.....	29
VII.1Ubicación Geográfica.....	29
VII.2 División Política.....	30
VII.3 Datos Sociodemográficos.....	31
VII.4 Datos Económicos.....	31
VII.5 Morbilidad y Mortalidad.....	32
VII.6 Respuesta social Organizada.....	32
VIII. Metodología.....	33
VIII.1 Diseño de Estudio.....	33
VIII.2 Universo.....	33
VIII.3 Fuentes de información.....	33
VIII.4 Criterios de selección.....	33
VIII.5 Variables.....	34
VIII.6 Operacionalización de variables.....	34
VIII.7 Instrumentos de recolección de datos.....	36

VIII.8 Plan de análisis.....	36
VIII.9 Limitaciones.....	36
VIII.10 Aspectos éticos.....	37
IX. Resultados y Discusión.....	38
X. Conclusiones.....	50
XI. Recomendaciones.....	51
XII. Bibliografía.....	52
Anexos.....	54

I. Introducción

Dentro de los principales compromisos del sistema de salud en México, se encuentra la implementación de estrategias de promoción a la salud que buscan reducir la pobreza y la desigualdad social; se pretende que estas estrategias permitan que todos los individuos tengan la posibilidad de contar con la información necesaria y completa para lograr el control y mantenimiento de su propia salud.

Para mejorar la calidad de vida se debe mantener a la población bien informada y capacitada respecto al cuidado de su propia salud, esta acción debe ir de la mano con el diagnóstico oportuno de los determinantes sociales de salud como son la pobreza, la falta de recursos económicos, la cultura, el nivel educativo, la migración y el acceso a la salud, esto con la finalidad de plantear acciones intersectoriales que den solución a los principales problemas de salud que aquejan a la población.

La promoción a la salud es uno de los elementos fundamentales de la salud pública, es la segunda estrategia dentro del Plan Nacional de Salud 2007-2012, basándose en la Ley General de Salud donde lo contempla como “ *un derecho en el logro de la protección de salud para todos los mexicanos*”,¹ esta tiene su enfoque prioritario ya que se conoce que existen condiciones tanto biológicas, sociales, culturales y económicas que determinan la aparición o no de la enfermedad lo cual puede establecer una situación previsor y mejorar las condiciones de salud.

De acuerdo a la OMS en el 2006 el 36% de la carga de enfermedad era evitable en el mundo, en México la cifra es similar ya que al revisar los datos entre 2000-2004 el 38.45% de las muertes eran evitables,² ante este panorama se hace necesario reforzar las acciones de promoción para evitar gastos catastróficos tanto en la economía nacional como familiar, además de las fuertes implicaciones psicológicas y sociales que esto conlleva.

El Modelo Operativo de Promoción a la Salud (MOPS) se elaboró como medida para lograr la orientación y la instrumentación de la promoción de la salud tanto en el ámbito federal, regional y sectorial en México. Este plantea un Servicio Integrado de Promoción a la salud, conformado por componentes sustantivos y transversales, tomando como punto principal de su atención no las enfermedades, si no la modificación de los determinantes de salud, pretendiendo de esta forma anticiparse a los problemas mediante la promoción oportuna.³

En este sexenio las acciones del MOPS se ven aterrizadas en el Plan de Acción de Promoción a la Salud 2007-2011, donde se establece la función que realizará cada uno de sus elementos, en este se hace notar la importancia que tiene el papel del promotor a la salud, como principal componente para la entrega del paquete garantizado de promoción y prevención a la salud, indica que se deben abordar las intervenciones de promoción por grupos de edad y asegurarse que la población cuente con conocimientos en relación a los determinantes de salud.⁴

Por todo esto, es importante que los profesionales de salud que conducen las actividades de la promoción de la salud se encuentren bien capacitados en su labor a partir de la comprensión de la realidad local de las comunidades.

II. Antecedentes

Al comienzo de la década de 1940, Henry Sigerist rescató las ideas de sus precursores sobre la salud pública, las analizó críticamente, las sistematizó y las enriqueció, perfilando de manera más concreta la noción de “Promoción de la Salud”. Para Sigerist "la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso". La salud de un pueblo no depende de la asistencia médica sino de las condiciones de vida y del instrumento para lograr el acceso de la población a estas condiciones de vida. Según Sigerist, la Promoción de la Salud es la misión primordial de la medicina.⁵

La primera conferencia de promoción a la salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986, fue una respuesta a la demanda de una nueva concepción de salud pública en el mundo, en esta reunión se estableció que la promoción a la salud, proporcionaría a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma,³ así pues la promoción a la salud se ha visualizado como la herramienta principal para alcanzar el derecho humano fundamental para todos los pueblos, en donde se engloba que es necesario mantener el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, estipulado en la reunión de Alma – Atta 1978.⁶

De la conferencia de Promoción a la salud emanó la carta de Ottawa, en esta se establecen condiciones y requisitos para la salud como son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. La equidad sanitaria es el objetivo principal de la promoción a la salud, pretende proporcionar igualdad de oportunidades y medios para que la población alcance el máximo potencial en salud mediante el control de todo aquello que la determine, basándose en la participación activa que implica diferentes funciones como son la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes

favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios³.

La conferencia de Ottawa fue el inicio de un largo análisis sobre la importancia de la implementación de la promoción en todas las poblaciones del mundo.

El Modelo operativo de Promoción a la salud en México se elaboró en el 2006 con base en la carta de Ottawa.

En la segunda conferencia internacional realizada en Adelaida Australia del 5 al 9 de abril de 1988, se hizo la recomendación a los países que se entablaran políticas públicas a favor de la Salud y se construyó el documento “Recomendaciones favorables a la Salud”. Durante esta conferencia se dio a conocer como las políticas públicas de todos los sectores influyen a los determinantes de Salud, identificándose cinco áreas prioritarias de acción: Apoyo a la mujer, mejoramiento de la seguridad e higiene alimentaria, la reducción del consumo del tabaco, el alcohol y la creación de ambientes saludables.⁷

La tercera conferencia realizada en Sunsvall Suecia del 9 al 15 de junio del 1991, abordó la importancia de crear ambientes saludables con su lema: “Entornos propicios para la salud”, se le dio énfasis al desarrollo sostenible y la importancia de la acción comunitaria, fue señalado también los factores perjudiciales que condicionan los Entornos favorables para la Salud como son: los conflictos armados, el rápido crecimiento de la población, la alimentación inadecuada, la falta de medios para la autodeterminación y la degradación de los recursos humanos⁸

La cuarta conferencia se realizó en Yakarta Indonesia del 21 al 25 de julio de 1997, en esta se expuso la evidencia que las estrategias de promoción a la salud contribuyen al mejoramiento de la salud y la prevención de enfermedades tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Se identificaron cinco

prioridades en el área de Promoción a la Salud las cuales fueron: promover la responsabilidad Social para la Salud, aumentar la capacidad de la comunidad y potenciar a los individuos, expandir y consolidar alianzas por la salud, aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud y asegurar una infraestructura para la promoción de la salud.⁹

En México en el 2000 se realizó la quinta conferencia mundial para la promoción de la salud, en ella distintos ministros de salud se comprometieron a lessituar a la promoción de la salud como una prioridad, tanto en su políticas como en los programas de salud y asegurarse que todos los sectores de la población civil tuvieran participación activa, que prepararan Planes de Acción a nivel nacional y establecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud.¹⁰

La última de estas conferencias fue la realizada en Bangkok, Italia en agosto del 2005 con el Lema: “Mayor participación en los esfuerzos para mejorar la salud Mundial”, participando más de 100 países y 700 expertos en Salud Pública. Como abordar los determinantes en salud fue el tema principal tomando en cuenta la globalización mundial, de esta conferencia se elabora la carta de Bangkok donde se exhorta a los países a tener mejor colaboración entre gobiernos, organismos internacionales, sociedad civil y sector privado. Promueve la elaboración de iniciativas para lograr la salud de los pueblos, concentrándose en cuatro objetivos principales: garantizar que la promoción de la salud sea esencial en el programa mundial para el desarrollo, hacer que la promoción de la salud sea una responsabilidad primordial de los gobiernos, incluir la promoción a la salud como una buena práctica corporativa y fomentar la promoción de la salud como objetivo fundamental de las actividades de la comunidad y de la sociedad civil.¹¹

La capacitación del promotor de salud es indispensable para la instrumentación de sus acciones y para un resultado efectivo en la población, desarrollando sus competencias es indiscutible que mejorará su desempeño, un estudio realizado

en la ciudad de Nueva York en el 2010 encontró que posterior a una capacitación completa sobre educación en diabetes a los promotores de salud comunitarios, se demostró que son capaces de influir en las personas para que estas realicen cambios significativos en sus estilos de vida para mejora de su enfermedad.¹²

Sin embargo, no existen a la fecha estudios que hayan determinado el nivel de conocimientos de los promotores de salud institucional. Podemos citar algunas fuentes que nos proporcionan datos reveladores sobre los problemas que existen referentes a la promoción y educación a la salud. En el 2009 se realizó un estudio en Perú con la finalidad de identificar el conocimiento sobre metodología educativa para la capacitación de adultos por el personal de salud en el primer nivel de atención, encontrándose el 42% con conocimientos deficientes mientras que solo el 15% tenían un desempeño muy bueno.¹³ En el programa de acción específica de Promoción de la Salud 2007-2011 se describe un estudio realizado de mayo a julio del 2007 en donde encuestaron a 243 médicos pasantes en servicio social sobre promoción a la salud, aunque no expone los resultados en porcentajes, da a conocer que las actividades de promoción se llevan a cabo bajo condiciones adversas y que el personal está mal capacitado entre otras muchas circunstancias negativas.²

III. Justificación

La promoción a la salud es un recurso fundamental para mejorar la salud de los pueblos, involucrando los aspectos políticos, educativos y sociales, buscando siempre despertar la conciencia con respecto a la prevención.

Los promotores de salud institucionales tiene un rol primordial ante la comunidad, ellos deben buscar el empoderamiento de los individuos a través del intercambio de conocimientos constantes y necesarios para mejorar su calidad de vida; así pues, el promotor de salud debe tener un conocimiento amplio sobre lo que es la promoción a la salud, desde lo que es abogacía, identificación de riesgos (determinantes de la salud), fomentar la acción comunitaria, educación a la salud, y sobre todo tener una capacidad de liderazgo para enfrentar los retos que las propias poblaciones por sus características establecen .

Las principales funciones del promotor en Salud se encuentra desarrolladas en el Modelo Operativo de Promoción a la Salud por lo que se puede considerar que un promotor de salud debe de conocer de forma profunda este modelo, pues representa su guía en su quehacer diario, así pues la calidad en la entrega de los servicios de promoción brindada por los promotores de salud se podría encontrar relacionada con el nivel de conocimientos que se tenga sobre el Modelo Operativo de Promoción a la Salud y su capacidad aplicativa.

La transición demográfica y epidemiológica que está viviendo nuestra población plantea nuevos retos en salud, la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, obliga a todo promotor de salud a estar capacitado para incidir en algo que es difícil de cambiar, “el estilo de vida”; es por eso que se está fomentando una “Nueva Cultura en Salud” .

Oaxaca siendo uno de los tres estados con mayor marginación en México, presenta problemas importantes de salud por combatir como son las muertes

maternas, la desnutrición, el difícil acceso a los servicios, la sobresaturación de los mismos, la prevalencia de enfermedades crónicas y la poca cultura por la prevención, requiere con urgencia que el programa de promoción a la salud sea efectivo y que se dignifique el papel del promotor, colocándolo en un lugar importante dentro del sistema, pues es un elemento clave que puede establecer comunicación asertiva con el individuo y las poblaciones permitiendo contribuir con la detección oportuna de los determinantes de salud y como consecuencia en la disminución de la morbilidad y mortalidad de la entidad.

Sabemos que la percepción que se tiene a nivel nacional sobre la situación de los promotores de salud, no es nada favorable, se conoce sobre el déficit de personal en las unidades de primer nivel de atención, acerca de la desviación de sus funciones y de la falta de instituciones educativas en México para la formación de este personal a nivel profesional, como resultado de esto el servicio de promoción a la salud se ha venido realizando de forma empírica y en algunos casos esto dificulta su comprensión,² es por eso que se pretende mediante esta investigación, identificar el nivel de conocimiento que los promotores tienen sobre el Modelo Operativo de Promoción a la Salud, considerando a este como lo indispensable que debe conocer para realizar sus funciones. Poder visualizar el nivel de conocimientos de los promotores de salud, permitirá identificar si este es un problema que pueda llegar a condicionar la efectividad en la entrega de los servicios de promoción a la salud.

IV. Planteamiento del problema

El modelo operativo de promoción a la salud nos guía al pretender establecer un perfil adecuado para el personal que se requiere en el área de promoción a la salud, las características que debe tener son liderazgo a nivel local, adecuadas competencias técnicas, ser personal profesional, establecer buena comunicación, disposición para mantenerse en constante aprendizaje y capacidad para la recolección de información entre otros.

El conocimiento del Modelo operativo de promoción a la salud por parte de los promotores de salud es un factor fundamental para que se pueda realizar la entrega de forma correcta del servicio integrado de promoción a la salud, guía la instrumentación de las acciones de promoción y brindan las herramientas utilizadas para que el promotor involucre a la gente en el cuidado de su propia salud y la de sus familias. Esta claro que una actividad tan importante se debe realizar con una técnica metodológica que permita al promotor enfocar claramente sus objetivos y recabar las evidencias necesarias en su trabajo diario, recordando que el conocimiento del MOPS podría ser considerado como el mínimo necesario para realizar sus actividades diarias en su medio laboral. Es importante subrayar que la mala implementación de las acciones de promoción a la salud podrían afectar tanto al usuario, como a la institución y al propio promotor de salud, al usuario disminuyendo la probabilidad de que él desarrolle una autoconciencia de su propia salud, que tenga la capacidad de mejorar su entorno, que obtenga información confiable para su propia cuidado, a la institución ya que se puede llegar a desconocer los determinantes de salud de la población y no brindarle un seguimiento adecuado y al promotor ya que puede perder credibilidad e importancia ante la población y su equipo de trabajo

Por lo tanto me hago la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen los promotores de salud de la jurisdicción sanitaria No. 1 de los Servicios de Salud del estado de Oaxaca sobre el Modelo Operativo de Promoción a la Salud?

V. Objetivos

Objetivo general:

Determinar el nivel de conocimiento del modelo operativo de promoción a la salud en Promotores de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los Servicios de Salud del estado de Oaxaca

Objetivo específico:

1. Describir el perfil socio-demográfico de los promotores de salud.
2. Identificar el nivel de conocimiento de acuerdo a su antigüedad, estatus laboral, y a su perfil académico.
3. Establecer si los promotores de salud han recibido capacitación sobre el MOPS.
4. Determinar si los promotores de salud identifican los componentes sustantivos del MOPS y los componentes transversales del MOPS.

VI Marco teórico

VI.1 Determinantes de salud como prioridad de atención en la promoción de la salud

Diversas aportaciones durante el siglo XX apoyaban la importancia del estudio en la salud pública de los determinantes en salud; podemos mencionar a *McKeown* con su importante trabajo sobre determinantes sociales de salud, *Catford* con su aportación sobre indicadores positivos de salud, *Framingham* insertando a la epidemiología el término de “factor de riesgo”, por mencionar algunos.¹⁴

En 1973, *Hubert Laframboise* publicó su artículo *Health policy: breaking the problem down into more manageable segments*, donde plantea la necesidad de contar con segmentos más manejables a la hora de analizar los problemas y diseñar las políticas de salud;(9) en 1974 Lalonde retoma los trabajos de *Laframboise* y da a conocer mediante un informe que revolucionó a la Salud Pública, el “Modelo de Campo de la salud”; este permitió crear un marco de referencia que realmente constatará que las condiciones ambientales y los estilos de vida eran más importantes para la salud que solo la asistencia médica.¹⁴

El Modelo de Campo de la salud de Lalonde establece que el nivel de salud de una comunidad viene determinada por cuatro variables: Biología humana (genética y envejecimiento), medioambiente (contaminación), estilos de vida (ciertas conductas insanas) y el sistema de asistencia sanitario. Lalonde recalca la importancia del estudio de los determinantes de salud para la solución y prevención de la enfermedad.¹⁶

Por su parte el Modelo Operativo de Promoción a la salud (MOPS) clasifica para su estudio a los determinantes de salud de la siguiente manera:

Determinantes positivos: Son positivos de la salud aquellos que contribuyen a mejorar la calidad de vida de la gente y su bienestar funcional, estos son el objeto de la promoción a la salud ya que en primera instancia, se deben favorecer.

Determinantes negativos o de peligro: Aquellos que afectan la salud de la población, modificando la morbilidad y mortalidad en un sentido negativo. El propósito de la promoción de la salud es evitarlos o delimitarlos. (Apéndice 2)

El MOPS establece que los determinantes de salud, son la base para poder medir la efectividad de las acciones de promoción a la salud, a partir de que estas presenten modificaciones o no. Por lo que se hace fundamental para la promoción modificar los determinantes para mejorar y mantener la salud.³

La declaración ministerial realizada en nuestro país en el año 2000 sobre la promoción de la salud, establece la urgencia de abordar los determinantes sociales, económicos y medio ambientales de la salud a través de mecanismos reforzados de colaboración para la promoción de la salud en todos los sectores y en todos niveles de la sociedad.¹⁰

En el 2005, la Organización Mundial de la salud (OMS) estableció la comisión de determinantes sociales de la salud, en donde define a los mismos como: *“Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”*.¹¹ Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas en los diferentes países.¹⁷

Los determinantes de salud deben ser la fuente principal de información para los promotores de salud, a partir de los cuales se establecen objetivos y se priorizan las actividades a realizar.

El Programa de Acción Específico 2007-2011 señala en su estrategia 1, que es indispensable “*Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de salud a nivel individual, familiar y comunitario*”. Para lograr esto establece la implementación de talleres sobre determinante de salud, que serán indicadores que se espera tengan un impacto final en la disminución de la carga de morbilidad por los padecimientos prioritarios, aumentando el promedio de días saludables en la población trabajadora ².

VII.2 Modelo operativo de promoción a la salud

En el 2006, la Dirección General de Promoción de la Salud desarrolló el Modelo Operativo de Promoción de la Salud Operacional (MOPS), basándose en la carta de Ottawa. El modelo integra las actividades de promoción de la salud que se deben realizar dentro del sistema de salud. Su principal objetivo es la construcción de capital humano y mejorar la capacidad de organización para la promoción de la salud desde el nivel local mediante la capacitación del personal correspondiente para realizar actividades de promoción.³

El MOPS es un marco de referencia para construir la plataforma organizacional y la infraestructura física, que permita realmente entregar el servicio a la población en forma cercana, simple, rigurosa, atractiva y eficaz, así como apoyar las diferentes actividades que llevan a cabo diversos programas de acción. Su principal objeto es modificar los determinantes de la salud y a través de esto mejorar la calidad de vida.

Las funciones de la promoción de la salud propuesta en la carta de Ottawa se cumplen a través de un Servicio Integrado de Promoción de la Salud, cuyas intervenciones van de lo individual a lo poblacional. El MOPS divide estas funciones en cinco esenciales las cuales son:

- Desarrollar aptitudes personales para la salud.
- Desarrollar entornos favorables

- Reorientar los servicios de salud
- Reforzar la acción comunitaria
- Impulsar políticas públicas favorables

El Servicio Integrado de Promoción a la salud se encuentra conformado por siete componentes, cuatro sustantivos y tres transversales.

Componentes sustantivos

- Manejo de riesgos personales

Este componente identifica los determinantes no favorables que influyen en la salud individual y a partir de ello genera un perfil individual según edad, sexo, condición biológica, aspectos culturales y situación laboral. El conocimiento de este perfil facilita la elección de las medidas de promoción y prevención que convendrán a esa persona a lo largo de su vida.

Dicha labor se lleva a cabo a nivel local, de preferencia en las unidades de atención médica y de forma individual y familiar.

Incluye, entre otras acciones:

- Aplicación de las intervenciones de protección específica a lo largo de las diferentes etapas de la vida que se aterriza a través de uso de las cartillas nacionales de salud.
- Diagnóstico y elaboración del Perfil de resiliencia y riesgo, que consiste a su vez de los siguientes perfiles particulares:
 - Genético (según árbol genealógico) y eventualmente genómico
 - Ambiental
 - Del entorno inmediato: vivienda
 - Del entorno inmediato: lugar de trabajo
 - Social
 - Familiar
 - Cultural
 - Psicológico
 - De seguridad personal

- De actividad física
- De hábitos alimenticios
- Manejo de los riesgos identificados

- Desarrollo de capacidad y competencia en salud

Este componente promueve la transmisión de conocimientos hacia la población y el fomento de valores, actitudes y aptitudes personales para que la gente salvaguarde su salud fortaleciendo los determinantes positivos.

Este servicio se otorga en los sitios de prestación a nivel local, al individuo, la familia y/o a grupos de específicos. Incluye, entre otros, acceso a:

- Actividades de Educación para la salud
- Grupos de autoayuda
- Talleres de capacitación comunitaria

Herramientas e instrumentos varios de comunicación educativa, como guías, trípticos, carteles, periódicos videos y murales.

- Participación social para la acción comunitaria

Este componente impulsa la participación informada y organizada de la población y promueve la creación de redes sociales que posibiliten y faciliten la instrumentación de las estrategias de Promoción de la Salud desde la base social, logrando así el empoderamiento de las comunidades.

Este componente se desarrolla principalmente en los niveles local, municipal y jurisdiccional. Incluye:

- Apoyo y asesoría técnica a la sociedad organizada
- Información y capacitación de comités locales de salud
- Promoción de la participación municipal a favor de la salud
- Fomento del desarrollo de Municipios promotores de la salud y saludables.
- Gobernanza: organización y estructuración de espacios de interfase con los servicios de salud

- Desarrollo de entornos saludables

Este componente impulsa la creación de espacios físicos y sociales donde las personas vivan, estudien y trabajen en condiciones higiénicas, seguras y estimulantes para producir salud y mejorar su calidad de vida. Además procura la protección y conservación de los recursos naturales. Aborda el manejo adecuado de agentes físicos, químicos y biológicos.

Este componente se desarrolla en todos los niveles e incluye, entre otros:

- Capacitación a distintos actores
- Educación para la salud
- Guías para el desarrollo de entornos
- Materiales educativos
- Certificación de espacios

Componentes transversales

- Abogacía intra e intersectorial

Este componente se propone influir tanto al interior del sector salud como fuera de él. Intercede y promueve la cooperación de otros sectores con el fin de generar sinergia entre los diversos actores, ámbitos y niveles que están o podrían estar involucrados en la prestación del servicio de Promoción de la Salud. Impulsa este concierto con objeto de potenciar el impacto de las intervenciones. Su acción se lleva a cabo en todos los órdenes de gobierno, de forma directa con responsables de programas de salud, otras instituciones de salud públicas o privadas, otras instituciones públicas, y empresas y organismos no gubernamentales, entre otros.

Incluye, entre otros:

- Identificación de contrapartes institucionales, municipales y empresariales
- Desarrollo de planes municipales y jurisdiccionales de Promoción de la Salud
- Estructuración de redes de apoyo para la promoción de la salud
- Evaluación de políticas saludables

- Mercadotecnia social en salud

Este componente busca motivar actitudes y comportamientos tanto individuales como sociales encaminados a promover la salud del público blanco. Utiliza la mezcla clásica de la mercadotecnia: producto, plaza, precio (en nuestro caso, costo de acceso) y promoción, así como mezclas propias con elementos como ataduras al financiamiento público, alianzas y políticas.

Este servicio se efectúa en los niveles local, municipal, jurisdiccional, estatal y/o nacional, y por lo general fuera de las Unidades de atención. Parte de su labor es desarrollar un enfoque particular para cada grupo blanco.

Incluye, entre otros:

- Identificación y monitoreo de la percepción y cultura sociales sobre salud
- Desarrollo de una metodología de Comunicación / Mensajes / Grupos blanco
- Identificación y utilización de canales específicos
- Integración de paquetes de productos y de sus mensajes de posicionamiento
- Metodología para el diseño de campañas educativas

- Evidencias para la salud

Contribuye a que la información, datos y análisis de los determinantes de la salud apoyen los procesos de evaluación de la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud, así como a la generación de nuevo conocimiento para el diseño de estrategias y toma de decisiones, aspectos centrales para alcanzar los objetivos de la Promoción de la Salud.

Este componente se genera en los niveles local, municipal, jurisdiccional, estatal o nacional, y se entrega en los distintos sitios de atención, utilizando los mecanismos de mercadotecnia de la información para la salud, logrando ofrecerse de manera individual, grupal o colectiva.

Incluye, entre otros:

- Minería de información y documentación
- Recolectar información
- Utilizar los Sistemas de información local y municipal para la salud

- Diagnosticar y evaluar condiciones de salud comunitarias
- Realizar investigación.

El modelo de promoción la salud especifica también los lugares donde se debe entregar el Servicio Integrado de Promoción, como se exponen en el siguiente cuadro:

ENTREGA DE SERVICIOS		
UNIDADES DE ATENCIÓN	OTROS SITIOS	SITIOS OCASIONALES
• Centros de salud • Hospitales • Albergues en hospitales (asilos, orfanatos, etc) • Unidades de asistencia • Farmacias • Servicios médicos Municipales Clínicas particulares y sanatorios • Otras instalaciones de salud (v.gr. casas de salud)	• Hogar • Fábricas • Campos • Jornaleros • Albergues agrícolas • Escuelas • Edificios municipales • Cárceles • Estaciones migratorias	• Centros comerciales • Casetas de peaje • Aeropuertos • Centrales de Autobuses • Hoteles • Mercados • Carreteras • Cines • Discotecas • Iglesias • Ferias populares • Puestos temporales de campañas educativas • Clubes de servicios

El servicio de Promoción de la Salud puede ser otorgado a todas las personas produciendo beneficios tanto directa como indirectamente como se muestra en la siguiente tabla:

PERSONAS BENEFICIADAS			
INDIVIDUOS	QUE	RECIBEN	PERSONAS
DIRECTAMENTE EL BENEFICIO			QUE
			INDIRECTAMENTE LO RECIBEN
• Población en general • Pacientes • Familias afiliadas al Seguro Popular • Alumnos • Deportistas • Obreros • Trabajadores de oficinas • Jornaleros • Empleados • Migrantes • Reclusos • Familias • Discapacitados • Damnificados • Sexoservidoras (es)			• Profesores • Directores de escuelas • Alcaldes • Regidores de salud • Directores de empresas • Personal de salud • Promotores de unidades • Comités de salud

Es importante recalcar que el servicio que se da debe tener algunas características como son que sea simple, rigurosa, útil, original, oportuna, atractiva, efectiva, actual y sin costos de transacción excesivos. Para lograr un impacto efectivo de manera local y general una demanda de servicios de alto valor como primer paso es realizar un diagnóstico comunitario local de salud de esta manera se adecuará el servicio de manera directa a las condiciones y necesidades particulares de la población.

El Promotor de la Salud debe encontrarse incluido y saber instrumentar tanto los componentes sustantivos como transversales del Modelo Operativo de promoción a la salud, tomando en cuenta que su función principal es proporcionar el Servicio integrado de promoción a la salud conformado por ambos componentes.

El conjunto de instituciones y personas que intervienen con su acción en el proceso de entrega y recepción de los servicios de Promoción de la Salud forman

lo que se le llama una Cadena de valor, esta cadena de valor se encuentra conformada por los siguientes componentes:

- Instancia Federal: ejercerá rectoría y generará impulso
- Titular de servicios: ejercerá rectoría, asignará recursos y coordinará acciones intersectoriales e intrasectoriales
- Titular estatal de promoción de la salud: asegurará que exista vínculo técnico con la federación e instrumentará una labor coordinada con otros programas e instituciones
- Jefe jurisdiccional: planeará a nivel local, efectuará acciones intersectoriales y dará apoyo a su equipo y a las redes que actúen en su región
- Coordinador de promoción de la salud: gerenciará la red jurisdiccional
- Gerente de promoción de la salud: apoyará y gerenciará una red de promotores y vigilará que se mantenga el vínculo con el municipio
- Promotor: se hará cargo de la entrega directa del servicio e impulsará el trabajo de la red colaboradora.³

VI.3 Promotores de salud

En diferentes artículos publicados y declaraciones realizadas a nivel mundial sobre la promoción a la salud, se identificó que no se describe de forma específica la figura del promotor de la salud; se sobreentiende que el Promotor de la Salud es aquel que sirve de enlace entre la comunidad y los servicios de salud, además que se plantea que la responsabilidad de realizar promoción de la salud recae en todos y cada uno de los profesionales de salud, por lo que existe poca información sobre el papel del promotor de la salud institucional.

El MOPS clasifica a los promotores de salud de la siguiente manera

- Promotores institucionales.
- Promotores voluntarios (de la propia comunidad).
- Otro personal institucional que colaborará con los promotores.³

El Programa de Acción de Promoción a la Salud plantea que actualmente el perfil del promotor en salud de acuerdo al “catálogo sectorial de puestos “ para la rama, médica, paramédica y afín, publicado en el 2006 no han sido actualizadas, es por esto que sus funciones no van de acuerdo con las necesidades de salud actuales lo cual afecta en la entrega adecuada del servicio, aunado a esto existe otra problemática, como es el déficit de personal, la desviación del recurso humano en otras actividades aún teniendo el código de promotor y la implementación empírica de sus actividades .

En el Programa de Acción Específica de promoción a la salud se plasman algunos de los problemas que giran alrededor de la figura del promotor de la salud, por ejemplo menciona que la mala capacitación por parte de los promotores se debe a que el nivel de escolaridad varia y que los promotores se encuentran formados en diferentes áreas de la salud.²

El modelo operativo de promoción a la salud nos guía al pretender establecer un perfil adecuado para el personal que se requiere en el área de promoción a la salud, las características que debe tener son liderazgo a nivel local, tener adecuadas competencias técnicas, ser personal profesional, establecer buena comunicación, disposición para mantenerse en constante aprendizaje y capacidad para la recolección de información entre otros. El desarrollo del capital humano en promoción a la salud sigue siendo un asunto pendiente en México.³

Dignificar el papel del promotor es una prioridad ellos se encuentran muy cercanos a nuestra población, brindan herramientas para que la gente se involucre con su propia salud y de sus familias, no se debe permitir que una actividad tan importante se realice sin una técnica metodológica que permita al promotor enfocar claramente sus objetivos y recabar las evidencias necesarios en su trabajo diario, recordando que el conocimiento del MOPS podría

considerado como el mínimo necesario para realizar sus actividades, entre una gama amplia de conocimientos y técnicas que debería conocer.

La promoción a la salud es una de las vertientes más importantes dentro de la salud pública ya que se encuentra considerada dentro de sus funciones esenciales, en ello radica la importancia de que el personal dedicado o adscrito al área de promoción a la salud tenga los conocimientos necesarios para ser agentes activos en la prevención y educación para la salud

VI.4 El conocimiento

La filosofía y la psicología han estudiado de manera extensa el fenómeno del conocimiento, ambas ramas son concluyentes en un aspecto importante del mismo, por un lado la filosofía de la doctrina racionalista (Leibniz y Wolff) y por otro la empirista (Locke y Hume) enseñan que nuestro conocimiento es producto de la razón y de la experiencia, respectivamente; la psicología ha comprobado que el conocimiento humano es la suma de contenidos racionales y empíricos, y que la formación de nuestros conceptos se determinan a través de la experiencia. Así pues la filosofía pretende captar que es el conocimiento mientras a la psicología le interesa como se da el proceso del conocimiento.

Para que se dé el conocimiento es necesario dos componentes: el sujeto que es alguien que quiera o pueda conocer y el objeto algo o alguien que sea susceptible a ser conocido.

La palabra conocimiento es amplia, Rakitov en 1989 la denominó como *“una forma especial del reflejo de la realidad en el cerebro”*, diferentes autores definen lo que es el conocimiento pero se concluye que es el conjunto de información que se ha adquirido a través de la educación o de la propia experiencia, es considerado un proceso dinámico y en constante evolución, comprobable a

través de su uso en la práctica siendo importante resaltar que el conocimiento es necesario para el desempeño de los puestos de trabajo.

Los estudiosos en el tema del conocimiento han clasificado al mismo en dos grandes grupos, de acuerdo al contenido y de acuerdo a la transferencia.

De acuerdo al contenido se identifica el conocimiento de procedimientos, de definiciones, de objetos y hechos, de consecuencias y el meta conocimiento; es importante conocer que cada uno de ellos engloba el sentido semántico del saber.

De acuerdo a la transferencia, es decir, de acuerdo a lo que ocurre cuando lo que se aprende, o el conocimiento que se tiene, facilita (o inhibe) el aprendizaje o desempeño en otras situaciones o actividades.

Así pues, podemos clasificarlos en dos grupos:

- Conocimiento tácito: Es el saber que tiene un individuo u entidad compuesta de individuos. Este conocimiento responde a preguntas sobre cómo se hacen las cosas: cómo se resuelven problemas, cuándo resolverlos y de dónde se obtienen los recursos para poder solventarlos. Está orientado a la experiencia y tiene un motor consciente y otro inconsciente: por eso, es difícil hacerlo explícito en su totalidad. Este saber engloba todas las habilidades que tienen las personas y se transfiere de manera informal.
- El conocimiento explícito: También llamado conocimiento convencional, es aquel que ya está representado o documentado y se utiliza como medio para transmitir los procedimientos que se han de seguir para resolver de forma óptima cualquier trabajo, problema o proceso, en general. Por tanto, este conocimiento está orientado conscientemente a la resolución de problemas y se haya siempre representado, lo que supone poder acceder a él conscientemente. Todo el conocimiento representado es conocimiento

explícito y se genera a partir de conocimiento tácito o de un conocimiento previo. Esta representación del conocimiento es la interfaz entre el cerebro y el mundo exterior.¹⁸

Llegar al nivel de tener explícitos los conocimientos es la situación más práctica que tiene el capital humano y las organizaciones se beneficiarán de ello. Una vez logrado esto se puede potenciar el conocimiento estableciendo manuales de procedimientos, formatos de negocios, maneras de proceder, capacitaciones, seminarios, etc.

En las organizaciones el conocimiento es un aspecto importante para la realización idónea de procesos, alcanzar los objetivos y hallar nuevas oportunidades de mejora. Es por esto que es considerado como el capital intelectual de una empresa.

El Modelo operativo de promoción a la salud considera que el conocimiento que tienen los promotores de salud debe ser actualizado regularmente, y que esta actualización debe estar a cargo de la jurisdicción sanitaria. El procedimiento será atraer, retener y capacitar aquellas personas que ya tengan una base técnica y profesional sobre la cual puedan construir nuevas competencias. Sin embargo debido a la importancia de la promoción en el sector no es suficiente solo capacitar sin no profesionalizar a los promotores de salud.³

VI.5 El nivel de conocimientos como factor importante de la competencia profesional

Las competencias en el ámbito laboral se encuentran relacionadas con los conocimientos necesarios para desempeñar adecuadamente una profesión en el ámbito aplicativo. Los perfiles profesionales se llegan a construir a través de la valoración de competencias de los individuos, es decir, basándose en los conocimientos y la práctica necesaria para su consecución.

Se dice que se llega a ser buen profesional, cuando la conjunción de conocimientos necesarios más la aplicación práctica de los mismos alcanza un nivel satisfactorio, que suele estar determinado por escalas que facilitan la medición o valoración de los conocimientos acordes con la actividad para que el profesional pretenda alcanza el mínimo requerido en dicha escala se dice que es competente o está calificado para desempeñar determinada actividad profesional.¹⁹

Cuando hablamos de nivel de conocimiento nos referimos a la medida referente a la cantidad de información que se tiene de cierto objeto que en este caso específico es el Modelo Operativo de Promoción a la salud.

El nivel de conocimiento se encuentra inmerso en el término de competencia; en el 2005 Perrenaud concibe a la competencia como: *"la capacidad de movilizar varios recursos cognitivos para hacer frente a un tipo de situación"*.¹⁸ Sabemos que el desarrollo de las competencias no solo está determinada por los conocimientos, influyen otros componentes como las habilidades, las actitudes y la práctica, sin embargo tampoco se puede dejar notar que los conocimientos son la base necesariamente para la adquisición de competencias profesional.

Las organizaciones se han preocupado por evaluar el conocimiento de sus trabajadores, de esta necesidad han brotado términos como gestión del conocimiento y el aprendizaje de las organizaciones. El capital intelectual de los trabajadores en una organización permite la creación de conocimiento que conlleva a las personas innovar. La base de conocimientos que una persona tiene representa y determina su habilidad para analizar situaciones, solucionar problemas, para tomar decisiones y para seguir aprendiendo.

Así pues el conocimiento obtenido en un área específica se refleja en las competencias que se tengan en la práctica.

La adquisición de conocimientos es muy importante porque permiten obtener habilidades y destrezas, que son la base para realizar las actividades en forma

eficiente. El conocimiento en el área de trabajo se adquiere a través de la educación, pero es una realidad que para poder afianzarlo es necesario llevarlo a la práctica, para poder lograr un buen desempeño laboral.

VI.6 Evaluación del nivel de conocimiento

La evaluación del conocimiento se realiza para reunir datos sobre el cumplimiento de objetivos en ciertas áreas, este puede realizarse mediante técnicas de interrogación, las técnicas mayormente utilizadas y con buenos resultados son la encuesta y la entrevista. Hablando específicamente de la encuesta dentro de sus principales características, es que se encuentra basada en las manifestaciones del propio sujeto, se trata de una técnica adecuada para analizar y obtener información de un gran número de sujetos y permite valorar a través de ella aspectos tanto subjetivos como objetivos.¹⁹

La elaboración de un cuestionario que permita la evaluación de un conocimiento requiere de ciertos pasos o fases como son: definir los objetivos generales y específicos, establecer a quienes se va a evaluar, la elaboración del cuestionario, organizar, codificar las respuestas y las conclusiones de la evaluación.

La formulación de preguntas permite obtener evidencia de los conocimientos esenciales establecidos sobre un tema, también permite tener información sobre desempeño y las competencias originadas por ese conocimiento, pueden utilizarse de forma escrita con preguntas de opción múltiple o preguntas abiertas, incluso utilizarse para formular casos hipotéticos cuyo fin es evidenciar la aplicación del conocimiento.¹⁹

Al medir el nivel de conocimientos se pretenderá identificar las teorías, principios, conceptos e información que una persona aplica para lograr resultados u objetivos establecidos durante el desempeño de su laboral.

VII. Marco de Referencia

VII.1 Ubicación Geográfica

El estado de Oaxaca es una de las treinta y dos entidades federativas que integran la república Mexicana, situado al sureste del territorio nacional, limitando al noroeste con el estado de Puebla y al noreste con el de Veracruz; al sur con el Océano Pacífico, al este con el estado de Chiapas y al Oeste con el de Guerrero, se encuentra dividido por 8 regiones que son los Valles centrales, mixteca, Costa, Istmo, Cañada, sierra Norte, Sierra Sur y cuenca de Papalopan, el sector salud tiene contemplado 6 jurisdicciones sanitarias. Oaxaca es un Mosaico complejo de climas animales, plantas, ríos, montañas y seres humanos que conforman diferentes paisajes geográficos. La variedad es una característica del estado; cuenta con diversos climas, una enorme variedad de suelos y de grupos étnicos.

La jurisdicción sanitaria Núm. 1 es una región geográfica y cultural localizada en el centro del estado de Oaxaca, los “Valles Centrales”, colinda al Norte con la Sierra Sur (Miahuatlán), al Sur con la Región de la Sierra Norte (Ixtlán y Villa Alta), al Este con la Región Mixteca (Nochixtlán), al Noreste con la Sierra Sur (Sola de Vega) y al Oeste con la Sierra Norte (Mixe); representa el 5% de la superficie total del estado. Su clima es templado y tiene una temperatura promedio al año de 22°C. Se encuentran rodeados por la Sierra Norte, Sierra Madre del Sur y la región montañosa de la Mixteca. Este bloque de montañas se conoce también como “El Nudo Mixteco”.

La región de los Valles Centrales presenta un clima templado, con lluvias en verano, los meses más calurosos son abril y mayo. Mientras el clima de ETLA tiende a ser más templado y benigno por ser más húmedo, en Tlacolula la falta de humedad lo vuelve más extremo, lo mismo se puede decir de la fertilidad de la tierra. El Valle de ETLA es más fértil, ha servido para el cultivo de cereales y

frutas, mientras el valle de Tlacolula, menos fértil, se ha utilizado para el pastoreo y el cultivo de maguey.

Entre sus montañas que separan a los Valles, se destacan: el cerro de San Felipe en los límites con la sierra Norte; el suroeste de la ciudad de Oaxaca el cerro de Monte Albán, donde se asentaron antiguas civilizaciones. El principal río que cruza la región es el Atoyac, este nace entre las montañas de las Sedas, en Etla; recorre los Valles toca y humedece los distritos de Etla, Centro, Zaachila, Ocotlán y Ejutla. Este río, cuando deja los valles centrales, se vuelve caudaloso y cambia su nombre a río verde.²⁰

VII.2 División Política

El estado de Oaxaca cuenta con 6 jurisdicciones sanitarias, Valles Centrales, Mixteca, Tuxtepec, Costa, Sierra e Istmo que brindan cobertura de salud a 570 municipios. Actualmente cuenta con un total de 1,038 unidades de salud.

Los Valles centrales del estado de Oaxaca, se encuentra dividido en 6 distritos: Tlacolula, Ejutla, Ocotlán, Etla, Zaachila, Zimatlán y Centro. Con respecto al área de responsabilidad de cobertura en salud la jurisdicción sanitaria Núm. 1 tiene un área de responsabilidad de 187 municipios, de los cuales 79 están a cargo de los Servicios de Salud de Oaxaca, 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social y 66 son de responsabilidad compartida.²¹

El departamento de promoción de la Salud de la jurisdicción sanitaria Núm. 1 contempla en su plantilla laboral, un total de 55 Promotores de salud distribuidos en las diferentes unidades. (Anexo 3)

VII.3 Datos sociodemográficos

El total de habitantes en el estado de Oaxaca según el censo de población y vivienda del 2010 son 3 802,962 de los cuales el 48.6 son hombres y el 51.4 mujeres.²²

La población total en los “Valles centrales” del estado de Oaxaca es de 1, 241,447 habitantes, de los cuales 354,596 cuentan con seguridad social divididos en 205,838 pertenecientes al IMSS y 148,758 al ISSSTE.

El total de la población abierta es de 889,851 habitantes de los cuales IMSS oportunidades brinda cobertura en salud a 260,374 habitantes y el resto de los habitantes cuenta con acceso a la salud mediante los Servicios de Salud del estado de Oaxaca que corresponde a 626,479 habitantes.²¹

VII.4 Datos económicos

Los valles centrales se distinguen por su producción textil y alfarera; en décadas pasadas era común en toda la región, hoy se ha convertido en una actividad especializada propia de unos cuantos pueblos. Actualmente la producción textil se limitado a la lana, con la cual se elaboran cobijas, rebosos, ceñidores y blusas que se tiñen con anilina u otras sustancias.

Dentro de la alfarería es famosa la cerámica de Atzompa la cual es vidriada de color verde y la de San Bartolo Coyotepec, con su característico barro negro sin vidriar, utilizando para su cocción hornos antiguos. Además se producen canastos, huaraches y petates tejidos con carrizo o palma.²⁰

VII.5 Morbilidad y Mortalidad

Las 10 principales causas de morbilidad en los valles centrales del estado de Oaxaca, entre la semana 1 y 28 de 2011, son infecciones respiratorias agudas con 74,974 casos, infecciones intestinales con 51,556 casos, infección de vías urinarias con 24,124 casos, úlceras, gastritis y duodenitis con 9,607 casos, conjuntivitis 7,822 casos, amebiasis intestinal con 6,700 casos, gingivitis y enfermedad periodontal con 6,700 casos, otitis media aguda 5,968 casos, Varicela 3,505 casos e hipertensión arterial con 3,194 casos.

Las 10 principales causas de mortalidad en el 2010 son Diabetes Mellitus no insulino dependiente con 883 casos, infarto agudo al miocardio con 501 casos, enfermedad alcohólica del hígado con 259 casos, desnutrición proteico calórica 254 casos, fibrosis y cirrosis del hígado con 201 casos, senilidad 198 casos, , insuficiencia cardíaca 159 casos, neumonía 139 casos, tumor maligno del estómago 115, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso 68 casos, insuficiencia renal con 79 casos.²²

VII. 6 Respuesta Social Organizada

La jurisdicción sanitaria se encuentra integrada por 225 centros de salud, 4 hospitales, 1 equipo de salud itinerante (ESI), 17 Pac-Oportunidades, 22 caravanas de la salud y 1 centro de salud con servicios ampliados .

De acuerdo a la plantilla jurisdiccional existen 47 promotores de salud ubicados en 30 centros de salud y 17 en el programa Pac-Oportunidades.

Es importante aclarar que no se cumple la normatividad en relación al código funcional ya que existe personal administrativo desempeñando la función de promotor de salud así pues el personal que realiza funciones de promotor de salud pueden tener los siguientes códigos: Promotores de Salud, Administrativos, Polivalentes, Administrativos con funciones de promotor o Promotor con funciones administrativas. El departamento de promoción a la salud, tiene registrados a 55 trabajadores asignados como promotores de salud en las diferentes unidades.²²

VIII. Metodología

VIII.1 Diseño de estudio

El tipo de estudio fue descriptivo, transversal y prospectivo.

VIII.2 Universo

Se tomaron 55 promotores de salud de la jurisdicción sanitaria Núm. 1, en total.

VIII.3 Fuentes de información

Primarias: encuesta

Secundarias : documentos consultados

VIII.4 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Trabajadores pertenecientes a la jurisdicción sanitaria Núm. 1 de los servicios de salud de Oaxaca que tengan el nombramiento de promotor de salud.
- Aquellos promotores de salud que deseen participar en el estudio.
- Todos los perfiles que realicen la función.

Criterios de exclusión:

- Aquellos promotores de salud que no deseen participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios contestados menos del 90% .

VIII.5 Variables

Dependiente: Conocimiento del modelo operativo

Independiente: Promotores de salud

VIII.6 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la actualidad expresada en años.	Cuantitativa Discontinuas	Grupos de edad 18 – 24 25 - 34 35 - 44 45 - 54 55 y mas
Genero	Conjunto de seres que tienen rasgos o caracteres comunes clasificándose en masculino y femenino	Cualitativa Dicotómica	Femenino Masculino
Escolaridad	Nivel que una persona tiene dependiendo de los cursos que ha llevado en establecimientos docentes.	Cualitativa Nominal	Escolaridad • Primaria • Secundaria • Preparatoria • Licenciatura • Maestría

Código funcional	Designación de cargo u oficio	Cualitativa nominal	• Enfermera • Administrativo • Polivalente • Administrador con funciones de promotor • Promotor de salud • Promotor con funciones administrativas
Antigüedad en el área de promoción a la salud.	Tiempo que el trabajador lleva laborando en promoción a la salud	Cuantitativa Discontinuas	• Menos de 1 año • 1 a 5 años • 6 a 10 años • Más de 10 años
Tipo de Nombramiento	Forma de contratación que mantiene un empleado con la empresa donde labora	Cualitativa Nominal	• Base • Regularizado • Contrato • Confianza
Recibieron capacitación sobre el modelo operativo de promoción a la salud	Proceso educativo que permite adquirir conocimientos y habilidades en el uso del MOPS para	Cualitativa dicotómica	• Si • No
conocimiento del modelo operativo de promoción a la salud	Conjunto de principios, conceptos e información referente al MOPS, que el promotor de salud aplica para lograr resultados u objetivos establecidos en su trabajo.	Cualitativa ordinal	• Nivel de conocimiento bueno • Nivel de conocimiento Regular • Nivel de conocimiento malo

VIII.7 Instrumentos de Recolección de Datos

La información se obtuvo a través de un cuestionario de 19 preguntas de las cuales 3 son relacionadas al aspecto socio demográfico y las 16 restantes valorò el nivel de conocimientos del Modelo Operativo de Promoción a la Salud, todas las preguntas son cerradas. (ver ANEXO 4)

VIII.8 Plan de Análisis

Una vez aplicados los cuestionarios se realizó la codificación de éstos, posteriormente se capturaron los datos en el paquete estadístico SPSS versión 16 para windows donde se realizó la limpieza de la base de datos, el agrupamiento y la categorización de las variables.

Posteriormente se realizó un Análisis bivariado, donde se correlacionó las características generales de la población como son escolaridad, antigüedad laborar capacitación en relación con el nivel de conocimiento.

El análisis de la información, así como la interpretación de los resultados fueron elaborados por el investigador principal.

La información obtenida fuè comparada con los estudios y bibliografía actualizada existente con respecto a este tema y dará pautas para investigaciones subsecuentes.

VIII.9 Limitaciones

Una de las limitaciones más importantes fue la ubicación geográfica de las unidades de salud ya que se encuentran alejadas unas de otras y se requiere invertir mucho recurso y tiempo, también la posible ausencia del personal en las unidades de adscripción al momento de levantar las encuestas debido a las visitas que tiene que realizar en la población.

VIII.10 Aspectos Éticos

La investigadora se identificó con los promotores a encuestar y se les explicó los objetivos del estudio, posteriormente se obtuvo el consentimiento informado basándose en la ley de Helsinki. El estudio se realizó únicamente con fines de investigación, la investigadora garantiza el uso confidencial de la información el propósito será estrictamente académico no habrá afectación ni personal ni laboralmente para el personal encuestado.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se encuestaron a un total de 54 promotores de salud. La media de edad fue de 38.9 ± 8.2 años (rango de 22 a 57 años). Respecto al género, 63% fueron hombres; con relación a la escolaridad 74.1% tenía preparatoria y 22.2% licenciatura. Con relación al código funcional 68.5% eran promotores de salud, 13% eran administrativos y 9.3% polivalentes. El 38.9% de los promotores encuestados tenían de 1 a 5 años trabajando en el área de promoción a la salud, 33.3% más de 10 años y 22.2% menos de 1 año.

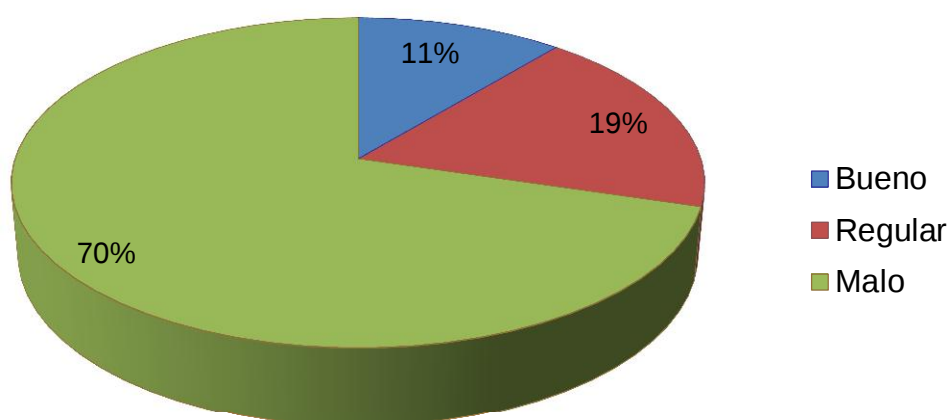
**Tabla 1. Perfil sociodemográfico de los promotores de salud de la
Jurisdicción sanitaria 1 de Oaxaca del 2011.**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
18-24 AÑOS	5	9.3
25-34 AÑOS	7	13
35-44 AÑOS	30	55.6
45- 54 AÑOS	9	16.7
55-60 AÑOS	2	3.7
GENERO		
Masculino	34	63%
Femenino	20	37%
ESCOLARIDAD		
Secundaria	1	1.9%
Preparatoria	40	74.1%
Licenciatura	12	22.2%
Maestría	01	1.9%
CODIGO FUNCIONAL		
Promotor de Salud	37	68.5%
Administrativo	7	13%
Polivalente	5	9.3%
Administrador con funciones de promotor	2	3.7%
Promotor con funciones administrativas.	3	5.6%
TIEMPO LABORANDO		
Menos de 1 año	12	22.2%
1 a 5 años	21	38.9%
6 a 10 años	3	5.6%
Más de 10 años	18	33.3%

FUENTE: Cuestionario aplicado a los promotores de salud para medir el nivel de conocimiento

Respecto al nivel de conocimientos sobre el Modelo Operativo de Promoción a la Salud, 70% se encuentra dentro de la categoría de malo y 11.1% tenía un nivel de conocimiento bueno(Figura 1).

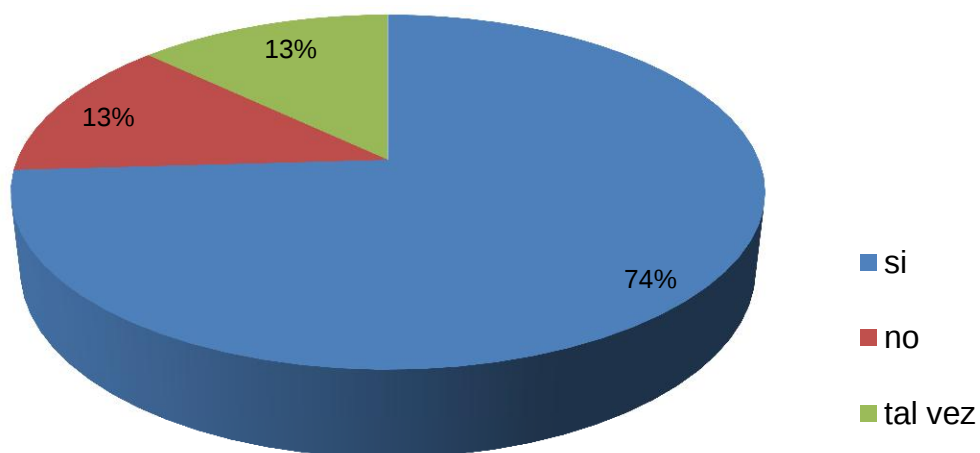
Figura 1. Nivel de conocimiento de los promotores de salud de la jurisdicción sanitaria 1 de Oaxaca 2011



FUENTE: Cuestionario aplicado a los promotores de salud para medir el nivel de conocimiento.

El 74% de los promotores de salud consideran que si conocen el Modelo Operativo de Promoción a la Salud (MOPS) . (Figura 2)

Figura 2. Promotores de salud que consideran que conocen el MOPS en la jurisdicción sanitaria 1 de Oaxaca 2011



FUENTE: Cuestionario aplicado a los promotores de salud para medir el nivel de conocimiento.

Sólo 65% Ha recibido capacitación sobre el MOPS (Figura 3); asimismo 68% cuentan con el manual en su unidad de salud (Figura 4).

Figura 3. Capacitación MOPS

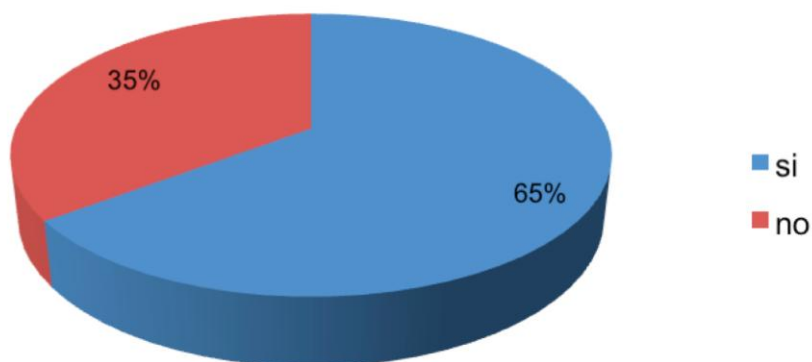
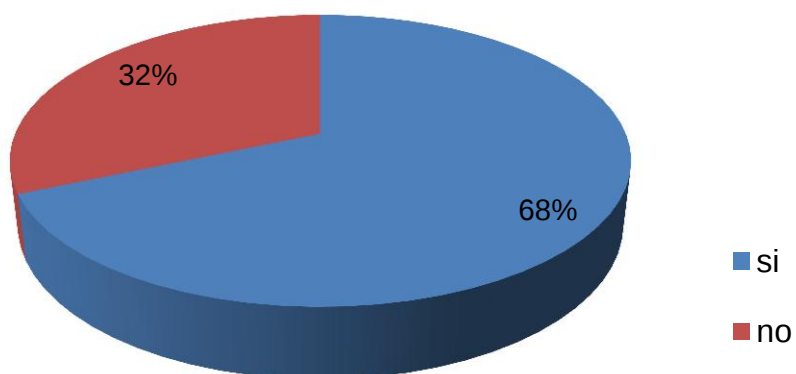


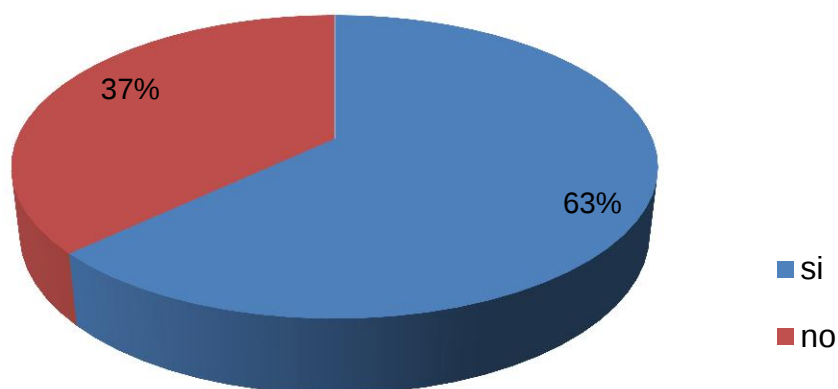
Figura 4. Promotores de salud que cuentan con manual MOPS en sus unidades de la jurisdicción sanitaria 1 de Oaxaca 2012



FUENTE: Cuestionario aplicado a los promotores de salud para medir el nivel de conocimiento

El 63.0% de los promotores saben que existe una página en internet (virtual) donde pueden descargar el manual del MOPS (Figura 5).

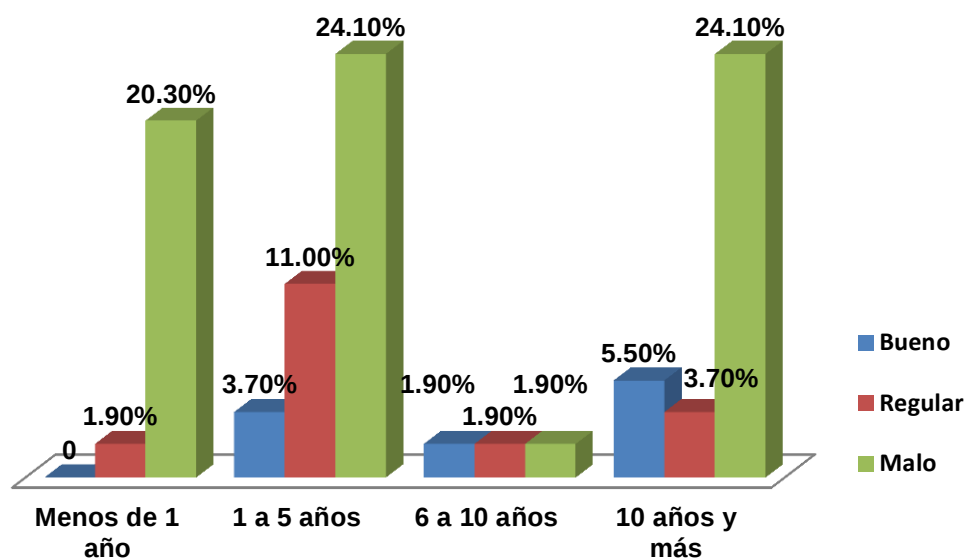
Figura 5. Promotores que saben que existe una página de internet para descargar el MOPS en la jurisdicción sanitaria 1 de Oaxaca 2012



FUENTE: Cuestionario aplicado a los promotores de salud para medir el nivel de conocimiento.

El 24.1% de los trabajadores en rangos de 1 a 5 años de antigüedad y de 10 años de antigüedad en adelante presentan un nivel de conocimientos malo, no encontrándose diferencias estadísticamente significativa ($p=.277$).

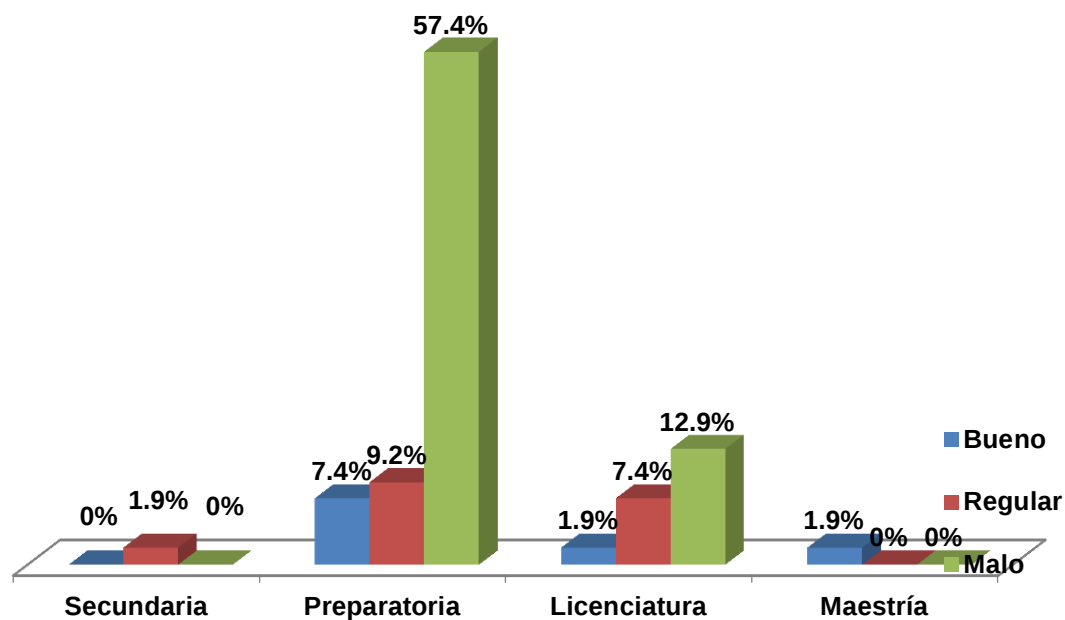
Figura 6. Nivel de conocimientos en relación a la antigüedad laboral de promotores de salud de la jurisdicción sanitaria 1 2011



FUENTE: Cuestionario aplicado a los promotores de salud para medir el nivel de conocimiento.

Al analizar el nivel de conocimiento respecto al nivel de escolaridad, se encontró el 57% del personal con un nivel de conocimiento malo tenía un grado de escolaridad de preparatoria y 7% con nivel licenciatura, encontrando una asociación estadísticamente significativa ($p= 0.018$) (Figura 7).

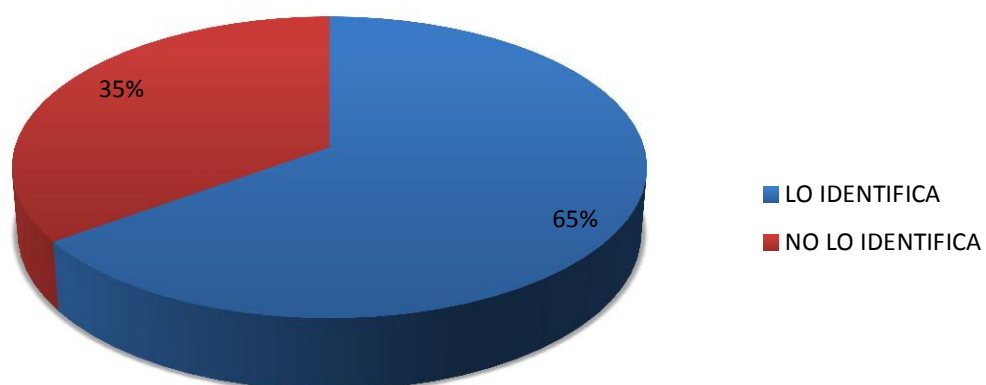
Figura 7. Nivel de conocimiento respecto al perfil académico de los promotores de salud de la jurisdicción sanitario 1 de Oaxaca 2012.



FUENTE: Cuestionario aplicado a los promotores de salud para medir el nivel de conocimiento.

El 65% de de los promotores de salud identifican los componentes sustantivos del MOPS, mientras que el 35% no lo identifica.

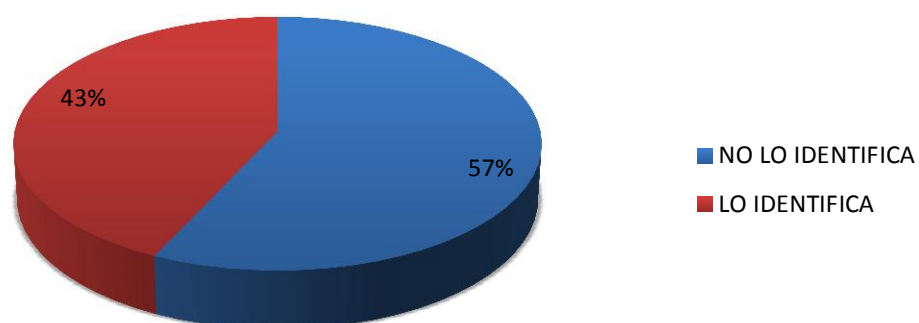
Figura 8. Promotores de salud que identifican los componentes sustantivos del MOPS



FUENTE: Cuestionario aplicado a los promotores de salud para medir el nivel de conocimiento.

El 57% de los promotores de salud no identifican los componentes transversales del MOPS mientras que el 43% lo identifica.

Figura 9. Promotores de salud que identifican los componentes transversales del MOPS



FUENTE: Cuestionario aplicado a los promotores de salud para medir el nivel de conocimiento.

Las estrategias 2 y 6 del Programa Nacional de Salud (2007-2012) mencionan que es necesario fortalecer las acciones de promoción a la Salud, por otro lado la meta 8 indica la necesidad de formar recursos humanos capacitados en esta área, este documento establece los objetivos que persigue el sistema de Salud en México y plantea que la promoción a la Salud es algo primordial.

Aunque en diferentes documentos del Sector Salud se plasma de alguna forma la problemática que existe entorno a los Promotores de Salud en relación a sus deficientes conocimientos, capacidades y habilidades para instrumentar acciones de promoción a la Salud, no se encontraron en la literatura estudios previos que pudieran determinar esta situación, es así como este estudio logra tener una importancia significativa basado en estos antecedentes. Los resultados del presente estudio indican que los Promotores de Salud tienen un nivel de conocimientos malo en el Modelo Operativo de Promoción a la Salud (MOPS) , el cual es la guía básica e indispensable para la realización de acciones de Promoción a la Salud, muy parecido a los resultados que refiere el programa de acción específica de Promoción de la Salud 2007-2011 en donde describe un estudio realizado de mayo a julio del 2007 encuestando a 243 médicos pasantes en servicio social sobre promoción a la salud, encontrándose que las actividades de promoción se llevan a cabo bajo condiciones adversas y que el personal está mal capacitado entre otras muchas circunstancias negativas.

Es necesario hacer notar que esta deficiencia no se ve condicionada principalmente por la falta de capacitación ya que en su mayoría recibieron la capacitación correspondiente al ingresar al área, aunque no es el 100% que cuentan con la misma, es una realidad que en su mayoría afirman conocer la existencia del modelo, más de la mitad ubica los sitios web donde pueden descargarla y cuentan con el manual en sus unidades de trabajo.

En el Programa de Acción Específica de promoción a la Salud, menciona que la mala capacitación por parte de los promotores se debe a que el nivel de escolaridad varia, consideramos que esta premisa podría explicar asertivamente

la deficiencia de conocimientos, tomando en cuenta que en este estudio el 74.1 % cuentan con solo nivel preparatorio.

El Modelo operativo de promoción a la salud considera que el conocimiento que tienen los promotores de salud debe ser actualizado regularmente, en el estudio es claro que el nivel de conocimientos en el personal es deficiente independientemente de la antigüedad laboral.

X. CONCLUSIONES

En el presente estudio se demostró que actualmente los promotores de salud de la jurisdicción sanitaria número 1 no cuentan con los conocimientos suficientes para implementar el Modelo Operativo de promoción a la Salud (MOPS). Basado en los resultados esta deficiencia de conocimiento no se ve condicionado por la falta de información ya que los promotores además de saber que existe el MOPS, cuentan con manuales en su unidad, saben donde buscarlo en línea y han recibido capacitación , incluso ellos consideran que lo conocen aunque los resultados demuestren lo contrario, en relación al conocimiento de los componentes sustantivos los promotores si lo identifican probablemente sea por que se encuentran mas familiarizados con las actividades que en esta área se realizan mientras que los componentes transversales no lo identifican.

XI. RECOMENDACIONES

Basado en los resultados de esta investigación se hace evidente que es necesario profesionalizar a los promotores de Salud, se sabe que eso podría ser complicado sin embargo se podría iniciar enfatizándoles la importancia de conocer el Modelo Operativo de Promoción a la Salud, además que lo sepan instrumentar para que el conocimiento logre ser significativo. Algo que podría ayudar en este proceso es que los nuevos promotores de salud se contraten con el perfil adecuado.

Por otro lado sería importante que se investigue a mayor profundidad las causas de la deficiencia de conocimientos tomando en cuenta otras variables como las competencias que debe tener el promotor, el impacto que tiene su trabajo en la comunidad, la percepción que tiene la comunidad con respecto al trabajo del promotor, la satisfacción laboral y la eficiencia de la capacitación recibida, esto podría brindar un panorama más amplio de la problemática actual.

Otro punto importante es dotar de manuales en las unidades faltantes, así como también promover la visita de los promotores a la página web de la SSA sobre promoción a la salud pues ahí encontrarán entre otros archivos importantes el manual del MOPS

XII. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Ley General de salud [En línea]. México: Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión; 2011 [fecha de acceso 7 de julio del 2011]. URL disponible en: <http://www.diputados.org.mx/.../142.pdf>
- ² Programa de acción específico 2007-2011;” Promoción a la salud una nueva cultura” ; México: Secretaría de Salud
- ³ Modelo Operativo de Promoción a la Salud. México; Secretaría de salud; 2006
- ⁴ Estrategia nacional de promoción y prevención en salud 2007- 2011.México; Secretaria de Salud.
- ⁵ Terris M. Conceptos sobre Promoción de la Salud: dualidades en la teoría de la salud pública. Public Health Policy. 1992; 13(3):7.
- ⁶ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978
- ⁷ Segunda conferencia internacional de Promoción a la Salud; Adelaida Australia;1988
- ⁸ Tercera conferencia internacional de Promoción a la Salud; Sunsvall Suecia; 199.
- ⁹ Cuarta conferencia internacional de Promoción a la Salud. Yakarta Indonesia; 1997.
- ¹⁰ Quinta conferencia mundial de Promoción a la Salud. México; 2000
- ¹¹ Sexta conferencia internacional de Promoción a la Salud. Bangkok, Italia; 2005
- ¹² Comellas M, Walker EA, Movsas S, Merkin S, Zonszein J, Strelnick H.Training community health promoters to implement diabetes self-management support programs for urban minority adults. The diabetes educator;36(1):141-51.
- ¹³ Mercedes ochoa-alencastre, Cinthia arnao-farfán , Hernán sanabria-rojas; Conocimiento sobre metodología educativa para la capacitación de adultos del personal de salud del primer nivel de atención, Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(1): 27-34.
- ¹⁴ Laframboise HL. *Health policy: breaking the problem down into more manageable segments*. CMAJ. 1973; 108:388-391

- ¹⁵ Adolfo Gerardo Álvarez Pérez, Anaí García Fariñas y Mariano Bonet : Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública.2007;33(2): 1-2.
- ¹⁶ Public health Agency. Lalonde report 1974 [en línea];E.U:2009 . disponible en:<http://healthpromotionagency/health/sectionba.htm>
- ¹⁷ Determinantes sociales de salud [en línea]; OMS.2011. disponible en: Determinantes sociales de salud [en línea];OMS;2011 disponible en;http://www.who.int/social_determinants/es/
- ¹⁸ Calvillo Hernández Juan, Salazar García Juan Francisco: Teoría del conocimiento. Universidad Autónoma de Laguna. Programa de educación apoyo docente. México: 1996
- ¹⁹ Castillo Arredondo Santiago, Cabrerizo Diago Jesús. Evaluación Educativa de Aprendizaje y Competencias. Madrid; Person educación S.A; 2010.
- ²⁰ Dalton Palomo Margarita. Oaxaca tierra del Sol. 1ª ed. México: SEP; 1993
- ²¹ INEGI. Censo de población y Vivienda 2010 [En línea]. Resultados definitivos, disponible en: <http://www.inegi.com.mx>. [Fecha de acceso 5 de agosto 2011]
- ²² Diagnóstico de Salud jurisdiccional 2010. Dirección de planeación y desarrollo. México; Servicios de Salud del estado de Oaxaca.

ANEXOS

ANEXO 1



CUESTIONARIO: MODELO OPERATIVO DE PROMOCIÓN A LA SALUD.

PRESENTACION: Este cuestionario está diseñado para fines de investigación académica, *ES ANONIMO* y no cuenta como evaluación institucional o personal. No existen preguntas correctas o incorrectas.

INSTRUCCIONES: De las siguientes preguntas subraye la respuesta que considere la adecuada. Recuerde marcar **SOLO UNA RESPUESTA**. Al finalizar el cuestionario devuélvalo a la persona que se lo entregó gracias.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Numero de Folio: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Genero 1) Masculino 2) Femenino

1.-Tiempo que lleva laborando en el área de promoción a la Salud _____ años

2.-Escolaridad:

- 1) Primaria
- 2) Secundaria
- 3) Preparatoria
- 4) Licenciatura
- 5) Maestría

3.-Código funcional:

- 1) Promotor de salud
- 2) Enfermera
- 3) Administrativo
- 4) Polivalente
- 5) Administrador con funciones de promotor
- 6) Promotor con funciones administrativa

NIVEL DE CONOCIMIENTOS MOPS

4.- ¿Realiza funciones de Promoción a la salud?	1) Si 2) No	FUNCIO
5.-¿Considera que conoce el Modelo Operativo de Promoción a la Salud ?	1) Si 2) No 3) Tal vez	COMOPS
6.- ¿Recibió capacitación sobre el Modelo Operativo de Promoción a la salud (MOPS) al ingresar al área de promoción a la salud?	1)SI 2)NO	CAMOPS
7.- ¿Tiene acceso al manual del MOPS impreso o electrónico en su área de trabajo?	1) SI 2) NO	ACMOPS
8.- ¿Sabe si existe alguna página en internet donde pueda descargar el manual del MOPS?	1) Si 2) No	INMOPS
9.- ¿Cómo clasifica el MOPS a los determinantes de salud?	1) Buenos y malos 2) Negativos y positivos 3) Ambientales y culturales 4) La edad y el sexo	DETMPS
10.-¿Cuál de las siguientes respuestas es una de las 5 funciones esenciales de promoción a la salud?	1) Realizar platicas 2) Desarrollar actitudes personales para la salud. 3) Capacitar a los usuarios del programa oportunidades	FEPS

	4) Todas las anteriores.	
11.- ¿Cuántos componentes tiene el Servicio Integrado de promoción a la salud?	1) 4 2) 8 3) 5 4) 7	COMSIP
12 -¿Cuáles son los componentes sustantivos del servicio integrado de salud?	1) Manejo de riesgos personales, desarrollo de competencias en salud, participación para la acción comunitaria y entornos saludables. 2) Abogacía intra e inter sectorial, evidencia para la salud y mercadotecnia social. 3) Foco social y Foco poblacional	COMSU
13¿Cuáles son los componentes transversales del servicio Integrado de salud?	1) Manejo de riesgos personales, desarrollo de competencias en salud, participación para la acción comunitaria y entornos saludables. 2) Abogacía intra e inter sectorial, evidencia para la salud y mercadotecnia social. 3) Foco social y Foco poblaciona.	COMTR

14.- ¿Quiénes deben recibir el servicio de promoción a la salud?	1) Las mujeres embarazada 2) , adolescentes y principalmente personas que pertenecen al programa de oportunidades. 3) Todas aquellas personas que cuenten con seguro popular. 4) Todas las personas ya sean de forma individual o grupal. 5) Todas las personas que acudan al centro de salud	RCSI
15.- ¿Cuál es el elemento fundamental para la creación de estrategias locales de promoción a la salud?	1) Tener material impreso suficiente. 2) Contar con transporte para llegar a las comunidades alejadas. 3) Realizar un diagnostico comunitario. 4) Tener buena comunicación con los representantes de la comunidad.	ELMTR
16.- ¿Cual es el principal objetivo de promoción a la salud?	1) Controlar las enfermedades. 2) Colaborar con los programas prioritarios de salud. 3) Modificar los determinantes de la salud negativos y favorecer los determinantes de salud positivos.	ELEPRO

	4) Realizar las acciones correspondientes a línea de vida.	
17.- ¿Qué es la “cadena de valor” según el MOPS?	1) Se refiere a que las condiciones de promoción a la salud deben tomar en cuenta los valores de la población 2) El conjunto de instituciones y personas que intervienen con su acción en el proceso de entrega y recepción de los servicios de promoción a la salud 3) Aptitud que tienen las cosas para satisfacer necesidades y proporcionar bienestar 4) Empoderar a la población para que tengan el valor de cambiar su vida para mejorar su calidad	CADVA

18.- Señale algunas de las razones por las que es importante realizar abogacía intra e intersectorial	1) Para tener buenas relaciones con la comunidad y evitar conflictos. 2) Mejorar las relaciones humanas y que la población se sienta identificada con el promotor en salud. 3) Desarrollar planes municipales y jurisdiccionales, de promoción a la salud, estructurar redes de apoyo y valuación de políticas saludables 4) Conocer los principales problemas que aquejan a la población y asegurar los recursos económicos para los programas en la comunidad	ABOGAC
19.- ¿Cómo podemos integrar la evidencia de las acciones de promoción a la Salud?	1) Realizando la evaluación de la efectividad de las intervenciones mediante el análisis de los determinantes de la salud. 2) Tomar fotos de las acciones que hacemos . 3) Que el comité de Salud este trabajando como se requiere. 4) Tener bien integrada mi carpeta comunitaria.	EVIDEN

AGRADECEMOS SU PARTICIPACIÓN

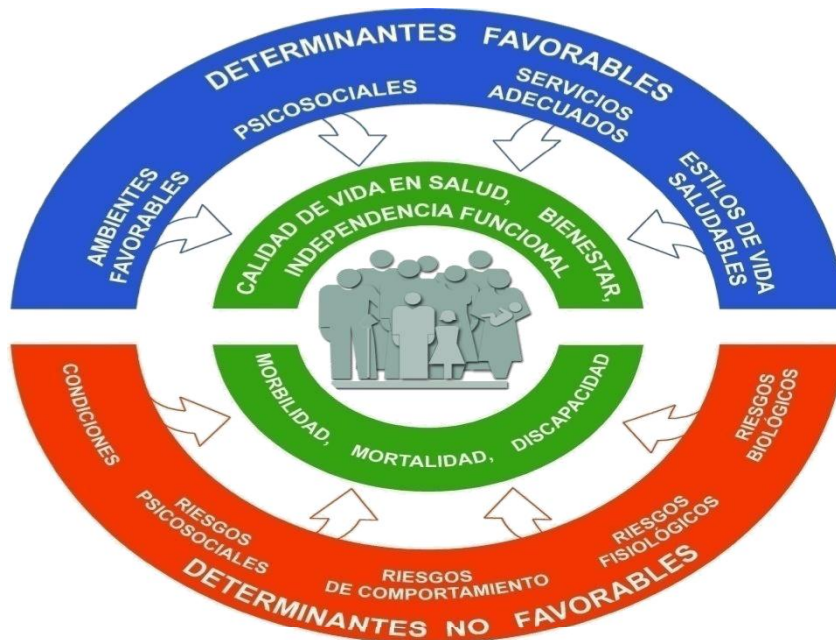
ANEXO 2

Esquema de los componentes del servicio integrado de promoción de la salud.



FUENTE: Modelo operativo de Promoción a la Salud 2006

ANEXO 3



FUENTE: Modelo Operativo de Promoción a la Salud 2006

ANEXO 4

ADSCRIPCION	TOTAL DE PROMOTORES DE SALUD
COLONIA AMERICA	2
COLONIA VOLCANES	2
COLONIA UNIDAS	1
FRACCIONAMIENTO EL ROSARIO	2
PUEBLO NUEVO	2
SAN ANTONIO DE LA CAL	1
TRINIDAD DE VIGUERA	2
URBANO No. 1	2
URBANO No.II	4
ATZOMPA	1
ESI PAC CONCEPCION PAPALO	1
ESI PAC SANTA MARIA CHILCHOTLA	1
COL. VICENTE GUERRERO	1
LA JOYA	1
MAZATLAN VILLA DE FLORES	1
SAN JOSE TENANGO	1
C.S. SAN PABLO HUITZO	1
ESI 1 PAC SAN FRANCISCO HUEHUETLAN CARAVANA CHILCHOTLA	1
ESI 2 PROG SAN JERONIMO TECOATL	1
C.S. OCOTLAN DE MORELOS	1
ESI 5 OPORT SANTA CATARINA LOXICHA	1
STA. CRUZ XOXOCOTLAN	1
CESSA TLALIXTAC	1
ESI 6 SAN AGUSTIN LOX 1	1
ESI PAC 8 SUCHIXTEPEC	1
ZIMATLAN DE ALVAREZ	1
ESI DE SAN MIGUEL COATLAN	1
SAN PABLO HUIXTEPEC	1
HOSPITAL DE LA PAZ TEOJOMULCO	1
C.S. ETLA	1
ESI 6 STA. MA. OZOLOTEPEC	1
ESI 3 OPORT SOLEDAD COFRADIA	1
SAN MIGUEL PERAS	1
SAN MATEO TEPANTEPEC	1
C.S. ZIMATLAN	1
C.S. TLALIXTAC	1
ESI 4 PAC RIO HUMO	1
CARAVANA CHICHOTLA	1

CARAVANA CHAPULAPA	1
CARAVANA CHICHOTLA	1
ESI PAC 4 RIO HUMO	1
JURIDICCION SANITARIA No. 1	3
CARAVANA DE LA SALUD	1
SAN ANTONIO DE LA CAL	1
TOTAL	55

FUENTE: Plantilla laboral Promotores de Salud jurisdicción sanitaria 1, 2011.