

MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD CON MECANISMOS INCLUYENTES



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MARINA
SECRETARÍA DE MARINA



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

CNEGSR
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD CON MECANISMOS INCLUYENTES (MoASMI)

Secretaría de Salud

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Homero No. 213, Col. Chapultepec Morales, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11570

Ciudad de México

www.gob.mx/salud/cnegsr

Primera edición: Julio, 2024

Coordinación: Yolanda Varela Chávez, Norma A. San José Rodríguez

Contenido: Norma A. San José Rodríguez, Gabriela G. Luna Sánchez,
María Soledad García Chávez, Nancy Lorena González Cruz,
Andrea Ortiz Rangel y Gabriela G. Palomares Hernández

Edición: Mónica F. Montero Alarcón y Tzitzik J. Valle Huerta

Diseño: María Adriana García Hernández, V. Leticia Martínez Osorio

Hecho en México

EJEMPLAR GRATUITO. PROHIBIDA SU VENTA

Modelo de Atención a la Salud

con **Mecanismos
Incluyentes
(MoASMI)**

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela
Secretario de Salud

Dr. Ruy López Ridaura
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Juan Antonio Ferrer Aguilar
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Marcos Cantero Cortés
Secretario del Consejo de Salubridad General

Mtro. Marco Vinicio Gallardo Enríquez
Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

Dr. Gustavo Reyes Terán
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dra. Liliana Hernández Mendoza
Abogada General de la Secretaría de Salud

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA (CNEGSR)

Act. Yolanda Varela Chávez
Directora General

Mtra. Norma Angélica San José Rodríguez
Directora de Género y Salud

Mtra. Nadia Servin Moreno
Directora de Planificación Familiar

Dra. Alejandra Armengol Alonso
Directora de Cáncer de la Mujer

Mtra. May Wejebe Shanahan
Directora de Violencia Intrafamiliar

Dr. José Alberto Denicia Caleco
Director de Atención a la Salud Materna y Perinatal

DIRECCIÓN DE GÉNERO Y SALUD

Mtra. Norma A. San José Rodríguez

Directora de Género y Salud

Mtra. Gabriela G. Luna Sánchez

Subdirectora de Sensibilización

Mtra. Mónica F. Montero Alarcón

Subdirectora de Documentación de Inequidades

Mtra. María Soledad García Chávez

Jefa de Departamento de Planeación, Programación y

Presupuesto de Igualdad de Género en Salud

Mtra. Silvia P. López Hernández

Jefa de Departamento de Cultura Institucional para Igualdad Laboral



INDISCAPACIDAD



Centros de Integración Juvenil, A.C.



CONTENIDO

1.	Introducción	7
2.	Antecedentes	8
3.	Marco normativo	11
4.	Marco conceptual	13
	4.1 Igualdad y equidad de género en salud	
	4.2 Acciones afirmativas y ajustes razonables	
	4.3 Interseccionalidad	
	4.4 Determinantes Sociales de la Salud	
	4.5 Funciones Esenciales de la Salud Pública	
	4.6 Niveles de atención	
5.	Aspectos Generales del MoASMI	32
	5.1 Misión	
	5.2 Visión	
	5.3 Principios rectores	
	5.4 Objetivo general	
	5.5 Objetivos específicos	
	5.6 Población objetivo	
6.	Descripción del MoASMI	33
	6.1 Dimensiones	
	6.2 Implementación y operación	
	6.3 Semaforización (Nivelación de unidades)	
	a) Básica	
	b) Intermedia	
	c) Ideal u Óptima	
7.	MoASMI en vinculación con el MAS Bienestar	60
8.	Evaluación y/o supervisión	62
	8.1 Reuniones de planeación y gestión	
	8.2 Supervisión de dimensiones aplicadas	
	a) Apartados de supervisión	
	8.3 Encuestas de satisfacción	
9.	Glosario	70
10.	Bibliografía consultada	75

1. Introducción

Durante los últimos años se han evidenciado las desigualdades de los servicios que brindan diversas unidades de salud (Secretaría de Salud/ONIS2019). Las diferencias identificadas como raciales, de etnia y de género influyen en la calidad de la atención médica, haciendo notar la complejidad de factores que restringen el acceso y la utilización de los servicios de prevención, atención y cuidados de la salud (Langer et al., 2000).

En consecuencia, también en las décadas recientes, se ha revelado que la percepción del género es un importante determinante social de la salud y enfermedad (Moreno, 2016). Este reconocimiento tuvo su génesis en diversas convenciones como la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia las Mujeres (CEDAW) y otros mecanismos internacionales en donde se ha puesto de manifiesto que los problemas de salud de las mujeres son resultado de inequidades y desigualdades estructuradas socialmente desde el constructo de género¹.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han advertido sobre la necesidad de atender la salud de las personas que pertenecen a uno o varios grupos en condición de vulnerabilidad: personas indígenas, personas con discapacidad, personas de la diversidad sexual, personas mayores, personas afrodescendientes, personas migrantes. Entre las propuestas que han generado se encuentran: mejorar el acceso con medidas efectivas a la salud pública, el fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud para servir mejor a estas poblaciones y el robustecimiento de la protección a la seguridad social.

Para la presente administración, los compromisos establecidos en normatividad internacional y nacional implican el acceso universal y libre de discriminación a la protección de la salud de todas las personas y las comunidades, al igual que a servicios integrales de salud adecuados, oportunos, de calidad; con abasto de medicamentos e insumos seguros, asequibles, de acuerdo a las necesidades específicas de cada región, grupo o persona. En consecuencia, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 enuncia en su Eje transversal 1: *Igualdad de género, no discriminación e inclusión* en toda la política del país.

En este sentido, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Género y Salud, ha dirigido estrategias de acción orientadas hacia grupos de atención prioritaria como mujeres, personas indígenas y/o afrodescendientes, personas con discapacidad, personas de la diversidad sexogenérica y personas mayores, etc., con el fin de alcanzar un país más justo, incluyente, equitativo y garantizar el derecho a la salud de toda la población.

¹ Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU, 1979), Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (ONU, 1983), Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém Do Pará, Brasil 1995).

Una de las tareas prioritarias de la presente administración de salud en México es asegurar la igualdad y la equidad en la atención de grupos prioritarios; además, identificar factores asociados al género como una de las principales fuentes de desigualdad e inequidad en salud, a fin de implementar acciones para disminuir las brechas de desigualdad en salud.

Con el presente modelo se busca garantizar el acceso a los servicios de salud de forma integral, adecuada, con calidad y oportunidad, en el momento que lo requieran a poblaciones en condición vulnerable y/o personas que, por su sexo, condición cultural, étnica, lingüística, de migración, diversidad sexual, identidad de género, discapacidad y/o etapa de vida sean susceptibles de vivir discriminación y enfrentar mayores obstáculos para ejercer plenamente el derecho a la salud.

De esta manera, se permitirá alcanzar la igualdad de oportunidades en el acceso y control de los servicios de salud; garantizar los derechos humanos, la inclusión y la no discriminación en este ámbito, ofreciendo atención a la salud a corto, mediano y largo plazo, con calidad y equidad.

2. Antecedentes

La Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, ha establecido acciones para promover, proteger y respetar el derecho a la protección de la salud, física y mental, principalmente en grupos de atención prioritaria como: mujeres, niñas, personas mayores, personas con discapacidad, personas de la diversidad sexo-genérica, población indígena y/o afrodescendiente y personas migrantes. Por lo que, en sintonía con lo dictado en el Programa de Acción Específico Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud 2020-2024, se han sumado esfuerzos a nivel federal y estatal con unidades administrativas, órganos desconcentrados, descentralizados y con cobertura nacional en las 32 entidades federativas a través de jurisdicciones y/o distritos de salud con el fin de alcanzar un país incluyente y equitativo en el derecho a la salud en todo el curso de vida de la población.

A partir del año 2008, se comenzaron a implementar acciones en salud encaminadas a favorecer a la población usuaria, por medio de capacitaciones en temas de igualdad de género dirigidas a personal directivo, operativo y administrativo de las unidades de salud. Estos procesos formativos fueron impartidos por personal de la DGS, quien acudía a la entidad federativa e implementaba los cursos-talleres; con la finalidad de sensibilizar al personal en general y prepararlo para nuevas acciones encaminadas a fortalecer la atención a la población usuaria.

En el año 2013, se inició la operación de los Centros de Entretenimiento Infantil (CEI), un espacio lúdico dentro de los centros de salud para las hijas e hijos de las personas usuarias (madre, padre o persona cuidadora), en donde se realizan actividades con perspectiva de género y derechos humanos mientras las consultantes reciben servicios médicos. Las entidades federativas de Nuevo León y Tlaxcala fueron entidades pioneras en implementar dicha iniciativa en una unidad de salud.

En 2016, se ampliaron y fortalecieron las acciones del Programa de Igualdad de Género en Salud (PIGS), a través de la conformación de nueve ejes de acción para transversalizar la perspectiva de género² en unidades de salud y, de esta manera, lograr que brinden atención con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos y no discriminación. Así, se fueron considerando otras estrategias de inclusión y acciones afirmativas, obedeciendo a las necesidades del personal de salud y de la población usuaria a nivel nacional.

A partir de 2019, en cada uno de estos ejes se comenzaron a nombrar parámetros con acciones concretas y definidas; con el cumplimiento de éstas, una unidad de salud podía obtener el distintivo de Unidad de Salud que Atiende con Mecanismos Incluyentes (USAMI). En esta conversión, se incluyeron acciones apegadas al Eje transversal 1 del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, en el cual se priorizó la igualdad de género, no discriminación e inclusión y pertinencia cultural.

En esa etapa, se contemplaron 15 parámetros que comprendían:

1. Capacitación en temas de género
2. Capacitación en Lengua de Señas Mexicana
3. Capacitación en lenguas indígenas y variantes lingüísticas
4. Capacitación en atención a personas con discapacidad
5. Difusión en temas de género
6. Ventanilla incluyente
7. Mobiliario preferente
8. Comunicación interna
9. Comunicación externa
10. Centros de Entretenimiento Infantil (CEI)
11. Enlace de género en la unidad
12. Equipo para atención a personas con discapacidad motriz
13. Equipo para atención a personas con discapacidad visual
14. Equipo para atención a personas con discapacidad auditiva
15. Otros mecanismos incluyentes.

² 9 Ejes de Acción para transversalizar la perspectiva de género en el ámbito de la salud: 1. Desagregar por sexo todos los datos estadísticos; 2. Apertura y escucha activa, comunicación asertiva en diagnóstico y atención; 3. Brindar trato humanitario, personalizado y atención con calidad y equidad; 4. Evitar discriminación por sexo y género; 5. Fomentar corresponsabilidad de hombres en el cuidado de la familia; 6. Infraestructura adecuada y horarios ampliados; 7. Uso de lenguaje incluyente, no sexista; 8. Promover Centros de Entretenimiento Infantil (CEI) y 9. Brindar atención en salud libre de maltrato y discriminación.

Desde 2021 hasta la fecha, para dar continuidad a las acciones afirmativas y estrategias de inclusión que se habían implementado año tras año en algunas de las unidades de salud de las entidades federativas, se consideró incrementar la cobertura de unidades de salud que brindan atención a grupos en condición de vulnerabilidad a través de mecanismos incluyentes, para lo cual se agregaron otras acciones, en relación a las implementadas en el año anterior, sumando un total de 20, éstas relacionadas con los parámetros:

16. Capacitación a personas usuarias en condición de vulnerabilidad, específicamente dirigidas a usuarios indígenas y/o de zonas rurales
17. Audiovisuales sobre derechos en salud de las personas en lengua indígena
18. Señalética hospitalaria en lengua indígena
19. Señalética hospitalaria en Braille
20. Acciones en materia de prevención del Hostigamiento y Acoso Sexual (HyAS), enfatizando la necesidad e importancia de promover estrategias dirigidas a personas con discapacidad y grupos de población indígena y/o afrodescendiente, y visibilizando acciones a favor de la cultura institucional y del personal trabajador que labora en los establecimientos de salud.

Actualmente, en cada una de las 32 entidades federativas opera al menos una unidad de salud con distintivo de establecimiento que atiende con mecanismos incluyentes. Logrando al cierre de 2022, 161 Unidades de Salud que Atienden con Mecanismos Incluyentes (USAMI), en donde se implementan 103 Centros de Entretenimiento Infantil (CEI), como uno de los 20 parámetros con mayor relevancia y presencia.

Derivado de la necesidad e importancia de impulsar mecanismos incluyentes en el ámbito de salud y con base en los logros alcanzados, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud consideró generar el presente *Modelo de Atención a la Salud con Mecanismos Incluyentes* (MOASMI) para abonar al derecho a la salud en todo el territorio de México.

Este modelo pretende ser el punto medular para garantizar el derecho a la salud y universalidad de la atención de la población; asimismo, se plantea como un referente para que los diferentes niveles de atención, áreas y personal de salud (sin importar el nivel jerárquico) del Sistema Nacional de Salud encuentren elementos clave que contribuyan al respeto de las necesidades específicas y determinantes sociales, con énfasis en grupos de atención prioritaria e incorporando el enfoque de derechos humanos y libre de discriminación.

3. Marco normativo

Las siguientes normatividades nacionales e internacionales fundamentan el diseño, la implementación, desarrollo, promoción y evaluación de los elementos y acciones propuestas en el MoASMI:

Nacional	Internacional
<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos • Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria • Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación • Ley Federal del Trabajo • Ley General de Salud • Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres • Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas. • Ley General de Inclusión para las Personas con Discapacidad • Ley del Instituto Nacional de las Mujeres • Ley de Planeación • Ley de Migración • Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW • Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belém Do Pará • Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad • Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad • Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores • Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, ICER • Convenio Número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo • Convenio de la Organización Internacional del Trabajo - (190)

Nacional

- Leyes estatales de igualdad entre mujeres y hombres
- Planes Nacionales de Desarrollo
- Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres, 2019-2024
- Programas estatales de Igualdad y No Discriminación
- Declaración Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud
- ACUERDO por el que se establecen los lineamientos para la accesibilidad de las personas con discapacidad a inmuebles federales
- NOM-015-SSA3-2023 para la atención integral de personas con discapacidad
- NOM-030-SSA3-2013 que establece los requisitos arquitectónicos para el desplazamiento, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en los establecimientos de salud
- NOM-008-SEGOB-2015 Personas con discapacidad: acciones en materia de protección civil para personas con discapacidad
- NOM-039-SSA-2024 en materia de certificación de la discapacidad

Internacional

- Declaración y Plataforma de Acción de Beijing
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Protocolo de San Salvador
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas
- Declaración sobre Orientación Sexual e Identidad de Género de Naciones Unidas
- Principios de Yogyakarta
- Objetivos de Desarrollo Sostenible, ODS

4. Marco conceptual

Los elementos teórico-conceptuales que enmarcan el *Modelo de Atención a la Salud con Mecanismos Incluyentes* (MoASMI), se mencionan a continuación:

4.1. Igualdad y equidad de género en salud

Jurídicamente, el artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos marca que todas las personas son iguales y gozarán de los derechos humanos. Por su parte, la Convención Universal de los Derechos Humanos enuncia también en su primer artículo: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. Este concepto refiere que las personas deben gozar de igual manera de los mismos derechos, recursos, oportunidades y protección; no sólo en la forma cómo lo enuncian las leyes, sino en el fondo y ejercicio pleno sin importar condición o características, respetando la diversidad existente. Así, se entiende que para lograr la igualdad es esencial aplicar las mismas medidas y juicios considerando tratar a todas las personas de manera diferente para ir eliminando las barreras existentes.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la igualdad de género -en el contexto de la salud- implica que mujeres y hombres se encuentren en igualdad de condiciones para ejercer plenamente y gozar el grado máximo alcanzable de salud, participar en las decisiones y acciones que afectan el desarrollo sanitario de su colectividad y beneficiarse de los resultados de éste (Organización Panamericana de la Salud, 2023). El enfoque de igualdad de género permite analizar y comprender las características que definen a mujeres y hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias, pero en función de las cualidades y mandatos socialmente establecidos. Este enfoque promueve la igualdad entre los géneros a través de la equidad y el bienestar de las mujeres y hombres (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR], 2019).

Es así que el principio de equidad de género se utiliza para lograr la igualdad de género, alcanzar la justicia con base en el reconocimiento de las desigualdades y contemplar el acceso a los recursos de manera diferenciada; de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo, condición y considerando su contexto. Cabe aclarar que el enfoque de género no considera exclusivamente a las mujeres, incorpora a los hombres y las relaciones que se establecen entre ambos; además, reconoce que más allá de las diferencias biológicas de sexo, existen distinciones socialmente construidas entre mujeres y hombres que afectan diferencialmente su salud y su respectiva posición dentro del sistema de salud. Estas distinciones se asocian con relaciones que resultan inequitativas y desiguales, con diferenciales de riesgos, necesidades, acceso y control sobre los recursos en salud (CNEGSR, 2012).

La equidad de género significa que las personas pueden desarrollar sus capacidades y tomar sus decisiones sin las limitaciones impuestas por los estereotipos, roles tradicionales o discriminación fundados en el género o sexo. Asimismo, con referencia al acceso a los recursos y la atención de salud implica que éstos, incluyendo la investigación, el desarrollo tecnológico y los servicios médicos, se asignen y reciban diferencialmente de acuerdo a las necesidades particulares de cada sexo y determinantes sociales de la salud.

A menudo, la igualdad y equidad se llegan a utilizar como sinónimos; sin embargo, se puntualiza que las estrategias de equidad de género son el medio utilizado para alcanzar la igualdad. Es decir, la igualdad es el resultado de políticas, programas, instituciones y distribución de los recursos dirigidos a hombres y mujeres por igual (Quirós-Rodríguez, E. y Barina, I. 2013).

4.2 Acciones afirmativas y ajustes razonables

El logro efectivo de la igualdad requiere de acciones que contribuyan a eliminar los obstáculos que imposibilitan las mismas condiciones y beneficios para grupos de personas que históricamente han sido discriminados y desfavorecidos, dadas las prácticas culturales y estructuras sociales. En el ámbito de la salud, las inequidades refieren desigualdades injustas para la protección de su salud, traducidas en decisiones limitadas y acciones incipientes para garantizar su derecho a la salud. Es por ello que, se requiere el diseño e implementación de acciones afirmativas como las que conforma el MoASMI.

De acuerdo al artículo 3° de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (LISMMyHDF), las acciones afirmativas son: “medidas especiales de carácter temporal, correctivo, compensatorio y de promoción, encaminadas a acelerar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres, aplicables en tanto subsista la discriminación, desigualdad de trato y oportunidades de las mujeres respecto a los hombres” (Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007).

En su caso, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) refiere que las medidas de acción positiva o acciones afirmativas son medidas especiales, específicas y de carácter temporal, a favor de personas o grupos en situación de discriminación; cuyo objetivo es corregir condiciones de desigualdad en el disfrute o ejercicio de derechos y libertades. Menciona que se adecuarán a la situación que quiera remediarse y deberán respetar los principios de justicia y proporcionalidad (Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 2003).

El contexto de la discriminación permite entender de una mejor manera la necesidad de contemplar acciones afirmativas (llamadas también de discriminación positiva). Este término se da a una acción que, a diferencia de la discriminación negativa, pretende establecer políticas dirigidas a un determinado grupo social étnico, minoritario, en condición de desventaja o población que ha sufrido injusticias sociales y trato diferente en el acceso, distribución de recursos o servicios que han afectado su calidad de vida.

Por lo anterior, Navarro (2007) señala que el objetivo esencial de implementar acciones afirmativas es reducir la discriminación y generar sociedades en las que cada persona reciba igual respeto, se le otorgue un espacio y brinde una justicia compensatoria y distributiva.

La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación ha categorizado diferentes tipos de acciones afirmativas o medidas compensatorias en las que actúan desde el inicio y las que inciden sobre el resultado final. Esta ley señala las siguientes tres clasificaciones:

1) *Medidas de nivelación.* Buscan hacer efectivo el acceso de todas las personas a la igualdad real de oportunidades eliminando las barreras físicas, de comunicación, normativas o de otro

tipo, que obstaculizan el ejercicio de derechos y libertades, prioritariamente a las mujeres y a los grupos en situación de discriminación o vulnerabilidad.

Se considera que este tipo de medidas pueden ser temporales, toda vez que se implementan siempre y cuando exista la desigualdad o discriminación; una vez resuelta tal situación, se elimina y prescinde de la acción.

2) *Medidas de inclusión*. Evitan la exclusión y se implementan disposiciones de carácter preventivo o correctivo, su objeto es eliminar mecanismos que excluyen o generan diferenciaciones desventajosas para que todas las personas gocen y ejerzan sus derechos en igualdad de trato. Buscan que haya igualdad de condiciones de origen para todas las personas.

3) *Acciones afirmativas*. Acciones de carácter temporal que son correctivas, compensatorias y de promoción, encaminadas a acelerar la igualdad sustantiva (Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 2003).

Al respecto, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés) señala que las acciones afirmativas pueden respaldar las políticas públicas, pero nunca pueden sustituirlas. Es importante que tengan presente el contexto y las particularidades existentes en realidades locales y nacionales para su eficiencia (UNESCO, 2016).

De la misma forma, en ese mismo marco, es importante tener el fundamento de los llamados ajustes razonables, referidos en la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad (CDPD). Estos ajustes se entienden como modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, con el fin de garantizar todos los derechos humanos y libertades fundamentales a las personas con alguna discapacidad para el pleno goce o ejercicio en igualdad de condiciones con las demás personas (CDPD, 2006).

En ese sentido, en lo que respecta a la salud, es importante considerar adaptaciones necesarias y adecuadas de forma eficaz y práctica en la infraestructura de los servicios de salud, el ambiente físico, social y de actitud que contribuyan a las necesidades específicas de las personas con discapacidad, con el fin de facilitar su acceso y atención de forma igualitaria.

De esta manera, el MoASMI aborda acciones afirmativas con énfasis en grupos de atención prioritaria y ajustes razonables que tienen como principal objetivo eliminar la discriminación hacia grupos poblacionales con alguna discapacidad y/o condición de vulnerabilidad, así como ofrecer medidas de accesibilidad, diseño y modificación de factores ambientales en los establecimientos de salud, para así lograr el derecho a la salud libre de discriminación.

4.3 Interseccionalidad

Diversos documentos en salud han considerado la importancia de brindar servicios de salud a la población usuaria en México, a través de la multidisciplinariedad para la atención de padecimientos. Desde este modelo, se enfatiza la necesidad de incorporar también el enfoque

de interseccionalidad que contemple la atención a la salud de manera integral, considerando las diversas condiciones físicas y sociales, y las características y vulnerabilidad de las personas. De esta manera, generar estrategias que contribuyan a otorgar calidad y equidad en todos los servicios brindados libres de discriminación.

La OMS refiere la interseccionalidad como la relación entre sexo, género y otros determinantes sociales, así como los factores que crean inequidades sanitarias en los procesos y sistemas de poder a nivel individual, institucional y mundial (OMS, 2018).

Como se ha mencionado, las inequidades sanitarias se agravan cuando existen condiciones desfavorables como: el sexo, género, bajo ingreso, nivel educativo bajo, edad infantil y de adultez, pertenecer a población de la diversidad sexogenérica, de origen étnico, habitar entornos carentes de servicios básicos, etc., mismas que pueden compenetrarse en una sola persona, aumentando la desigualdad y generando un mayor riesgo de vulnerabilidad.

Kimberlé Crenshaw, activista académica afrodescendiente, a partir del movimiento feminista estadounidense, distinguió la interseccionalidad estructural y la institucional. La primera refiere los cruces entre los diferentes ejes que convergen desde la distribución de poder entre grupos sociales; la segunda, señala que desde la acción política se reproducen o combaten las desigualdades.

Por su parte, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) apunta que la interseccionalidad es una categoría de análisis para referir los componentes que confluyen en un mismo caso, identificando las desventajas y discriminaciones de las mujeres (INMUJERES, s.f. a).

Desde el MoASMI, se identifica que incorporar el enfoque de interseccionalidad permite reconocer las diversas categorías que se interrelacionan en las personas usuarias de los servicios de salud y la combinación de éstas deberán de tenerse en cuenta para distinguir los factores que intervienen en su modo de enfermar y morir.

4.4 Determinantes Sociales de la Salud

Las condiciones sociales en una sociedad influyen fuertemente en la posibilidad de tener una buena salud. En 2008, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), de la Organización Mundial de la Salud, definió a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como: “Las circunstancias en las que personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Dado que repercuten directamente en el estado de la salud de las personas, se identifica que la mayor parte de las inequidades sanitarias se deben a las brechas de desigualdad existentes, determinadas por diferentes condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales; generando que dichas circunstancias sean el resultado de la distribución del dinero, el poder y acceso a los recursos a nivel mundial, nacional y local, mismas que dependen de las políticas adoptadas por los gobiernos e instituciones.

A partir de esa propuesta, la Organización Mundial de la Salud, identifica dos grandes rubros de DSS:

Estructurales. Aluden al contexto económico, sociopolítico y cultural que estructuran a la sociedad en clases y en sectores sociales. Entre los que se identifican: la posición social, el género, la raza, el grupo étnico, el acceso a la educación y al empleo.

Intermedios. Los que están más cercanos al proceso de salud-enfermedad, en el que se ubican las condiciones directamente relacionadas con: la alimentación, el ingreso, los factores psicológicos, los llamados factores de riesgo en la promoción de la salud. También en este rubro se identifican las mejoras en los programas de desarrollo infantil inicial, los programas de educación, la promoción de ambientes saludables, el empleo adecuado, la protección social y el acceso universal a los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

Marc Lalonde, Ministro de Salud Canadiense en 1974, propuso como factores condicionantes de la salud en la población un modelo para clasificar los Determinantes de la Salud en cuatro grandes categorías: 1) Biológicos (factores genéticos, enfermedades autoinmunes, aparatos internos del organismo, maduración y envejecimiento); 2) Estilos de vida (género, alimentación, ejercicio, sedentarismo, adicciones, apego terapéutico); 3) Ambientales (dengue, paludismo, enfermedad de chagas, contaminación, estrés, violencia); 4) Servicios de Salud (calidad de los servicios, práctica de la medicina y la enfermería, accesibilidad, financiamiento, gratuidad, disponibilidad, burocratización de la asistencia) (Urbina, M. González, M. A, 2012).

De esta manera, cuando estos factores se interrelacionan, agravan la desigualdad, la discriminación, los riesgos sanitarios y el limitado acceso a los recursos; por lo que, es imperante reconocer que las desigualdades e inequidades se suman a otros determinantes sociales de la salud. Este Modelo enfatiza sus directrices a partir del enfoque de género de manera transversal e interseccional y promueve identificar de base las Funciones Esenciales de la Salud Pública.

4.5 Funciones Esenciales de la Salud Pública

Desafiar los determinantes sociales de la salud obliga a que la estructura y el personal de salud, adscrito al Sistema Nacional de Salud y otras instancias que brindan servicios en la materia, cuenten con recursos, habilidades y competencias en salud pública. Para tal efecto, es fundamental tener como referencia las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP).

En 1997, el Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) postuló once Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), con el objetivo de apoyar la renovación de la política de la Salud para Todos, en el año 2000. Con el fin de enfrentar los desafíos del siglo XXI y contar con una visión más integral para la salud pública con un enfoque renovado, en 2020, se buscó fortalecer las funciones y actualizarlas ante las necesidades actuales para “No dejar a nadie atrás” y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las Funciones Esenciales de Salud Pública refieren las capacidades de autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y en conjunto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales dado el efecto a la salud de la población (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).



Fuente: OPS-OMS, S/F, "Las funciones esenciales de la salud pública renovadas", recuperado en junio de 2023 de <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>

Las FESP buscan fortalecer los sistemas de salud y abordar los determinantes sociales para garantizar acceso universal a la salud. Estas funciones requieren definir condiciones y observar el estado de salud de la población, así como los factores involucrados y el desempeño en la implementación de la salud para el desarrollo óptimo de intervenciones y políticas públicas. Las funciones esenciales a considerar son 11 y forman parte de un ciclo de acciones integradas en cuatro etapas: A). Evaluación, B) Desarrollo, C) Asignación de recursos y D) Acceso. Además de estar apegadas a cuatro pilares: 1) Derechos Humanos, 2) Determinantes Sociales de Salud, 3) Acceso Integral e Integrado y 4) Atención individual de calidad/vinculación intersectorial.

Las 11 FESP se enuncian a continuación: (OMS-OPS, 2020)

1. Monitoreo y evaluación

Consiste en fortalecer las capacidades de las autoridades de salud para dar seguimiento y evaluar los procesos establecidos en el uso de tecnologías de la información, la administración de datos, la previsión y la configuración de escenarios. Así como el análisis de la información para formular políticas para la salud que respondan a las necesidades de la población en este ámbito.

2. Vigilancia, control y gestión de riesgos

Se orienta al fortalecimiento de las capacidades institucionales y de conducción de las autoridades de salud en la vigilancia de los determinantes de la salud en un territorio concreto, así como de posibles daños y riesgos emergentes a través de prácticas individuales y colectivas, de promoción de la salud y gestión de recursos intersectoriales.

3. Investigación y gestión del conocimiento

Hace referencia a la generación de conocimiento científico y su integración en la formulación de políticas de salud que fortalezcan los sistemas de salud y la salud pública. En esta FESP es necesario considerar los determinantes sociales de la salud y marcos normativos sectoriales e intersectoriales; así como el desarrollo de iniciativas, procesos formativos y creación de asociaciones institucionales.

4. Políticas, legislación y marcos regulatorios

Guía el desarrollo de capacidades técnicas y políticas para que autoridades de salud y cuerpo legislativo formulen políticas y regulen la estructura del sector salud de manera integrada; mediante valores, premisas y objetivos que permitan avanzar hacia el acceso y la cobertura universal de la salud con enfoque de derechos humanos. Además de eliminar barreras de acceso a los servicios de salud pública, individuales y poblacionales.

La efectividad de ello requiere la asignación de recursos humanos, financieros y tecnológicos; en conjunto con la armonización de marcos normativos del Estado y fortalecimiento de mecanismos de vigilancia apegados a sus políticas y objetivos, considerando mecanismos de vigilancia del cumplimiento de estos marcos regulatorios, para corregir y enfrentar los desafíos.

5. Participación y movilización social.

Orienta a las autoridades de salud para que conformen acciones colectivas de figuras claves con capacidad política y técnica a fin de facilitar la viabilidad y factibilidad de los cambios promovidos en los sistemas de salud, guiados por principios y valores éticos. Requiere la acción de representantes con suficiencia, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades; también, formular y negociar propuestas en el desarrollo de la salud de manera deliberada, transparente, democrática y concertada.

6. Desarrollo de Recursos Humanos para la salud

Comprende la distribución de los recursos humanos para la salud pública. Incluye la ejecución de políticas, reglamentos e intervenciones relacionados con la capacitación, el empleo, la movilidad interna y externa; aunado a las condiciones de trabajo del personal de salud, la definición de las condiciones laborales dignas junto con sistemas de protección contra riesgos del trabajo y asignación de responsabilidades profesionales, incorporando perspectivas de género e incluyentes; además, de la reglamentación de su educación y práctica profesional.

Es fundamental garantizar que durante su proceso formativo todo el personal de salud desarrolle competencias actualizadas y apropiadas para el desempeño de sus funciones y responsabilidades; incluidas competencias y habilidades para el análisis de políticas, la comunicación, el monitoreo y la evaluación y, mejora de la calidad de la atención.

7. Medicamentos y otras tecnologías de salud

Refiere el aseguramiento del acceso a medicamentos y otras tecnologías de salud esenciales, toda vez que son herramientas terapéuticas empleadas por personal de salud para prevenir, detectar y tratar enfermedades, incluidos la rehabilitación y los cuidados paliativos. Por ello, se requiere la creación de capacidades específicas en los sistemas de salud universales para asegurar la cobertura, la regulación, el acceso y el uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias de calidad, seguras, eficaces y asequibles. Además de considerar criterios costo-efectivos, de evaluación y de equidad identificando las necesidades de salud de la población.

8. Financiamiento de la salud

Abarca el proceso de planificación estratégica, recaudación y asignación de recursos financieros en el ámbito de la salud. Es imperante que debe existir financiamiento adecuado para garantizar todas las funciones esenciales de salud pública; por el contrario, la capacidad de respuesta del sistema de salud será incipiente en la respuesta a la protección a la salud. Para reducir las inequidades, implementar intervenciones de salud pública efectivas y avanzar en la mejora de la salud de la población, es necesario que los sistemas nacionales de salud maximicen la eficiencia y la efectividad del gasto de los recursos disponibles para la salud pública.

Si bien las tres primeras categorías de las Funciones Esenciales de Salud Pública (Evaluación, Desarrollo y Asignación de recursos) son transversales a todas las dimensiones que conforman el MoASMI, la categoría referente al Acceso es el rubro donde se ha concentrado de manera directa la esencia principal de éste y se funden los siguientes rubros que a continuación se enuncian e interrelacionan con el modelo.

9. Acceso equitativo a los servicios integrales y de calidad

Corresponde a garantizar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, en éstos se consideran las intervenciones multisectoriales y comunitarias de salud pública de tipo individual; además, abarcan a la prevención primaria de protección y los programas de prevención secundaria y terciaria que se gestionan desde los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención.

Esta función incluye acciones para garantizar el acceso a servicios de salud pública integrales y de calidad, ampliados progresivamente y coherentes con las necesidades de salud durante el curso de vida y los determinantes sociales de la salud.

La calidad de los servicios en mención consiste en satisfacer la salud de las personas, las familias y las comunidades, considerando las características de grupos poblacionales, su contexto y las capacidades del sistema, con base en las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, contribuyendo a la equidad y el bienestar, sin dejar a nadie atrás. Esto implica una particular atención a la diversidad; así como a las personas y poblaciones en situación de vulnerabilidad. En este sentido, también abarca la disponibilidad de la adecuada organización y gestión de los servicios de salud para la ejecución de estrategias que aseguren el acceso equitativo, universal, costo-efectivo y sostenible a medicamentos y tecnologías de la salud.

El MoASMI retoma la función nueve sobre el Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad para contrarrestar la atención y gestión de servicios fragmentados que se centran sólo en el enfoque curativo y enfermedad sin focalizarse en la persona usuaria.

Por ello, la implementación de estrategias innovadoras como las que promueve el MoASMI permite mejorar el acceso a servicios de salud para que se otorguen con calidad, inclusión y pertinencia cultural, que permita a las personas experimentar los mismos beneficios de acceso y promoción de los servicios de salud. Como parte de sus acciones puntuales se encuentran: la utilización de tecnologías de la información; la incorporación de comunicación incluyente y no sexista; además de la propuesta de registrar datos e información desagregada por sexo y otras variables importantes, como el tipo de discapacidad o condición de vulnerabilidad de la población usuaria. Lo anterior, a fin de fortalecer los sistemas de salud y generar estrategias, investigaciones (FESP 3) o políticas en salud pública integradas e integrales que contemplen necesidades específicas y determinantes sociales de la salud, con énfasis en grupos en situación de vulnerabilidad (FESP 4). A partir de la información recopilada en todos los niveles y áreas competentes (FESP 1) se contribuye a que las autoridades gestionen (FESP 1), tomen decisiones (FESP 2) y den respuesta al rumbo que oriente la salud pública de sus territorios y de esta manera eliminar barreras de acceso a los servicios de salud.³

³ Para profundizar en la atención específica de mujeres y personas con capacidad gestantes que requieren servicios de aborto seguro se sugiere consultar Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2022, Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México, disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegrsl/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-atencion-del-aborto-seguro-en-mexico-274667>

El MoASMI plantea que para garantizar el acceso a una atención equitativa se requiere planificar y asignar recursos financieros (FESP 8) con perspectiva de género y enfoque de interseccionalidad; es así que dicho modelo impulsa la necesidad de equipar los establecimientos de salud con infraestructura y mecanismos incluyentes principalmente para personas con discapacidad, abasteciendo de insumos como: glucómetro, baumanómetro y termómetro parlante que garanticen una atención incluyente de personas con discapacidad visual; además de considerar rampas móviles al interior de los establecimientos y sillas de ruedas para la óptima movilidad de personas con discapacidad motriz o personas mayores con esta necesidad, con el objetivo de disminuir las limitaciones en el acceso y atención ocasionadas por la insuficiente infraestructura para dicha población (FESP 7).

Con respecto a la asignación de recursos humanos para contribuir a garantizar el derecho a la salud a toda la población, el MoASMI retoma como parte de sus acciones puntuales la importancia de desarrollar competencias y habilidades en el personal de salud y en formación, fomentando capacitaciones en temáticas de género, derechos humanos, no discriminación, inclusión, masculinidades saludables, interseccionalidad, diversidad sexual, prevención del hostigamiento y acoso sexual, siempre enmarcadas en el ámbito de la salud para aplicar dichos enfoques en su quehacer institucional y área competente (FESP 6).

En ese mismo sentido, el MoASMI impulsa la implementación de procesos formativos especializados (FESP 9) en Lengua de Señas Mexicana (LSM), principalmente para el personal que interactúa de manera frecuente con personas que presentan alguna discapacidad auditiva. Además, capacitación en lenguas indígenas y variantes lingüísticas -de acuerdo a la predominante en la región en donde se encuentre ubicado el establecimiento de salud- con el fin de otorgar el servicio de salud a las personas hablantes de éstas, apegado a las necesidades específicas y con enfoque de pertinencia cultural.

En el ámbito de la cultura institucional para la igualdad laboral de los recursos humanos que conforman las diferentes áreas y niveles de incidencia (directivo, jurisdiccional, operativo y local), el MoASMI incorpora acciones puntuales principalmente en tres ejes de acción: a) prevención del hostigamiento y acoso sexual, b) clima laboral al interior de los centros de trabajo y c) corresponsabilidad entre la vida laboral y familiar, independientemente del estatus de contratación. Estas acciones buscan promover y asegurar condiciones de igualdad entre trabajadoras y trabajadores, involucrando de manera estratégica a las áreas competentes de recursos humanos, jurídico y calidad, entre las más relevantes (FESP 6).

10. Promoción de la salud y comportamientos saludables

Se orienta a garantizar intervenciones de salud pública que reduzcan la exposición a los factores de riesgo y favorecer entornos saludables de la población. Esta función requiere del conjunto de las FESP y de la construcción de sinergias intersectoriales con liderazgos fortalecidos que contribuyan a mejorar el contexto general y abonen a la mejora de determinantes sociales de la salud. Lo anterior, a través de intervenciones comunitarias en favor de la población local, considerando sus identidades y contextos culturales.

En ese mismo sentido y aunado a la función anterior, el MoASMI identifica la promoción de la salud como un elemento medular de las intervenciones en salud pública, favoreciente de condiciones socioambientales individuales y comunitarias que impactan en los estilos de vida y entornos saludables, a través de la intersectorialidad e interdisciplinariedad.

Así, a través de la propuesta del MoASMI, las acciones puntuales que abonan a esta función proponen la puesta en marcha del uso de estrategias de difusión, abogacía y gestión de la comunicación para orientar los servicios de salud y medios necesarios para el bienestar de la población, de acuerdo a sus necesidades y contexto específico. Para tales fines, entre las acciones puntuales que plantea este modelo, se encuentra considerar comunicación con lenguaje incluyente y no sexista emitida en todos los procesos, documentos y comunicación dirigidas a la estructura de los recursos humanos que conforman la unidad o establecimiento de salud.

De igual manera, hacia la población usuaria, se impulsan estrategias de difusión de campañas, gacetas, trípticos y/o material informativo elaborados con lenguaje incluyente e imágenes no sexistas; además de pertinencia cultural e inclusión. En este sentido, la elaboración de materiales audiovisuales sobre diversas temáticas de promoción de la salud y hábitos saludables debe realizarse con perspectiva de género, inclusión e interseccionalidad.

En cuanto a la accesibilidad, es indispensable la colocación de señaléticas iconográficas y en lenguaje Braille para contribuir al acceso efectivo a los servicios de salud de las personas con discapacidad visual significativa.

Estos instrumentos que brindan información o instrucciones para dirigir u orientar el actuar de la ciudadanía durante el acceso a un servicio público también deben ser implementados en consideración a las características culturales y lingüísticas de la población a la que se conducen; por ello, se busca la implementación de señalética también en la lengua indígena predominante de la región donde se coloca. Aunado a la propuesta de incluir, al interior de las unidades o establecimientos de salud, personas traductoras y/o intérpretes de la comunidad para la facilitación de procesos y procedimientos médicos. Además de personal de salud capacitado en la materia para el logro de servicios incluyentes y con enfoque de interculturalidad.

Una de las acciones puntuales que abona el MoASMI a mejorar el contexto de mujeres y/o personas cuidadoras para su atención a la salud de manera integral es la creación de Centros de Entretenimiento Infantil (CEI) al interior de las unidades o establecimientos de salud, con una doble función: contar con un espacio para las infancias, momentáneo, durante la atención médica o gestiones en salud de las mujeres, por ser a quienes comúnmente se les asigna la crianza de niñas y niños (FESP 9) y, por otro lado, tener un sitio en donde la población infantil atendida desarrolle actividades a través de metodologías lúdico-participativas y de promoción de la salud en temáticas específicas sobre: derechos humanos, género, inclusión, higiene, estilos de vida saludable, discapacidad, interculturalidad, masculinidades saludables, diversidad, no discriminación, entre otras, considerando sus creencias culturales y contexto del área en el que se encuentre ubicado (FESP 10).

Contemplar el involucramiento de la población usuaria en diversas intervenciones comunitarias (FESP 10) para abordar problemas prioritarios de su salud, es otro de los puntos a considerar en el MoASMI. Este involucramiento se realiza a través de pláticas de sensibilización y/o capacitaciones en temas como: derechos de la salud con enfoque de derechos humanos, inclusión y pertinencia cultural dirigidas a mujeres, adolescentes y niñas con discapacidad y sus cuidadoras en temas sobre autocuidado y salud sexual y reproductiva, sin ser limitativo la amplitud de temáticas; así como, dirigir capacitaciones a hombres en contexto rural sobre el autocuidado y masculinidades saludables; además de otras acciones, con énfasis en poblaciones de la diversidad sexogenérica, personas mayores, en condición de migración u otra condición de vulnerabilidad.

11. Abordaje de los determinantes sociales de la salud

Comprende la suma de esfuerzos y construcción de sinergias intersectoriales que deben estar involucradas en la puesta en marcha e impulso de intervenciones. Es necesario que estas se realicen a partir del reconocimiento de los determinantes sociales de la salud para abonar a la mejora de entornos saludables y atención a la salud en favor del bienestar de la población.

Se requiere contemplar acciones de abogacía y gobernanza para la construcción de políticas públicas de salud integrales con el objetivo de lograr una sociedad saludable y con el derecho a la salud garantizado. Se enfatiza la importancia de contemplar las necesidades y contextos específicos de las personas o grupos poblacionales con mayor desventaja; mientras se fomenta la equidad, los derechos humanos y el enfoque holístico interseccional para lograr un impacto positivo.

El MoASMI propone generar acciones puntuales relacionadas con el trabajo colaborativo y de vinculación con diferentes programas que conforman el ámbito de la salud; impulsando actividades conjuntas entre las áreas de igualdad de género, promoción de la salud y diferentes áreas o niveles de incidencia y atribución. Asimismo, invita a la participación multidimensional e intersectorial para transversalizar la perspectiva de género y los enfoques de inclusión y pertinencia cultural en la atención a la salud desde el diseño, planeación, implementación, evaluación y monitoreo de políticas públicas. Enfatizando en el desempeño del programa o componente, acciones de vinculación y de desarrollo social e institucional.

De igual manera, se recomienda incorporar a otros sectores como las instancias gubernamentales o de la sociedad civil para la traducción de señalética médica en ventanillas incluyentes o procedimientos clínicos en lengua indígena, de acuerdo a la región de ubicación. En este sentido, también se consideran los procesos formativos en Lengua de Señas Mexicana.

Además, contempla la difusión y promoción de jornadas, espacios de entretenimiento, pláticas y cursos entre la comunidad aledaña al establecimiento de salud para contribuir a la sensibilización y promoción de conductas y hábitos más saludables. En este sentido, se consideran espacios públicos como escuelas, mercados y otros.

El MoASMI también promueve la construcción de estrategias con universidades y/o escuelas de medicina, enfermería y psicología para ofrecer capacitaciones sobre derechos humanos y temáticas de igualdad, equidad interseccionalidad, diversidad sexual, entre otras; con la finalidad de ampliar el conocimiento de estudiantes respecto a la obligación de respetar y garantizar una atención con calidad y libre de discriminación dentro del abordaje de sus prácticas, quehaceres y funciones diarias.

Este modelo integra además los espacios laborales mediante la conformación de comités interinstitucionales con áreas de recursos humanos, calidad, enseñanza, etc.; para atender el tema de cultura institucional para la igualdad laboral con énfasis en la prevención del hostigamiento y acoso sexual.

Lo anterior permite alinear el MoASMI a las Funciones Esenciales de Salud Pública y tomar en cuenta los elementos antes descritos para promover la incorporación del enfoque de género, inclusión y pertinencia cultural en los diferentes niveles de atención que conforman el Sistema Nacional de Salud en el país.

4.6 Niveles de atención

La Secretaría de Salud, con el fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud, define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Como parte de su catálogo de niveles de atención, fija las siguientes categorías: primer nivel de atención, segundo nivel de atención, tercer nivel de atención y alta especialidad.

La categorización antes señalada define los problemas de salud que se resuelven en cada uno de los niveles asignados. Por lo que, la Organización Mundial de la Salud los identifica como conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad (DOF, 2012)⁴.

Primer nivel de atención

El primer nivel se caracteriza por ser el más cercano a la población; es decir, el primer contacto. Las características de las unidades de primer nivel es que son de atención ambulatoria, atienden entre el 80-85% de los problemas de salud, cuenta con atención médica, psicológica, promoción a la salud, vigilancia epidemiológica, vacunación, salud reproductiva y salud bucal. Están diseñados con un enfoque preventivo y de promoción a la salud.

Dentro de ellas se encuentran las Unidades de Medicina Familiar (UMF), los Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS), los centros de salud, los Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA), casas de salud, Unidades Médicas Móviles, estancias residenciales; parto tradicional y espacios interculturales.

También se encuentran las UNEME, que son la Unidades de Especialidades Médicas, de las cuales forman parte los CAPA (Centros de Atención Primaria de Adicciones), CAPASITS (Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual), cirugía ambulatoria, CISAME (Centro Integral de Salud Mental), SoRID (Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus) DEDICAM (Dedicado a la Detección de Cáncer de Mama), oncología, EC (Enfermedades Crónicas) y hemodiálisis (Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, s.f.).

Segundo nivel de atención

En el segundo nivel se encuentran los hospitales. Las características de las unidades de segundo nivel es que cuentan con el servicio de hospitalización, además de que incluye 4 especialidades que son: pediatría, ginecología y obstetricia, medicina interna y cirugía general. Tienen una infraestructura para realizar procedimientos de mediana complejidad y tienen atención ambulatoria de especialidades como: neurología, traumatología y cardiología. Cuentan con equipo auxiliar diagnóstico en imagenología y laboratorios clínicos, patología y quirófanos.

Dentro de las unidades que lo conforman se encuentran los hospitales generales, hospitales regionales, clínicas de maternidad (Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, s.f.).

⁴ https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5283475

Tercer nivel de atención

Con relación al tercer nivel, se conforma por hospitales de alta tecnología e institutos especializados; equipados con alta complejidad para brindar atención a problemas de salud que requieren alta tecnología y aparatología. Cuentan con salas de internación y la infraestructura para realizar estudios complementarios complejos; así como procedimientos de cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas como traumatología, neurocirugía, cardiovascular, entre otras.

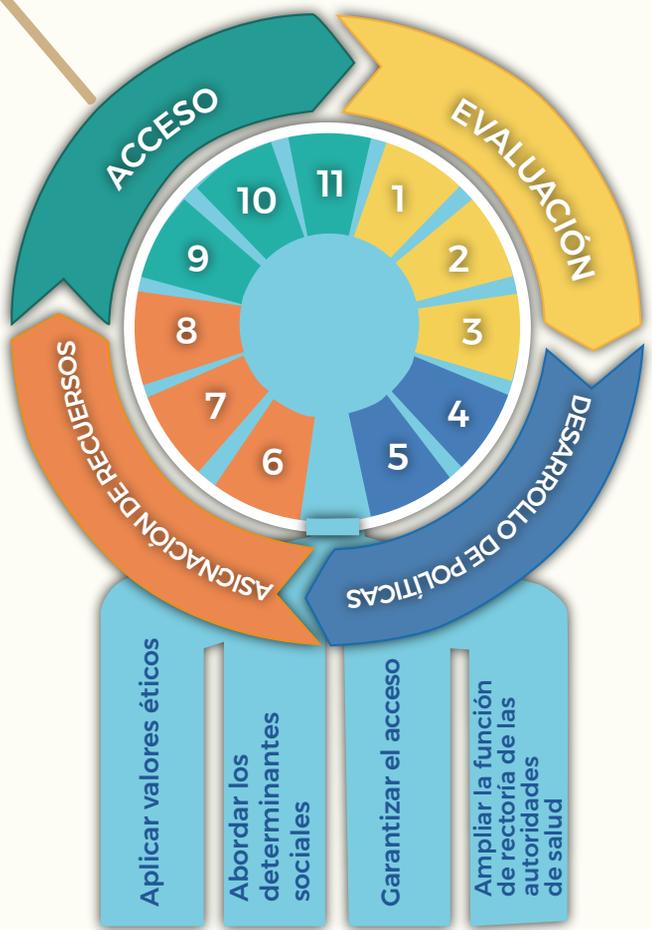
Dentro de estas instalaciones también existen Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y unidades coronarias; además de subespecialidades y equipo no disponible en segundo nivel de atención. En este nivel, se desempeña la docencia e investigación. Además, tiene servicio de hospitalización de alta especialidad como cirugía cardiovascular, hemodiálisis, tomografía axial computarizada, neurocirugía, angiografía coronaria, radioterapia, medicina nuclear; recibe derivaciones de segundo nivel y se tratan enfermedades de baja prevalencia, pero de alto riesgo, así como enfermedades complejas (Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, s.f.).

En resumen, el MoASMI pretende brindar una respuesta global y ampliada para atender las necesidades de salud de la población, con énfasis en grupos de atención prioritaria. Además, busca reorientar el Sistema Nacional de Salud -a través de sus diferentes niveles de atención- con enfoque de género, inclusión y pertinencia cultural, involucrando mecanismos incluyentes de acuerdo al nivel de atención en el que se encuentre y estrategias centradas en la atención a la persona, identificando sus necesidades específicas y determinantes sociales de la salud.



Modelo de Atención a la Salud con Mecanismos Incluyentes (MoASMI)

Vinculación de "Las once funciones esenciales de la salud pública" con el "Modelo de Atención a la Salud con Mecanismos Incluyentes"



Fuente: Elaboración propia, con base en información de "Las once funciones esenciales de la salud pública" (FESP), OPS.

Modelo de Atención a la Salud

con **Mecanismos
Incluyentes
(MoASMI)**

5. Aspectos Generales del MoASMI

5.1 Misión

Contribuir a cerrar las brechas de desigualdad de grupos de atención prioritaria en el acceso y control de los servicios de salud, aplicando un enfoque de género, inclusión, no discriminación, interseccionalidad y pertinencia cultural.

5.2 Visión

Facilitar la integración de servicios de salud que operen con mecanismos incluyentes en todos los niveles de atención que conforman el Sistema Nacional de Salud; para lograr una atención inclusiva, libre de discriminación, con equidad y calidad en todas las etapas de vida, considerando los determinantes sociales de la salud de la población.

5.3 Principios rectores



5.4 Objetivo General

Implementar acciones puntuales incluyentes al interior de las unidades o establecimientos de salud para garantizar la atención y servicio con enfoque de género, inclusión, no discriminación, interseccionalidad y pertinencia cultural, poniendo especial énfasis a grupos de atención prioritaria, a través del *Modelo de Atención a la Salud con Mecanismos Incluyentes*.

5.5 Objetivos específicos

- Implementar y desarrollar acciones afirmativas en salud en todos los niveles de atención y etapas de vida de la población usuaria, para garantizar el derecho a la salud.
- Brindar una atención a la salud y a la enfermedad considerando la diversidad de población y sus necesidades específicas, con especial énfasis en grupos de atención prioritaria.
- Promover acciones de prevención en salud con enfoques de género, inclusión, no discriminación y pertinencia cultural dirigidas a toda la población usuaria, especialmente a los grupos de atención prioritaria, empleando medios de comunicación accesibles.
- Promover una cultura institucional para la igualdad laboral de las y los trabajadores que conforman cada establecimiento perteneciente al ámbito de la salud.
- Contribuir a mejorar la equidad y accesibilidad en salud con la participación activa de la comunidad, a través de la disminución de la discriminación positiva o negativa.

5.6 Población objetivo

Población usuaria de servicios de salud del territorio mexicano con especial énfasis en grupos de atención prioritaria (mujeres, niñas, niños y adolescentes, mujeres y personas gestantes, personas mayores, personas con diversos tipos de discapacidad, población migrante, grupos LGBTTTIQ+ * y población indígena).

6. Descripción del MoASMI

El *Modelo de Atención a la Salud con Mecanismos Incluyentes* (MoASMI) surge de la necesidad de abordar de manera ordenada y eficaz la atención a las personas que han sido históricamente discriminadas; a través de equipos de personas capaces de integrar servicios basados en la empatía con las necesidades de la población, con respeto a sus modos de vida, sensibilidad ante sus preocupaciones y, sobre todo, al comprender lo que les representa afrontar una necesidad en salud, a través de una actuación coordinada, integral y con perspectiva de género.

Es importante destacar que, la elaboración del presente modelo es el resultado de una metodología participativa, donde se escucharon las voces de personas usuarias de los servicios de salud, quienes compartieron sus experiencias sobre las barreras que enfrentan en los establecimientos de salud en el foro "Propuesta Ciudadana para la Estrategia Nacional de Salud Inclusiva"⁵.

⁵ Realizado en 2019 por el "Movimiento Tres Doce", integrado por Organizaciones de la Sociedad Civil en coordinación con la Secretaría de Salud.

* Lesbianas, Gay, Bisexuales, Travestis; Transgéneros, Transexuales, Intersexuales, Queer y otras identidades.

El *Modelo de Atención a la Salud con Mecanismos Incluyentes* es una herramienta de trabajo que ayuda a sistematizar la información, los recursos, las respuestas profesionales para disminuir la desigualdad colectiva, no individual que le permitirá eliminar o disminuir las brechas de desigualdad existentes en el país.

El MoASMI propone implementar en unidades y establecimientos de salud un panorama ideal; para ello, sugiere acciones puntuales que se alinean a cuatro dimensiones:

- I. Gestión de la salud pública incluyente
- II. Organización de los servicios de salud con perspectiva de género, inclusión y pertinencia cultural
- III. Acceso efectivo
- IV. Atención centrada en la persona

Estas dimensiones se plantean con base en parámetros de calidad, equidad, pertinencia cultural, inclusión y de derechos humanos; a fin de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud de la población.



A continuación, se describe de manera general en qué consiste cada una de las dimensiones y acciones del MoASMI:

6.1 Dimensiones

1 Gestión de la Salud Pública Incluyente



La gestión de la salud se define como un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, el cual está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada, organizada e incluyente (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f).

Los componentes esenciales de esta dimensión son los siguientes:

1. Financiamiento eficiente y equitativo de la salud
2. Participación comunitaria, con énfasis en grupos históricamente discriminados
3. Empoderamiento de la población usuaria en materia de salud

Descripción de acciones puntuales:

Presupuestar con perspectiva de género y de Determinantes Sociales de Salud: son herramientas clave de las políticas públicas; las cuales, mediante la asignación y etiquetación de recursos públicos, tienen como objetivo acelerar el paso hacia la igualdad sustantiva. Al asignar presupuesto bajo este enfoque se promueve la atención integral de las necesidades de las personas de acuerdo a su sexo, edad, pertenencia étnica, identidad de género, condición de discapacidad y condición migrante.

Por lo cual, en la planeación de las acciones, se sugiere sea diferenciada conforme a las necesidades de la diversidad de población usuaria que asiste al establecimiento de salud. De tal manera que, dentro de las decisiones presupuestales de cada unidad de salud se destine presupuesto específico para atender de manera incluyente, sin discriminación a cualquier persona, a su vez, se debe considerar en la programación y planeación de los Programas Anuales de Trabajo (INMUJERES, s.f. b).

Empoderar a población usuaria, con énfasis en grupos de atención prioritaria: La palabra empoderar, popularizada en los últimos tiempos, quiere decir apoderar, dar poder y está asociada al proceso de fortalecer los derechos y las capacidades de las personas o las comunidades vulneradas con la asunción de un rol activo de la ciudadanía, respecto de la

gestión de su propia salud (De Bronkart, D. 2013). La población usuaria activa y empoderada cuenta con la capacidad para decidir, satisfacer necesidades y resolver problemas con pensamiento crítico; además de tener control sobre su vida y su salud.

Todo ello se consigue, en primer lugar, con el conocimiento, es decir, una población informada para entender la salud y la enfermedad. Es responsabilidad del personal de salud colaborar con la población usuaria para facilitar los mejores conocimientos y habilidades, a fin de alcanzar un completo bienestar físico, mental y social (March, Cerdà, J.C. 2015).

Capacitar a personas usuarias en condición de vulnerabilidad: que asisten a la unidad de salud. Debe considerarse la capacitación y sensibilización hacia grupos poblacionales de atención prioritaria como, por ejemplo: temas de autocuidado, paternidades afectivas, masculinidades saludables, crianza y tareas de cuidado para hombres usuarios de las unidades de salud ubicadas en zona rural o indígena, personas migrantes o en situación de movilidad, privadas de su libertad, entre otras; capacitación a niñas, adolescentes y mujeres con discapacidad, mujeres afroamericanas y en situación de movilidad, en materia de sexualidad saludable, conocimiento del cuerpo, autocuidado de personas cuidadoras, etc.

En su caso, se podrán considerar webinars, conferencias o pláticas con las temáticas consideradas anteriormente.

Promover temas informativos en materia de género, inclusión y pertinencia cultural: La unidad o establecimiento de atención a la salud deberá promover y/o difundir material impreso, virtual y/o audiovisual sobre igualdad de género, pertinencia cultural e inclusión en salud con la idea de abarcar las diversas temáticas específicas en torno a los enfoques antes mencionados⁶.

⁶ Ejemplo de temáticas a considerar: Diversidad sexogenérica/intersexualidad/inclusión, discapacidad/SSR de mujeres con discapacidad, autocuidado/masculinidades saludables/crianza compartida, pertinencia cultural/interculturalidad en salud; Interseccionalidad/género y derechos humanos, prevención del hostigamiento y acoso sexual en el ámbito laboral, persona testiga proactiva, Convenio 190-OIT, cultura institucional/clima laboral/NMX 025, Nom 035, derechos de salud de personas embarazadas, personas mayores y otras poblaciones, prevención de enfermedades con perspectiva de género, comunicación y lenguaje incluyente, Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las personas LGTBTTI y sus guías de atención, etc.

2 Organización de los servicios de salud con perspectiva de género inclusión y pertinencia cultural



La organización de los servicios se define como el conjunto de elementos humanos, materiales y tecnológicos organizados en forma adecuada para proporcionar servicios de salud a una población definida, en las condiciones de máxima eficiencia (Formación Integral y Desarrollo Empresarial, s.f.).

A continuación, se enuncian los componentes esenciales de esta dimensión:

1. Recursos humanos sensibles y empáticos con la diversidad de población
2. Comunicación incluyente, no sexista, no discriminatoria y accesible
3. Cultura institucional para la igualdad laboral

Descripción de acciones puntuales:

Recursos humanos sensibles y empáticos: El personal de salud de establecimientos de atención a la salud de nivel directivo, operativo, administrativo, de vigilancia y limpieza debe ser capacitado para sensibilizarse en temáticas sobre: género, igualdad, derechos humanos, pertinencia cultural, discapacidad, diversidad sexo- genérica, migración, no discriminación e inclusión, masculinidades saludables, autocuidado, adultocentrismo, prevención del hostigamiento y acoso sexual, entre otras, cada una enfocadas en el ámbito de la salud. Se sugieren capacitaciones de al menos ocho horas por temática en modalidad presencial, virtual o sincrónica.

El objetivo es que el personal de la unidad -de todas las áreas y niveles- esté sensibilizado ante las desigualdades en salud y cuente con los elementos teóricos y herramientas prácticas para brindar una atención con igualdad, no discriminación e inclusión. Estas capacitaciones pretenden brindar elementos básicos en la materia.

El número de personas a capacitar dependerá del nivel de atención del establecimiento de salud, de la plantilla de personal de la unidad y del avance en la implementación de mecanismos incluyentes (básicos, intermedios u óptimos).

Perfiles y características requeridas en los recursos humanos:

Enlace de género en unidades de salud: Contar con una persona responsable en la unidad o establecimiento de atención a la salud encargada de fortalecer las acciones para transversalizar la perspectiva de género, pertinencia cultural e inclusión dentro de este espacio. El objetivo es que en las unidades existan personas encargadas de la implementación continua y correcta de los mecanismos incluyentes, así como para la gestión, evaluación y supervisión. La persona enlace de género e inclusión debe estar sensibilizada en los temas de género, no discriminación, interseccionalidad, inclusión, pertinencia cultural, etc. Puede considerarse a especialistas en trabajo social, personas encargadas del área de calidad, psicólogas/os.

Principales funciones:

- Dar seguimiento a las acciones puntuales que se implementan en la unidad.
- Vincularse con personal directivo para gestionar acciones.
- Recabar y ordenar evidencias correspondientes.
- Supervisar que el personal esté capacitado e implemente las acciones en materia de igualdad, no discriminación para brindar una atención incluyente a las personas usuarias.
- Será responsable del seguimiento a las acciones en materia de cultura institucional para la igualdad laboral; vinculándose con las áreas de recursos humanos, calidad y comunicación para gestionar la difusión de materiales y rutas de atención a casos de hostigamiento y acoso sexual; seguimiento a casos y/o denuncias; difusión y registro de licencias de paternidad expedidas; capacitación en ejes de clima laboral; corresponsabilidad y prevención del hostigamiento y acoso sexual.

Responsable de los Centros de Entretenimiento Infantil: Con el objetivo de disminuir las barreras de acceso de las mujeres para asistir a los servicios de salud, el modelo promueve la instalación de Centros de Entretenimiento Infantil (CEI)⁷ que tienen la función de apoyar a las personas, sobre todo a las mujeres, en la responsabilidad del cuidado de menores de edad mientras atienden su salud. Para esta acción se requieren al menos dos personas por CEI con el perfil de Carrera Técnica en Puericultura, Educación (Preescolar) o con el perfil de pasante de Psicología, Pedagogía, Psicopedagogía, Ciencias de la Educación, Trabajo Social, Comunicación Humana o áreas afines.

Principales funciones:

- Atender a niñas y niños que acudan al CEI, brindando información, desarrollando actividades y promoviendo hábitos saludables como la higiene personal y la buena alimentación; el respeto a los derechos humanos de niñas y niños; la prevención de la violencia y la importancia de la igualdad de oportunidades entre niñas y niños; así como la promoción de la salud con perspectiva de género, inclusión y pertinencia cultural al igual que el fomento del autocuidado, conocimiento de las emociones y del propio cuerpo.

⁷ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2024), Lineamientos Centros de Entretenimiento Infantil.

- Capturar información estadística sobre el registro de las personas usuarias y sus responsables desagregada por edad, sexo y otras condicionantes.
- Comunicación incluyente, no sexista y no discriminatoria: La unidad o establecimiento de salud, así como la jurisdicción o distrito, deben emitir documentos y comunicaciones generadas al interior, dirigidos al personal que labora en la unidad que visibilicen datos desagregados por sexo, comunicación e imágenes no sexistas, incluyentes y accesibles (considerando las diversas condiciones de vulnerabilidad).

Por ejemplo:

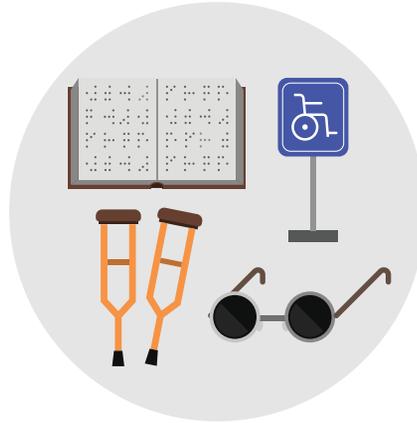
- Elaborar circulares/memos/comunicaciones internas con lenguaje incluyente y desagregados por sexo, edad, tipo de discapacidad, origen étnico, etc., en su caso
- Difundir material relacionado con temáticas sobre género, inclusión y pertinencia cultural dirigido a personal de salud
- Divulgar material sobre hostigamiento y acoso sexual
- Colocar señalización (letreros, placas y señalética) haciendo uso del lenguaje incluyente, usando términos colectivos y/o abstractos. Por ejemplo: "Dirección General", en vez de "Director General"; "Central de Enfermería", en lugar de "Central de Enfermeras"

Cultura institucional para la igualdad laboral: La unidad o establecimiento de salud debe impulsar acciones en materia de igualdad laboral para todo el personal, basadas siempre en los ejes de: clima laboral, corresponsabilidad y prevención del hostigamiento y acoso sexual. Entre las acciones destacan:

- Capacitar al personal de todas las áreas en los ejes de cultura institucional para la igualdad laboral.
- Promover y difundir campañas o materiales dirigidos a personal de salud en materia de:
 - Corresponsabilidad entre vida personal y laboral
 - Prevención del hostigamiento y acoso sexual
 - Convenio 190 de la Organización Internacional del Trabajo
 - Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación
 - Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo- Identificación, análisis y prevención
 - Rutas de atención para casos de hostigamiento y acoso sexual, entre otros temas
- La unidad o establecimiento de salud debe contar con un comité o grupo de trabajo conformado por áreas estratégicas como Recursos Humanos, Jurídico, Enseñanza, Calidad y Comunicación para la atención de los casos de hostigamiento y acoso sexual que se presenten
- Implementar el Protocolo para la Prevención, Atención y Sanción del Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual o, en su caso, el protocolo estatal
- Realizar un Pronunciamiento Cero Tolerancia al Hostigamiento Sexual y al Acoso Sexual, por parte de la persona titular de la unidad
- Tener buzones de quejas y/o denuncias, además de considerar alternativas para acudir con autoridades, contar a alguien de confianza y/o personas especialistas, etc. para erradicar casos de hostigamiento y acoso sexual

- Registrar las licencias de paternidad que han solicitado y otorgado en la unidad a las personas trabajadoras
- Contar con una sala de lactancia dirigida a personas usuarias y personas trabajadoras de la unidad que se encuentren en periodo de lactancia¹⁰. Debe de estar equipada de manera adecuada con: sillas o asientos cómodos, mesa, refrigerador con congelador, dispensador de agua potable, fregadero con tarja, termómetro, toallas de papel, jabón para manos y para trastes, bote de basura y bitácora para el registro
- Aplicar el instrumento que permita detectar la conformación laboral de la unidad o centro de salud

3 Acceso efectivo



El acceso efectivo se refiere a la activa identificación y remoción de todo obstáculo geográfico, administrativo, social, financiero, organizacional, identidad o de cualquier tipo, que limite el acceso de las personas a los servicios de salud (Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar), 2022).

A continuación, se enuncian los componentes esenciales de esta dimensión:

- 1 Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud
- 2 Hacer efectivo el derecho a la salud, sin discriminación
- 3 Diferenciar los procesos dentro del establecimiento de salud para atender la diversidad de necesidades de la población

Descripción de acciones puntuales:

Capacitación Especializada: El personal de salud de establecimientos de atención a la salud de nivel directivo, operativo, médico, administrativo, de vigilancia y limpieza tendrán que recibir capacitación en temas especializados, se recomienda priorizar en los siguientes:

- Lengua de Señas Mexicana, aplicada a salud
- Lengua indígena de la región, aplicada a salud
- Atención a la salud a personas con discapacidad
- Atención a la salud a personas en situación de movilidad

¹⁰ UNICEF, Secretaría de Salud, IMSS, Secretaría del Trabajo (2018). "Guía para la instalación y funcionamiento de salas de lactancia. Fomento de una cultura de lactancia materna en los centros de trabajo". Recuperado en junio de 2023, de: <https://www.gob.mx/stps/documentos/guia-para-la-instalación-y-funcionamiento-de-salas-de-lactancia>

La capacitación deberá cumplir, idealmente, una duración de al menos 20 horas que podrán ser impartidas en diferentes sesiones. El número de personas a capacitar dependerá del nivel de atención del establecimiento de salud, de la plantilla de personal de la unidad y del avance en la implementación de mecanismos incluyentes (básicos, intermedios u óptimos).

La impartición del curso a implementar debe ser por personal experto en la temática; por lo que, se sugiere acudir a instituciones que atiendan población con discapacidad auditiva o población de pueblos originarios, con la finalidad de conseguir a docentes que tengan familiaridad con los temas.

El objetivo de todas las capacitaciones especializadas es que el personal de salud cuente con elementos teóricos y prácticos para brindar una atención a población con características específicas y necesidades particulares.



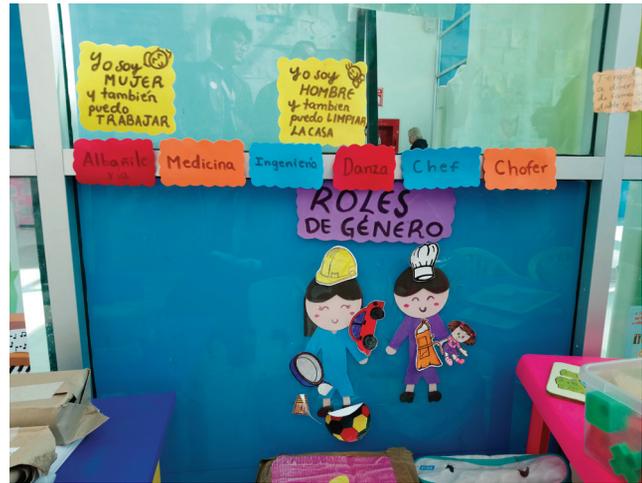
Capacitaciones en Lengua de Señas Mexicanas dirigidas al personal de salud

Centro de Entretenimiento Infantil (CEI): La unidad o establecimiento de salud deberá considerar la implementación y funcionamiento del Centro de Entretenimiento Infantil (CEI). Este espacio lúdico y de aprendizaje atenderá a las niñas y niños que acompañan a las personas que asisten a solicitar un servicio de salud (consulta médica, estudios de laboratorio, trámite administrativo o algún otro). El CEI tendrá que estar a cargo de personal especializado en las siguientes áreas: Puericultura, Psicología, Pedagogía, Educación Preescolar y Escolar, entre otras. Sus actividades recibirán supervisión y retroalimentación por las personas enlaces de género y a su vez a las encargadas o asignadas de cada entidad federativa.

Durante la permanencia de las niñas y niños en ese espacio, desarrollarán actividades enfocadas al respeto de los derechos humanos, la no violencia, la igualdad entre personas, promoción de los hábitos saludables, participación igualitaria en las actividades del cuidado del hogar, entre otros temas; los cuales se abordarán desde la igualdad de género, la no discriminación y la pertinencia cultural.

El enfoque de igualdad de género que se plantea en los temas de las actividades a desarrollar en los CEI permite fomentar en las y los infantes una conciencia de respeto hacia los derechos humanos de todas las personas, así como en el autocuidado de la salud, entre otras temáticas de promoción de la salud.

El objetivo es que las mujeres usuarias, principalmente, puedan atender su salud, sin la preocupación del cuidado de sus hijas e hijos.



Personas usuarias de los Centros de Entretenimiento Infantil (CEI), ubicados en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán y en el Centro de Salud No. 1 Dr. Carlos León de la Peña en Durango, Durango.

Accesibilidad física: Es fundamental que la unidad busque eliminar barreras físicas que limiten u obstaculicen el libre desplazamiento de las personas, con especial atención en personas con discapacidad. A largo plazo, se requiere considerar la realización de cambios en la infraestructura y/o ajustes razonables; sin embargo, en el corto y mediano plazo, es posible realizar cambios, ajustes o adquisiciones que contribuyan a este objetivo. Tales como:

- Rampa portátil para silla de ruedas que servirá para poder movilizarse dentro de la unidad (aunque en ella existan escalones o desniveles). Para su uso, el personal de primer contacto tendrá que identificar a la población que pudiera verse beneficiada por la rampa y, entonces, desde la entrada principal brindarles a las personas con discapacidad motriz el equipo.

Tomando en cuenta lo anterior, cada unidad deberá identificar si existe algún otro instrumento/equipo (ej: silla de ruedas, bastones, muletas, etc.) que mejore el acceso de personas con discapacidad motriz en el establecimiento de salud.

Por otro lado, es importante la señalización adecuada para facilitar el desplazamiento seguro en la unidad, mediante:

- Señaléticas en braille y altorrelieve, colocadas a una altura accesible para una persona sentada, de pie o en movimiento y libre de obstáculos.
- Guías táctiles que dirijan hacia los principales servicios de la unidad o marquen las zonas de alto riesgo, lo que permitirá el desplazamiento seguro de personas con discapacidad visual y/o baja visión, ya que pueden sentir el relieve con el pie o un bastón.

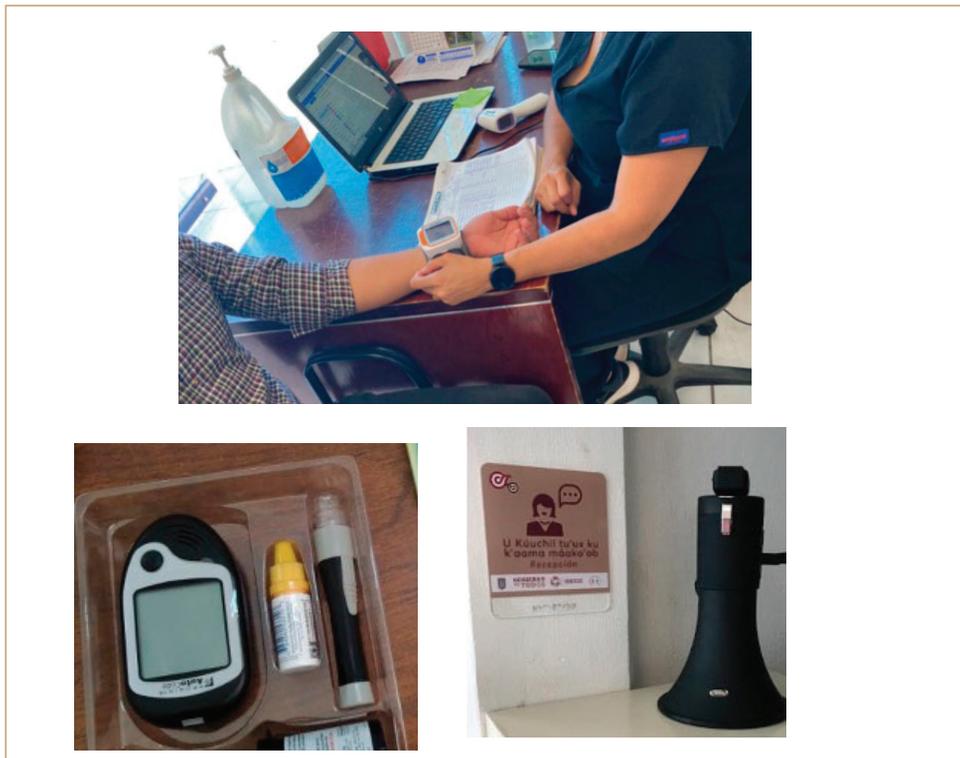
Nota: Se recomienda que las señaléticas en español también muestren su traducción a la lengua indígena imperante en la región, pictogramas y alto contraste.



Comunicación iconográfica e infraestructura incluyente en unidad de salud

Accesibilidad administrativa¹¹. Contribuir a mejorar la calidad de la atención con la gestión y adquisición de *instrumental, equipo o aparatos médicos* dirigidos a personas con discapacidad, como:

- Termómetro, glucómetro, baumanómetro y otros instrumentos parlantes para atender a personas con debilidad o discapacidad visual. Esta acción afirmativa permite que personas mayores o personas con discapacidad y/o baja visión ejerzan su derecho a la salud al escuchar y tener certeza de sus mediciones (desde la toma de signos vitales). Esta certidumbre empodera a la población objetivo y les brinda una atención diferenciada en favor de sus necesidades.
- Lupa mecánica o electrónica con cámara para visión lejana que contribuye a leer fácilmente las instrucciones que vienen en las cajas de medicamentos o bien a leer la receta o recomendaciones médicas. Las lupas deben estar ubicadas en espacios comunes o bien en cada consultorio, a fin de mejorar el entendimiento del tratamiento a seguir y a abonar a la autonomía en salud de cada persona.
- Megáfonos, amplificadores de sonido, bocinas u otro aparato para personas con debilidad auditiva y/o personas mayores que acuden a servicios médicos o de salud. Se deben ubicar en espacios amplios como las salas de espera y utilizarlos para dar información o llamar a turno; con ello se busca que todas las personas dentro del establecimiento de salud conozcan los avisos por parte del personal de salud que labora en la unidad.



Megáfono, glucómetro y baumanómetro parlante en unidad de salud

¹¹ Ver más en: Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, (2007). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones, XIV, 201-209.

En este mismo sentido, se deberán implementar otros mecanismos que faciliten el acceso a los servicios, considerando otros tipos de discapacidades, así como la disponibilidad de horario de la población usuaria, por ejemplo:

- Diseñar e implementar formatos de lectura fácil

La lectura fácil* es una herramienta para hacer accesible la información escrita, partiendo del reconocimiento de que hay personas con dificultades para la comprensión lectora; por lo cual, este instrumento tiene el objetivo principal de asegurarles el acceso a la información para garantizar la toma de decisiones informada y su participación con la sociedad en igualdad de condiciones que las demás personas (García Muñoz, O. 2012) (Nomura, M., Skat Nielsen, G. y Tronbacke, B. 2012).

Si bien el público meta son las personas con discapacidad intelectual, con estos formatos de lectura fácil se puede beneficiar a un grupo de personas muy amplio que, por diferentes motivos, tienen dificultades para comprender la información escrita; por ejemplo, personas con bajo nivel de alfabetización o cuya lengua materna sea distinta a la lengua predominante del lugar donde viven (Freyhoff, G., et al. 1998).

También se pueden considerar macrotipos, escritura Braille y formatos de alto contraste.

- Horarios ampliados para atención de población usuaria

Con la finalidad de garantizar el derecho a la salud, se propone ampliar los horarios de servicio en unidades médicas. Con esta acción se brinda atención a personas que trabajan o tienen otras obligaciones en los horarios cotidianos y se garantiza el derecho a la salud, así como se eficientiza el uso de los servicios de urgencias, al dar solución al malestar de consultantes que no requieren de un servicio especializado en un consultorio de medicina general.

Accesibilidad cultural: Es necesario, que los servicios de salud cuenten con mecanismos de comunicación pertinentes culturalmente a la región en la que se encuentran, por ejemplo:

- Información de salud dirigida a población indígena

Con el fin de reconocer las particularidades y necesidades de accesibilidad de las poblaciones indígenas, para lograr su acceso efectivo a los servicios de salud, se sugiere que la elaboración y difusión de información sobre salud se realice a través de materiales didácticos e informativos en español, en las lenguas indígenas en uso y variantes lingüísticas, dentro de la región o comunidad donde se difundan.

Para lo cual, se invita a considerar los canales de comunicación que usan predominantemente estas poblaciones (Sistema de Radiodifusoras Culturales Indigenistas (SRCI), perifoneo, sistemas de televisión y radio públicos de todas las entidades del país, etc.).

Así mismo, se recomienda contar con rutas claras para la gestión de intérpretes y traductores, para que la población reciba el servicio de salud en su lengua originaria de manera óptima.

*Para mayor información sobre el diseño y elaboración de formatos de lectura fácil se sugiere revisar la "Guía sobre buenas prácticas para formatos de información y comunicación accesibles" de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2021-06/Guia_Buenas_Practicas.pdf

- Señalética hospitalaria en lengua indígena

Cuando la naturaleza sociocultural donde se localice el centro de salud lo requiera, se insta a colocar iconografía hospitalaria y/o señalización en la lengua indígena predominante de la región para guiar y orientar visualmente a la población que acude a la unidad.



Letreros en Lengua Indígena Otomí

- Contar con personas intérpretes y/o traductoras en temas de salud

Con la finalidad de disminuir las barreras lingüísticas en temas de salud, las personas intérpretes forman parte crucial de los servicios de salud, sobre todo, en aquellos con gran afluencia de población indígena. Estas figuras se convierten en el puente entre profesionales de la salud y población usuaria; sin quien interprete, la población no podría recibir el cuidado y la atención a la salud con calidad. Las personas intérpretes sirven como agente cultural y velan por los derechos de la población indígena (Sánchez-Torres, D.A. 2015).

4 Atención centrada en la persona



Es la forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de individuos, personas cuidadoras, familias y comunidades; así como de partícipes y quienes se benefician de los sistemas de salud. Esta atención no se organiza primordialmente en función de enfermedades concretas sino de las necesidades integrales de la persona y el respeto a las preferencias sociales.

La atención centrada en la persona exige también la recepción de la información y el apoyo necesario para la toma de decisiones y la participación activa en su propia atención; asimismo, pretende que las personas cuidadoras estén en condiciones de rendir al máximo, dentro de un entorno de trabajo favorable.

Este tipo de atención, a diferencia de la centrada en el paciente, trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la función crucial que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud (Asamblea Mundial de la Salud, 69, 2016).

A continuación, se enuncian los componentes esenciales de esta dimensión:

1. Corresponsabilizar y hacer partícipe a las personas usuarias y a la comunidad.
2. Fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas.
3. Coordinar los servicios entre los sectores y dentro de ellos.
4. Crear condiciones propicias en los establecimientos de salud.

Descripción de acciones puntuales

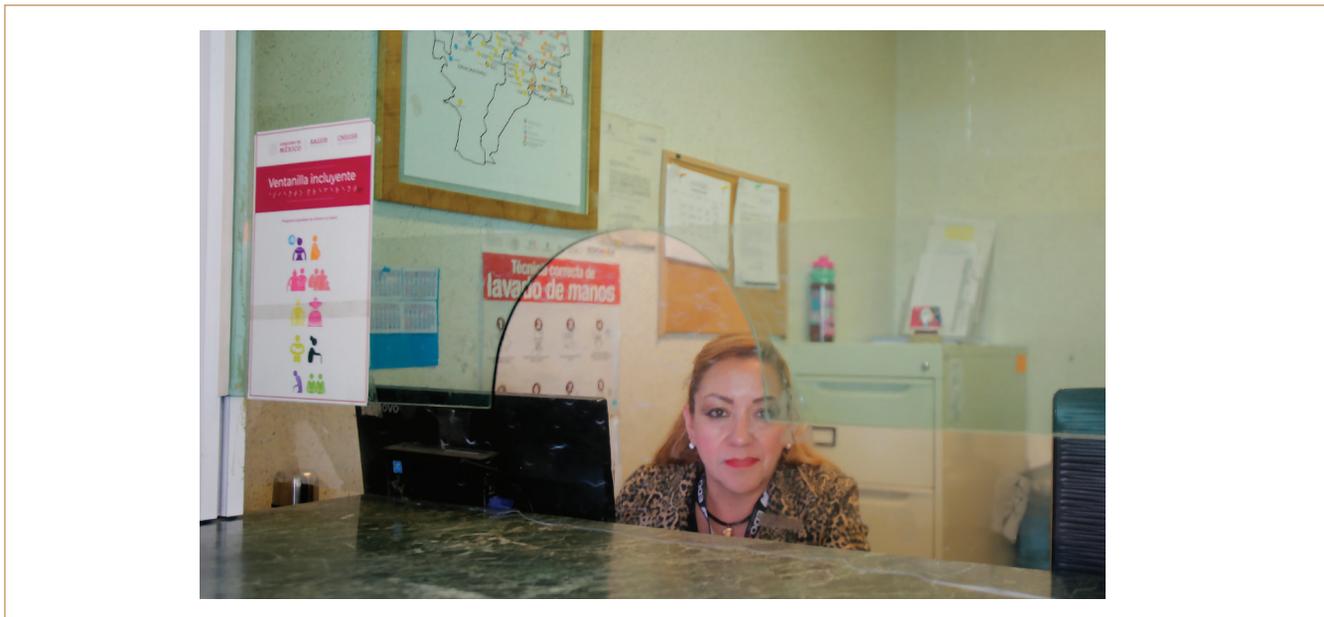
Ventanilla Incluyente/Turnos preferentes: Esta acción corresponde a la instalación o reasignación de una o más ventanillas -denominadas ventanillas incluyentes- en unidades de salud para la atención prioritaria y preferente de personas embarazadas, personas con discapacidad, personas mayores y/o en condición de vulnerabilidad, a fin de que no tengan que permanecer formadas o esperando el mismo o más tiempo que el resto de las personas usuarias.

Estos espacios podrán instalarse en el área clínica y/o administrativa; de igual forma, deberán contar con la señalización accesible para toda la población usuaria. En este sentido, se recomienda que el apoyo dado en las mismas, pueda contar con personal capacitado en Lengua de Señas Mexicana y en la lengua indígena predominante de la región.

Es importante señalar que esta infraestructura no tendrá que ser utilizada por todas las personas usuarias de manera indiscriminada, únicamente deberá ser dirigida hacia grupos prioritarios.

El registro de uso de estas ventanillas deberá ser sistematizado y categorizado para describir con precisión todos los grupos poblacionales usuarios de las mismas; a fin de comprender las características particulares de una población y para generar información valiosa para la toma de decisiones en tiempo real.

El número de ventanillas instaladas que brinden turnos preferentes dependerá del nivel de atención del establecimiento de salud y del avance en la implementación de mecanismos incluyentes (básicos, intermedios u óptimos).



Ventanilla incluyente

Mobiliario preferente ergonómico y/o rotulado instalado en zona reservada: En la sala de espera de las unidades o establecimientos de atención a la salud, tendrán que colocar y disponer de sillas ergonómicas o asientos preferentes exclusivos para poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad. Este mobiliario deberá estar rotulado de forma simple, clara y accesible, especificando la población a la que va dirigido (personas con discapacidad, personas mayores y/o personas embarazadas).

En cuanto a las zonas reservadas o espacios asignados, éstas serán destinadas para personas que, por su condición, requieren de equipo médico y ayudas técnicas para alguna discapacidad,

ortopedia o rehabilitación (silla de ruedas, muletas, andaderas, bastones, etc.); así como para otras deficiencias motoras, auditivas, visuales, intelectuales y mentales/psicosociales. Para su implementación, el lugar deberá ser delimitado por cinta adhesiva de marcado/advertencia/precaución y se indicará, mediante iconografías sobre la población en condición de vulnerabilidad para la que esté reservada.

El objetivo del mobiliario o zonas preferentes, es priorizar el uso de estos espacios para las personas con mayor necesidad, las cuales dependerán del nivel de atención del establecimiento de salud y del avance en la implementación de mecanismos incluyentes (básicos, intermedios u óptimos).



Asientos preferentes en unidad de salud

Comunicación externa incluyente y no sexista: La unidad o establecimiento de salud tendrá que elaborar material de difusión de campañas de salud, folletos, trípticos y cualquier material informativo hacia la población usuaria haciendo uso de imágenes y lenguaje incluyente no sexista, con pertinencia cultural e inclusión. Es necesario considerar, en zonas cuya naturaleza sociocultural lo requiera, la adaptación de material de difusión en lengua indígena de la región.

El objetivo es implementar en todas las comunicaciones dirigidas a la población usuaria, el lenguaje incluyente, no sexista y accesible, así como la pertinencia cultural.



Material de difusión realizado con comunicación incluyente.

6.2 Implementación y operación

La operativización de las dimensiones, componentes esenciales y acciones puntuales del Modelo de Atención a la Salud con Mecanismos Incluyentes se logra implementar de acuerdo a las diferentes estructuras y categorías del Sistema Nacional de Salud.

Las unidades o establecimientos de salud, al ser tan heterogéneos, presentan recursos y capacidades distintas; por lo que, se propone la división por nivel de atención y, a su vez, grado de avance. Lo anterior, con el objetivo de que se inicie con la implementación de acciones básicas hasta lograr las características óptimas.

En consecuencia, es fundamental identificar las características para la ejecución de mecanismos incluyentes integrales, a través de una semaforización.

6.3 Semaforización (Nivelación de unidades)

La instalación del MoASMI dentro de las unidades médicas se ha trazado de manera progresiva; de forma que, se inicia su aplicación con acciones puntuales consideradas básicas y se avanza mediante gestiones necesarias hasta llegar a un estado óptimo. Para ello, se han dispuesto tres grados de avance que delimitan a cada unidad de salud como: básica, intermedia y óptima.

Estos grados, que abarcan las cuatro dimensiones propuestas, describen las acciones y características de las mismas, según nivel de atención y adelanto:

Grado de avance	
	Básica
	Intermedia
	Ideal u Óptima

Nota importante:

La presente semaforización NO es aplicable para:

- Casas de salud, con 1 promotor/a de salud
- Centros de salud, de 1-2 núcleos básicos

Lo anterior debido a que los parámetros establecidos en cada dimensión y los grados de avance, requieren de una capacidad instalada mayor.

En dichas unidades de salud se deberán impulsar actividades relacionadas principalmente a las dimensiones de:

1. Gestión de la salud pública incluyente (al menos, difusión)
2. Organización de los servicios de salud con perspectiva de género, inclusión y pertinencia cultural (al menos, capacitación)

El avance en estas unidades debe ser progresivo y se puede ajustar a los recursos humanos, materiales y financieros del propio establecimiento de salud

Unidades de primer nivel de atención:

Guía de acciones puntuales por nivel de atención y dimensión del MoASMI				
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN				
No.	Dimensión	Básica	Intermedia	Ideal u Óptima
1	Gestión de la salud pública incluyente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar presupuesto para la implementación del MoASMI 2. Implementar continuamente talleres dirigidos a población usuaria, priorizando a grupos en condición de vulnerabilidad y sus necesidades específicas 3. Difundir en salas de espera materiales con perspectiva de género en formato accesible de manera continua e ininterrumpida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar presupuesto para la implementación del MoASMI 2. Implementar continuamente talleres dirigidos a población usuaria, priorizando a grupos en condición de vulnerabilidad y sus necesidades específicas 3. Difundir materiales con perspectiva de género en formato accesible en salas de espera, pasillos y en el 50% de los consultorios de la unidad de manera continua e ininterrumpida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar presupuesto para la implementación del MoASMI 2. Contar con grupos de ayuda mutua 3. Implementar continua e ininterrumpidamente talleres dirigidos a población usuaria, considerando grupos en condición de vulnerabilidad y sus necesidades específicas 4. Difundir materiales con perspectiva de género en formato accesible en salas de espera, pasillos, exteriores y en el 100% de los consultorios de la unidad de manera continua e ininterrumpida

No.	Dimensión	Básica	Intermedia	Ideal u Óptima
2	Organización de los servicios de salud con perspectiva de género, inclusión y pertinencia cultural	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar* por lo menos al 41-60% de la plantilla del personal total de la unidad, considerando todas las distintas áreas y servicios (personal de salud, intendencia, seguridad, etc), en temas de igualdad, no discriminación e inclusión 2. Designar a una persona responsable de gestionar, implementar y promover los mecanismos incluyentes en la unidad 3. Elaborar el total de documentos dirigidos al personal que labora en la unidad con información que visibilice datos desagregados por sexo, comunicación e imágenes no sexistas, incluyentes y accesibles (considerando las diversas condiciones de vulnerabilidad) 4. Capacitar* de manera continua al personal de todas las áreas en cultura institucional para la igualdad laboral 5. Difundir campañas o materiales en formato accesible sobre corresponsabilidad entre vida personal y laboral, prevención del hostigamiento y acoso sexual, Convenio 190-OIT, NMX 025, NOM 035, difusión de rutas de atención para casos de hostigamiento y acoso sexual, entre otros temas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar* por lo menos al 61-80% de la plantilla del personal total de la unidad, considerando todas las distintas áreas y servicios (personal de salud, intendencia, seguridad, etc.), en temas de igualdad, no discriminación e inclusión 2. Designar a una persona responsable de gestionar, implementar y promover los mecanismos incluyentes en la unidad 3. Elaborar el total de documentos dirigidos al personal que labora en la unidad con información que visibilice datos desagregados por sexo, comunicación e imágenes no sexistas, incluyentes y accesibles (considerando las diversas condiciones de vulnerabilidad) 4. Contar con formatos de registro de consulta, hojas diarias de registro, etc. desagregados por sexo, edad, tipo de discapacidad, origen étnico, etc 5. Difundir de manera continua la licencia de paternidad a todo el personal de la unidad. 6. Difundir la ruta de atención para casos de HyAS 7. Colocar buzones de quejas y/o denuncias para casos de hostigamiento y acoso sexual 8. Contar con sala de lactancia para personas usuarias y trabajadoras 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar* al 81-100% de la plantilla del personal total de la unidad, considerando todas las distintas áreas y servicios (personal de salud, intendencia, seguridad, etc.), en temas de igualdad, no discriminación e inclusión 2. Designar a un equipo responsable de gestionar, implementar y promover los mecanismos incluyentes en la unidad 3. Elaborar el total de documentos dirigidos al personal que labora en la unidad con información que visibilice datos desagregados por sexo, comunicación e imágenes no sexistas, incluyentes y accesibles (considerando las diversas condiciones de vulnerabilidad) 4. Contar con el total de formatos de registro de consulta, hojas diarias de registro, etc. desagregados por sexo, edad, tipo de discapacidad, origen étnico, etc 5. Contar con letreros/placas/ señaléticas incluyentes. 6. Brindar seguimiento a casos y denuncias por hostigamiento y acoso sexual 7. Registrar número de licencias de paternidad otorgadas a personal de la unidad 8. Contar con grupo o comité de trabajo que atienda casos de hostigamiento y acoso sexual en la unidad 9. Implementar el Protocolo de Atención, Prevención y Sanción del Hostigamiento y Acoso Sexual de los Servicios Estatales de Salud correspondientes o, en su caso, el protocolo estatal aplicable

No.	Dimensión	Básica	Intermedia	Ideal u Óptima
3	Acceso efectivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover y gestionar la capacitación especializada (Lengua de Señas Mexicana y lengua indígena predominante de la región, aplicadas a salud) 2. Gestionar la implementación de un Centro de Entretenimiento Infantil (CEI) 3. Contar con mecanismos y señalización que faciliten el libre desplazamiento de las personas con discapacidad, al menos en la entrada 4. Gestionar la adquisición de instrumental, equipo o aparatos médicos dirigidos a personas con discapacidad 5. Difundir materiales didácticos e informativos en lenguas indígenas y variantes lingüísticas en formato accesible 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contar con 25% del personal capacitado en temas especializados 2. Gestionar la implementación de un Centro de Entretenimiento Infantil (CEI) 3. Contar con mecanismos y señalización que faciliten el libre desplazamiento de las personas con discapacidad, en la entrada y dentro de la unidad 4. Contar con instrumental, equipo o aparatos médicos dirigidos a personas con discapacidad en el 50% de los consultorios 5. Difundir materiales didácticos e informativos en lenguas indígenas y variantes lingüísticas en formato accesible 6. Contar con versión en lengua indígena o pictograma en el 50% de las señalizaciones hospitalarias 7. Contar con versión en braille en el 50% de las señalizaciones hospitalarias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contar con 50% del personal capacitado en temas especializados. 2. Instalar, al menos, un Centro de Entretenimiento Infantil (CEI) 3. Contar con la unidad completamente accesible para el libre desplazamiento de las personas con discapacidad 4. Contar con instrumental, equipo o aparatos médicos dirigidos a personas con discapacidad en el 100% de los consultorios 5. Difundir materiales didácticos e informativos en lenguas indígenas y variantes lingüísticas en formato accesible 6. Contar con versión en lengua indígena o pictograma en el 100% de las señalizaciones hospitalarias 7. Contar con versión en braille en el 100% de las señalizaciones hospitalarias

No.	Dimensión	Básica	Intermedia	Ideal u Óptima
4	Atención centrada en la persona	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operar, al menos, una ventanilla incluyente o implementar turnos preferentes en área clínica o en administrativa 2. Instalar mobiliario preferente o reservado en, al menos, un área de la unidad. Por ejemplo, sala de espera 3. Contar con material dirigido a la población usuaria, elaborado con lenguaje incluyente y no sexista en formato accesible 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operar, al menos, dos ventanillas incluyentes o implementar turnos preferentes en área clínica o administrativa 2. Instalar mobiliario preferente o reservado en, al menos, un área de la unidad. Por ejemplo, sala de espera 3. Contar con material dirigido a la población usuaria, elaborado con lenguaje incluyente y no sexista en formato accesible 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operar, al menos, dos ventanillas incluyentes o implementar turnos preferentes en área clínica o administrativa 2. Instalar mobiliario preferente o reservado en, al menos, un área de la unidad. Por ejemplo, sala de espera 3. Contar con todo el material dirigido a la población usuaria, elaborado con lenguaje incluyente y no sexista en formato accesible
* Implementar los procesos de capacitación, de manera continua, de tal forma que no afecte la rotación de personal, o incluirlos en los procesos de inducción para el personal de nuevo ingreso.				

Unidades de segundo nivel de atención:

Guía de acciones puntuales por nivel de atención y dimensión del MoASMI				
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN				
No.	Dimensión	Básica	Intermedia	Ideal u Óptima
1	Gestión de la Salud Pública incluyente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar presupuesto para la implementación del MoASMI 2. Implementar continuamente talleres dirigidos a población usuaria, priorizando a grupos en condición de vulnerabilidad y sus necesidades específicas 3. Difundir en salas de espera materiales con perspectiva de género en formato accesible de manera continua e ininterrumpida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar presupuesto para la implementación del MoASMI 2. Implementar continuamente talleres dirigidos a población usuaria, priorizando a grupos en condición de vulnerabilidad y sus necesidades específicas 3. Difundir materiales con perspectiva de género en formato accesible en salas de espera, pasillos y en el 50% de los consultorios de la unidad de manera continua e ininterrumpida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar presupuesto para la implementación del MoASMI. 2. Contar con grupos de ayuda mutua 3. Implementar continua e ininterrumpidamente talleres dirigidos a población usuaria, priorizando grupos en condición de vulnerabilidad y sus necesidades específicas 4. Difundir materiales con perspectiva de género en formato accesible en salas de espera, pasillos, exteriores y en el 100% de los consultorios de la unidad de manera continua e ininterrumpida

No.	Dimensión	Básica	Intermedia	Ideal u Óptima
2	Organización de los servicios de salud con perspectiva de género, inclusión y pertinencia cultural	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar* por lo menos al 36-55% de la plantilla del personal total de la unidad, considerando todas las distintas áreas y servicios (personal de salud, intendencia, seguridad, etc.), en temas de igualdad, no discriminación e inclusión 2. Designar a una persona responsable de gestionar, implementar y promover los mecanismos incluyentes en la unidad 3. Elaborar el total de documentos dirigidos al personal que labora en la unidad con información que visibilice datos desagregados por sexo, comunicación e imágenes no sexistas, incluyentes y accesibles (considerando las diversas condiciones de vulnerabilidad) 4. Capacitar* de manera continua al personal de todas las áreas en cultura institucional para la igualdad laboral 5. Difundir campañas o materiales sobre corresponsabilidad entre vida personal y laboral, prevención del hostigamiento y acoso sexual, Convenio 190-OIT, NOM 025, NOM 035, difusión de rutas de atención para casos de hostigamiento y acoso sexual, entre otros temas, en formato accesible 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar* por lo menos al 56-75% de la plantilla del personal total de la unidad, considerando todas las distintas áreas y servicios (personal de salud, intendencia, seguridad, etc.), en temas de igualdad, no discriminación e inclusión 2. Designar a una persona responsable de gestionar, implementar y promover los mecanismos incluyentes en la unidad 3. Elaborar el total de documentos dirigidos al personal que labora en la unidad con información que visibilice datos desagregados por sexo, comunicación e imágenes no sexistas, incluyentes y accesibles (considerando las diversas condiciones de vulnerabilidad) 4. Contar con formatos de registro de consulta, hojas diarias de registro, etc. desagregados por sexo, edad, tipo de discapacidad, origen étnico, etc 5. Difundir de manera continua la licencia de paternidad a todo el personal de la unidad 6. Difundir ruta de atención para casos de hostigamiento y acoso sexual 7. Colocar buzones de quejas y/o denuncias para casos de hostigamiento y acoso sexual 8. Contar con sala de lactancia para personas usuarias y trabajadoras 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar* al 76-95% de la plantilla del personal total de la unidad, considerando todas las distintas áreas y servicios (personal de salud, intendencia, seguridad, etc.), en temas de igualdad, no discriminación e inclusión 2. Designar a un equipo responsable de gestionar, implementar y promover los mecanismos incluyentes en la unidad 3. Elaborar el total de documentos dirigidos al personal que labora en la unidad con información que visibilice datos desagregados por sexo, comunicación e imágenes no sexistas, incluyentes y accesibles (considerando las diversas condiciones de vulnerabilidad) 4. Contar con el total de formatos de registro de consulta, hojas diarias de registro, etc. desagregados por sexo, edad, tipo de discapacidad, origen étnico, etc 5. Contar con letreros/placas/ señaléticas incluyentes y accesibles 6. Brindar seguimiento a casos y denuncias por hostigamiento y acoso sexual 7. Registrar número de licencias de paternidad otorgada a personal de la unidad 8. Contar con grupo o comité de trabajo que atienda casos de hostigamiento y acoso sexual en la unidad 9. Implementar Protocolo de Atención, Prevención y Sanción del Hostigamiento y Acoso Sexual de los Servicios Estatales de Salud correspondientes o, en su caso, el protocolo estatal 10. Contar con un Pronunciamiento de Cero Tolerancia al Hostigamiento y Acoso Sexual, por parte de la persona titular de la unidad 11. Aplicar instrumento que permita detectar la conformación laboral de la unidad o centro de salud

No.	Dimensión	Básica	Intermedia	Ideal u Óptima
3	Acceso efectivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover y gestionar la capacitación especializada 2. Gestionar la implementación de un Centro de Entretenimiento Infantil(CEI) 3. Contar con mecanismos y señalización que faciliten el libre desplazamiento de las personas con discapacidad, al menos en la entrada 4. Gestionar la adquisición de instrumental, equipo o aparatos médicos dirigidos a personas con discapacidad 5. Difundir materiales didácticos e informativos en lenguas indígenas y variantes lingüísticas en formato accesible 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contar con 25% del personal capacitado en temas especializados 2. Gestionar la implementación de un Centro de Entretenimiento Infantil (CEI) 3. Contar con mecanismos y señalización que faciliten el libre desplazamiento de las personas con discapacidad, en la entrada y dentro de la unidad 4. Contar con instrumental, equipo o aparatos médicos dirigidos a personas con discapacidad en el 50% de los consultorios 5. Difundir materiales didácticos e informativos en lenguas indígenas y variantes lingüísticas en formato accesible 6. Contar con versión en lengua indígena o pictograma en el 50% de las señalizaciones hospitalarias 7. Contar con versión en braille en el 50% de las señalizaciones hospitalarias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contar con 50% del personal capacitado en temas especializados 2. Instalar, por lo menos, un Centro de Entretenimiento Infantil (CEI) 3. Contar con la unidad completamente accesible para el libre desplazamiento de las personas con discapacidad 4. Contar con instrumental, equipo o aparatos médicos dirigidos a personas con discapacidad en el 100% de los consultorios 5. Difundir materiales didácticos e informativos en lenguas indígenas y variantes lingüísticas en formato accesible 6. Contar con versión en lengua indígena o pictograma en el 100% de las señalizaciones hospitalarias 7. Contar con versión en braille en el 100% de las señalizaciones hospitalarias
4	Atención centrada en la persona	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operar, al menos, una ventanilla incluyente o implementar turnos preferentes en área clínica o administrativa 2. Instalar mobiliario preferente o reservado en, al menos, un área de la unidad. Por ejemplo, sala de espera 3. Contar con material dirigido a la población usuaria, elaborado con lenguaje incluyente y no sexista en formato accesible 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operar, al menos, dos ventanillas incluyentes o implementar turnos preferentes en área clínica o administrativa 2. Instalar mobiliario preferente, o reservado en, al menos, un área de la unidad. Por ejemplo, sala de espera 3. Contar con material dirigido a la población usuaria, elaborado con lenguaje incluyente y no sexista en formato accesible 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operar, al menos, dos ventanillas incluyentes o implementar turnos preferentes en área clínica o administrativa 2. Instalar mobiliario preferente o reservado en, al menos, un área de la unidad. Por ejemplo, sala de espera 3. Contar con todo el material dirigido a la población usuaria, elaborado con lenguaje incluyente y no sexista en formato accesible

*Implementar los procesos de capacitación, de manera continua, de tal forma que no afecte la rotación de personal, o incluirlos en los procesos de inducción para el personal de nuevo ingreso.

Unidades de tercer nivel de atención:

Guía de acciones puntuales por nivel de atención y dimensión del MoASMI				
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN				
No.	Dimensión	Básica	Intermedia	Ideal u Óptima
1	Gestión de la Salud Pública incluyente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar presupuesto para la implementación del MoASMI 2. Implementar continuamente talleres dirigidos a población usuaria, priorizando a grupos en condición de vulnerabilidad y sus necesidades específicas 3. Difundir en salas de espera materiales con perspectiva de género en formato accesible de manera continua e ininterrumpida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar presupuesto para la implementación del MoASMI 2. Implementar continuamente talleres dirigidos a población usuaria, priorizando a grupos en condición de vulnerabilidad y sus necesidades específicas 3. Difundir materiales con perspectiva de género en formato accesible en salas de espera, pasillos y en el 50% de los consultorios de la unidad de manera continua e ininterrumpida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar presupuesto para la implementación del MoASMI 2. Contar con grupos de ayuda mutua 3. Implementar continua e ininterrumpidamente talleres dirigidos a población usuaria, considerando grupos en condición de vulnerabilidad y sus necesidades específicas 4. Difundir materiales con perspectiva de género en formato accesible en salas de espera, pasillos, exteriores y en el 100% de los consultorios de la unidad de manera continua e ininterrumpida

No.	Dimensión	Básica	Intermedia	Ideal u Óptima
2	Organización de los servicios de salud con perspectiva de género, inclusión y pertinencia cultural	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar* por lo menos al 31-50% de la plantilla del personal total de la unidad, considerando todas las distintas áreas y servicios (personal de salud, intendencia, seguridad, etc.), en temas de igualdad, no discriminación e inclusión 2. Designar a una persona responsable de gestionar, implementar y promover los mecanismos incluyentes en la unidad 3. Elaborar el total de documentos dirigidos al personal que labora en la unidad con información que visibilice datos desagregados por sexo, comunicación e imágenes no sexistas, incluyentes y accesibles (considerando las diversas condiciones de vulnerabilidad) 4. Capacitar* de manera continua al personal de todas las áreas en cultura institucional para la igualdad laboral 5. Difundir campañas o materiales sobre corresponsabilidad entre vida personal y laboral, prevención del hostigamiento y acoso sexual, Convenio 190-OIT, NOM 025, NOM 035, difusión de rutas de atención para casos de hostigamiento y acoso sexual, entre otros temas en formato accesible 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar* por lo menos al 51-70% de la plantilla del personal total de la unidad, considerando todas las distintas áreas y servicios (personal de salud, intendencia, seguridad, etc.), en temas de igualdad, no discriminación e inclusión 2. Designar a una persona responsable de gestionar, implementar y promover los mecanismos incluyentes en la unidad 3. Elaborar el total de documentos dirigidos al personal que labora en la unidad con información que visibilice datos desagregados por sexo, comunicación e imágenes no sexistas, incluyentes y accesibles (considerando las diversas condiciones de vulnerabilidad) 4. Contar con formatos de registro de consulta, hojas diarias de registro, etc. desagregados por sexo, edad, tipo de discapacidad, origen étnico, etc 5. Difundir de manera continua la licencia de paternidad a todo el personal de la unidad 6. Difundir ruta de atención para casos de HyAS 7. Colocar buzones de quejas y/o denuncias para casos de hostigamiento y acoso sexual 8. Contar con sala de lactancia para personas usuarias y trabajadoras 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar* al 71-90% de la plantilla del personal total de la unidad, considerando todas las distintas áreas y servicios (personal de salud, intendencia, seguridad, etc.), en temas de igualdad, no discriminación e inclusión 2. Designar a un equipo responsable de gestionar, implementar y promover los mecanismos incluyentes en la unidad 3. Elaborar el total de documentos dirigidos al personal que labora en la unidad con información que visibilice datos desagregados por sexo, comunicación e imágenes no sexistas, incluyentes y accesibles (considerando las diversas condiciones de vulnerabilidad) 4. Contar con el total de formatos de registro de consulta, hojas diarias de registro, etc. desagregados por sexo, edad, tipo de discapacidad, origen étnico, etc 5. Contar con letreros/placas/ señaléticas no sexistas 6. Brindar seguimiento a casos y denuncias por hostigamiento y acoso sexual 7. Registrar número de licencias de paternidad otorgada a personal de la unidad 8. Contar con un grupo o comité de trabajo que atienda casos de hostigamiento y acoso sexual en la unidad 9. Implementar Protocolo de Atención, Prevención y Sanción del Hostigamiento y Acoso Sexual de los Servicios Estatales de Salud correspondientes o, en su caso, el protocolo estatal 10. Contar con un Pronunciamiento de Cero Tolerancia al Hostigamiento y Acoso Sexual, por parte de la persona titular de la unidad 11. Aplicar un instrumento que permita detectar la conformación laboral de la unidad o centro de salud

No.	Dimensión	Básica	Intermedia	Ideal u Óptima
3	Acceso efectivo	<ol style="list-style-type: none"> Promover y gestionar la capacitación especializada Gestionar la implementación de un Centro de Entretenimiento Infantil (CEI) Contar con mecanismos y señalización que faciliten el libre desplazamiento de las personas con discapacidad, al menos en la entrada Gestionar la adquisición de instrumental, equipo o aparatos médicos dirigidos a personas con discapacidad Difundir materiales didácticos e informativos en lenguas indígenas y variantes lingüísticas en formato accesible 	<ol style="list-style-type: none"> Contar con 25% del personal capacitado en temas especializados (Lengua de Señas Mexicana y lengua indígena predominante de la región, aplicadas a salud) Gestionar la implementación de un Centro de Entretenimiento Infantil (CEI) Contar con mecanismos y señalización que faciliten el libre desplazamiento de las personas con discapacidad, en la entrada y dentro de la unidad Contar con instrumental, equipo o aparatos médicos dirigidos a personas con discapacidad en el 50% de los consultorios Difundir materiales didácticos e informativos en lenguas indígenas y variantes lingüísticas en formato accesible Contar con versión en lengua indígena o pictograma en el 50% de las señalizaciones hospitalarias Contar con versión en braille en el 50% de las señalizaciones hospitalarias 	<ol style="list-style-type: none"> Contar con 50% del personal capacitado en temas especializados (Lengua de Señas Mexicana y lengua indígena predominante de la región, aplicadas a salud) Instalar, por lo menos, un Centro de Entretenimiento Infantil (CEI) Contar con la unidad completamente accesible para el libre desplazamiento de las personas con discapacidad Contar con instrumental, equipo o aparatos médicos dirigidos a personas con discapacidad en el 100% de los consultorios Difundir materiales didácticos e informativos en lenguas indígenas y variantes lingüísticas en formato accesible Contar con versión en lengua indígena o pictograma en el 100% de las señalizaciones hospitalarias Contar con versión en braille en el 100% de las señalizaciones hospitalarias
4	Atención centrada en la persona	<ol style="list-style-type: none"> Operar, al menos, una ventanilla incluyente o implementar turnos preferentes en área clínica o administrativa Instalar mobiliario preferente o reservado en, al menos, un área de la unidad. Por ejemplo, sala de espera Contar con material dirigido a la población usuaria, elaborado con lenguaje incluyente y no sexista en formato accesible 	<ol style="list-style-type: none"> Operar, al menos, dos ventanillas incluyentes o implementar turnos preferentes en área clínica o administrativa Instalar mobiliario preferente, o reservado en, al menos, un área de la unidad. Por ejemplo, sala de espera Contar con material dirigido a la población usuaria, elaborado con lenguaje incluyente y no sexista en formato accesible 	<ol style="list-style-type: none"> Operar, al menos, dos ventanillas incluyentes o implementar turnos preferentes en área clínica o administrativa Instalar mobiliario preferente o reservado en, al menos, un área de la unidad. Por ejemplo, sala de espera Contar con todo el material dirigido a la población usuaria, elaborado con lenguaje incluyente y no sexista en formato accesible

* Implementar los procesos de capacitación, de manera continua, de tal forma que no afecte la rotación de personal, o incluirlos en los procesos de inducción para el personal de nuevo ingreso.

7. MoASMI en vinculación con el MAS Bienestar

En el marco de la transición a una cobertura universal a la salud de la población en octubre de 2022, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar). A través de éste, se busca permitir la aplicación de servicios de salud y de atención médica en las redes integradas de servicios de salud para asegurar su equidad, efectividad y eficiencia, esencialmente en las entidades federativas; e impactar, de forma esencial, en la atención primaria a la salud, física y mental, y brindar atención integral bajo los determinantes sociales y la interseccionalidad.

El presente *Modelo de Atención a la Salud con Mecanismos Incluyentes* (MoASMI) responde al objetivo principal del MAS-Bienestar y pone énfasis específicamente en los grupos de atención prioritaria para esta administración.

Por lo anterior, se resalta que el MoASMI coincide y contribuye con los cinco elementos que plantea el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar), en el que se propone una interacción múltiple considerando las intersecciones y necesidades de los diferentes grupos poblacionales en el país, para el acceso y disponibilidad de la atención a la salud plena, universal y libre de discriminación. Para mayor precisión, el siguiente esquema señala el cruce de ambos modelos para su óptima implementación.

Elementos del **Modelo de Atención a la Salud** - MAS Bienestar

Mecanismos Incluyentes USAMIS

1. Gestión de la Salud	2. Organización de los servicios	3. Acceso	4. Servicios de Atención Primaria a la Salud	5. Atención centrada en la persona y grupos
<p>5. Difusión de información sobre género, inclusión y pertinencia cultural</p> <p>16. Capacitación a personas usuarias en situación de vulnerabilidad</p>	<p>8. Comunicación interna incluyente dirigida a personal de salud</p> <p>11. Enlace de género en unidades de salud o jurisdicción</p>	<p>2. Capacitación especializada en Lengua de Señas Mexicana, dirigida a personal operativo</p> <p>3. Capacitación especializada en Lengua indígena de la región dirigida a personal operativo</p> <p>4. Capacitación especializada en Atención a personas con discapacidad, dirigida a personal operativo</p> <p>10. Centro de Entretenimiento Infantil (CEI)</p> <p>12, 13, 14 Equipo para atención de personas con discapacidad</p> <p>15. Otros mecanismos de igualdad de género, pertinencia cultural e inclusión</p> <p>17. Audiovisuales sobre derechos en salud en lengua indígena</p> <p>18, 19 Señalética hospitalaria en lengua indígena y Braille</p>	<p>1. Capacitación a personal directivo, administrativo y operativo de unidades de salud</p>	<p>6. Ventanilla Incluyente /turnos preferentes</p> <p>7. Mobiliario preferente ergonómico o rotulado</p> <p>9. Comunicación externa dirigida a población usuaria</p>

8. Evaluación y/o supervisión

La evaluación y/o supervisión es un proceso que permite identificar la eficacia y eficiencia de la implementación de acciones respecto a lo diseñado y programado. En alusión a la FESP 1. Monitoreo y Seguimiento, las unidades o establecimientos de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud que aplican el MoASMI, deben identificar constantemente el óptimo funcionamiento de las cuatro dimensiones establecidas en este modelo con el objetivo de monitorear y dar seguimiento a la implementación de acciones en materia de igualdad de género, inclusión y pertinencia cultural en salud en los diferentes niveles de atención. Al respecto, se debe contemplar un proceso de supervisión y acompañamiento a través de las siguientes etapas: a) Reuniones de planeación y gestión, b) Supervisión de dimensiones aplicadas, c) Encuesta de satisfacción. Además de asignar a una persona enlace para el seguimiento y evaluación de dichas acciones en la unidad¹².

8.1 Reuniones de planeación y gestión

La gestión y abogacía de autoridades es esencial y de suma importancia para la planeación, el acompañamiento, el desarrollo y la dirección de la puesta en marcha del MoASMI. Por ello, se requiere la organización, gestión y programación entre autoridades y figuras claves de nivel federal y de quienes conforman el cuerpo de gobierno de la unidad o establecimiento de salud, personal encargado a nivel distrital/regional/jurisdiccional en la que se ubique la unidad o establecimiento de salud.

Este trabajo colaborativo permitirá realizar de manera periódica reuniones y espacios de diálogo, que contribuyan a la identificación de compromisos interáreas, asignación de acciones e implementación integral e integrada de las acciones puntuales del MoASMI. Además de identificar, a través de una minuta de trabajo, áreas de mejora y oportunidad para lograr la eficacia y eficiencia de las acciones puntuales, con sus respectivos compromisos y responsables para cada acuerdo, con fecha de cumplimiento.

8.2 Supervisión de dimensiones aplicadas

Con relación al acompañamiento y seguimiento para identificar el estatus de aplicabilidad de las dimensiones propuestas por el MoASMI y la mejora continua de las acciones puntuales que las conforman, es fundamental que la programación de visitas sea coordinada por la persona enlace encargada para la realización de cada supervisión. La supervisión debe programarse de manera periódica, al menos una vez al año, en cada establecimiento de salud; además, tener visitas de seguimiento.

El registro de actividades implementadas y la identificación del avance, logros y limitaciones de la operatividad del MoASMI debe sistematizarse; por lo que, se requiere un formato de Cédula de Supervisión, que contenga apartados por dimensión con sus respectivos sub-apartados y así contribuir a verificar propuestas y soluciones para su mejora.

¹² Para la elección de la persona Enlace que dará seguimiento y evaluación de las acciones del MoASMI, es idóneo que cuente con un nivel de toma de decisión dentro de la unidad o establecimiento de salud. En algunos casos se han contemplado personas directivas de las áreas de calidad, enseñanza y enfermería; sin embargo, cada unidad asignará a la figura que considere óptima para los fines perseguidos.

El personal que llevará a cabo la supervisión y monitoreo tendrá la figura de persona/enlace asignado en la unidad o establecimiento de salud en cuestión. Quien tenga este rol deberá conocer y tener familiaridad con los mecanismos incluyentes a verificar; además de tener sensibilización en temas relacionados con igualdad de género, inclusión y pertinencia cultural en salud; así como, conocer la cédula a aplicar y dar seguimiento a las acciones puntuales y compromisos establecidos.

a) Apartados de supervisión

Los apartados a considerar en la cédula de supervisión deben corresponder a las dimensiones del MoASMI anteriormente señaladas: I. Gestión de la Salud Pública Incluyente, II. Organización de los servicios de salud con perspectiva de género, inclusión y pertinencia cultural, III. Acceso efectivo y IV. Atención centrada en la persona.

Para supervisar *la dimensión I. Gestión de la Salud Pública Incluyente*, se requerirá verificar que existe presupuesto específico asignado, etiquetado y ejercido para atender de manera incluyente y sin discriminación a cualquier persona en la unidad de salud. Toda vez que el MoASMI refiere la transversalización del enfoque de género, derechos humanos, inclusión y pertinencia cultural. Considerando la importancia de contar con presupuestos y erogaciones para la igualdad entre mujeres y hombres, cada área e instancia deberá considerar sus propios recursos y acciones a implementar incorporando dichas perspectivas.

Como parte de dicha dimensión, también será necesario identificar que se brinden pláticas de sensibilización y capacitaciones sobre temas de salud con perspectiva de género y derechos humanos (señalados en las *Guías de acciones puntuales por nivel de atención y dimensión del MoASMI*) dirigidas a la población usuaria, con énfasis en grupos poblaciones con condiciones de vulnerabilidad que asisten al establecimiento de salud.

El personal asignado para su implementación podrá ser del área de: enfermería, residencias médicas, promoción de la salud o de áreas específicas, siempre identificadas con la/el enlace asignado.

El registro de dichas actividades deberá ser referido a través de formatos establecidos por las autoridades federales, estatales y, en su caso, locales. Estos registros harán constar el número de personas capacitadas, desglosadas por sexo y otras condiciones; además, registrarán cartas descriptivas consideradas, evidencia fotográfica y el material entregado, de ser preciso.

Una acción puntual más que se tendrá que supervisar en esta dimensión es la existencia de materiales de promoción y difusión en la unidad de salud. Al respecto, se identificará en qué espacios del establecimiento de salud se ubican, la cantidad de ellos situados al interior y si abordan una temática acorde a la igualdad de género, pertinencia cultural e inclusión en salud; por otro lado, se deberá corroborar el uso de lenguaje incluyente, la consideración del entorno sociocultural de la unidad de salud y la aplicación de traducciones a la lengua indígena predominante, en el caso de espacios rurales e indígenas; asimismo, la accesibilidad de estos materiales para personas con discapacidad.

Con relación a la *dimensión II. Organización de los servicios de salud con perspectiva de género, inclusión y pertinencia cultural*, será importante identificar que se incorporen acciones puntuales de los tres componentes esenciales de esta dimensión: recursos humanos sensibles y empáticos con la diversidad de población; comunicación incluyente, no sexista y discriminatoria y; ambientes laborales justos, equitativos y saludables.

Se supervisará que en la unidad de salud existan recursos humanos que cubran los perfiles, características y compromiso para desempeñarse como enlaces de género, responsables de los Centros de Entretenimiento Infantil (CEI) y personal que atienda las ventanillas incluyentes. Se comprobará que el personal de salud de los diferentes niveles de incidencia -incluido el personal de vigilancia y limpieza- esté capacitado y sensibilizado en temáticas sobre perspectiva de género, interculturalidad, atención a personas con discapacidad, diversidad sexogenérica, y los señalados en las guías de acciones puntuales por nivel de atención y dimensión del MoASMI.

Dentro de esta dimensión, se cerciorará que en todas las áreas se cuenten con formatos de datos desagregados por sexo y otras condiciones como: origen étnico, condición de migración, discapacidad, entre otras (formato de registro de consulta y hojas diarias).

Asimismo, la supervisión de las comunicaciones internas (circulares, memos y oficios generados desde la persona titular de la unidad o establecimiento de salud) y externas, dirigidas a población usuaria (materiales de difusión, señaléticas, placas, letreros, campañas, periódicos murales) deberán ser realizadas con lenguaje incluyente y con comunicación no sexista, libre de etiquetas, juicios de valor y con enfoque interseccional, tanto en su forma escrita como visual. Por otro lado, tendrá que verificarse que sean accesibles para personas hablantes de lenguas indígenas y/o con alguna discapacidad.

La evaluación y/o supervisión de acciones en esta dimensión centra también el interés de atender la cultura institucional para la igualdad laboral, con énfasis en el personal de salud. Esta acción deberá apegarse a los ejes instituidos por el Instituto Nacional de las Mujeres: i) Prevención del Hostigamiento y Acoso Sexual, ii) Clima Laboral y iii) Corresponsabilidad entre la vida laboral y familiar.

Al respecto, será necesario identificar que en la unidad se implementen acciones, incluida la de formación, en la materia dirigidas a todo el personal que conforme la unidad de salud o establecimiento de salud, con el objetivo de contar con ambientes laborales justos y saludables. La supervisión requerirá identificar la óptima ejecución de procesos formativos en los temas de clima laboral, corresponsabilidad y prevención del hostigamiento y acoso sexual.

Referente a la difusión de materiales, se monitorea la puesta en marcha de campañas, material audiovisual y digital sobre los tres ejes mencionados. Se deberá focalizar la aplicación de las normas: NMX-R-025-SCFI-2015, en Igualdad Laboral y No Discriminación y; en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-identificación, análisis y prevención; además de difundir las rutas de atención

para casos de hostigamiento y acoso sexual e impulsar la estrategia del Convenio 190 de la Organización Internacional del Trabajo.

En ese mismo sentido, otra acción puntual es verificar si el establecimiento cuenta con algún comité o grupo de trabajo que atienda los casos de hostigamiento y acoso sexual al interior de la unidad de salud o, en su caso, si la autoridad de éste conoce de la existencia de dicho comité a nivel jurisdiccional/distrital y estatal para la pronta respuesta a la persona afectada.

La conformación de este grupo o comité deberá contar con la participación de personas representantes de áreas estratégicas como: Recursos Humanos, Jurídico, Calidad, Comunicación, Promoción de la Salud, áreas sindicales, entre otras que las autoridades estatales y locales decidan, conforme a lo establecido en cada entidad o instancia.

De igual manera, es importante verificar que se aplique un Protocolo de Atención, Prevención y Sanción del Hostigamiento y Acoso Sexual y que cuente con un Pronunciamiento de Cero Tolerancia al Hostigamiento y Acoso Sexual signado por la persona titular de la unidad. Por otro lado, es imperante la existencia de buzones de quejas y/o denuncias para casos de hostigamiento y acoso sexual, específicamente.

El rubro de cultura institucional para la igualdad laboral requerirá que las áreas competentes como Recursos Humanos, Jurídico, Enseñanza, en conjunto con el resto de la estructura, cuenten con estrategias eficientes y eficaces para el acompañamiento y seguimiento del personal de salud, principalmente mujeres afectadas por hostigamiento y acoso sexual.

Asimismo, se deberá revisar el registro de las licencias de paternidad otorgadas en la unidad a las personas trabajadoras u otras acciones que implemente la unidad y abonen a la equidad de género, como la existencia de una sala de lactancia para uso de las personas usuarias y del personal de la unidad, jornadas flexibles para cuidados, entre otras.

Por último, será necesario considerar periódicamente la aplicación de un instrumento que permita medir el clima laboral de la unidad de salud y el avance en materia de cultura institucional, para revertir situaciones que afecten la igualdad laboral del personal de salud.

Referente a la supervisión de la *dimensión III. Acceso Efectivo*, tendrá que verificarse que el personal de la unidad o establecimiento de salud de todas las áreas y niveles (incluyendo al directivo, operativo, administrativo, de vigilancia y limpieza) cuenten con procesos formativos y de capacitación especializados. Éstos deberán ser con base en tópicos que abonen a la accesibilidad de los servicios de salud como: Lengua de Señas Mexicana (LSM), lengua indígena de la región en donde se encuentre ubicada la unidad o establecimiento de salud, sobre atención a la salud de personas con discapacidad y personas en situación de movilidad o condición de migración, entre otros.

Para tales fines, se requiere que el área de enseñanza de la unidad y quien ostente la figura de enlace realicen la calendarización de las sesiones, talleres y pláticas a implementar. Esta programación deberá iniciarse de manera idónea a principios de año y para su ejecución tendrá que contar con: carta descriptiva alineada a las temáticas de igualdad de género en salud y listas de asistencia desglosadas por sexo, condición de discapacidad, nivel y área de adscripción.

Es necesario considerar que las capacitaciones especializadas requieren de diversas sesiones y durabilidad al momento de implementarse; además de revisar la estructura de la unidad o establecimiento de salud, de lo que dependerá el número de personas capacitadas, señaladas en las Guías de acciones puntuales por nivel de atención y dimensión del MoASMI.

Como parte del monitoreo de acciones puntuales del MoASMI, en esta dimensión se evalúa la creación de Centros de Entretenimiento infantil (CEI). Los CEI son contemplados como una acción afirmativa a favor de la atención integral, principalmente, de mujeres usuarias o personas cuidadoras. Con este objetivo, se requieren diferentes elementos para su buen funcionamiento; en este sentido, se deberá verificar que la unidad de salud cuente con este espacio ubicado al interior de la unidad, en una zona segura en donde se identificarán los siguientes aspectos:

- Ambientación del espacio y recursos didácticos contemplados
- Reglamento del CEI en lugar visible
- Organización de mobiliario
- Movilidad óptima y segura de las y los niños
- Materiales accesibles para las y los niños
- Materiales en lengua indígenas y/o con pertinencia cultural
- Uso de juguetes y juegos que no perpetúen roles tradicionales ni estereotipos de género
- Ambientación no sexista y con pertinencia cultural
- Botiquín de primeros auxilios
- Medidas de seguridad y protección civil
- Materiales sobre las siguientes temáticas: autocuidado, corresponsabilidad, derechos humanos, discapacidad, discriminación, familias diversas, costumbres y tradiciones, emociones, igualdad de género, hábitos saludables e higiene, interseccionalidad y población migrante con enfoques de derechos humanos

Para esta acción, la verificación deberá corroborar la existencia de recursos humanos que se alineen con las profesiones de Puericultura, Pedagogía, Psicología, Trabajo Social, Comunicación Educativa, Pasantes de Enfermería, entre otras afines. Estos recursos deberán atender los CEI durante el horario de servicio de la unidad de salud en que esté ubicado y llevarán un registro de ingreso desagregado en diversas categorías como edad, condición de discapacidad, origen étnico, etc.

La persona enlace verificará que el personal del CEI se encuentre en continua capacitación sobre temáticas en materia de igualdad de género y metodologías incluyentes; asimismo, comprobará la existencia de un plan de trabajo acorde al rango etario al que se dirijan las actividades a implementar dentro del Centro. Por otro lado, deberá contar con lineamientos específicos de los CEI, que consideren la infraestructura, la operación y la seguridad de estos espacios.

De igual manera, las personas enlaces deberán constatar el correcto llenado de una lista de registro tanto de la madre o persona cuidadora (desglosada por sexo, tipo de servicio al que acude, identificando alguna condición específica) como la información de la población infantil que recibe el servicio, mencionando su sexo y rango de edad.

En esta misma dimensión, otra acción puntual que se considerará será la accesibilidad física con la que deberá contar el establecimiento de salud. En este apartado se verificará la existencia de rampas portátiles o, en su caso, que formen parte de la infraestructura de la unidad. También se evidenciará la existencia de sillas de ruedas, bastones y muletas, disponibles para uso interno al momento de la llegada de las personas usuarias con necesidades específicas y durante su recorrido y/o atención de algún servicio. Para esta acción, será necesario revisar que exista un formato que recupere el número de personas que hacen uso de los mecanismos antes expuestos, desglosados por sexo y edad; además de señalar el grupo de atención prioritaria que dé uso.

Dentro de esta acción puntual, se supervisará que la información de movilidad dentro de los centros de salud se encuentre accesible para personas con discapacidad visual, mediante la colocación de señalética adaptada al braille y al torrelieve; esta señalización deberá instalarse a una altura asequible de pie o en movimiento y sus características serán conforme a las Normas Oficiales Mexicanas y Tratados Internacionales aplicables. Para favorecer el desplazamiento seguro de las personas con discapacidad también se vigilará la instalación de guías táctiles.

El equipo parlante (termómetro, glucómetro y baumanómetro parlantes en los consultorios o áreas de toma de signos), citado en la acción de acceso efectivo, beneficiará a la población usuaria con discapacidad y a las personas mayores. Entre el instrumental que se verificará para estas poblaciones, también se encuentran: lupas mecánicas electrónicas y megáfonos o amplificadores de sonido (instalados en las ventanillas y salas de espera, principalmente).

La falta de accesibilidad y ausencia de información en formatos de fácil comprensión, constituyen barreras que pueden enfrentar las personas con discapacidad intelectual o algunas otras pertenecientes a grupos de atención prioritaria, al acceder a los sistemas de salud. Para evitar este sesgo en el ejercicio del derecho a la información sanitaria clara y concisa, se tendrá que hacer uso de formatos de lectura fácil dentro de las unidades de salud, ponderando la utilización de lenguaje claro y asertivo. Para validar esta herramienta, será necesario contar con el registro de las personas que han utilizado dichos mecanismos incluyentes, considerando el tipo de discapacidad de la persona usuaria, señalando cuál formato fue utilizado y desglosando por sexo.

Respecto a las barreras en la información, también se consideran las que enfrentan las personas hablantes de lenguas indígenas y variantes lingüísticas, sobre todo aquellas de la tercera edad que tienen poco o nulo conocimiento del español. La poca representación de las lenguas indígenas y variantes lingüísticas en la atención en salud merma la calidad en ésta.

En este sentido, se prestará atención en acciones de difusión, acceso e interpretación; para todas éstas, se tomará en cuenta la lengua de uso predominante en la región donde se encuentre ubicado el servicio de salud.

Entre las acciones dirigidas a población indígena que se deberán evaluar están: difusión de información y materiales traducidos a la lengua indígena pertinente, realizados con un enfoque interseccional, considerando las diferentes condiciones, contexto y determinantes sociales de la salud de la población usuaria; señalética, iconografía o pictogramas traducidos a esta lengua dentro de las instalaciones de la unidad de salud y; uso de traductores y/o intérpretes en lenguas indígenas.

La supervisión de la *dimensión IV. Atención centrada en la persona* requerirá identificar que, en las instalaciones de salud, se cuente con el servicio de una o más ventanillas incluyentes y/o turnos preferentes. Para su revisión, verificará que estos espacios se encuentren marcados con algún rótulo o letrero visible para la población usuaria, principalmente en donde se congregan ampliamente las personas.

Mediante la revisión de formatos de registro de uso, se comprobará que estos espacios sean destinados a los grupos de atención prioritaria como: personas con discapacidad, personas mayores y personas embarazadas. Estos documentos de registro deberán cumplir con, al menos, la desagregación por sexo, edad y condición de discapacidad; a fin de poder sistematizar y analizar los datos para la toma de decisiones.

Para abonar a esta dimensión, otra acción puntual a evaluarse será la colocación de mobiliario preferente o reservado dirigido a población en condición de vulnerabilidad. Este espacio se destinará a poblaciones que, por su condición, requieran de equipo médico para alguna discapacidad, ortopedia o rehabilitación (silla de ruedas, muletas, andaderas, bastones, etc.) y que necesiten un área mayor que las demás. Éste deberá ser de fácil identificación con rótulos o citas que marquen su delimitación.

Por último, se corroborará que la elaboración y difusión de materiales informativos dirigidos a la población usuaria tomará en cuenta el uso de comunicación incluyente y accesible, incorporando imágenes y lenguaje no sexistas y con base en parámetros de pertinencia cultural y enfoque de interseccionalidad.

8.3 Encuestas de satisfacción

El fin principal de utilizar estas dimensiones dentro de los servicios de sanidad es otorgar un servicio de salud adecuado a la diversidad de la población usuaria, creando acciones específicas para brindar una atención oportuna basada en la persona, desde sus determinantes sociales de la salud. Por ello, resulta imperante que las unidades de salud que apliquen este Modelo de Atención con Mecanismos Incluyentes reciban una evaluación continua, a fin de conocer los resultados y percepciones de las personas usuarias, siempre contemplando formatos accesibles.

Estas evaluaciones permitirán conocer, entre otros datos, los concernientes a: características de la población, éxitos y áreas de mejora. Comprender la percepción que tienen las personas destinatarias de estas acciones brindará información para mantener, adecuar, mejorar o modificar la implementación de las acciones afirmativas.

Al respecto, es de suma importancia que las instituciones que apliquen el MoASMI realicen una encuesta dirigida a las personas usuarias como un medio de recolección de información a fin de conocer si perciben la implementación de las acciones afirmativas que se llevan a cabo, identificar el nivel de calidad del trato con perspectiva de género, inclusión, no discriminación y pertinencia cultural de parte del personal de salud de la unidad, etc.

La medición de calidad y la eficiencia de los servicios que operen el MoASMI permitirá un reconocimiento de características específicas de su público usuario, la identificación de problemas y brechas en la atención necesidad de ampliación o reducción de acciones y abonará a la toma de decisiones para mejorar la calidad de la atención.

El MoASMI radica en complementar el quehacer institucional en salud pública y se apega a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Artículo 1°- Artículo 4°) y a los compromisos nacionales e internacionales de derechos humanos establecidos por el Estado Mexicano.

Los logros obtenidos a partir de la operatividad integral e integrada de las acciones vertidas en este modelo, vinculados con la suma de esfuerzos entre los diferentes niveles de incidencia y estructura del Sistema Nacional de Salud, permitirán garantizar el derecho a la protección a la salud de la población, contribuyendo a cerrar las brechas de desigualdad de los grupos en condición de vulnerabilidad para asegurar la atención a la salud con calidad, equidad y libre de discriminación.

9. Glosario

Accesibilidad: son las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales.

Se distinguen varias dimensiones: orden geográfico (debe medirse en función del tiempo necesario para obtener la asistencia de salud utilizando los medios habituales de transporte); organizacional (refiere a los obstáculos que se originan en los modos de organización de los recursos de asistencia a la salud); sociocultural (apreciación de los fenómenos que determinan la búsqueda de asistencia de salud tales como: percepción sobre el cuerpo y enfermedad; creencias relativas a la salud, tolerancia al dolor y credibilidad en los servicios de salud, entre otros; y económica).

Acceso a la salud: capacidad de las y los pacientes de obtener, cuando sea necesario, cuidado de salud de manera conveniente. Entendido el acceso como componente de la oferta y del proceso de evaluación de servicios de salud, se considera la accesibilidad como el grado de ajuste entre las necesidades de las personas usuarias y los recursos de la atención de salud.

Acoso sexual: forma de violencia en la que, si bien no existe la subordinación, hay un ejercicio abusivo de poder que conlleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realice en uno o varios eventos.

Ajustes razonables: modificaciones y adaptaciones necesarias al entorno físico o tecnológico, que no impongan una carga desproporcionada o indebida, para garantizar a las personas con discapacidad el acceso a los servicios.

Ayudas técnicas o funcionales: dispositivos tecnológicos y materiales que permiten habilitar, rehabilitar o compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o intelectuales de las personas con discapacidad; por ejemplo: bastones, sillas de ruedas, muletas, sillas especiales, auxiliares auditivos.

Casas de salud: centros establecidos que originalmente no estaban destinados a ofrecer servicios de salud; brindan servicios de promoción, prevención y educación en salud, además de actividades sencillas de curación-asistencia.

CAPA: Centros de Atención Primaria en Adicciones, unidades que brindan servicios gratuitos, dirigidos a prevenir y atender el uso y abuso de sustancias adictivas.

CAPASITS: Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual.

Centro de salud: ofrece los servicios de atención clínica básica y servicios básicos de salud a la comunidad como promoción de la salud, saneamiento ambiental, detección y control de

riesgos, diagnóstico temprano de enfermedades. Cuenta con el núcleo básico de salud que son personal médico, de enfermería, de nutrición, dentista, psicología, vacunación y curaciones, auxiliar de enfermería y personal técnico radiólogo.

CESSA: Centros de Salud con Servicios Ampliados, ofrece los servicios de consulta externa, especialidades de alta demanda como estomatología, psicología, salud mental, atención obstétrica y nutrición.

Cobertura universal: implica la conexión entre la demanda y la oferta de servicios (promoción, prevención y atención); refiere el acceso efectivo a los servicios de salud.

Cultura institucional: para este modelo se usará la definición dada por el Instituto Nacional de las Mujeres: conjunto de valores, creencias, estructuras y normas compartidas en mayor o menor grado por cada una de las organizaciones que integran la Administración Pública Federal y que determinan qué hacer, cómo hacerlo y qué es lo aceptado en el funcionamiento de cada una y en el comportamiento de las personas que las conforman.

Derechos humanos: conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona.

Discapacidad: es la consecuencia de la presencia de una deficiencia o limitación en una persona, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Discriminación: toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, etc., o cualquier otro motivo.

Diversidad sexogenérica: todas las posibilidades que tienen las personas de expresar y vivir su sexualidad, así como de asumir expresiones, orientaciones e identidades sexuales. Parte del reconocimiento de que todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos tienen derecho a existir y manifestarse, sin más límites que el respeto a los derechos de las otras personas.

Equidad: principio de justicia emparentado con la idea de igualdad sustantiva y el reconocimiento de las diferencias sociales. Tiene sus bases en los derechos humanos fundamentales, y vale la pena decir que, la equidad no es igualdad y que la desigualdad para llegar a ser equitativa, requiere justificación ética y moral.

Es también la condición necesaria y estratégica para alcanzar el acceso universal a la atención, según las necesidades y las posibilidades existentes considerando, además, la integralidad de la atención; esto es un requisito para la eficacia, la satisfacción y la equidad.

Género: conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales, asignados socialmente al 'ser mujer' o 'ser hombre' y que definen formas de comportamiento, valores, actividades, actitudes y sentimientos. Además es un factor determinante de inequidades sanitarias.

Grupos de atención prioritaria: personas que, debido a la desigualdad estructural, enfrentan discriminación, exclusión, maltrato, abuso, violencia y mayores obstáculos para el pleno ejercicio de sus derechos y libertades fundamentales.

Las personas que pueden pertenecer a estos grupos son: mujeres; niñas, niños y adolescentes; personas jóvenes; personas mayores; personas con discapacidad; personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travesti, transexuales e intersexuales, no binarias, (LGBTTTIQ+); personas migrantes y sujetas de protección internacional; personas solicitantes de asilo y/o refugiadas; personas víctimas; personas en situación de calle; personas en situación de pobreza; personas privadas de su libertad; personas liberadas; personas que residen en instituciones de asistencia social; personas afrodescendientes; personas de identidad indígena, personas que viven con VIH, personas trabajadoras sexuales, personas usuarias de sustancias psicoactivas, personas de talla baja, personas jornaleras agrícolas, personas neurodivergentes, personas trabajadoras del hogar, personas con diversidad corporal, y personas pertenecientes a minorías religiosas.

Hospital general: establecimiento dedicado al diagnóstico y tratamiento de especialidades básicas. Tiene una capacidad de atención variada que va desde 50,000 a 200,000 personas usuarias.

Hospital de la comunidad: ofrece servicios de especialidades básicas a la red de servicios de salud a población que habita comunidades alejadas o de difícil acceso.

Hostigamiento sexual: ejercicio del poder en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral y/o escolar. Se expresa en conductas verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva.

Inclusión: es un enfoque que valora la diversidad y tiene como objetivo garantizar la igualdad de derechos y oportunidades para todas las personas mediante la creación de condiciones que permitan la participación plena y activa de quienes integran la sociedad.

Igualdad de género: está ligada a las nociones de ausencia de discriminación y el pleno ejercicio de derechos humanos. El enfoque de igualdad de género permite analizar y, por ende, comprender las características que definen a mujeres y hombres, sus semejanzas y diferencias, pero en función de las cualidades y estereotipos socialmente establecidos. Este enfoque promueve la igualdad entre los géneros a través de la equidad y el bienestar de las mujeres y hombres.

Para el abordaje de la igualdad de género, es necesario tomar en cuenta algunas definiciones de equidad, vulnerabilidad, accesibilidad, efectividad, transversalización, entre otras.

Igualdad sustantiva: es el acceso al mismo trato y oportunidades para el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Interculturalidad: presencia e interacción equitativa de diversas culturas y a la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo.

Interseccionalidad: perspectiva utilizada como herramienta analítica que estudia cómo la interacción de condiciones de identidad, tales como la pertenencia étnica, la condición socioeconómica, y el género, entre otras, impactan en las experiencias de vida, especialmente en las experiencias de privilegio y opresión. El análisis interseccional estudia las categorías o características de las personas no como distintas, sino valorando la influencia de unas sobre otras, y cómo interactúan vinculadas con las dinámicas y relaciones de poder. La interseccionalidad no debe entenderse como la combinación de identidades o como una suma que incrementa la propia carga, sino como la combinación de factores que producen experiencias sustantivamente diferentes, en cada caso y contexto.

Orientación sexual: capacidad de cada persona de sentir una atracción erótica afectiva por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género o de una identidad de género, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.

Perspectiva de género: concepto que se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, la desigualdad y la exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres; así como las acciones que deben emprenderse para crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la perspectiva de género.

Analiza el modo en que el género limita o fomenta la equidad sanitaria afectando, por ejemplo, el acceso a la cobertura sanitaria universal y, en algunos casos, determina la trayectoria profesional de los y las trabajadoras sanitarias.

Transversalidad de la perspectiva de género: método de gestión para promover la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, transformando las estructuras y lograr la igualdad sustantiva entre ambos sexos. Ha sido definida como: "la integración sistemática de las situaciones, intereses, prioridades y necesidades propias de las mujeres en todas las políticas del Estado, con miras a promover y velar por la igualdad entre mujeres y hombres".

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles.

UNEME-DEDICAM: Unidad de Especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama.

UNEME EC: Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas. Ofrece el servicio de diagnóstico y tratamiento de hipertensión, riesgo cardiovascular, diabetes mellitus y sobrepeso.

Unidad de salud: es el establecimiento de los sectores público, social y privado en el que se presta atención médica integral a la población; cuenta con recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad va en proporción directa al nivel de operación.

Unidades médicas móviles: vehículos automotores de diferente Capacidad Resolutiva, que funcionan como establecimientos de salud móviles. Estas unidades cuentan con equipo médico, instrumental e insumos para otorgar servicios de: promoción, prevención, detección, atención, tratamiento y control de enfermedades que recorren una ruta con una periodicidad de visitas de, cuando menos, dos veces al mes.

Vulnerabilidad: concepto multidimensional, vinculado tanto a los individuos como al grupo social al que pertenecen, evidenciando la incapacidad de los mismos para enfrentar los desafíos de su entorno, incluido el desamparo institucional; no es un estado permanente que caracteriza a ciertos grupos en particular, sino que es resultado de un conjunto de determinantes sociales que interactúan de forma específica, y que dan lugar a una condición dinámica y contextual.

La condición de vulnerabilidad no es estática, puesto que las circunstancias en que se inscriben las personas y los grupos pueden verse modificadas por la reconfiguración de distintos factores y el tiempo de exposición a un contexto específico.

En salud, este concepto se entiende como la desprotección o falta de protección de ciertos grupos poblacionales ante daños potenciales a su salud, lo que implica mayores obstáculos y desventajas para resolver o enfrentar cualquier problema de salud. Las causas de este importante problema de salud pública son muchas y de diversa índole, incluidas la insuficiencia de personal de salud capacitado, la falta de apoyo familiar, social, económico e institucional para obtener atención y minimizar los riesgos de salud y de diversa índole, incluidas la insuficiencia de personal de salud capacitado, la falta de apoyo familiar, social, económico e institucional para obtener atención y minimizar los riesgos de salud.

10. Bibliografía consultada

- Asamblea Mundial de la Salud, 69 (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría, Organización Mundial de la Salud. Recuperado en junio de 2023 de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR] (2007). Una Mirada de Género en la Investigación en Salud Pública en México. Secretaría de Salud, México. Recuperado en junio de 2023, de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/14770/EG_Compilacion_Gen_investigacion.pdf
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR] (2012). Guía para la incorporación de la perspectiva de género en programas de salud. México. Recuperado en junio de 2023 de: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/guia-para-la-incorporacion-de-la-perspectiva-de-genero-en-programas-de-salud>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR] (2019). Guía para transversalizar la perspectiva de género en programas y acciones de salud pública. México. Recuperado en junio de 2023, de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/552027/Guia_TPGPS-U_LTIMA_VERS__1_.pdf
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones, XIV, 201-209. Recuperado en junio de 2024, de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>
- Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (s.f.). Grupos de atención prioritaria. Ciudad de México. Recuperado en junio de 2023, de: https://piensadh.cd hdf.org.mx/images/publicaciones/material_de_divulgacion/2019/2019_Folleto_Grupos_Atencion_Prioritaria.pdf
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH] (2015). Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América. Recuperado en junio de 2024, en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH] (2020). La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. México. Recuperado en junio de 2023, de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH] (2019). Conceptos generales. México. Recuperado en junio de 2023, de: <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Conocenos/Conceptos#:~:text=Igualdad%20Sustantiva%3A%20Es%20el%20acceso,Igualdad%20entre%20Mujeres%20y%20Hombres>)
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres [CONAVIM] (noviembre, 2018). ¿Qué es la perspectiva de género y por qué es necesario implementarla? México. Recuperado en junio de 2023, de: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/que-es-la-perspectiva-de-genero-y-por-que-es-necesario-implementarla>
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2022). ¿Sabes qué es la diversidad sexual y de género?. México. Recuperado en junio 2023, de: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/sabes-que-es-la-diversidad-sexual-y-de-genero>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED] (2011). Acciones afirmativas, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. México. Recuperado en junio de 2024, de <https://sindis.conapred.org.mx/investigaciones/acciones-afirmativas/>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED] (2016). Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. México. Recuperado en junio de 2024, de <https://www.conapred.org.mx/publicaciones/glosario-de-la-diversidad-sexual-de-genero-y-caracteristicas-sexuales/>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED] (2023). Glosario sobre igualdad y no discriminación. México. Recuperado en junio de 2024, de https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario%20sobre%20igualdad%20y%20no%20discriminacion_FINAL.pdf
- Constitución Política de la Ciudad de México (2017). Última reforma publicada en G.O CDMX el 24 de marzo de 2023. Ciudad de México. Recuperado en junio de 2023, de: https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/estatutos/CONSTITUCION_POLITICA_DE_LA_CDMX_8.pdf
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- De Bronkart D. (2013). ¡Dejad que los pacientes ayuden! Una guía sobre «el compromiso del paciente»- cómo médicos, enfermeros, pacientes y cuidadores pueden asociarse para mejorar la atención. CreateSpace Independent Publishing. Sevilla

Diario Oficial de la Federación [DOF]. (2012). Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para la asignación, actualización, difusión y uso de la Clave Única de Establecimientos de Salud México. Recuperado en mayo de 2023, de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5283475

Diario Oficial de la Federación [DOF]. (2022). Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). Ciudad de México. Recuperado en mayo de 2023 de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0

Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. & García-Saisó, S. (2015). "Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud". *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186. Recuperado en junio de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es&tIng=es

Figueroa, D. & Cavalcanti, G. (2014). "Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia". *Enfermería Global*, 13(33), 267-278. Recuperado en junio de 2023, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100013

Formación Integral y Desarrollo Empresarial (s.f.). La organización de salud como empresa. Recuperado en junio de 2023 de: <https://www.fide.edu.pe/es-cl/blog/detalle/82-la-organizacion-de-salud-como-empresa>

Freyhoff, G., et. al. (1998). *El camino más fácil. Directrices europeas para generar información en fácil lectura*. Asociación Europea ILSMH (ahora Inclusión Europa). Bruselas

García Muñoz, O. (2012). *Lectura fácil: métodos de redacción y evaluación*. Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid

Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES] (2009) Programa de Cultura Institucional. Recuperado en junio de 2023, de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101098.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (s.f.) Interseccionalidad. Recuperado en junio de 2023, en: <https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos/interseccionalidad>

Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (s.f.a). Glosario para la igualdad. Consulta en línea, disponible en: <https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/>

Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (s.f.b). Presupuestos públicos con perspectiva de género. Módulo informativo. Recuperado en junio de 2023 de: http://puntogenero.inmujeres.gob.mx/presupuestos/pre_t1_pan03_pag07.html

- Juárez-Ramírez, C.; Márquez-Serrano, M.; Salgado, N.; Pelcastre-Villafuerte, B.; Ruelas-González, M. & Reyes-Morales, H. (2014). "La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes" *Rev Panam Salud Publica*, 35(4), 284-90. Recuperado en junio de 2023, de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n4/284-290/es>
- Langer A., Nigenda G., Catino J. (2000). "Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: strengthening the links", *Bulletin of the World Health Organization*, 78(5), 667-676
- Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres en la Ciudad de México (2007). Ciudad de México. Recuperado en junio de 2023, en: https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/leyes/LEY_DE_IGUALDAD_SUSTANTIVA_ENTRE_M_Y_H_EN_LA_CDMX_3.8.pdf
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003). México. Recuperado en junio de 2023, en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPED.pdf>
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007). Ciudad de México. Recuperado en junio de 2023, en: https://congresocdmx.gob.mx/archivos/transparencia/LEY_DE_ACCESO_DE_LAS_MUJERES_A_UNA_VIDA_LIBRE_DE_VIOLENCIA_DEL_DISTRITO_FEDERAL.pdf
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007). México. Recuperado en junio de 2023, en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2006). México. Recuperado en junio de 2023, en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH.pdf>
- March, Cerdà, J.C. (2015). "Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario", *Revista de Calidad Asistencial*, Vol. 30, No. 1, pp. 1-3
- Ministerio de Salud y Protección Social (s.f). Gestión de la salud pública. Recuperado en junio de 2023 de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/gestion-de-la-salud-publica.aspx>
- Moreno, L.M., Carrillo, A.M. (Coords.) (2016). *La Perspectiva de género en salud*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. México
- Navarro Barahona L. (2007). "Acción positiva y principio de igualdad". *Revista de Ciencias Jurídicas*. No. 112. Enero-abril 2007. Universidad de Costa Rica. Recuperado en mayo de 2023, de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/R22613.pdf>

Nomura, M., Skat Nielsen, G. y Tronbacke, B. (2012). Directrices para materiales de lectura fácil. Federación Internacional de Asociaciones e Instituciones Bibliotecarias. Holanda

Organización Internacional del Trabajo. [OIT] (s.f.) Definición de la transversalización de la perspectiva de género. Recuperado en junio de 2023, de: <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/gender/newsite2002/about/defin.htm>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura [UNESCO] (2016). Pertinencia de las acciones afirmativas y las competencias interculturales para el efectivo ejercicio de los derechos humanos en Centroamérica, San José. Recuperado en junio de 2023, de: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245928>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura [UNESCO] (s.f.) Interculturalidad. Recuperado en junio de 2023, de: <https://es.unesco.org/creativity/interculturalidad>

Organización Internacional del Trabajo. [OIT] (s.f.) Definición de la transversalización de la perspectiva de género. Recuperado en junio de 2023, de: <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/gender/newsite2002/about/defin.htm>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). Género y salud. Recuperado en junio de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Recuperado en junio de 2023 de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259417>

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud [OMS-OPS](2016). 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, resolución CD55/11, Rev. 1 sobre la salud de los migrantes, Washington, D.C. Washington. Recuperado en junio de 2023 de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-11-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (s.f). Determinantes Sociales de la Salud, disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (s.f.a). Funciones esenciales de la salud pública. Recuperado en junio de 2023, de: <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (s.f.b). Política de igualdad de género. Recuperado en junio de 2023, de: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf>

Pérez, B. (2007). "La equidad en los servicios de salud". Revista Cubana de Salud Pública, 33 (3). Recuperado en junio de 2023, de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n3/spu07307.pdfz>

Quirós-Rodríguez, E. y Barina, I. (2013). Plan Estratégico de Transversalización de la Perspectiva de Género en Salud 2013-2018 en el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana. Recuperad en junio de 2023, de: https://www.sica.int/busqueda/busqueda_archivo.aspx?Archivo=pres_80851_1_16092013.pdf

Sánchez-Torres, D.A. (2015). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 55, núm. 1, pp. 82-89, 2017. Recuperado en junio de 2023, de: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297021/html/>

Secretaría de Salud, (s.f.). Unidades de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. México. Recuperado en junio de 2023, de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/257855/ManualUnidadesSalud.pdf>

Secretaría de Salud. Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS). Primer Informe sobre Desigualdades en Salud en México. García-Saiso S., Gutiérrez JP., Pacheco Estrella P., Franco J., González E., Gutiérrez-Delgado C., Barriga B., Martínez-Valle A., Choperena-Aguilar DG., González-Guzmán R., Laurell AC. Ciudad de México: Secretaría de Salud / Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2019. Recuperado en junio 2024, de: http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/1_informe_desigualdad_mexico.pdf

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (s.f.). Tipos de unidades de salud. Ciudad Juárez. Recuperado en junio de 2023, de: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-de-ciudad-juarez/salud-comunitaria-i-tipos-de-unidades-de-salud-primer-nivel-de-atencion/17708825>

Urbina, M. González, M. A (2012). La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas, Instituto Nacional de Salud Pública, México

