

En la actualidad existen diferentes enfoques teóricos y prácticos sobre la Promoción de la Salud, sin embargo entre sus fines y propósitos, observamos dos vertientes, la primera que la considera como una meta en sí misma y por otra parte como un medio para lograr alcanzar la tan ansiada justicia social.

No obstante, esta divergencia de orden práctico, podemos reconocerla como aquella que encierra conceptos y un conjunto de acciones encaminadas a la promoción de la salud comunitaria, promovida principalmente en el contexto de los movimientos sociales que abogan por arraigar estilos de vida saludables, abarcando aspectos tanto económicos y sociales.

Es así, que en cada uno de los ocho capítulos del libro *Promoción de la salud. Una tarea y desafío vigentes* se amalgama la experiencia

académica y práctica, así como del ejercicio intelectual de quienes participan; particularmente desde posiciones regionales distintas, como Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Perú, Puerto Rico y México.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Una Tarea y Desafío Vigentes Cantú / Cerqueira / Arroyo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



Organización Panamericana de la Salud



UNIÓN INTERREGIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD



PROMOCIÓN DE LA SALUD Una Tarea y Desafío Vigentes



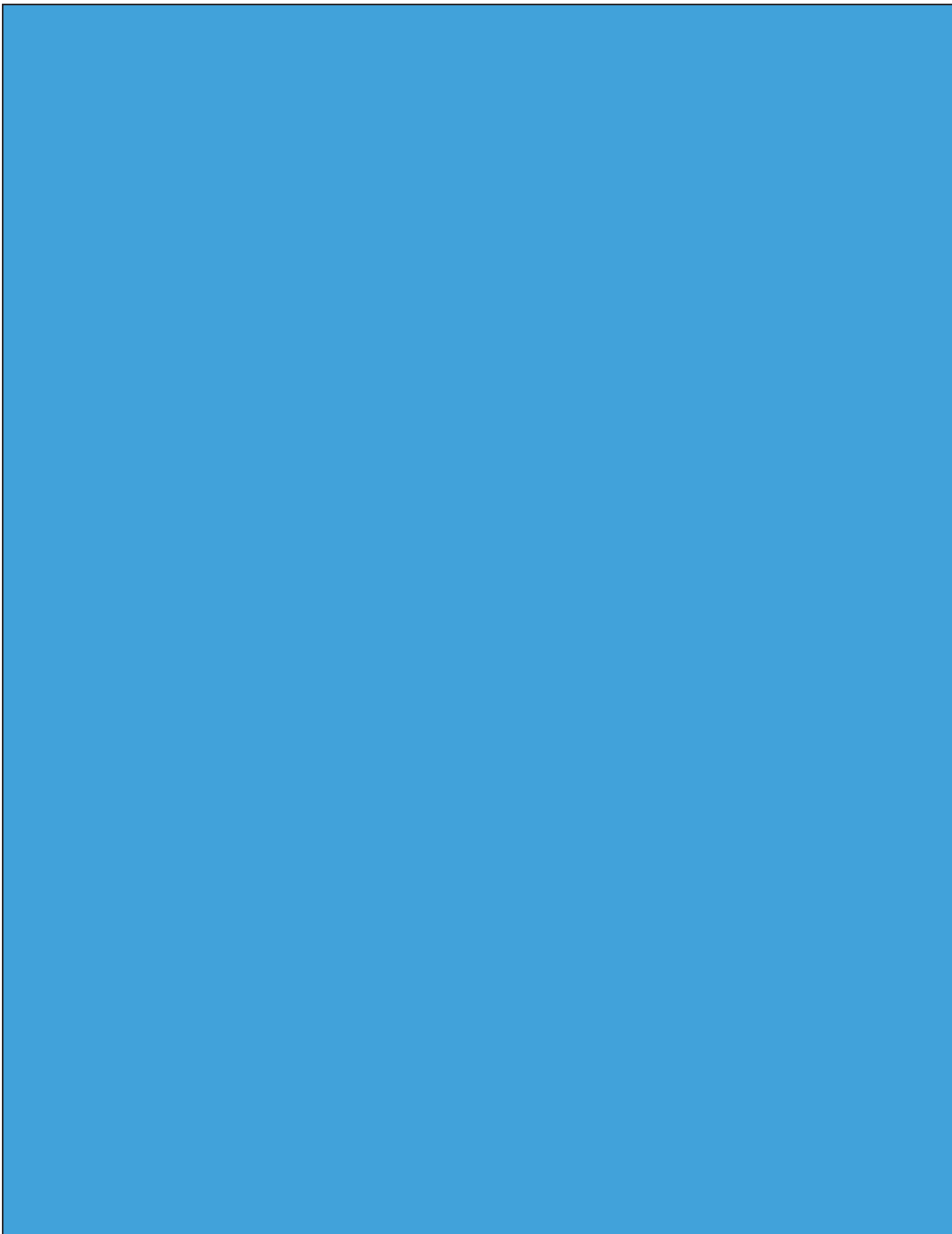
Pedro César Cantú Martínez
María Teresa Cerqueira
Hiram Vicente Arroyo Acevedo

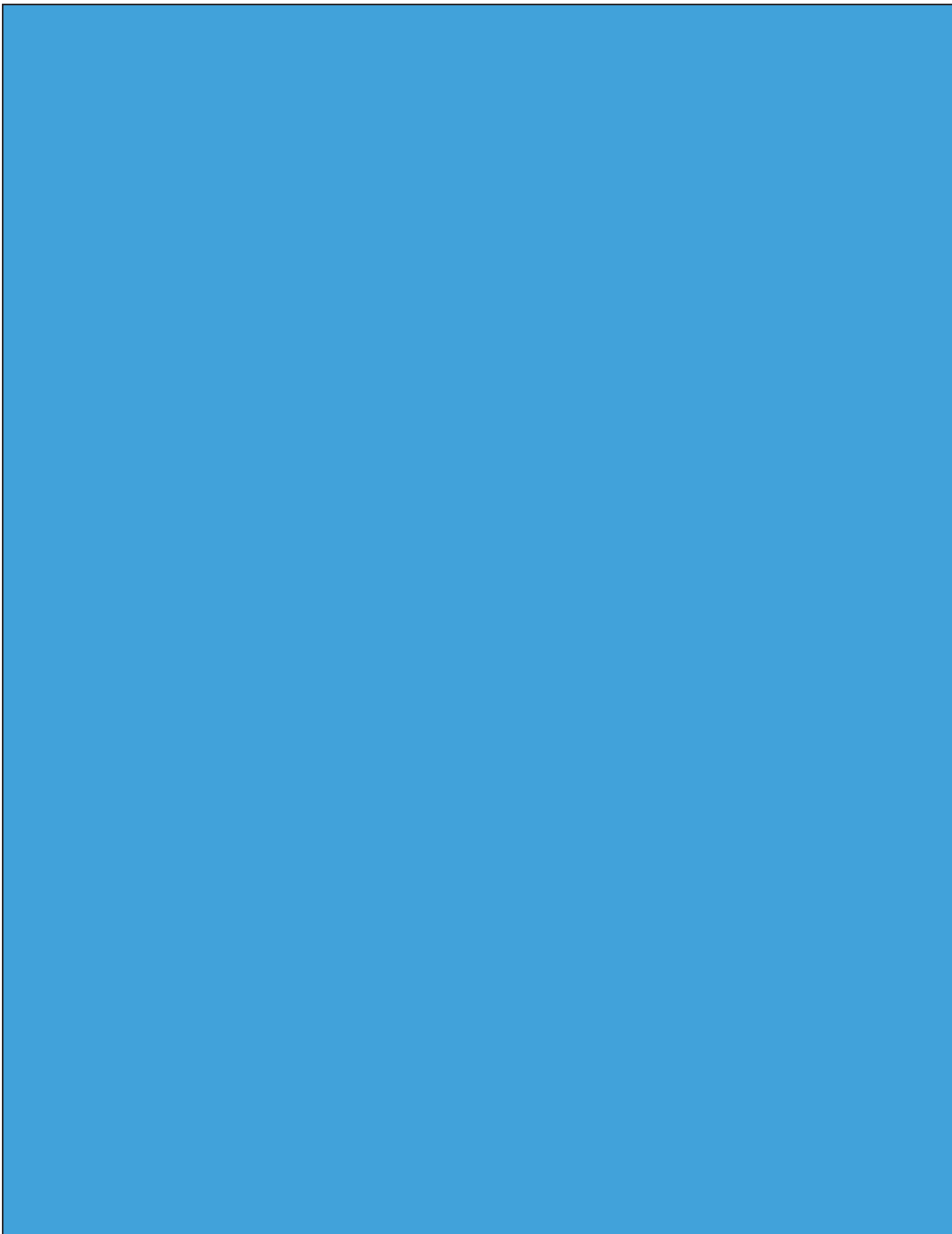


"Iniciativa de cinco mundos, un compromiso social"



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN







PROMOCIÓN DE LA SALUD

Una Tarea y Desafío Vigentes

**Universidad Autónoma de Nuevo León
Organización Panamericana de la Salud
Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud
Consortio Interamericano de Universidades y Centros de Formación
de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud**







PROMOCIÓN DE LA SALUD

Una Tarea y Desafío Vigentes

Pedro César Cantú Martínez
María Teresa Cerqueira
Hiram Vicente Arroyo Acevedo
Editores

Universidad Autónoma de Nuevo León
Organización Panamericana de la Salud
Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud
Consortio Interamericano de Universidades y Centros de Formación
de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud





Jesús Ancer Rodríguez
Rector
Rogelio G. Garza Rivera
Secretario General
Rogelio Villarreal Elizondo
Secretario de Extensión y Cultura
Celso José Garza Acuña
Director de Publicaciones
Hilda Irene Novelo Huerta
Directora de la Facultad de Salud Pública y Nutrición



Maria Teresa Cerqueira
Jefe de la Oficina Fronteriza México-Estados Unidos
Organización Panamericana de la Salud /OMS



Hiram Vicente Arroyo Acevedo
Director Regional para América Latina/UIPES y Coordinador del
Consortio Interamericano de Universidades y Centros de Formación
de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud

Casa Universitaria del Libro
Padre Mier 909 Poniente Esquina con Vallarta
Monterrey, Nuevo León, México, C.P. 64000
Teléfono: (5281) 8329 4111; 8329-4126 / Fax: (5281) 8329 4095
e-mail: publicaciones@uanl.mx; casadellibro@uanl.mx
Página web: www.uanl.mx/publicaciones

Primera edición, 2012
© Universidad Autónoma de Nuevo León
© Pedro César Cantú Martínez

ISBN: 978-607-433-839-3
Impreso en Monterrey, México
Printed in Monterrey, Mexico



RECONOCIMIENTOS

*Nuestro reconocimiento a la Universidad Autónoma de Nuevo León /
Facultad de Salud Pública y Nutrición que hizo posible
esta publicación.*

*A la Organización Panamericana de la Salud, a la Unión Interna-
cional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud y al
Consortio Interamericano de Universidades y Centros de Formación
de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud,
instituciones que auspiciaron este proyecto editorial.*

*Nuestra gratitud de forma muy especial, para quienes participaron
con sus contribuciones, que aportaron sus puntos de vista desde las
distintas realidades, con lo cual enriquecieron el contexto
temático abordado.*

PCCM, MTC e HVAA

DEDICATORIA

*A mis padres,
Guadalupe y María Antonia
A mi esposa e hija,
Julia Magdalena y Mónica Marcela
Al hacedor de toda buena dádiva y que
planea nuestro futuro lleno de esperanza*

PCCM





Advertencia

El presente manuscrito se ciñe a la buena fe de incrementar el acervo cultural que existe en la sociedad sobre promoción de la salud.

Las ideas expresadas, juicios y opiniones, así como materiales utilizados en los documentos incumben exclusivamente a la responsabilidad de los autores respectivos.

La publicación de este libro se financio con recursos del PIFI 2011.

Forma de citar esta obra

Cantú Martínez, P.C., Cerqueira, M.T. & Arroyo Acevedo, H.V. (Eds.)(2012). *Promoción de la Salud, Una Tarea y Desafío Vigentes*. México. Universidad Autónoma de Nuevo León/Organización Panamericana de la Salud/Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud/Consortio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud.

Material Fotográfico

El material fotográfico fue proporcionado por la Oficina Fronteriza México-Estados Unidos de la Organización Panamericana de la Salud/OMS.





CONTENIDO

PRÓLOGO / 11

María T. Cerqueira

INTRODUCCIÓN / 13

*Pedro César Cantú Martínez, María T. Cerqueira
e Hiram V. Arroyo Acevedo*

Capítulo 1 / 17

ELEMENTOS INTRODUCTORIOS AL CAMPO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Dora Cardaci, Edwin Peñaherrera Sánchez y Giselda Sanabria Ramos

Capítulo 2 / 37

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES: UN ENCUENTRO ENTRE ACTORES, VOLUNTA- DES Y RELIDADES PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS

*Martha Lucía Gutiérrez Bonilla, Antonio Albi-
ñana Ferri y Amparo Herrera Cárdenas*

Capítulo 3 / 69

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA EDUCA- CIÓN EN LAS UNIVERSIDADES

Hiram V. Arroyo Acevedo

Capítulo 4 / 85

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PRE- SENTE

*Hiram V. Arroyo Acevedo, Silvia E. Rabionet-Sa-
bater y Lydia E. Santiago-Andújar*

Capítulo 5 / 107

COMUNICACIÓN SOCIAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: ALIADOS ESTRATÉGICOS PARA GENERAR PROCESOS DE CAMBIO

*Edwin Peñaherrera Sánchez y Raúl Choque La-
rrauri*

Capítulo 6 / 119

FORTALECIMIENTO DOS SISTEMAS DE VIGI- LÂNCIA EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

*Elisabeth Carmen Duarte, Jarbas Barbosa da
Silva Junior, Sandhi Maria Barreto e Deborah
Carvalho Malta*

Capítulo 7 / 145

LEGITIMANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE: A EFETIVIDADE DAS PRÁTICAS

*Vera Lucia Góes Pereira Lima, José Maria Arru-
da, Maria Auxiliadora Bessa Barroso, Maria de
Fátima Lobato Tavares, Nora Zamith Ribeiro
Campos, Regina Celi Moreira Basílio Zandon-
di, Rosa Maria da Rocha, Cláudia Maria Bógus,
Nina Wallerstein, Ronice Franco de Sá, Samuel
Jorge Moysés e Simone Tetu Moysés*

Capítulo 8 / 161

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

Pedro César Cantú Martínez

QUIENES PARTICIPAN / 173





PRÓLOGO

En la actualidad existen diferentes enfoques teóricos y prácticos sobre la Promoción de la Salud, sin embargo entre sus fines y propósitos, observamos dos vertientes, la primera que la considera como una meta en sí misma, y por otra parte como un medio para lograr alcanzar la tan ansiada justicia social. No obstante, esta divergencia de orden práctico, podemos reconocer esta como aquella que encierra conceptos y un conjunto de acciones encaminadas a la promoción de la salud comunitaria, promovida principalmente en el contexto de los movimientos sociales que abogan por arraigar estilos de vida saludables, abarcando aspectos tanto económicos y sociales.

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud, que es la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, apoya técnicamente a los Estados miembros en el desarrollo, incluso ejecución y evaluación de las actividades integrales de Promoción de la Salud, dirigidas, a fortalecer

el desarrollo de las comunidades y competencias de los propios actores de estas, incluso del personal de salud. Es sabido por todos, que salud y educación son elementos vitales para lograr el bienestar, calidad de vida y el desarrollo humano sostenible. Es así, que las iniciativas de Promoción de la Salud, impulsadas por la Organización Panamericana de la Salud tienen el desafío, así como la trascendente oportunidad de contribuir al logro de las aspiraciones y objetivos trazados en las Metas de Desarrollo del Milenio.

Entre las acciones de Promoción de la Salud, que son relevantes están aquellas que han contemplado a las escuelas como agentes de Promoción de la Salud. Esta iniciativa está constituida de tres pilares fundamentales: 1) el abordaje de la educación para la salud con un enfoque integral que pretende brindar a los educandos la adopción de actitudes para desarrollar y mantener habilidades para lograr un nivel adecuado de calidad de vida; 2) el fomento a la creación y mantenimiento de



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

entornos saludables que fortalezcan las capacidades de desarrollo, tanto institucional, comunitario, como en el orden individual; y 3) del aprovisionamiento de servicios de salud adecuados, así como de una alimentación sana acompañada por una vida activa, con lo cual se busca evidenciar una atención primaria oportuna para detectar y prevenir los problemas y factores de riesgos sobre la salud.

Un aspecto notable para el desarrollo de la implementación de las Escuelas Promotoras de la Salud, lo constituye la difusión del conocimiento y el intercambio de experiencias entre los diferentes Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud, particularmente mediante la participación de sus Autoridades Sanitarias.

Sin embargo, la constitución de Redes Latinoamericanas de Escuelas Promotoras de la Salud, en el concierto regional, han contribuido grandemente a la consolidación y generación de espacios para el intercambio de ideas, que conllevan a impulsar los programas de promoción de la salud, con lo cual se asegura la retroalimentación, para el logro de esta iniciativa. Entre algunos temas claves que incumben a esta iniciativa, encontramos: 1) la capacitación y formación de recursos humanos; 2) el desarrollo de investigación y evaluación de los factores de riesgos, así como de aquellos contemplados como protectores para el fortalecimiento de una mejor calidad de vida; 3) el desarrollo de materiales didácticos; 4) el fortalecimiento de alianzas estratégicas y cooperación; y finalmente 5) la inclusión de temáticas de promoción de la salud en los programas curriculares formales de educación.

Lo anteriormente citado, nos deja vislumbrar los retos que se avecinan en el campo de la Promoción de la Salud, y que como sociedad tenemos que afrontar. Muy seguramente las posibilidades de éxito en el futuro depende-

rán, por una parte, de la receptividad y empoderamiento por parte de la población de las acciones y esfuerzos que las autoridades sanitarias realizan, mediante políticas de carácter público.

Debemos por último, reconocer que todos los elementos de la Promoción de la Salud, están encaminados a disminuir la brecha de desigualdades y acciones que conllevan a optimizar la salud y calidad de vida, como ha sido hasta ahora, estas actividades de Promoción de la Salud han permitido reducir la mortalidad materna, dar acceso a agua limpia a un gran número de personas y han puesto a salvo de enfermedades mortales a poblaciones vulnerables, como niños y niñas.

*María T. Cerqueira
Jefe de la Oficina Fronteriza
México-Estados Unidos de la
Organización Panamericana
de la Salud / OMS*

INTRODUCCIÓN

La Promoción de la Salud, es un proceso que la sociedad ha contemplado para incidir en el mejoramiento de la salud –tanto de personas como familias y hasta de las mismas comunidades- que contempla una variedad de actividades, entre las que podemos mencionar la educación, prevención y fomento a la salud.

Donde se aprecia como la sociedad actúa a través de políticas públicas para favorecer las capacidades institucionales de aquellos entes que velan por la salud de la población, además de influir en estilos de vida que favorezcan un empoderamiento por parte de las personas, que les permita vivir más sanamente.

En este libro se examinan en el primero de sus apartados, los elementos introductorios al campo de la promoción de la salud, donde se enfatiza los cuatro grandes elementos que constituyen este campo de la salud como es biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de la atención sanitaria. Además se hace palpable

la importancia de visualizar la salud desde un enfoque holístico considerando sus dimensiones psico-social y biológico. Y donde se reconoce, la construcción de un amplio consenso respecto a reconocer la estrecha relación existente entre promoción de la salud, salud y desarrollo humano y económico.



En segunda instancia, se adentra en las políticas públicas, vistas estas como el punto de encuentro entre los diferentes actores; donde se aporta una perspectiva de permanente intercambio y debate de ideas de la sociedad, y como estos encuentros se traducen en decisiones públicas, donde se hace evidente el papel importante de los grupos y diferentes actores sociales a la luz de las políticas públicas, y como estos transitan de una actitud pasiva a una activa.

En la tercera colaboración de este documento se escudriña la contribución universitaria en la promoción y educación para la salud, haciendo hincapié de la participación y el liderazgo de las instituciones de educación su-

PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

perior universitario en momentos históricos cuando las políticas y estructuras de promoción de la salud se han debilitado o se han visto afectadas por los cambios de carácter político y administrativo en las naciones. Destaca además, que los principales Centros Colaboradores de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) en el ámbito de la Promoción de la Salud, se encuentran en las Universidades, que apoyan en la gestión de la investigación, capacitación y la práctica de la promoción de la salud. Resaltando que el empoderamiento solo existirá si existe un contexto en el cual el proceso social promueva la participación de personas, organizaciones y comunidades para aumentar el control individual y comunitario mediante el cambio de su ambiente social y político para así alcanzar equidad social y por lo tanto, una mejor calidad de vida, donde las Universidades constituyen un pilar fundamental.

En su cuarto apartado, se menciona que la educación para la salud constituye una de las estrategias de intervención por excelencia en el ámbito de la Salud Pública. Esta es considerada como un conjunto de procesos dirigidos a la modificación de comportamientos y al desarrollo de mejores condiciones de vida de las poblaciones. Entre los mecanismos que se desarrollan con la Educación para la Salud, destaca la comunicación de información relacionada con las condiciones sociales, económicas y ambientales que impactan la salud, además de los factores y comportamientos de riesgo individual y el uso del sistema de cuidado de la salud.

La quinta aportación, refiere a la comunicación social en promoción de la salud, la cual es de suma importancia ya que brinda información y motiva a la población con el objetivo de producir cambios de comportamiento en sus estilos de vida. Para su eficacia, se contempla

hacer uso de mensajes claros, continuos, accesibles, pero sobre todo con significado y recursos suficientes, donde se muestre las oportunidades del *marketing* social y la diversidad de medios que hoy día existen.

En la sexta participación de este manuscrito, se examina los elementos para fortalecer un sistema de vigilancia en salud, como un instrumento para la promoción de la salud; en este se observa la pertinencia de elementos como las investigaciones académicas, de servicios, como los análisis situacionales de salud en la construcción de escenarios para analizar las tendencias en la vigilancia en la salud, que orienten y fomenten los sistemas de gestión, demostrando además que la promoción de la salud es el primer paso para una asistencia sanitaria eficaz.

En su séptimo título, se aborda la efectividad de las prácticas en promoción de la salud en Brasil; donde se estudia los determinantes que favorecen la promoción de la salud como son las conductas individuales, estilos de vida, utilización de los servicios, así como las condiciones sociales y políticas económicas y ambientales existentes. Con el propósito de hacer evidente la participación de los diferentes actores y la necesidad de implementar diferentes estrategias que conlleven a superar las desigualdades en salud, resolución al problema de pobreza y mejoramiento de la calidad de vida.

En su último apartado, se repasa la experiencia de promoción de salud en México; donde se destacan los logros conseguidos a través de las políticas de promoción de salud promulgadas. Sin embargo, también se reconoce que para lograr una sociedad saludable, es necesario sostener un principio de corresponsabilidad y de un proceder actuante, que influya en la salud colectiva como en la individual de todos los actores.



Es así, que esperamos que cada uno de los objetivos medulares tratados en el libro *Promoción de la Salud, Una Tarea y Desafío Vigentes*, sirva para todos los grupos sociales, respondiendo de forma convenientemente a las exigencias y expectativas de los heterogéneos sectores de nuestra sociedad, principalmente -porque se admite un mayor reto- en aquellos actores mejor enterados y con expectativas más demandantes, tanto en conocimiento como en su atención en salud. Por otra parte, el conjunto de aportaciones de este libro pretende tener una validez en una amplia gama de sitios, a partir del contexto de mejorar la calidad de vida de las personas y de reconocer aquellos indicadores de sustentabilidad ambiental que permitan perpetuar las acciones de promoción de la salud.

Pedro César Cantú Martínez

María T. Cerqueira

Hiram V. Arroyo Acevedo

Editores







Capítulo 1

ELEMENTOS INTRODUCTORIOS AL CAMPO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

*Dora Cardaci
Edwin Peñaherrera Sánchez
Giselda Sanabria Ramos*

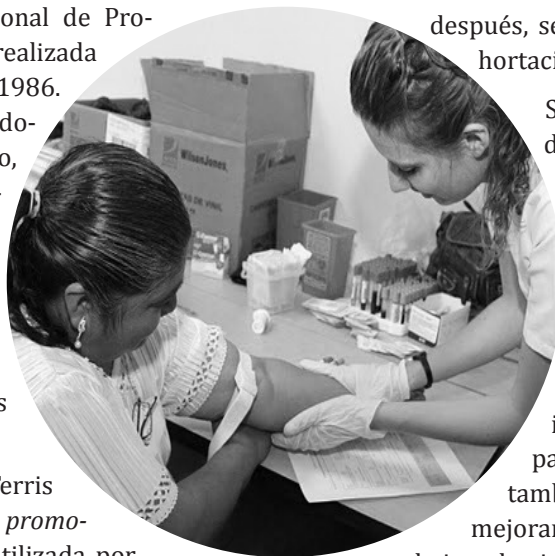
UN POCO DE HISTORIA

Cuando agentes comunitarios y profesionales hacen referencia a la promoción de la salud, ésta aparece ligada generalmente a la denominada Carta de Ottawa, declaración surgida de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Ottawa, Canadá, en 1986.

Antes de analizar este documento, sin embargo, es necesario situar algunos antecedentes que nos permitirán comprender por qué en ese encuentro internacional cristalizaron tendencias previas de diverso orden.

Según Milton Terris (1996) la expresión *promoción de la salud* fue utilizada por primera vez por Henry Sigerist en 1945 quien definió las cuatro funciones esenciales de la medicina: 1) la promoción de la salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) el restablecimiento de los enfermos, y 4) la rehabilitación. Asimismo, afirmó que la salud se promueve proporcionando condiciones de

vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso. Para lograr estos objetivos propuso el esfuerzo coordinado de la clase política, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos. Cabe señalar que en la Carta de Ottawa, casi cuatro décadas después, se haría esta misma exhortación.



Sigerist, en el listado de los aspectos fundamentales que debe tomar en cuenta un programa nacional de salud, consideraba en primer lugar a la educación gratuita para toda la población, incluida la educación para la salud. Destacaba también la importancia de mejorar las condiciones de trabajo y de vivienda, hacía referencia a los medios de recreación y descanso y proponía un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible a todos, responsable por la salud de la población y capaz de ayudar a mantenerla y restaurarla, cuando la prevención ha fallado. Finalmente subrayaba el papel decisivo que juega el desarrollo de la



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

investigación y la capacitación.

Otro antecedente central de la Carta de Ottawa es el Informe *Una nueva perspectiva de salud de los canadienses*, usualmente conocido como el *Informe Lalonde*, publicado por el gobierno de Canadá en 1974 y presentado por Marc Lalonde, quien en ese momento era el Ministro de Salud y Bienestar Nacional. Este documento (Restrepo, 2001) consideraba a la promoción de la salud como una estrategia gubernamental dirigida a la resolución de los problemas de salud y proponía acciones que tenían que ver especialmente con cambios del estilo de vida.

Con base en este aporte, se comenzó a difundir el concepto *campo de salud*, que consta de cuatro grandes elementos: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de la atención sanitaria. En el mismo documento se sostenía que las acciones preventivas debían primar sobre las curativas.

Asimismo, en 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud en Alma-Ata, Kazajstan, subrayó que la salud es un aspecto fundamental de la calidad de vida y que las poblaciones tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y operación de los programas dirigidos a la protección y atención de su salud. Entre otros aspectos, los participantes lograron un consenso respecto a la necesidad de otorgar mayor importancia y recursos a la promoción de la salud y la participación social y elaboraron un documento final de la conferencia en el que se establecía la llamada *Estrategia de Salud para todos en el año 2000*.

En este particular clima que ponía el énfasis en los determinantes estructurales del estado de la salud colectiva, se organizó en 1986 la primera Conferencia Internacional de Promo-

ción de la Salud realizada en Ottawa. Dicho encuentro buscó reactivar los compromisos de los países miembros de la OMS con los principios acordados en Alma-Ata para el año 2000.

Puede afirmarse, en consecuencia, que la Carta de Ottawa oficializa y expande la propuesta de promoción de la salud a nivel internacional. El documento reafirma la importancia de visualizar la salud desde un enfoque macro, ecológico u holístico considerando sus dimensiones psico - social y biológica. La promoción de la salud identifica particularmente cinco vías de acción:

- Reforzamiento de la participación comunitaria.
- Desarrollo de capacidades personales.
- Creación de un medio ambiente favorable.
- Reorientación de los servicios de salud.
- Establecimiento de políticas públicas que favorezcan la salud.

El compromiso establecido en Ottawa se dirige a:

- Influir en el terreno de las políticas públicas para que la salud y la equidad se conviertan en metas centrales de todos los sectores.
- Contrarrestar las presiones que se ejercen para continuar produciendo productos peligrosos, condiciones de vida y medio ambientes poco saludables y mala nutrición. Focalizar la atención en cuestiones como la contaminación, los riesgos ocupacionales, la vivienda y los asentamientos urbanos.
- Responder a las disparidades en términos de salud que se dan entre distintos grupos sociales y entre distintas so-



ciudades.

- Considerar que las personas son el principal recurso de salud, apoyarlas para que ellas, sus familiares y amigos gocen de una buena salud, bienestar y condiciones de vida.
- Reorientar los servicios y recursos de las instituciones hacia la promoción de la salud. Compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y con la propia gente.

Posteriores encuentros mundiales de promoción de la salud que sucedieron al de Ottawa buscaron operacionalizar estas recomendaciones. En la segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud efectuada en 1988 en Adelaide, Australia, se trabajó en particular sobre la posibilidad de influir en la definición de políticas públicas que tiendan al mejoramiento de la salud¹. Ésta fue definida como un derecho y como una importante inversión social. Se subrayó que las inequidades en salud se originan en una sociedad que es, a su vez, inequitativa.

Los participantes en la conferencia identificaron cuatro áreas prioritarias sobre las que deberían influir las prácticas de salud pública:

- Mejoramiento de la salud de la mujer
- Eliminación del hambre y la desnutrición
- Disminución del uso del tabaco y alcohol
- Creación de medio ambientes más adecuados.

Este último aspecto centró las discusiones de la Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud llevada a cabo en Sundsvall, Suecia, en 1991. El tema del evento

1. The Adelaide Recommendations: Health public policy (1988), in: Health Promotion 3 (2): 183-186.

fue, precisamente, la creación de medio ambientes saludables.

El encuentro buscó reunir a aquéllos que, por años, habían analizado en contextos separados y para audiencias distintas, los temas del medio ambiente y de la salud. En este sentido, se trató de vincular la perspectiva de los defensores del medio ambiente expresada en los documentos finales de algunas reuniones clave (Estocolmo, 1972, Nairobi, 1973, Perspectivas sobre medio ambiente en el año 2000 ONU, 1987) con la de exponentes de la salud pública y de la promoción de la salud en particular.

En este contexto, el desarrollo comunitario fue definido como: *“el proceso a través del cual una comunidad se involucra en la identificación y reforzamiento de aquellos aspectos de la vida cotidiana, de la cultura y de la actividad política que contribuyen a la salud. Esto puede incluir, tanto el apoyo a las actividades políticas que lleven a mejorar el medio ambiente social (social environment) y a reforzar aquellos elementos que permitan una vida más saludable así como el estimular la creación de redes sociales al interior de una comunidad”*².

El medio ambiente social, desde esta visión, está compuesto por las normas, valores, costumbres, modas, hábitos, prejuicios y creencias de una sociedad. Este complejo entramado, varía enormemente de sociedad en sociedad pues estos aspectos son modulados por factores étnicos y geográficos y por los medios masivos de comunicación, siendo institucionalizados finalmente en la familia, la comunidad y el país³.

Los documentos finales de la Conferencia de Sundsvall contribuyeron además a difundir un concepto que ya se venía manejando en el terreno de la salud pública y que se ha populari-

2. Kumpusalo, E., (1991): p. 92.

3. UNEP/WHO/NCM (1992):p. 62.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

zado en el discurso de ONG's y en el de ciertas de instituciones de salud y educación: la búsqueda de empoderamiento (*empowerment*) de las poblaciones, concepto sobre el que se profundizará en otro capítulo de este libro.

En 1988, en ocasión de la XIII Conferencia Mundial de Educación para la Salud organizada en Houston por la Unión Internacional de Educación para la Salud, el Director General de la OMS, al señalar que *"la salud es producto de la acción social y no el simple resultado de la atención médica"*⁴, confirmó que la promoción de la salud implica un compromiso tendiente a reducir inequidades sociales que trascienden al sector salud.

Estos nuevos lineamientos fueron adoptados en 1990 en la Resolución XIII de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana denominada *Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el Cuadrienio 1991-1994*.

La XXIII Conferencia Regional recomendó que la OPS (1992:24) se volcase *"en mayor grado hacia las acciones de promoción de la salud y de fomento de estilos de vida saludables, subrayando que la promoción de la salud es concebida como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva"*.

Estas orientaciones generales se operacionalizaron posteriormente en el Programa de Promoción de la Salud de OPS en el que se destacaba que la implementación de la estrategia de promoción de la salud *requiere "una transformación de los sistemas de salud que asigne una mayor importancia a los principios preventivos y de manejo de riesgos dentro de una filosofía de producción de salud y no solo*

*de asistencia médica"*⁵.

El programa definió como metas:

- Generar en los países acciones de promoción de la salud con involucramiento de los sectores sociales que, conjuntamente con el de la salud, son responsables por el bienestar colectivo y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- Estimular la producción, disseminación y utilización de la información técnica y contribuir al desarrollo de canales para su transferencia y utilización en las áreas prioritarias del programa.
- Establecer un sistema regional de información sobre materiales básicos en promoción de la salud y técnicas de comunicación social.
- Formular y ejecutar en los países programas de comunicación social en salud, orientados a promover cambios en los estilos de vida.
- Incorporar en los programas de los servicios locales de salud, elementos específicos de prevención primaria y promoción de la salud, al tiempo que se apoya su desarrollo integral y el mejoramiento de la atención que dispensan.
- Apoyar la investigación epidemiológica y el análisis de la situación en relación con las áreas de la competencia técnica del programa, con miras a su utilización en el diseño de intervenciones preventivas.
- Impulsar la planificación de programas y servicios sociales para los adultos mayores en anticipación al crecimiento acelerado de necesidades y demandas que experimentará este grupo en los

4. Nakajima, H, (1988): p. 2

5. OPS (1992): p. 1



países en desarrollo de la Región.

- Contribuir al desarrollo de políticas sobre la utilización racional de tecnologías complejas para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del adulto y de las personas en edad avanzada, así como sobre la disseminación de la información pertinente.

En 1992 en la Declaración de Santa Fe de Bogotá y en 1993 en la Carta de Trinidad y Tobago, se reafirmaron los principios y compromisos con la filosofía de la promoción de la salud en América latina y el Caribe de habla inglesa.

Dos años antes de la elaboración del Programa de Promoción de la Salud de OPS, en el seno de la Segunda Conferencia Interamericana de Educación para la Salud, se había constituido la Oficina Latinoamericana de la Unión Internacional de Educación para la Salud (UIES/ORLA). Esta oficina, era un emergente del trabajo colectivo desarrollado por un conjunto de profesionales que consideraban que existía un bagaje de conocimientos y experiencias propios de la región latinoamericana que debían difundirse y fortalecerse no solamente al interior de la UIES, sino también en otros espacios, redes y asociaciones que trabajaban por superar la hegemonía del paradigma biomédico en la explicación del proceso salud - enfermedad - atención.

Es importante señalar que ORLA contribuyó a la elaboración de los principios de la carta declaratoria aprobada en la XIV Conferencia Mundial de Educación para la Salud realizada en 1991 en Helsinki, Finlandia (Dhillon y Tolsma, 1991)

Dicha declaración, anticipaba algunos de los elementos del Programa de Promoción de la Salud de OPS y confirmaba su estrecho vínculo con la educación para la salud al señalar que ésta *“es la combinación de acciones sociales*

*organizadas y experiencias de aprendizaje diseñadas para posibilitar que la gente tenga un mayor control sobre los determinantes de la enfermedad y sobre las condiciones que afectan su situación de salud y la de otras personas”*⁶.

La entusiasta acción emprendida para legitimar un modelo de operar y conceptualizar el trabajo educativo en salud articulado estrechamente con el perfil epidemiológico y las culturas de los países latinoamericanos, condujo a un proceso en el que se buscó ir redefiniendo los espacios colectivos de discusión y difusión de las ideas.

En 1990 se realizó la última conferencia interamericana de educación para la salud auspiciada por la UIES. Posteriormente, la Oficina Regional Latinoamericana de la denominada en 1992 como Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES-ORLA), organizó y llevó a cabo en Cuba, Chile, Brasil y Colombia en los años 1993, 1996, 2002 y 2009, respectivamente⁷, cuatro Conferencias Latinoamericanas que han permitido definir las posibilidades y contradicciones de las políticas de promoción de la salud y educación para la salud que se han venido proponiendo en esta sub - región del continente americano.

Algunos de estos tópicos se analizaron críticamente en el marco de la Tercera Conferencia Regional Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, evento en el que se consensó la Carta de Sao Paulo. En el documento se enuncian los desafíos de la promoción de la salud: 1) Impulsar una agenda social integrada que busque alternativas al desarrollo teniendo como centro al ser humano. Este mandato implica enaltecer los valores de

6. Dhillon, H, Tolsma, D. (1991)
7. En abril de 2012 se realizarán en la ciudad de México, la Cuarta Conferencia Interamericana y la Quinta Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

la equidad, el respeto a las diferencias, la construcción de solidaridad y la paz, 2) Adoptar procesos democráticos de participación social real y efectiva para impulsar políticas de salud y calidad de vida, 3) Reconocer la diversidad de saberes, de culturas, y la necesidad de descentralizar el poder, 4) Trabajar en la superación de la fragmentación de la atención y cuidado de la salud. Propiciar el diálogo entre el Estado, la sociedad civil y las comunidades, 5) Desarrollar sistemas públicos de salud que se comprometan con acciones colectivas de salud y garanticen una atención de calidad a las necesidades de la población (UIPES-ORLA, 2002).

Un lustro después, la Cuarta Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud señalaba, entre otros problemas, que los países de América latina atravesaban por un proceso de transformación progresiva de los sistemas de salud, seguridad social y educación en el que la industria farmacéutica y los proveedores privados de seguros médicos habían cobrado una importancia creciente, llegando a configurar lo que se ha denominado *el nuevo mercado de la salud*. Asimismo, se enfatizaba que las inversiones en el sector salud se continuaban orientando en forma prioritaria a la asistencia diagnóstica y terapéutica basada en la biomedicina sin intervenir en las causas estructurales de problemas tan graves como: la desnutrición, los homicidios y la contaminación ambiental. De allí que los participantes en dicha conferencia, a través de la Declaración de Medellín, abogaban por el cumplimiento de las siguientes líneas de acción:

- *Implementación de Políticas Públicas favorables a la salud*, evaluadas en términos de impacto sobre la salud, basadas en las necesidades reales de la población y en el abordaje de los deter-

minantes sociales del proceso salud-enfermedad.

- *Construcción y fortalecimiento de capacidades* en promoción de la salud y educación para la salud en los diversos países, a través de la formación de pre y posgrado y la educación continuada.
- *Creación y mantenimiento de espacios que favorezcan la participación social y comunitaria* para la planificación, ejecución, administración, seguimiento y control de todas las acciones favorables a la salud y en todos los niveles y sectores de gobierno.
- *Desarrollo de estrategias de educación y comunicación* para la salud intercultural que sean incluyentes, respetuosas con la diversidad, que busquen el mutuo entendimiento y el diálogo entre distintos saberes a través de intercambios horizontales.
- *Establecimiento de alianzas para el trabajo intersectorial, transdisciplinar y solidario* con autoridades de gobiernos locales y nacionales, agencias de cooperación internacional, organizaciones no gubernamentales, de base comunitaria y privadas para trabajar en la construcción de la salud para vivir más y, sobre todo, mejor.

En 1997 la Organización Mundial de la Salud, realizó la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud en Yakarta, Indonesia. En la declaración producto de este encuentro se identificaron cinco prioridades que fueron confirmadas en la Resolución sobre Promoción de la salud adoptada en 1998 por la Asamblea Mundial de la OMS:

- Promover la responsabilidad social por la salud.



- Aumentar la capacidad de la comunidad y empoderar a los individuos.
- Expandir y consolidar alianzas por la salud.
- Aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud.

La Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la salud que tuvo lugar en México en 2000, consideró a estos lineamientos como un insumo fundamental para su organización y enfatizó que el concepto de equidad era un reto central para la promoción de la salud en un contexto en el que las inequidades sociales y económicas incrementaban y erosionaban las condiciones de salud (OMS,2000). Uno de los aspectos sobre los que hubo consenso en las discusiones técnicas sostenidas en esta reunión, fue la necesidad de llevar a cabo un esfuerzo continuo para fortalecer la base de evidencias en las cuales las políticas y prácticas de promoción de la salud están basadas. En América latina, este lineamiento ha dado inicio a un trabajo regional orientado a la recopilación de pruebas científicas que permitan evaluar los alcances de las acciones principales que se han venido implementando en promoción de la salud. (Salazar *et al*, 2003 y 2011)

La Carta de Bangkok *para la promoción de la salud en un mundo globalizado*, se elaboró como resultado de la Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la salud realizada en Tailandia en 2005. La redacción de este documento fue precedida por un amplio debate crítico⁸ ya que quienes trabajaban en el campo de la promoción de la salud vieron que se abría la posibilidad de poner en cuestión 8. Ver al respecto los diversos aportes publicados en Review of Health Promotion and Education on Line, <http://www.rhpeo.org/reviews> 2005.

la Carta de Ottawa, propuesta que, a decir de Kickbusch (2005), funcionaba como “*una co-bija cálida con la que todos nos habíamos acostumbrado a vivir cómodamente*”. Este debate e intercambio entre una diversidad de actores sociales dio lugar a una nueva carta que buscaba complementar y enriquecer constructivamente los valores, principios y estrategias establecidos en Ottawa y en las conferencias posteriores a ésta.

Los cuatro compromisos clave asentados en el documento buscan que la promoción de la salud sea: a) Un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial, b) Una responsabilidad esencial de todos los niveles de gobierno, c) Un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil y d) Un requisito de las buenas prácticas empresariales (OMS, 2005).

Finalmente, en el año 2009, en Nairobi, Kenia, se celebró la Séptima Conferencia Global de Promoción de la Salud. Una de las ideas que sustentó los debates fue que la promoción de la salud es una estrategia esencial para mejorar la calidad de vida, reducir la pobreza y las inequidades en salud y crear sociedades más justas en las cuales las personas tengan un mayor control de los recursos necesarios para el bienestar colectivo.

Como producto de esta conferencia, se aprobó un *Llamado a la acción para cerrar las brechas de implementación en promoción de la salud* que fue elaborado por alrededor de 600 expertos de más de 100 países asistentes a este encuentro. El documento establece diversos mensajes clave alrededor de los cuales se organizaron las discusiones:

- Fortalecimiento de los sistemas de salud, las alianzas y la acción intersectorial.
- Empoderamiento de las comunidades.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

- Alfabetización en salud para adoptar prácticas saludables.
- Construcción de capacidades para la promoción de la salud.

El *Llamado a la Acción de Nairobi* define estos puntos, destaca su importancia, propone estrategias y acciones sobre los mismos y hace un exhorto a los gobiernos y grupos de interés para que utilicen todas las potencialidades de la promoción de la salud e integren sus principios a las agendas políticas y de desarrollo.

Es importante señalar que, este documento y los elaborados posteriormente para dar seguimiento a los acuerdos de Nairobi y a los que se llegó en anteriores conferencias, destacan que las Naciones Unidas reconocen como uno de los principales derechos humanos al disfrutar, sin discriminación alguna, del mayor grado posible de salud. Por consiguiente, la promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental y, como ya se señalaba en la Carta de Ottawa, se refiere a un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida.

EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN

Durante largo tiempo, la salud fue entendida como *ausencia de enfermedad*. Posteriormente se comienza a manejar una concepción dinámica de la enfermedad (Almeida-Filho, 2002:85) que propone la existencia de un equilibrio entre el organismo y el ambiente que, roto por algún motivo, tendrá como consecuencia alteraciones en procesos fisiológicos, convirtiéndolos en patógenos o disfuncionales. En su ampliamente difundida declaración de 1946, la OMS definió la salud como el:

“estado de completo bienestar físico, mental

y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Terris (1992) hace una crítica a esta definición y señala que: 1) La salud no debe ser definida sólo en términos subjetivos (*sentirse bien*) pues estar sano implica también al menos un elemento objetivo, esto es, la capacidad de realizar determinadas acciones, de *funcionar*, 2) El término *enfermedad* necesita ser reemplazado por *padecimiento* ya que la salud y la enfermedad no son mutuamente excluyentes y 3) La palabra *completo* debería eliminarse pues la salud no es absoluta: existen diversos grados de salud. Con base en esta revisión precisa que la salud es el *Estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades*.

En 1994, Bergonzoli la define como el *“resultado del desarrollo armónico de la sociedad en su conjunto mediante el cual se brindan a los ciudadanos las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingreso, de empleo, de recreación y participación social para que, individual y colectivamente, desarrollen sus potencialidades en aras del bienestar”*. Esta última definición pone de manifiesto los múltiples factores que entran en juego en la obtención de niveles de salud satisfactorios y abre paso a la idea de que se necesita incidir tanto sobre aspectos micro-conductuales como sobre elementos estructurales que influyen las circunstancias, las creencias, la cultura y el contexto socio-económico y físico de las poblaciones.

En América latina, desde hace más de tres décadas, el avance de las ciencias sociales en el estudio del proceso salud-enfermedad-atención, ha producido cambios importantes en su concepción y en la redefinición de su objeto de estudio. Sin embargo, postular el carácter social de este proceso, no lleva a conclusiones



unívocas. En no pocas ocasiones, se ha trabajado desde dos líneas de pensamiento que no se logra hacer confluir: la salud individual se aborda desde el conocimiento biomédico y los problemas de salud colectiva se explican desde los aportes que realizan las disciplinas sociales y humanísticas.

En palabras de Menéndez (2011), una tendencia coloca en lo biológico, primero, y en lo ambiental, después, la causalidad de las enfermedades, y ve en las acciones biomédicas asistenciales y preventivas el factor decisivo de las soluciones a implementar, tomando como eje de sus intervenciones a los individuos. Una segunda tendencia, coloca las explicaciones y las soluciones en los determinantes económico - políticos y en las fuerzas sociales.

Diversos autores y autoras han buscado demostrar tanto teórica como empíricamente que el proceso salud-enfermedad -atención guarda una relación estrecha con la sociedad en la cual se presenta, que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la intervención médica y tiene que involucrar cambios sociales específicos (García, 1972, Laurell, 1997).

Asimismo, la necesidad de visibilizar y modificar los determinantes sociales de la salud, ha sido destacada por un grupo de expertos convocados por la OMS quienes, cuatro años atrás, subrayaban que *“la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de las naciones y las grandes desigualdades sanitarias entre países, están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible y a la posibilidad de tener una vida próspera”* (OMS, CDSS, 2008: 2).

El carácter histórico y social de las enfermedades se expresa objetivamente en la im-

posibilidad de distribución homogénea o perfectamente aleatoria de las patologías de la población. No obstante, como señala Bronfman (2001) aunque la desigualdad opera segregando grupos en los que se concentran los valores negativos de los indicadores socioeconómicos (entre los que se incluye el nivel de salud) no resulta tan claro por qué cuando operan *condicionantes* similares, los resultados no son iguales necesariamente. Esto ocurre no solo entre distintos integrantes de un mismo grupo social sino también entre diversos miembros de una misma familia. Éste es uno de los tantos retos a los que se enfrenta la promoción de la salud hoy.

Otro de los aspectos que no han sido suficientemente subrayados por la sociología médica actual (y que Terris señala en su reestructuración de la definición de la OMS) es la importancia que tiene para la promoción de conductas saludables la distinción entre *enfermedad* y *padecimiento*. Entendemos por el primero de estos conceptos al conjunto de eventos físicos, biológicos y psíquicos con existencia objetiva (Good, del Vecchio, 2000). Desde una perspectiva más sociológica, enfermedad designa al conjunto de signos y síntomas que experimenta un sujeto y que son legitimados por alguna instancia social. La adquisición del rol de enfermo es una construcción social que genera derechos (recibir una asignación económica por discapacidad o ser dispensado de realizar actividades laborales, por ejemplo) y obligaciones (buscar un diagnóstico y tratamiento que se debe seguir rigurosamente). El diagnóstico, por tanto, tiene implicaciones que van más allá de la ciencia médica y de las instituciones de salud. La enfermedad no es un concepto sobre el que se dé un acuerdo unificado. Existe una tensión en los conceptos médicos sobre salud y enfermedad. Se busca que representen hechos científicos, objetivos (este paciente está sano, aquel otro padece X



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

enfermedad) pero, simultáneamente, dichos conceptos conllevan juicios de valor ya que, estar enfermo es considerado, de alguna manera, como un suceso anormal o discapacitante que hay que modificar (Nettleton,2006).

Padecimiento o dolencia es el estado subjetivo experimentado por la persona encuadrada en el papel de enfermo/a. Sus significados son complejos y ambivalentes ya que además de lo negativo del padecer pueden existir aspectos que la persona viva (consciente o inconscientemente) como positivos o como *beneficios secundarios de la enfermedad* (Cardaci,1992).

Desde la mirada de la promoción de la salud se distingue entre la salud definida negativamente (como la ausencia de enfermedad) y la salud vista positivamente vinculada a una cualidad positiva (el bienestar). Según Tannahill (citado por Peñaherrera, 2005), la promoción de la salud comprende los esfuerzos orientados a incrementar la salud positiva y reducir el riesgo no solo de enfermar sino también de sentirse mal. Las estrategias a través de las cuales se busca que las personas se sientan bien en los lugares donde viven, se desarrollan desde las esferas superpuestas de la comunicación y educación para la salud, la prevención y las políticas saludables, es decir aquéllas que crean condiciones favorables para las prácticas de vida saludables. Por consiguiente, enfermedad y padecimiento no son sinónimos. Es posible sentirse mal y/o lucir mal como resultado de un diagnóstico médico, o tener una enfermedad sin sentirse mal, o sentirse mal sin estar enfermo.

La salud positiva tiene dos componentes: el bienestar y el sentirse saludable, apto para actuar propositivamente en su comunidad. El bienestar puede ser meramente subjetivo, pero para ser un componente de salud positiva debe reflejar un creciente proceso de empoderamiento el cual debe ser realizado a tra-

vés del desarrollo de habilidades sociales.

MODELO ECOLÓGICO DE LA SALUD

Como señalábamos en párrafos anteriores, la Carta de Ottawa destaca la importancia de enfocar la salud desde una visión amplia que tome en cuenta los determinantes estructurales o “macro” del proceso salud-enfermedad-atención. En otras palabras, una perspectiva ecológica que no está dominada por una preocupación etiológica referida a factores exclusivamente biológicos sino que incluye procesos culturales, económicos y políticos manejados sincrónica y diacrónicamente. Un enfoque que cuestiona la noción de causalidad específica y propone la existencia de un medio común a partir del cual pueden desarrollarse diferentes padecimientos en función de la mayor o menor vulnerabilidad de cada sujeto y su grupo (Menéndez, 1998).

El abordaje ecológico del proceso salud-enfermedad-atención se ha considerado fundamental para la planificación y la evaluación de intervenciones en Salud Pública. Esto implica no solo tomar en consideración la explicación clínica de la salud y la enfermedad, sino también la ambiental para incorporar conocimientos que posibiliten actuar de manera preventiva ante las enfermedades y entender y promocionar las prácticas saludables en la población.

El modelo Ecológico se preocupa por todo el ambiente que conforma a una comunidad determinada y no por el individuo aislado y parte de la idea de que si un individuo interactúa con un medio ambiente y ayuda a mejorarlo, esta actividad le ayuda a mejorarse a sí mismo. En este sentido, Kickbush (2005) considera que los esfuerzos de investigación e intervención deben basarse en un modelo ecológico que se operacionaliza a través de un abordaje

Modelo Ecológico

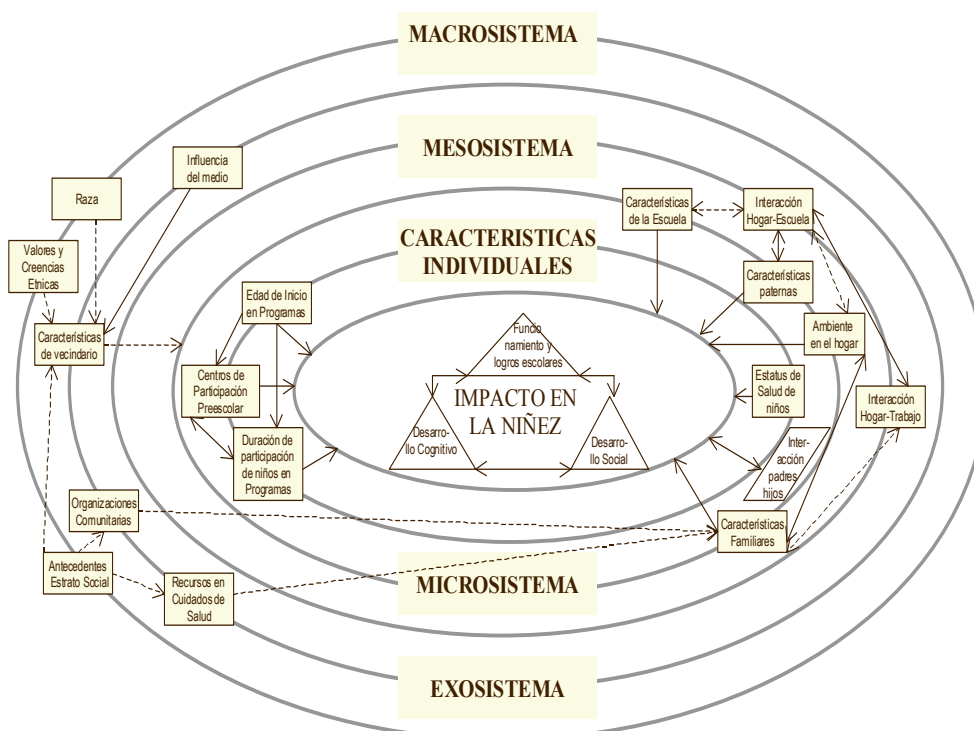


Figura 1. Modelo ecológico de la salud

de la salud socio-ecológico. Esto requiere enfocarse importantemente en las poblaciones y comunidades antes que en los individuos y centrarse, asimismo, en la interacción dinámica entre determinantes antes que en las cadenas causales. Esto es metodológicamente complejo y requiere fortalecer las capacidades de acción de la gente así como desarrollar estrategias de apoyo que les permitan verdaderamente hacer elecciones propias.

La perspectiva ecológica respecto al análisis de la salud (Bronfenbrenner, Masterpascua,

citados por Peñaherrera, 2005) plantea que se entiende mejor al individuo desde el enfoque del desarrollo y que éste opera como un ajuste continuo de la interacción individuo-entorno. Los seres humanos se encuentran motivados para dominar activamente su entorno mediante una serie de competencias. El desarrollo de las competencias o habilidades personales dependería a su vez de tres tipos de componentes o variables: 1) Oportunidad (existencia, disponibilidad y acceso a los recursos), 2) Apoyo (el contar con redes que funcionen como soportes de las acciones) y 3) Recom-

PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

pensa (retroalimentación de las conductas).

Desde mediados de la década de los años setenta, Bronfenbrenner plantea su visión ecológica del desarrollo humano, en la que destaca la importancia crucial del estudio de los ambientes en los que nos desenvolvemos. Algo que considera imprescindible, especialmente si queremos evitar perdernos en excesivas descripciones o en el estudio de procesos poco relevantes. Este autor considera al desarrollo como un cambio perdurable en el modo en que la persona percibe el ambiente que le rodea (su ambiente ecológico) y en el modo en que se relaciona con él. El postulado básico de su modelo es que el desarrollo humano supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona vive. Acomodación mutua que se va produciendo a través de un proceso continuo afectado por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que la persona participa y los contextos más amplios en los que tales entornos están incluidos.

El propio autor aclara esta definición resaltando varios aspectos. En primer lugar, señala que se debe entender a la persona, no sólo como un sujeto sobre el que el ambiente ejerce influencia, sino como una entidad en desarrollo y dinámica, que va implicándose progresivamente con el medio en el que vive y por ello lo influye e incluso lo llega a reestructurar. De allí que, como se requiere de una acomodación mutua entre el ambiente y la persona, la interacción entre ambos es bidireccional, caracterizada por la reciprocidad. A lo largo de sus escritos nos reitera que el concepto ambiente es en sí mismo complejo, ya que se extiende más allá del contexto inmediato para abarcar las interconexiones entre distintos entornos y la influencias que sobre ellos se ejercen desde ámbitos más amplios. Tal como se observa

en el siguiente diagrama (Peñaherrera,1998) el ambiente ecológico es graficado como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una de ellas está contenida (Ver Figura 1).

El modelo, por tanto, postula cuatro niveles o sistemas que operarían concertadamente para afectar directa e indirectamente el desarrollo de las personas:

Microsistema: alude particularmente al núcleo familiar y a la escuela y corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en este medio ambiente directo.

Mesosistema: comprende las interrelaciones entre los elementos del microsistema y aquéllos en que la persona participa (por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, los vínculos entre la familia, el trabajo y la vida social).

Exosistema: se refiere al entorno social inmediato, a la comunidad ampliada, es decir, instituciones religiosas, educativas, laborales, medios de comunicación, ámbitos en los que la persona puede no estar incluida directamente, pero adonde se producen hechos que la afectan.

Macrosistema: en este nivel se ubicarían la organización social, los sistemas de creencias y valores que prevalecen en una cultura específica, los referentes ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los demás sistemas y que les confieren una cierta uniformidad, en forma y contenido.

Todos los niveles influyen en los itinerarios vitales de la persona en forma más o menos directa, interrelacionándose entre sí y, por lo



tanto, cada intervención en el proceso de salud – enfermedad -atención que busque ser efectiva debe tomar en consideración estos cuatro niveles o sistemas buscando:

- Potenciar las características personales que permitan una adaptación y/o modificación del entorno.
- Intervenir en todos los niveles, desde el personal hasta el macrosocial para fortalecer los elementos protectores y minimizar los factores de riesgo.
- Estimular una relación coherente entre niveles y entre los distintos agentes que intervienen en cada nivel.

PROMOCIÓN DE LA SALUD. UN CONCEPTO EN CONSTRUCCIÓN

La promoción de salud puede ser concebida como un nuevo camino, una estrategia, una filosofía o simplemente una forma diferente de pensar y actuar para alcanzar la salud de los pueblos. Para algunos autores/as (Restrepo, 1996, Briseño,2001) es un nuevo enfoque o paradigma de la salud pública que supera cualitativamente al tradicional. Para la Organización Panamericana de la Salud es tanto una estrategia (OPS/OMS,2001) como una función esencial (OPS/OMS,2000) de la salud pública. No obstante, y a pesar de las diferentes acepciones asumidas, hay consenso en que involucra a gobiernos, organizaciones sociales e individuos en la construcción colectiva de la salud.

Las principales diferencias conceptuales respecto a la promoción de la salud se dan entre quienes: a) Otorgan particular importancia a los determinantes de la salud a nivel macrosocial (calidad de vida adecuada, buenas condiciones de trabajo, mejoramiento en los niveles de educación y otros) y b) Limitan

sus alcances a la modificación de los estilos de vida específicos. Un ejemplo muy ilustrativo de esta última concepción se encuentra en el texto: *Gente Sana: Informe del Cirujano General sobre la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad*, publicado en 1979 por el Servicio de Salud de los Estados Unidos. En este documento se definía a la promoción de la salud en relación con los cambios en el estilo de vida y se le otorgaba igual importancia que a la prevención de la enfermedad generando con ello múltiples interpretaciones sobre la misión exacta de la promoción de la salud (Terris,1996:40).

Aunque existe una complementariedad entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es necesario señalar algunas diferencias entre ambas. Entre los principales objetivos de la primera, se encuentran: fortalecer las capacidades individuales y colectivas para actuar sobre los determinantes de la salud y desarrollar condiciones favorables para la promoción de estilos de vida y entornos saludables. La prevención de la enfermedad se propone principalmente reducir los factores de riesgo, el daño y la discapacidad y proteger a los individuos y grupos contra los agentes agresivos, por lo cual es fundamentalmente una estrategia de tipo defensivo⁹.

La promoción de la salud se dirige a los conjuntos sociales pues está basada en una concepción de salud colectiva. Busca influir no solo en el personal de salud sino también en otro tipo de actores sociales clave. Tal es el caso de quienes tienen poder de decisión política, institucional y/o comunitaria. La prevención se orienta a individuos enfermos y en riesgo de enfermar y está relacionada principalmente con las responsabilidades de los trabajadores de salud.

Ambas aproximaciones coinciden en alguna

9. Consultar: Gómez Zamudio, Mauricio, 1998



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

nas estrategias entre las que se encuentran la educación sanitaria, la comunicación y el mercadeo social así como el trabajo comunitario. Sin embargo, quienes buscan promover la salud realizan acciones que, desde un enfoque interdisciplinario, implican la acción política, el cambio organizacional y la definición y operación de políticas intersectoriales

Las acciones preventivas son intervenciones destinadas a: 1) Evitar la emergencia de enfermedades específicas a través de medidas como el control del embarazo o las inmunizaciones (prevención primaria) y 2) Influir en la progresión de la enfermedad por medio de acciones como los diagnósticos y tratamientos tempranos o la rehabilitación (prevención secundaria y terciaria).

Como señalamos al inicio de este subcapítulo, un importante sector de profesionales que practica la promoción de la salud y/o reflexiona teóricamente sobre ella, le otorga un significado más amplio, menos centrado en los cambios de conducta individuales y más orientados hacia la transformación de los determinantes de la salud a nivel macrosocial. Así, Nutbeam (1986)¹⁰ señala que se trata de un proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y, de este modo, mejorarla. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir. Herazo (2003) considera que es una política estatal o comunitaria de la sociedad organizada que debe conducir al establecimiento de unas condiciones de vida biológicas, sociales, económicas y políticas positivas con el fin de generar bienestar y, por lo tanto, salud. En este

10. En la recopilación de algunas de estas definiciones nos basamos en Restrepo, Málaga, 2001: 27-30.

mismo sentido, Cerqueira (1997) plantea que la promoción de la salud tiene como fin mejorar la salud individual y colectiva y contribuir al logro de la equidad y la justicia social.

Green y Richard (1993) la definen como cualquier acción de comunicación y educación para la salud así como todos los esfuerzos organizacionales, políticos, económicos y ambientales orientados a promover conductas saludables.

Hancock (1994) apunta que es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre salud, política y poder y especifica que tiene que ver con el poder en dos niveles: con aquél que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud personal y comunitariamente, y con un segundo nivel en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política.

Kickbush (1994) considera que promoción de la salud no es el trabajo social de la medicina, por el cual pueden conseguirse unos pocos dólares extra ya que se trata de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud. En 1990, la Organización Panamericana de la Salud la definió como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

O'Neill y Stirling (2007) en un excelente texto que, lamentablemente, no se ha traducido aún al castellano, establecen una importante distinción entre los discursos que exhortan a promover la salud (the promotion of health) y el campo de intervención específico que forma parte de la Salud Pública y llamamos promoción de la salud (Health Promotion). Esta última, es un área específica o una función



esencial del subsistema público de salud, que se dirige a lograr un cambio planeado de los estilos y las condiciones de vida que tienen un impacto en la salud. Para ello, la promoción de la salud utiliza diversas estrategias que buscan influir en: a) los individuos y b) en los conjuntos sociales. Entre las primeras, se encuentran la educación para la salud y el mercadeo social, entre las segundas, se ubican el activismo político y la organización y desarrollo comunitarios.

¿Qué elementos en común tienen las anteriores definiciones?

- En primer lugar, destacan que la promoción de la salud tiene que ver con el ejercicio de un mayor control, es decir, se busca que los individuos y grupos asuman mayor conciencia frente a sus derechos y responsabilidades en salud. El mayor control, que refleja más altos niveles de empoderamiento, está también relacionado con el manejo de recursos. Sin algún nivel de manejo de recursos no hay verdadero poder de decisión.
- Asimismo, se coincide en que la promoción de la salud busca incidir en la forma de vivir de las poblaciones, en sus modos de vida. Se relaciona con los hábitos, costumbres, prioridades, que los individuos tienen y que están vinculados al cuidado de su salud física y mental.
- Por último se hace referencia a la identificación y mejora de las condiciones y determinantes de la salud. En otras palabras, la promoción de la salud no pone la responsabilidad del estado de salud en los sujetos individuales pues considera que éste se relaciona con las múltiples causas que afectan la salud individual y colectiva y que deben tomarse

decisiones que cambien las condiciones políticas, económicas y sociales. Para promover la salud es necesario modificar tanto las condiciones como la forma de vida.

La promoción de salud, más que una disciplina específica, es un área de conocimientos donde confluyen los aportes de diferentes campos científicos: la sociología, la psicología, la gerencia social, las ciencias del comportamiento, la epidemiología, la antropología social, la pedagogía y más recientemente, los avances de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

Nutbean (1996) sintetiza el objeto y propósitos de la promoción de la salud señalando que: a) Implica trabajar con la gente, no sobre la gente, b) Empieza y acaba en la comunidad local, c) Está encaminada hacia los determinantes de la salud, tanto los inmediatos como los subyacentes, d) Se interesa tanto por el individuo como por el medio ambiente, e) Subraya las dimensiones positivas de la salud; y f) Afecta (y debería involucrar) a todos los sectores de la sociedad y el medio ambiente.

Es indudable, por tanto, que, como enfatiza un documento que posiciona el futuro horizonte de trabajo de UIPES (UIPES, 2007), si bien en algunas partes del mundo la promoción de la salud es un campo altamente reconocido, en otras es aún una disciplina incipiente.

Para dar respuesta a los retos del siglo XXI en el ámbito de la salud, necesitamos extender su aplicación a todas las regiones usando los procedimientos que se adapten mejor a las condiciones políticas, culturales, sociales y económicas de cada localidad y grupo de población



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida – Filho, N (2002). La ciencia tímida. Ensayos de reconstrucción de la epidemiología, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Arroyo, H, Cerqueira, MT (Eds.) (1997). La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina, San Juan de Puerto Rico, OPS-Universidad de Puerto Rico.
- Arroyo, H (Comp). (2001). Experiencias de formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina, San Juan de Puerto Rico, OPS / Univ. de Puerto Rico.
- Arroyo, H (Comp.)(2004). La situación de la promoción de la salud en América Latina, Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC) y Universidad de Puerto Rico.
- Bergonzoli, G (1994). Evolución epistemológica de la salud, Rectoría y vigilancia de la salud. Serie: Salud y desarrollo de los servicios de salud, San José de Costa Rica.
- Briseño-León, R (2001). Promoting Health: Evidences for a Fairer Society, Promotion and Education, (Suppl 2).
- Bronfman, M (2001). Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Cardaci, D (1992). Aportes del psicoanálisis a la educación en salud, Revista Subjetividad y cultura, N°2, pp. 25-40.
- Cardaci, D (1999). Promoción de la Salud : ¿ cambio cultural o nueva retórica ? en: Bronfman, M, Castro, R. (Comp.), Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina, México, Instituto Nacional de Salud Pública - International Forum for Social Sciences in Health, .pp. 403-413.
- Cardaci, D, Díaz, B (2004). ¿En un mar de ambigüedades? Políticas, programas y estrategias de formación en promoción y educación en salud en México, en: Arroyo, Hiram (Comp) La situación de la promoción de la salud en América Latina, Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC) y Universidad de Puerto Rico
- Cerqueira, MT (1997). Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas, en: Arroyo, H, Cerqueira, MT (Ed) La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina, San Juan de Puerto Rico, OPS-Universidad de Puerto Rico. pp. 7-43.
- Dhillon, H, Tolsma, D (1991). Meeting Global Health Challenges: A Position Paper on Health Education, Documento presentado en la XIV Conferencia Mundial de Educación para la Salud, Helsinki, 16-21 junio 1991.
- García, JC (1972). La educación médica en América latina, Washington D.C., OPS, Publicación Científica N° 255.
- Gómez Zamudio, M (1998), Teoría y guía práctica para la promoción de salud. Canadá, Universidad de Montreal
- Good, B, del Vecchio, M (2000). Fiction and Historicity in Doctor's Stories. Social and Narrative Dimensions of Learning Medicine, en: Mattingly, C, Garro, L (Ed) Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing, Berkeley, University of California Press, pp. 50-69.
- Green, L, Richard, L (1993). The need to combine health education and health promotion: the case of cardiovascular disease prevention, Promot Educ., 11-17.



- Hancock, T (1994). Notas del seminario dictado en la División de Promoción y Protección de la Salud, OPS/OMS.
- Herazo, B (2003). Pobreza y corrupción: dos obstáculos difíciles para la promoción de la salud, en: Franco, S, La salud pública hoy, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Kirckbusch, I (1994). Tell me a story, en: Pederson, A, M O'Neill, I Rootman (Ed) Health Promotion in Canada, Toronto, Canadá, W.B. Saunders.pp.8-17.
- Kickbusch, I (1996). Promoción de la Salud: una perspectiva mundial: en Promoción de Salud una antología. Washington D.C., OPS, Publicación Científica No. 557.
- Kickbusch, I (2005). The Dynamics of Health Promotion: from Ottawa to Bangkok, Review of Health Promotion and Education on Line. www.rhpeo.org/reviews/2005.html, consultado el 12 de noviembre de 2011.
- Kumpusalo, E (1991). Social Support and Care, Suecia, The Sundsvall Conference on Supportive Environments.
- Labonte, R (1997). Healthy Public Policy and the World Trade Organization: A Proposal for an International Health Presence in Future World Trade Talks, Ponencia presentada en la Reunión Anual del Consejo de Administración de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, Tallin, Estonia. Doc. fotoc.
- Laurell, AC (1997). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad, en: Rodríguez, M I (Coord) Lo biológico y lo social: su articulación en la formación de personal de salud, Washington, OPS/OMS pp. 1-12.
- Menéndez, E (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados opuestos, Estudios Sociológicos Vol XVI N° 47 , enero-abril.
- Nakajima, H, (1988) WHO Director - General urges "Grand alliance" for Health Education, WHO Press, Aug. 26.
- Nettleton, S (1995). The Sociology of Health and Illness, Cambridge, Polity Press.
- Nettleton, S (2006). I just want permission to be ill: Towards a sociology of medically unexplained symptoms, Social Science and Medicine Vol 62 N° 5, pp. 1167-1178.
- Nutbean, D (1996). Glosario de promoción de la salud, en: OPS, Promoción de la Salud. Una antología, Washington, OPS/OMS, Publicación científica N° 557.
- OMS (2000). Informe de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la Salud. Hacia una mayor equidad, Ciudad de México, 5 al 9 de junio de 2000.
- OMS (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado.
- OMS (2006). Promoción de la salud. Seguimiento de la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Consejo Ejecutivo, 117° Reunión. Punto 9.5 del orden del día. EB117/11, 16 de enero de 2006.
- OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008), INFORME FINAL, Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. En: www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html consultado el 10 de octubre de 2011.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

- O'Neill, M, Stirling, A (2007). The promotion of health or health promotion? cap. 3 de: O'Neill, M, A Pederson, S Duperé, I Rootman, (Ed), Health promotion in Canada: Critical Perspectives, Canadian Scholars' Press, pp. 32-45.
- OPS/OMS (1992). Programa de Promoción de la Salud, Washington D.C.
- OPS/OMS (1996). Promoción de la Salud. Una antología, Washington, OPS/OMS, Publicación científica N° 557.
- OPS/OMS (1990). Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el cuatrienio 1991-1994, Washington, DC.
- OPS/OMS, (2000). Funciones esenciales de la salud pública. 126 Sesión del Consejo Ejecutivo, Washington D.C.
- OPS/OMS (2001). Informe Anual del Director. Promoción de la salud en las Américas. Washington DC.
- Peñaherrera, E (1998). Comportamientos de riesgo en adolescentes: una aproximación psicosocial. Revista de Psicología 3(2).
- Peñaherrera, E (2005). Material Auto formativo. Escuela de Postgrado, Programa de Estudios a Distancia Maestría en salud Mental en la niñez, adolescencia y familia. Universidad Católica de Santa María. Arequipa. Perú.
- Public Health Group (1992). A National Strategy for Health, Estocolmo, Goatab Ed.
- Restrepo, H (1996). La promoción de la salud y la nueva práctica de la salud pública, Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, Volumen 14 N°1, julio-diciembre, pp. 37-47.
- Restrepo, H (2001). Antecedentes Históricos de la Promoción de la Salud; en Restrepo, Helena; Hernán Málaga. Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional.
- Restrepo, H, Málaga, H (2001). Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional.
- Salazar, L, Vélez, A, Ortiz, Y (2003). En busca de evidencias de efectividad en promoción de la salud en América Latina, Proyecto Regional de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud, Colombia, IUHPE.
- Salazar, L, Vélez, A, Ortiz, Y (2011). Evidencias en Salud Pública: Algo más que datos e información – motor del cambio social, Global Health Promotion 18 (1): 139-142.
- Terris, M (1992). Tendencias actuales de la salud pública en las Américas, en: OPS, La salud pública a debate, Washington, OPS/OMS, pp. 185-204.
- Terris, M (1996). Conceptos de promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública, en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Promoción de la Salud: una antología. Washington, DC .
- The Adelaide Recommendations: Health public policy (1988). in: Health Promotion 3 (2): 183-186.
- Tones, B (1996). Health education and the ideology of health promotion: A review of alternative approaches. Health Educ. Res. Vol. 1 p 3-12.
- UNEP / WHO/ NCM (1992), Report from the Third International Conference on Health Promotion, Suecia, Petterson & Per Tillgren Ed.



Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud y Consorcio Canadiense de Investigación en Promoción de la Salud (2007), Determinar el futuro de la promoción de la salud: Acciones prioritarias, Francia, UIPES – CCIPS, 2007.

UIPES – ORLA (2002). Carta de Sao Paulo por la Promoción de la Salud. www.fsp.usp.br/cepedoc/espanhol/apresentacao.htm. Consultado el 2 de febrero de 2012.

UIPES – ORLA, Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (2009), Declaración de Medellín, <http://www.iuhpe.org/index.html>, consultado el 20 de febrero de 2012.

WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, WHO / Canadian Public Health Association.







Capítulo 2

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES: UN ENCUENTRO ENTRE ACTORES, VOLUNTADES Y RELIDADES PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS

*Martha Lucía Gutiérrez Bonilla
Antonio Albiñana Ferri
Amparo Herrera Cárdenas*

INTRODUCCIÓN

Un punto de partida y un propósito de llegada ¿Cómo entender las políticas públicas saludables? En el campo de la Ciencia Política, las políticas públicas han sido entendidas como el conjunto de medidas, disposiciones, decisiones y recursos dispuestos por entidades públicas, de Estado y de gobierno, con el propósito de resolver situaciones valoradas como intolerables o problemáticas que afectan a un segmento de población importante. Al respecto, algunos autores fortalecen dicha visión insistiendo en el compromiso y presencia del Estado y su institucionalidad. A manera de ilustración, algunas definiciones:

“Es una acción gubernamental dirigida a objetivos fuera del seno de ella misma”. Hecló y Wildavsky (1974).

“Es la acción de las autoridades públicas en el seno de la sociedad”. Ives Mény y Jean-Claude

Thoenig (1986).

“Es el conjunto de sucesivas respuestas del Estado (o del gobierno específico) frente a situaciones consideradas socialmente como problemáticas”. Carlos Salazar (1999).



Pero la política pública debe entenderse también como un mecanismo de enlace entre la sociedad y el Estado, entre el gobierno y la vida de los grupos sociales. Es una oportunidad de diálogo, consenso, acción y desarrollo de condiciones, dotaciones y responsabilidades conjuntas.

En este sentido, Giandomenico Majone (1978), citado por Aguilar L.F. (1992:28) plantea que la política pública es una actividad de comunicación pública y no sólo una decisión orientada a lograr metas. En su sentido y contenido, incorpora una intencionalidad comunicativa y no sólo estratégica y productiva. Por tanto, este autor señala que las políticas públicas son el conjunto de actividades post-decisionales o retrospectivas que busca



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

aportar evidencias, argumentos y persuasión, con el fin de obtener el consenso.

En este mismo sentido, y a la luz del potencial de desarrollo y diálogo que emerge del diseño y desarrollo de la Política Pública, Pierre Muller¹ (2002:48) la define como un proceso de mediación social, en la medida en que el objeto de cada política pública es resolver desajustes que puedan ocurrir, entre un sector y otros sectores, o aún entre un sector y la sociedad global.

Lo público, en la política pública, hace referencia a la legitimidad y autoridad que el actor de la política tenga para adelantar la misma². En los Estados democráticos se espera que esta legitimidad la tengan los gobiernos, lo cual les convierte en los ejecutores por excelencia (no exclusivos, ni únicos) de las políticas públicas. *“Lo público toma el significado de todos los espacios de deliberación abierta y colectiva”* (INDES/BID, 2002).

Pero también lo “público” hace referencia a la “relevancia en la acción” y a contar con un agregado poblacional importante, sujeto y objeto de las políticas y decisiones derivadas. La relevancia exige la existencia de espacios de deliberación ciudadana que permitan el análisis abierto y colectivo de las políticas que se perfilan. Esta visión más dinámica de la política pública, pone de manifiesto la presencia y preponderancia de la sociedad y sus grupos en diálogo necesario con los entes públicos responsables de gobernar, diálogo que evoca entonces un papel activo, participante y nece-

sariamente deliberativo de los grupos sociales vinculados-involucrados, corresponsables de la acción de ajuste, del propósito de cambio y del desarrollo de una situación deseada y deseable.

Desde una visión de continuo intercambio, debate e implicación de la sociedad en las decisiones públicas y su control, se podría decir entonces que el papel de los grupos sociales a la luz de las políticas públicas, pasa de un papel pasivo a uno activo, transformando el papel de los beneficiarios de la política al de participantes de la misma, de objeto de la acción pública y política, al de sujetos políticos y públicos. Ello impone la necesidad de hacer visible, viable y real la participación en el diseño, desarrollo, evaluación y control de las políticas públicas, abriendo de manera clara espacios de desarrollo de la ciudadanía, de fortalecimiento del tejido social y de correlato permanente entre la acción de un “buen gobierno” y la sociedad. En este marco de consensos, diálogo y deliberación y de acuerdos entre sectores y sociedad, entre gobiernos y ciudadanía, se tiene que ubicar necesariamente la noción y la acción de las políticas públicas saludables.

Las políticas públicas saludables (PPS) necesariamente evocan los acuerdos internacionales en promoción de la salud fruto de las conferencias mundiales y de las cartas o declaraciones allí producidas y firmadas por los representantes de los países. En ellas, sin lugar a dudas, la presencia de las PPS se resalta como una estrategia vital para el desarrollo de la Promoción de la Salud y mecanismo para la orgánica articulación de la promoción de la salud a la vida social y política de un territorio. En este sentido, se resalta la responsabilidad ineludible de los gobernantes y los actores sociales diversos, de cara al desarrollo de ideales que favorecen el bienestar y el debili-

1. Muller, Pierre. “Les politiques publiques” En: Collection “Que sais-je?” No.2354, 4ª Edición francesa 2000. Traducción al Español, en 2002 por: Jean Francois Jolly y Carlos Salazar. Editorial Universidad Externado de Colombia, Bogotá.
2. INDES/BID. Curso básico de Diseño y Gerencia de políticas y programas sociales. Materiales de apoyo en CD room. Washington D.C. 2002.



tamiento de los determinantes sociales de la salud.

Algunos aportes sobre la noción de políticas públicas saludables señalan que son:

“políticas públicas que tienden a proteger el medio ambiente, la salud de las personas y el mejoramiento de calidad de vida de la población” (Ministerio de Salud de Chile: Premio innovación y ciudadanía, 2006).

“Aquellas que tienen una gran influencia en las condiciones de salud de la población, tales como: educación, vivienda, alimentación derechos humanos, empleo, ingresos salud mental y desarrollo sostenible. Una Política Pública Saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad... Las Políticas Públicas Saludables tienen como finalidad crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable...posibilita y facilita a los ciudadanos tomar decisiones saludables y transformar los entornos sociales y físicos....implica actos y acciones de los gobernantes y de los que tienen poder político, dirigidos a solucionar problemas específicos que afectan el bienestar, la calidad de vida y la salud de la población” (OPS/OMS. Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. Sin fecha).

“Condiciones bajo las cuales la gente puede ser saludable: lugares saludables, y modos de vivir, trabajar, aprender, jugar, participan en la vida pública y comunitaria” (Milo N. Publicación en prensa).

“Una Política Pública Saludable es una intención continua de acciones que modifican positivamente las estructuras que afectan la salud y sus determinantes de

orden biológico, ambiental, psicosocial, estilos de vida y los relacionados con los servicios” (Módulo de políticas públicas. Manizales Ciudad para la Gente. OPS. SIC. Manizales. Noviembre 2000).

“Dentro del amplio espectro de política social, caen las llamadas Políticas Públicas Saludables, nuevo término que está siendo cada vez más usado...para diferenciar ciertas políticas que tiene especial importancia para la modificación de los determinantes importantes de la salud y el bienestar, generalmente de carácter pluralista, multisectorial, y que son diferentes a la política de salud corriente como se refiere al sistema de atención a la gente enferma.” (Restrepo H. Citada en: Módulo de políticas públicas. Manizales Ciudad para la Gente. OPS. SIC Manizales. Noviembre 2000).

Las Políticas Públicas Saludables son un motor de trabajo conjunto e intersectorial, entre entidades públicas y privadas, entre entidades gubernamentales y grupos y movimientos de la sociedad. Son un mecanismo de desarrollo articulado de un territorio y los grupos que lo conforman desde principios como la equidad, la justicia social y el ejercicio pleno y real de los derechos humanos individuales y colectivos.

En este sentido, es necesario identificar como componentes clave de la noción de las Políticas Públicas Saludables (PPS), además del componente intersectorial, del componente de consenso y participación de diversos actores, los componentes territorial y poblacional. Las políticas públicas saludables se ubican e interactúan de manera directa con un espacio social, geográfico, simbólico y político concreto, donde sus gentes, habitantes, nativos o foráneos, dan el criterio de existencia vital y de desarrollo real del mismo. En este



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

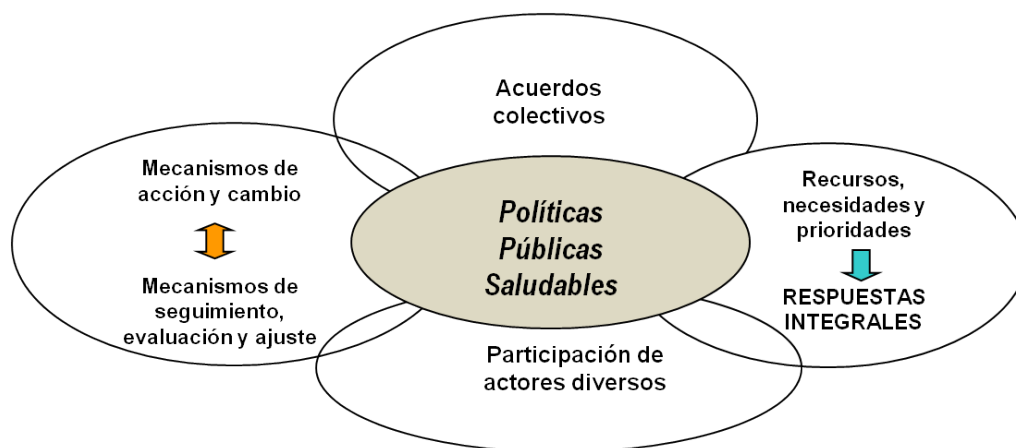


Figura 1. Políticas públicas saludables y sus componentes.

sentido el territorio debe ser entendido como un espacio geográfico, social y cultural que se construye y cambia, con y desde la vida de su población, de movimientos sociales y del ejercicio del gobierno y del Estado, pero también, es el espacio de relación y correlación con otros territorios y por ello se debe a sí mismo y a su población, pero también a las relaciones de intercambio y cooperación con otros territorios y sus gentes. El territorio, como el espacio de arraigo, identidad y desarrollo de una población, presenta especificidades, condiciones, potenciales y limitaciones propias de su ubicación y relación con sus pobladores y sus gobernantes, por tanto la PPS estará situada en un tiempo y en unas condiciones específicas; en un ideario de valores, propósitos e intereses de gentes y entes de gobierno y Estado; en un conjunto de valores de sociedad y en una lógica de desarrollo de los sectores y las instituciones tanto privadas como estatales. Esto significa en concreto limitaciones y oportunidades, retos de innovación y ejercicios ciudadanos de conocimiento y comprensión de las restricciones que hay que mover en

el propósito de lo saludable, del bienestar, de la equidad y el desarrollo.

En suma, las Políticas Públicas Saludables pueden entenderse como el conjunto de decisiones, disposiciones, valores y recursos, dispuestos intencionalmente por los entes de gobierno o Estado³, diferentes al sector salud (o en alianza con éste) para dar respuesta a: a) un problema socialmente intolerable o inaceptable, b) una situación percibida o definida por los diversos actores de un territorio como problemática, c) una situación deseada de salud y bienestar de un grupo poblacional en un territorio específico. Por tanto son políticas públicas territoriales y poblacionales que se orientan a generar condiciones adecuadas de vida para las poblaciones, desde cuyo efecto la salud es posible, en una amplia

3. Nos referimos a los actores con representación política formal, y que por tanto tienen la responsabilidad de actuar frente a la sociedad. Sectores e instituciones públicas que tienen labor y responsabilidad central de conducción, gobierno y administración, por tanto tienen a cargo la búsqueda de mecanismos de desarrollo y acción en una sociedad.



acepción que significa: bienestar y desarrollo, equidad entre género y generaciones, impulso a las capacidades individuales además de a las potencialidades comunitarias, igualdad y autodeterminación, proyectos de vida individuales y colectivos realizables, marcados por la justicia social y el reconocimiento de los sectores, el compromiso del Estado y la sociedad en sus diferentes formas de organización.

Siguiendo a Roth (2002) las Políticas Públicas Saludables ponen en juego en la arena pública y política de un territorio (Ver Figura 1):

- La búsqueda de acuerdos colectivos y con ello la puesta en la mesa de intereses múltiples, donde debe prevalecer el consenso, la visión de conjunto de los problemas y soluciones, y el interés y beneficio común con prioridad en las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad y riesgo.
- La participación de actores diversos: grupos sociales, sectores público y privado, y entidades del Estado, y con ello un ejercicio democrático de participación social y política de actores que habitualmente están fuera de las decisiones o marginados de ellas por opción o por condiciones de la cultura política.
- Recursos, potencialidades, necesidades y prioridades para dar respuestas integrales e integradas a los problemas, donde los sectores y las comunidades deben sumar fuerzas y posibilidades.
- Fines, objetivos y mecanismos de acción y cambio, al igual que mecanismos y formulas de seguimiento, evaluación y ajuste donde se conserve el sentido colectivo, la participación social y el compromiso estatal, para lograr la situación deseada.
- Y la salud como un detonante de propó-

sitos colectivos en el marco de los derechos humanos y el bienestar integral de las poblaciones.

En este orden de ideas las PPS son un punto de partida y de llegada en el marco de los derechos humanos, su ejercicio y garantía, del desarrollo con equidad y del “buen gobierno” donde el Estado y sus grupos sociales interactúan. Las PPS surgen como una necesidad de desarrollo pero también como un ideal de democracia participativa desde la salud y para ella.

LA FORMULACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES: UNA OPORTUNIDAD PARA EL EJERCICIO DE LA CIUDADANÍA PLENA

El proceso de construcción de las Políticas Públicas Saludables.

Tomando como base el concepto de PPS, se tendría que decir que el proceso de formulación de una política pública saludable debe ser ante todo un proceso de construcción colectiva, participativa y conjunta, de los actores sociales vinculados a un territorio sobre la base de sus visiones, realidades, potencialidades y recursos frente a la salud, las mejores condiciones de vida y desarrollo.

En este sentido la formulación o construcción de una política pública saludable es un proceso mediante el cual diferentes actores del orden gubernamental, de la sociedad civil y del sector privado deciden atender e intervenir un problema socialmente intolerable que incide en la salud o deciden construir un ideal de salud categorizado como relevante. Es un proceso de negociación, de acuerdos, intereses y visiones. Esto exige la organización y valoración de recursos y la disposición política y colectiva para lograrlo.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

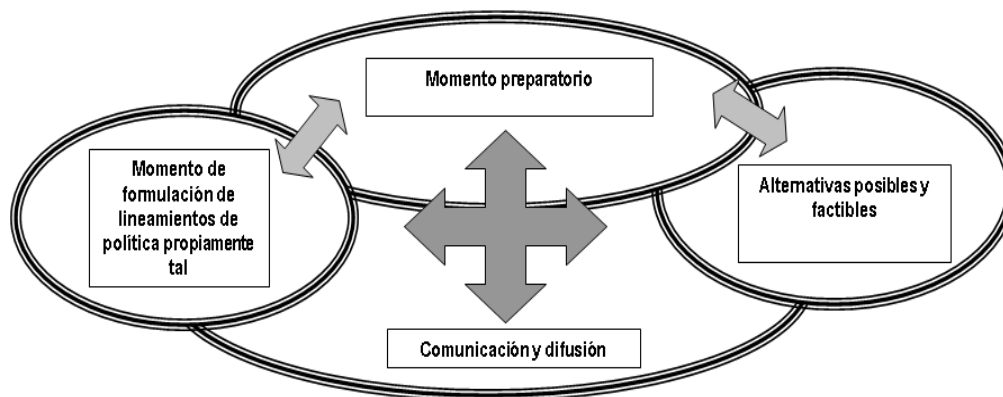


Figura 2. Momentos para el desarrollo de políticas públicas saludables.

En consecuencia, son momentos necesarios para su desarrollo (Ver Figura 2):

- El momento previo o preparatorio
- El momento de formulación y definición de prioridades.
- El momento de comunicación y difusión.

Estos momentos no son pasos sucesivos, ni lineales, actúan más bien con carácter circular y muchas veces paralelos en el tiempo, algunos autores hablan de la figura de bucles para explicar el movimiento de estas etapas. Son momentos y procesos diversos para lograr concretar una política pública concertada, consensuada y con los sustentos y apoyos necesarios para su implementación.

En esta línea el momento de comunicación y difusión, por ejemplo juega un papel mediador de intereses, visiones y formas de actuar y circular; articulando los otros momentos en una acción colectiva y humana de desarrollo de propósitos compartidos.

Sin duda adelantar un proceso de construcción participativa de una PPS requiere de un

grupo que lidere y actúe como facilitador – coordinador del proceso. En algunas ocasiones este grupo se origina en miembros de la comunidad o de las organizaciones existentes, en otras surge de los entes de gobierno o de las instituciones. En cualquiera de los casos es preciso contar con el acuerdo conjunto de trabajo para facilitar por un lado el proceso en todas sus etapas y por otro, los recursos necesarios para su desarrollo.

En el momento previo o preparatorio, es necesario acordar los principios de trabajo y los criterios base para la política. Se podría pensar en definir criterios relacionados con la participación y su desarrollo, con la convocatoria e inclusión de actores, con las formas publicitar el proceso, con las estrategias de trabajo participativo, con la sistematización y devolución de los acuerdos entre actores y con los ejes fundamentales de la misma. Un ejemplo de ello es la formulación de una política pública saludable que se fundamente en los ejes de Derechos Humanos, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los principios de la democracia participativa. Por ello los acuerdos iniciales, deben ser flexibles y deben actuar como punto cero para el inicio de la participación y acuerdos.



En el momento preparatorio, son pasos importantes:

- La identificación de actores relevantes, interesados y responsables con el asunto y la política que de ello deriva. Actores diversos que deben ser invitados al proceso por su experticia formal, institucional y experiencial de trabajo en el desarrollo social y de la salud como eje de vida y desarrollo (Ver Figura 3)⁴.
- La convocatoria e involucramiento de los mismos. En ello será necesario dise-

ñar formas de comunicación, encuentro, discusión y motivación para su real y efectiva participación.

- El estudio de la situación que se pretende modificar. Ello implica recabar información relacionada con estudios sobre el tema, datos que las instituciones generan sobre la situación de estudio, informes continuos de fuentes tipo censos y encuestas, información de primera mano e información a recolectar, sistematizar, consolidar y analizar.

4. Wellerstein N, Gutiérrez ML, González M.- Curso de Empoderamiento y Participación social. Estrategias para la promoción de la Salud. En prensa.

Un análisis inicial de actores ayudará a convocar y congregar esfuerzos, análisis que puede volver a plantearse en el proceso de for-

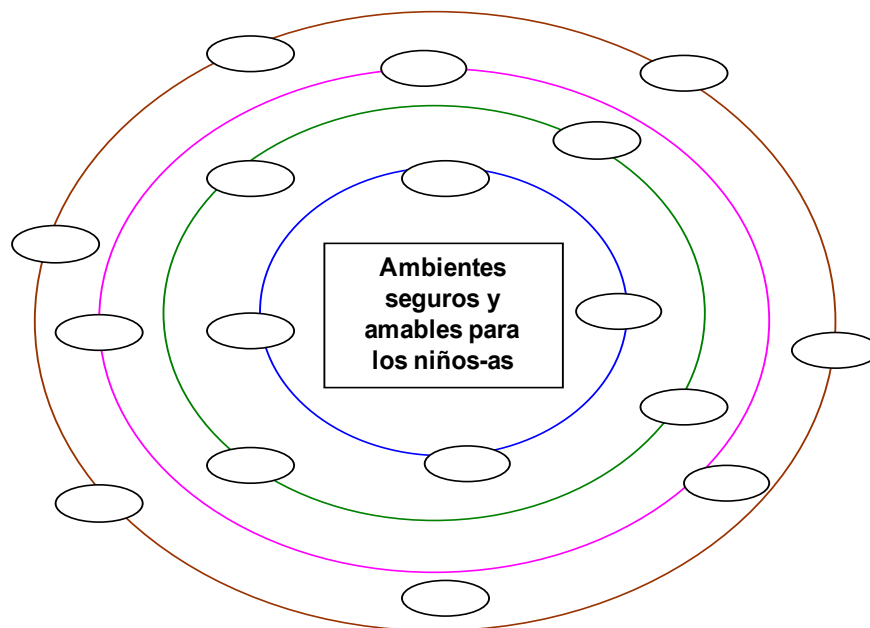


Figura 3. Propuesta participativa de identificación y análisis de actores.

¿Quiénes son los actores relevantes – involucrados con este propósito o hecho inicial que motiva el proceso de formulación de la política? Instituciones, grupos sociales, organizaciones de base, ONG, entidades nacionales e internacionales. ¿Quiénes se sumarían y son nuestros directos aliados? Primer círculo, el más cercano.

¿Quiénes serían actores interesados que apoyarían pero no necesariamente estarían directamente participando en el proceso? Sectores sociales, medios de comunicación, sectores privados, tales como empresas, instituciones. Segundo círculo.

¿Qué actores no hemos contactado y quisiéramos acercarnos a ellos para hacerlos aliados de la iniciativa? Tercer círculo.

¿Qué actores podrían oponerse a la iniciativa y qué razones les asisten? ¿Cómo podríamos amortiguar esta oposición? ¿Qué conocemos o desconocemos de ellos y sus intereses respecto al asunto central de la política pública? Cuarto círculo, el más externo



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

mulación propiamente tal en cada uno de los objetivos de la política y sus lineamientos.

En el momento de formulación de lineamientos de la política propiamente tal es preciso contrastar los datos objetivos y sistematizados, con los datos subjetivos que los actores presentes tienen o manejan en su cotidiano, dado que tanto la experticia formal, como la experiencia vital, generan saber, conocimiento y visión actual y de futuro. Poner en diálogo y evidencia estas visiones, para construir una visión de conjunto sería la tarea fundamental de este momento. Por tanto serían pasos importantes de este momento, para desarrollar:

- La problematización o diagnóstico compartido.
- La definición y priorización de situaciones problema o de imágenes objetivo a intervenir.
- La definición de objetivos de acción.
- El primer diseño de alternativas de intervención o cómo para alcanzar los objetivos señalados.
- La definición de principios, valores y centro de la política.

El resultado del proceso es fundamental no solo para el producto práctico y concreto sino también para acercar a los actores a definir un compromiso compartido y solidario frente a la propuesta, sumando esfuerzos y recursos.

Tomarse el tiempo necesario para asegurar el desarrollo participativo y apropiado de todos y para todos es una labor significativa que no debe desdeñarse. Igualmente definir las formas y momentos de devolución y síntesis de acuerdos mantendrá al grupo en el camino sintiendo realmente reconocimiento en dichos acuerdos.

Dado que en el proceso de desarrollo de una PPS, la participación es un eje ineludible y

que en la formulación la participación de los actores es preponderante es preciso insistir que el diseño metodológico – pedagógico es clave. Este debe basarse en un enfoque amplio, flexible, abierto y suficiente para recoger las visiones, los debates, las deliberaciones y los acuerdos. La combinación de técnicas participativas es una garantía de ello, pero no es suficiente para lograr el éxito. Para el éxito se deberá compartir principios participativos, que guíen su desarrollo y que sean adoptados y respetados de manera completa por los participantes del proceso, actores gubernamentales y actores no gubernamentales. Los actores institucionales con frecuencia tienen actitudes petulantes, basadas en un saber formal y práctico que encuentran válido e irrefutable. Las comunidades con frecuencia adoptan actitudes de demanda y exigencia, que desdeña el saber de los técnicos. Las dos actitudes impiden el diálogo fluido y constructivo, por ello es necesario en el proceso, romper esta cultura y buscar estrategias que valoren los saberes diferentes de cada uno, saberes igualmente válidos para el proceso y su construcción.

La participación en el proceso de formulación propiamente tal, debe ser un ejercicio democrático y abierto, que aporte, argumente y genere deliberación hasta llegar a acuerdos. No se podría montar un tinglado participativo que luego es traicionado por planes programáticos rígidos que imposibilitan su incorporación y desarrollo, pero tampoco se debe ser demasiado optimista y no pensar en las restricciones y rigideces institucionales. Tampoco se puede pensar que el saber comunitario es la verdad revelada, sin tomar en consideración las evidencias objetivas y los actores exitosos o de fracaso ya realizados por las instituciones.

En suma, este momento reviste gran importancia en tanto debe generar productos



concretos en términos de formulaciones de lineamientos de política, siendo un espacio privilegiado de aprendizaje de realidad, de construcción democrática y ciudadana. En este sentido la participación no es solo un medio eficiente y legítimo para lograr acuerdos en función de lineamientos de políticas sensibles a realidades diversas y complejas de los pueblos, adecuadas y cercanas a la población y a los actores involucrados, sino también un espacio donde se hace posible la ciudadanía plena y se evoca el compromiso ético y político de los ciudadanos y los gobernantes por el desarrollo sostenido y creciente de la democracia participativa.

IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES. EL ROL DEL ESTADO.

La implementación de las políticas públicas, entendida como el conjunto de estrategias y planes de acción que posibilitan el cumplimiento de las políticas saludables, presenta no en pocas ocasiones paradojas indiscutibles, dadas las condiciones alrededor de las cuales, se definen políticas en el sector salud; de ahí que, éste, resulta uno de los momentos más difíciles en todo el proceso de creación de políticas públicas; no necesariamente es un continuo que se empata con los otros momentos descritos en el acápite anterior.

En las últimas décadas, y a partir de la Carta de Ottawa, en 1986, los países han mostrado un verdadero interés en la promulgación de PPS; de hecho, este mismo capítulo, hace una descripción de las experiencias encontradas en América Latina son el producto de compromisos internacionales en materia de salud, asumidos por la mayoría de países de la Región, que han encontrado en aquéllos, argumentos válidos para establecer desde sus agendas públicas, políticas en promoción de salud. Lo que ha sido evidente también, es que

el esfuerzo mayoritario ha estado dirigido hacia la corrección de los problemas de salud en los cuales se atribuye una alta responsabilidad individual, y poca o ninguna responsabilidad del Estado; tal es así en aquellas políticas dirigidas a mejoramiento de los estilos de vida, al control en el consumo de tabaco, al ejercicio físico, la alimentación; todo lo cual, de ninguna manera, es cuestionable; sin embargo, no se ha logrado, al menos en proporciones que generen impactos reales para la población, articular e implementar políticas sociales en materia de salud que requieren intervenciones estatales que modifiquen estructuras causantes de esos problemas de salud y enfermedad y que son los que fundamentalmente provocan las inequidades y desigualdades sociales. De ahí entonces surge la pregunta y preocupación acerca de qué significa el Estado y cuál es su rol a la hora de la definición e implementación de una PPS. El Estado, como instrumento de armonización y ordenamiento social y de orden público, contiene en su propia naturaleza el “poder” y eso, le permite “poder” formular e implementar las políticas sociales y en particular las de salud; y el poder, desde una perspectiva liberal, es la probabilidad de imponer la voluntad propia dentro de una relación social, aún contra la resistencia y cualquiera sea el fundamento de esa probabilidad según Max Weber. Desde una perspectiva marxista, el poder es la capacidad de utilizar el Estado para imponer los intereses de un determinado grupo social. Y desde la perspectiva de Foucault, el poder incluso es sacado del exclusivo campo político para ser instalado en la cotidianidad.

El poder entonces, es la capacidad de decidir sobre los aspectos que afectan la vida propia y de los demás, y es ejercido en lo político pero también en lo cotidiano y el mismo se manifiesta en las relaciones entre los actores, uno de los cuales es el Estado. Pero esas relaciones de poder son desiguales, hay estructuras para



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

el manejo del poder, y son esas estructuras precisamente las que emiten políticas para la sociedad, por tanto, mientras esas relaciones de poder no sean más justas y equitativas entre el Estado y la sociedad civil con todos sus actores, será muy difícil lograr no solo una definición más real de las políticas públicas, sino y fundamentalmente, una implementación que garantice sean una respuesta a los problemas de fondo que afectan a la sociedad en su conjunto. La mejor manera de que ello ocurra, es compartiendo el poder: Estado-sociedad civil con espacios reales de participación. Desde esa perspectiva, las políticas públicas deben ser abordadas por el Estado, como su responsabilidad, compartiendo sus espacios de poder para que se afecten las relaciones de poder entre el Estado, la sociedad civil y la empresa privada, como actores principales de la sociedad, asumiendo que esa desigualdad en las relaciones no permite modificar las causas subyacentes de las condiciones de salud y de pobreza. La participación de la población no significa la utilización de su conocimiento, significa la posibilidad de vigilar, decidir e incidir en la formulación e implementación de las políticas públicas saludables, tal como se muestra en las Figuras 4 a 7⁵.

EL CAPITAL SOCIAL Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES. UN TEMA PARA LA IMPLEMENTACIÓN.

A pesar de los avances significativos en las últimas décadas en la promoción de salud y la definición de políticas en torno a ella, como fue descrito previamente, no ha sido suficiente para tener un camino trazado de experiencias exitosas en la implementación de las mismas. Las conferencias Internacionales sobre Promoción de Salud han analizado desde diversas

5. Adaptado a la presentación "Poder y ciudadanía", CARE Ecuador, 2007

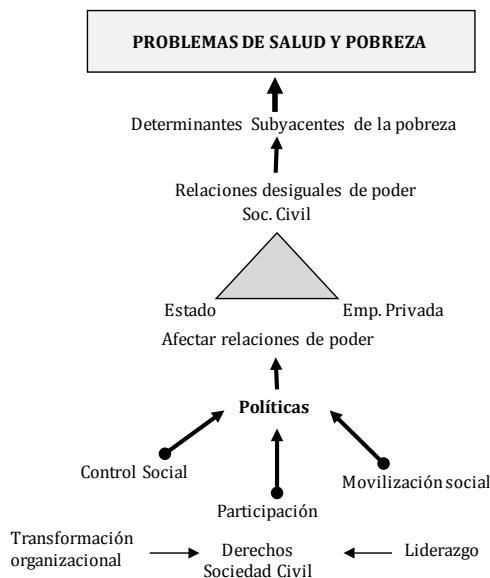


Figura 4. Abordaje de las políticas públicas

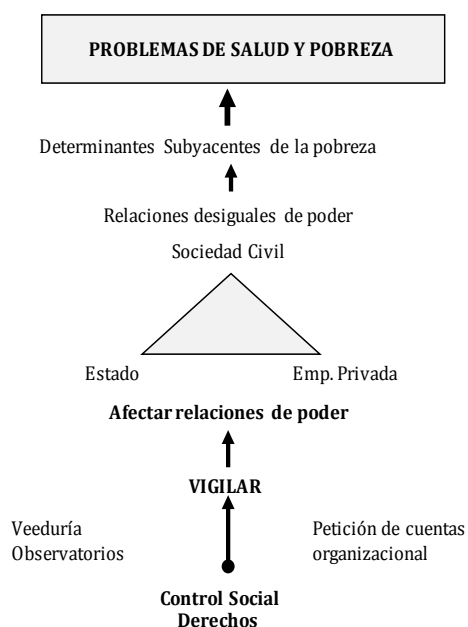


Figura 5. Vigilancia de las políticas públicas

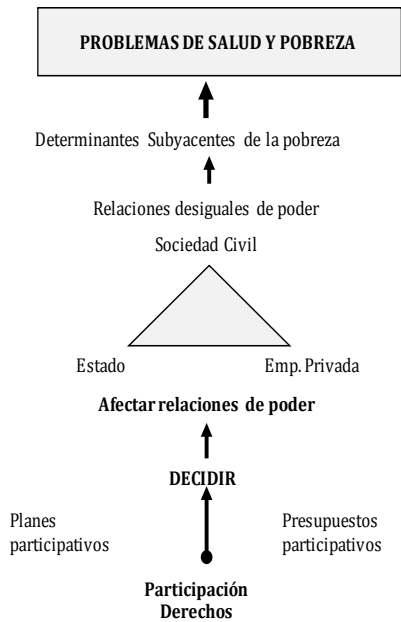


Figura 6. Decisiones en el marco de las políticas públicas

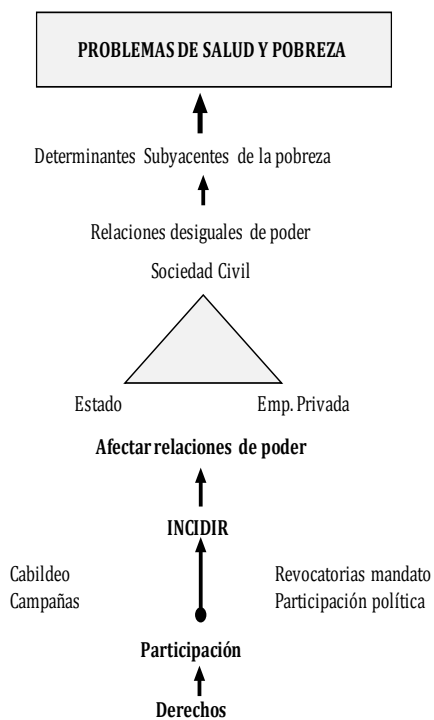


Figura 7. Incidencia en las políticas públicas

perspectivas las relaciones entre los factores que tienen que ver con las PPS. Una de las aristas que ha surgido de manera repetitiva en varias de las Conferencias, precisamente es la necesidad de incorporar a la sociedad civil, a las comunidades, a los actores sociales en el proceso de PPS; definitivamente, todo parece indicar, que es necesario de manera urgente, hacer modificaciones en las modalidades de intervención.

Para evidenciar la importancia de esta forma distinta de intervención, se puede mencionar el término “capital social”, para referirse a la potencialidad de “ganancia” en términos de “réditos” como inversión a la participación social; independientemente de un análisis semántico y/o epistemológico del término empleado, se puede entender como una forma de cualificar y cuantificar la capacidad de “recurso” agregado a la participación de los actores sociales, de forma particular comunitarios. Desde diversas teorías sociales, se ha señalado que mejorar la calidad de vida en las comunidades pobres, requiere comprender la interdependencia que existe ente el capital social y la política social. La identificación de ese capital social y el desarrollo de intervenciones que permitan optimizar esas potencialidades, requieren una visión de participación que implica no solamente un agregado de individuos con capacidades específicas, sino una mirada de la comunidad en su conjunto y el ambiente natural y cultural en el que se desenvuelven. El rol que tiene el Estado en términos de hacer estas consideraciones a la hora de definir e implementar políticas sociales, es esta identificación de las potencialidades en la participación de los actores; pero también se hace necesario fortalecer las redes sociales y permitir su articulación.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES Y LOS ODM⁶. UN EJE ARTICULADOR DE VALORES, PROPÓSITOS Y RECURSOS HACIA LA ACCIÓN

La Asamblea General de las Naciones Unidas al comienzo del Milenio propuso a los países del mundo, hacer todos los esfuerzos para cumplir una agenda de desarrollo mundial que permita, mediante el cumplimiento de ciertos indicadores sociales, disminuir las inequidades y reivindicar los derechos de los seres humanos a una vida más digna y más humana en términos del crecimiento social de los pueblos.

En ese marco, la articulación de los ODM y las políticas públicas saludables, es altamente prioritario como una estrategia política que permita posicionar la promoción de la salud en el debate del Desarrollo Humano. Cuáles podrían ser los puntos de encuentro para una estrategia de alianza entre una agenda para el cumplimiento de los ODM y las PPS:

- Es un pacto nacional entre el Estado y las varias partes de la sociedad, fruto de un proceso de concertación.
- Ofrece un marco global analítico a largo plazo que integra políticas y medidas priorizadas en las áreas económica, estructural, sectorial y social, con miras a un crecimiento incluyente
- Proporciona una herramienta que fija metas, resultados, compromisos y responsabilidades concretas y comunes, y que promueve la rendición de cuentas
- Es una estrategia que genera información pública y movilización social dado que se definen objetivos concretos sobre problemas que son sentidos por la gente en su cotidiano

- La inversión en salud, compromiso de los Estados para poder alcanzar el cumplimiento de los ODM y de salud, se convierte en un instrumento de solidaridad y de redistribución social de la riqueza.

Los estados comprometidos con esta estrategia, están revisando de manera permanente el curso actual de la tendencia de desarrollo social para establecer lineamientos de políticas que permitirán, en caso que el Estado y la Sociedad incorporen como suyas las propuestas ya identificadas, optimizar significativamente su desempeño en pos de ampliar las oportunidades de acceso y de utilización de los servicios públicos y en consecuencia, de mejorar las condiciones de vida de la gran mayoría de la población⁷.

Sin embargo, no es suficiente con recomendar políticas públicas para revertir las tendencias persistentes en los indicadores sociales y particularmente de salud, es necesario volver consistente aquello, con las demandas ciudadanas expresadas de forma democrática por nuevos sujetos sociales que emergen en la escena política, muy a menudo en los espacios locales donde son más visibles. Esta consistencia, no puede ser sino práctica y debe ser el resultado de acuerdos de gobernabilidad realizados por actores estratégicos, cuya movilización es absolutamente indispensable a la hora de disponer de la capacidad y decisión para realizar una transformación sostenida; es indispensable organizar nuevas modalidades de interacción entre actores públicos-privados-civiles y locales-nacionales.

La principal restricción no necesariamente es la económica, sin querer desconocer la importancia suprema que ésta tiene para cualquier estrategia de desarrollo, sino la capacidad de generar una gobernabilidad que

6. ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

7. Secretaría Nacional de Objetivos de Desarrollo del Milenio, SODEM, Ecuador, Junio 2005.



permita avanzar efectivamente en la dirección propuesta, esto es en la realización de una agenda mínima de desarrollo humano y democracia ciudadanas que posibiliten el cumplimiento de los objetivos⁸.

LA EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES

Evaluación de las políticas saludables: un enfoque participativo

La Evaluación participativa de las PPS es un ámbito con escaso desarrollo. En general se conocen pocas experiencias en que los actores sociales sean convocados a compartir y debatir acerca de la evaluación de los resultados de un determinado programa público.

Los estudios más recientes muestran que las sistematizaciones evaluativas son muy incipientes en América Latina, la mayor parte se limita apenas a descripción de las discrepancias entre lo realizado y lo programado, y entre los recursos aplicados y las coberturas alcanzadas.

De modo que la Evaluación tiende a constituirse como una nueva disciplina en el ámbito de las Políticas Públicas. Se ocupa de “Recolectar, verificar e interpretar las informaciones sobre la ejecución y eficiencia de las políticas y programas públicos” y un instrumento valioso e indispensable para conocerlas y mejorarlas (Roth, 2002).

A juicio de Joan Subirats. “Evaluación significa preocuparse por los resultados, saber si se han obtenido o no los objetivos planteados”. Para el sociólogo catalán, las administraciones y los políticos que las dirigen parecen cada vez más interesados por los resultados, en la doble vía de la legitimación weberiana: la basada en los elementos ideológicos o la derivada de la resolución de los problemas, pareciendo 8. *Ibid.*

cada vez más interesados en la segunda de las vertientes de Max Weber (tal vez porque es la que puede relacionarse más con los réditos electorales).

Subirats establece como ejes de evaluación de un programa de mejora social (como los de Políticas Públicas Saludables):

- Trazar los fines generales.
- Ver los indicadores de estos objetivos susceptibles de medición.
- Recoger los datos sobre los indicadores para los que participan en el Programa y para un grupo de control equivalente que no participe en el mismo.
- Analizar los datos en función de los fines y objetivos del programa.

Para P. Müller (Roth, 2002), la evaluación corresponde a una voluntad de introducir más racionalidad científica en las decisiones públicas, permitiendo a los gestores conocer los resultados reales de su acción.

Importancia y articulación de lo participativo en las evaluaciones de las PPS

En las recomendaciones “para implementar la Evaluación en Promoción de la Salud” dirigidas a los responsables en América Latina por parte de la Unidad de Entornos Saludables (Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental) de la OPS (2005), se pone el énfasis más significativo en la Participación: la evaluación debe garantizar que los miembros del municipio o comunidad a quienes va dirigido en Plan de Política Saludable participe en todas las etapas de evaluación, para desembocar en una gestión coparticipativa del proceso de evaluación y monitoreo de los resultados.

La evaluación de una iniciativa en materia de PPS, deberá, según el criterio de la OPS:

- Adoptar enfoques participativos.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

- Emplear métodos múltiples mezclados de evaluación.
- Apoyar la capacitación continua y la educación en la evaluación de la Promoción de la Salud.

De modo que la evaluación ha de entenderse como una manifestación del pluralismo social y un elemento del proceso de aprendizaje social sobre la resolución de los problemas colectivos.

El propio Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en sus conclusiones sobre “Problemas sociales, pobreza y participación ciudadana” (1998) señala: *“Los gobiernos de la región deberían considerar a la participación ciudadana como un elemento central en la formulación de las políticas sociales, fomentando la creación de organizaciones sociales, redes y tejidos sociales que aumenten la capacidad de los ciudadanos para gestionar sus propios asuntos y para intervenir en la negociación con el sector público (...) La participación ciudadana, junto con la educación, constituye el camino para la generación de cambios profundos en nuestras sociedades al convertirse en un factor poderoso para el fortalecimiento del capital humano, la creación de capital social y la generación de nueva y auténtica cultura solidaria”.*

Utilidad del enfoque participativo en las PPS

En las últimas décadas se han ido ampliando el alcance y los propósitos de la evaluación de Políticas Públicas en lo relacionado con la Salud y lo Saludable. Según la doctrina de las diversas instituciones públicas canadienses (pioneras en todo lo que respecta a la Promoción de la Salud y estrategias participativas), una buena evaluación de un proyecto de PPS aporta una herramienta de gran utilidad para gestionar actividades con un talante social, reconocer las que aportan resultados positivos

y planificar eficazmente las futuras iniciativas en este campo. La evaluación de un Programa de PPS puede ayudar, pues, en varios aspectos:

- Rendir cuentas del proyecto realizado en relación con los fondos empleados.
- Dar a conocer las estrategias de Promoción de lo saludable que fructifican en la comunidad y las que no.
- Extraer de la experiencia del proyecto informaciones susceptibles de esclarecer las tomas de decisión a todos los niveles: comunitario, local, municipal...
- Enriquecer la base de conocimientos sobre PPS.
- Evaluar la relación coste/eficacia de las diferentes estrategias de Promoción de la Salud.
- Hacer valer la calidad de los proyectos en previsión de futuras iniciativas.
- Gestionar más eficazmente los proyectos y programas.
- Contribuir a la elaboración de las políticas.

La participación como parte fundamental de “lo saludable”

Las actividades de promoción de la salud y lo saludable permiten a las personas (si se aborda un enfoque participativo) jugar un papel activo en lo que respecta a definir necesidades y prioridades en la materia, impregnarse de los esfuerzos desplegados para la mejora en su calidad de vida y evalúan, como se ha señalado, la eficacia de una PPS.

El Monitoreo y la Evaluación Participativa provienen de diversas corrientes de investigación participativa desarrolladas en los últimos 20 años. La Investigación-Acción Participativa (IAP) abanderada por Paulo Freire y Orlando Fals Borda con la Investigación Acción en



1985, el Diagnóstico Rural Participativo (DRP) de Robert Chambers en 1997 o Farrington y Martín en 1988 entre otros. En todo caso, la Evaluación Participativa es una disciplina que aún carece de grandes experiencias continuadas en lo que respecta a Programas de Salud o de Vida Saludable. Según Gallego (1999), a partir de los años 80 empieza a sistematizarse la Evaluación participativa:

- Frente al modelo tecnócrata tradicional, se abre paso la primacía de la gente como destinataria última de las acciones sociales y de desarrollo, para lo cual es necesario adaptar el diseño y la evaluación de las acciones a sus necesidades y no a la inversa.
- Para la creación de capital social, el primer objetivo de las PPS en países como Suecia.
- Para garantizar la propia sostenibilidad de las acciones de desarrollo, los gobiernos donantes y las agencias de desarrollo han fomentado el aprendizaje y la construcción de capacidades locales como objetivo prioritario de todo ejercicio de Evaluación. Una participación no meramente formalista, sino “empoderadora” y transformadora de las relaciones existentes en lo que tengan de injustas y desiguales.

Jane Springett (2002) define de forma muy clara los perfiles de un proceso de evaluación participativa, que juega un papel definitivo en el *“empoderamiento de la gente y puede contribuir a la eliminación de desigualdad social, crea espacios de acción social, desarrollo comunitario y diálogo democrático y crea en la comunidad un conocimiento de sus propios problemas, desarrollando capacidades para la construcción de cambios”*.

El plan de evaluación de las Políticas Públicas Saludables.

El Plan de Monitoreo y Evaluación Participativa debe ser claro, fácilmente comprensible y mostrar la situación en cada momento del proyecto de PPS. Debe tener un carácter empírico y eminentemente práctico. Los métodos se han de seleccionar teniendo en cuenta el entorno cultural y adaptándose a los contextos locales de aplicación. De hecho, los métodos de Monitoreo y Evaluación Participativa surgen, según Gallego (1999) cuando algunos de los Institutos más destacados (IDS de Sussex, IIED de Londres, IDRC de Canadá) decidieron invertir parte de sus recursos en sistematizar la amplia gama de conocimientos que las poblaciones locales aplicaban de forma intuitiva.

Las cinco cuestiones fundamentales de la evaluación pueden ir variando, al tiempo que los proyectos de PPS vayan mejorando en su aplicación, pero las preguntas permanecen⁹:

- ¿“QUÉ”? : ¿Hemos cumplido lo que habíamos previsto hacer?
- ¿“PARA QUÉ”? : ¿Qué hemos aprendido sobre lo que funciona y sobre lo que no funciona?
- ¿“ENTONCES”? : ¿Hemos hecho una aplicación útil del plan de PPS?
- ¿“Y AHORA”? : ¿Qué cambiaríamos si se puede rehacer lo que no ha funcionado.
- ¿“Y DESPUÉS”? : ¿Cómo tenemos previsto utilizar los resultados de la evaluación en un sentido de aprendizaje continuo?

9. La ordenación de las preguntas tiene como punto de partida el trabajo de Ron Labonte y Joan Feather, del Centro de Investigaciones de promoción de la salud de la región canadiense de Prairies y está incorporado por la Dirección de Salud de la Población (Ottawa).



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Estrategia de comunicación

El Plan de Evaluación debe ir transmitiendo sus conclusiones y enseñanzas a los diferentes actores de la sociedad, tratando de lograr el apoyo de los medios para su difusión y estímulo a la población en las diferentes etapas del proyecto de PPS.

El manual para Municipios y Comunidades Saludables, producido por el Centro para el Desarrollo y Evaluación de tecnología en Salud Pública de la Universidad del Valle (Colombia), señala como objetivos de Comunicación los siguientes:

- Democratizar la información producto de la Evaluación, a fin de hacerla disponible y accesible para procesos de toma de decisiones a niveles locales y sublocales.
- Contribuir a la construcción de sentido y significados en torno a los resultados de la Evaluación entre sus beneficiarios, usuarios principales y demás públicos interesados.
- Fortalecer la visibilidad del alcance y los beneficios del Programa de PPS entre los diferentes públicos.

ALGUNAS EXPERIENCIAS

¿Qué experiencia se tiene en la región en el impulso y desarrollo de las Políticas Públicas Saludables?

Los esfuerzos son múltiples pero aun no lo logran convertir en un fuerte movimiento y accionar que penetre todos los ámbitos y espacios del desarrollo local y territorial. Para algunos sectores sigue siendo un tema del sector salud y aunque muchos municipios y gobernantes se han sumado al sentido y fin de las PPS, muchos no logran captar su trascendencia y especial beneficio.

Por ello el impulso de las PPS debe continuar de manera sostenida mediante procesos de diálogo, acuerdo y fomento específico, penetrando espacios de decisión territorial y de formación en la acción gubernamental y ciudadana. Las iniciativas de observatorios de políticas Públicas en general y de PPS han aportado un camino favorable y un ambiente propicio para continuar el esfuerzo múltiple y diverso tanto de los agentes de salud como de los agentes sociales y gubernamentales convencidos en el impacto positivo y preponderante de las PPS. Una pedagogía social y gubernamental orientada a monitorear y propiciar el desarrollo de políticas públicas que aporte al desarrollo de “lo saludable” debe ser un esfuerzo significativo y articulado entre entes de diferente orden en un territorio y en general en la región. El Movimiento de Municipios saludables y de entornos saludables, ha sido un sustento importante y significativo, que soporta en gran medida los nuevos esfuerzos que se realicen, en tanto ha producido logros, enseñanzas y experiencias exitosas al respecto.

Como uno de los recientes y significativos esfuerzos al respecto encontramos la iniciativa de conformación de un observatorio regional de PPS, multipaises, liderado por la OPS/OMS y el CDC (2006). En su primer encuentro logró convocar un grupo de representantes de la región que revisaron y debatieron los temas de fomento, desarrollo y monitoreo de las PPS, partiendo de la experiencia existente y desde ella de los logros y limitaciones al respecto. Interconectar las experiencias y desarrollos ya de por sí constituye un fin en sí mismo para consolidar los esfuerzos e intervenir las limitaciones. Es por ello que dicho esfuerzo pretende a manera de red multimodal articular y promover el desarrollo de las PPS en la región. La reunión técnica sobre políticas públicas saludables, efectuada en Bogotá



en Junio de 2006 tuvo como propósito central fortalecer la capacidad institucional, especialmente en la acción estratégica de establecer políticas públicas saludables (PPS). En consecuencia la Unidad de Espacios Saludables del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la Organización Panamericana de la Salud convocó en coordinación con la Universidad Javeriana de Bogotá, a un grupo de profesionales de diferentes países con el fin de revisar experiencias acumuladas acerca del desarrollo de políticas públicas saludables, su observación e impulso. En tal sentido se fijaron como objetivos de la misma:

- Crear un grupo técnico asesor para desarrollar el marco conceptual y guías para el establecimiento de las PPS que promuevan la salud.
- Revisar la propuesta metodológica para el establecimiento de observatorios de monitoreo y evaluación de la efectividad de las PPS en la promoción de la salud, especialmente en: actividad física y nutrición, violencia, tabaco y espacios saludables.
- Desarrollar una base de datos sobre las PPS en la región de las Américas que identifique las buenas prácticas en varios contextos y así mismo mejore los determinantes sociales de la salud y ayude a crear condiciones para lograr estilos de vida saludables.

A dicha reunión de trabajo, asistieron 30 expertos en el área de Promoción de la Salud y Políticas Públicas Saludables de seis países de América Latina: Colombia, Perú, Argentina, México, Nicaragua y Brasil, vinculados a Ministerio de Salud, Redes de municipios y comunidades saludables, centros de investigación y desarrollo en promoción de la salud y coordinadores de observatorios de diversos temas asociados a políticas públicas saluda-

bles. Y de Estados Unidos participaron del CDC de Atlanta (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, representada en la Dirección General de Promoción de la Salud) y de la Organización Panamericana de la Salud representada en la Dirección de la Unidad de entornos saludables y su equipo de trabajo).

La reunión de trabajo, tuvo tres componentes centrales:

- La revisión de experiencias sobre políticas públicas saludables.
- La revisión y conocimiento de diferentes observatorios y su trabajo.
- La revisión de mecanismos y posibles caminos para establecer un observatorio o formulas de seguimiento y desarrollo de las políticas públicas saludables en la región de las Américas.

Estos tres componentes fueron la base para las discusiones y para la elaboración de un plan de trabajo conjunto entre los asistentes. A partir de las experiencias relatadas en el marco de la reunión, el grupo de trabajo aportó a manera de conclusiones, reflexiones relacionadas con los elementos comunes que dichas experiencias evidenciaban elementos que fueron clave para el diseño de una propuesta inicial de observatorio en PPS. Las conclusiones derivadas de la visualización general de las experiencias fueron¹⁰.

- Las experiencias muestran una significativa y explícita intencionalidad hacia la salud desde diferentes caminos de entrada basada en el bienestar de los grupos poblacionales y los ideales de una vida más digna y saludable.
- La necesidad de partir de un diagnóstico de una problemática, diagnóstico

10. Conclusiones extraídas de la Memoria de la reunión en referencia elaborada por Martha Lucia Gutiérrez y Alejandro de la Torre.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

que debe ser compartido y consensuado que a la vez puede ser asociado a una situación deseable.

- La importancia de lograr la mayor claridad en el planteamiento de la situación problema o de la situación deseada y su conocimiento mediante datos cuantificables y realidades sentidas por la población.
- La relación entre las instancias gubernamentales, las instituciones, los actores múltiples y diversos que se mueven en el territorio.
- La responsabilidad social como elemento político, técnico y social para su desarrollo.
- La evidencia práctica que demuestra que no hay un solo camino para hacer PPS.
- La posibilidad de actuar en el tema de manera amplia y coordinada, haciendo real la propuesta.
- Dado que las modalidades de actuación son diversas, la elaboración, implementación y evaluación de las PPS deben contar con una orientación flexible.
- El sector salud puede dar el paraguas suficiente para articular acciones intersectoriales y el municipio y la ciudad desde su institucionalidad, ser el ámbito de trabajo más propicio para alcanzar metas comunes.
- El desarrollo de una guía para el impulso de las PPS debe mostrar en su construcción el énfasis del trabajo de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.
- Sería pertinente una serie de guías o publicaciones para mostrar la diversidad, captando de las PPS formas, meto-

dologías y temáticas diferentes.

- Para el impulso y desarrollo de las PPS es necesario hacer pública la información que estas experiencias arrojan, “haciendo público lo público” mediante estrategias diversas de comunicación y difusión.
- El impulso de la iniciativa de desarrollo de PPS no es fácil, requiere de un trabajo en equipo, de liderazgo político y del sector salud, liderazgo compartido conducido por el actor gobernante. Aspecto que a su vez puede ser una debilidad en tanto los gobernantes buscan dar marcas nuevas a sus planes de gobierno y con ello producen cambios en ocasiones innecesarios.
- Las PPS requieren de voluntad política, de trabajo real de carácter intersectorial reconociendo los aportes de los sectores.
- Es preciso desarrollar capacitación técnica de los equipos y capacidad institucional y social para la sostenibilidad de las PPS y sus desarrollos.

En el anexo 1, se presenta una síntesis de las experiencias en PPS revisadas, una síntesis de los observatorios revisados y la primera propuesta de observatorio en PPS para la región.

A MANERA DE CONCLUSIONES

- a) La construcción de las políticas públicas debe obedecer a un proceso en el que intervengan tres elementos fundamentales: la voluntad conjunta sociedad Estado, y la decisión política, la posibilidad técnica de un abordaje integral de políticas en promoción de salud, más allá de un posicionamiento burocrático, y la participación social como tanto



desde una mirada de necesidades reales susceptibles de modificación con las políticas, como de control social y vigilancia de su cumplimiento. Sin la conjugación de esos tres elementos, es inviable cualquier propuesta de Políticas Públicas Saludables.

b) Es preciso adelantar una pedagogía social y sectorial que favorezca el impulso de las PPS en el entendido que ellas deben articular los sectores, los territorios y los grupos poblacionales involucrados.

c) La construcción de políticas públicas que realmente sean asumidas en el momento de su implementación, exigen un cambio de timón en las modalidades de intervención; es preciso conocer y reconocer las potencialidades de redes sociales existentes en las comunidades para que sean parte de la discusión y toma de decisiones que implica la puesta en marcha de una política; finalmente, las políticas públicas cruzan por el espacio privado de los individuos y las colectividades y afectan en su cotidiano, por tanto, no puede dejar de considerarse aquello a la hora de establecerlas.

d) Los niveles locales tienen una alta potencialidad para articular y concretar las políticas nacionales; la relación y coordinación de acciones con otros actores dentro su espacio socio territorial, hace que estos espacios sean fundamentales para este proceso.

e) Para conseguir una real apropiación de las políticas públicas saludables, es preciso trabajar con la dimensión de poder, en lo político y en lo cotidiano, hay que reconocer los actores que giran alrededor de éste y alterar las relaciones de poder; promover la inclusión a

través de la intervención de los grupos excluidos en la toma de decisiones de las políticas públicas.

f) El diseño, la implementación y la evaluación de las PPS debe soportarse en el enfoque de democracia participativa, de acción coordinada, de publicidad de la política y de valores sociales cruzados por los derechos humanos y los objetivos del milenio.

g) La formación de recursos humanos en salud, deberá enfocarse más hacia la creación de “líderes de la salud” que permitan que con la claridad de que la formulación e implementación de políticas públicas saludables sea un reto intersectorial, interinstitucional y entre actores sociales. En este sentido es desde el sector salud desde donde deben darse orientaciones y proveerse de los insumos necesarios para el establecimiento de políticas y es este sector el que debe también incorporar cambios en su quehacer, especialmente en el enfoque de los servicios de salud que ameritan una reorientación importante que comprometa a todo el sistema de salud. Las preguntas quedan y se mantienen en algunos casos sin respuestas.

¿Cómo articular a otros actores sociales e institucionales, sensibles a las PPS trascendiendo la visión errada de entender la salud como un asunto solo de los servicios de atención médica?

¿Cómo puede incidir lo técnico y lo ciudadano en lo político? ¿Cómo establecer el nexo que permita la triangulación de política-técnica y comunidad deliberante y comprometida con el desarrollo de políticas con impacto en la salud de las personas?



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

¿Cómo superar las dificultades de em-
patar una política pública y un “político
público”, una visión de corto plazo y co-
yuntural como es la que caracteriza a los
actores políticos como se integra a una
definición de políticas de largo plazo?

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, LF (1992). La hechura de políticas.
México. Porrúa.
- Artigas, C (2003). La incorporación del con-
cepto de derechos económicos, sociales y
culturales al trabajo de la CEPAL. Reseña
de algunas lecturas pertinentes. División
de Desarrollo Social. Serie Políticas Socia-
les. No.72. pág. 5- 45 En: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml>. Chile.
- BID (1998) Seminario “Programas sociales,
pobreza y participación ciudadana”. BID.
- FLACSO, OPS/OMS, Ministerio De Salud De
Chile. (2005) Construyendo La nueva
Agenda Social desde la mirada de los Deter-
minantes Sociales de la Salud. Documento
síntesis del ciclo de diálogos democráticos.
Faundez, Alejandra, Editora.
- Foro Social Mundial Temático (2006). Enfo-
ques y Estructura del Eje de Derechos Hu-
manos. Síntesis de conferencias del Foro,
Cartagena de Indias. Junio 16 al 20.
- Gallego, I (1999). El enfoque del monitoreo y
la evaluación participativa. Revista Espa-
ñola de desarrollo y cooperación. N° 4.
- García, C (2002). Teorías y practicas en pro-
moción y prevención. En: La salud pública
hoy. Saúl Franco, editor. Memorias de la cá-
tedra Manuel Ancizar. Bogotá. Universidad
Nacional de Colombia.
- Güendel, L (Sin fecha). La política pública y
la ciudadanía desde el enfoque de los de-
rechos humanos: La búsqueda de una
nueva utopía. Pag.169-218. En:[http://
www.cep.cl/UNRISD/refrences/Ref_Cos-
ta_Rica/L_699_politica.pdf](http://www.cep.cl/UNRISD/refrences/Ref_Costa_Rica/L_699_politica.pdf).



Gutiérrez, ML, Delgado, A, *et al.* (2002). Diseño de una estrategia metodológica de formulación participativa de políticas sociales para Bogotá. Informe de consultoría para la Alcaldía Mayor de Bogotá, Colombia.

Gutiérrez, ML (2006). La participación social y el empoderamiento en los procesos de formulación participativa de políticas públicas- avances y retrocesos – Conferencia en Foro Internacional de Promoción de la Salud. Rio de Janeiro, Brasil.

INDES/BID (2002). Curso básico de Diseño y Gerencia de políticas y programas sociales. Materiales de apoyo en CD room. Washington DC.

Mokate, K, Saavedra, JJ (2006). Gerencia Social: Un enfoque integral para la gestión de políticas y programas. Departamento de Integración y Programas Regionales. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Banco Interamericano de Desarrollo. Serie de Documentos de Trabajo I-56.

OMS. Comisión Sobre Determinantes Sociales De La Salud (2005). Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo, Mayo 5 de 2005. Ginebra.

Roth, AN (2002). Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá. Edición Aurora.

Springett, J, Wallerstein, N (2008). Issues in participatory evaluation in Minkler, M. and Wallerstein, N. (Eds) Community based Participatory Research in Health, 2nd Edition: Jossey Bass, USA.

Salazar, L, Díaz Constanza, M (2002). Municipios y Comunidades Saludables. El reto de la Evaluación. CEDETES, Universidad del Valle, Cali (Colombia).

ANEXO 1.

EXPERIENCIAS SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES.

Se recogen una síntesis de las mismas, donde se resalta la diversidad y la importancia del tema en la región.

Experiencia: *Red de municipios y comunidades saludables*

País: Perú.

Síntesis del Programa:

El centro de la experiencia: Establecer políticas públicas saludables a partir de: A. la creación de espacios saludables. B. El fortalecimiento de la participación comunitaria.

Resultados intermedios reportados: Mejoramiento en el Estilo de vida de grupos poblacionales específicos, mejoramiento del entorno social y entorno físico.

Recursos que han favorecido el trabajo:

1. Existe una red de Municipios y Comunidades Saludables en el Perú que funciona muy bien.
2. La base que orienta el trabajo de esta red ha sido las Políticas Públicas Saludables (PPS).
3. La convicción y acuerdo en que las PPS crean la posibilidad para que la gente pueda disfrutar de una buena calidad de vida.

Temas EJE desarrollados en las PPS:

- o Calidad de vida de los Jóvenes.
- o Calidad de vida de los Adultos Mayores.
- o Actividad Física.
- o Seguridad Vial.
- o Control de residuos sólidos.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

o Inocuidad alimentaria.

o Lucha anti-tabáquica.

Ejemplos de PPS presentados y desarrollados:

o Control de Ruidos molestos en los barrios.

o Control de consumo de alcohol y tabaco.

o Ciudad de los niños: PPS basada en la participación de los niños y adecuación de los entornos, los niños diseñaron sus propios parques. La experiencia se centro en el juego como sentido pedagógico, de integración social y desarrollo de hábitos saludables. Los niños reclaman el derecho a jugar. Recuperar el espacio público para los niños.

Lecciones aprendidas:

o Las PPS son intervenciones colectivas de mucho impacto y de muy bajo costo.

o Las políticas no son intenciones sino disposiciones concretas que con alta resonancia generan mayores oportunidades para mantener una vida sana.

o Las políticas se centran en garantizar la mejor opción, estableciendo un mejor entorno, una mejor organización o levantando barreras a las opciones no saludables.

Experiencia: Fondo de Comunidades Saludables

País: México.

Síntesis del Programa:

Identificación de la política: Fondo financiero para impulsar la generación, desarrollo y evaluación de políticas públicas saludables a nivel municipal.

Ámbito de actuación: Nacional

Área de aplicación: Municipal

Énfasis: Formulación, Seguimiento y Evaluación.

Origen de la iniciativa: El Ministerio de Salud y grupo de Alcaldes.

Temáticas para el desarrollo de PPS:

o Espacios saludables.

o Prevención y control de la violencia género.

o Actividad física y otros.

Objetivos de la Política:

o Democratizar la salud.

o Reorientar los servicios.

o Fortalecer el proceso de reforma en salud.

o Mejorar el desempeño de los programas de salud pública.

o Impulsar el desarrollo de políticas públicas saludables.

Descripción:

o Se invita a todos los municipios a presentar proyectos de salud y se les aporta un apoyo financiero. Los municipios deben aportar una cantidad equivalente. Se les brinda apoyo logístico y técnico.

o El proyecto tiene que surgir de un diagnóstico participativo, concertado y consensado.

o El Fondo esta a cargo del Ministerio de Hacienda.

o El Fondo aporta recursos (financieros, humanos, otros.) para la implementación de la política.

o A cada Estado se le manda un informe de donde hubo insuficiencias en los



proyectos para que mejoren las probabilidades en el futuro.

o Se realiza evaluación y seguimiento: existen reglas de operación e indicadores de evaluación y seguimiento del fondo.

o Existe una obligatoriedad de informes programáticos y presupuestarios.

o Se asigna un puntaje por logros en prevención de enfermedades y cambios en a condiciones de vida.

Obstáculos:

o Período municipal corto: 3 años y sin reelección.

o Insuficiente capacidad técnica para el planteamiento técnico de los proyectos en municipios.

o Tendencia a solicitar recursos para cosas que tienen que hacer por ley y no para fortalecer la acción en salud en el amplio sentido del concepto.

o Insuficiencia del recurso financiero.

Logros:

o Sensibilización de autoridades municipales y la gente respecto a la salud.

o Democratización de la salud y descentralización.

o Poner a la salud en la agenda de los municipios.

o Reorientar los servicios de salud para que trabaje con los municipios.

o Fortalecimiento de las redes sociales e institucionales municipales.

Experiencia: *Transformación ciudadana y espacial de Bogotá 1995- 2003*

País: Colombia.

Síntesis del Programa:

Centro de la política (PPS): Actividad física y estilos de vida saludable; transformación de la gestión urbana y su movilidad.

Contexto base para la política:

Deterioro de la movilidad, ambiente y calidad de vida. Expresados, en datos numéricos y en percepción de la gente, en aumento de la población, aumento de los automóviles, aumento de la congestión vehicular, aumento de la contaminación ambiental, altos índices de accidentalidad, largos trayectos entre la casa y el lugar de trabajo.

Alternativas propuestas:

Mejorar la movilidad mediante acciones como

o Estudios específicos sobre el tema.

o Más espacios y vías.

o Más multas por contravenciones.

o Más autoridad y policía.

o Más impuestos.

o Control de la velocidad.

EJES centrales de la política:

o Transformación ciudadana mediante corresponsabilidad y autorregulación.

o Cultura Ciudadana: regulación cultural de interacciones entre la ciudadanía y los funcionarios, mínimo de reglas compartidas, regulación interpersonal pacífica (tarjetas ciudadanas, mimos en las calles, ciudadanos orientado sobre normas).

o Transformación espacial.

o Aumento de inversión en vías y trans-



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

porte masivo.

o Mejoramiento del espacio público y recuperación del mismo.

o Aceras para los peatones.

o Construcción de red de ciclo rutas.

o Medida de restricción de placas para el tráfico vehicular particular y público.

o Día sin automóvil “el día sin carro” (1 día al año).

Tiempo de desarrollo de la política: 10 años. 3 períodos de alcaldes. Los dos primeros que se complementaron uno al otro con un cambio de mentalidad y espacial el actual que continúa apoyando la política.

Lecciones aprendidas: Proceso continuo y complementario entre cambios culturales y espaciales. Cambios en la actitud y formación ciudadana, mayor orgullo y pertenencia a la ciudad, integración a la actividad física, cambios en las condiciones y efectos en la salud pública y cambios en la calidad de vida.

Experiencia: *Control de porte de armas de fuegos para reducir los homicidios en Cali, Colombia*

País: Colombia.

Síntesis del Programa:

o Experiencia liderada por el Alcalde de Cali.

o Experiencia evaluada con evidencias de resultados positivos e impacto.

Consideraciones básicas para su montaje:

o Los Alcaldes son responsables del orden público según la constitución nacional.

o Las armas de fuego son producidas y controladas por la industria militar.

o Existía un Programa en la ciudad de trabajo integral para combatir la violencia urbana. “DESEPAZ”. 1992- 1994.

Áreas estratégicas de la Política:

o Fortalecimiento de los sistemas de información sobre crimen y violencia.

o Fortalecimiento de la justicia y la policía.

o Educación para la paz.

o Equidad y desarrollo social: corregir las desigualdades.

Hallazgos en los sistemas de información:

o Datos inconsistentes y no confiables.

o Los homicidios ocurrían principalmente los fines de semana y días especiales (día de la madre, navidad, fiestas).

o Asociación entre alcohol y uso de armas de fuego.

Políticas específicas que acompañaron la política:

o Ley semiseca: Restringir la venta de alcohol después de la 1 de la mañana.

o Prohibición del porte de armas.

o Prevención de accidentes de tránsito. Campañas específicas.

o Restringir el porte de armas en días críticos: fines de semana con pago de salarios, celebraciones especiales, día de la madre, día de brujas, etc..

Medidas adicionales:

o Campañas educativas sobre el peligro de armas.

o Operativos de alta visibilidad con la policía, la autoridad de tránsito, la secretaría de salud y el gabinete del Alcalde.

o Desarme infantil de armas de juguete.



Los niños entregaban sus armas en los parques y se les intercambiaban por balones de fútbol.

Experiencia: *Ambientes libres de humo*

País: Uruguay.

Síntesis del Programa:

Ámbito de la Política: Nacional.

Bases de la Política: La normativa del Estado.

Origen de la Política: La sociedad participó y fue consultada, pero la decisión de iniciar el proceso se centró en los decidores políticos.

Objetivo de la Política:

- o Aumentar tasas de cesación de tabaco en Jóvenes.
- o Disminuir de manera general el consumo de tabaco.

Condiciones previas – Favorables- para la formulación de la Política:

- o En el 2000 se formó la alianza nacional para el control del tabaco, con asociaciones ciudadanas de enfermos crónicos y asociaciones de profesionales.
- o Se emite la Convención Marco para el Control de Tabaco (CMCT liderada a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud).
- o Se contó con evidencias investigativas sobre el tema que sirvieron como instrumentos para la abogacía social y política y para acción integrada de las políticas.

HITOS en el proceso de formulación y desarrollo de la política :

- o Trabajo para la ratificación de la CMCT.
- o La medición de nicotina en diferentes

espacios, mostrando altos niveles de nicotina en escuelas etc.

o Taller de las series ambientes libres de humo.

Fases de la política y acciones desarrolladas:

Preparatoria:

- o Nombramiento de la Comisión Interinstitucional Asesora en Control de Tabaco.
- o Política asumida y liderada por del Presidente Tabaré Vasquez.
- o Se nombro un grupo de trabajo que lideró el programa.

Diseño:

- o Emitir Legislación : Decreto Vs Ley.
- o Mantener la Voluntad política.
- o Declarar Ambientes libres de tabaco.
- o Lograr las Advertencias sanitarias en las empaquetaduras de los cigarros.
- o Generar e instaurar Impuestos a la publicidad, promoción y patrocinios de las industrias tabacaleras.

Implementación:

- o El 50% del paquete tiene información sobre los daños del cigarro.
- o Se instauraron ambientes libres de humo, en ningún bar se puede consumir tabaco.
- o Se instauraron inspecciones diarias a restaurantes, sitios públicos, colegios , etc..

Fortalezas en el proceso de elaboración e implementación de la Política:

- o El convenio marco.
- o Apoyo del Ministerio.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

- o Comisión interinstitucional.
- o Coyuntura política.
- o Contexto internacional favorable.

Debilidades:

- o Los decretos son más frágiles que las leyes.
- o Falta de recursos financieros.

Amenazas:

- o Lobby de la industria tabacalera.
- o Varios proyectos de ley en estudio.
- o Cambio de escenario político.

Experiencia: *El trabajo de la Federación Colombiana de Municipios*

País: Colombia.

Síntesis del Programa:

La Federación presenta de manera descriptiva el sentido de sus existencia y el énfasis de su acción centrado en la descentralización, la gobernabilidad y el desarrollo de la autonomía local.

Acciones de la Federación en pro de los municipios y comunidades saludables:

- o Apertura de espacios para exaltar las experiencias innovadoras de gestión pública exitosa en todos los municipios del país: Expoinnovación.
- o Apoyo y modernización al sistema de identificación y de focalización de beneficiarios del régimen subsidiado de salud, a cargo de los municipios como entes territoriales.
- o Apertura de espacios académicos de análisis y debate especializado sobre la descentralización y los temas estratégicos para el desarrollo municipal: Diálogo

go municipal.

o Impulso a reformas a la seguridad social en salud.

o Representación política para fortalecer la agenda legislativa en salud y los aportes municipales para este campo.

En 2004 se premiaron 3 experiencias innovadoras relacionadas con la gestión del municipio en salud, entre ellas, en el manejo de un Hospital como empresa social del Estado, el desarrollo de una empresa alimentaria basada en la fariña y el desarrollo y logros de comité de participación comunitaria centrado en reducir los problemas prioritarios de salud del municipio.

Experiencia: *Reducción de muertes violentas en Bogotá*

País: Colombia

Síntesis del Programa:

Ámbito de la Política: Ciudad. (20 localidades mes de 6.5 millones de habitantes)

Situación problema: Altos niveles de violencia.

Mecanismos:

Cultura ciudadana.

o Centrada en el cambio de sistemas de comportamiento, todas las sociedades funcionan bajo moral, ley y cultura.

o En el desarrollo amplio y creativo de estrategias de comunicación masiva interpersonal y colectiva.

Ejemplo: Se comenzó trabajando con mimos que actuaban como la moral en la calle, cuando un auto se paraba sobre la cebra, el mimo lo empujaba con formas teatrales de manejo del cuerpo. Si la persona infractora no reaccionaba, se invitaba a gente alrededor del



auto (cultura) para que con el mimo ejercieran un control y censura social, y si todo esto no operaba, un inspector le ponía una multa.

Cambios en la Policía:

- o Fortalecimiento de la policía metropolitana.
- o Programa de reducción de delitos y atracos, y aumento de la seguridad en los espacios públicos.
- o Programa para reducción de homicidios comunes y las demás muertes violentas.
- o Atención y control de actores armados.
- o Se capacito a los policías, llegando a ser la policía mejor calificada del continente con una credibilidad mayor al 60%.
- o Fortalecimiento de la infraestructura de retención y reclusión.
- o Retenes para control de armas y consumo de alcohol.

Cierre de establecimientos nocturnos – horario de funcionamiento controlado.

Desarrollos de la Política:

- o Programa de Convivencia ciudadana.
- o Unidades de mediación y conciliación. Mediadores de conflictos.
- o Comisarías de familia.
- o Inspecciones de policía. Reducción y creación de policías comunitarias.
- o Prevención de factores asociados: pólvora, porte de armas, accidentalidad de tránsito.
- o Fortalecimiento de Policía y la Justicia: Comunicaciones, movilidad, infraestructura y capacitación.

o Justicia punitiva – Retención y reclusión.

Componentes de la política para su desarrollo y éxito:

- o Liderazgo político: ¿Quién es el responsable y en de qué es responsable? (componente político).
- o Información confiable: buenas fuentes de datos. (componente técnico).
- o Coordinación intersectorial. (componente técnico).
- o Infraestructura administrativa (componente técnico - administrativo) tener un staff de personal e instituciones con capacidad para imponer y exigir.
- o Plan integral de Convivencia y seguridad ciudadana. (técnico).
- o Evaluación y seguimiento interna y externa.(técnico y político).
- o Rendición de cuentas (Político).

Participación ciudadana (Político) en el trabajo con los ciudadanos- un mejor ciudadano, con su comportamiento, con su actitud. Participación desde donde este.

Experiencia: *Las políticas publicas saludables a nivel nacional desde la estrategia de comunidades y municipios saludables.*

País: Argentina.

Síntesis del Programa:

Nombre de la experiencia de PPS: Municipios y Comunidades Saludables.

Ámbito de la PPS: Nacional.

Enfoque de la Política: Política de Estado combinada con un fuerte énfasis y participación social.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Aspectos que han ayudado al desarrollo de la PPS:

- o Voluntad y decisión política.
- o Creación de ámbitos de consenso e institucionalización de los acuerdos.
- o Identificación con la visión de la PPS.
- o Articulación de recursos existentes.
- o Integración de las áreas de salud y ambiente en el Ministerio de Salud desde 2004.
- o Conformación de redes para la gestión de la política.

Obstáculos enfrentados:

Políticos:

- o Sistema federal con autonomía.
- o Inexistencia de un plan integral de Promoción de la Salud.

Geográficos:

- o Inequidad geográfica.
- o Distintas realidades locales.

Centro de la Política Pública Saludable:
Promover escenarios saludables.

Resultados parciales:

El programa de Municipios y Comunidades Saludables esta hoy en 160 municipios del país.

Este año se esta evaluando la Política.

ANEXO 2.

EXPERIENCIAS DE OBSERVATORIOS EN COLOMBIA.

En el segundo gran bloque de la reunión se realizó la revisión de diferentes Observatorios, como uno de los mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas públicas como insumo para la discusión acerca de la viabilidad y pertinencia de construir un observatorio (o conjunto de observatorios) sobre Políticas públicas Saludables. En esta dirección se presentó la experiencia de 7 Observatorios colombianos, en temas y campos de actuación diversos. A continuación se sintetiza los aportes y claves de aprendizaje de los mismos:

Observatorio de Juventud

Ámbito de actuación: nacional

Áreas de observación y Mecanismos de trabajo:

¿Qué se observa?

- o La situación de los jóvenes.
- o El desarrollo de las políticas de Juventud en Colombia y en regiones, ciudades o municipios específicos.

¿Cómo se hace?

- o Investigaciones.
- o Trabajos de consultoría a entes territoriales.

(Esta dentro de la Universidad)

Observatorio de Infancia

Ámbito de actuación: Nacional.

Áreas de observación y Mecanismos de trabajo:



¿Qué se observa?

- o Contexto general del país.
- o Situación de la infancia en Colombia.
- o Derechos de la infancia en Colombia.
- o Respuesta social organizada.
- o Marco normativo y político: (Políticas Públicas) Internacional, Nacional, regional y local.

¿Cómo se hace?

- o Datos – indicadores.
- o Manejo y difusión de la información.
- o Generación de conocimiento mediante estudios o reportes.
- o Devolución de resultados.
- o Formación de profesionales. (Esta dentro de la Universidad).

Observatorio del Delito

Ámbito de actuación: nacional

Áreas de observación y Mecanismos de trabajo:

¿Qué se observa?

- o Muertes violentas intencionales y no intencionales.
- o Hechos violentos y lesiones.

¿Qué objetivos tiene?

General: Proporcionar información válida que permita a los gobiernos locales y departamentales prevenir las muertes violentas, a partir de la coordinación con entidades de seguridad y justicia, haciendo posible el diseño y aplicación de políticas que contribuyan a la seguridad y convivencia ciudadana.

Específicos:

o Conformar equipos institucionales de registro, intervención y seguimiento de los hechos violentos y no intencionales.

o Unificar la recolección, codificación y validación de información sobre muertes violentas y no intencionales.

o Contribuir a la formulación de políticas públicas para prevenir la violencia y las lesiones.

Resultados esperados:

- o Voluntad política de los gobernantes.
- o Coordinación de las instituciones.
- o Formación de capital humano y acompañamiento a los desarrollos locales.

¿Cómo se hace?

o Documentar el contexto de violencia del municipio o región.

o Hacer un inventario de recursos tecnológicos y de talento humano local.

o Convocar a las autoridades político-administrativas del municipio.

o Conformar el comité interinstitucional de vigilancia de lesiones violentas.

Mediante talleres de capacitación (manejo de instrumentos de recolección de datos, captura y georeferenciación) y acompañamiento al proceso.

Se ofrece una estructura tecnológica y organizacional para instaurar en el municipio de bajo costo y fácil manejo.

Observatorio del Conflicto interno y Salud en Colombia

Ámbito de actuación: Nacional.

Áreas de observación y Mecanismos de trabajo:



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Objetivos:

General: Registrar, analizar y divulgar el impacto del conflicto armado colombiano sobre la vida, la salud, la calidad de vida y el sector salud del país, tratando de aportar insumos académicos y propuestas que contribuyan a estimular la respuesta social nacional e internacional y la formulación de políticas que en conjunto conlleven a atenuar las consecuencias del conflicto y la búsqueda de soluciones de fondo y duraderas.

Específicos:

- o Crear y mantener un sistema de información y monitoreo del impacto.
- o Realizar la observación y el monitoreo a partir de puntos centinela.
- o Registra, discutir y analizar los datos de manera interdisciplinaria, continua y sistemática.
- o Generar espacios académicos y políticos, y participar en los existentes.
- o Aportar elementos de información y análisis.
- o Divulgar la información a nivel nacional.
- o Impulsar el desarrollo de procesos y proyectos de investigación.
- o Fomentar mecanismos de comunicación, interacción y complementariedad.

Ejes temáticos:

- o Impacto del conflicto en las condiciones de vida y la calidad de vida.
- o Morbi-mortalidad por el conflicto.
- o Situación de la misión médica.
- o Condiciones de vida y salud de la población en situación de desplazamiento.
- o Impacto en los servicios de salud en

Colombia.

Metodología:

- o Observación de la realidad.
- o Revisión documental.
- o Análisis.
- o Socialización.

Observatorio de Salud Urbana

Ámbito de actuación: Nacional

Áreas de observación y Mecanismos de trabajo:

- o Esta iniciando.
- o Se basa en el enfoque de los determinantes de salud.
- o En la observación y la intervención.

Temas a trabajar:

- o Políticas públicas sobre determinantes sociales de la salud.
- o Equidad en salud y acceso a servicios de salud.
- o Gobernanza en salud urbana.

Mecanismos:

- o Buscar acuerdos ente instituciones del gobierno, universidades y sociedad civil.
- o Identificación de temas de salud generadores de la articulación.
- o Interacción entre investigadores y tomadores de decisiones.

Observatorio de Equidad en Salud

Ámbito de actuación: nacional

Áreas de observación y Mecanismos de trabajo:



o Énfasis en la observación de situaciones y condiciones que generan inequidad en salud.

o Es un grupo de trabajo, de análisis.

Observatorio Andino

Ámbito de actuación: Sub-regional Área Andina.

Áreas de observación y Mecanismos de trabajo:

o Se centra en la investigación de asuntos del orden político regional y de integración y desarrollo del área andina.







Capítulo 3

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LAS UNIVERSIDADES

Hiram V. Arroyo-Acevedo

INTRODUCCIÓN

Las Universidades y las Instituciones de Educación Superior han ejercido durante las últimas décadas el liderazgo en el ámbito de la Promoción de la Salud (PS) y la Educación para la Salud (EPS). La contribución universitaria se manifiesta de forma muy significativa a través del:

- Desarrollo de programas académicos de formación de recursos humanos especializados en Promoción de la Salud y Educación para la Salud.
- Desarrollo de estructuras o unidades académicas especializadas en temas de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Estas estructuras contribuyen en las acciones de capacitación, investigación y servicio en PS y EPS.
- Desarrollo de Centros Colaboradores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con base en las estructuras universitarias.
- Desarrollo de proyectos e iniciativas de



definición de competencias y saberes en PS y EPS.

- Desarrollo y apoyo continuado a las redes profesionales y académicas en PS y EPS.
- Establecimiento de iniciativas y proyectos formales de Universidades Promotoras de la Salud.

- Desarrollo de conferencias, congresos y cursos especializados de PS y EPS de carácter internacional.

- Desarrollo de publicaciones de corte descriptivo-situacional de la PS y la EPS a nivel Continental e Iberoamericano.

En este Capítulo se describen algunas contribuciones de las universidades a los campos complementarios de la PS y la EPS con particular énfasis en las iniciativas desarrolladas en la Región de Iberoamérica.

La contribución universitaria se ejemplifica tanto en instituciones públicas como privadas. La contribución y el liderazgo universitario ha sido instrumental en momentos e instancias



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

históricas donde algunas políticas y estructuras de PS se han debilitado o se han visto afectadas por los cambios políticos y administrativos en los países o en las organizaciones internacionales vinculadas a la salud. Aún en éstas instancias de inestabilidad muchas universidades han mantenido inalterada su misión y objetivos estratégicos favorables al movimiento de Promoción de la Salud.

SURGIMIENTO DE PROGRAMAS ACADÉMICOS DE PS

Un análisis reciente de los programas académicos de PS en Iberoamérica ilustra la expansión de la oferta académica de PS en los niveles de pregrado y posgrado. En la Tabla 1 se presentan algunos ejemplos de programas académicos de PS y EPS desarrollados en Iberoamérica.

Tabla 1. Programas académicos de PS y EPS desarrollados en Iberoamérica.

País	Programas de Pregrado	Programas de Maestría	Programas de Doctorado
Brasil		• Maestría en Promoción de la Salud. Universidad de Franca.	• Doctorado en Promoción de la Salud. Universidad de Franca.
Colombia	• Tecnología en Promoción de la Salud. Universidad de Nariño.		
Costa Rica	• Carrera de Promoción de la Salud. Universidad de Costa Rica.		
Cuba	• Diplomado en Promoción de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. • Diplomado Pedagogía de la Promoción y Educación para la Salud. Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño (IPLAC).	• Maestría en Promoción y Educación para la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública.	
Ecuador	• Escuela de Educación para la Salud. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH). • Programa de Pregrado en Prevención y Promoción de la Salud. Universidad san Francisco de Quito.	• Especialización en Salud Escolar. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH). • Programa de Posgrado en Prevención y Promoción de la Salud. Universidad san Francisco de Quito.	
El Salvador	• Diplomado de Promoción de la Salud y Educación para la Salud		

Tabla 1. Programas académicos de PS y EPS desarrollados en Iberoamérica.
(Continuación)

País	Programas de Pregrado	Programas de Maestría	Programas de Doctorado
España		<ul style="list-style-type: none"> • Maestría en Promoción de la Salud. Universidad de Girona. • Cátedra de Promoción de la Salud. Universidad de Girona. • Diploma de Experto Universitario en Promoción de la Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. 	
México	<ul style="list-style-type: none"> • Diplomado en Promoción de la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). • Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México 	<ul style="list-style-type: none"> • Maestría en Salud Pública con concentración en Promoción de la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). 	
Perú		<ul style="list-style-type: none"> • Diploma de Estudios en Promoción de la Salud y Diploma de Investigación en Promoción de la Salud. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 	
Puerto Rico	<ul style="list-style-type: none"> • Bachillerato en Educación en Salud Comunal. Escuela de Profesiones de la Salud, Universidad de Puerto Rico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maestría en Educación en Salud Pública. Escuela de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico. • Certificado Graduado en Promoción de la Salud Escolar. Escuela de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doctorado en Salud Pública con Especialidad en Determinantes Sociales de la Salud. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico.

En el libro titulado Promoción de la Salud: Modelos y Experiencias de Formación Académica-Profesional en Iberoamérica (2010) se presenta una muestra importante de experiencias académicas de catorce países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, México, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Uruguay. La publicación fue un proyecto conjunto del Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS), la Oficina Regional Latinoamericana

de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES/ORLA), el Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud adscrito a la Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, y la Red Atlantea de Intercambio Académico con el Caribe en Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la Universidad de Puerto Rico.

PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

La referida publicación incorpora contenido de experiencias de formación de recursos humanos tanto en los ámbitos de la Promoción de la Salud como de la Educación para la Salud. Se presentan experiencias de formación de pregrado, posgrado y otras modalidades de capacitación a personal profesional en el ámbito de la salud y campos relacionados. En la descripción de los modelos y las experiencias se presentan los marcos conceptuales y filosóficos que orientan las propuestas formativas reflejando la variabilidad discursiva e interpretativa de la Promoción de la Salud. El contenido del libro se orientó hacia las siguientes unidades de análisis: Contexto y antecedentes del programa o iniciativa académica; Metas y objetivos; Enfoque general del programa y su marco filosófico; Perfil del egresado; Perfil del cuerpo docente del programa; Competencias dominantes en el currículo; Duración del programa; Descripción de los cursos; Secuencia curricular; Otros aspectos distintivos y novedades del programa; Principales temas y líneas de investigación del programa; Aspectos de evaluación de la efectividad del programa; Aspectos de vinculación internacional del programa; Impacto social del programa; Políticas nacionales o institucionales que apoyan la formación de recursos humanos en PS y EPS; Potenciales lugares de empleo y mercado laboral de los egresados; Desafíos, retos y barreras del programa; y Proyecciones del programa. La importancia de la publicación ha sido descrita por el propio editor al señalar lo siguiente:

“El valor de la publicación trasciende el esfuerzo de compilación, descripción y caracterización de los modelos y experiencias de formación académica-profesional en PS y EPS. Es reflejo del pensamiento y la práctica de los ámbitos de la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud de la época. Representa la oportunidad de ilustrar los paradigmas

académicos dominantes, las políticas educativas y la metodología instruccional que condiciona la formación de la fuerza de trabajo en salud, en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en Iberoamérica. Es contenido instrumental para la proyección regional a nivel global, para el análisis e intercambio interdisciplinario y transdisciplinario, para el desarrollo de iniciativas internacionales de cooperación e intercambio académico y para acciones de integración institucional de los sectores academia-sociedad al interior de los países” (Arroyo, 2010).

Resulta evidente la calidad y la pertinencia social de los programas académicos de PS y EPS en Iberoamérica. Se reconoce la variabilidad de los enfoques académicos y los énfasis temáticos de los programas. Sin embargo, se podría afirmar que en la mayoría de las propuestas curriculares de PS existen elementos de uniformidad en los países en lo relacionado a las competencias y los valores de la PS. Rabionet y García (2010) argumentan lo siguiente con relación al enfoque curricular de los programas de PS:

“Los currículos o programas de estudio de universidades en América Latina reflejan perspectivas particulares y distintivas con una fuerte tendencia a las prescriptivas (basada en competencias y en el desarrollo técnico de destrezas para la solución de problemas) y las humanísticas y de acción social (dónde se espera que haya una interacción con el ambiente socio-político). A primera vista, parecerían dos visiones contradictorias de orientación curricular. Sin embargo, estas dos perspectivas se entrelazan de forma efectiva en la mayoría de los currículos creando el mensaje común e inequívoco de que los profesionales que se for-



man en la ciencias de la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud están preparados para participar en la reconstrucción social: con énfasis en la solución de los problemas, tales como: pobreza, género, racismo, contaminación, abuso a grupos marginados, corrupción estructural y explosión demográfica, entre otros. Concurrentemente, se espera que estos profesionales de la salud respondan con alto nivel de destrezas y con eficiencia técnica. Deben mostrar competencia y un nivel de dominio avanzado en aquellas prácticas modernas de la que distinguen y caracterizan la Promoción de la Salud como lo son la estimación de necesidades individuales y comunitarias, la identificación de los condicionantes y los determinantes de la salud, la articulación de los esfuerzos con las áreas prioritarias de salud, la planificación, el desarrollo de alianzas, la formulación de políticas públicas, la administración de programas y la evaluación e investigación” (Rabionet y García, 2010, p.116).

CENTROS COLABORADORES DE LA OMS-OPS UBICADOS EN UNIVERSIDADES

Los Centros Colaboradores de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) en el ámbito de la Promoción de la Salud que se ubican en las Universidades han servido de apoyo a la gestión de investigación, capacitación y la práctica de la Promoción de la Salud en la Región. Han sido importantes en el desarrollo de la documentación y la consolidación de redes profesionales y académicas en temas de la Promoción de la Salud tales como: Promoción de la Salud Escolar, Evaluación de la Efectividad en Promoción de la Salud, Ciudades Saludables, Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud, Universidades Promo-

toras de la Salud, entre otros temas. En la Tabla 2 se presenta una relación de los Centros Colaboradores que se vinculan directamente al campo de la Promoción de la Salud que tienen como sede a instituciones universitarias de la Región.

LAS REDES ACADÉMICAS Y PROFESIONALES DE PS

La experiencia de la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina evidencia el fortalecimiento del trabajo en red a través de los años. La labor ejercida por las redes académicas, profesionales y comunitarias en los campos de la PS y la EPS ha sido vital como estrategia de salud en los esfuerzos de sostenibilidad de la cultura salubrista de PS y EPS en la Región. Ha contribuido a la continuación y el fortalecimiento de iniciativas de PS y EPS en instituciones públicas y privadas y ha proyectado favorablemente a nivel global el liderazgo y algunos avances alcanzados por estas disciplinas en la Región.

La relativa estabilidad que exhiben las organizaciones universitarias sumado a la misión y los objetivos estratégicos de las instituciones de educación superior en lo relacionado a la expansión del conocimiento, la investigación y el servicio han favorecido a la PS y a la EPS. Al presente existen dos redes consolidadas de PS y EPS en la Región que mantienen su quehacer en instituciones universitarias. Nos referimos al Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS) y a la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS).



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

EL CONSORCIO DE UNIVERSIDADES (CIUEPS)

El Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS) se funda en el 1996 con el apoyo de la entonces denominada División de Promoción de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Departamento de Ciencias Sociales de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas la Universidad de Puerto Rico. Las instituciones fundadoras del CIUEPS son:

- Facultad de Salud Pública, Universidad de Sao Paulo, Brasil.
- Centro de Promoción de la Salud, Universidad de Toronto, Canadá.
- Escuela de Ciencias en Enfermería, Universidad de Laval, Canadá.
- Departamento de Educación, Universidad de Los Lagos, Osorno, Chile.
- Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- Facultad de Enfermería, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Facultad de Nutrición y Educación para la Salud, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- Universidad del Sur de Illinois, Carbondale, Estados Unidos de Norteamérica.
- Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad de Yale, Estados Unidos de Norteamérica.

- Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de Norteamérica.
- Departamento de Medicina Social y Preventiva, Universidad de West Indies, Jamaica.
- Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.
- Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.
- Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.
- Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.

Desde su creación hasta el presente el CIUEPS ha mantenido la finalidad de servir como red y entidad de apoyo a las instituciones académicas y de servicio con funciones de formación y capacitación en Promoción de la Salud (PS) y Educación para la Salud (EPS). Se reconoce que el esfuerzo mayor del CIUEPS ha sido la vinculación con personal docente e instituciones universitarias a los fines de impulsar el desarrollo de iniciativas académicas de formación de recursos humanos en PS y EPS en las diferentes modalidades de formación universitaria.

Entre los valores del CIUEPS ha permanecido la defensa del ideario conceptual y metodológico tanto de la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud. Ambos campos o disciplinas son reconocidos por el CIUEPS como entidades autónomas y complementarias. Aunque el CIUEPS valida con fuerza la importancia política y estratégica del Modelo



Tabla 2. Centros Colaboradores vinculados directamente al campo de la Promoción de la Salud que tienen como sede a instituciones universitarias de la Región.

Centro Colaborador	Ubicación	Fecha de designación	Descripción del Centro
Instituto PROINAPSA-UIS Centro Colaborador de OMS en Promoción de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva	Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia	2003	La misión de PROINAPSA es contribuir al desarrollo de la salud integral, como un bien para la vida de las personas, a través de programas y proyectos de promoción de la salud, investigación y formación, que faciliten a los grupos humanos reflexionar acerca de lo que piensan, sienten y hacen sobre sí mismos y su entorno, aportando así a la proyección de la Universidad Industrial de Santander a la comunidad. Contamos con la experiencia y los saberes de un equipo humano consolidado y comprometido en la búsqueda permanente por ampliar su conocimiento e innovar su forma de actuar. (Tomado de http://www.uis.edu.co/webUIS/es/academia/proinapsa/presentacion.jsp).
Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública (CEDETES)	Escuela de Salud Pública. Facultad de Salud. Universidad del Valle. Cali, Colombia	2004	CEDETES se define como una unidad de investigación, con carácter interdisciplinario e interinstitucional, orientada al ámbito de la salud pública y la promoción de la salud. Su misión es evaluar y desarrollar políticas, programas y tecnologías en salud pública y promoción de la salud, para articular los resultados a la toma de decisiones, con el fin de suministrar insumos para la formulación e implementación de políticas públicas y programas, que promuevan el bienestar y calidad de vida de la población (Tomado de www.cedetes.org).

de Promoción de la Salud también posiciona con prioridad la experiencia histórica y la pertinencia de los programas académicos e iniciativas de formación y especialidad en Educación para la Salud que han sido baluartes de la Salud Pública en América Latina.

Otro de los valores del CIUEPS ha sido la perspectiva de inclusión de su quehacer lo-

grando así la operacionalización de los proyectos e iniciativas con entidades e instituciones académicas y profesionales de los sectores público, privado y comunitario. Igualmente el CIUEPS ha reconocido desde su fundación la importancia del trabajo Iberoamericano como una oportunidad de fortalecer las alianzas, los saberes, los recursos y la experiencia histórica-cultural.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Desde el 1996 hasta el presente el CIUEPS ha mantenido vigente su definición y la relación de metas y objetivos que fueron definidas desde la creación de la red. La iniciativa del CIUEPS fue definida de la siguiente forma:

- El Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud esta constituido como una red de instituciones que persigue fortalecer los vínculos, la cooperación, la solidaridad y las relaciones de colaboración e intercambio académico entre las instituciones miembros para la formación de personal en educación para la salud y promoción de la salud.
- Se visualiza como un foro activo de discusión sobre los planes de estudios vigentes en la formación de personal en educación para la salud y promoción de la salud y un propulsor de acciones conjuntas dirigidas a estimular y mejorar el desarrollo teórico, metodológico, la práctica de la enseñanza y la investigación en este campo, en la Región de las Américas (CIUEPS, 1996, p. 12).

A través de los años el CIUEPS ha logrado el reconocimiento y el liderazgo como red y entidad promotora de las acciones de capacitación y formación de recursos humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina. En sus años de funcionamiento como red el CIUEPS ha ejercido funciones diversas incluyendo las siguientes:

- Consolidar la red de académicos, investigadores y personal gerencial asociados a la PS y la EPS.
- Facilitar las relaciones de intercambio y colaboración entre las instituciones miembros.
- Concienciar sobre la importancia y la

justificación de iniciativas de formación en PS y EDSA.

- Asesorar a instituciones universitarias en el tema de formación de recursos humanos.
- Intercambiar recursos bibliográficos sobre temas de PS y EDSA respetando la diversidad conceptual y metodológica.
- Editar y publicar libros y documentos técnicos sobre el tema de formación de recursos humanos.
- Impulsar el desarrollo de cursos y actividades de capacitación especializadas en PS y EDSA en las instituciones miembros
- Desarrollar propuestas curriculares y material instruccional sobre temas de pertinencia en los ámbitos de la PS y la EDSA.
- Vincular al CIUEPS con las entidades homólogas a nivel Iberoamericano y global.
- Vincular al CIUEPS con otras redes vinculadas a los temas de PS y EDSA.
- Generar la cultura de trabajo técnico, científico y administrativo a distancia mediante la utilización de la tecnología electrónica.
- Promover la realización de reuniones y eventos científicos en diferentes Subregiones de las Américas.
- Promover la inclusión del tema y realizar presentaciones sobre la temática de formación en eventos nacionales, regionales y globales.

LA INICIATIVA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD

La importancia de la Promoción de la Salud en el entorno universitario se presenta en la



Tabla 2. Centros Colaboradores vinculados directamente al campo de la Promoción de la Salud que tienen como sede a instituciones universitarias de la Región. (Continuación)

Centro Colaborador	Ubicación	Fecha de designación	Descripción del Centro
Centro de Estudios, Investigación y Documentación (CEPEDOC). Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud en Promoción de la Salud y Ciudades Saludables.	Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, Brasil.	2007	CEPEDOC desarrolla alianzas con diferentes sectores públicos y sociales, nacionales e internacionales, para apoyar procesos y proyectos de desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de políticas públicas de salud. Su misión es fortalecer la Promoción de la Salud (PS) a través de la realización de investigaciones y experiencias sobre Ciudades Saludables; construir procesos de capacitación en Promoción de la Salud; Apoyar a municipios, comunidades y organizaciones que deseen adoptar los principios de la PS; Promover políticas públicas y modelos de gestión en PS; entre otros. CEPEDOC define a la Promoción de la Salud como un movimiento de producción social y un mecanismo para el fortalecimiento y la implantación de una política integrada y participativa que facilite el diálogo de diversos sectores del gobierno y la sociedad. La intención es desarrollar un conjunto de compromisos y de co-responsabilidades organizadas para actuar sobre los determinantes de la salud que inciden sobre las condiciones de vida y la salud. (Tomado de www.ciudadessaudaveis.org.br)
Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) para la Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud	Departamento de Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública. Recinto de Ciencias Médicas. Universidad de Puerto Rico	2007	Surge con la finalidad de desarrollar una agenda de trabajo y la implantación de iniciativas dirigidas a fortalecer las acciones de investigación, documentación, formación profesional y la capacitación de recursos humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud con prioridad en los países de América Latina y El Caribe. Participa en diferentes proyectos internacionales de definición de competencias y desarrollo curricular en PS. Desde sus inicios hasta el presente el Centro Colaborador ha sido responsable de propiciar la articulación de las redes profesionales y académicas Regionales e Iberoamericanas tales como la Oficina Regional Latinoamericana de la UIPES-ORLA, el Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS) y la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). A partir del 2010 colabora con el Grupo Consultivo Regional de Promoción de la Salud Escolar.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Declaración de Pamplona-Iruña (2009). Este es uno de los documentos recientes que establecen los valores y los principios del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud (UPS). El documento establece el rol de las Universidades en este ámbito al señalar que *“para que la Universidad pueda atender, adecuada y eficientemente, las demandas que la sociedad le requiere, debe procurar un contexto físico, psicológico y social saludable, solidario, sostenible y de calidad, que posibilite el cumplimiento óptimo de sus obligaciones sociales, incorpore la Promoción de la Salud en los currículos formativos y entre los objetivos de investigación, así como que ofrezca diversos programas para impulsar la creación de una cultura y condiciones de trabajo y estudio saludables, potenciando la participación de las personas y redes sociales en la programación, consecución y difusión de los logros alcanzados”* (Declaración de Pamplona-Iruña, 2009).

El movimiento de Universidades Promotoras de la Salud se fortalece en América Latina con el trabajo realizado en los países por Universidades tanto públicas y privadas. También se ha fortalecido como resultado de las redes formales de Universidades Promotoras de la Salud que se han institucionalizado en países como Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Perú, entre otros. Las Conferencias Internacionales sobre el tema también han sido instrumentales contribuyendo a impulsar la iniciativa a nivel Iberoamericano. Nos referimos a los eventos realizados en Chile (2003), Edmonton, Canadá (2005), Ciudad Juárez, México (2007), Pamplona, España (2009) y San José, Costa Rica (2011).

El concepto de Universidades Promotoras de la Salud continúa en proceso activo de conceptualización y redefinición de su alcance a los fines de garantizar la pertinencia y la finalidad práctica de su quehacer. El concepto de

Universidades Promotoras de la Salud hace referencia a las universidades y entidades de Educación Superior que han desarrollado una cultura organizacional orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la Promoción de la Salud con apoyo constatado a través de una política institucional propia para el fomento y la permanencia de las acciones de Promoción de la Salud (PS). La política institucional debe ser clara y comprende acciones de Promoción de la Salud en su acepción amplia con alcance en los siguientes componentes (Arroyo, 2009):

- Desarrollo de normativa y Políticas Institucionales para propiciar ambientes favorables a la Salud.
- Desarrollo de acciones de formación académica profesional en PS y EPS y otras modalidades de capacitación a la comunidad universitaria.
- Desarrollo de acciones de investigación y evaluación en PS .
- Desarrollo de acciones de Educación para la Salud, Alfabetización en Salud y Comunicación en Salud.
- Ofrecimiento de Servicios preventivos y de Cuidado y Atención a la Salud.
- Desarrollo de opciones de participación para el desarrollo de habilidades, liderazgo y abogacía en salud en los integrantes de la comunidad universitaria.
- Desarrollo de acciones con alcance familiar y comunitario.
- Otras instancias institucionales y sociales de Promoción de la Salud, basadas en el reconocimiento e imperativos del enfoque de los determinantes sociales de la salud, que contribuyan a la salud, al cambio social, al bienestar y a la calidad de vida de la comunidad universitaria y



el ambiente externo.

El movimiento de Universidades Promotoras de la Salud se ha fortalecido los últimos años en Iberoamérica a partir de varias iniciativas desarrolladas. En la Región de las Américas el I Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud se desarrolló en Santiago, Chile en noviembre de 2003. El tema central del evento fue “Construyendo Universidades Saludables”. El evento fue coordinado por la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Alberta, Canadá. El mismo contribuyó a socializar el movimiento de Universidades Promotoras de la Salud. El liderazgo institucional de Chile en este ámbito de trabajo queda nuevamente evidenciado cuando en el 2006 la Universidad de Los Lagos organiza una reunión para fomentar el trabajo en red con participantes nacionales e internacionales (Guía para Universidades Saludables, 2006, p.13). Bajo el liderazgo institucional Chileno también se publica la Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación Superior que fue un trabajo conjunto del Programa UC Saludable de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el INTA de la Universidad de Chile, de la OPS/OMS, con el apoyo técnico del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, VIDA CHILE y del Ministerio de Salud de Chile.

El II Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en la Región de las Américas se efectuó en octubre de 2005 en la Universidad de Alberta en Edmonton. Como producto de este evento surge el documento declaratorio conocido como la Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior (Guía para Universidades Saludables, 2006, p.43). En el documento se establece el marco conceptual, las metas, las creencias y los principios de la iniciativa. Además se propone una

guía con compromisos de acción institucional para impulsar la iniciativa en las Universidades.

El III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud se realiza del 3 al 6 de octubre de 2007 en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. El tema fue Entornos Formativos Multiplicadores. El evento fue organizado por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Dirección General de Servicios Académicos, Subdirección Universidad Saludable. Ofrecieron apoyo la OPS y la Pontificia Universidad Católica de Chile. En el evento se inscribieron 122 delegados representando siete países: Chile (15), Colombia (1), España (9), Estados Unidos (5), México (88), Puerto Rico (1), y Venezuela (3). Como parte de los resultados del III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en Ciudad Juárez se institucionaliza, el 6 de octubre de 2007, la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). El Artículo 4 del Documento Constitutivo de la Red (2007) establece sus funciones, a saber:

- Participar en la organización de las Reuniones Internacionales bianualmente.
- Promover el reclutamiento y la adhesión de nuevas UPS como miembros de la RIUPS.
- Mantener la documentación de las Reuniones y actividades de las UPS.
- Vigilar el cumplimiento de los criterios para ser una UPS.
- Proveer apoyo para el monitoreo y evaluación de las experiencias de las UPS.
- Diseminar las experiencias y lecciones aprendidas con las UPS.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

En el documento constitutivo se establecen las siguientes áreas de colaboración y cooperación:

- Información: Mantener el Sitio Web y hacer los links de cada universidad, asegurando que la información de cada institución esté lo más actualizada posible.
- Criterios y Guías: Desarrollar, adaptar y disseminar criterios y guías sobre UPS.
- Formación: Desarrollar cursos presenciales y a distancia sobre Promoción de la Salud en colaboración con el CIUEPS.
- Materiales didácticos: Preparar materiales, libros de texto y documentos para la enseñanza de la Promoción de la Salud en colaboración con el CIUEPS.
- Proyectos de Investigación y Capacitación: Preparar proyectos de investigación así como de capacitación y formación de los recursos humanos en Promoción de la Salud.
- Documentación y divulgación: Documentar, sistematizar y publicar/diseminar las experiencias y el conocimiento (Artículo 2).

El IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud se efectuó del 7-9 de Octubre de 2009 en la Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España. El tema central del evento fue El Compromiso Social de las Universidades. En el evento se aprobó un documento resolutivo conocido como la Declaración de Pamplona/Iruña que establece los valores y los principios del movimiento de Universidades Promotoras de la Salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Centro Colaborador de la OMS/OPS para la Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la Escuela de Salud Pública del Recinto de

Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico y la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid han co-coordinado y apoyado durante los años 2009-2011 el trabajo regional e Iberoamericano en el tema de Universidades Promotoras de la Salud. En preparación a las Conferencias Internacionales de Universidades Promotoras de la Salud en Pamplona (2009) y Costa Rica (2011) y en el ánimo de promover la participación de delegados de los países de la Región Iberoamericana se han constituido grupos de trabajo o comisiones iberoamericanas. La propuesta ha sido propiciar el diálogo y el trabajo en red previo a la Asamblea General de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS) a realizarse en el marco de cada Congreso. Las líneas de trabajo prioritario de la RIUPS han sido:

- Actualizar la base de datos regional de los programas y personas claves vinculadas al ámbito de las Universidades Promotoras de la Salud (UPS).
- Integrar a nuevas instituciones y personas claves para que participen en las actividades de la Red.
- Apoyar el establecimiento de las Redes Nacionales de UPS en los países de la Región.
- Fortalecer la vinculación de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud con la Red del Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS) (www.cieups.org).
- Fortalecer la vinculación de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud con la Red Española de Universidades Promotoras de la Salud.
- Contribuir al desarrollo del Plan de Trabajo y el desarrollo de la página Web de



la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud.

- Proponer propuestas de proyectos colectivos a ser desarrollados de manera conjunta por los integrantes de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud.
- Apoyar a Costa Rica como país sede del V Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en el 2011.
- Revisar y afinar los componentes operacionales, de estructura, de organización y de comunicación de la red Iberoamericana.

La misión social de la Universidad ha quedado constatada a través de la historia. Al presente es imperativa la vinculación de las Universidades con el ambiente externo y con los esfuerzos de salud en lo relacionado al desarrollo de proyectos de servicio, investigación y capacitación. Los proyectos e iniciativas de Universidades Promotoras de la Salud de la Región tienen grandes oportunidades de consolidación y expansión. Existe el interés en ampliar su alcance a través de los resultados y las evidencias de la efectividad de las acciones desarrolladas durante la última década.

BIBLIOGRAFÍA

Arroyo, H (2011). Reseña Histórica de la Oficina Regional Latinoamericana (ORLA) de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES). En proceso de publicación.

Arroyo, HV (2010) (Ed.). Promoción de la Salud: Modelos y Experiencias de Formación Académica-Profesional en Iberoamérica. Impresos Universitarios, San Juan, Puerto Rico. Universidad de Puerto Rico.

Arroyo, H (2009). Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas. Documento de Trabajo Desarrollado para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. Evento organizado por la Universidad Pública de Navarra a efectuarse en Pamplona, España del 7-9 de octubre de 2009 con el tema El Compromiso Social de las Universidades.

Arroyo, HV (2009). La Universidad y el Desarrollo de las Redes Académicas y Profesionales de Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina. Documento de trabajo desarrollado para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud efectuado en Pamplona, Navarra, España.

Arroyo, HV(2009). Marco conceptual de Universidades Promotoras de la Salud. Documento técnico en proceso de desarrollo (julio 2009) para la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Arroyo, H (2008). El Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS): Reseña Histórica del Periodo 1996-2010.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

- Arroyo, HV (2008). Programa de la VII Asamblea General del Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS, 2008). Reunión del CIUEPS. 27-29 de octubre de 2008. Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica (UCR). San José, Costa Rica.
- Arroyo, HV (2006). El Trabajo de Redes en los ámbitos de la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina. Trabajo enviado a evento de ADEPS en Madrid, España. Noviembre, 2006. Sin publicar.
- Arroyo, H (2005). Health Promotion in Latin America. In Scriven, A. & Garman, S. (Eds). Promoting Health. Global Perspectives. Pelgrave Macmillan.
- Arroyo, HV (2004). Perspectivas de la Promoción de la Salud en América Latina. En Arroyo, H.V. (Ed.). La Promoción de la Salud en América Latina: Modelos, Estructuras y Visión Crítica. San Juan, Puerto Rico. Universidad de Puerto Rico.
- Arroyo, HV (2002). Reorientación Conceptual y Estratégica de la Educación para la Salud según referencial de la Promoción de la Salud. Ponencia presentada en la III Conferencia Regional Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Sao Paulo, Brasil, del 10 al 13 de noviembre de 2002.
- Arroyo, HV (Ed.) (2001). Formación de Recursos Humanos en Educación para la Salud y Promoción de la Salud: Modelos y Prácticas en las Américas. Impresos Universitarios. Universidad de Puerto Rico.
- Arroyo, HV, Cerqueira, MT (1997) (Eds.). La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina. Un Análisis Sectorial. Juan, Puerto Rico. Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- CEDETES. Tomado de www.cedetes.org
- Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) para la Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud (2011). Departamento de Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública. Recinto de Ciencias Médicas. Universidad de Puerto Rico.
- CEPEDOC. Ciudades Saludables. Centro de Estudios, Investigación y Documentación. Centro Colaborador de la OMS en Promoción de la Salud y Ciudades Saludables. Opúsculo de CEPEDOC.
- Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud. (CIUEPS, 2006). Reunión del CIUEPS. 30 de mayo al 1 de julio de 2006. Facultad de Salud Pública, Universidad de Sao Paulo. Sao Paulo, Brasil.
- Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud. (CIUEPS, 2005). Quinta Asamblea General del CIUEPS. 14 de mayo de 2005. SESC de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.
- Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud. (CIUEPS, 2002). Memorias de la Cuarta Asamblea General. 4-8 de noviembre de 2002. Sao Paulo, Brasil.



Consortio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud. (CIUEPS, 2000). Memorias de la Tercera Asamblea General. 2 de junio de 2000. Ciudad de México, D. F., México.

Consortio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud. (CIUEPS, 1998). Memorias de la Segunda Asamblea General. 19-20 de junio de 1998. San Juan, Puerto Rico.

Consortio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS, 1996). Memorias de la Asamblea Constituyente. 17-19 de abril de 1996. San Juan, Puerto Rico.

PROINAPSA. Tomado de <http://www.uis.edu.co/webUIS/es/academia/proinapsa/presentacion.jsp>.

Rabionet, S, García, I (2010). Perspectivas Curriculares en la Formación de Profesionales en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina. En Arroyo, H. V. (Ed.). Promoción de la Salud: Modelos y Experiencias de Formación Académica-Profesional en Iberoamérica. Impresos Universitarios, Universidad de Puerto Rico.







Capítulo 4

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PRESENTE

Hiram V. Arroyo-Acevedo
Silvia E. Rabionet-Sabater
Lydia E. Santiago-Andújar

INTRODUCCIÓN

La Educación para la Salud (EPS) constituye una de las estrategias de intervención por excelencia en el ámbito de la Salud Pública. La EPS ha sido enunciada como proceso o conjunto de procesos dirigidos a la modificación de comportamientos y al desarrollo de mejores condiciones de vida de las poblaciones. También ha sido denominada como un campo o disciplina de estudio sostenida por una base conceptual y metodológica que la diferencia de otros campos del conocimiento. Es reconocida como especialidad técnica o profesional con variaciones dependiendo el contexto socio-educativo y la evolución de los sistemas de salud de los países.

Algunos autores definen a la EPS desde la perspectiva ecléctica con características de ciencia aplicada que deriva su cuerpo de conocimiento de una variedad de disciplinas y se nutre de los hechos, los principios y los conceptos de los campos de la biología, la edu-

cación, las ciencias del comportamiento, la sociología y las ciencias de la salud, en general (Cottrell, Girvan & Mckenzie, 2006).

ABORDAJE CONCEPTUAL

La Educación para la Salud (EPS) es definida como una combinación de experiencias de aprendizaje planificadas basadas en teorías que proveen a los individuos, los grupos y las comunidades la oportunidad de adquirir la información y las destrezas necesarias para tomar decisiones de salud de calidad (AAHPERD, 2000; Cottrell *et al*, 2006). El campo de la EPS se refiere a la práctica que utiliza las teorías multidisciplinarias y los principios de cambio de comportamiento y cambio organizacional para planificar, implantar y evaluar intervenciones que faciliten a los individuos, los grupos y las comunidades lograr la salud personal, ambiental y social (AAHPERD, 2000).



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Downie, Tannahill y Tannahill (2000) citan varias definiciones de EPS. Establecen que la EPS es la suma total de todas las influencias que colectivamente determinan los conocimientos, las creencias y los comportamientos relacionados con la promoción, el mantenimiento y la restauración de la salud en individuos y comunidades. Estas influencias incluyen la educación formal e informal, en la familia, la comunidad y en la sociedad en general, además del contexto especial de los servicios y las actividades de salud (Smith, 1979 citado por Downie *et al*, 2000).

Otro acercamiento conceptual de Downie *et al.* (2000) apunta a que la EPS es una actividad de comunicación dirigida a fortalecer la salud positiva y a prevenir o disminuir la falta de salud (“ill-health”) en individuos y grupos a través de la influencia en las creencias, las actitudes y los comportamientos de todos los sectores con poder y la comunidad en general. Esta definición es importante porque trasciende los abordajes tradicionales de la responsabilidad individual por la salud para adscribirle a otros sectores sociales con poder e influencia y a los hacedores de política pública gran parte de la responsabilidad por los asuntos de salud. Estos autores también proponen una categorización de enfoques de la EPS, a saber; EPS tradicional, EPS transicional y EPS moderna (Downie *et al*, 2000):

- La EPS tradicional se caracteriza por acciones que focalizan en la prevención de la enfermedad otorgando énfasis a los aspectos de la salud física, los factores de riesgo y la perspectiva médica, en general. El abordaje metodológico se centra en el ofrecimiento de información de salud a las personas, suministrada por Educadores para la Salud, a los fines de lograr comportamientos de salud “correctos” en las personas. El enfoque par-

te del supuesto que los individuos son entes racionales y, por tanto, asumirán comportamientos adecuados. Se entiende que las personas tienen libertad para elegir su comportamiento de salud. En este enfoque las acciones van dirigidas a grupos de individuos en específico y no a sectores colectivos o población en general. Los determinantes sociales y políticos de la salud se soslayan en este enfoque.

- La EPS transicional como sugiere el nombre es el posicionamiento intermedio entre la EPS tradicional y la moderna. Parte de la premisa que los enfoques educativos tradicionales son cuestionables en su fundamento y aplicabilidad y se plantea la necesidad de explorar nuevas formas de conceptualizar la EPS.
- La denominada EPS moderna toma en consideración la complejidad en los procesos de salud y los factores que la influyen. Además, reconoce las posibilidades y las limitaciones de las teorías y las prácticas modernas en el ámbito educativo. Este enfoque de la EPS toma en consideración los aspectos preventivos y los vinculados al campo de la Promoción de la Salud. Se reconoce que la EPS tiene que trascender el suministrar información de salud aislada. Deben cuidarse los procesos educativos para articular el conocimiento con las dimensiones de actitudes y comportamientos. El abordaje educativo se manifiesta desde la perspectiva integral incluyendo la clarificación de valores, el desarrollo de destrezas de vida y el fomento de la autoestima. Se reconoce que el proceso educativo tiene que ser participativo donde la comunicación efectiva se manifiesta como resultado de procesos de



intercambio en varias vías. En este enfoque se reconoce la dimensión social y política de los asuntos de salud. El enfoque cuestiona las consideraciones de racionalidad de los individuos para tomar decisiones y la libertad de elección de los individuos en asuntos relacionados al comportamiento en salud.

La definición de Educación para la Salud del Joint Committee on Health Education Terminology (1991) de los Estados Unidos de Norteamérica establece que la EPS *“es el aprendizaje continuo que capacita a las personas, a los individuos y a los miembros de las estructuras sociales, a tomar decisiones voluntarias, modificar el comportamiento, y cambiar las condiciones sociales con el propósito de mejorar la salud”* (Mckenzie y Smeltzer, 2001; Doyle y Ward, 2001; Butler, 1997). Esta última perspectiva de orientar las acciones hacia los determinantes sociales de la salud articula con los componentes conceptuales de la Promoción de la Salud.

ARTICULACIÓN CONCEPTUAL ENTRE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS) Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (PS)

Varios autores han contribuido al análisis de los componentes de articulación y diferenciación conceptual y metodológica entre la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud. Se plantea que gran parte de las acciones vinculadas hoy a la PS han estado presentes en el discurso y la práctica de la EPS (Arroyo, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) establece que la Educación para la Salud no es solo la comunicación de información, incluye además, fomentar la motivación, las destrezas y la confianza (autoeficacia) necesaria para tomar acción que contribuya a

mejorar la salud. La Educación para la Salud incluye la comunicación de información relacionada con las condiciones sociales, económicas y ambientales que impactan la salud, además de los factores y comportamientos de riesgo individual y el uso del sistema de cuidado de la salud. La Educación para la Salud está relacionada a la comunicación de información y al desarrollo de destrezas para demostrar la viabilidad política y las posibilidades que tienen las organizaciones para afrontar los determinantes sociales, económicos y ambientales vinculados a la salud. En el pasado, la Educación para la Salud utilizaba una serie de estrategias de intervención tales como la movilización social y la abogacía. Estos métodos son utilizados hoy día para describir el término Promoción de la Salud y la definición de Educación para la Salud descrita establece la distinción (Organización Mundial de la Salud, 1998; Nutbeam, 1998).

Hubley (2005), afirma que la contribución central de la Educación para la Salud a la Promoción de la Salud consiste en la comunicación dirigida a los individuos, las familias y las comunidades para influenciar; la concienciación, los conocimientos, la toma de decisiones, las creencias, las actitudes, el apoderamiento, la acción individual y comunitaria, el cambio en comportamiento y la participación comunitaria.

Green y Kreuter (1999) señalan que la Educación para la Salud es una combinación de experiencias de aprendizaje planificadas para facilitar las acciones voluntarias en beneficio de la salud. La Educación para la Salud incluye las acciones voluntarias de las personas, a nivel individual o colectivo, en beneficio de su propia salud, la salud de los demás, y de la comunidad. La Promoción de la Salud incorpora este objetivo de la Educación para la Salud. Plantea la necesidad de complementarlo con



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

otras acciones sociales y políticas que faciliten los apoyos organizacionales, económicos y ambientales, para la conversión de las acciones individuales en mejorar la salud y la calidad de vida.

FUNDAMENTOS Y PREMISAS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS)

La revisión bibliográfica permite extraer un conjunto de premisas y principios filosóficos asociados a la EPS. En gran parte de la bibliografía técnica de la EPS se entrecruzan los principios de la EPS con las premisas hoy día asociadas a la Promoción de la Salud (PS). Esto es comprensible considerando el hecho de que la EPS ha estado inmersa, desde la antigüedad, en el discurso y la práctica salubrista a diferencia de la Promoción de la Salud que surge como enfoque salubrista institucional en la década de los ochenta. A continuación se presentan algunos ejemplos de los referidos enunciados conceptuales y filosóficos. Debemos clarificar que existen profundos debates, controversias y dilemas sin resolver sobre la presencia, el alcance y la aplicación de los referidos enunciados en la práctica de la EPS.

1. La incorporación de los enfoques ecológicos e integrales (principalmente factores institucionales, comunitarios y de política pública) en el análisis e intervención de los asuntos de salud.
2. El reconocimiento de la responsabilidad individual y social por la salud.
3. La visión de que el cambio es posible. Para ello se requiere el desarrollo de habilidades y destrezas en la población, contribuir a elevar la autoestima de la gente e influenciar sus creencias, las actitudes y el comportamiento.
4. La creencia de que los cambios en los

estilos de vida y en el comportamiento individual y social, pueden afectar positivamente el estado de salud de las personas.

5. La permanencia del cambio en el comportamiento de salud de las personas requiere que los individuos estén motivados y que exista aprestamiento para el cambio.
6. La salud individual está condicionada por una variedad de factores, además de los estilos de vida. Los otros factores incluyen la herencia, el ambiente y el sistema de cuidado de la salud.
7. La reflexión y la participación de la población son acciones inherentes a los procesos de Educación para la Salud.
8. Las personas necesitan estar capacitadas para poder participar en igualdad de condiciones en la programación, ejecución y gerencia de los programas de salud.
9. La EPS requiere la presentación de información de salud confiable y con validez de contenido.
10. Las acciones de EPS deben estar dirigidas a influenciar la conducta de los sujetos en beneficio de su salud.
11. La EPS propiciará influenciar la modificación de aquellos hábitos y comportamientos que inciden negativamente en la salud.
12. La EPS rechaza la imposición prescriptiva de comportamientos.
13. La EPS aporta elementos cognitivos y de la experiencia de forma tal que los cambios en los estilos de vida se produzcan de forma voluntaria.
14. La EPS tendrá siempre que respon-



der a las necesidades de la población y las comunidades.

15. Los proveedores o funcionarios de la EPS deberán asumir nuevos roles profesionales alejándose de las posturas paternalistas (Ej. abogacía y facilitación).

ACCIONES ASOCIADAS A LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS) Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (PS)

El marco operacional de la EPS y la PS exhibe paralelismos y complementariedad de acuerdo al contexto donde se implanten las acciones. Esto responde a la variabilidad de enfoques, énfasis y aplicaciones de la EPS y a las diferencias en la experiencia histórica de la EPS en los países de la región latinoamericana. A continuación se presentan algunos ejemplos de acciones asociadas igualmente a la EPS y la PS.

1. El reconocimiento de la necesidad de planificación racional y participativa en el desarrollo de los programas y servicios.
2. La incorporación de las acciones de investigación-acción participativa.
3. El fomento de la investigación evaluativa a los fines de identificar evidencias de la efectividad de las acciones.
4. La utilización de enfoques y estrategias intersectoriales, interdisciplinarias y multidisciplinarias para la formalización de alianzas y pactos sociales.
5. El análisis, desarrollo, difusión, e implantación de políticas y medidas legislativas que afectan la salud.
6. El empoderamiento personal (autoestima, autocuidado, ayuda mutua) o comunitario (concienciación y desarrollo

comunitario).

7. Fomentar las estrategias de participación social.
8. Las acciones de organización, intervención y desarrollo comunitario sostenible.
9. Fomentar la capacitación del liderato comunitario.
10. El reconocimiento de la diversidad cultural.
11. La adopción de los enfoques actuales vinculados a la alfabetización en salud.

CRITICAS A LA EDUCACION PARA LA SALUD

Las contribuciones, las posibilidades y las limitaciones de la EPS han sido miradas críticamente a través de los años. La Organización Panamericana de la Salud ha llamado la atención recientemente sobre la persistencia de actividades de EPS basadas en problemas que se definen desde un enfoque biomédico y que se operacionalizan a través de campañas verticales y fragmentarias focalizadas en un solo problema de salud. Tan reciente como en la 138 Sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006) la propia entidad enuncia que *“a pesar del desarrollo de nuevas estrategias de EPS el avance de este tema no es evidente”*(p.8). En el informe se añade lo siguiente:

“Las enfermedades con mayor influencia de actitudes personales han tomado el primer lugar como carga de enfermedad. Las adicciones, la obesidad, el sedentarismo, la alimentación inadecuada y la violencia intrafamiliar, son algunos de los factores de riesgo cuya severidad ha aumentado. Escasos países han realizado actividades para cambiar tendencias conductuales. Esto a pesar de los múl-



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

tiples programas de Educación para la Salud y las campañas de comunicación social. Los estilos de vida sedentarios, la obesidad, la violencia, las lesiones de tránsito, las adicciones y otros riesgos continúan aumentando. En parte esto se debe a la persistencia de enfoques verticales y lineales, con poca participación y enfocados en un solo factor. El modelo medicalista continúa influenciando en forma desmedida un enfoque por enfermedad y riesgo, menospreciando la influencia de las condiciones y los determinantes sociales” (OPS, 2006, p.8).

Los fundamentos de la EPS han sido históricamente asociados a diversos campos y disciplinas. Partiendo de esta realidad han surgido múltiples cuestionamientos de la validez y la pertinencia de los enfoques teóricos y las metodologías utilizadas por la EPS. Otros le atribuyen, por estas mismas razones, gran importancia y versatilidad a la EPS. Ciertamente, esto plantea la necesidad de desarrollar iniciativas de investigación para continuar afinando los límites y las posibilidades de esta disciplina y campo profesional.

Otro señalamiento crítico a la EPS se relaciona con sus instrumentos metodológicos más utilizados, la educación y la comunicación. Gran parte de los problemas emergentes de salud han requerido políticas y enfoques intervencionistas de salud con un componente fuerte de EPS. Esta realidad se ha manifestado en instancias donde las ciencias básicas y las ciencias médicas no producen respuestas efectivas a corto plazo y, por tanto, se hacen necesarias las acciones de EPS en general, incluyendo las actividades de información pública, de comunicación social y de cambio de comportamientos.

La EPS ha defendido su personalidad en el quehacer de la salud al incorporar los méto-

dos y las técnicas de fomento de la participación social y comunitaria. En ocasiones, se han expresado diversas preocupaciones a estas acciones. Entre los dilemas se presenta la falta de convencimiento y las diferencias en la concepción y el alcance real de la participación y el apoderamiento de individuos y grupos. Se percibe como un rol engañoso de los Educadores para la Salud hacia la ciudadanía, por el hecho de promover la participación en un contexto de falta de una cultura de participación y falta de una política de planificación participativa en el sector salud. Se sugiere que se están creando falsas expectativas en la ciudadanía sobre el poder y la autoridad real de las personas en los asuntos de salud. En situaciones extremas, se plantea el cómo articular el trabajo con personas y grupos que ejercen amplia participación pero se alejan de las consideraciones técnicas/científicas. Es el dilema de la participación versus el criterio de realidad considerado como racional-objetivo.

Otra de las preocupaciones que se esgrimen contra la EPS es que la modificación de los estilos de vida individuales y los cambios en el comportamiento en salud de las personas tienen necesariamente que estar atados a las políticas públicas de salud. Restrepo (2001) ilustra con ejemplos este planteamiento al expresar que las familias de escasos recursos económicos no pueden acceder a una dieta sana si no existen políticas educativas y de seguridad alimentaria que le ofrezcan la posibilidad de informarse sobre el contenido nutritivo de los alimentos disponibles, al igual si no existen políticas de control de precios de productos alimentarios básicos (p.41), entre otros ejemplos.



LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PRESENTE

Durante los últimos años la Educación para la Salud (EPS) emerge en el sector salud con énfasis renovado. Su reenfoque es pertinente y es el resultado de los procesos dinámicos de cambio social y de las reformas estructurales y programáticas del sector salud. Otros eventos que podrían explicar los énfasis actuales de la EPS son los siguientes:

- La renovación del ideario y los valores de la salud basada en la experiencia de veinticinco años del movimiento de Promoción de la Salud a nivel global y su articulación con la EPS.
- La redefinición del liderato y la responsabilidad social del campo de la Salud Pública fundamentados en los enfoques de intersectorialidad.
- La reevaluación de las competencias profesionales de los Educadores para la Salud por parte de entidades profesionales e instituciones de Educación Superior.
- El auge en las políticas y acciones programáticas de salud globales.
- El surgimiento de nuevas disciplinas de estudio y clases profesionales.
- La diversificación de los escenarios donde se manifiesta la EPS y la integración de nuevos colaboradores y personal vinculado a la EPS.

La Educación para la Salud del presente es la disciplina de las Ciencias de la Salud y la Salud Pública que integra procesos educativos y de acción social para propiciar condiciones de vida favorables a la salud. Se visualiza como una propuesta de política social que vincula a las estructuras sociales, la sociedad civil, el sector no gubernamental y el privado en una

alianza para la transformación social en beneficio de la salud de la población.

La propuesta reitera las siguientes condiciones y énfasis de la Educación para la Salud para mejorar la confianza política y social al quehacer de la EPS.

- Insistir en el posicionamiento de la EPS como política pública intersectorial del Estado. La experiencia de la ubicación exclusiva de la EPS en los Departamentos o Ministerios de Salud de los países no ha facilitado su alcance sostenido a nivel nacional. Los programas y proyectos de EPS adscritos al sector salud son esenciales, pero en muchos casos su alcance es limitado y no logra insertarse con prominencia en las acciones programáticas de otros sectores sociales. Es por ello que la EPS requiere elevarse a rango de política de Estado y ubicarse en las estructuras del nivel ejecutivo del país.
- Promover el establecimiento de las estructuras de Educación para la Salud en las organizaciones del sector público y privado, vitales para garantizar la estabilidad y el posicionamiento político y programático de la EPS en los países de la Región.
- Fortalecer las acciones de capacitación y la formación de recursos humanos especializados en EPS.
- Reforzar las bases conceptuales y metodológicas de la EPS para mejorar las prácticas y la proyección de las acciones educativas, sociopolíticas, de comunicación, de abogacía y comunitarias.
- Desarrollar una cultura de evaluación de la efectividad de las acciones de la EPS.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

- Fortalecer el trabajo colaborativo y las alianzas para propiciar cambios en las condiciones de vida de las comunidades. Esto incluye la ampliación de alianzas, en todas sus modalidades, entre las organizaciones públicas, privadas y comunitarias para promover la efectividad de las acciones y reducir la fragmentación institucional en las acciones comunitarias.
- Mejorar la articulación de los enfoques educativos y de comunicación social en las acciones de EPS. Esto implica desarrollar una política nacional articulada de Educación y Comunicación en Salud. Otras acciones relacionadas incluyen regular y controlar la calidad de las campañas educativas, desarrollar legislación para la programación de intervenciones de comunicación en salud en los medios de comunicación gubernamental y formalizar el trabajo con los medios de comunicación en masa del sector privado. Se deben explorar otros medios alternos de comunicación en salud incluyendo las opciones de naturaleza virtual.
- Activar o continuar la vinculación en los procesos y movimientos de participación social y comunitaria sobre una base de respeto a la independencia de los grupos de la comunidad. Los profesionales de la EPS deben ser receptivos a los diversos roles determinados por las organizaciones y la propia comunidad.

La Educación para la Salud del Presente también reitera la pertinencia de los enfoques educativos basados en habilidades para resolver problemas. Promover las conductas asertivas de abogacía, militancia y la construcción de ciudadanía. Estos enfoques son descritos y caracterizados por Cerqueira (1997).

La autora señala que el enfoque educativo de desarrollo de habilidades y destrezas para resolver problemas está vinculado a las actividades clásicas de la EPS. Estas incluyen acciones instruccionales y educativas dirigidas a que las personas mejoren sus prácticas y estilos de vida por unas más saludables. Parte del supuesto que las personas tienen la capacidad para comprender la necesidad de la modificación del comportamiento en salud, colaborar en la transferencia del conocimiento a otros y reflejar conductas para resolver o enfrentar problemas.

El enfoque educativo de conductas asertivas de abogacía y militancia que describe Cerqueira (1997) incluye la necesidad de que los asuntos de salud no pueden ser resueltos si no enfrentamos las causas y los factores sociales que los producen y perpetúan. El enfoque persigue lograr igualdad de condiciones y oportunidades, eliminar iniquidades e impulsar y llevar a cabo reformas sociales. La función de la educación en este enfoque es ayudar a los ciudadanos a la comprensión y concienciación de su realidad de vida e impulsar las acciones colectivas en defensa de sus derechos. Este enfoque y los principios para el desarrollo de capacidades en la comunidad y la sociedad civil figura como uno de los compromisos de la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado (2005).

La perspectiva educativa de construcción de ciudadanía y democracia postula la necesidad de la cogestión social para el desarrollo. Esto es la definición de metas concertadas entre las organizaciones comunitarias, el sector gubernamental y el privado. Puntualiza en la utilización efectiva de los recursos, la permanencia o estabilidad de las acciones y la extensión de los logros y beneficios a toda la población basada en el principio de equidad.



Es evidente que la Educación para la Salud del Presente tiene ante su consideración un conjunto de desafíos que requieren pensamiento crítico y acción concertada. Existe el reclamo de reposicionar la EPS como propuesta para el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo social de las poblaciones. El quehacer de la Educación para la Salud debe solidificar sus fundamentos teóricos y conceptuales para garantizar su presencia disciplinar y profesional ante los retos sociales y de salud.

OPCIONES TEÓRICAS DOMINANTES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS) Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (PS) Y SUS NIVELES DE APLICACIÓN

Coincidimos que la salud debe plantearse como derecho humano y responsabilidad social, que va más allá de garantizar acceso al cuidado de salud. La salud se caracteriza por el grado de bienestar que mantienen los individuos y las comunidades. Para promover y garantizar el derecho a la salud en su dimensión colectiva, se proponen intervenciones intersectoriales de Educación para la Salud y Promoción de la Salud desde las de tipo global, político y legislativo, hasta las más específicas de orden normativo, programático y técnico. La práctica de la salud pública contemporánea cuenta con un gran número de iniciativas que ejemplifican estas intervenciones. Sin embargo, no existe suficiente evidencia de la efectividad y la posibilidad de replicar acciones y programas (Tang, Ehsani y Mc Queen, 2003). La falta de evidencia es aun mayor cuando consideramos propuestas de acción que van más allá de impactar estilos de vida y cambios de comportamiento individual (Nutbeam, 2004; Mc Queen, 2001).

En ocasiones las iniciativas programáticas no obtienen los resultados esperados debido a que el ámbito de acción de los profesionales

de la salud responde a la intuición, a la repetición y al momento político más que al uso racional del conocimiento disponible en términos de marcos conceptuales, modelos o teorías (Glanz, Rimer y Lewis, 2002). La evaluación y la documentación de dichas iniciativas carecen de referentes claros. Se ha observado la incorporación paulatina de varias teorías y técnicas que han resultado efectivas en el campo de las ciencias sociales en los programas actuales de EPS, PS y prevención de la enfermedad. Al presente se refleja el aumento en la evidencia publicada bajo premisas teóricas. Sin embargo, los individuos y las comunidades no incorporaran a sus prácticas profesionales y sociales los elementos teóricos y conceptuales que van más allá de la tradición, la intuición o la generalización del saber científico o popular.

Los marcos conceptuales, los modelos y las teorías deben ser pilares sobre los cuales se fundamente la acción en el campo de la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud. El uso de modelos o teorías como referente facilita la comprensión de una situación o problema social o de salud. Explican además cómo los individuos o colectivos realizan o modifican su comportamiento, así como las características y dinámicas del contexto donde estos eventos ocurren. La comprensión de los factores y las características asociadas con el comportamiento humano o social con efectos en la salud, provee a los actores involucrados las herramientas para el diseño, la implantación y la evaluación de estrategias y las acciones dirigidas a metas que promueven la salud y el bienestar (Cabrera, 2004; Nutbeam y Harris, 2004; Glanz, Rimer y Lewis, 2002).

Una teoría es un conjunto de elementos y variables que mediante conceptos, definiciones y proposiciones interrelacionadas expresan una visión sistemática de un fenómeno (Ker-



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

linger, 1986). Especifica las relaciones entre los elementos y las variables con el propósito de explicarlos. Se define también como un conjunto de conocimiento sistemáticamente organizado y aplicable a una variedad relativamente amplia de circunstancias para analizar, prever o explicar la naturaleza o comportamiento de un fenómeno (Van Ryn y Heany, 1992). Debe ser utilizada como la base para la acción, ya que es en la práctica donde se valida. Las teorías en el campo social son más un ideal que una realidad. Son representaciones simplificadas, abstractas por naturaleza, que nunca pueden explicar la complejidad de los comportamientos de los individuos, la sociedad y las organizaciones. No existe un sistema cerrado en las ciencias sociales, ni en los campos de la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud, sólo vemos aproximaciones que se han denominado modelos, marcos conceptuales o marcos teóricos.

Los marcos conceptuales, los modelos y los marcos teóricos son el conjunto de elementos esenciales que logra representar un aspecto de la realidad o situación específica. Son por lo general derivados de una o más teorías y de evidencia empírica. Usualmente se presentan en forma de diagramas que ilustran conceptos, buenos modelos y marcos que ofrecen analogías coherentes y exhaustivas de los fenómenos y los eventos en el contexto en que los mismos ocurren. Son representaciones flexibles de la realidad y ofrecen la oportunidad directa para la revisión de ideas, acciones e incluso de paradigmas (Cabrera, 2004; Earp y Ennet, 1991; Pradies y Stevens, 2005).

Las diversas teorías y modelos se han aplicado al estudio y la práctica de la salud pública, a la Promoción de la Salud y a la Educación para la Salud. En la literatura científica se han identificado decenas de modelos y teorías que arrojan información valiosa para la pla-

nificación e investigación en los campos de la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud (Cabrera, 2004). Nutbeam y Harris (2004) sugieren la clasificación de las teorías fundamentadas en el marco de Promoción de la Salud, que incluye: a) las que enfocan en el individuo, b) las que explican cambio comunitario y acción comunal, c) las que guían el uso de estrategias de comunicación, d) las de cambio organizacional y acción intersectorial, y e) las de elaboración e implantación de políticas de salud.

Glanz, Rimer y Lewis (2002) presentan una clasificación alterna de los modelos y las teorías identificándolos de acuerdo al nivel de cambio en comportamiento deseado: los que enfocan en el individuo y sus decisiones personales, los que impactan a individuos en su relación con su ambiente social y los que explican cambio en comportamiento comunitario. Esta última clasificación es la más utilizada en la literatura reciente. La Tabla 1 resume las teorías más desarrolladas y utilizadas según ambas clasificaciones. Cabe señalar que ambos grupos de investigadores y teóricos parten de una perspectiva ecológica para clasificar las teorías y los modelos. Reconocen que la Promoción de la Salud depende de una serie de determinantes que se manifiestan en un contexto social amplio y advierten sobre la complementariedad de las teorías y los modelos para la intervención, el ofrecimiento de servicios y el trabajo de impacto comunitario. Además, identifican elementos de falta de precisión y evidencia en todas las teorías, por lo cual sugieren que hay situaciones donde el uso y la aplicación de más de una teoría o modelo es necesario para el abordaje sistemático de situaciones complejas que afectan la salud de los individuos y del colectivo (Nutbeam y Harris, 2004; Glanz, Rimer y Lewis, 2002).

Tabla 1. Modelos y Teorías de Educación para la salud y Promoción de la Salud por niveles de acción

NIVEL DE CAMBIO DESEADO (Glanz, <i>et al</i> , 2002)	MODELOS, TEORÍAS, MODELOS CONCEPTUALES (Fuentes y Referencias de los desarrolladores)	TIPO DE ACCION (Nutbeam, <i>et al</i> , 2004)
Individual/Personal	Modelo de Creencias en Salud, también conocida como Eficacia en Salud (Hochbaum, 1958; Rosentock, 1960)	Cambio individual
	Teoría de acción razonada y teoría comportamiento planificado (Fishbein, 1967, Ajzen, 1988)	Cambio Individual
	Modelo Transteórico y Etapas de Cambio (Prochaska, 1979)	Cambio Individual
	Modelo de Precaución (Weinstein, 1988)	Cambio Individual
Interpersonales o grupales	Teoría Social Cognitiva (Rotter, 1954; Bandura, 1977)	Cambio Individual
	Teorías (Conceptos) Redes Sociales (Barnes, 1954; Israel, 1982) y Apoyo Social (Cassel, 1976; House, 1981)	-o-
	Teoría de Resiliencia (Rutter, 1985; Garmezy, 1984, Werner, 1982)	-o-
	Teorías de Estrés y Ajuste (Lazarus, 1984)	-o-
	Modelos de Influencia Social y comunicación interpersonal	-o-

Este amplio conjunto de teorías y modelos aportan guías para a la acción y el estudio de la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud. Trascienden el nivel individual involucrando las formas de organización social, el desarrollo de políticas y el nivel estructural. A continuación se discuten varias de las pro-

puestas teóricas que explican los comportamientos y proponen cambios individuales, interpersonales o grupales y comunitarios o sociales.

Los modelos y las teorías que identifican posibilidades de cambio a nivel individual son las más estudiadas y utilizadas hasta el

PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Tabla 1. Modelos y Teorías de Educación para la salud y Promoción de la Salud por niveles de acción. (Continuación)

NIVEL DE CAMBIO DESEADO (Glanz, <i>et al</i> , 2002)	MODELOS, TEORÍAS, MODELOS CONCEPTUALES (Fuentes y Referencias de los desarrolladores)	TIPO DE ACCION (Nutbeam, <i>et al</i> , 2004)
Comunitarias o sociales	Desarrollo y organización comunitaria	Cambio en comunidades y acción comunal
	Difusión de la Innovación (Rogers, 1983)	Cambio en comunidades y acción comunal
	<i>Cambio Organizacional</i> Teoría de etapas (Lewis, 1951; Rogers, 1983)	Cambio Organizacional
	Teoría de desarrollo organizacional (Roethlisberger & Dickinson, 1939; Brown & Covey, 1987)	Cambio organizacional y acción intersectorial
	Teoría de relaciones interorganizacionales o intersectoriales (1960s)	Cambio organizacional y acción intersectorial
	<i>Comunicación</i> Brecha en conocimiento “knowledge gap” (Tichenor, Donohue, and Oilen,, 1980)	Modelo de comunicación hacia cambio en comportamiento
	Establecimiento de agenda (Mc Combs & Shaw, 1972; Kosicki, 1993)	Modelo comunicación hacia cambio en comportamiento
	Estudios de cultivación (Gebner, Gross, Morgan & Signorelli, 1994) Comunicación de riesgo (Weinstein, 1984; Glanz & Yang, 1996)	Modelo de comunicación hacia cambio en comportamiento Modelo de comunicación hacia cambio en comportamiento

momento en el campo de la Educación para la Salud y Promoción de la Salud. La popularidad del uso de este grupo de teorías y modelos reside en el posicionamiento del individuo como centro de las acciones. En este grupo se definen las acciones como el resultado de los procesos cognoscitivos. Entre ellas encontra-

mos: 1) el modelo de creencias en salud, 2) el modelo transteórico y las etapas de cambio y 3) las teorías de acción razonada y de comportamiento planificado.

No se puede ignorar la aportación histórica del uso de las teorías de nivel individual para adelantar la ciencia y evaluar la práctica, sin



embargo hay suficiente evidencia y experiencia que apunta a que la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud trasciende el ámbito de decisión personal y de comportamiento individual. Muchos han cuestionado el valor a largo plazo y el potencial de cambio significativo que proveen las intervenciones y las acciones orientadas al individuo. La tendencia reciente es la inclusión de estas teorías y sus constructos principales en marcos teóricos más amplios donde se reconocen determinantes sociales, políticos y estructurales y se establece la relación de éstos con las acciones y los comportamientos individuales.

Un segundo grupo de propuestas teóricas explican y facilitan la intervención e investigación de relaciones e influencias interpersonales y su impacto en las acciones que promuevan la salud y el bienestar. Se destacan con relevancia las teorías social cognitiva, las de redes sociales y las de apoyo social. En el ámbito comunitario y social se destacan los desarrollos generados por los modelos de organización comunitaria, los ecológicos, las teorías de difusión de innovaciones, las de cambio organizacional y las de comunicación masiva.

Las propuestas teóricas enunciadas provienen mayormente de las ciencias sociales y se utilizan para reforzar las acciones programáticas y el quehacer de la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud. La adecuada utilización de las propuestas teóricas requiere la capacitación profesional. Además, los proveedores de servicios sociales y de salud deben hacer uso adecuado de las mismas para satisfacer las necesidades de grupos concretos, responder a nueva información y adaptarlas a las sugerencias emanadas de la comunidad interesada. Estos procesos requieren la sistematización de experiencias, la documentación y la investigación.

CONCEPTOS Y APLICACIONES DE LOS ENFOQUES ACTUALES EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD: COMPETENCIA CULTURAL, APODERAMIENTO COMUNITARIO Y ALFABETIZACIÓN EN SALUD

La Educación para la Salud ha ampliado sus fundamentos y acciones centradas en el individuo para incluir la dimensión sociocultural de la salud. Adopta conceptos y aplicaciones que promueven la acción social, la participación comunitaria y el desarrollo de capacidades, entre otras. A continuación se presentan algunos ejemplos de enfoques de salud con implicaciones para la práctica de la Educación para la Salud del presente.

Competencia cultural

Dentro de cada cultura existen diversos espacios culturales de personas con diferentes valores, creencias, estilos de vida y visiones de mundo. La cultura exhibe además diversidad relacionada con etnia/raza, género, preferencias sexuales, edad, religión y localización geográfica, entre otras. Pumariega (2001) afirma que para entender las necesidades de salud de los diferentes individuos y de los espacios culturales que coexisten en una misma cultura, es necesario entender el rol de la cultura en la salud y en el comportamiento humano, pues muchos de los factores de riesgo están gobernados por el contexto cultural. La herencia genética, el ambiente físico-geográfico, el clima, la dieta, los niveles de actividad, la exposición a toxinas o patógenos, están asociados étnica y culturalmente. Estos factores están vinculados al estatus socio-económico, a la poca accesibilidad a servicios de salud y al nivel de prioridad asignado a la salud de frente a otras necesidades.

Aunque no existe una definición de cultura aceptada universalmente por los científicos sociales, sí existe el acuerdo general de que la cultura es aprendida, compartida y transmi-



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

tida de generación en generación. Se pueden observar valores, normas, prácticas, sistemas de significados, formas de vida, y otras regularidades sociales (Thompson, 2000). Walters, Canaday y Stein (1994) definen competencia cultural como el desarrollo de la capacidad para apreciar y utilizar el conocimiento de una cultura para tratar de encontrar la solución de un problema o entender una situación. Incluye el reconocimiento de las actitudes personales, la adquisición del conocimiento relevante y el desarrollo de las destrezas que facilitan trabajar efectivamente con aquellos diferentes a nosotros. Estos autores advierten que la competencia cultural no es un concepto global por el hecho de ser relacionado a un ambiente particular o a un problema específico.

La competencia cultural también se ha definido como un conjunto de comportamientos, actitudes y políticas públicas congruentes, que se unen como un sistema, agencia o entre profesionales. Esto permite que el sistema, la agencia o los profesionales trabajen efectivamente en situaciones interculturales (US Department of Health and Human Services, 2001). Incluye además, el reconocimiento de la influencia que tiene la cultura en las personas y la necesidad de entender que las personas están inmersas en su propia cultura y que sus creencias, actitudes y comportamientos van a guiar sus interacciones sociales (Leavitt, 2002).

La meta de la competencia cultural es crear un sistema de cuidado de la salud y una fuerza trabajadora capacitada para ofrecer una alta calidad en el cuidado de la salud a cada paciente, independientemente de su raza/etnia, cultura, o lenguaje. La competencia cultural emerge por varias razones. Una razón es que la población es cada vez más diversa. Esto implica que aumenta la diversidad de perspectivas relacionadas con la salud frecuentemente

influenciada por su trasfondo sociocultural. Por ejemplo, los pacientes pueden presentar síntomas diferentes a cómo se presentan en los libros. Pueden tener limitaciones con el idioma o bajos niveles de alfabetización. El cumplimiento de las recomendaciones del proveedor de servicios de salud puede estar influenciado por sus expectativas sobre su cuidado y sus creencias. La investigación ha demostrado que la comunicación del paciente con el proveedor de servicios de salud está vinculada con la satisfacción y el cumplimiento con el tratamiento (Betancourt, Green, Carrillo y Park, 2005).

La competencia cultural involucra la concienciación de las diferencias culturales y la integración de esta concienciación en destrezas prácticas (Walton, 2003). Papadopoulos y Lees (2002) sugieren varias fases en el desarrollo de competencia cultural: la concienciación cultural que requiere el examen y el cuestionamiento de los valores propios y el entendimiento de cómo estos valores fueron socialmente construidos, el conocimiento cultural para entender las similitudes y diferencias de la cultura ajena y la propia, la sensibilidad cultural que conlleva confianza, respeto y empatía, y la competencia cultural que requiere la síntesis y la aplicación de la concienciación, del conocimiento y de la sensibilidad cultural obtenida previamente.

Luquis y Pérez (2003) señalan que la diversidad cultural desafía a los Educadores para la Salud a superar las barreras que han encontrado para ofrecer mensajes culturalmente adecuados de salud y de prevención. Ellos afirman que es crucial la formación de Educadores para la Salud y el desarrollo de programas de Educación para la Salud, de Prevención y de Promoción de la Salud culturalmente competentes. Lo/as Educadores para la Salud deben alcanzar competencia cultural mediante el en-



tendimiento del significado de la cultura y su complejidad dentro de cada grupo y aumentar la concienciación, el conocimiento y las destrezas.

Para ofrecer programas y materiales educativos que sean culturalmente adecuados, lo/as Educadores para la Salud deben estar dispuestos a identificar y describir las culturas o espacios culturales del grupo específico, a entender cómo éstos se relacionan con el comportamiento de salud y a aplicar estos conocimientos en la planificación y el desarrollo de las actividades (Thompson *et al*, 2000).

La investigación participativa es una excelente estrategia para conocer los valores, las creencias, los estilos de vida y las ideologías que guían los comportamientos de las personas. Este acercamiento investigativo permite identificar aquellas creencias que constituyen barreras para la salud de la gente y facilita el proceso de concienciación sobre la necesidad de cambiarlas. Kreuter, Lukwago, Bucholtz, Clark y Sanders-Thompson (2003) afirman que falta mucho por aprender acerca de la investigación de adecuación cultural. La primera generación de investigación de Promoción de la Salud de los años 1960 a 1980 ignoró la cultura asumiendo la homogeneidad a través de los grupos. La segunda generación de investigación ha demostrado que un acercamiento a la prevención de la enfermedad que sea efectivo en una población específica no se puede presumir que vaya a ser igualmente de efectivo en otra población.

Los nuevos investigadores, educadores y practicantes se han planteado la necesidad de la investigación interdisciplinaria para abordar la complejidad de los problemas sociales y la búsqueda de cambios sociales positivos. Reich y Reich (2006) afirman que para que la investigación interdisciplinaria sea efectiva los miembros del equipo de investigación

deben reconocer que existen diferencias culturales entre, y con las disciplinas, ya que las disciplinas constituyen un grupo cultural. La cultura de las disciplinas incluye estructura social, antecedentes históricos, valores, tradiciones, procedimientos y comunicación. La cultura disciplinaria dicta cómo los miembros se deben comportar, qué tipo de preguntas de investigación son aceptables y cómo y cuándo deben discutirse. Cuando la gente se integra a una disciplina se socializa dentro de una cultura específica.

Un componente importante en el desarrollo de competencia cultural de los Educadores para la Salud, es la reflexión sobre el proceso de formación al que éstos se exponen. Spector (2000) afirma que los profesionales de la salud son socializados en la cultura de su profesión. La socialización profesional enseña al estudiante un conjunto de creencias, prácticas, hábitos, gustos, normas y rituales. La información aprendida sobre la salud y la enfermedad es diferente dentro de los diversos grados del trasfondo cultural de la persona. El estudiante adquiere nuevo conocimiento y va alejándose de sus sistemas de creencias y de la población general en términos de su entendimiento y sus creencias sobre la salud y la enfermedad. Este proceso frecuentemente se aísla de las necesidades reales de la comunidad.

Apoderamiento (Empowerment) comunitario

La Educación para la Salud del presente integra la acción social como un elemento esencial para alcanzar la equidad en salud. Se concibe como una propuesta de política social que entrelaza a las estructuras sociales y políticas en una alianza para la transformación social en beneficio de la salud de la población. El apoderamiento comunitario se utiliza como una estrategia dirigida hacia la transformación de las condiciones sociales adversas y su efecto



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

en la salud de la gente.

Para entender el proceso de apoderamiento comunitario debemos conocer de dónde surge el concepto. El tema de apoderamiento se trae a discusión pública en la década de los años '70. El mismo se utilizó para referirse a un espectro de actividades políticas que se extendieron desde actos individuales de resistencia hasta la movilización colectiva, retando las relaciones básicas de poder en la sociedad (Bookman y Morgan, 1988). La aplicación del concepto tuvo dos ideas comunes: que el mundo y las sociedades estaban organizadas de manera que unos países o grupos controlaban el poder político y económico ejerciendo relaciones de opresión sobre los otros, y la idea de que todos los seres humanos tienen derecho a disfrutar en igualdad de condiciones de los recursos materiales y sociales disponibles.

Para alcanzar una sociedad donde la equidad fuera reconocida como un principio fundamental para el desarrollo humano, se entendía que había que concientizar a las personas oprimidas para que identificaran las causas de su opresión y lucharan por su liberación. El apoderamiento, entonces, se convirtió en una estrategia para el cambio social (Santiago, 2000).

Wallerstein (1992) señala que en el campo de la salud pública, el apoderamiento se ha definido tradicionalmente como la ausencia de poder (powerlessness) aunque se reconoce que es un constructo de múltiples niveles que involucra a las personas ejerciendo su control en el contexto social y político. Sin embargo, la literatura publicada sobre salud pública se ha enfocado mayormente en el nivel individual. Al separarse del contexto social se enfoca en aumentar las destrezas individuales en lugar de promover cambios en las condiciones de vida que crean el problema. Freire, el educador brasileño que desarrolló las bases

de la teoría de apoderamiento, señaló que el apoderamiento individual no existe, porque la liberación individual no es un sentimiento compartido socialmente. Para que sea apoderamiento la persona debe usar su liberación para ayudar a que otros se liberen mediante la transformación de la sociedad (Shor y Freire, 1987). Por esto, Wallerstein (2002) define apoderamiento como el proceso de acción social que promueve la participación de personas, organizaciones y comunidades para aumentar el control individual y comunitario mediante el cambio de su ambiente social y político para así alcanzar equidad social y calidad de vida.

El concepto de apoderamiento comunitario presenta diversos desafíos para la Educación para la Salud:

- ¿Cómo los Educadores para la Salud pueden trabajar efectivamente con los miembros de la comunidad habiendo sido formados en la academia bajo un modelo educativo que les denomina expertos?
- ¿Qué conocimientos y destrezas los Educadores para la Salud deben recibir para trabajar con la comunidad y no para la comunidad?
- ¿Cómo van a manejar las diversas controversias de índole política involucradas en el proceso de apoderamiento de las comunidades?

El proceso de apoderamiento implica la educación de participación activa, a la que Freire se refirió como educación problematizadora. Freire afirma además, que en la educación bancaria (tradicional) el educador es el que piensa, habla, prescribe y escoge el contenido de los programas. La educación problematizadora está basada en la relación de diálogo entre el educando y el educador donde ambos



aprenden juntos (Gadotti, 1994). La educación problematizadora promueve el pensamiento crítico que plantea la necesidad de examinar críticamente el contexto social y cultural donde se desarrolla el problema o la situación de vida. Si la gente mantiene condiciones de vida que le ubican en situaciones de riesgo, de falta de poder y control sobre su destino, la Educación para la Salud debe promover el cuestionamiento de las fuerzas que las mantienen a riesgo.

La educación problematizadora plantea varias interrogantes para los programas de Educación para la Salud: ¿Cómo podemos ofrecer una educación que promueva el desarrollo de apoderamiento si enfocamos únicamente en informar a las personas el cómo mejorar su salud modificando sus estilos de vida? El modelo individual de la Educación para la Salud reproduce lo que Freire (2001) llamó el concepto bancario de la educación, en la que el educando es una vasija vacía donde el educador deposita conocimientos. ¿Cómo podemos trascender esta práctica educativa y movernos a una práctica donde el educador y el educando pueden participar activamente en el cambio personal y social?

El apoderamiento comunitario y la educación problematizadora implican algo más que conocimientos y destrezas para hacer cambios de comportamientos de riesgo para la salud. Los procesos educativos son procesos socializantes que ejercen impacto en las personas y en los contextos donde éstas se relacionan. La educación problematizadora conlleva diálogo entre el educador y el educando, trasciende la información y propone el cuestionamiento de las estructuras sociales y económicas que pueden ser determinantes para la salud de las personas.

El vínculo entre la persona y el nivel de apoderamiento comunitario es fortalecido por

el proceso de desarrollo de la conciencia crítica, o concienciación, concepto del idioma portugués del modelo de alfabetización de Paulo Freire, quien desarrolló una metodología de alfabetización dirigida a enseñar a los campesinos a leer su realidad política y social (Minkler y Wallerstein, 2002).

Alfabetización en Salud

Giroux (1989) plantea que en el modelo de alfabetización de Freire, la alfabetización no se entiende sólo como una capacidad técnica que se debe adquirir, sino como el cimiento necesario de una actividad cultural que promueva la liberación humana. Para Freire la alfabetización es un proyecto político por el cual los hombres y las mujeres sostienen su derecho y su responsabilidad no sólo de leer, comprender y transformar sus propias experiencias, sino también de reconstituir su relación con la sociedad.

La alfabetización en salud es uno de los conceptos emergentes en la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud presente. Nutbean (2000) define el concepto como un término compuesto que describe un conjunto de resultados de la Educación para la Salud y las actividades de comunicación. Desde esta perspectiva la Educación para la Salud está dirigida a mejorar la alfabetización en salud. Nutbean afirma que la Educación para la Salud ha sido un componente esencial para la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad. En los Estados Unidos de Norteamérica el término se ha utilizado mayormente para describir y explicar la relación entre los niveles de alfabetización y la capacidad para el cumplimiento con el régimen terapéutico. Nutbean plantea que ésta es una definición muy limitada o restringida y que le falta mucho del significado profundo y el propósito de la alfabetización de la gente. Él propone



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

una definición más amplia y señala que la alfabetización en salud representa las destrezas cognitivas y sociales que determinan la motivación y la habilidad de los individuos para lograr acceso, comprender y utilizar la información para promover y mantener una buena salud. Los esfuerzos de Educación para la Salud no solamente deben estar dirigidos a mejorar el conocimiento de los individuos y su comprensión, sino que también debe ayudar a crear conciencia de los determinantes sociales, económicos y ambientales que inciden en la salud. El modelo de alfabetización en salud propuesto por Nutbean consiste de tres niveles: la alfabetización en salud funcional, la interactiva y comunicativa, y la crítica.

La alfabetización en salud funcional está dirigida a mejorar el conocimiento sobre riesgos para la salud y el uso de los servicios de salud. El nivel funcional que prevalece en la investigación norteamericana se enfoca en el nivel de legibilidad del material educativo de salud. En este nivel se destaca la importancia de reconocer el impacto que los niveles de alfabetización pueden tener en el cuidado de salud (Williams, 2002). Faoul, Carroll y Wood (2001) señalan que un nivel de alfabetización en salud inadecuado será una barrera para el cuidado de salud adecuado. Estos autores sugieren que existe una relación directa entre la prosperidad, la alfabetización y el acceso a la utilización del sistema de cuidado de la salud. Las personas más pobres y menos educadas siguen teniendo las tasas de mortalidad más altas que los que tienen mejores recursos económicos y educativos. Proponen el desarrollo de un modelo social de salud que considere los ingresos bajos y el nivel educativo de la persona como factores de riesgo para su salud. Ellos afirman que la definición de alfabetización se ha movido de la descripción básica de lectura y escritura a la preocupación de si el nivel educativo de la persona es adecuado para funcio-

nar en la sociedad moderna

La alfabetización en salud interactiva consiste en el desarrollo de las destrezas personales y de apoyo social que están dirigidas a mejorar la capacidad del individuo y motivarlo para que desarrolle confianza en sí mismo para actuar con la información recibida. Jahan (2000) señala que lograr la alfabetización en salud implica que la Educación para la Salud no solamente debe transmitir la información sino también debe aumentar la habilidad de la persona para pensar sobre comportamientos saludables, buscar y utilizar información, y motivar a las personas a tomar acción para mejorar la salud.

El tercer nivel propuesto por Nutbean es la alfabetización en salud crítica que conlleva la comunicación de información y el desarrollo de destrezas orientadas a apoyar las acciones sociales y a desarrollar políticas efectivas. Como señaló Freire (1985) el analfabetismo es una de las expresiones concretas de una realidad social injusta. El analfabetismo no es un problema estrictamente lingüístico o exclusivamente pedagógico o metodológico. Es un problema político.

Kickbush (2001) señala que la educación y la alfabetización son determinantes importantes de la salud. La alfabetización en salud tiene una función importante para el desarrollo social y económico donde plantea nuevos desafíos, a saber; el desarrollo de medidas confiables de alfabetización en salud para la sociedad y los grupos poblacionales; el cuantificar científicamente su impacto en la salud y la calidad de vida; y proponer intervenciones de salud pública que aumenten significativamente la alfabetización en salud a lo largo de sus diferentes dimensiones. Kickbush (2001) afirma que es importante aclarar las cuestiones de poder en el debate de alfabetización en salud ya que se ha sugerido que una de las ra-



zones para el fracaso de la alfabetización mundial es la ausencia de las cuestiones de apoderamiento en la discusión.

La información presentada destaca el ideal renovado de la Educación para la Salud (EPS) y valida su contribución y pertinencia social en el campo de las Ciencias de la Salud. La propuesta conceptual de Educación para la Salud del presente reitera la vigencia del quehacer de la EPS en el desarrollo de políticas sociales y de salud, en el desarrollo de estructuras y en las acciones programáticas. Existe sin duda una relación de complementariedad e interdependencia conceptual y metodológica entre los campos de la EPS y la Promoción de la Salud. Esta relación se manifiesta en los modelos conceptuales y teóricos que explican las conductas del individuo y del colectivo y que sirven de referentes para guiar las investigaciones y las acciones en ambos campos. Se insiste en el reclamo que la labor de EPS debe estar apoyada en fundamentos teórico-conceptuales para facilitar la acumulación de evidencias de la efectividad de la EPS y la PS. Se subrayan, además diversos enfoques conceptuales, filosóficos y prácticos que se aplican al campo de la EPS y que promueven la justicia y equidad focalizando y reconociendo la comunidad y la cultura como centro de las acciones para la salud.

Bibliografía

- Asociación Norteamericana de Educación en Salud/Alianza Norteamericana para la Salud, la Educación Física, la Recreación y la Danza (AAHPERD, 2000). Comité Especial para el Estudio de la Terminología en Educación para la Salud y Promoción de la Salud.
- Arroyo, HV (2004). *Perspectivas de la Promoción de la Salud en América Latina*. En Arroyo, H.V. (Ed.). *La Promoción de la Salud en América Latina: Modelos, Estructuras y Visión Crítica*. Impresos Universitarios. Universidad de Puerto Rico.
- Arroyo, HV (Ed.). (2004). *La Promoción de la Salud en América Latina: Modelos, Estructuras y Visión Crítica*. Escuela de Salud Pública. Recinto de Ciencias Médicas. Universidad de Puerto Rico. División de Impresos Universitarios.
- Arroyo, HV (Ed.). (2001). *Formación de Recursos Humanos en Educación para la Salud y Promoción de la Salud: Modelos y Prácticas en las Américas*. Escuela de Salud Pública. Universidad de Puerto Rico.
- Arroyo, HV, Cerqueira, M.T. (Eds). (1997). *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina. Un Análisis Sectorial*. Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Park ER (2005). Cultural competence and health care disparities: key perspective and trends. *Health Affairs*. 24: 499-505.
- Bookman, A, Morgan, S (1988). *Women and the Politics of Empowerment*. Philadelphia: Temple University Press.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

- Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado (2006). Documento aprobado por los participantes en la Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 8-11 de agosto de 2005. Bangkok, Tailandia.
- Cottrell, R, Girvan, J, McKenzie, J (2006). Principles and Foundations of Health Promotion and Education. Third Edition. Pearson Benjamin Cummings.
- Cerqueira, MT (1997). Promoción de la Salud y Educación para la Salud: Retos y Perspectivas. En Arroyo, H.V. y Cerqueira, M.T. (Eds). La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina. Un Análisis Sectorial. Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- Di Clementi, RJ, Crosby, RA, Kegler, M (Eds.). (2002). Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research. San Francisco: Jossey-Bass.
- Downie, RS, Tannahill, C, Tannahill, A. (2000). Health Promotion. Models and Values. Second Edition. Oxford University Press.
- Doyle, E, Ward, S (2001). The Process of Community Health Education and Promotion. Mayfield Publishing Company.
- Freire, P (1985). The politics of education-culture, power and liberation. Westport, Connecticut: Bergin & Garvey.
- Freire, P (2001) The Paulo Freire Reader. New York: Continuum.
- Gadotti, M (1994). Reading Paulo Freire New York: State University of New York Press.
- Giroux, HA (1989). Introducción: La alfabetización y la pedagogía de la habilitación política. En Freire, P. & Macedo, D. (1989). Alfabetización-lectura de la palabra y lectura de la realidad. España: PAIDÓS.
- Glanz, K, Lewis, FM, Rimer, BK (Eds.) (2002). Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice (Third Edition). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hubley, J (2005). Promoting Health in Low and Middle Income Countries: Achievements and Challenges. En Scriven, A. & Garman, S. (Eds.) Promoting Health. Global Perspectives. Pelgrave. Macmillan.
- Jahan, RA (2000). Promoting health literacy: a case study in the prevention of diarrhea disease from Bangladesh. Health Promotion International. 15: 285-291.
- Kreuter MW, Lukwago SN, Bucholtz DC, Clark EM, Sanders-Thompson V (2003). Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. Health Education & Behavior. 30:1333-146.
- Leavitt, RL (2002) CEU: Developing cultural competence in a multicultural world. Alexandria 10: 36-48.
- Luquis RR, Perez, M (2003). Achieving cultural competence: The challenges for health educators. American Journal of health Education. 34:131-140.
- Minkler, M, Wallerstein, N (2002). Improving health through community organization and community building-a health education perspective. En Minkler, M. (Ed.). Community Organization & Community Building for Health. New Jersey: Rutgers University Press.
- Nutbeam, D, Harris, E (2004). Theory in a Nutshell: A Practical Guide to health promotion theories. New York: Mac Graw-Hill.



- Nutbeam, D (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*.15: 259-267.
- Nutbeam, D (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Glosario de Términos de Promoción de la Salud*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). *Promoción de la Salud: Logros y Enseñanzas Extraídas entre La Carta de Ottawa y La Carta de Bangkok y Perspectivas para el Futuro*. Informe presentado en la 138 Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS/OMS. Washington, D.C., EUA, 19-23 de junio de 2006. Punto 4.8 del orden del día provisional. CE138/16 (Esp.), 2 junio 2006, Original: Español.
- Papadopoulos, I, Lees, S. (2002). Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing*. 37(3): 258-264.
- Paradies, Y, Stevens, M (2005). Conceptual diagrams in public health research, *J Epidemiol Community Health*; 59: 1012-1013.
- Pumariega, AJ (2001). A rationale for culturally competent health services. *Biomedicine*.4:207-214.
- Restrepo, H (2001). Agenda para la acción en Promoción de la Salud. En Restrepo, H. & Málaga, H. (Eds.). *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Editorial Médica Latinoamericana. Bogotá, Colombia.
- Santiago, LE (2000). El apoderamiento comunitario como estrategia para la promoción de la salud. *Perspectivas*. 20: 35-41.
- Santiago, LE (2003). Participación Social y Apoderamiento Comunitario en Salud Pública. *PRHSJ*. 22: 39-41.
- Shor, I, Freire, P (1987). *A pedagogy for liberation*. Wesport, Conneticut: Bergin & Garvey.
- Spector, RE (2000). *Cultural Diversity in Health & Illness*. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Tang, JP, Ephsani, DV, McQueen, D (2003). Evidence based health promotion: recollections, reflections, and reconsiderations. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 57:841-843.
- Thompson, SJ, Gifford, SM, Thorpe, L (2000). The social and cultural context of risk and prevention: Food and physical activity in an urban Aboriginal community. *Health Education and Behavior*, 27, 725-743.
- Travers, KD (1997). Reducing inequities through participatory research and community empowerment. *Health Education and Behavior*. 24: 344-356.
- US Department of Health and Human Services (2001). *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care*. Washington, DC.
- Wallerstein, N (1992). Powerless, empowerment, and health: implication for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*. 6:197-205.
- Wallerstein, N (2002). Empowerment to reduce health disparities. *Scand J Public Health*. 30: 72-77.
- Wallerstein, N, Bernstein, E (1994). Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health Education Quarterly* . 21: 141-148.





PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Walters, JL, Canaday, R, Stein, T (1994). Evaluating Multicultural Approaches in HIV/AIDS Educational Material. *AIDS Education and Prevention*. 6(5):446-453.

Walton, S (2003). Cultural competence and leadership development. Puerto Rico Public Health Leadership Institute. October 24, 2003.

Williams, MV (2002). Recognizing and overcoming inadequate health literacy, a barrier to care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 69: 415-418.



Capítulo 5

COMUNICACIÓN SOCIAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: ALIADOS ESTRATÉGICOS PARA GENERAR PROCESOS DE CAMBIO

*Edwin Peñaherrera Sánchez
Raúl Choque Larrauri*

COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

Concepto de comunicación

La comunicación, definida con simpleza, involucra un comunicador o un evento de comunicación, un mensaje y un recipiente o receptor. El acto de comunicación es la piedra angular de toda relación social. Es el medio a través del cual se transmite información y conocimiento (Macdonald, 1992). El comunicador usa una serie de signos y símbolos que él o ella codifican en un mensaje. El receptor, una vez que se ha logrado captar su atención, decodifica el mensaje y, si ha sido motivado, actúa en función a la información recibida. La comunicación usada en este sentido tiene más que ver con persuasión, en el sentido de brindar información, por consiguiente no debe ser confundida con comunicación en un sentido educativo, como se describirá más extensamente en otro capítulo.



El concepto de comunicación puede ser asociado a diferentes términos que contribuyen a su definición como la mutualidad, reciprocidad, posesión de algo en común, participación, transmisión, información, expresión, codificación, accesibilidad, decodificación, expansión, sociabilidad, afectividad, regulación, entre otros. Desde el punto de vista etimológico, proviene de la palabra latina “communicatio”, que a su vez tiene su origen en el término “communis”, común.

Estos términos no expresan una relación de sinonimia pero permiten describir mejor la compleja fenomenología comunicativa, pues solo existe cuando entre los sujetos ocurre un continuo, ininterrumpido y mutuo intercambio, no solo de mensajes, sino de cierta afectividad y afinidad. No es posible entonces no comunicar, porque entre dos personas con alguna relación temporal siempre existe un cierto entendimiento, aunque sea mínimo.

Con frecuencia se utiliza el término comunicación en acepciones extremas. En su sentido



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

lato se aplica a cualquier información o mensaje que se trasmite a múltiples destinatarios relativamente lejanos, como es el caso de los llamados medios de comunicación masiva, como comúnmente aparece en diferentes países y por parte de varios autores. Más riguroso sería llamarles medios de información masiva porque en realidad el fenómeno comunicativo no ocurre en su esencia, es decir no ocurre un intercambio de mensajes.

En su sentido estrecho se restringe a la existencia de muchos requisitos para que se produzca comunicación entre las personas, como por ejemplo, manejar un mismo idioma, coincidir en opiniones, compartir la historia y rituales, lo clave es que el emisor tengan algo en común, por pequeño que fuera.

Aunque no siempre ocurre, debido a que los medios juegan un rol como actor social con intereses particulares, idealmente, todo proceso comunicacional debiera considerar al ser humano como eje de la acción, partiendo de la aplicación de tres principios ineludibles:

- *La participación.*- Las personas son gestoras de su propio desarrollo y participen de manera organizada en los procesos y toma de decisiones que buscan cambiar y mejorar su situación actual.
- *La equidad.*- Todos persona tiene derecho a participar y a acceder a las oportunidades de desarrollo sin discriminación alguna de sexo, edad, raza, religión, cultura, educación, profesión y opción sexual.
- *La sostenibilidad.*- Todos tenemos la obligación de asumir compromiso y garantizar que los cambios y mejoras producidos se mantengan para las generaciones futuras.

La comunicación social en promoción de la salud asume el papel de brindar información y motivar a la población con la finalidad de pro-

ducir cambios de comportamiento en sus estilos de vida. Para su eficacia, requiere mensajes claros, continuos, accesibles, con significado y recursos suficientes, reconociendo las oportunidades del marketing social y la diversidad de medios que hoy día existen: masivos, locales, directos, indirectos, interactivos. En los últimos años, en salud pública se han implementado una serie de campañas comunicacionales, dedicadas a temas más bien relacionados a la prevención de enfermedades transmisibles como el Dengue y últimamente la TB con un enfoque de promoción de la salud respiratoria; el VIH y también no transmisibles como la violencia juvenil y doméstica, el consumo de drogas, la obesidad, entre otras. Sin embargo, estas por lo general se realizan por períodos cortos debido a falta de presupuesto y de comprensión del tipo de estrategias comunicacionales necesarias para lograr impactar en los cambios de comportamiento.

La comunicación social tiene un potencial que va más allá de su utilidad instrumental, para constituirse en un proceso de carácter social que posibilite el reconocimiento, encuentro y diálogo entre diversos saberes, contribuyendo a consolidar la articulación entre los diferentes sectores sociales en torno a la salud.

Modelos de comunicación

Comunicación con énfasis en contenidos.- Este modelo se caracteriza por la existencia de un emisor, un mensaje y un receptor. El emisor envía un mensaje al receptor. El proceso de comunicación se ve reducido a la transmisión de informaciones, ideas, emociones, habilidades, etc. a través de signos y palabras. El emisor es la persona que emite, habla, escoge el contenido de los mensajes, es siempre el que sabe, en tanto el receptor es el que recibe el mensaje, escucha, lo recibe como información y es el que no sabe. En relación al fenómeno comunicativo, se establecen dos actitudes diferentes que son la actitud instrumental y la actitud democrática. La actitud instrumental de emisor - receptor, reduce el fenómeno comunicativo a



los medios de comunicación. En consecuencia se trata de una concepción transmisora dirigida que actúa con patrones comunicativos unidireccionales y verticales. En este tipo de comunicación no se está garantizando la bidireccionalidad, ni la verdadera participación del receptor.

Comunicación con énfasis en los efectos.- Este modelo de comunicación es clásico y el de mayor difusión. En este modelo tenemos al emisor, al receptor, al mensaje y a la retroalimentación. En el proceso comunicativo sigue existiendo un emisor protagonista que envía un mensaje al receptor, siendo este subordinado y dependiente. Sin embargo aquí aparece una respuesta o reacción del receptor que se denomina retroalimentación, la misma que es recibida por el emisor. De esta manera el papel del receptor es más participativo e inclusivo. Sin embargo este es un modelo persuasivo cuyo objetivo es conseguir efectos. La retroalimentación es el mecanismo para comprobar la obtención de la respuesta buscada por el comunicador.

Comunicación con énfasis en los procesos.- La actitud democrática corresponde más bien a una concepción dialogal en la cual el emisor tiene la función de comunicador y promueve la recepción grupal del mensaje. El rol de comunicador implica primero la valorización de sus destinatarios, que no son concebidos como receptores sino como perceptores. El comunicador toma como punto de partida la realidad, experiencia y necesidades de sus perceptores para lograr la recepción grupal de su mensaje. La comunicación concebida desde esta óptica promueve la participación de los perceptores, dado que la función del mensaje es la de ser generador de discusión, se busca que los perceptores recreen y re elaboren por sí mismos su propia interpretación, entonces el mensaje se constituye en el motor que impulsa a la creación de nuevos mensajes que se construyen desde la vivencia del perceptor, que ahora también se comunica. Por tanto en el proceso de comunicación, ambos el emisor y el recep-

tor cumplen roles, pues tienen la capacidad para hacerlo. Como dice Mario Kaplún (1998) *"todo hombre es 'emirec', esto es un Emisor - Receptor (E-R) dotado de facultades para ambas funciones"*. Asimismo señala que todos los seres humanos, grupos, comunidades y sectores de la sociedad tienen derecho a participar en el proceso de la comunicación actuando alternadamente como Emisor y Receptor.

Comunicación para la Salud

La comunicación para la salud es el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promoviendo estilos de vida saludables y una acción comunitaria a favor de la salud. Brinda oportunidades a las personas para incrementar el ejercicio de sus derechos y responsabilidades en relación a la creación de escenarios, sistemas y políticas favorables a la salud y el bienestar. Partiendo de la premisa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar. La comunicación para la salud proporciona a los individuos y comunidades la oportunidad de contar con mayores recursos, habilidades y competencias necesarias no solo para prevenir enfermedades – que es el modo más tradicional en que se suelen utilizar las estrategias comunicacionales- sino principalmente y en concordancia con el enfoque de la promoción de la salud, para crear un protagonismo empoderado y proactivo en los individuos y comunidades, orientado a reconocer y actuar sobre los determinantes de su salud. Este es un desafío que como vemos, va más allá de la búsqueda de influir en el comportamiento individual para pasar a constituirse en una estrategia fundamental para colocar en la agenda pública temas clave para la salud y el desarrollo.

La comunicación para la salud se convierte así en un elemento cada vez más importante en la búsqueda de lograr un mayor empoderamiento individual y colectivo que contribuya no solo a prevenir enfermedades y comportamientos de riesgo, sino a incrementar la calidad de vida de individuos y comunidades.



METODOLOGIA DE IMPLEMENTACIÓN

Metodología de la Comunicación para la Salud

Para que una organización pueda diseñar y poner en práctica programas efectivos de comunicación para la salud, que den lugar a cambios de conducta, se requiere contar con una metodología que sirva de orientación en la creación y ejecución de dichos programas. Cuando todos los miembros de un equipo, manejan el mismo marco de referencia y la misma metodología para aplicarla a nuevas personas y nuevas situaciones se facilita el trabajo.

En tal sentido, para la práctica de la comunicación en salud se propone un ordenamiento lógico de una secuencia de pasos “Diagnóstico, Estrategia, Intervención, Monitoreo y Evaluación”, dirigidos al desarrollo de campañas y acciones de comunicación en salud de uno o más temas de salud identificados.

La metodología que se utilice para la comunicación en salud debe ser sistemática, estableciendo claramente los pasos a seguir para crear un enfoque comunicativo que funcione; multidisciplinaria, basándose en los medios de comunicación y los campos de mercadeo social, educación informal, análisis de conductas y antropología médica, entre otras áreas, destinada a lograr cambios de comportamiento.

Con esa premisa un plan de comunicación en salud deberá contemplar los siguientes componentes (Choque, 1997):

1.- Diagnóstico

Esta primera etapa es un proceso de investigación que permite recoger, seleccionar, sistematizar y analizar información sobre el público al cual se quiere llegar y el contexto o ambientes que intervienen.

El diagnóstico permite identificar claramente el escenario epidemiológico y la problemática de salud sobre la cual se desea actuar, a partir del reconocimiento del contexto y la caracterización del público al que se dirigirá

la intervención comunicacional, teniendo siempre como marco de este proceso, el tipo de situación que se desea enfrentar. Asimismo permite analizar y conocer los conocimientos, actitudes, prácticas, preferencias, espacios y modos de comunicación del público objetivo.

2.- Estrategia: ¿Hacia dónde vamos y cómo lo lograremos?

En función a los resultados del diagnóstico es posible: segmentar la audiencia objetivo, priorizar los comportamientos, formular los objetivos de comunicación, elaborar los mensajes, seleccionar los medios y determinar el plan de trabajo, es decir plantear un organograma, un cronograma y un presupuesto.

3.- Intervención: ¿Qué hacemos?

Es la puesta en marcha de la estrategia. En esta etapa se hacen los ajustes necesarios en cuanto a los mensajes y materiales que se piensa elaborar mediante la producción y validación de los mismos. En esta etapa se revisan los criterios básicos que debemos tomar en cuenta para la producción de los diferentes materiales, en función a los componentes de eficacia que intervienen en la misma: atracción, comprensión, identificación, aceptación e inducción a la acción.

Es importante señalar que la validación de los materiales comunicacionales se debe realizar considerando los dos tipos que existen para ello, la perspectiva técnica y la perspectiva de la propia población. La primera se refiere a la validación técnica de los contenidos que se difundirán a través de los mensajes y actividades durante la intervención. En la segunda se prueba si el contenido y la forma de los mensajes, funcionan en la población, tomando en cuenta los componentes de eficacia.

4.- Monitoreo y evaluación: ¿Qué y cómo evaluamos?

El monitoreo y la evaluación son un canal de retroalimentación con el público objetivo.



El monitoreo suministra la información necesaria acerca de la marcha del proceso y del cumplimiento de actividades a fin de realizar correctivos durante el proceso de implementación y no al final. Esta información a su vez, alimenta el proceso de evaluación, a través de la cual se pueden medir los resultados que se van produciendo en relación con los objetivos planteados, para de acuerdo a ello, tomar decisiones estratégicas y obtener lecciones aprendidas.

Toda estrategia que no esté sometida a un proceso permanente de seguimiento (monitoreo) y de medición u observación (evaluación) de los cambios inducidos, pone en riesgo el logro de los objetivos planteados.

Los tipos de evaluación son los siguientes: Evaluación participativa de necesidades (en el diagnóstico), evaluación participativa de proceso (monitoreo) y evaluación participativa de resultados (logro de objetivos).

MEDIOS MASIVOS Y NO MASIVOS DE COMUNICACIÓN

El uso de los medios informativos como los medios masivos (radio, TV, prensa escrita) resulta clave para difundir información sobre salud entre la población, aumentando la conciencia sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo humano.

En la actualidad se puede decir que no es posible concebir un hogar sin algún medio masivo a su alcance, como por ejemplo la radio y la televisión. La TV probablemente sea hoy por hoy una de las actividades de distracción y recreación preferidas por las personas y el medio de comunicación masivo dominante en casi todos los países. Sin embargo es necesario señalar que en la actualidad, la población joven en particular, así como los adultos, utilizan la comunicación virtual a través del internet, smartphones y redes sociales como *twitter* y *facebook* para transmitir mensajes y comuni-

carse en tiempo real con individuos y colectivos. Estos canales de comunicación resultan importantes medios para transmitir mensajes que promuevan estilos de vida saludables los mismos que debieran utilizarse en mayor medida para poner temas en agenda y promover salud (Peñaherrera, 2000).

Quizá una de las principales funciones de los medios de comunicación, sea la de “poner en agenda” ciertos temas, poniendo énfasis en ciertos aspectos del mismo, llevando a que las personas discutan e intercambien ideas sobre ellos y no sobre otros temas.

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

De acuerdo a Wallack (citado por Peñaherrera, 2000) existen dos posiciones relevantes respecto al uso de los medios de comunicación masivos en función de los intereses de la promoción de la salud. Una de ellas considera que las campañas masivas pueden constituirse en una fuente de información precisa sobre temas particulares y la otra que los medios masivos pueden informar y contribuir al debate público acerca de temas relativos a la salud. Vista así, la media se constituye en un valioso aliado “partner”. Los medios masivos sin embargo, también pueden conformar una suerte de “anti educación para la salud”, presentando información imprecisa y sesgada sobre salud, confundiendo y desorientando a las audiencias quienes muchas veces reciben mensajes opuestos sobre prácticas saludables a través de comerciales, espectáculos e inclusive a través de contenidos de noticias. En ese sentido los medios masivos limitan el debate público, más que fomentarlo, debido a que refleja más bien intereses comerciales, minimizando las necesidades de salud de la población. En este caso, los medios son vistos como un actor social sobre el que se tienen que desarrollar acciones para involucrarlo, desarrollando su compromiso de responsabilidad social.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Estas dos perspectivas influyen las posiciones que los profesionales de la promoción de la salud y de la salud pública tienen en relación a las estrategias que se adopten frente al papel de los medios masivos. Si consideran que los medios son contrarios a los principios de la promoción de la salud, las intervenciones serán diseñadas para alterar el curso de esta tendencia. Esta posición pone el énfasis en los factores sociales y políticos, algo que es frecuentemente ignorado por los medios. Visto así los medios son considerados parte del problema y más que un modo de intervención en salud pública, devienen en un grupo objetivo sobre el cual intervenir.

De otro lado, si los medios son vistos como vehículos para la promoción de la salud, entonces los aspectos negativos atribuidos a los medios tendrán menor importancia. Para el caso que los medios sean vistos como aliados, el foco de interés estará en la preparación de

mejores “paquetes informativos” diferenciados para población general y decisores políticos. Para el primer grupo se requiere mensajes claros y precisos sobre factores de riesgo y de protección, así como acerca de la importancia de adoptar estilos de vida saludables, asegurando que el mayor número de personas acceda a ellos y que estos eventualmente impulsen cambios en sus estilos de vida. Para políticos y líderes comunitarios resulta fundamental elaborar “paquetes comunicacionales” específicos orientados a colocar en “sus agendas” temas de salud desde una perspectiva integral, es decir que la vincule con calidad de vida, desarrollo y capital social. Considerando la imagen pública que estos decisores proyectan y el frecuente uso de medios que realizan, se constituyen en actores clave para influir en los cambios que se busca introducir desde la promoción de la salud.

EL MERCADEO SOCIAL BUSCA SATISFACER NECESIDADES Y DESEOS DE LOS CLIENTES



Figura 1. Teoría del Mercadeo Social



El debate acerca del rol de los medios, podría verse también como una confrontación entre el enfoque individual de la salud, centrada en el riesgo versus el enfoque de promoción de la salud centrada en aspectos sociales y políticos. Estas posiciones opuestas pero complementarias, son las ideas básicas que dan soporte a los enfoques del Mercadeo Social y de la Media Advocacy.

El enfoque del Marketing Social

El marketing social se centra en el cambio de comportamiento individual. En ese sentido provee de un modelo conceptual cuyos principios están integrados con las teorías psicológicas y sociales o psicosociales, lo que permite desarrollar programas mejor planteados para lograr dicho propósito. Para Lefebvre (citado por Bunton y Macdonald 1995) el mercadeo social es “[social marketing] un conjunto de principios y técnicas que derivan de una perspectiva teórica basada en el marketing, como ha sido desarrollada y puesta en práctica en el sector empresarial”.

Hastings y Haywood (1991); Lefebvre (1995), establecen que el concepto de marketing ha revolucionado la filosofía del negocio dedicado al comercio apoyándose en tres dogmas principales: orientación al consumidor, enfoque integrado y el propósito de rentabilidad (pursuit of profitability).

Los especialistas señalan hasta ocho características propias de las estrategias del marketing social (OPS, 1996):

- Orientado al Consumidor.
- Teoría del Intercambio.
- Segmentación de la Audiencia y análisis.
- Investigación formativa.
- Análisis del canal de comunicación.
- Marketing mixto.
 - Mensaje/producto/servicio
 - Precio

Lugar

Promoción

Posicionamiento

- Selección del procedimiento (Process tracking).
- Sistema de Gerencia (Management system).

Una de las ideas principales del marketing social es la orientación al consumidor (ver Figura 1)¹. Para los negocios, eso significa que las estrategias centradas en los productos y las ventas cambian para focalizar en el punto de vista del consumidor. ¿Qué significa esto para la promoción de la salud? Significa que los promotores de la salud o las acciones de promoción de la salud tienen que estar muy cercanas a las opiniones de los grupos objetivo, estar muy sintonizadas con sus gustos y preferencias. El enfoque del marketing social sugiere que el poder sobre los estados de salud emerge de ganar control sobre el comportamiento individual, lo cual se logra brindando información precisa y comprensible, de modo tal que las personas puedan adoptar los pasos que los conduzcan a mejorar su salud.

Esta es una importante distinción porque por lo general, desde el enfoque de salud pública tradicional, son los profesionales de la salud y los decisores políticos los que evalúan, diagnostican y definen cuales son las necesidades en salud de las poblaciones y en función a ello, (prescriben) deciden cuales son las soluciones. Este modelo de “arriba hacia abajo”, está fuertemente asociado al quehacer del modelo biomédico. Este enfoque también está centrado en el consumidor, aunque en este caso las audiencias son vistas como pasivas y los profesionales son llamados para comprender lo que estas desean y necesitan; en otras palabras este modelo se mueve en el contexto de hacer algo para ellos. Como se desprende

1. Presentación en ppt usada como material de clase, Curso Promoción de la Salud y Comunicación, Facultad de Salud Pública, Universidad Peruana Cayetano Heredia / Prof. Peñaherrera.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

(de este modelo), la audiencia depende del profesional, “quien sabe” y “provee soluciones”. Este esquema de relación alimenta la dependencia entre el que sabe (el profesional tiene el poder) y quienes no saben (la población que no sabe decidir por sí sola) (Peñahe-rrera, 2000).

De otro lado existe otra concepción en relación al marketing social orientado al consumidor, en la cual la audiencia pasa de ser concebida como pasiva a ser considerada como una audiencia activa. El énfasis de este enfoque hacia los consumidores es buscar y construir relaciones con ellos a través del tiempo y ofrecerles continuamente oportunidades de interacción con el staff del programa. En una variante de este tipo de enfoque, la gente común, (personas de la comunidad) deviene parte integral del programa brindando inclusive asistencia en la implementación del mismo, al lado del staff de profesionales. Esta estructura permite un diálogo permanente entre el staff y la comunidad. Este enfoque prioriza aquellas acciones que buscan impulsar procesos de empoderamiento, lo cual constituye uno de los más importantes principios y objetivos del marketing social (Macdonald, 1998).

El marketing social es un método a través del cual se logra empoderar a las personas, de modo tal que se involucren de manera protagónica y responsable con el incremento de la calidad de vida y el bienestar. Es este un interesante proceso de relaciones sociales que ofrece nuevos e innovadores caminos para enfrentar problemas sociales y de salud.

Otro concepto que es necesario tomar en cuenta en mercadeo social, es buscar que la elección del consumidor sea la más fácil y atractiva posible haciendo que este actúe de manera consecuente con el mensaje. Lo óptimo sería lograr una estrategia de mercadeo ideal que combine de manera justa producto, precio, promoción y lugar. Veamos algunas definiciones sobre estos conceptos. Producto es el comportamiento o idea que el consumidor tiene que aceptar. El precio puede refe-

rirse al costo psicológico, social o económico que el consumidor considera conveniente de ser pagado y que está asociado al mensaje transmitido. Promoción está relacionado con la manera en que el comportamiento ha sido empaquetado para hacerlo atractivo y de bajo costo y también está relacionado con los beneficios que la audiencia percibe que recibirá así como, con el canal de comunicación seleccionado para difundir el mensaje.

Finalmente el lugar se refiere a la disponibilidad del producto o comportamiento promovido. Esto último es importante porque si por ejemplo, se transmiten mensajes dirigidos a población adolescente como “usa condón si quieres tener sexo” o “busca consejo si necesitas apoyo personalizado”, se esperaría para el primer caso, que los adolescentes puedan adquirir condones con facilidad, es decir que estén disponibles y a su alcance en servicios de salud o establecimientos comerciales; y para el segundo caso que existan servicios de orientación y consejería diferenciados para adolescentes con horarios adecuados, personal calificado y entrenado para trabajar con personas jóvenes, entre otros criterios. Si esto no está disponible entonces no ocurrirá el cambio esperado.

Media Advocacy / Abogacía a través de los Medios

Paralelamente al uso tradicional de los medios, es decir difundir mensajes de salud a través de campañas publicitarias, la abogacía a través de medio, ha ganado un creciente movimiento que involucra una perspectiva social y política, ligando la promoción de la salud al cambio social y el desarrollo de políticas (Stewart y Casswell, 1993).

La abogacía a través de los medios, promueve un rango de estrategias que buscan estimular una amplia cobertura a través de los medios, que lleve a replantear el debate público con la finalidad de conseguir mayor apoyo para contar con un nuevo enfoque que permita lograr mayor nivel de efectividad política frente a los



problemas de salud pública. No intenta cambiar comportamientos de riesgo individuales sino que centra su acción en cambiar la manera como los problemas son comprendidos como asuntos de salud pública.

Este es un enfoque muy relevante en promoción de la salud que intenta llenar el vacío que dejan los medios masivos cuando no actúan directamente sobre el entorno/ambiente. La abogacía a través de los medios (media advocacy), busca por el contrario, impulsar cambios sociales usando los medios como estrategia para poner en agenda de autoridades y/o del público, ciertos temas de salud con la intención de generar un debate (público) acerca de los mismos. Focalizar en el incremento de apoyo público para ciertas políticas es un paso importante hacia su implementación.

Media advocacy implica desarrollar grandes esfuerzos para impulsar el logro de una alianza estratégica con los medios, que permita discutir y revisar el modo cómo los temas de salud son comunicados. Existen sin embargo algunas dificultades que es necesario identificar para enfrentarlas de la mejor manera.

Un asunto está relacionado con la naturaleza de la investigación en el campo de la salud pública. Por ejemplo la epidemiología, la principal disciplina utilizada por los profesionales de salud pública para identificar factores de riesgo asociados a enfermedades, utiliza una metodología y herramientas de intervención de un nivel de complejidad, que no resultan fácilmente comprensibles para quienes no se desempeñan en dicho campo del conocimiento. Pedir entonces a los medios, reporteros o periodistas que trasmitan los resultados de sus hallazgos a través de medios masivos, no resulta una tarea sencilla. Los discursos y los estilos de transmisión de información son diferentes. Los científicos no están preparados para difundir sus hallazgos a un público amplio, ni los medios cuentan con las habilidades necesarias para traducir los hallazgos epidemiológicos, “científicos” al público general.

Los medios además, no cuentan con habilidades ni conocimientos suficientes para distinguir con certeza un estudio epidemiológico consistente de uno que no lo sea. De otro lado los profesionales de la salud pública y la promoción de la salud necesitan tener un mayor conocimiento acerca de los procedimientos de los medios masivos. Esto permitiría que los reportes de salud sean preparados de modo tal que sean comprensivos no solo para ellos, sino principalmente para un público más amplio, el cual finalmente podrá así hacer uso de los resultados de las investigaciones en su vida cotidiana. Este es un asunto de suma importancia que influye el tipo de información -relativa a la promoción de la salud - difundida, impactando también en las mayores o menores oportunidades que tienen las personas para actuar saludablemente.

Finalmente, una última dificultad se relaciona con presiones de orden institucional que se presentan tanto del lado de los medios como de los profesionales de la salud. En el primer caso, es conocido que los medios responden a intereses que provienen del lado de sus audiencias, “hay que darle al público lo que pide y quiere consumir”, y en ese sentido producen productos que respondan a ello, sin importar realmente la calidad del producto en términos de contenidos favorables o desfavorables a las prácticas saludables; para el segundo caso, los profesionales de la salud también están sujetos a presiones que provienen del lado de las instituciones que proveen fondos para sus investigaciones, laboratorios por ejemplo, las cuales muchas veces condicionan fondos al abordaje de ciertos temas y bajo ciertos enfoques.

De acuerdo a Russell (1993) la cobertura de noticias es vista como una manera de rendir cuentas al público por el gasto de los fondos, para mantener y reforzar la reputación institucional, para asegurar nuevos fondos para investigaciones o para “marketear” o vender los servicios de la institución. Del mismo modo, es posible señalar que los medios están suje-



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

tos a presiones de las empresas que compran espacios para difundir sus productos; estas prestan atención a los programas o series que gozan de buen nivel de rating, sin importar si los contenidos transmitidos son contraproducentes a la salud. Como los medios dependen de la venta de estos espacios publicitarios terminan cediendo a estas presiones.

Los profesionales de la salud por su parte, también tienen intereses propios en relación por ejemplo, a la dependencia de los fondos que financian sus investigaciones. Se requiere por lo tanto trabajar tanto con los proveedores de fondos (laboratorios, agencias cooperantes, empresas, gatekeepers, etc) como con los medios masivos con la finalidad que logren un equilibrio entre sus intereses corporativos y las necesidades que surgen de intereses en temas de salud pública y promoción de la salud. Saber aplicar estrategias de abogacía resulta crucial en esta tarea.

EXPERIENCIA

Caso: Comunicación y Promoción de la Salud Respiratoria para prevenir la TB

El Perú tiene cifras altas de personas con Tuberculosis sensible y Tuberculosis Multidrogo resistente. La prevención y el control de la enfermedad han requerido la presencia de acciones de comunicación y promoción de la salud, a través de un nuevo modelo de intervención: ACMS (Abogacía, Comunicación y Movilización Social), promovidas por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo Mundial (Roeder, 2011). Este enfoque integra en una intervención estratégica a todos los públicos involucrados en la problemática de la tuberculosis, que incluye a autoridades, medios de comunicación y población vulnerada y vulnerable. El objetivo es generar un clima favorable para incidir de manera efectiva en el comportamiento de los pacientes, esto es en las decisiones que éste toma para la prevención, la detección y el tratamiento.

En el contexto de TB, la comunicación se convirtió en un eje central de la intervención que hiciera el Perú, a través del Proyecto del Fondo Mundial (Objetivo 1 – Octava Ronda), que se propuso como objetivo impulsar el diálogo social sobre la situación de la Tuberculosis y de las personas afectadas, comprometiendo la participación de las autoridades regionales y locales, entidades del Estado y sociedad civil, con la finalidad de que impulsen políticas públicas saludables e inclusivas.

Es así que se planificaron estrategias de comunicación basadas en mensajes preventivo – promocionales, dirigidas a la población general a través de campañas masivas y públicas. Simultáneamente se desarrollaron estrategias específicas a públicos determinados: escolares, universitarios, poblaciones indígenas y niños/adolescentes vulnerables.

Para llevar a cabo esta iniciativa, se desarrolló un primer sondeo y luego un estudio sobre las percepciones, valoraciones y propuestas, tanto a población general como trabajadores de salud. Posterior a ello, se realizó la organización de actividades comunicacionales combinando mensajes, espacios y medios. Lo más novedoso, fue la utilización de espacios públicos, a través de vallas, paneles, transporte público masivo y local, además de mercados, con activaciones y monitoreo. La radio fue el medio masivo esencial para dar un marco de acción y colocar en el escenario público a la Tuberculosis.



BIBLIOGRAFÍA

- Bunton R, Macdonald, G (Eds.) (1992). Health Promotion: disciplines and diversity. London, Routledge.
- Choque, R (1997). La comunicación para la salud. Huancavelica (Perú), FAS.
- Hastings, G, Haywood, A (1990). Social Marketing and communication in health promotion. Health Promotion International, 6 (2), 135-145.
- Kaplun, M (1998). Una Pedagogía de la Comunicación. Madrid (España), Ediciones de la Torre.
- Lefebre, C (1995). Social Marketing and Health Promotion. In Bunton R, Macdonald, G (Eds). Health Promotion: disciplines and diversity. London, Routledge pp. 153-181.
- Macdonald, G (1992). Communication Theory and Health Promotion. In Bunton R, Macdonald, G (Eds). Health Promotion: disciplines and diversity. London, Routledge pp. 182-201.
- Macdonald, T (1998). Rethinking Health Promotion, a Global Approach London, Routledge.
- Organización Panamericana de la Salud (1996). Modelos y Teorías de Comunicación en Salud. Washington, DC, OPS.
- Peñaherrera, E (2000). Limitations and possibilities of the mass media for improving health promotion. Unpublished Essay. Brunel University. London, UK.
- Roeder, E (2011). Plan de comunicación social para el Programa Octava Ronda, FM, objetivo 1 a cargo de SES-CMP (Socios en Salud y Colegio Médico del Perú). Pathfinder International, Receptor Principal del FM en Perú para la Ronda 8. Documento de trabajo.
- Russell, C (1993). Hype, Hysteria, and Women's Health Risks: The Role of the Media. In Lebow M & Arkin EB (Eds). Women's health and the mass media. Women's Health Issues. Winter 3(4), 181-190.
- Stewart, L, Casswell, S (1993). Media Advocacy for Alcohol policy support: results from the New Zealand Community Action Project. Health Promotion International, 8(3), 167-175.







Capítulo 6

FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

*Elisabeth Carmen Duarte
Jarbas Barbosa da Silva Junior
Sandhi Maria Barreto
Deborah Carvalho Malta*

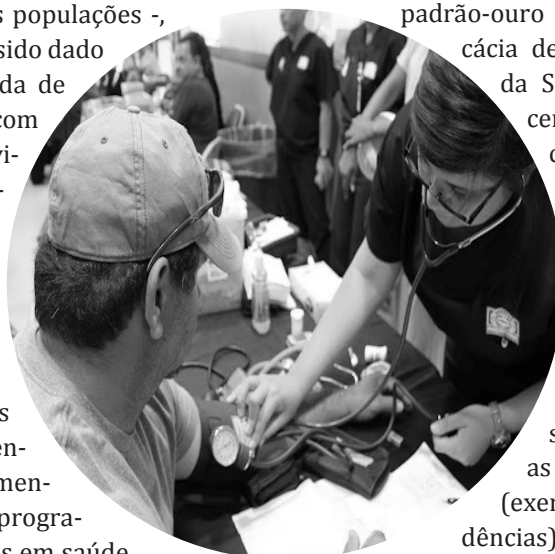
INTRODUÇÃO

Na literatura especializada e nos fóruns de debate dos formuladores e implementadores de políticas no campo da saúde coletiva – promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção à saúde das populações –, espaço crescente tem sido dado à relevância da tomada de decisão informada com base nas melhores evidências científicas disponíveis em um dado momento.

Alguns autores definem esse campo da saúde pública baseada em evidências (SPBE) como o: “desenvolvimento, implementação e avaliação de programas e políticas efetivas em saúde pública através da aplicação dos princípios de raciocínio científico, incluindo uso sistemático de dados e sistemas de informação e uso apropriado de planejamento.” (Brownson, Gurney e Land, 1999). Nesse contexto, a produção e uso contínuo de informações acuradas e oportunas são vistos como elementos de advocacia, debate, avaliação e priorização

na tomada de decisão em saúde coletiva.

Examinando a literatura recente sobre esse tema, observa-se que a SPBE não se trata de uma mera extensão dos conceitos e métodos da medicina baseada em evidências e do paradigma dos ensaios aleatorizados como o padrão-ouro das evidências de eficácia de intervenções. A área da SPBE vem se estabelecendo em um arcabouço conceitual e metodológico qualitativamente diferenciado (Black, 1996; Habicht, Victora, Vaughan, 2004). Nesse sentido, ainda que desafios metodológicos estejam presentes, são destacadas as análises de adequação (exemplo: estudos de tendências) e de plausibilidade (exemplo: estudos observacionais do tipo caso-controle e coorte) como metodologias válidas para aferir a efetividade de uma intervenção em saúde pública (Black, 1996; Habicht, Victora, Vaughan, 2004). Além dos desafios metodológicos, outros se apresentam destacando-se: i) a necessidade de adequação da produção científica e do conhecimento



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

produzido continuamente às perguntas feitas pelos gestores; ii) e a necessidade de se potencializar o uso efetivo dessas evidências na tomada de decisão em saúde pública. Longe de se ter uma visão ingênua da associação entre a produção de conhecimento/evidências e a tomada de decisão, se reconhece que são muitos os atores sociais e as fontes de influência - legítimas ou não - envolvidas no processo decisório. Assim, a intenção aqui é a de potencializar o impacto das evidências como mais uma dessas fontes de influência para a tomada de decisão, promovendo debates informados, mediando diálogos entre parceiros e opositores, reforçando idéias e contrapondo-se a interesses ilegítimos.

A produção de evidências nos campos da saúde pública, incluindo a promoção da saúde, terá maior êxito em influenciar a ação, se atender a certos requisitos. Atributos como 'oportunidade', potencial para 'generalização', 'custo-efetividade' adequado, 'aceitabilidade social', entre outros, são considerados essenciais para agregar valor às evidências produzidas e potencializar seu uso na tomada de decisão. Diferentes formas de produção de evidências e conhecimentos, a partir de diferentes fontes de dados, para esse fim, podem ser destacadas. As pesquisas acadêmicas, a pesquisa em serviços, as análises de situação de saúde com ênfase na construção de cenários e análises de tendências, as análises originadas dos processos de vigilância em saúde e a avaliação em saúde, são fontes complementares entre si que permitem contribuir com as questões que inquietam aos gestores em saúde pública e fomentam uma prática que se vale desse saber para. Em especial, a vigilância em saúde, incluindo as suas diversas faces - vigilância ambiental, sanitária, nutricional, epidemiológica de doenças e de fatores de risco -, é uma importante ferramenta da saúde pública contemporânea, uma vez que auxilia

na produção de evidência e na antecipação aos fatos, concorrendo para maior eficiência das intervenções e possibilidade de avaliação de seus resultados e impacto.

No campo específico da promoção da saúde, a questão da evidência é complexa e requer o exame crítico do que significa promover saúde. Esse tema será discutido mais adiante neste capítulo. No entanto, fica imediatamente claro que um desses desafios diz respeito à adoção de ações custo-efetivas frente a cenários em acelerado processo de mudanças, resultantes da instalação de estágios diversos das diferentes transições - demográfica e social, comportamental e epidemiológica, e na atenção a saúde - nas populações latino-americanas. Agir em busca da promoção da saúde em cenários de tamanha complexidade e dinamismo, exige respostas criativas e oportunas, assim como requer flexibilidade, priorização e focalização de ações e racionalidade no uso de recursos. Nesse contexto, o fortalecimento dos sistemas de informação e da vigilância em saúde, apresenta-se como estratégia útil que pode qualificar a prática da promoção da saúde, concretizando sua ação. Assim, o objetivo desse capítulo é o de apresentar e discutir uma seleção de conceitos e processos que podem contribuir para o debate acerca do fortalecimento da vigilância em saúde como instrumento útil para o aperfeiçoamento da ação no campo da promoção da saúde.

DA VIGILÂNCIA SOBRE OS DOENTES À VIGILÂNCIA SOBRE OS FATORES DE RISCO

As ações de vigilância estão entre as mais antigas atividades de saúde pública. Hipócrates teria praticado uma incipiente forma de vigilância ao relacionar variações na incidência de doenças com as estações, o solo, a água e outros fatores, e ao diferenciar as formas de ocorrência, entre as epidêmicas e as endêmi-



cas, utilizando rudimentos de observação continuada e análise de dados (Thacker, 2000). No Antigo Testamento já se encontram relatos do isolamento de portadores de doenças, práticas que se estendem pela Idade Média, particularmente sobre os portadores de lepra e, posteriormente, aos acometidos pela peste, constituindo-se em antecessoras da instituição da quarentena. (Rosen, 1994). Ao final da Idade Média, na Europa Ocidental, são implantadas medidas para monitorar e conter as epidemias, como o registro de mortes e a edição de normas sobre cemitérios e mercados, considerados como seus focos originários (Thacker, 2000). Para impedir a chegada da peste ao porto de Veneza, em 1384, foi instituída a notificação obrigatória daquela doença e estabelecido um Conselho para determinar as medidas de isolamento sobre as pessoas, as embarcações e as mercadorias. Consolidava-se, assim, a primeira das formas de vigilância, a que era exercida sobre as pessoas doentes. Apesar da tentativa, a Morte Negra chegou à Europa produzindo 24 milhões de mortos, praticamente um terço de toda sua população (Rosen, 1994; Nelson, Williams, Graham, 2001).

William Farr é considerado um dos precursores da moderna vigilância, aquela que passou a ser exercida sobre as doenças, e não mais sobre os doentes, ao estabelecer, no século XIX, a coleta sistemática, a análise e a disseminação de informações sobre morbidade e mortalidade, para subsidiar a adoção de medidas sanitárias e de políticas públicas (Langmuir, 1976). Essas atividades passaram a ser utilizadas de forma crescente, em especial quando as descobertas científicas que iniciaram a chamada “Era Bacteriológica” propiciaram o desenvolvimento de ações mais efetivas de prevenção e controle das doenças transmissíveis. Ao final dos anos 40 inicia-se, no Communicable Disease Center (CDC) Communica-

ble Disease Center (CDC), a notificação regular e análise do comportamento epidemiológico da malária para subsidiar a adoção de medidas de controle, prática depois estendida a outras doenças relevantes (Etheridge, 1976)

A consolidação dessas atividades, e a necessidade de responder ao temor de uma possível guerra bacteriológica, originou, no início dos anos 50, o Epidemic Intelligence Service (EIS), treinamento com o objetivo de preparar epidemiologistas para perceber, rapidamente, mudanças nos padrões esperados de ocorrência das doenças, a emergência de surtos e outras situações de alarme (CDC, 1996; Langmuir e Andrews, 1952).

Em abril de 1955, utiliza-se, pela primeira vez, o termo “surveillance” [vigilância], em substituição ao “intelligence” que era mais identificado com atividade militar e de espionagem, para denominar um programa do CDC com o objetivo de coletar, consolidar e disseminar informação epidemiológica sobre um surto de poliomielite que se registrava, naquele momento, nos Estados Unidos (Langmuir, Nathanson, Hall, 1956). A partir de então, é crescente, em todo o mundo, a utilização do conceito vigilância [surveillance] para representar a:

“observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la” (Langmuir, 1963).

Karel Raska denomina de vigilância epidemiológica o sistema de monitoramento de doenças que implantou no Instituto de Epidemiologia e Microbiologia de Praga, na década de 60. Essa mesma denominação designou a unidade da Organização Mundial de Saúde



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

(OMS), criada em 1966, e que vai ter um papel decisivo na disseminação global dessa prática, ao utilizá-la como um instrumento fundamental para a erradicação da varíola (Raska, 1966).

Os elementos essenciais que caracterizam a vigilância como ação de saúde pública podem ser considerados: (1) o caráter de atividade contínua, permanente e sistemática, o que a diferencia de estudos e levantamentos realizados de forma ocasional; (2) o foco dirigido para determinados resultados específicos, procurando estabelecer os objetivos e as metas a serem alcançadas; (3) a utilização de dados diretamente relacionados com práticas de saúde pública, particularmente os referentes à morbidade e à mortalidade, ainda que outras informações possam subsidiar a análise da situação de determinadas doenças e seus fatores de risco; e (4) o sentido utilitário e pragmático da atividade que, em última análise, visa estabelecer o controle de doenças e não apenas ampliar o conhecimento sobre a mesma.

Em alguns países da região, algumas atividades de saúde pública também foram denominadas de vigilância, como a vigilância sanitária no Brasil, apesar de terem seu foco em ações de normatização, inspeção e fiscalização de produtos e serviços de saúde (Thacker e Stroup, 1997; Foege, Hogan, Newton, 1976; Silva-Junior, 2004). As ações de vigilância, desde seu início, estiveram concentradas nas doenças transmissíveis. Nas últimas décadas, no entanto, o crescimento da carga de mortalidade e de morbidade representada pelas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e pelas violências, fez crescer o interesse pelo estabelecimento de sistemas de vigilância que incluíssem esses temas. Acrescente-se ainda que as demonstrações de efetividade de diversas medidas no campo de políticas públi-

cas sobre os principais fatores de risco para as DCNT (tabagismo, inatividade física e dieta inadequada) e para as violências, retira desse campo de morbi-mortalidade uma equivocada percepção de que seriam ocorrências naturalmente relacionadas ao envelhecimento ou a acidentes.

Para a maior efetividade de políticas públicas e demais ações no campo da promoção da saúde visando reduzir a carga produzida pelas DCNT e violências, é imprescindível o estabelecimento de sistemas de vigilância sobre seus principais fatores de risco, com o objetivo de conhecer sua magnitude, monitorar suas tendências e avaliar o impacto das medidas adotadas. Diferentemente da vigilância em doenças transmissíveis, onde geralmente o objetivo é o conhecimento precoce do caso individual para a adoção de ações de bloqueio, em DCNT o objetivo é focado nos fatores de risco porque é sobre eles que se vai atuar (Silva-Junior, Gomes, Cezário, Moura, 2003). Por isso, a vigilância de DCNT pode ser considerada como a terceira geração de uma prática que passou da vigilância de pessoas doentes para as doenças, e agora se volta também para os fatores de risco, ampliando sua capacidade de predição e de intervenção.

Desde a década dos 90, consolida-se a utilização de denominações que buscam sintetizar essa maior amplitude do objeto da vigilância. O CDC e a OMS, em primeiro lugar, passam a utilizar o conceito de vigilância em saúde pública [public health surveillance], definido como:

“public health surveillance is the ongoing, systematic collection, analysis, interpretation, and dissemination of data regarding a health-related event for use in public health action to reduce morbidity and mortality and improve health” (CDC, 2001).



A OMS, por sua vez, conceitua atualmente a vigilância para doenças transmissíveis como parte da vigilância em saúde pública:

“surveillance is the process of systematic collection, collation and analysis of data with prompt dissemination to those who need to know, for relevant action to be taken. A well functioning disease surveillance system provides information for planning, implementation, monitoring and evaluation of public health intervention programmes. Surveillance for communicable disease is a part of public health surveillance, which in turn is a part of the wider health information system” (WHO, 2001).

Vigilância em saúde (ou vigilância em saúde pública) tem se consolidado, mais recentemente, em Ministérios da Saúde, e na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2007), para designar a configuração atual desse campo de práticas de saúde pública, com os desenvolvimentos produzidos para responder aos desafios colocados pelo complexo perfil epidemiológico da atualidade.

Esse perfil é caracterizado, por um lado, pelo surgimento e/ou persistência de doenças, exigindo uma renovação e fortalecimento da vigilância de doenças transmissíveis para fazer face às doenças emergentes, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) ou a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG); às doenças que reaparecem, mas com características completamente diferentes do passado, como a dengue; e a denominada agenda inconclusa, representada por endemias, como a tuberculose e a hanseníase, onde a resposta oferecida pelo sistema de saúde tem sido muito aquém da capacidade instalada e dos êxitos obtidos em outros programas (Silva-Junior, 2004).

Ao mesmo tempo, outras dimensões importantes se consolidam, como a vigilância das DCNT e violências e os seus principais fatores de risco; a crescente importância dos fatores de risco relacionados com o ambiente; e a necessidade de avaliação e acompanhamento da situação de saúde, particularmente daquelas características que podem ser objeto de intervenção (Silva-Junior, 2004).

SISTEMAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Como já referido, a vigilância em saúde é um processo contínuo e sistemático de coleta, análise, interpretação e disseminação de informações de eventos relacionados à saúde para uso na ação em saúde pública a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade e promover melhoria da saúde (CDC, 2001).

Os dados coletados podem ser usados para estimar a magnitude de um problema de saúde, conhecer a história natural de uma doença ou fator de proteção ou de risco, descrever a distribuição e tendência dos mesmos, identificar epidemias, apoiar a avaliação das medidas de controle e prevenção, monitorar as desigualdades em saúde e levantar hipóteses sobre as iniquidades existentes, detectar mudanças nas práticas de saúde e prover um plano de ação em saúde pública. Enfim, a vigilância em saúde, oferece uma fonte efetiva e oportuna de evidências para guiar o desenvolvimento e implementação de políticas e programas de promoção da saúde e de prevenção de doenças alvo, assim como medir seu impacto. (Bonita, Winkelmann, Douglas, Courten, 2003)

A questão da evidência e a promoção da saúde. Em tese, a promoção da saúde baseia-se em evidências científicas para identificar os determinantes em saúde e suas relevâncias, es-



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

colher atividades e intervenções que possam promover a saúde e avaliá-las.

Existem evidências científicas suficientes sobre o impacto de determinantes biomédicos, de modo de vida e de ordem estrutural sobre a saúde de indivíduos e populações. O documento da Organização Mundial da Saúde, “Social Determinants of Health: The Solid Facts” (Wilkinson & Marmot, 2003; Marmot, 2005) mostra que os seguintes determinantes têm impacto significativo na saúde: gradiente social, estresse, fatores no início da vida, exclusão social, trabalho, desemprego, suporte social, alimento, adição (substâncias psicoativas como álcool, tabaco e drogas) e transporte.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um conjunto de recomendações aos países, denominado Estratégia Global para prevenção e controle das DCNT (EG/OMS) e visa à abordagem dos principais fatores de risco modificáveis, em especial a alimentação e a atividade física. Atendendo a uma demanda do Ministério da Saúde do Brasil (Portaria no. 596/GM, de 8 de abril de 2004), um grupo de pesquisadores revisou as evidências científicas que apoiavam essas recomendações, identificando que a proposta de promoção da alimentação saudável e atividade física contida na EG/OMS serve como um importante marco teórico e prático para as ações de promoção da saúde e prevenção das DCNT, deflagrando oportunidades de ação com potencial de efetividade (Barreto *et al*, 2005).

Entretanto, a questão da evidência em promoção da saúde é complexa e requer o exame crítico do que significa promover saúde, o foco das atividades de promoção e as questões ideológicas e de princípio relacionadas à mesma. Alguns argumentam que os promotores de saúde devem ser explícitos sobre os valores e princípios por trás de suas atividades e considerar como estes fatores interagem para

produzir evidência. (Raphael, 2000).

Há diferentes maneiras de sintetizar as visões sobre saúde existentes na atualidade. De uma maneira mais prática e simplista, a saúde é definida como ausência de doença ou morte. Isto direcionou o foco da intervenção em saúde para as causas do adoecimento e para os tratamentos precoces e medidas específicas de prevenção. Desta forma, populações com menores taxas de morbidade e mortalidade seriam mais saudáveis que aquelas com maiores taxas e os indicadores necessários para mensurar os impactos da promoção da saúde seriam quantitativos e baseados em taxas de internação, mortalidade e incapacidade.

McDowell, Spasoff, Kristjansson (2004) distinguem três modelos conceituais dominantes em saúde: o modelo biomecânico, o modelo holístico e o modelo dinâmico (McDowell, Spasoff & Kristjansson, 2004). O modelo biomecânico ou reducionista se aproxima da visão pragmática de saúde como ausência de doença, ou seja, o foco é no presente, no resultado, e por isto não instrumenta ações de promoção da saúde.

O modelo holístico se fortalece principalmente com o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, com o desaparecimento das causas necessárias ou suficientes e a teoria de teia causal complexa e multifatorial. Fatores do modo de vida e psicossociais passam a assumir um papel central como indicadores de saúde, dando lugar a uma visão mais “positiva” e antecipatória da saúde, já que tais fatores vão se refletir na saúde dos indivíduos e populações no longo prazo. Tais indicadores permitem uma diferenciação mais afinada da população e introduz novas dimensões sobre a desigualdade em saúde.

Apesar do avanço, tanto a visão biomecânica quanto a visão holística tendem a definir a

saúde como um “estado”, ou seja, uma variável categórica em última análise, e não como um processo, ou seja, um meio. Neste sentido, o modelo dinâmico avança, considerando que a saúde é um recurso para a vida, não um objetivo de vida. A saúde neste sentido é tanto “input” quanto “output”, e para isto é fundamental entender por que a doença ocorre e muda ao longo do tempo.

Sendo a saúde uma expressão de recursos pessoais e sociais, incluindo as capacidades físicas, a promoção da saúde será definida como um processo que possibilita às pessoas ter maior controle e melhorar sua saúde. Desta forma, a promoção seria centrada nos determinantes maiores de saúde, ou seja, nos ambientes físico, político, social e econômico, a níveis macro e micro que, em última instân-

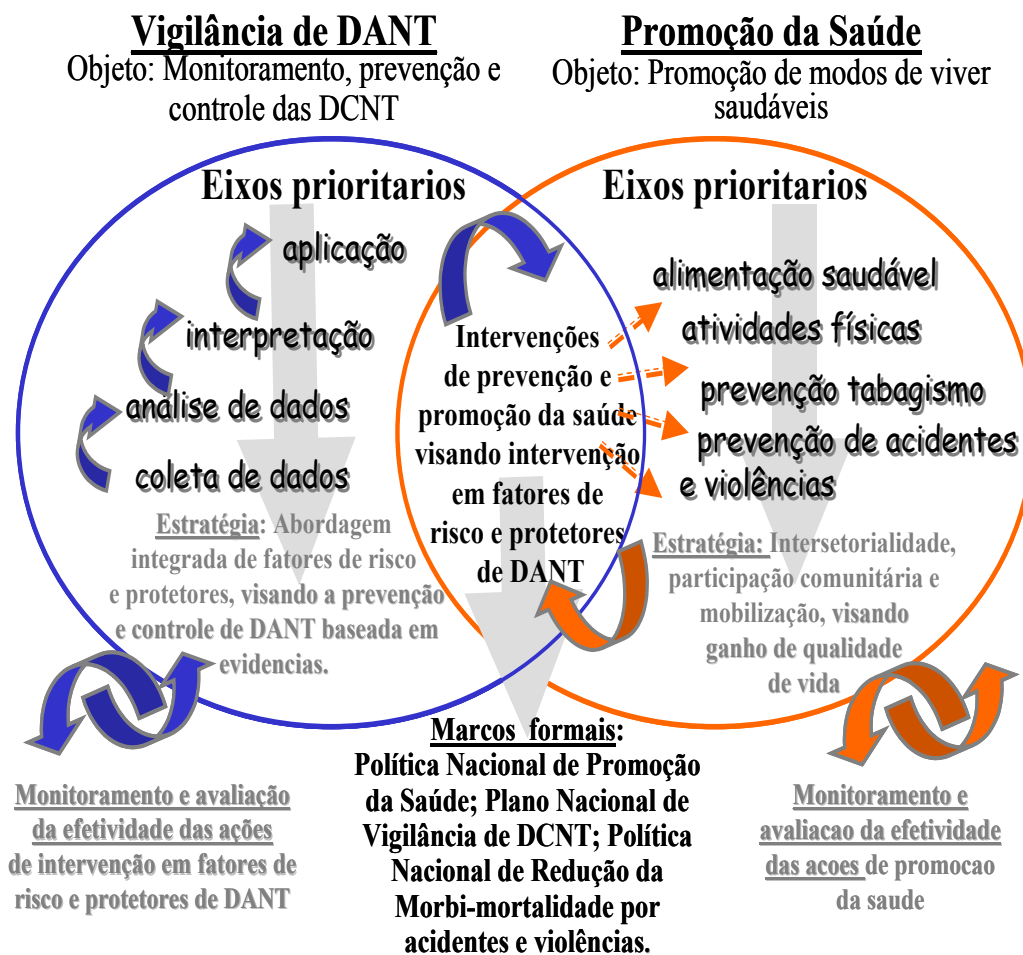


Figura 1. Articulação entre as áreas de vigilância dos agravos (acidentes e violências) e doenças não-transmissíveis (DANT) com a área da promoção da saúde, operacionalizada pelo Ministério da Saúde do Brasil, 2005.

cia, causam a própria exposição aos agentes agressores ou protetores da saúde identificados nos estudos epidemiológicos de causa efeito.

A visão de saúde impacta a escolha dos indicadores que vão permitir um maior e melhor conhecimento das populações e subsidiar propostas de intervenção efetivas e de longo prazo. McDowell et al propõem que os indicadores ou mensurações em saúde contemplem a seqüência etiológica dos fatores determinantes subjacentes de saúde até os desfechos finais no indivíduo, incluindo intervenções correspondentes a cada nível – populacional, os fatores de risco e eventos de saúde (McDowell, *et al* 2004). Os níveis de intervenção iriam desde as políticas gerais e de cuidados em saúde, ao ambiente físico e social até os fatores comportamentais e biológicos.

Há uma concordância que a ênfase excessiva nos fatores de risco comportamentais pode levar à mentalidade de culpar a vítima. Fumar, por exemplo, não é meramente uma escolha pessoal, mas resultado do meio sócio-econômico e cultural onde o indivíduo vive. Por esta razão uma ênfase crescente tem sido dada ao ambiente físico e social. E, para enfrentar estes determinantes ambientais distais do comportamento de indivíduos e grupos sociais é necessário ações de alcance globais como legislação, educação política global e em saúde, mudanças de natureza econômica, etc. (Glouberman e Millar, 2003.)

A vigilância de fatores de risco e a promoção da saúde

A relação entre vigilância e promoção é estreita, mas não abrangente o suficiente para cobrir todos os componentes e objetivos da promoção da saúde, no sentido mais amplo. A vigilância trabalha com indicadores objetivos de adoecimento e exposição a fatores de risco e proteção ao nível de indivíduos e gru-

pos populacionais. Através destes indicadores é possível identificar desigualdades, seja na distribuição dos mesmos, ou no acesso aos recursos e bens em saúde, e formular hipóteses explicativas para tais achados. A promoção vai além destes indicadores, incluindo aspectos subjetivos de satisfação e qualidade, dificilmente completamente abordados e avaliados pela vigilância em saúde. Por exemplo, não é possível responder ou identificar através da vigilância porque certos grupos e indivíduos reagem de forma distinta a programas de promoção da saúde. Além disso, a vigilância em saúde dá respostas apenas indiretas e limitadas ao levantamento de hipóteses sobre os determinantes distais da saúde, ou seja, as desigualdades sociais e as iniquidades na distribuição das riquezas existentes.

Entretanto, não há dúvida que sejam necessários marcadores objetivos de prevalências e tendências para avaliar o impacto de ações de promoção da saúde no longo prazo, mesmo que as estratégias usadas para promoção variem muito e sejam fortemente influenciadas pelo contexto. Ou seja, os objetivos maiores da promoção necessitam se expressar também no nível dos indicadores objetivos da vigilância, de mudanças comportamentais e de acesso à saúde. Na Figura 1, apresenta-se o resultado de um exercício realizado no âmbito do Ministério da Saúde do Brasil, para a articulação e diálogo entre as áreas de vigilância de acidentes e violências e doenças não transmissíveis (DANT) com a área da promoção da saúde, identificando suas superposições e respeitando suas especificidades e marcos conceituais.

Portanto, podemos considerar que a escolha de indicadores e a análise dos dados obtidos pela vigilância contribuem, mesmo não sendo suficiente, para orientar a prática e avaliar os impactos de ações de promoção da saúde.



Para que isto ocorra na prática, é necessário, entretanto, avaliar e adequar o próprio sistema de vigilância para garantir que os problemas monitorados sejam realmente relevantes e oportunos para a saúde pública e que os níveis de desagregações e informações sobre as populações sejam abrangentes o suficiente para permitir a formulação de intervenções, o apoio aos processos de avaliação dessas intervenções e o levantamento de hipóteses acerca de determinantes distais da saúde a serem abordados mediante metodologias complementares.

Etches et al sugerem que os indicadores de saúde ideais deveriam ser construídos por consenso, basear-se em um marco conceitual, serem válidos, sensíveis, específicos, viáveis, confiáveis, sustentáveis, compreensíveis, contemporâneos, comparáveis e flexíveis para uso em diferentes níveis organizacionais (Etches, Frank, Di Ruggiero, Doug. 2006). Além disso, acrescentam, deveria incluir aspectos de incidência, prevalência, medidas de tendência central e distribuição e permitir a estratificação para sub-populações. Estes critérios podem orientar a crítica de um sistema de vigilância, tendo como mérito a explicitação do marco conceitual e a necessidade do consenso. O CDC sugere avaliar um sistema de vigilância usando os seguintes quesitos: importância do evento monitorado e utilidade, atributos e recursos operativos do sistema de vigilância. Entre os atributos inclui a sensibilidade (proporção de casos da doença ou de expostos verdadeiros detectados pelo sistema) e pelo valor preditivo (proporção de pessoas detectadas pelo sistema como caso ou expostos entre o total de pessoas verdadeiramente com essa condição – verdadeiros positivos) (CDC, 2001). Esta proposta dirigida principalmente para a vigilância de doenças infecciosas, não se adequa à avaliação de sistemas de monitoramento dos determinantes ou condicionantes sociais

em saúde nem das iniquidades em saúde. A ênfase está nos atributos e recursos operativos do sistema. Em países onde os sistemas de vigilância baseiam-se apenas na mortalidade, notificação de casos e qualidade dos registros obtidos existentes, considerando inclusive que a cobertura costuma ser insuficiente.

Neste caso, o alcance e influência do sistema de vigilância também poderiam ser analisados através de outros marcos. O CDC avalia, por exemplo, que o sistema de vigilância de Fatores de Risco Comportamentais em Saúde é um instrumento poderoso para a orientação e avaliação de práticas de promoção da saúde. Aproximadamente dois terços dos estados americanos usam dados deste sistema de vigilância para apoiar legislações relacionadas à saúde. Exemplos incluem o banimento do fumo em locais públicos, a inclusão obrigatória a mamografia em todos os seguros de saúde e o aumento da taxação do álcool destilado nos estados onde o percentual de bebedores ocasionais de risco estava aumentando (Mokdad AH, Stroup DF, Giles WH.2003). Concluindo, a vigilância, por si só e em geral, não é a única fonte de dados e informações capaz de desencadear uma ação de promoção da saúde, nem de avaliar o impacto dessa ação quando implantada. Mas, as mensagens promovidas pela análise de dados de vigilância são fundamentais para qualificar a prática da promoção da saúde e das ações em saúde pública em geral. Da mesma forma, as ações em saúde pública devem influenciar de forma contínua a performance da vigilância em saúde, guiando tanto a interpretação de seus dados e informações quanto à modificação no escopo e conteúdo da vigilância (McNabb, *et al*, 2002).



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Elementos de estructuración de um sistema de vigilância em saúde

Cada vez mais, reconhece-se a necessidade de apoiar e redirecionar decisões de saúde pública em sistemas de vigilância. A vigilância em saúde deve contribuir, portanto, para alcançar os objetivos gerais de saúde, ou seja, melhorar a qualidade de saúde e reduzir as desigualdades sociais em saúde. As decisões tomadas nas etapas de formulação e implementação de processos de vigilância em saúde, certa forma, o próprio conceito de saúde e as prioridades políticas existentes. Os resultados e interpretações das análises dos dados e informações coletados e a produção de conhecimento/evi-

dências são, por vezes, considerados ponto final do processo de vigilância stricto sensu. Entretanto, para que essas evidências cumpram seu papel e interfiram na tomada de decisão, elas precisam ser traduzidas em mensagens que tenham capacidade de influenciar a ação em saúde pública, e deflagrem advocacia e empoderamento para nortear o processo decisório.

Dessa forma, a ação em saúde pública, incluindo a definição de prioridades, a formulação e a implementação de respostas e sua retro-alimentação mediante processos avaliativos, deve ser vista não como processo à parte, mas amplamente integrado a vigilância

Etapas do processo de construção de um sistema atuante de vigilância em saúde pública

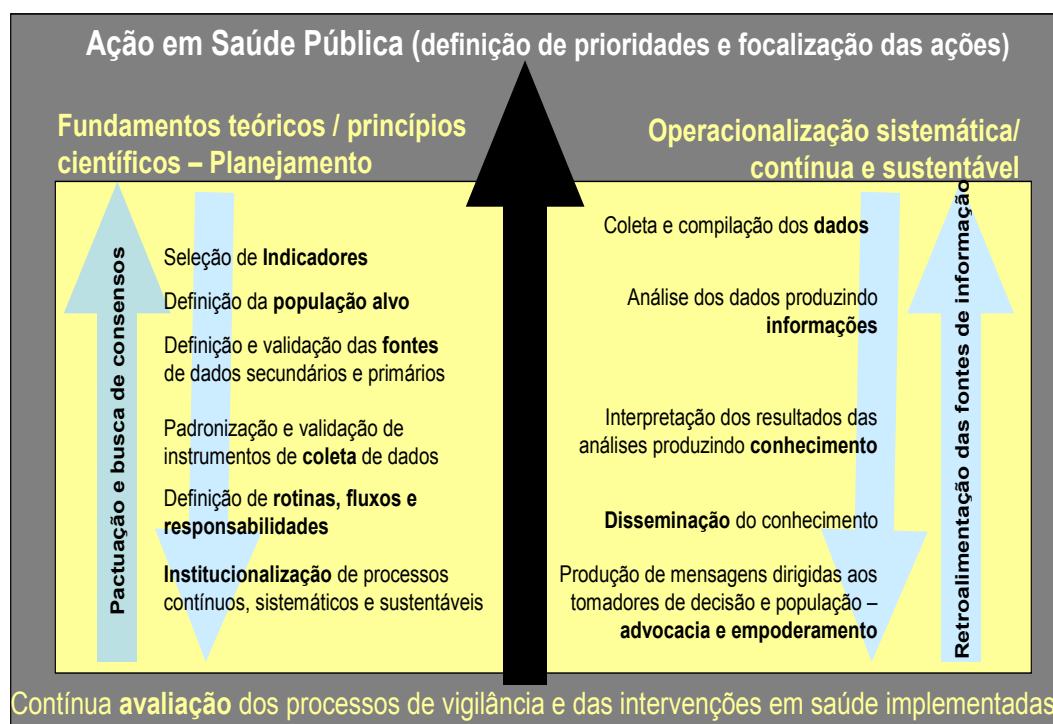


Figura 2. Etapas do processo de construção de um sistema atuante na vigilância em saúde pública.



stricto sensu. Assim, pode ser considerado que, de fato, é a ação norteada pelo conhecimento produzido pelos processos de vigilância que constituem no fechamento do círculo do escopo da vigilância em saúde (Figuras 2 e 3). Outro aspecto que deve ser ressaltado, é que a produção de informações e conhecimento emanados dos processos de vigilância é extremamente útil para retro-alimentar as fontes notificadoras e outras fontes de informação do sistema de vigilância em saúde, aprimorando continuamente a acurácia (precisão e validade) das mesmas. A vigilância em saúde atuante torna a informação útil de forma explícita e sua utilidade a aprimora. As etapas de um sistema de vigilância em saúde podem ser agrupadas em duas grandes fases: a fase do planejamento e a etapa da operacionalização sistemática e contínua e sustentável (Figura 2).

Planejamento

A concepção de uma prática de vigilância em saúde que apóie as ações de saúde pública e de promoção da saúde está sustentada em reflexões teóricas e em princípios científicos, explicitados ou não, sobre os conceitos operacionalizados de saúde, promoção e cuidado. Com base nessas reflexões, processos de planejamento e operacionalização dessa 'teoria' são estabelecidos, incluindo – mas não se limitando a –:

- Definição e seleção dos indicadores de saúde, doença e atenção, que interessam a tomada de decisão em saúde pública: Esses indicadores devem permitir não apenas o monitoramento da incidência e distribuição de causas de morbi-mortalidade, mas também o monitoramento das prevalências e distribuição de comportamentos chaves que influenciam o estado de saúde dos indivíduos (ex. tabagismo, alimentação

não saudável, sedentarismo). Análise de contexto institucional, político e social, incluindo dados sobre a distribuição e os determinantes e condicionantes da saúde, análise das desigualdades sociais e das desigualdades em saúde são, também, essenciais. Alguns autores tem denominado esse campo de 'o estudo das causas das causas', e destacam a necessidade de se reconhecer que as condições sociais influenciam de forma poderosa não apenas a ocorrência das doenças, mas também as respostas às intervenções em saúde coletiva e em promoção da saúde (Marmot, 2005). Apesar da construção de indicadores que permitam operacionalizar "social constructors" ser relativamente mais complexa, o enfrentamento desse desafio é necessário.

- Definição da população alvo, amostra e população amostrada: Limitações e vantagens de se monitorar a população total, grupos estratégicos para intervenção ou grupos de alto risco devem ser analisadas. A população alvo ideal nem sempre é aquela possível de ser abordada, ainda que por amostragens, especialmente por limitações de recursos e tempo. Nesse caso, a abordagem de populações estratégicas para a intervenção (por exemplo os escolares) ou populações de mais alto risco deve ser considerada. Uma vez definida a população alvo dos processos de vigilância, a definição de estratégias amostrais (quando for o caso) requer cuidados adicionais. Importante observar a necessidade de se ter clareza de qual é a população que a amostra, usada nos processos de vigilância, de fato representa (população amostrada), e qual o tamanho ideal dessa amostra para



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

responder as questões relevantes no campo da saúde pública e promoção da saúde. A interpretação de qualquer análise de dados oriundos de um determinado processo de vigilância deve estar intimamente ligada à definição da população alvo e da população amostrada. Para os processos de vigilância que se pretendem universais, ainda assim, debates referentes a possíveis vieses de seleção emanados desses processos são absolutamente pertinentes.

- Definição e validação de fontes de dados secundários e primários: Vários países possuem implantados e consolidados vários sistemas de informação em saúde, censos demográficos sistemáticos e de boa qualidade, dados de pesquisas sociais e outras fontes de

dados secundários. Essas fontes de dados secundários já disponíveis devem ser aproveitadas em sua potencialidade máxima para fins de vigilância em saúde aumentando a eficiência do processo. O uso de dados coletados para outra finalidade (dados secundários) se, por um lado, facilita na sua obtenção, por outro torna mais complexa a abordagem da validade das análises produzidas a partir dos mesmos. Análise de consistência, cobertura e qualidade dos dados coletados dos sistemas de vigilância, deve acontecer de forma rotineira e institucionalizada, a fim de permitir conclusões acuradas e retroalimentação das fontes. A coleta de dados primários deve ser realizada apenas quando existir consenso de que esse método é ne-

Modelo da tomada de decisão em saúde pública baseada em evidências: ciclo da produção de conhecimento e respostas e outras fontes de influência.



Figura 3. Modelo de tomada de decisões públicas de saúde baseada em evidências: o ciclo de produção de conhecimento e as respostas e outras fontes de influência.



cessário, uma vez que envolve gastos adicionais das instituições envolvidas, questões éticas e demanda de tempo da população e dos profissionais envolvidos. No entanto, é por vezes necessária, para complementar as fontes secundárias de dados.

- Padronização e validação de instrumentos e métodos de coleta de dados e produção de análises e informações: Um dos aspectos fundamentais dos processos de vigilância em saúde é a necessidade de comparabilidade entre localidades em um único ponto no tempo e entre diferentes períodos de tempo em uma dada localidade ou localidades. Para tanto, a padronização de instrumentos válidos para coleta de dados, é de fundamental relevância. No entanto, certa flexibilidade que permita acomodar as questões de interesse local e as questões que emergem ao longo dos anos, é também fortemente desejável, em um sistema de vigilância em saúde.

- Finalmente, o compartilhamento de responsabilidades operacionais e financeiras entre as diferentes esferas de gestão do sistema de vigilância em saúde e a institucionalização dos processos de operacionalização da vigilância concorrem para a busca da sustentabilidade política e financeira necessárias para a continuidade dessa prática. Aspecto importante sobre essa temática é a pactuação de objetivos e metas comuns e a co-responsabilização dos setores envolvidos com o investimento de recursos.

Operacionalização contínua, padronizada e sustentável

As etapas de operacionalização da vigilância em saúde incluem (mas não limitam-se a):

- Coleta, compilação, análise e interpretação de dados estratégicos de forma contínua: O conceito de “continuidade” nesse contexto deve ser relativizado. Apesar de tempo ser uma variável contínua, a mensuração de qualquer evento no tempo sempre será feita de maneira categórica, com a existência de intervalos de tempo entre uma medida e outra (Campostrini, 2003). Podemos afirmar que a operacionalização da vigilância em saúde deve acontecer de maneira sistemática, porém sem períodos longos de interrupção, o suficiente para se criar um entendimento contínuo dos processos e permitir as análises necessárias em tempo relevante para a tomada de decisão.

- Disseminação do conhecimento produzido, mediante mensagens adequadamente dirigidas aos tomadores de decisão e a população com vistas a potencializar o uso desse conhecimento na prática da saúde coletiva e da promoção da saúde.

- Uso do conhecimento produzido permitindo melhor definição de prioridades para intervenção e maior focalização das ações: Atenção deve ser dada a todas as etapas do processo de vigilância, incluindo em especial o uso de seus produtos na ação em promoção da saúde.

- Avaliação dos processos de vigilância e das intervenções em promoção da saúde implementadas: Assim como as atividades de coleta e análise de dados devem ser realizadas de forma a criar um entendimento contínuo dos processos em tempo relevante para a tomada de decisão, da mesma forma também deve ser a avaliação do sistema de vigi-



lância e a avaliação das intervenções implementadas. É na verdade, uma via de duas mãos: a vigilância interferindo na ação e a ação nortear os processos de vigilância. Visto dessa forma, a vigilância é um sistema sempre em construção que permite o contínuo aperfeiçoamento e focalização de seu objeto e procedimentos.

Características desejáveis de um sistema de vigilância em saúde como instrumento da promoção da saúde.

Aliado as outras fontes produtoras de evidências (pesquisas, processos de monitoramento e avaliação), um sistema de vigilância em saúde - que pode ser formado por um ou vários tipos de vigilância - deve, necessariamente, ter como característica básica a variável "tempo", a definição clara do objeto - ou objetos - sob vigilância (adoecimento e morte, fatores de risco, determinantes sociais da saúde) e a atenção dada às etapas de coleta, análise, interpretação e uso dos dados por ele produzidos (Campostrini, 2003). Na figura 3 são apresentadas essas etapas, compondo uma espiral contínua de processos que se retro-alimentam ao longo do tempo.

Para além dessas características básicas e que definem um sistema de vigilância, outras são desejáveis.

- **Eficiência:** Um sistema de vigilância deve ter aceitável custo-efetividade - adequado e sustentável custo por unidade de informação útil produzida para a tomada de decisão. Para tanto o uso de dados disponíveis e a intersetorialidade e a integração de bases de dados são requisitos importantes para otimizar análises e a produção de conhecimento a um custo tolerável pelo sistema de saúde.

- **Oportunidade da informação estratégica para a ação:** Um dos fatores que distancia, em parte, a produção acadêmica daquela rotineiramente produzida no âmbito dos serviços de saúde pelos sistemas de vigilância é a oportunidade: conhecimento disponível em tempo para a tomada de decisão. O conhecimento adequado produzido tardiamente, pode auxiliar em processos futuros, mas perde oportunidades presentes de interferir na tomada de decisão, e pode falhar em utilizar as janelas de oportunidade que surgem no ambiente político-institucional.

- **Maximização da influência das informações na tomada de decisão:** Vigilância é baseada em uma agenda de saúde pública, em oposição a uma agenda de pesquisa, para ajudar a assegurar que o dado coletado e o conhecimento produzido seja oportuno e diretamente responsivo às necessidades de saúde de uma população (Bonita, Winkelmann, Douglas, Courten, 2003). Responder oportunamente às perguntas relevantes dos gestores do setor saúde é um primeiro passo, e talvez o mais importante, para legitimar a vigilância em saúde como fonte de influência para a tomada de decisão em saúde pública e promoção da saúde.

- **Definição clara do marco conceitual no processo de implementação do sistema de vigilância:** Um sistema de vigilância para apoiar os processos de promoção da saúde deve ter seu marco conceitual e seus princípios científicos explícitos, e estabelecidos a priori, no que diz respeito aos conceitos de saúde, promoção e cuidado e na operacionalização desses conceitos - tornando-os



possíveis de serem objeto de processos de vigilância. Com base nesses pressupostos é possível operacionalizar de forma coerente o sistema, identificar instrumentos e traçar objetivos e metas a curto, médio e longo prazos, assim como avaliar sua performance.

- Padronização e flexibilidade de procedimentos e objetivos: Aqui o desafio é permitir comparabilidade enquanto se respeita especificidades e contextos locais. É desejável que os procedimentos de coleta, análise e disseminação de informações dos sistemas de vigilância em saúde sejam padronizados, com vistas a permitir a comparabilidade dentro e entre as comunidades e por longos períodos de tempo. Ainda assim, deseja-se certa flexibilidade na incorporação de procedimentos relevantes, de temas localidades-específicos, de adaptação aos diferentes novos contextos, e de aprimoramentos diversos no decorrer do processo. O próprio sistema de vigilância deve ser retro-alimentado com seus resultados e com os resultados das práticas em saúde coletiva e em promoção da saúde vigentes, e ter espaços para aperfeiçoamentos e capacidade para respostas de questões relevantes nas diferentes esferas de gestão do sistema de saúde.

- Intersetorialidade: Pactos, cooperação intra e intersetorial com a academia, usuários, ONG, outros setores governamentais de forma organizada e coordenada, trazem ganhos na qualidade e cobertura dos sistemas de vigilância e contribuição para maior custo-efetividade do mesmo. Essas oportunidades devem ser avaliadas a luz dos objetivos do sistema de vigilância em saúde pro-

postos. Além disso, aliado a esse tema, o papel da sociedade como produtora e consumidora da informação em promoção da saúde deve ser considerado e utilizado a favor do aprimoramento da efetividade dos sistemas de vigilância em saúde.

Origem e classificações dos dados na perspectiva da vigilância e da promoção da saúde:

Como já discutido, a prática da vigilância como instrumento útil para a promoção da saúde envolve a necessidade de novos referenciais e desafios. A promoção da saúde é uma área em evolução, que ainda padece com a existência de apenas escassas evidências de sua efetividade e eficiência. Diversos autores têm discutido a necessidade de aprimorar esses processos avaliativos para conhecer os resultados e impacto das ações de promoção da saúde (McQueen, 2000). Avançar na perspectiva da vigilância, monitoramento e avaliação da efetividade da promoção da saúde implica necessariamente no aprimoramento da qualidade dos sistemas de informação existentes, no fomento para criação de novas fontes de dados e no aperfeiçoamento de metodologias de vigilância e avaliação adequadas para esse objetivo. A seguir, serão abordadas vantagens e desvantagens de algumas fontes de dados que podem servir para apoiar os processos de vigilância e avaliação da promoção da saúde.

Segundo Moraes (1994) o dado se define como “um valor quantitativo ainda não trabalhado”, tendendo a ser unidimensional (Moraes, 1994). Pode ser, por exemplo, a simples enumeração de eventos – ex. eventos notificados aos sistemas de vigilância em saúde - ou de suas características quantitativas, ou a representação numérica, que precisa ser consolidado e analisado. São, em geral, apresentados de forma descritiva sem uma finalidade explícita,



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

em formato tabular, com frequências brutas e/ou relativas. Torna-se necessário criar condições para que os dados tenham utilidade em processos de decisão.

Já a informação seria a descrição de uma situação real associada a um referencial explicativo sistemático. Segundo Carvalho (1997) o conceito de informação consiste em “uma representação simbólica de fatos ou idéias potencialmente capaz de alterar o estado de conhecimento de alguém, o usuário ou destinatário da informação” (Carvalho, 1997). A qualidade e disponibilidade da informação são fatores essenciais para a produção de conhecimento e a decisão para a ação. Por exemplo, o conhecimento (a interpretação de informações) sobre a situação de saúde de uma população permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação das condições de saúde dessa população.

Importante destacar que a informação constitui-se como um recurso que representa sempre poder. Nas instituições que trabalham com a área da saúde, as informações sobre eventos relacionados à saúde são úteis, por exemplo, na adequação do atendimento individual, no controle social, na gestão de programas e políticas e no empoderamento dos demais atores sociais envolvidos no processo decisório. Para tanto, é necessário qualificar a informação, interpretando seus significados e produzindo conhecimento adequado, levando em conta as características necessárias para seu uso.

Os sistemas de vigilância em saúde podem se sustentar em um ou mais tipos de fontes de dados. A seguir serão discutidas algumas fontes de dados para a vigilância em saúde segundo a origem de seus dados, a saber: dados secundários e primários.

Dados secundários:

A vigilância em saúde deve se valer dos dados secundários existentes com o objetivo de ampliar sua eficiência. Dados secundários podem ser definidos como os dados obtidos por meio dos sistemas de informação em saúde, por meio de processos censitários e de outras estatísticas vitais, ou por meio de pesquisas sistemáticas que não foram destinadas primariamente ao fim para o qual elas estão sendo usadas. Assim, considera-se que o dado é secundário se no momento de sua coleta não havia sido explicitada a finalidade analítica para a qual ele está sendo usado.

Alguns autores agrupam as estatísticas de saúde de registro contínuo em quatro grandes áreas (Viacava, 2002; Viacava, Dachs, Travassos, 2006): a) os dados censitários; b) os dados dos serviços de saúde referentes à produção de serviços ambulatoriais e hospitalares; c) as estatísticas na área de vigilância epidemiológica e monitoramento da situação de saúde, incluindo as notificações de doenças compulsórias, dados de mortalidade e de nascidos vivos; d) e as estatísticas relacionadas aos recursos públicos e orçamento do sistema de saúde. Todas essas são fontes de dados secundários úteis para a organização de um sistema de vigilância em saúde, que integre diferentes peças de um cenário (ainda que persistentemente incompleto), que interessa aos objetivos da promoção da saúde, e que obviamente vai além da vigilância epidemiológica stricto sensu. Uma das principais fontes de dados secundários para os processos de vigilância em saúde são os sistemas de informação em saúde. Denomina-se “Sistema de Informação” o conjunto de componentes (estruturas administrativas e unidades de produção) que atuam integrada e articuladamente com o propósito de obter e selecionar dados e transformá-los em informação. Consiste em mecanismos de



coleta, registro, organização, processamento, consolidação, análise e transmissão de dados e informações (Moraes, 1994; Carvalho, 1997).

Nas Américas, o setor saúde dos países dispõe de vários sistemas de informação de abrangência nacional. No Brasil, por exemplo, destacam-se os sistemas de informação de produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, as informações referentes às doenças de notificação compulsória, e as informações sobre mortalidade e nascidos vivos, entre outros. Por outro lado, ainda que os sistemas de informação contínuos constituam-se em importantes fontes de informação para a vigilância em saúde, seus limites devem ser equacionados. Entre esses limites, destacam-se: a desigual distribuição da sub-notificação de eventos e da qualidade da informação coletada entre as sub-unidades geográficas comprometendo a comparabilidade das análises, o acúmulo de dados com baixo percentual de análise e utilização e os vieses de seleção originados das diferentes probabilidades de notificação segundo tipo de “entrada do usuário nos serviços de saúde” - sistema público ou não -, e grau de acesso ao atendimento, entre outros. Além dessas limitações, destaca-se, em especial, a grande carência de dados e informações sobre os determinantes sociais e econômicos da saúde, os fatores de risco comportamentais, as respostas e atitudes dos usuários, o acolhimento e resolutividade do cuidado ofertado, entre outras questões relevantes aos processos de apoio para a ação em promoção da saúde.

Segundo alguns autores, muitos países têm organizado discussões sobre o papel das estatísticas de saúde baseadas em seus sistemas de informação e as necessidades de reformulação de suas bases para procurar responder questões fundamentais sobre suas possibilidades em subsidiar a vigilância em saúde, o

monitoramento das condições da saúde e o desempenho do sistema de saúde (Viacava, 2002; Viacava, Dachs, Travassos, 2006). Considerando o potencial de informação gerada e sua utilidade para a formulação de políticas na área da saúde, necessário é investir na qualificação dos sistemas de informação em saúde existentes na região, quanto à estrutura gerencial e física além da necessidade de criação de capacidade analítica para a produção de conhecimento a partir dos dados coletados (Moraes, 1994, Mota e Carvalho, 2003).

Outras fontes de dados não contínuos e não universais são os sistemas sentinela de coleta de dados, que promovem a detecção de eventos sentinelas que servem de alerta para determinado problema. Estes sistemas estão mais presentes nos Estados Unidos e em países da Europa, mas têm se expandido para outros países principalmente devido a sua simplicidade na coleta de dados. Tem possibilitado o monitoramento de populações alvo e de eventos relevantes tais como doenças infecciosas (exemplo: poliomielites, febre amarela, AIDS), doenças crônicas, acidentes e violência, e doenças ocupacionais, entre outros. Existem diferentes metodologias para sua operacionalização. Exemplos de metodologias são o uso de profissionais de saúde que aleatoriamente são convidados a notificar eventos como o que ocorre na Bélgica e na França, e a definição de estabelecimentos de saúde sentinela onde esses eventos são notificadores regulares ou em períodos definidos de tempo (Rutstein, 1976, Pereira, 2000). No Brasil, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) implementado recentemente pelo Ministério da Saúde usa essa estratégia de estabelecimentos de saúde sentinela e já apresenta resultados promissores no sentido de orientar a focalização de ações em promoção da saúde.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Outras fontes de dados secundários são as pesquisas sistemáticas quando essas constituem em base de dados úteis para responder perguntas não inicialmente previstas. Por exemplo, o Brasil dispõe desde 1981 (1981, 1986, 1998 e 2003) das Pesquisas Nacionais por Amostragem de Domicílios (PNAD) realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As PNAD investigam diversas características socioeconômicas da população, incluindo educação, trabalho, rendimento, habitação, previdência, migração, fecundidade, saúde, nutrição, entre outros, podendo ainda incluir temas na pesquisa de acordo com as necessidades de informação para o país. (Viacava, Dachs, Travassos, 2006.) Essa pesquisa produz um número inestimável de valiosas análises que auxiliam na composição do panorama da situação social e da saúde no Brasil, com grande potencial para apoiar o processo decisório. A vigilância em saúde se vale das PNAD como fonte complementar de dados secundários.

Dados primários:

Os dados primários são aqueles obtidos diretamente com o intuito de responder a pergunta investigativa ou de vigilância em questão. Assim, consideramos que o dado é primário se no momento de construir seus instrumentos e de sua coleta foi explicitada a finalidade analítica para a qual ele está sendo usado. Devido principalmente aos custos e duração, a coleta de dados primários é feita quando fontes de dados secundários são absolutamente insuficientes para responder questões relevantes do processo de vigilância.

Talvez um dos meios mais utilizados de se realizar coleta de dados primários em uma população com a finalidade de vigilância é mediante inquéritos. Segundo alguns autores, os inquéritos de saúde são especialmente úteis nesse contexto pois possibilitam a coleta de

dados para construir indicadores associados à saúde e não apenas às doenças, assim como sobre os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde/doença (Viacava, 2002; Viacava, Dachs, Travassos, 2006). O termo inquérito (ou “survey”) pode incluir censos demográficos, pesquisa de opinião pública, pesquisa de mercado, estudos na área das ciências sociais e epidemiologia (Babbie E, 2003). Segundo Babbie (2003), os inquéritos podem apresentar objetivos diversos, desde a descrição da distribuição de traços e atributos em uma população, até a explicação dessa distribuição, geralmente envolvendo análises multivariadas para tanto (Babbie E, 2003).

No contexto específico da vigilância em saúde e da promoção da saúde, podemos acrescentar que os inquéritos têm a finalidade também de construir cenários de “linha-de-base” para a implantação de sistemas de vigilância em saúde (Bonita, Winkelmann, Douglas, Courten, 2003). Esses cenários de linha-de-base não têm apenas um papel descritivo ou, ainda que analítico, restrito a uma perspectiva transversal. Mas, mais que isso, essa estratégia também oportuniza a possibilidade de acompanhamento e comparações temporais de indicadores de interesse. A partir dos inquéritos é possível propor de forma mais clara o modelo de sistema de vigilância desejado – “from surveys to surveillance” -, uma vez que a linha-de-base permitirá definir prioridades, rever indicadores, refinar o compartilhamento de responsabilidades e recursos, padronizar instrumentos, enfim guiar a estruturação e manutenção do sistema de vigilância e orientar intervenções oportunas. Alguns autores destacam o fato de que o inquérito de linha de base deve ser entendido apenas como o primeiro passo para a estruturação de um sistema de vigilância, e como tal deve ser seguido de desenvolvimentos futuros (Bonita, Winkelmann, Douglas, Courten, 2003).



Podemos destacar algumas preocupações presentes no processo de construção de um sistema de vigilância em saúde a partir de um inquérito de linha-de-base: i) clara definição de objetivos a curto, médio e longo prazo; ii) esforço para a busca de um sistema de vigilância integrado – somando esforços de maneira inter-setorial e abordando temas convergentes simultaneamente sempre que possível - evitando fragmentações e gasto excessivo de tempo e outros recursos nas etapas de coleta de dados em detrimento aos investimentos nas etapas de análise e interpretação dos achados, iii) definição de intervalos custo-efetivo entre os episódios de coleta de dados, iv) definição do tipo, como e quando os dados de interesse serão coletados; v) institucionalização, pactuação e compartilhamento de responsabilidades entre os setores envolvidos, vi) planejamento e plano de trabalho, incluindo garantia de orçamento e sustentabilidade para as atividades implantadas – um processo longo requer compromissos bem estabelecidos e sustentáveis a longo prazo.

A realização e análise sistemática e padronizada de inquéritos subseqüentes, na perspectiva da vigilância em saúde, oportuniza o monitoramento de tendências e mudanças da distribuição de traços e atributos ao longo do tempo. Por sua vez, esse monitoramento de eventos alvos de intervenções da promoção da saúde, permite construir níveis de inferência de adequação e de plausibilidade úteis para a avaliação da efetividade dessas intervenções, assim como proposto por Habicht, Victora, Vaughan (2004).

Os custos de um sistema de vigilância baseado na coleta de dados primários por meio de inquéritos populacionais são normalmente altos, além de serem metodologicamente complexos, exigindo tempo para planejamento e execução, e capacidade técnica para análise e

interpretação dos achados. Outro complicador é a inexistência de estrutura e requisitos técnicos no âmbito dos Ministérios da Saúde para operacionalização e manutenção de inquéritos desse tipo de forma contínua e padronizada. Também a sustentabilidade financeira e de recursos humanos do processo como um todo podem ser um complicador.

No entanto, o valor agregado pela informação produzida pelos inquéritos sistemáticos como instrumento de construção de um sistema de vigilância em saúde, à efetividade das práticas, pode compensar o esforço de investimento demandado a médio e longo prazo. Assim, nas últimas décadas, a OMS e a OPAS tem incentivado o uso de inquéritos de fatores de risco e protetores para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos países, o que tem ampliado sua utilização (WHO 2005; OPAS, 2003; Brasil, 2004).

Nos países industrializados desde a década de 1960, os inquéritos populacionais contínuos são instrumentos utilizados para a formulação e avaliação das políticas públicas. Diversos são os exemplos internacionais de inquéritos de fatores de risco, morbidade, medidas bioquímicas, dentre outros.

Os Estados Unidos adotam a vigilância por meio de inquéritos desde 1956 como coleta contínua de dados, cujos resultados são publicados na “Vital Health Statistics”, incluindo dados oriundos de entrevista domiciliares, avaliação clínica e de prontuários. O National Health Interview Survey (NHIS) coleta informações auto-referidas sobre a ocorrência anual de doenças agudas e acidentes, existência de doenças crônicas e incapacidades e utilização de serviços de saúde. O National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) coleta dados por meio de exames físicos, medidas bioquímicas e fisiológicas, o que torna mais objetiva a caracterização do estado de



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

saúde, e evita os problemas relacionados com a morbidade referida (Viacava, 2002; Viacava, Dachs, Travassos, 2006). O Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) é estruturado sobre quatro componentes: domicílios, nursing homes, provedores de serviços (hospitais, médicos e empresas de atendimento domiciliar - "home care") e planos de saúde. O MEPS obtém informações sobre o tipo de seguro e a participação dos locais de trabalho no custo do seguro saúde, entre outras informações. Outros exemplos de inquéritos são o National Immunization Survey (NIH), o National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA) e o National Health Care Survey (NHCS).

Destaca-se neste caso, problemas existentes na articulação destes vários inquéritos, tais como a superposição e duplicação de dados e, conseqüentemente, ineficiência na produção de informações, a fragmentação da coleta de dados e a falta de padronização de terminologias e de definições das variáveis, que comprometem a possibilidade de comparação de dados de diferentes fontes e a comunicação entre as bases de dados nos Estados Unidos (Viacava, 2002; Viacava, Dachs, Travassos, 2006). Países como a Inglaterra, o Canadá e a Finlândia têm também usado essa forma rotineira

Na década de 90, a Regional européia da OMS desenvolveu o projeto Eurohis, voltado à formulação de instrumentos e métodos comuns para serem aplicados em inquéritos de saúde na Europa (Nossikov & Gudex, 2000). Na Inglaterra, além dos censos demográficos decenais que incluem informações sobre saúde, existem inquéritos contínuos, sendo exemplos destes o General Health Survey (GHS), que vai a campo desde 1971, e o Health Survey for England (HSE), implantado em 1993 (Viacava, 2002; Viacava, Dachs, Travassos, 2006).

No Canadá, o National Population Health Survey (NPHS), tem dados sobre condições de saúde, uso de serviços de saúde, condições de trabalho e hábitos de vida que influenciam as condições de saúde (Viacava, 2002; Viacava, Dachs, Travassos, 2006). Destaca-se ainda o World Health Survey (WHS), que vem sendo formulado e aplicado pela OMS em alguns países, numa tentativa de conseguir superar a falta de dados existentes principalmente nos países mais pobres (Viacava, 2002; Viacava, Dachs, Travassos, 2006). Nos países em desenvolvimento, geralmente os inquéritos populacionais em saúde têm um caráter mais epidemiológico.

Devido aos custos dos inquéritos voltados a população geral, os inquéritos focalizados em grupos de alto risco ou estratégicos para a intervenção em saúde pública e, em especial, em promoção da saúde, tem sido opções importantes. Existem grupos específicos que tem sido alvo de monitoramento mais freqüente, seja pela possibilidade de detecção precoce de agravos e oportunidade de estabelecer políticas de promoção da saúde e prevenção, como por exemplo entre jovens, ou, pela maior morbi-mortalidade entre idosos, ou grupos de risco, como diabéticos e hipertensos.

A população jovem é um grupo prioritário para promoção da saúde em diversas regiões do mundo. No caso de adolescente, esta fase da vida constitui-se em importante momento para adoção de novas práticas e comportamentos, ganho de autonomia, exposição a diversas situações e riscos presentes e futuros para a saúde. A exposição a fatores de risco comportamentais, como o tabagismo, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo têm, com freqüência, início na adolescência. Estes fatores estão associados ao desenvolvimento da maioria das doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, dia-



betes e câncer, que lideram as causas de óbito na vida adulta no país e no mundo (Barreto et al, 2004). Dessa forma, torna-se custo-efetivo a promoção da saúde e prevenção de doenças nessa fase do ciclo de vida, e a vigilância em saúde desses grupos seria altamente eficiente para orientar o processo decisório.

A Organização Mundial da Saúde tem incentivado políticas públicas de prevenção e promoção da saúde entre adolescentes e desenvolveu, em colaboração com o CDC, uma metodologia para esta finalidade, o Global school-based student health survey (GSHS). Esta estratégia investiga fatores de risco comportamentais e de proteção em adolescentes de 13 a 15 anos, foi implantada ou esta em processo para implantação em 22 países (WHO, 2005). Outras iniciativas também apresentam o foco nos adolescentes. O Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) é realizado nos Estados Unidos a cada dois anos desde 1990 pelo CDC e estuda escolares de 12 a 21 anos de idade. Monitora os principais fatores de risco relacionados às causas de morte, incapacidades e problemas sociais entre os jovens americanos: tabagismo, alimentação, consumo de álcool e outras drogas, atividade física, comportamento sexual de risco e comportamentos associados com acidentes e violências (CDC, 2005). O Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC) é um sistema de monitoramento iniciado na Finlândia, Noruega e Inglaterra em 1982, e atualmente é realizado em outros países da Europa em cooperação com a OMS. Estuda escolares de 11 a 15 anos de idade e também investiga comportamentos de risco relacionados com a saúde (Medina, 2004).

Por outro lado, além dos adolescentes, também a parcela crescente da população de idosos dos países desenvolvidos e em desenvolvimento constitui em importante foco dos

processos de vigilância e das ações de promoção da saúde. O envelhecimento da população - maior representatividade da proporção de idosos na população - vem ocorrendo de forma muito acentuada em países em desenvolvimento, como o Brasil, como consequência da queda da mortalidade precoce e do aumento da expectativa de vida e da acentuada redução da fecundidade. O grupo populacional de idosos vem sendo objeto de estudos e vigilância, ainda que em áreas restritas, em diferentes países, seja avaliando padrão de consumo de medicamentos, perfil de adoecimento, fatores de risco, entre outros (Helling et al, 1987; Lima-Costa, 2000; Woo, Ho, Yuen, Lau, 1995). Ampliação dessa abordagem deve ser induzida visando maior conhecimento dos modos de vida desses indivíduos que permitam orientar ações de promoção da saúde dos idosos.

Um sistema de vigilância custo-efetivo, em geral, combina vários tipos de práticas de coleta de dados, combinando dados primários e secundários de forma coerente com os princípios e objetivos propostos. No Brasil, o Ministério da Saúde, mediante revisão das diferentes fontes de dados existentes e necessárias, propôs a combinação de fontes de dados primários e secundários para compor um amplo cenário que permita informar a tomada de decisão no campo da vigilância das doenças crônicas não-transmissíveis, vigilância de acidentes e violências e promoção da saúde. Nessa experiência, foram incluídos dados de:

- Mortalidade: fontes secundárias - Sistema de informação sobre mortalidade.
- Morbidade: fontes secundárias - Registros hospitalares de câncer, Sistemas de informação hospitalar (SIH) do Sistema único de saúde (SUS), Sistemas de informação ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e Autorização para procedimentos de alta



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

complexidade do SUS (Apac).

- Fatores de proteção e de risco:

a) fontes primárias de base com amostragem probabilística (capitais do país) – Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco em capitais e pesquisa nacional de saúde do escolar (PENSE);

b) fontes primárias com amostra por conveniência – Pesquisa por telefone (Vigitel) e em serviços de saúde de emergência que compõem uma rede sentinela. Essa proposta de integração de diferentes fontes de dados na composição de um sistema integrado de vigilância está em fase de implementação e deve ser avaliada.

Classificação das fontes primárias e secundárias de dados em vigilância em saúde:

As fontes primárias e secundárias de dados da vigilância em saúde podem ser agrupadas segundo diferentes características. Entre essas características, destacam-se:

População alvo:

População geral

Todos os indivíduos de uma determinada população.

Grupos estratégicos

Grupos populacionais estratégicos para a intervenção e/ou para a coleta de dados. Exemplo: escolares, indivíduos institucionalizados.

Grupos de risco

Grupos populacionais expostos a maior risco de ocorrência do evento.

Periodicidade

Continua

Coleta de dados sem interrupções re-

levantes

da coleta de dados:

Periódica ou sistemática

Coleta de dados com interrupções pré-estabelecidas e constantes no tempo.

Intermitente

Coletas de dados com interrupções não estabelecidas previamente e irregulares ao longo do tempo.

Focalização dada à unidade de

Focalizada no indivíduo

Unidade de coleta de dados: Pacientes, pessoas, residentes.

coleta dos dados:

Focalizada no evento

Unidade de coleta de dados: Visitas, consultas, exames, procedimentos

Cobertura da

Universal

coleta de dados:

Amostragem probabilística

Amostragem por conveniência

Objeto da coleta de dados:

Demográficos, estatísticas vitais, fatores de risco, morbidade, serviços de saúde.

CONCLUSÃO

O objeto da promoção da saúde é amplo, incluindo desde processos de recuperação da saúde e prevenção de risco e agravos, até, principalmente, o enfrentamento de seus determinantes e investimentos nos serviços e



ações que incidam sobre o modo de vida das pessoas e das populações (Teixeira, 2002). Apesar da questão da evidência em promoção da saúde ser complexa, informar a tomada de decisão nesse campo é tarefa que oferece desafios que merecem ser enfrentados. A vigilância em saúde possui um arsenal de práticas e metodologias que auxiliam nesse processo. Para tanto, é importante que a vigilância nesse contexto reflita o próprio conceito de saúde e as prioridades políticas existentes. Por exemplo, deve haver um balanço entre a ênfase dada aos fatores de risco comportamentais e os determinantes da saúde que emergem do ambiente físico e social. Além disso, eficiência, oportunidade, capacidade de influenciar a ação, padronização e flexibilização de procedimentos e intersectorialidade são características desejáveis de um sistema de vigilância que visa influenciar a ação no campo da promoção da saúde. Entender que a vigilância em saúde não esgota ou reduz o campo da promoção da saúde é um primeiro passo para valorizar e aceitar sua contribuição como mais uma fonte relevante de produção de conhecimento para o processo decisório e para o aprimoramento da ação nesse campo da saúde pública.

REFERÊNCIAS

- Babbie, E (2003). Métodos de pesquisas de Survey. Editora UFMG.
- Barreto, SM, *et al.* (2004). Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. In Mimeo.
- Barreto, SM, *et al.* (2005). Análise da Estratégia Global da Alimentação, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Volume 14 - Nº 1.
- Black, N (1996). Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ*. 1996; 312:1215-1218.
- Bonita, R, Winkelmann, R, Douglas, KA, Courten, M (2003). The WHO stepwise approach to surveillance (STEPS) of non-communicable disease risk factors. In McQueen & Pekka Puska [ed.]. *Global Behavioral Risk Factor Surveillance*. Kluwer Academic, EUA.
- Brasil, Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Instituto Nacional do Câncer (2004). Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003, Rio de Janeiro.
- Brownson, RC, Gurney, JG, Land, GH (1999). Evidence-based decision making in public health. *J Public Health Manag Pract*. Sep;5(5):86-97.
- Campostrini, S (2003). Surveillance systems and data analysis: continuously collected behavioural data, British and American examples.. In McQueen & Pekka Puska [Ed.]. *Global Behavioral Risk Factor Surveillance*. Kluwer Academic, USA.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

- Carvalho, DM (1997). Sistemas de Informação em Saúde: revisão e discussão da situação atual. Informe Epidemiológico do SUS. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde (FNS), CENEPI. Brasília, ano IV, n. 4, out./dez.
- CDC-Centers For Disease Control and Prevention. (2001). Updated Guidelines for Evaluation Public Health Surveillance Systems. MMWR Supplements, 27 July. 2001 /50 (13): 1-35. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm> > Acesso em: 19 de abril de 2007.
- CDC-Centers For Disease Control and Prevention. (1996). Historical Perspectives: History of CDC, MMWR weekly, 28 jun.1996 / 45 (25); 526-30.
- CDC-Centers For Disease Control and Prevention. (2005). Youth Risk Behavior Surveillance System. Obtido em 12/01/2005. http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/about_yrbss.htm
- Etches, V, Frank, J, Di Ruggiero, E, Doug, M (2006). Measuring population health: a review of indicators. Ann Rev Public Health.; 27:29-55.
- Etheridge, EW (1976). Sentinel for Health: A History of the Centers for Disease Control. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 1992. 414p.
- Foege, WH, Hogan, RC, Newton, LH (1976). Surveillance projects for selected diseases. Int J Epidemiol, 5:29-37.
- Glouberman, S, Millar, J (2003). Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada. Am J Public Health. 93:388-392.
- Habicht, JP, Victora, CG, Vaughan, JP (2004). Evidence-based public health: Moving beyond randomized trials. American Journal of Public Health, Vol. 94, No.3. 400-405.
- Helling, DK, Lemke, JH, Semla, TP, Wallace, RB, Lipson, DP, Cornoni-Huntley, J (1987). Medication use characteristics in the elderly: the Iowa 65+ Rural Health Study. J Am Geriatr Soc. 35:4-12.
- Langmuir, AD, Andrews, JM (1952). Biological warfare defence. 2 - The Epidemic Intelligence Service of the Communicable Disease Center. Am J Public Health, 42: 235-238.
- Langmuir, AD, Nathanson, N, Hall, WJ(1956). Surveillance of poliomyelitis in the United States in 1955. Am J Public Health, 46: 75-88.
- Langmuir, AD (1963). The surveillance of communicable diseases of national importances. N Engl J Med, 268(4):182-192.
- Langmuir, AD (1976). Willian Farr: founder of modern concepts of surveillance. Int J Epidemiol, 5:13-18.
- Lima-Costa, MFF, Uchoa, E, Guerra, HL, Firmo, JOA, Vidigal, PG, Barreto, SM (2000). The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. Rev Saúde Pública, 34:126-35.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. Lancet. 365: 1099-104.
- McDowell, I, Spasoff, RA, Kristjansson, B. (2004). On the classification of population health measurements. Am J Public Health, 94:388-393.



- McNabb, SJN, Chungong, S, Ryan, M, Wuhib, T, Nsubuga, P, Alemu, W, Carande-Kulis, V, Rodier, G (2002). Conceptual framework of public health surveillance and action and its application in health sector reform. BMC Public Health. <http://www.biomed-central.com/1471-2458/2/2/>.
- McQueen, D (2000). Strengthening the evidence base for health promotion: a report on evidence for the fifth global conference on health promotion. México: WHO - World Health Organization.
- Medina, C (2004). Fatores de Risco Comportamentais em escolares: revisão de literatura. (mimeo.).
- Mokdad, AH, Stroup, DF, Giles, WH (2003). Public Health Surveillance for Behavioral Risk Factors in a Changing Environment Recommendations from the Behavioral Risk Factor Surveillance Team. MMWR. 52(RR09);1-12.
- Moraes, IH (1994). Sistemas de Informação em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Mota, ELA, Carvalho, DM (2003). Sistemas de Informação em Saúde. In Almeida & Rouquayrol, Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Nelson, KE, Williams, CM, Graham, NMH (2001). Infectious Disease Epidemiology: Theory and Practice. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publication. p.3.
- Nossikov, A, Gudex, C (2000). Overview of the implementation of EUROHIS. Joint ECE/WHO Expert Meeting on Health Statistics Measurements. Working Paper N 5. Ottawa, Canadá.
- OPAS - Organización Panamericana de la Salud. (2007). Acerca de la OPS - Organigrama. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/paho/about_paho.htm> Acesso em 19 de abril de 2007.
- OPAS (2003). Organização Pan-americana de Saúde - CARMEN- Iniciativa para Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis - outubro - 2003
- Raphael, D (2000). The question of evidence in health promotion. Health Promotion International. 15 (4): 355-367.
- Raska, K (1966). National and international surveillance of communicable diseases. WHO Chron, 20:315-21.
- Rosen, G (1994). Uma história da Saúde Pública. São Paulo: Editora Unesp - Hucitec - Abrasco. 423p.
- Silva-Junior, JB, Gomes, FBC, Cezário, AC, Moura, L (2003). Doenças e Agravos Não-transmissíveis: Bases Epidemiológicas. In: Rouquayrol, M.Z; Almeida Filho, N. Epidemiol Saude. 6. ed. Rio de Janeiro, RJ: Medsi, p. 289-312.
- Silva-Junior, JB (2004). Epidemiologia em serviço : uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Campinas, SP, 2004. (Tese - Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).
- Teixeira, C (2002). Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad. Saúde Pública vol.18 suppl. 153-162.
- Thacker, SB, Stroup, DF (1997). Public Health Surveillance and Health Services Research. In: Shapiro S; Armenian HK. Epidemiology and Health Services. Oxford University Press. 274p.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Thacker, SB (2000). Historical Development.
In: Teutsch, SM, Churchill, RE (Ed.) Principles and Practice of Public Health Surveillance. Oxford University Press. 406p.

Viacava, F, Dachs, N, Travassos, C (2006). Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde. Ciênc. saúde coletiva. vol.11 no.4, Rio de Janeiro. 863-869.

Viacava, F (2002). Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Ciênc. saúde coletiva. vol.7, no.4, p.607-621.

World Health Organization (2001). Protocol for the Assessment of National Communicable Disease Surveillance and Response Systems. Geneva: World Health Organization. 122p.

World Health Organization (2005). Preventing Chronic Diseases: a vital investment. 1ª. ed. Geneva: World Health Organization. v.1. 182 p.

Wilkinson, R, Marmot M (2003). The Solid Facts. Copenhagen: World Health Organization.

Woo, J, Ho, SC, Yuen, YK, Lauo, J (1995). Drug use in an elderly Chinese population: prevalence and associated factors. Gerontology ; 41:98-108.



Capítulo 7

LEGITIMANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE: A EFETIVIDADE DAS PRÁTICAS

Vera Lucia Góes Pereira Lima, José Maria Arruda, Maria Auxiliadora Bessa Barroso, Maria de Fátima Lobato Tavares, Nora Zamith Ribeiro Campos, Regina Celi Moreira Basílio Zandonadi, Rosa Maria da Rocha, Cláudia Maria Bógus, Nina Wallerstein Ronice Franco de Sá, Samuel Jorge Moysés, Simone Tetu Moysés

INTRODUÇÃO

A conceituação de Promoção da Saúde (PS), segundo a Carta de Ottawa (1986), aponta para o protagonismo das pessoas e comunidades, e para a necessidade de que as mesmas sejam “empoderadas”, isto é, desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, como sujeitos ativos (Ministério da Saúde, 1996).

Tal como foi afirmado em capítulos anteriores, o setor saúde não dá conta da saúde em seu conceito ampliado de qualidade de vida no que diz respeito aos determinantes sociais, e deve necessariamente articular-se aos demais setores como: educação, trabalho, economia, justiça, meio ambiente, transporte, lazer, produção e consumo de alimentos, além do acesso aos serviços de saúde, conforme já constara do Relatório da VIII Conferência Brasileira de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília DF, que subsidiou o Capítulo Saúde da Constituição (Brasil, 1988) e a legis-

lação pertinente.

O movimento da PS avança no contexto mundial, incorporando-se como novo paradigma na conformação das Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP), definidas a partir de práticas sociais que expressam processos e movimentos do Estado e da sociedade civil, visando ao desenvolvimento integral da saúde para o alcance do bem estar (OPS, 2002). As FESP referem-se ao conceito amplo de saúde pública, cuja relevância está na possibilidade de dar sustentação ao exercício da autoridade sanitária nesse campo, contribuir para o fortalecimento e desenvolvimento de uma política de saúde supra-setorial, facilitar a articulação das abordagens local, nacional e internacional, e oferecer condições estruturais às decisões políticas (OPS, op.cit). As práticas sociais - conjunto de fatos e ações socialmente reconhecidos e realizados pela sociedade, individual e coletivamente - têm sido identificadas em quatro grupamentos: a) construção de uma cultura de vida e



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

saúde; b) construção de ambientes saudáveis e controle de riscos e danos à saúde coletiva; c) construção de cidadania e de capacidade de participação; d) atenção às necessidades e demandas de saúde (OPS, op.cit.). Calcado na consciência ética do direito à saúde enquanto direito fundamental à vida, o Grupo de Trabalho de Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO afirma:

“A compreensão da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida na América Latina pressupõe o reconhecimento do imperativo ético de responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais, entendendo-se o direito à saúde como expressão direta do direito fundamental à vida” (ABRASCO, 2003, p. 1).

Neste sentido, os conceitos e estratégias acima descritos são fundamentais e norteiam o processo avaliativo e a discussão dos resultados de projetos e programas de PS que busquem a efetividade das práticas e uma maior equidade social.

Efetividade da Promoção da Saúde

Eficácia e efetividade são conceitos que qualificam os resultados das intervenções de PS. Eficácia, ou melhor, a evidência da eficácia é uma expressão relacionada ao paradigma das ciências experimentais e, embora aplicada aos resultados exitosos da PS, tem sido objeto de discussão quanto a sua propriedade, principalmente quando consideradas as condições de vida real, após o término da intervenção. A preocupação em estabelecer a evidência de êxito da PS tornou-se mais explícita a partir dos anos 90, paralelamente ao reconhecimento crescente da necessidade de avaliação dessas ações. São apontadas diferentes razões para esse fato, algumas relacionadas à gestão dos programas e justificativa de financiamento, outras ao avanço no conhecimento científi-

co (O'Neill, 2004). Admite-se, porém, que tal cuidado tenha se acentuado em decorrência do questionamento sistemático quanto ao conjunto de atividades financiadas no quadro dos sistemas públicos de saúde. Neste caso, a preocupação com a evidência da eficácia teria se ampliado no cenário internacional como uma forma de legitimar a PS, num contexto de rigor orçamentário. McQueen e Anderson (2004, p.12) propõem maior reflexão sobre a natureza da evidência requerida para comprovar o valor de uma intervenção, considerando que a expressão evidência está associada à noção de procedimento experimental. Entretanto, como a base epistemológica que sustenta a PS não é a ciência experimental e sim as ciências sociais e comportamentais, sob uma ótica que se contrapõe à concepção positivista, haveria uma tensão entre evidência e PS.

A 51ª Assembléia Mundial de Saúde (1998) encorajou os Estados membros a “adotarem uma abordagem baseada na evidência da eficácia para as práticas e políticas de PS e a utilizar todas as metodologias quantitativas e qualitativas existentes” (OMS/1998, apud McQueen e Anderson, 2004, p 11). Para fins de evidência de efetividade, Macdonald (1996, op. cit, p 12) já sugeria a combinação de procedimentos englobando os enfoques qualitativos, a definição de indicadores e os processos de avaliação quantitativa. Baseando-se no conceito de PS segundo a Carta de Ottawa, Nutbeam (2000) caracteriza a promoção da saúde eficaz como aquela que conduz a mudanças nos determinantes da saúde.

Tais determinantes incluem tanto aqueles que estão sob o controle dos indivíduos (condutas, estilos de vida, utilização dos serviços), quanto os que estão fora de seu controle (condições sociais, políticas, econô-



micas, ambientais, assim como a prestação de serviços). A partir do ponto de vista de diferentes atores são propostos critérios para a estimativa do êxito de um programa ou projeto de PS, por/pela:

- responsáveis pela elaboração de políticas e gestores de programas – estimado em termos de impacto econômico, ou da relação entre recursos aplicados e resultados de saúde em curto prazo;
- promotores da saúde – definido em termos de objetivos alcançados, em condições de vida real. Supõe a viabilidade da implantação e o compromisso das pessoas e organizações envolvidas com as ações;
- população beneficiada - quando o programa aborda prioridades que a população tenha identificado ou reconhecido;
- pesquisadores – medido em termos de rigor metodológico e sucesso em resultados pré-determinados; supõe a aplicação de regras de evidência (ibid. 2000).

Essas perspectivas não são excludentes. Como acentua Nutbeam, ao estabelecer a “evidência da eficácia” existe uma ampla variedade de métodos e medidas utilizadas na avaliação. A questão que se apresenta é como comprová-la em se tratando da complexidade das ações de PS, que entrelaçam cenários, grupos da população e questões específicas de saúde.

A efetividade de uma intervenção de PS é reconhecida quando seus resultados são favoráveis ou exitosos, em condições de vida real, com sustentabilidade. De Salazar (2004, p. 25), em consonância com Last (1988), afirma que “quando nos referimos à efetividade, estamos avaliando se uma intervenção serve para o que foi criada, quando funciona sob con-

dições reais não controladas”. Portanto, uma distinção importante entre evidência de eficácia e efetividade seria o fato dos resultados positivos de uma intervenção serem alcançados sob condições controladas (1º caso), ou seu alcance e sustentabilidade serem logrados sob a ação de variáveis não controladas (2º caso).

O conceito da OMS, segundo o qual a avaliação é o processo de determinação sistemática e objetiva da relevância, objetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos, aponta para a complexidade da avaliação em PS (Malta, 2005). As redes de causalidade são longas e complexas, a população alvo é diversa e as intervenções são implementadas em grande escala. Há, portanto, necessidade de se empregar construções metodológicas diversas, visando apreender a realidade e as transformações oriundas de uma determinada forma de intervir em saúde (Ibid, 2005). Neste contexto, o monitoramento é uma ferramenta indispensável à avaliação. A avaliação da PS, sendo um campo em construção, envolve estratégias, interesses, atores diversos, perspectiva intersetorial, olhares múltiplos. Portanto, deverá ser formatada segundo as necessidades e as circunstâncias do programa, pois nenhuma abordagem isolada será adequada para todos os tipos de programa (Nutbeam, 2000).

Em análise desenvolvida sobre a efetividade de intervenções locais sob condições macro-estruturais adversas e quando os determinantes sociais escapam ao controle do indivíduo, a discussão se desdobra em torno do seguinte questionamento: como definir a “evidência” do êxito de um programa que investe na melhoria da qualidade de vida quando o contexto macro estrutural é adverso, tornando qualquer avanço qualitativo extremamente significativo e relevante? (Pereira Lima e cols. 2004, p 693). Em programas que pretendem



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

a inclusão social e a conquista de uma vida cidadã de segmentos mais desfavorecidos da população, qualquer progresso com relação à própria vida já demonstraria efetividade, dadas as dificuldades contextuais, conforme foi apontado em projetos visando a integração sócio-familiar de famílias em situação de risco social (*Ibid*, 2004).

Reconhecendo-se a busca da equidade como imperativo da PS vale ainda uma reflexão - os valores da efetividade e da equidade caminham necessariamente juntos? Louise Potvin (2005) afirma que nem sempre tal paralelismo ocorre, pois intervenções e programas bem intencionados podem resultar em situações de iniquidade. Aponta e discute quatro fontes de desigualdade: planejamento, implementação, efeitos e impactos. Na seqüência da discussão sobre efetividade e equidade, são propostas ações para promover a equidade como valor nas intervenções voltadas para a melhoria da saúde: a redução das desigualdades entre os objetivos das intervenções; a reunião de dados que permitam estimar tendências e identificar as maiores causas das desigualdades na saúde; e o desenvolvimento de métodos para detectar cada uma das quatro fontes de desigualdades (Potvin *op.cit*).

UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (UIPES) - EM BUSCA DA EVIDÊNCIA DA EFETIVIDADE

Na linha da legitimação das práticas de PS, são relevantes as contribuições da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (UIPES) para identificar e discutir evidências de efetividade da PS, destacando-se o Programa Global de Efetividade da Promoção da Saúde (GPHPE) e seus desdobramentos no âmbito regional, como o Projeto de Efetividade em Promoção da Saúde

na América Latina.

O GPHPE que é coordenado pela UIPES, em colaboração com a OMS, e com parceiros em países de diferentes continentes, como Austrália, Inglaterra, Canadá, Holanda EUA Índia e outros (GPHPE, 2003) reconhece que a evidência da efetividade deriva de uma variedade de fontes que transcende as fronteiras da avaliação tradicional. Visando a melhorar as práticas de PS em todo o mundo, focaliza os princípios, modelos e métodos das melhores práticas, considerando as peculiaridades regionais e a diversidade cultural. Nesta ótica, a análise de procedimentos e métodos de monitoramento e avaliação constitui o eixo condutor da discussão sobre efetividade. O principal desafio identificado para a continuidade do programa é a construção de um enfoque estratégico, respeitando-se o espaço para um processo de revisão-análise, com vistas a definir o potencial de adaptação apropriado a cada região (*Ibid*, 2003).

O Projeto de Efetividade em Promoção da Saúde na América Latina (2002-2010) foi proposto na III Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, em São Paulo, 2002. Suas principais estratégias consistiram na divulgação de informações e advocacia. Sua agenda incluiu a criação de uma rede regional de instituições, organizações e pessoas interessadas em PS e avaliação, concretizada por meio de estratégias de comunicação, intercâmbio e uso da mídia eletrônica. Incorporou a reflexão sobre a definição operacional da PS na América Latina, e uma base de dados que identificou diversos estudos sobre PS no continente. Voltou-se, também, para desenhos de avaliação adequados às necessidades regionais e para o desenvolvimento metodológico, assim como para a sistematização das intervenções em PS (avaliação de processo



e avaliação participativa) sob a liderança da OPAS, destacando-se, nesta perspectiva, a articulação da vigilância de fatores de risco aos procedimentos avaliativos.

O Centro de Evaluación y Desarrollo de Tecnologías em Salud Pública - CEDETES (Universidad Del Valle, Cali-Colômbia) desenhou um programa de treinamento para a América Latina, por meio da Metodologia de Avaliação Rápida, incluindo a elaboração do Guia de Avaliação Rápida (De Salazar et al, 2004), com o apoio técnico e financeiro dos Centros de Prevenção e Controle de Enfermidades (CDC/USA) e da OPAS. A partir de 2004, o projeto regional passou a contar com este importante recurso didático, que combina atividades presenciais e tutoriais, oferecendo orientação técnica e metodológica de fácil utilização, o que contribuiu decisivamente para viabilizar a realização e replicação de cursos internacionais sobre a matéria e para a construção de uma cultura de avaliação em PS.

Com vistas ao aprofundamento da questão da efetividade, a partir de 2005, vêm sendo realizados, de três em três anos (2005, 2008, 2011), no Rio de Janeiro, os Seminários Brasileiros de Efetividade da Promoção da Saúde, envolvendo profissionais de diferentes setores: governamental e não governamental, público e privado, acadêmico e de serviços, além de membros de movimentos sociais e da sociedade civil em geral.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E EFETIVIDADE DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Participação social e empoderamento são princípios fundamentais da PS e estão intimamente ligados entre si (Bernstein *et al*, 1994), pois a capacitação e o fortalecimento dos indivíduos e grupos sociais são necessários à participação social efetiva. A implantação e

implementação de instâncias e mecanismos participativos são formas importantes de expressão desses princípios, assim como a sustentabilidade das iniciativas e ações de PS pode ser relacionada com a efetividade dos processos de participação social inclusivos.

O surgimento de mecanismos participativos nas democracias liberais ocidentais, a partir do final da década de 1960, pode ser creditado à desilusão dos cidadãos com as instituições políticas e ao crescimento dos novos movimentos sociais. Esses dois fatores combinaram-se, compondo uma situação de pressão de vários segmentos sociais dirigida às instâncias de governo. Ao mesmo tempo, somada às recomendações das agências internacionais quanto à participação da comunidade nos projetos de desenvolvimento, a crise econômica mundial acabou por impulsionar muitos governos a promoverem reformas com o objetivo de racionalizar as estruturas burocráticas estatais e criar mecanismos de participação social com o objetivo de fiscalizar ações governamentais (Cortes, 1996).

O tema da participação precisa ter sempre sua discussão atualizada porque envolve aspectos que são dinâmicos, como as relações historicamente contextualizadas entre grupos sociais com níveis de poder e interesses diferentes. Algumas das questões referem-se às dimensões da participação (qual o tipo de participação e qual o nível das decisões); à composição e representação nos Conselhos, Comitês ou outros fóruns de representação e participação (quem participa, a quem representa e como representa); à formação dos que participam (capacitação para a tarefa) e à transparência das ações (tornando públicas as decisões e justificativas para as mesmas).

Apesar dos processos de participação social pretenderem, em tese, o fortalecimento da autonomia e maior horizontalidade nas relações,



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

nem todas as experiências se mostraram adequadas para incentivar os processos de associativismo e civilidade. Em algumas situações, a participação social configurou-se como um projeto de integração que anulou as identidades dos segmentos sociais envolvidos (Abrantes-Pêgo, 1999).

A construção da participação social é um processo que se inicia quando várias pessoas decidem compartilhar suas necessidades, aspirações e experiências, com o objetivo de melhorar suas condições de vida. Para tanto, se encontram, se organizam e identificam prioridades, dividem tarefas, estabelecem metas e estratégias de acordo com os recursos financeiros, técnicos e humanos existentes, fortalecendo-se mutuamente. Na medida em que há indicações de que a participação nos conselhos fomenta “um círculo virtuoso que tende a incutir valores próprios de uma comunidade cívica ao incentivar a acumulação de capital social que concorre, em última instância, para o fortalecimento da democracia” (p. 546).

O conceito de sustentabilidade, originário das ciências agrárias, baseia-se na capacidade de um sistema agrário manter sua produtividade, diante de intempéries, alterações da qualidade do solo e do meio ambiente. Atualmente, o termo vem sendo utilizado para outros setores como o econômico, o político e o social. Nos aspectos social e político, aplicados às iniciativas e ações de PS, adota-se a idéia de sustentabilidade como continuidade, capacidade de adaptação e de recuperação de uma política gestada em conjunto com a sociedade civil diante das mudanças administrativas e conjunturais (Arai, 2002). Para garantir a irreversibilidade das práticas de PS, de acordo com os interesses e demandas das coletividades, é essencial a participação social (Gohn, 1997; Malik, 1997; Demo, 2001).

A proposta da OMS/OPAS de Municípios e Comunidades Saudáveis, enquanto estratégia de PS incorpora a participação social e política da população na definição das políticas públicas e no controle social e avaliação das ações e serviços delas decorrentes.

O exercício da participação social, dentro das iniciativas de Municípios e Comunidades Saudáveis, por meio dos Conselhos Setoriais e de fóruns articuladores destes Conselhos, aponta para a possibilidade de avanço, já referida anteriormente, quanto à formulação e proposição de diretrizes e estratégias integradas, articuladas e intersetoriais, voltadas para o atendimento das necessidades e interesses dos diversos segmentos sociais, considerando os grandes eixos temáticos da complexa realidade urbana (Presoto e Westphal, 2004).

Estudos de projetos de municípios ou comunidades saudáveis (Mendes, 2000; Arai, 2002; OPAS, 2003; Presoto, 2004) buscaram estabelecer relações entre participação social, desenvolvimento e sua sustentabilidade. Os aspectos mais relevantes para a efetiva participação social foram: necessidade de maior acesso à informação e sua disseminação; desenvolvimento de atividades inclusivas e coletivas de controle e acompanhamento dos projetos; ampliação de alianças entre diversos setores; estabelecimento de instâncias decisórias coletivas; constituição de redes de apoio como contraposição à fragmentação das políticas públicas. Se limitações sistêmicas são impostas a qualquer desses aspectos, isso implicará em restrições ao potencial participativo dos grupos sociais e coletividades e, assim, em uma não apropriação plena pelos sujeitos envolvidos na iniciativa de PS, comprometendo sua continuidade e sustentabilidade. Uma das experiências estudadas (Arai, 2002; Comaru, 2004) mostrou claramente que a articulação e integração dos grupos sociais, por meio de um



fórum participativo em torno do projeto, permitiu e garantiu o seu avanço, apesar da desarticulação com as instâncias gestoras locais.

O EXEMPLO DO AGRESTE DE PERNAMBUCO - BRASIL

Desde 1995, a Universidade Federal de Pernambuco, através do seu Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP/UFPE), em parceria com o Governo do Estado de Pernambuco e com o Governo japonês (Japanese International Cooperation Agency - JICA), vem desenvolvendo ações de pesquisa, extensão, qualificação e fortalecimento de políticas públicas de inclusão social no interior do Estado, sob a ótica da PS. Em dezembro de 2003, teve início um projeto para cinco municípios da região do agreste central de Pernambuco (Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Félix, Sairé e São Joaquim do Monte) e mais um da zona da mata norte (Itambé) intitulado "Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil". O projeto prevê a construção de mecanismos onde, juntos, a população e os gestores locais melhorem e monitorem sua qualidade de vida.

Mobilização Popular e Capital Social

Para poder construir esses mecanismos e verificar a sua efetividade, várias estratégias foram adotadas. A primeira foi iniciar o processo com uma avaliação do capital social para poder monitorar a mudança nas formas de interagir, construir redes, manter laços de solidariedade, confiança e auto-estima. A segunda foi construir um modelo de intervenção baseado no contexto e no processo de participação decorrente da avaliação já descrita. A terceira foi atuar por níveis territoriais, com abordagens distintas complementares, sendo o primeiro nível afeto às comunidades com trabalho mais subjetivo, reflexivo e transformador do micro-espço; o segundo relaciona-

do com todo o município, abordando questões estruturais e atuando nos determinantes da saúde a partir de demandas do nível anterior; e o terceiro nível construindo e fortalecendo políticas regionais, a partir dos trabalhos anteriores.

Para tanto, a parceria estadual, ao invés de ser com a Secretaria de Saúde, vem sendo feita com a Secretaria de Planejamento do Estado, através da sua Agência Estadual de Planejamento e de Pesquisas de Pernambuco CONDEPE-FIDEM. Tal mudança de parceria decorre do resultado de avaliações feitas nos projetos anteriores de PS que visavam à redução das desigualdades sociais, mas restringiam seu universo ao setor saúde. A atual parceria com a Secretaria de Planejamento vem demonstrando que a intersetorialidade se dá de forma mais natural e mais aceitável por parte dos gestores.

Monitoramento e avaliação

Focalizando a questão da auto-estima, confiança, solidariedade, capacidade organizativa, e engajamento social, como delineadora da mobilização e intervenção, o processo de trabalho nos municípios citados iniciou-se com uma avaliação do capital social existente a partir de questionários elaborados pelo Banco Mundial (Social Capital Tools - SOCATS), adaptados às realidades locais. Essa avaliação, que já era parte da intervenção, foi capaz de mobilizar a população, os gestores, os estagiários de diversos cursos de graduação da UFPE e as equipes das instituições conveniadas. Previamente, haviam sido levantados dados secundários socioeconômicos e culturais. Durante a avaliação, verificou-se o potencial social, organizativo, de solidariedade, de auto-estima e confiança a partir de vários grupos focais, oficinas e entrevistas semi-estruturadas. Como resultado de uma primeira fase da avaliação, delineou-se o ciclo de vida com maior poten-



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

cial para ser mobilizado e apresentar respostas capazes de transformar a realidade de cada micro-localidade.

A proximidade com a população e o registro prévio das diferenças/disparidades sociais, econômicas e culturais dentro das localidades, permitiram o desenvolvimento de um modelo de intervenção adequado às peculiaridades locais em três níveis de atuação. No primeiro, construiu-se uma metodologia afirmativa capaz de propiciar a elevação da auto-estima da população a partir da execução de micro-ações transformadoras da realidade cotidiana: método Bambu (Franco de Sá, Yuasa, Pincovsky e Melo Filho, 2005). Para aplicação do método, capacitaram-se facilitadores escolhidos pela própria população a partir de critérios de disponibilidade, representatividade e engajamento. Nesse nível - o das micro-localidades ou comunidades - além de se considerar as subjetividades, espera-se que a população possa concretizar pequenas realizações que não demandem grande esforço e melhorem a qualidade de vida no cotidiano, sua auto-estima, confiança pessoal e coletiva, além de fortalecer a formação de redes de solidariedade locais.

Considerando o que afirmam Nutbeam e Wise (1996), a segunda etapa do processo de trabalho, o nível municipal, visa modificar os determinantes de saúde e qualidade de vida, a partir da capacitação de supervisores (representantes dos gestores e da população) para atuar nos Espaços de Articulação e Promoção de Políticas Públicas Saudáveis (EAPPPS), em cada município. Nessa etapa, as demandas, observações e registros advindos das comunidades são debatidos, e são propostas alternativas de solução. Essa hierarquização do processo de trabalho tem permitido priorizar as questões identificadas pelas populações das micro-localidades como as mais imediatas ou

importantes, e ainda debatê-las e compartilhá-las com o conjunto do município. Um conselho formado pelos supervisores dos diferentes municípios viabiliza a troca de experiências e elabora políticas públicas saudáveis para toda a região.

Mudanças observadas

Embora os critérios de eficácia devam respeitar a natureza contextual, multidimensional, emancipadora e ética da promoção da saúde (Aro, Van den Broucke e Rätty, 2005), e lembrando que as características contextuais dos municípios mencionados incluem elevada taxa de analfabetismo, desemprego, emprego informal e submissão às figuras de autoridade (Franco de Sá et cols. op.cit.), verifica-se que nos fóruns realizados com o conjunto dos municípios, reunindo gestores e população, são priorizadas as atividades que promovem reflexão, conhecimento e capacitação pessoal e coletiva, capazes de propiciar mudanças nos determinantes da qualidade de vida local. Os gestores, de maneira geral, continuam priorizando e reivindicando programas e projetos que tragam impacto econômico imediato, porém a população, outrora mais inibida e retraída diante dos gestores, já consegue expor a sua opinião de maneira mais tranqüila, embora ainda de forma incipiente. Mesmo diante de ameaças veladas de perda de emprego, as pessoas conseguem manter seu ponto de vista e comprometer-se, inclusive, com ações de voluntariado, que não eram comuns em projetos que envolviam a participação governamental.

O apoio recebido dos atores externos, não comprometidos diretamente com a gestão governamental, tem se mostrado um importante fator capaz de impulsionar o processo de empoderamento da população local. Esse apoio ajuda a reduzir a inibição de expor-se ao medo de ser rotulado e excluído. Observa-se gradual mudança de atitude da população frente aos



gestores e a busca de uma visão compartilhada na direção de uma vida melhor.

A presença da universidade tem sido avaliada, tanto pela população quanto pela cooperação internacional, como fundamental para a garantia da condução suprapartidária nesses municípios. A avaliação do capital social demonstrara, já em análise preliminar, ser a polarização político-partidária um importante fator desfavorável ao desenvolvimento local e à promoção de equidade local. Essa polarização não promove nem fortalece o sentimento de pertencimento ao local, necessário para ultrapassar as desigualdades e diferenças em direção ao interesse comum: desenvolver o território e melhorar a vida de todos (Prévost, 2001a, 2001b). Com isso, não se elimina a necessidade de guardar as diferenças e os conflitos de idéias, posições e interesses. Entretanto, a discriminação e a exclusão decorrentes da polarização político-partidária têm retardado a emergência de ações confluentes em direção ao desenvolvimento local integrado e sustentável dos municípios do interior de Pernambuco.

AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS: PRÁTICAS INTERSETORIAIS E SUSTENTABILIDADE

Pilares da avaliação de iniciativas para políticas públicas saudáveis

Os elementos conceituais e metodológicos da avaliação da efetividade de políticas públicas saudáveis no contexto da América Latina e do Brasil envolvem questões valorativas na avaliação de estratégias de Promoção de Saúde e construção do conhecimento relevante para seu desenvolvimento e continuidade.

A responsabilidade do poder público sobre a saúde ultrapassa os limites do setor Saúde e

exige novas formas de gestão baseadas na intersetorialidade, no empoderamento coletivo e construção de parcerias, mediante a participação da comunidade em decisões que a afetam. O enfrentamento de problemas de saúde e qualidade de vida, especialmente em sociedades urbanas complexas, exige de gestores e tomadores de decisão a competência para superar os desafios impostos por tal realidade, onde é essencial a articulação entre sujeitos de diversos setores sociais com saberes, poderes e vontades diversos (Feuerwerker e Costa, 2000). Estratégias de Promoção de Saúde são concretizadas em instituições definidoras de políticas e, sobretudo, nos espaços sociais onde vivem as pessoas. As cidades, os ambientes de trabalho, as escolas são locais onde estas ações têm sido propostas, procurando-se fortalecer a ação e o protagonismo no nível local, incentivando a intersetorialidade e a participação social (Westphal e Mendes, 2000).

Como decorrência da implementação de políticas públicas de Promoção de Saúde há necessidade de se aprimorar e investir em investigações avaliativas que permitam conhecer os processos e seus resultados. Há necessidade, portanto, de se avaliar não somente os resultados e impacto das intervenções, como também o processo político e social para alcançar os objetivos da Promoção da Saúde (De Salazar, 2004). A característica intrínseca das políticas públicas saudáveis, seu caráter ampliado com foco em diferentes grupos sociais e instituições, a participação de diferentes atores e utilização de múltiplas estratégias visando diferentes resultados, têm implicações diretas sobre a forma de medir seu impacto e efetividade, particularmente quanto a seus aspectos metodológicos. O próprio conceito de efetividade, usado na literatura avaliativa, traz a noção de resultados em um contexto real, não simulado.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Tal complexidade desafiadora é ampliada pela necessidade de usar com frequência a avaliação de processo, ou seja, uma mensuração qualitativa de mudanças intermediárias na realidade sob intervenção – se não diretamente, ao menos por meio de construtos teórico-metodológicos que dêem sentido ou mantenham relação consistente com o fenômeno avaliado (Moysés, Moysés e Krempel, 2004). Gupta, citado por De Salazar (2004), salienta o impacto das ideologias e percepções (e das relações de poder) sobre a interpretação de resultados na avaliação, e questiona se estas disputas podem ser resolvidas com ferramentas analíticas objetivas. Isto coloca importantes questões para serem debatidas sobre a tomada de decisão em relação a aspectos metodológicos e ideológicos no processo avaliativo. A construção de indicadores, por exemplo, tem relação direta com valores e percepções dos diferentes atores da avaliação. Portanto, metodologias participativas de avaliação que garantam a construção de processos que considerem as dimensões de utilidade, viabilidade, ética e precisão técnica (Penna Firme, 2003), podem favorecer o fortalecimento de movimentos de transformação social em prol da cidadania e dos direitos humanos.

A experiência de Curitiba – a busca de evidências de efetividade

A cidade de Curitiba, no sul do Brasil, como a maioria das cidades latino-americanas, vivencia contradições sócio-ambientais e desigualdades decorrentes do processo de urbanização acelerado. Nas últimas décadas, a cidade tem recebido destaque nacional e internacional por enfrentar com criatividade os seus graves problemas estruturais, estimulando a participação da população e a sinergia de vários setores envolvidos com políticas públicas em áreas sociais como saúde, educação, transporte, abastecimento e meio ambiente.

A priorização de uma atuação estratégica intersetorial, descentralizada e compartilhada com a sociedade foi tomada como base, desde os anos 1990, através da absorção de novos paradigmas nacionais e internacionais, como o Desenvolvimento Humano Sustentável e o movimento de Cidades Saudáveis.

A organização descentralizada da administração pública oportunizou parcerias e o compartilhamento com instâncias formais e informais da sociedade, favorecendo o desenvolvimento de projetos e ações de forma matricial, com a visão integrada da cidade e a visão singular de cada bairro ou comunidade. A expressão da organização matricial se dá na formulação de projetos estratégicos que partem da compreensão da complexidade da cidade, exigindo o desenvolvimento de ações multi institucionais e a mobilização das comunidades, para serem mais resolutivos.

Um exemplo de projeto estratégico que tem a PS e a intersectorialidade como base para seu planejamento e desenvolvimento denomina-se “Vida Saudável”. A articulação intersectorial era feita, desde o ano 2000, pela Secretaria Municipal da Saúde em parceria com as secretarias municipais da área social, como Educação, Esporte e Lazer, Abastecimento, a Fundação de Ação Social e a Fundação Cultural de Curitiba, além da Diretoria de Trânsito, recebendo apoio da Secretaria Municipal de Administração. O desafio de fortalecer ambientes sociais para que se tornem espaços de suporte da PS e facilitem escolhas saudáveis, ampliou em 2003, as ações para as escolas, empresas e universidades, consideradas espaços sociais estratégicos para a PS, por sua potencial contribuição à saúde de grupos populacionais específicos, com conseqüente impacto sobre a população geral.

Por meio de processo de adesão institucional voluntária e do reconhecimento de ações



de PS já desenvolvidas por estas instituições, o projeto mobilizou em torno de 200 instituições, envolvendo universidades, empresas e escolas públicas da cidade, no desenvolvimento de ações de PS e troca de experiências. Por meio do compartilhamento de conhecimentos, capacidade de mobilização e organização, a cidade vem reforçando a responsabilidade do setor público, em conjunto com a sociedade, de oferecer suporte e garantia de uma vida saudável aos cidadãos que vivem em Curitiba. A realização de um processo de avaliação desta ação deve estar centrado na efetividade das estratégias voltadas para a ação intersectorial, o empoderamento institucional e a sustentabilidade desta política. A construção de conhecimentos a partir dos resultados já obtidos pode balizar novas estratégias de sustentabilidade e orientar a condução de ações integradas voltadas para a PS e qualidade de vida na cidade.

Construindo propostas de avaliação

O principal objetivo do Projeto Ambientes Saudáveis em Curitiba foi estimular o envolvimento de diferentes atores sociais e instituições na prática de PS. Avaliar a contribuição deste Projeto na mobilização coletiva para o desenvolvimento de práticas de PS é um processo técnico e político que objetiva ampliar a viabilidade política e a sustentabilidade da intervenção, e favorecer o êxito dos objetivos propostos.

Pretende-se, pois, analisar como como aconteceram e foram avaliadas as mudanças nas práticas de PS na cidade, promovidas pelo Projeto. Além disso, deseja-se avaliar as mudanças nas práticas de PS na cidade, promovidas pelo Projeto.

Conforme sugerido por Minayo, Assis e Souza (2005) ao discutirem avaliação por triangulação de métodos, uma possível estratégia de avaliação de políticas de PS, deveria consistir

numa dinâmica de investigação de trabalho integrando a análise das estruturas, processos e resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto, fazendo dele um construto específico: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas. Esta proposta avaliativa, além de ser metodologicamente robusta, parece ganhar potência pela utilização de desenhos quantitativo-descritivos que favorecem a avaliação contextual, aliada à valorização de estudos qualitativos para a avaliação da perspectiva dos sujeitos envolvidos nestas estratégias, potencialidades e limitações.

Segundo a orientação anterior, duas estratégias foram utilizadas para definir a condução de processos de avaliação de efetividade do projeto em curso: a Metodologia de Avaliação Rápida, proposta por De Salazar (2004) e a Avaliação Participativa, proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde para avaliação de iniciativas de municípios e comunidades saudáveis (OPAS, 1999).

Em Avaliação Rápida, o foco é definido junto aos tomadores de decisão, de forma a garantir que os resultados sejam utilizados para apontar recomendações na formulação de políticas de PS e sustentar a manutenção das ações em curso. Por se realizar em curto período de tempo, torna-se propositiva e responde a necessidades para a tomada de decisões (De Salazar, 2004). A metodologia de Avaliação Participativa centra o processo avaliativo no reconhecimento e empoderamento dos sujeitos envolvidos na iniciativa e, por meio do compartilhamento de saberes e poderes, estabelece a identificação pactuada de interesses voltados para a construção coletiva de estratégias de PS (OPAS, 1999). Em ambas as metodologias, quando se avalia efetividade, indaga-se sobre o cumprimento dos objetivos da inter-



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

venção, mudanças esperadas e não esperadas, além dos fatores que contribuíram para os resultados. Estes serão utilizados para fortalecer a advocacia da PS pela via da intersetorialidade com gestores para garantir a continuidade e extensão do projeto. Poderão influenciar os tomadores de decisão e reorientar ações que possam beneficiar mais diretamente a população atingida pelo projeto. Além disso, o próprio processo de avaliação pode consolidar o empoderamento das instituições e pessoas envolvidas, pelo favorecimento da análise crítica do processo, ampliando sua participação na tomada de decisões.

Estratégias de empoderamento coletivo, intersetorialidade e participação social, mobilizadas no projeto Vida Saudável, mostram-se determinantes da efetividade na implementação de políticas públicas saudáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como princípios norteadores a equidade, paz e justiça social e, como pilares, os determinantes sociais da qualidade de vida, a concepção de PS transcende o plano de mera intervenção político-social e atinge uma dimensão mais abrangente, calcada na consciência ética do direito à saúde enquanto direito fundamental à vida. Supõe a afirmação dos citados princípios e a melhoria da qualidade de vida como resultados sustentáveis da implementação de suas políticas e intervenções, lembrando-se que seu conceito engloba o acesso a condições de vida que viabilizem a satisfação das necessidades sociais e o exercício pleno da cidadania, além da redução da(s) morbidade, limitações em geral e mortalidade evitável.

Ao voltar-se para a melhoria da qualidade de vida de pessoas e coletividades, a PS lida com questões de grande complexidade pela varie-

dade de contextos, recursos, necessidades, demandas e pelo dinamismo da vida social. Busca-se o êxito das intervenções, o que demanda a mobilização de recursos e metodologias eficientes e eficazes, adequados aos seus objetivos, contextos de vida e diferentes cenários.

Processos de monitoramento, avaliação e pesquisa devem necessariamente integrar todas as intervenções de PS, não apenas para aferir resultados, mas também para viabilizar o desenvolvimento de metodologias, proporcionar visibilidade aos processos de implementação e regulá-los, no sentido de favorecer o seu êxito e aprimoramento, bem como buscar sua sustentabilidade. Enfatiza-se fortemente a necessidade da criação de uma cultura de avaliação das práticas sociais, que inclua a definição de indicadores, capazes de expressarem com clareza os resultados alcançados.

Sendo as desigualdades ainda tão marcantes na maior parte da América Latina, a busca da equidade é sem dúvida um imperativo da PS. Nesse sentido, recomenda-se a incorporação de indicadores que contemplem avanços em sua concretização nos processos avaliativos, de tal modo que aos valores da efetividade seja agregada uma crescente condição de equidade. A preocupação com a redução das disparidades em saúde confere ao empoderamento não apenas um fim em si mesmo, mas uma ferramenta estratégica para a efetividade da PS. Significa dizer que, na medida em que se desenvolvem mecanismos participativos, exercita-se a cidadania em busca de autonomia.

É recomendável o aumento das investigações sobre participação social em projetos e programas de PS para melhor qualificar a influência dos cidadãos nas políticas públicas sociais. Processos de educação popular



e formação política com caráter dialógico podem auxiliar no desenvolvimento de habilidades de negociação e na ampliação do poder da sociedade civil em sua relação com o Estado.

Considerando-se que as ações de PS, por sua própria natureza, demandam a integração dos movimentos sociais e das múltiplas redes sócio-políticas existentes, é destacada a necessidade de criarem-se espaços e fortalecer os existentes para a troca de experiências e opiniões, inclusive através do debate em diferentes fóruns participativos. O programa desenvolvido pelo NUSP/UFPE ratifica algumas conclusões e aponta recomendações, enfatizando a inter-relação entre intervenção/mobilização, pesquisa e construção ou fortalecimento de políticas como um importante indicador para avaliar a efetividade em PS. Foi relevante a utilização da pesquisa de avaliação do capital social caminhando juntamente com a intervenção e, também, definindo e modulando essa intervenção (participativa) em parceria com a gestão estadual e municipal. Tal trajetória proporcionou visibilidade às mudanças no processo de organização, participação, confiança, solidariedade e busca de equidade por parte da população. Um protocolo de análise desenhado a partir de oficinas, entrevistas e grupos focais realizados com a população confirmou fatores antes já admitidos como positivos, permitindo ainda a identificação de outras categorias como a polarização político-partidária, que se mostrou desfavorável e fator agravante de condições de discriminação e exclusão. A experiência do agreste pernambucano aponta para a necessidade de conhecimento prévio do contexto e das capacidades individuais e coletivas num nível micro-local (comunidades) e que esse conhecimento sirva, também, para delinear e monitorar o processo. Outras recomendações são: compartilhar o conhecimento construído

de forma participativa; utilizar metodologia participativa e afirmativa de ação e reflexão nos contextos individuais e coletivos visando à mudança dos determinantes sociais e econômicos; e construir políticas públicas locais e regionais a partir dessas ações e seus resultados. O apoio recebido de atores externos não comprometidos diretamente com a gestão governamental e a presença da universidade mostram-se como importantes fatores de empoderamento da população local nos municípios estudados.

Deve também ser destacada na experiência do Agreste Pernambucano, a parceria entre a Universidade e a Secretaria de Planejamento do Estado buscada graças ao processo avaliativo, resultando em ampliação da intersectorialidade que permitiu envolver efetivamente gestores de outros setores (além da Saúde) na implementação e fortalecimento da intervenção.

O processo de construção da intersectorialidade não está isento de conflitos, contradições e problemas. A experiência concreta em Curitiba demonstra claramente a necessidade de criar espaços de compartilhamento de saber e poder no processo avaliativo, de construir novas linguagens e novos conceitos, e desenvolver capacidade de escuta e negociação.

As discussões sobre efetividade presentes neste capítulo vêm reforçar a recomendação de se aprimorar e investir em pesquisas avaliativas que permitam dar visibilidade aos processos de intervenção e resultados da PS, envolvendo a participação de diferentes atores e a utilização de múltiplas estratégias.

Concluindo, convém acentuar que um dos desdobramentos importantes do debate sobre efetividade da PS é a fundamentação de reivindicações e propostas de políticas públicas e sua implementação ou reafirmação, que venham a justificar e provocar a criação de



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

condições para o melhor equacionamento de questões fundamentais como a superação da pobreza, a equidade e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO (2003). Pro-GT Promoção da Saúde e DLIS: De Negri F^o A, Zancan L, Lemos M.S. et al, Delineando um Marco Conceitual para a Promoção da Saúde e de Qualidade de Vida, Fórum Social Mundial, Porto Alegre, 23/01/2003.
- Abrantes-Pêgo, R (1999). Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil. *Salud Pública de México*, 41 (6): 466 - 474.
- Arai, VJ (2002). Análise de um processo participativo na experiência de implantação de um projeto município saudável. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. In: Aranha, M.L.A. 2003. História da Educação. São Paulo: Editora Moderna 2^a ed.
- Aro, AA, Van den Broucke, Rätty, S (2005). Un consensus européen pour développer des outils d'évaluation et d'analyse des données probantes et améliorer la qualité de la pratique en promotion de la santé. *Promotion & Education, European Project Getting Evidence into Practice. IUHPE/UIPES (1) 2005 - Edition especial: 45-46.*
- Bernstein, E, Wallerstein, N, Braithwaite, R, Gutierrez, L, Labonte, R, Zimmerman, M (1994). Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Education, Qly*, 21:281-294.
- Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.
- Comaru, FA, (2004). Políticas de habitação e desenvolvimento urbano em municípios saudáveis: o caso de Bertioga - São Paulo. São Paulo. Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Cortes, SM (1996). As origens da idéia de participação na área de saúde. *Saúde em Debate*, 51: 30 - 37.



- Demo, P (2001). Participação e avaliação: projetos de intervenção e ação. In: Sorrentino, M. (Org.), *Ambientalismo e participação na contemporaneidade*. São Paulo: EDUC/FA-PESP, p. 163-184.
- De Salazar, L (2004). *Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud. Guia de Evaluación Rápida*. Santiago de Cali, Colômbia: CEDETES/CDC/OPAS.
- Feuerwerker, L, Costa, H (2000). Intersetorialidade na REDE UNIDA. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.2, p.22-35.
- Franco de Sá, R, Yuasa, M, Pincovsky, S, Melo Filho, DA (2005). Healthy municipalities and the Inclusion Social in the Northeast of Brazil. Julho 2005. 14th InterUniversity Consortium for International Social Development Symposium. Recife, In www.iu-cisd.org/brazil/2005.
- GPHPE – Global Programme on Health Promotion Effectiveness, (2003). *Promoting Effective Health Promotion. The IUHPE Plueprint*. In www.iuhpw.org/english/projects-project2.
- Gohn, MG (1997). *Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Loyola.
- Gohn, MG (2002). *Papel dos conselhos gestores na gestão pública. Informativo CEPAM. Conselhos municipais das áreas sociais*, 2ª ed., 1(3): 7 - 16.
- Gohn, MG (2003). *Associativismo civil, conselhos de gestão na saúde e as cidades brasileiras*. In: Rassi Neto E, Bógus CM. (Orgs.) *Saúde nos grandes aglomerados urbanos: uma visão integrada*. OPAS, Brasília (DF): 41 - 65.
- Labra, ME, Figueredo, JSA (2002). *Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos Conselhos de Saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*. 7(3): 537 - 547.
- Last, J (Ed.) (1988). *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford Medical Publications, Oxford University Press, 2ªnd. Ed. New York.
- MacQueen DV, Anderson LM (2004). *Utiliser des données probantes pour évaluer l'efficacité de la promotion de la santé : quelques enjeux fondamentaux*. In *Promotion & Education, Efficacité de la promotion de la santé*, IUHPE/UIPES, 1. 2004 Edition Especial : 11- 16.
- Malta, D (2005). *Política Nacional de Promoção da Saúde e Avaliação. Monitoramento e Avaliação de Promoção da Saúde no Brasil, 12/5/2005. I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde*. Rio de Janeiro : UIPES/ORLA-BRASIL, ENSP/FIOCRUZ, ABRASCO. In www.abrasco.org.br.
- Malik, AM (1997). *Cidades saudáveis: estratégias em aberto*. *Saúde e Sociedade*, 6(2): 19 - 30.
- Ministério da Saúde, Brasil, (1996). *Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Bogotá*. Trad.: Luiz Eduardo Fonseca. Fundação Oswaldo Cruz/IEC (Informação, Educação e Comunicação, Brasília, DF.
- Mendes, R (2000). *Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiaí e Maceió*. São Paulo, Tese de Doutorado, FSP, Universidade de São Paulo.
- Minayo, MC, Assis, SG, Souza, ER (Org) (2005). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

- Moysés, SJ, Moysés, ST, Krempel, MC (2004). Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3) 627-641.
- Narayan, D (2002). Empowerment and poverty reduction: a sourcebook. World Bank.
- Nutbeam, D (2000). Eficácia de la Promoción de la Salud – Las preguntas que Debemos Responder. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud, 1-11. Madrid: Ministerio de la Salud y Consumo.
- Nutbeam, D, Wise, M (1996). Australia: planificación para una salud mejor. In Promoción de la salud: una antología. Publ. científica 557, Organización Panamericana de la Salud.
- O'Neill, M (2004). Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé: d'où vient-il et pourquoi est-il si important? Promotion & Education, Efficacité de la promotion de la santé. IUHPE/UIPES (1) 2004 Edition Especial, 6-9.
- OPAS. Organización Panamericana de Saúde, (1999). Guia metodológico para avaliação participativa.
- OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde (2003). Municípios e Comunidades Saudáveis: Guia dos Prefeitos para Promover Qualidade de Vida. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde.
- OPS. Organización Panamericana de la Salud (2002). La Salud Pública en las Américas: Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington DC.
- Penna Firme, T. Avaliação em rede, 2003. In: <http://www.rits.org.br>.
- Pereira Lima V.L.P.G. e cols, (2004). Perspectivas na Avaliação em Promoção da Saúde, Análise da eficácia de programas sociais de promoção da saúde realizados em condições macroestruturais adversas. Rio de Janeiro : ABRASCO, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol 9 (3) julho/setembro, 679-696.
- Potvin, L (2005). Conflicting Values for Evaluation : Effectiveness or Equity, Conceitos e Abordagens em Promoção da Saúde. I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde, 12/5/2005. Rio de Janeiro : UIPES/ORLA-BR, ENSP/FIOCRUZ, ABRASCO, In www.abrasco.org.br .
- Presoto, LH (2004). A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga: possibilidades de articulação. São Paulo, Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Presoto, LH, Westphal, MF (2004). A participação social na atuação dos Conselhos Municipais de Bertioga - SP. *Saúde e Sociedade*, 14(1): 68-77.
- Prévost, P (2001a). Le développement local: contexte et definition. Sherbrooke: Université de Sherbrooke, IRECUS. Cahiers de recherche: IREC 01-03.
- Prévost, P (2001b). Les dimensions et processus du développement des collectivités locales. Sherbrooke: Université de Sherbrooke, IRECUS. Cahiers de recherche: IREC 01-05.
- Westphal, MF, Mendes, R (2000). Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade. *RAP*, 34 (6), 47-62.

Capítulo 8 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

Pedro César Cantú Martínez

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, se reconoce que en el tejido social que se organiza alrededor de la salud de los habitantes, se ha logrado distinguir dos etapas muy bien diferenciadas. La primera de ellas se distingue por problemas de salud en las que predominan las enfermedades infectocontagiosas –como son diarreas, tuberculosis, entre otras– y en la segunda, se observa un despunte de los accidentes y las enfermedades crónicas no transmisibles, ejemplificadas por las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus, obesidad, por citar algunas.

Esto ha conllevado que en la actualidad que el concepto de Salud Pública conciba un sinnúmero de acciones que se constituyen como una respuesta organizada por la sociedad y que están dirigidas a grupos focales vulnerables de nuestra población, con el propósito de salvaguardar la salud de los individuos y de

la misma colectividad; estas actividades comprenden prácticas de fomento y protección a la salud –que conocemos como promoción de la salud– así como acciones de restauración de la salud de la población (Cantú-Martínez, 2007).

Sin embargo en las últimas décadas numerosas actividades del modelo biomédico realizadas con enfoque de carácter individual, no han dado los resultados deseados. Lo que conlleva que con mayor frecuencia se advierta que las estrategias de promoción de salud deben discurrir con una perspectiva social de carácter comunitario, que conlleve a obtener de manera objetiva y equilibrada, respuestas reales y resolutivas a la salud de los ciudadanos (Restrepo y Málaga, 2001). En esto, se reconoce por nuestra sociedad que la situación de salud vigente en las colectividades humanas está inexorablemente atada al contexto histórico-cultural de la población y de los procesos de desarrollo imperantes, con lo cual se reconoce que los estilos



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

de vida, comportamientos sociales, medio ambiente y educación son significativos.

Es en este marco de referencia holístico que la promoción de la salud, contempla acciones que favorecen el desarrollo y participación comunitaria, y el posicionamiento a una educación, así como de una seguridad económica por parte de los núcleos poblacionales, todo esto, circunscrito en políticas públicas armónicas de acuerdo a los objetivos de salud trazados por los organismos de índole gubernamental.

PRECEDENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las situaciones de orden social predominantes en el contexto mundial durante el pasado siglo XX, produjeron profundos cambios que conllevaron secuelas en los estilos de vida de las personas en el mundo; que se caracterizó por conductas de riesgo que afectaron significativamente, entre otros aspectos, la esperanza y calidad de vida de los individuos, a través de sucesos de violencia, uso y abuso de sustancias adictivas, la proliferación de enfermedades crónicas no transmisibles y la desviación de los patrones de consumo de alimentos, entre otros aspectos.

Ante estas situaciones, y el fracaso del modelo biomédico, fue necesario dar paso a un nuevo paradigma, denominado promoción de la salud; esta nueva postura contempla una connotación holística, que armoniza entre las necesidades básicas y las aspiraciones que toda sociedad tiene de una mejor calidad de vida, con componentes que se yerguen como el respeto, vigilancia y equidad social en materia de salud (OPS, 2001).

La Carta de Ottawa sobre la Promoción de la Salud promulgada en 1986, la define como el acto de *“proporcionar a los pueblos los medios*

necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS, 1986). Esto es, que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. En otras palabras, promulga la reducción de los factores de riesgos y promueve las situaciones que resulten favorables para la procuración de la salud de las personas. De esta manera marca una serie de prácticas a seguir, para influir sobre los factores que establecen el grado de salud de una colectividad, como lo son:

1. Elaboración de una política pública sana;
2. Creación de ambientes favorables;
3. Reforzamiento de la acción comunitaria;
4. Desarrollo de las aptitudes personales y
5. Reorientación de los servicios sanitarios.

De esta manera se suscitaron otras reuniones que siguieron después de la realizada en Ottawa, Canadá por la Organización Mundial de la Salud (Restrepo, 2002b; Werner-Sebastiani, *et. al.*, 2002); en ellas se erigieron nuevas declaraciones y planteamientos relevantes y complementarios. Entre estas tenemos la Conferencia de Adelaida (Australia) en 1988, que centro su esfuerzo intelectual en tratar los temas relacionados con las políticas públicas saludables, explorando con mayor profundidad sus implicaciones en nuestra sociedad; la Conferencia de Sundsvall (Suecia) en 1991, que su temática central fue el abordar los ambientes favorables para la salud, en donde se evidenció que los factores perjudiciales para la salud se constituían hasta ese momento en el deterioro de los recursos naturales, la presencia de una alimentación inadecuada, la presión ejercida por el crecimiento demográfico, además de los múltiples conflictos armados; la



Conferencia de Santa Fé de Bogotá (Colombia) en 1992, que focalizó su tópico en tratar los asuntos relacionados con la promoción de la salud y la equidad; la Conferencia de Trinidad y Tobago en 1993, que trató los abordajes de la promoción de la salud en el Caribe; hasta llegar a la Conferencia de Jakarta (Indonesia) en 1997, de la que emana una declaración que plantea una confirmación de las estrategias difundidas en Ottawa, pero que añadió un enfoque integral que involucro la necesidad de abatir la pobreza, considerando relevante además, el fortalecer la participación de sectores privados y la concertación de acuerdos estratégicos entre los diferentes actores, con el fin último de adecuar la promoción de la salud a los nuevos retos que planteaba el siglo XXI; la Conferencia de la Ciudad de México (México) en el 2000, cuyo tema central fue hacia una mayor equidad, que tuvo el propósito de analizar el impacto de las acciones para mejorar la salud y la calidad de vida de las colectividades que se hallan en escenarios socio-ambientales desfavorables; y finalmente la Conferencia de Bangkok (Tailandia) en el 2005, cuyo tema central fue los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria, y cuyo objetivo estaba encaminado a reducir las brechas existentes entre las desigualdades en materia de salud. Como se observa en este contexto, los resultados de las reuniones realizadas en el concierto internacional sobre promoción de la salud, ponen de manifiesto el compromiso existente entre las naciones; además se constituye en la memoria documental de nuestra sociedad con el fin de fortalecer, en un carácter unificador, el mejoramiento del nivel de salud y de calidad de vida de los diferentes grupos sociales en el mundo.

DEFINICION DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud se ha convertido en un tema de carácter internacional que está estrechamente relacionado con el accionar de la salud pública, y que implica una participación multidisciplinaria, donde su objetivo central es la búsqueda permanente de escenarios colectivos o individuales, donde se logre un mayor bienestar con una premisa de equidad social y entorno saludable. El concepto de promoción de la salud se utilizó por vez primera por Sigerist en 1945, al aseverar que *“la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”* (Restrepo, 2002a). Sin embargo, existe el consenso mundial que fue a partir de 1974, cuando Marc Lalonde, presentó su informe titulado *“Una Nueva Perspectiva en la Salud de los Canadienses”* que utilizó por primera ocasión el concepto de *“promoción de la salud”* con un rigor político y como una estrategia de salud (Solís-Urdaibay, 2006). Por lo tanto es importante considerar el poder definir y delimitar la promoción de la salud, mediante el conocimiento operativo de diferentes autores u organismos:

Carta de Ottawa (OMS, 1986)

“Consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”

OPS/OMS (1990)

“Es la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”

Hancock (1994 cit. por Restrepo, 2002b)

“Es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder”



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Kickbusch (1994 cit. por Restrepo, 2002b)

“Trata de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud”

Cerqueira (1996)

“También se conoce por promoción de la salud comunitaria, encierra nuevos conceptos, tiene su propia terminología y requiere un conjunto especial de habilidades y destrezas....debe desplegarse en el contexto de las decisiones económicas, sociales y políticas y convertirse en un movimiento popular con una amplia participación social”

Nutbeam (OMS, 1998)

“Es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, y de ese modo mejorar su estado de salud”

Castro Ramírez (2002)

“Representa un proceso que habilita a los sujetos para el mejoramiento y/o control sobre la salud, fortaleciendo el autocuidado, las redes de apoyo social, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y de creación de ambientes favorables a la salud”

Aliaga Huidobro (2003)

“Pone de relieve la consideración de que la salud hay que entenderla como una realidad social compleja y como un proceso social-político y no circunscrita solo a una atención médica reparativa”

Cerqueira, et. al. (2003)

“Se ha convertido en una estrategia clave de reducción de la pobreza y la desigualdad en función del contexto social. Los conocimientos epidemiológicos y otros indicadores psicológicos, antropológicos, etnográficos, de educación y de comunicación de tipo cuantitativo y cualitativo

han fortalecido este concepto”

No obstante las previas enunciaciones aludidas reconoceremos la que observa en la declaración de la Carta de Ottawa y que prevalece en el concierto internacional promovida por la Organización Mundial de la Salud, en la que se observa la importancia de la promoción de la salud en un marco de participación intersectorial para mejorar los factores determinantes de la salud y empoderamiento de las colectividades, y donde la equidad y la eliminación de la pobreza son parte preponderante, y prevalecientes en las otras delimitaciones semánticas (Sapag y Kawachi 2007).

ESCENARIO EN MÉXICO

En todos los países del orbe se ha señalado la necesidad de poner en marcha programas de promoción de la salud, con el objetivo de modificar los comportamientos de la población en un sentido favorable a la salud, y así abatir la mortalidad y morbilidad derivadas de estilos de vida insanos. Este interés surge de los fundamentos de las políticas de educación en salud y políticas saludables que fueron promovidas en la Declaración de Alma Ata en 1978 y las cuales fueron ratificadas posteriormente en la Carta de Ottawa en 1986 (Martínez, 2003); que estipula que la promoción de la salud consiste en proveer a la población de los recursos necesarios para mejorar su salud y desplegar un importante control sobre la misma; y que considera adicionalmente que una buena salud es un excelente recurso para alcanzar el progreso personal, económico y social y se constituye en una parte primordial de lo que denominamos hoy en día como calidad de la vida.



Contexto Legal

En México se ha hecho sentir este compromiso, al quedar inscrito en nuestro marco legal en salud elementos jurídicos que fortalecen las políticas de salud pública y fomentan la salud de los ciudadanos. De tal forma que desde el establecimiento del marco constitucional en 1917, la salud pública en México, se ha constituido como una responsabilidad y tarea que le compete al Estado; y por lo tanto ha efectuado acciones relacionadas de manera evidente o secundariamente con lo que ahora nombramos Promoción de la Salud, entre estas encontramos actividades equivalentes, dentro de la esfera de la educación higiénica escolar; fomento de la salud y educación para la salud (Bustamante, 1983; García-Viveros, 2006).

Así por ejemplo, en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (EUM, 2009), se admite el derecho que tiene toda persona a la protección de la salud, y señala, que es en los poderes públicos de carácter federal y a nivel de entidades federativas, las encargadas de tutelar y resguardar este derecho. Por otra parte es en la Ley General de Salud (EUM, 2002), que es la ley que reglamenta este derecho constitucional en México, la que se encarga de tipificar las finalidades de este derecho en su artículo 2, e indicar que entablara, entre otras acciones, aquellas que permitan lograr el bienestar físico y mental de las personas para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, así como favorecer la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana y fortalecer los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que apuntalen al desarrollo social de la población; esto sustentado en la actividad de educación para la salud, y al ejercicio de funciones de prevención y control de enfermedades, acci-

dentos y de los efectos nocivos de los factores ambientales, como muestra en su artículo 3, entre otras materias. Así mismo la Ley General de Salud (EUM, 2002) en su artículo 110 y 111, advierte que la promoción de la salud tiene por objeto *“crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y promover en el individuo los valores, actitudes y conductas adecuados para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva”*; indicando que las áreas que comprende esta son la educación para la salud, nutrición, control de los efectos nocivos del ambiente en la salud, la salud ocupacional y el fomento sanitario.

Actualmente, quedan plasmados estos compromisos sociales en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012 (Secretaría de Salud, 2008a), el cual tiene como finalidad apuntalar los objetivos nacionales inscritos al principio rector denominado Desarrollo Humano Sustentable que aparece en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012 (EUM, 2007); y así asegurar que la población en México, consiga satisfacer una de sus necesidades más esenciales, como es la salud, y que con ello les permita ampliar la oportunidades reales de una vida plena. El PROSESA 2007-2012 plantea cinco objetivos, que atienden los retos actuales que en salud enfrenta nuestra nación: 1. Mejorar las condiciones de salud de la población; 2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; 3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad; 4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y 5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país (Secretaría de Salud, 2007; Secretaría de Salud, 2008a)



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Para el cumplimiento de lo antes expuesto se han trazado una serie de estrategias asociadas al Sistema Nacional de Salud, como son: 1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios; 2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades; 3. Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud; 4. Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud; 5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud; 6. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar acabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud; 7. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona; 8. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector; 9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos, y 10. Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios (Secretaría de Salud, 2007).

Programas en Promoción de la Salud

Para enfatizar la promoción de la salud en México, se han estructurado por parte de la Secretaría de Salud cuatro Programas de Acción de promoción de la salud en nuestro país, estos son: 1. Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura; 2. Escuela y Salud; 3. Vete Sano, Regresa Sano y 4. Entorno y Comunidades Saludables (Secretaría de Salud, 2008b; 2008c; 2008d; 2008e). De manera particular el Programa de Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura, se constituye en una iniciativa del Gobierno para auxiliar y vigorizar e Sistema de Salud, al rectificar la posición y accionar del Sistema de Salud centrado en la enferme-

dad, por un sistema orientado al impulso de conductas saludables, en el paciente, y en su entorno cultural y socioeconómico. Mientras el Programa Escuela y Salud traza que los planes escolares bosquejados contengan acciones que susciten el acogimiento de estilos de vida sanos y prevengan comportamientos de riesgo, en el ámbito de los patrones de alimentación, de las adicciones, actividad física, salud reproductiva e higiene personal. En cambio, el Programa Vete Sano, Regresa Sano, enfatiza sus actividades en la prevención y promoción para una mejor salud de los migrantes y sus familias, al acopiar información con el propósito de orientar, capacitar y comunicar el manejo adecuado de los determinantes de la salud en el lugar de origen, tránsito y destino de los migrantes. Por último, el Programa Entorno y Comunidades Saludables, agrupa la exitosa práctica de políticas saludables sostenibles que tiene la iniciativa de Municipios Saludables en México, que favorece que las autoridades municipales, simultáneamente con el apoyo de los diferentes sectores de la sociedad y de la propia comunidad, precisen, prioricen y aborden soluciones para modificar sus determinantes en salud, que conlleven a desarrollar y aumentar los ambientes propicios para la salud.

Derrotero en Salud

La salud de la población en México, se ha constituido en un fin de carácter prioritario en la agenda política del gobierno, ya que se le reconoce por su valor esencial e importante para el desarrollo social y económico de nuestro país. Actualmente se trabaja por cumplir los compromisos globales para mejorar salud, contribuir a la equidad y reducir la pobreza, como fue establecido en las metas acordadas en la Reunión Cumbre del Milenio, desarrollada por la Organización de las Naciones Unidas en el año 2000 (WHO,2000). En este orden

Tabla 1. Indicadores de Salud en México

INDICADOR/AÑO	2000	2003	2006
Esperanza de vida (mujeres/hombres)	74 (76.5/71.6)	74.9 (77.4/72.4)	75.7 (78.1/73.2)
Tasa de Fecundidad (hijos/mujeres)	2.4	2.21	2.1
Mortalidad General (mujeres/hombres) por 1,000 habitantes	4.3 (3.8/4.8)	4.5 (4.0/5.0)	4.6 (4.1/5.1)
Mortalidad Infantil (por 1,000 nacidos vivos)	18.2	16.5	15.1
Mortalidad Perinatal (por 1,000 nacidos vivos)	24.6	22.6	21.7
Razón de Mortalidad Materna (por 1,000 nacidos vivos)	72.6	65.2	60
Mortalidad en < de 5 años por Diarreas/Insuficiencias Respiratorias Agudas	30.4/51.6	24.9/42.0	17.8/36.2
Mortalidad por Neoplasias malignas de útero/mama por 100 000 mujeres de 25 años y más	21.5/14.3	18.8/14.8	16.8/15.8
Mortalidad por Diabetes mellitus (mujeres/hombres) por 100,000 habitantes	46.4 (51.0/41.7)	56.8 (61.8/51.6)	63 (67.4/59.6)
Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio (mujeres/hombres) por 100,000 habitantes	96.6 (97.5/95.7)	103.2 (102.6/103.8)	103.6 (101.2/106.1)
Mortalidad por enfermedad isquémica (mujeres/hombres) del corazón por 100,000 habitantes	43.5 (39.4/47.6)	48.7 (43.5/54.0)	49.7 (43.7/55.8)
Número de defunciones por Tuberculosis	3,463	3,286	2,284
Número de defunciones por SIDA (Mujeres/Hombres)	640/3,555	766/3,837	853/4,067

de ideas, México semejante a otras naciones en el mundo, en el marco de sus instituciones que participan en el Sector Salud, han acogido desde su configuración el empleo y aplicación de prácticas y técnicas ceñidas íntimamente al campo de la Promoción de la Salud. En este aspecto, se encuentran desde sus inicios las campañas de vacunación y de planificación familiar o bien, las campañas para dar la batalla

contra las enfermedades infecto contagiosas, entre ellas las diarreas; además conjuntamente se fortalece el empleo y el uso de medicamentos y vacunas en nuestra sociedad, al mismo tiempo, se utilizan métodos masivos y personalizados de comunicación de información en salud para mostrar a la población la importancia de acoger medidas preventivas y la necesidad de contar con una serie de activi-

PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

dades de promoción organizadas, para apoyar y procurar una mejora calidad de vida (Rodríguez Cabrera, 2006).

Es a partir de la adopción de estos principios de promoción de la salud y la realización posteriormente de acciones en atención primaria de salud, que se principia y emprende en México, una época novedosa, que contrajo cambios necesariamente, que repercutieron, en los aspectos teóricos y operativos del concepto de comunidades saludables en nuestro país; que sobrellevo una nueva conceptualización de la promoción de la salud con programas acordes con planteamientos derivados de los marcos referenciales y declaraciones las reuniones internacionales en promoción de la salud.

En este sentido, se ha observado en nuestro país, una disminución en la base piramidal de la población, que ha sobrellevado un aumento en los grupos de adolescentes, adultos y adultos mayores (mayores de 65 años); producto esto de las políticas poblacionales y de los programas definidos en salud, que han conllevado como resultado un aumento en la esperanza de vida y un descenso en la fecundidad, sin embargo se ha sucedido un aumento en mortalidad general, esta última, caracterizada actualmente por enfermedades crónicas, degenerativas y no trasmisibles. Mientras en lo que refiere a mortalidad infantil, esta se ha reducido de manera relevante conjuntamente con la mortalidad materna (Ver Tabla 1) (OPS y Secretaría de Salud, 2000; OPS y Secretaría de Salud, 2003; OPS y Secretaría de Salud, 2006; Solís-Urdaibay, 2006; Secretaria de Salud, 2007). Hacia fines de la década de los noventas se observo un comportamiento de las enfermedades en nuestro país que se caracterizo por la simultaneidad de enfermedades infecciosas, conjuntamente con un predominio de enfermedades de orden metabólico, cardiovascular y degenerativas las cuales hoy en día

están en aumento en su mortalidad (ver Tabla 1) (Secretaria de Salud, 2007), con la presencia de padecimientos reemergentes y que se les consideraba con anterioridad controladas, como la tuberculosis, que se le asocio a la presencia del síndrome de inmunodeficiencia humana, el cual a su vez, es una enfermedad considerada como emergente, por su carácter reciente y cuyo signo es que se ha convertido por su gravedad y distribución mundial en una epidemia (Solís-Urdaibay, 2006). Estas son exacerbadas por el reconocimiento de factores de riesgos muy relevantes y aún presentes en nuestra población como son: estilos de vida no saludables, peso bajo al nacer, prácticas sexuales inadecuadas, hipertensión arterial, consumo de alcohol y tabaco, mal alimentación, obesidad, altos niveles de colesterol, por citar algunos (Secretaria de Salud, 2007).

Colaboración Técnica

Nuestro país, se ha distinguido por contar con una voluntad política y espíritu de colaboración entorno a lo concerniente a la salud, especialmente en el fomento y educación sanitaria, que es palpable a través de la cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud, en diversos rubros como en las iniciativas de municipios saludables y escuelas promotoras de salud, y la conformación de consejos, comités y grupos donde confluyen autoridades gubernamentales e instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, para convenir actividades y el cumplimiento de las responsabilidades que emanan en el escenario a la promoción de la salud (Solís-Urdaibay, 2006). Esto también es fehaciente en la existencia del Sistema de Cartillas Nacionales de Salud por grupos de edad, que incluye la cartilla nacional de vacunación en infantes, de la mujer, el hombre y del adulto mayor (Durán Fontes, 2006).



Sin embargo, es esencialmente evidente en el acopio de información para la clasificación y seguimiento de eventos de importancia nacional e internacional que pueden afectar la salud de la población, entre estas coordinaciones se encuentra en la prevención y control de enfermedades transmisibles y epidémicas, como es el caso del virus del Nilo Occidental (VNO), donde se ha llevado a cabo entrenamiento a personal técnico calificado de los Laboratorios de Salud Pública para el diagnóstico y vigilancia (Kuri Morales y Santos Preciado, 2003); como también, en el caso del síndrome agudo respiratorio severo (SARS), en el que se organizaron actividades sectoriales y el desarrollo de lineamientos para la vigilancia, prevención y control de esta enfermedad (OPS, 2003); y recientemente con lo acaecido con la pandemia de influenza producida por el virus A-H1N1 denominado así por la Organización Mundial de la Salud, donde el Sistema de Vigilancia Epidemiológico (SVE) en México realizó la detección temprana de grupos inusuales de enfermos por el virus de la influenza, y realizó e implemento acciones donde participaron coordinadamente las instituciones que constituyen el Sector Salud en México, para llevar a cabo de manera oportuna y uniforme la vigilancia epidemiológica de este padecimiento (Uribe, 2009).

CONCLUSIONES

Hoy en día se yergue la Promoción de la Salud como un nuevo escenario en el que se contempla la participación de diversos sectores de la sociedad, toda vez que la salud de una población es producto de múltiples factores, donde el fin último es la búsqueda de mejores condiciones para el desarrollo de la calidad de vida y el bienestar. Desde esta perspectiva la salud se constituye en un objeto de carácter social, la cual es estipulada por los factores

determinantes de la salud, que incluyen las condiciones sanitarias y socio-ambientales existentes y los estilos de vida y capacidad de resiliencia de la población. En este sentido, en México se trabaja intensamente, desde un contexto político y legal, abordando actividades que se focalizan en mantener bien informada a las comunidades de los factores riesgo y determinantes de salud, así mismo, impulsando una política de salud enfocada a la modificación de prácticas de negativas para allegarse una vida saludable tanto individual y colectiva, y conllevando un esfuerzo educativo y de fomento sanitario en el plano de la gestión institucional y comunitaria, donde el principal sello que lo distingue es el involucramiento y la participación social de sus actores.

Es de reconocer de manera particular estos logros que son innegables, para obtener los avances que hasta ahora conocemos, sin embargo todavía resta un prolongado recorrido por transitar para conseguir un país saludable, por razón del empleo y fortalecimiento de la promoción de la salud, que se ha constituido como la gran estrategia de política en salud para procurar y mejorar el nivel de salud de toda la población mexicana, sin embargo, aunque los resultados de este trabajo no se producen inmediatamente, las acciones están encaminadas a mejorar la salud otorgando una autonomía con corresponsabilidad a las personas, al facultarlas y aleccionarlas para reconocer y desempeñar un papel activo en la procuración de su salud individual y en el entorno de la colectividad.



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

BIBLIOGRAFÍA

- Aliaga Huidobro, E (2003). Políticas de promoción de la salud en el Perú: retos y perspectivas Ed. Foro Salud y Observatorio del Derecho a la Salud – CIES, 49 pp.
- Bustamante, M (1983). La salud pública en México de 1959 a 1982, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 18 pp.
- Cantú Martínez, PC (2007). El cometido de la salud pública. México. Serie Tendencias. Ed. Universidad Autónoma de Nuevo León. 56 pp.
- Castro Ramírez, ML (2002). Calidad de vida y promoción de la salud. En (Restrepo, H.E. y Málaga, H.) Promoción de la salud: Como construir vida saludable. Ed. Médica Panamericana. Cap. 4: 56-64.
- Cerqueira, MT (1996). Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos Bol. Ofician Sanit Panam 12(4): 342-347.
- Cerqueira, MT, Conti, C, de la Torre, A, Ippolito-Shepherd, J (2003). La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas. FNA/ANA 33: 36-43.
- Duran Fontes, LR (2006). Educación para la salud. En (Urbina Fuentes, F, Moguel Anchieta A., Muñiz Martelón M.E., Solís Urdaibay J.A.) La experiencia mexicana en salud pública. Ed. Secretaría e Salud, Organización Panamericana de la Salud, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica. Cap XX: 345-354.
- EUM (2002). Ley General de Salud. Tomo I. Ed. Porrúa. 594 pp.
- EUM (2007). Plan nacional de desarrollo 2007-2012. Diario Oficial de la Federación el 31 de mayo de 2007.
- EUM (2009). Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. Actualizada con la reforma a los artículos 75, 115, 116, 122, 123 y 127 publicada en el DOF el 24 de agosto de 2009.
- García Viveros, M (2006). Proyectos en Promoción de la Salud En (Urbina Fuentes, F, Moguel Anchieta A., Muñiz Martelón M.E., Solís Urdaibay J.A.) La experiencia mexicana en salud pública. Ed. Secretaría e Salud, Organización Panamericana de la Salud, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica. Cap XXII: 371-379.
- Kuri Morales, P, Santos Preciado, JI (2003). Síndrome agudo respiratorio severo y la respuesta organizada en México ¿Estamos preparados? Salud Pública de México Vol. 45 No. 3: 157-158.
- Martínez, O (2003). La promoción de la salud. Nemesis médica. Revista Facultad de Medicina 5(3): 158-163.
- OMS (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa (Canadá) 21 de noviembre de 1986, 4 pp.
- OMS (1998). Promoción de la salud glosario. Unidad de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la División de Comunicación, Educación y Promoción de la Salud / Organización Mundial de la Salud-Ginebra (Suiza) 35 pp.
- OPS/OMS (1990). Orientaciones estartegicas y prioridades pragmaticas para el cuatrienio 1991-1994. OPS-OMS, Washington, DC.
- OPS & Secretaría de Salud (2000). Situación de salud en mexico. Indicadores básicos. OPS/Secretaría de Salud.



- OPS (2001). Promoción de la salud en las Américas. Informe anual del Director-2001. OPS-Washington, D.C. 132 pp.
- OPS & Secretaría de Salud (2003). Situación de salud en México. Indicadores básicos. OPS/Secretaría de Salud.
- OPS (2003). Brote de malaria por *Plasmodium vivax* en palm beach, florida; situación de fiebre amarilla en las Américas; virus del nilo occidental (VNO): situación en las Américas. EER Noticias Semanales: Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes, Región de las Américas: Vol. 1, No. 10—12 septiembre 2003. (<http://www.paho.org/Spanish/ad/dpc/cd/eid-eer-12-sep-2003.htm>).
- OPS & Secretaría de Salud (2006). Situación de salud en México. Indicadores Básicos. OPS/Secretaría de Salud.
- Restrepo, HE (2002a). Antecedentes históricos de la promoción de la salud. En (Restrepo H.E. y Málaga H.) Promoción de la salud: Como construir vida saludable. Ed. Médica Panamericana. Cap. 1: 15-23.
- Restrepo, HE (2002b). Conceptos y definiciones. En (Restrepo H.E. y Málaga H.) Promoción de la salud: Como construir vida saludable. Ed. Médica Panamericana. Cap. 2: 24-33.
- Restrepo, HE, Málaga, H (2002). Promoción de la salud: Como construir una vida saludable. Ed. Med. Panamericana 298 pp.
- Rodríguez Cabrera, L (2006). Comunidades saludables. En (Urbina Fuentes, F, Moguel Anchieta A., Muñiz Martelón M.E., Solís Urdaibay J.A.) La experiencia mexicana en salud pública. Ed. Secretaría e Salud, Organización Panamericana de la Salud, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica. Cap XXI: 355-379.
- Sapag, JC, Kawachi, I (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina Rev Saúde Pública 41(1):139-149.
- Secretaría de Salud (2007). Estrategia nacional de promoción y prevención para una mejor salud. Dirección General de Promoción de la Salud / Secretaria de Salud (México). 104 pp.
- Secretaria de Salud (2008a). Decreto por el que se aprueba el programa sectorial de salud 2007-2012. Diario Oficial de la Federación, Jueves 17 de enero de 2008.
- Secretaría de Salud (2008b). Programa de acción específico 2007-2012: Promoción de la salud: Una nueva cultura. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud / Secretaria de Salud (México). 116 pp.
- Secretaría de Salud (2008c) Programa de acción específico 2007-2012: Vete Sano, Regresa Sano. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud / Secretaria de Salud (México). 80 pp.
- Secretaría de Salud (2008d). Programa de acción específica 2007-2012: Escuela y salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud / Secretaria de Salud (México). 106 pp.
- Secretaría de Salud (2008e). Programa de acción específico 2007-2012: Entornos y comunidades saludables Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud / Secretaria de Salud (México). 68 pp.
- Solís Urdaibay, JA (2006). Promoviendo la salud. Un movimiento en espiral ascendente. En (Urbina Fuentes, F, Moguel Anchieta A., Muñiz Martelón M.E., Solís Urdaibay J.A.) La experiencia mexicana en salud pública. Ed. Secretaría e Salud, Organización



PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

Panamericana de la Salud, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica. Cap XIX: 317-343.

Uribe, F (2009). La epidemia de influenza en México ¿Es necesaria una nueva reforma al sistema de vigilancia epidemiológica? Revista Salud Pública y Nutrición Vol. 10 No. 2: 1-5.

Werner Sebastiani, R, Pelicioni, MCF, Chiattonne, HBC (2002). La psicología de la salud latinoamericana: hacia la promoción de la salud. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud Vol. 2, Nº 1: 153-172.

WHO (2000). Health Systems: Improving Performance. The World Elath Report. 153 pp.

QUIÉNES PARTICIPAN

Pedro César Cantú Martínez. Profesor de la Universidad Autónoma de Nuevo León adscrito a la Facultad de Salud Pública y Nutrición (Monterrey, México). Es consultor de la Organización Panamericana de la Salud y de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. Miembro del SNI-CONACYT: Nivel 1. Su línea de investigación es en calidad de vida e indicadores de sustentabilidad ambiental.

María T. Cerqueira. Jefe de la Oficina de Campo México-Estados Unidos de la Organización Panamericana de la Salud.

Hiram V. Arroyo-Acevedo. Catedrático Programa Doctoral en Salud Pública con Especialidad en Determinantes Sociales de la Salud y Coordinador del Programa de Maestría en Educación en Salud Pública, Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Director, Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) para la Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

Amparo Herrera Cárdenas. Médica, Magíster en Salud Ocupacional, Especialidad Salud Pública; Diplomado en Políticas y Gestión de Salud. Quito- Ecuador.

Antonio Albiñana Ferri. Periodista experto en temas Internacionales, Corresponsal de varios medios Suecos y colaborador de medios de comunicación en Colombia.

Cláudia Maria Bogus. Pedagoga, Especialista em Educação em Saúde, Doutora em Saúde Pública, Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, BR.

Deborah Carvalho Malta. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - Brasil.

Dora Cardaci. Graduada de la Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina, recibió su título de maestría en Medicina Social y su doctorado en Antropología Médica de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, México. Fue fundador y jefe de la Unidad de Investigación de Salud y Educación de la Universidad Autónoma Metropolitana, campus Xochimilco, donde actualmente es profesor de tiempo completo y miembro del Sistema Nacional de Investigadores de México. Ha sido consultor de UNICEF, la OPS, la UNESCO y asesor de otros organismos y universidades de América Latina (México).

Edwin Peñaherrera Sánchez. Psicólogo Salubrista, Master en Ciencias de la Promoción de la Salud, Brunel University, UK, Maestría en Salud Pública, Facultad de Salud Pública y Administración. Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú).

Elisabeth Carmen Duarte. Universidade de Brasília (UnB), Brasília - DF, Brasil.

Giselda Sanabria Ramos. Profesor de Salud Pública, Jefe del Departamento de Promoción de la Salud, Universidad Nacional de Salud Pública, Ministerio de Salud (Cuba).

PROMOCIÓN DE LA SALUD, Una tarea y desafío vigentes

- Jarbas Barbosa da Silva Junior. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS – Washington – DC, USA.
- José Maria Arruda. Mestre em Administração. Grupo Assessor da UIPES/ORLA-BR.
- Lydia E. Santiago-Andújar. Catedrática Programa Doctoral en Salud Publica con Especialidad en Determinantes Sociales de la Salud y Programa de Maestría en Educación en Salud Pública, Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.
- Maria Auxiliadora Bessa Barroso. Especialista em Saúde Pública e em Educação em Saúde Pública. Mestre em Educação. Grupo Assessor da UIPES/ORLA-BR.
- Maria de Fátima Lobato Tavares. Doutora em Saúde Pública e Professor Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ. Grupo Assessor da UIPES/ORLA-BR.
- Martha Lucía Gutiérrez. Enfermera, Magistra en Desarrollo Rural, Especialista en Salud Internacional. Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia.
- Nina Wallerstein. Doutora, Diretora e Professora do Mestrado de Saúde Pública, Departamento de Medicina Familiar e Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade de Novo México.
- Nora Zamith Ribeiro Campos. Socióloga, Mestre em Educação. Grupo Assessor da UIPES/ORLA-BR.
- Raúl Choque Larrauri. Educador . Master en Comunicación y Educación. Maestría en Gerencia de Proyectos y Programas Sociales Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú).
- Regina Celi Moreira Basílio Zandonadi. Psicóloga. Comissária da Justiça da Infância, Juventude e do Idoso. Grupo Assessor da UIPES/ORLA-BR.
- Ronice Franco de Sá. Doutora em Educação, Mestre. em Administração da Saúde, Médica Sanitarista, Membro da Academia Pernambucana de Medicina, Coordenadora Geral do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da UFPE e Gerente do Projeto “Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil”.
- Rosa Maria da Rocha. Professora de Educação Física. Centro de Saúde Germano Sinval Faria, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ. Grupo Assessor da UIPES/ORLA/BR.
- Samuel Moysés. Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública, Professor da Pontificia Universidade Católica do Paraná, Assessor da Prefeitura Municipal de Curitiba, BR.
- Sandhi Maria Barreto. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte - MG, Brasil.
- Silvia E. Rabionet-Sabater. Catedrática Asociada Programa de Maestría en Educación en Salud Pública, Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.



Simone Tetu Moysés. Doutora em Epidemiologia e Saúde Pública, Professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Coordenadora do Mestrado em Odontologia, Assessora da Prefeitura Municipal de Curitiba, BR.

Vera Lucia Góes Pereira Lima – Doutora em Educação. Coordenadora da Sub-Região Brasil junto à União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, Sub-Região Brasil - UIPES/ORLA- BR.







PROMOCION DE LA SALUD, Una Tarea y Desafío Vigentes de Pedro César Cantú Martínez, María Teresa Cerqueira e Hiram V. Arroyo-Acevedo, se término de imprimir en Septiembre de 2012, en los talleres de la Imprenta Universitaria. Utilizó en su composición los tipos de Cambria de 24, 14, 13, 12, 10. El cuidado de la edición estuvo a cargo de los editores. El montaje de la edición y el diseño de la portada, estuvo a cargo de Pedro César Cantú Martínez y Mónica Marcela Cantú Rojas.





