

# PROMOCION DE LA SALUD



**Pedro César Cantú Martínez**  
**María Teresa Cerqueira**  
**Hiram V. Arroyo Acevedo**







# **PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**Universidad Autónoma de Nuevo León  
Organización Panamericana de la Salud  
Unión Internacional de Promoción de la Salud  
y de Educación para la Salud**



# **PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**Pedro César Cantú Martínez  
María Teresa Cerqueira  
Hiram V. 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**



Jesús Áncer Rodríguez  
*Rector*

Rogelio G. Garza Rivera  
*Secretario General*

Rogelio Villarreal Elizondo  
*Secretario de Extensión y Cultura*

Celso José Garza Acuña  
*Director de Publicaciones*

Yolanda Elva de la Garza Casas  
*Directora de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*



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



Hiram V. Arroyo Acevedo  
*Director Regional para América Latina/UIPES*

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@seyc.uanl.mx; casadellibro@uanl.mx  
Página web: www.uanl.mx/publicaciones

Primera edición, 2012

© Universidad Autónoma de Nuevo León

© Organización Panamericana de la Salud

© Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud

© Pedro César Cantú Martínez

© María Teresa Cerqueira

© Hiram V. Arroyo Acevedo

ISBN: En trámite

*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 y Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para 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.

### *Forma de citar esta obra*

Cantú Martínez, P.C., Cerqueira, M.T. & Arroyo Acevedo, H.V. (Eds.)(2011). *Promoción de la Salud*. México. Universidad Autónoma de Nuevo León/ Organización Panamericana de la Salud/Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

# CONTENIDO

## **PRÓLOGO / 13**

*María T. Cerqueira*

## **INTRODUCCIÓN / 15**

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

## **Capítulo 1 / 17**

### **ELEMENTOS INTRODUCTORIOS AL CAMPO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

*Dora Cardaci, Hiram Arroyo, Edwin Peñaherrera, Giselda Sanabria*

## **Capítulo 2 / 35**

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

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

## **Capítulo 3 / 67**

### **LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PRESENTE**

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

## **Capítulo 4 / 89**

### **FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

*Hiram V. Arroyo, María T. Borges*

## **Capítulo 5 / 119**

### **FORTALECIMIENTO 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*

## **Capítulo 6 / 147**

### **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 Moys*

## **Capítulo 7 / 167**

### **EDUCACION Y COMUNICACION (EDUCOMUNICACION) PARA LA PROMOCION DE LA SALUD**

*Raul Choque Larrauri, Edwin Peñaherrera Sánchez*

## **Capítulo 8 / 183**

### **PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO**

*Pedro César Cantú Martínez*

## **QUIENES PARTICIPAN / 197**



## PROLOGO



**E**n 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 de estas, incluso del personal 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 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 dependerán, 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 de la  
Organización Panamericana de la Salud  
para Estados Unidos-México*

## INTRODUCCIÓN



**L**a 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 vela 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 encuentro se traducen en decisiones públicas, donde se hace evidente 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 contribución de este documento se escudriña en el presente, la educación para la salud, haciendo manifiesto que el éxito de un programa de educación en salud sustenta su éxito en el uso racional del conocimiento disponible en términos de marcos conceptuales, modelos o teorías. 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. En su cuarto apartado, se estudia la formación de los recursos humanos en promoción y educación para la salud, donde se pone de relevancia el interés institucional existente durante la última década, toda vez, que se ha señalado que la fuerza actual de trabajo en salud pública no esta

capacitada para implementar los enfoques socioecológicos de la promoción de la salud. Generándose así un auge sobre el concepto de competencias, que enfatiza, la incorporación de conocimientos, destrezas y actitudes para la realización de las tareas encomendadas alrededor de la promoción de la salud.

En la quinta 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 sexto título, se aborda la efectividad de las prácticas en promoción de la salud; 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 penúltima aportación de este escrito se explora la educación y la comunicación, como un instrumento para fortalecer la promoción de la salud; al considerar que tanto intervenciones de comunicación para la salud y educación para la salud, se integran de manera

conjunta, con un mismo objetivo, que es hacer asequible los contenidos de promoción en salud a toda persona, evitando con esto las discriminaciones o exclusiones debidas al contexto social, cultural y/o religiosas. 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, sirva para todos los grupos sociales, respondiendo 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.

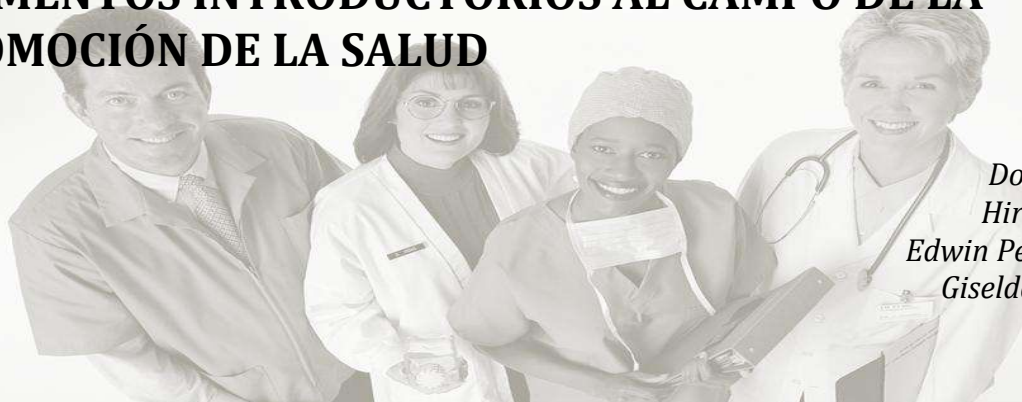
*Pedro César Cantú Martínez  
María T. Cerqueira  
Hiram V. Arroyo Acevedo*

*Editores*



## Capítulo 1

# ELEMENTOS INTRODUCTORIOS AL CAMPO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD



Dora Cardaci  
Hiram Arroyo  
Edwin Peñaherrera  
Giselda Sanabria

### 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; y, 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 consideraba en el listado de los aspectos fundamentales que debe tomar en cuenta un programa nacional de salud, en primer lugar a la educación gratuita para toda la población, incluida la educación para la salud, enseguida destacaba la importancia de las mejores condiciones posibles de trabajo y de vivienda. En tercer lugar hacía referencia a los medios de recreación y descanso y en cuarto lugar proponía un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible a todos, responsable por la salud de la población, capaz de ayudar a mantenerla y restaurarla, cuando la prevención ha fallado. En último lugar subrayaba el papel decisivo que juega el desarrollo de la 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 elaborado por Marc Lalonde, quien en ese momento era Ministro de Salud y Bienestar Nacional de

Canadá. 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 1977, 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 Promoción 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 sociedades.
- 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 salud <sup>1</sup>.

La salud 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 (Supportive environments)

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 fue, precisamente, la creación de “supportive environments”.

El encuentro buscó reunir a aquellos 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” <sup>2</sup>.

El medio ambiente social, desde esta visión, está compuesto por las normas, valores, costumbres, modas, hábitos, prejuicios y creencias de una sociedad. Esto varía enormemente de sociedad en sociedad pues estos aspectos son modulados por los medios masivos de comunicación y son institucionalizados en la familia, la comunidad (la que debe ser definida con base en el factor étnico y en el geográfico) y el país.<sup>3</sup>

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 popularizado 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 el capítulo 6 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”<sup>4</sup>, 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 XXII 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 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* (OPS,1992).

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”*<sup>5</sup>.

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 la promoción de cambios de 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 la población anciana en anticipación al crecimiento acelerado de necesidades y

demandas que experimentará este grupo en los países en desarrollo en 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 del anciano y 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 (ORLA/UIES). 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 bio-médico 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, 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 “*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*”<sup>6</sup>.

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.

El año 1990 fue el último en el que se realizó un congreso panamericano de educación para la salud auspiciado por la UIES. Tanto en Cuba en 1993, en Chile en 1996 y en Brasil en 2002<sup>7</sup> se han desarrollado Conferencias Latinoamericanas que han permitido analizar 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.

En 1997 se 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 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 y otras, 2003)

Finalmente, 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 crítico<sup>8</sup> ya que quienes trabajaban en el campo de la promoción de la salud vieron que se abría la posibilidad de poner en cuestión la *Carta*

*de Ottawa*, propuesta que, a decir de Kickbusch (2005) funcionaba como *una cobija 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.

Es importante señalar que este documento y los elaborados posteriormente para dar seguimiento a los acuerdos de Bangkok (OMS, 2006) 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. (OMS, 2005)

### 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.

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 (Laurell,1997). El carácter histórico y social de las enfermedades se expresa objetivamente en la imposibilidad 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 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 Tannanhill (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 aquellas 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 través 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 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) Recompensa (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).

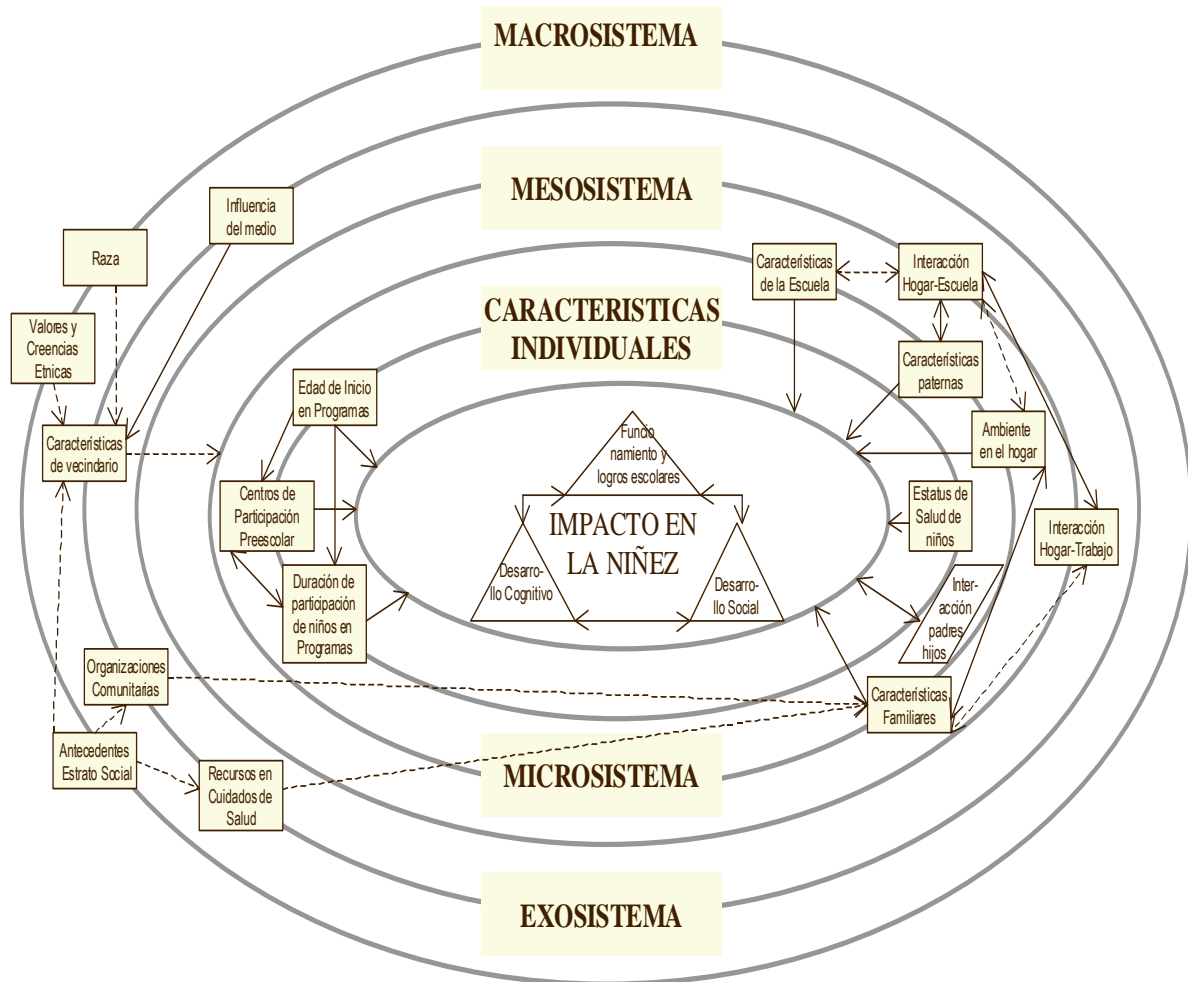
Exosistema: se refiere al entorno social inmediato, a la comunidad ampliada, es decir, instituciones religiosas, educativas, laborales, medios de comunicación, ámbitos en los que la persona puede no estar incluida directamente, pero adonde se producen hechos que la afectan.

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.

# Modelo Ecológico



**Figura 1. Modelo ecológico de la salud**

## PROMOCIÓN DE LA SALUD. UN CONCEPTO EN CONSTRUCCIÓN

La promoción de salud puede ser interpretada 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, cualitativamente superior al tradicional

de la salud pública y es incluso un nuevo paradigma. 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 prevención de la enfermedad y promoción de la salud es necesario señalar algunas diferencias entre ambas. En primer lugar, 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 defensivo <sup>9</sup>.

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 del personal de salud.

Ambas aproximaciones coinciden en algunas 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) <sup>10</sup> 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 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 aquel 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 pues trata acerca de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud. Finalmente la OPS en 1990 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.

¿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) por tanto, a todos los sectores de la sociedad y el medio ambiente.

Es indudable, por tanto, que, como se señala en un documento reciente (OMS,2006) la promoción de la salud es una piedra angular de la atención primaria y una función básica de la salud pública. De allí que el reconocimiento del valor de esa actividad es cada vez mayor debido a la eficacia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades. En consecuencia, se ha logrado construir un amplio consenso respecto a reconocer la estrecha relación existente entre promoción de la salud, salud y desarrollo humano y económico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Almeida - Filho, N (2002) *La ciencia tímida. Ensayos de reconstrucción de la epidemiología*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Arroyo, H, Cerqueira, MT (Ed) (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, Hiram (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 Hors serie).
- 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*, Instituto Nacional de Salud Pública - International Forum for Social Sciences in Health, México .p. 403-413
- Cardaci, Dora, Díaz, Beatriz,(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, M T (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.
- Green, L. & Richard, L. (1993), *The need to combine health education and health promotion: the case of cardiovascular disease prevention*, *Promot Educ.*, 11-17.
- 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.
- 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.* Publicación Científica No. 557. Washington D.C.

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](http://www.rhpeo.org/reviews/2005.html)

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, Junio 1997.

Laurell, A C (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.

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.

OPS/OMS (1992) *Programa de Promoción de la Salud*, Washington.

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 Comité Ejecutivo*, Washington D.C.

OPS/OMS (2001), *Informe Anual del Director. Promoción de la salud en las Américas*. Washington DC.

Peñaherrera Edwin (1998) *Comportamientos de riesgo en adolescentes: una aproximación psicosocial.* *Revista de Psicología* 3(2).

Peñaherrera Edwin (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, Helena (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, Helena; Hernán Málaga.(2001) *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional

Salazar, L, A Vélez, Y Ortiz (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.

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.

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

## NOTAS

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

<sup>2</sup> Kumpusalo, E. ,(1991), *Social Support and Care*, Suecia, The Sundsvall Conference on Supportive Enviroments, p. 92.

<sup>3</sup> UNEP/WHO/NCM (1992) Report from the Third International Conference on Health promotion, Suecia, Peterson & Tillgren Ed, p. 62.

<sup>4</sup> NAKAJIMA, H, (1988) WHO Director - General urges "Grand alliance" for Health Education, WHO Press, Aug. 26 p. 2.

<sup>5</sup> OPS (1992) *Programa de Promoción de la Salud*, Washington, OPS p. 1.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> En el marco de la III Conferencia Regional Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud se elaboró 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. Implica enaltecer los valores de 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 la atención de calidad a las necesidades de la población (Carta de Sao Paulo, 2002).

<sup>8</sup> Ver al respecto los diversos aportes publicados en *Review of Health Promotion and Education on Line*, <http://www.rhpeo.org/reviews> 2005.

<sup>9</sup> Consultar: Gómez Zamudio, Mauricio, 1998.

<sup>10</sup> En la recopilación de algunas de estas definiciones nos basamos en Restrepo, Málaga, 2001.

## Capítulo 2

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

Martha Lucía Gutiérrez  
Antonio Albiñana Ferri  
Amparo Herrera Cárdenas

### INTRODUCCIÓN

**U**n 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”* Heclo 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 y puede ser una oportunidad de dialogo, 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 desde el autor podría decirse que las políticas públicas son el conjunto de actividades post-decisionales o retrospectivas que busca 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 Muller <sup>1</sup> (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 misma (INDES. 2002)<sup>2</sup>. 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. 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 necesariamente 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 involucramiento 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, dialogo 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 debilitamiento de los determinantes sociales de la salud.

---

<sup>1</sup> Muller, Pierre. *“Les politiques publiques”* En: Collection “Que sais-je?” No.2354, 4<sup>a</sup> Edición francesa 2000. Traducción al Español, en 2002 por: Jean Francois Jolly y Carlos Salazar. Editorial Universidad Externado de Colombia, Bogotá.

<sup>2</sup> INDES/BID. Curso básico de Diseño y Gerencia de políticas y programas sociales. Materiales de apoyo en CD room. Washington D.C. 2002.

Las PPS Algunos aportes específicos sobre el tema nos hablan de las políticas públicas saludables como:

*“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 y flotantes, dan el criterio de existencia vital y de desarrollo real del mismo. En este 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 sus 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 Estado<sup>3</sup>, 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 acepción que significa: bienestar y desarrollo, equidad entre género y generaciones, impulso a las capacidades individuales y 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.

Parafraseando 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.

---

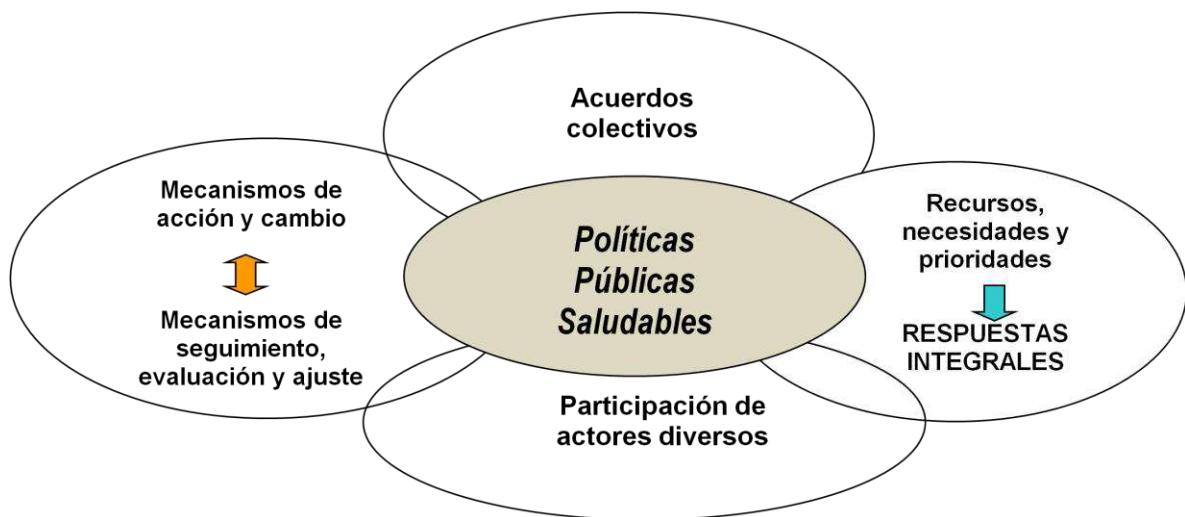
<sup>3</sup> Nos referimos a los actores con representación política formal, y por tanto tienen la responsabilidad de actuar frente a la sociedad. sectores e instituciones públicas que tienen labor y responsabilidad central de conducción, gobierno y administración, por tanto tienen a cargo la búsqueda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

- 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 propósitos 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.



**Figura 1. Políticas públicas saludables y sus componentes**

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

### **El proceso 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 entender la formulación o construcción de una política pública saludable como el 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.

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

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

Estos momentos no son pasos sucesivos, ni lineales, actúan más bien de carácter circular y muchas veces paralelos en el tiempo. Son momentos y procesos diversos para lograr concretar una

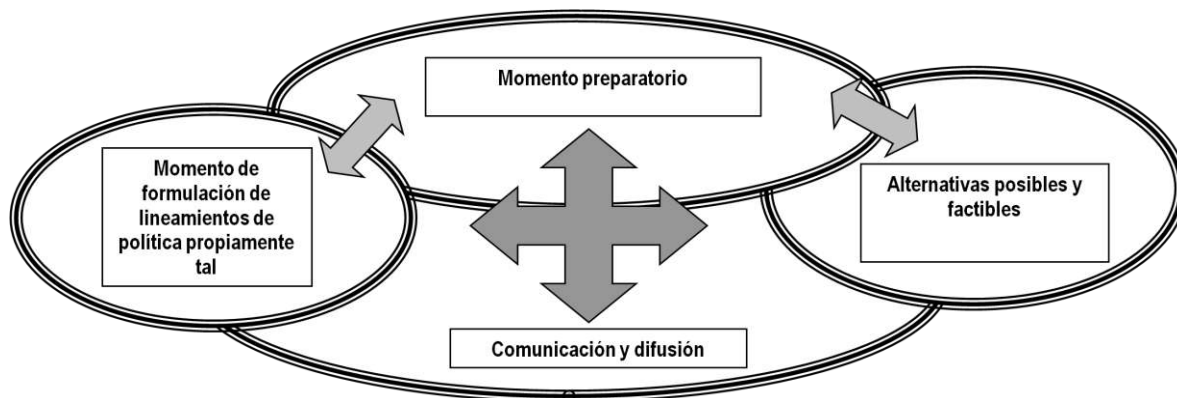
política pública concertada, consensuada y con los sustentos y apoyos necesarios para su implementación.

En este sentido 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 involucramiento 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 y los principios de la democracia participativa. Pero ello los acuerdos iniciales, flexibles por demás, deben actuar como punto cero para el inicio





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

En este momento 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).
- La convocatoria e involucramiento de los mismos. En ello será necesario diseñar 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.

Un análisis inicial de actores ayudará a convocar y congrega esfuerzos, análisis que puede volver a plantearse en el proceso de formulación propiamente tal en cada uno de los objetivos de la política y sus lineamientos.

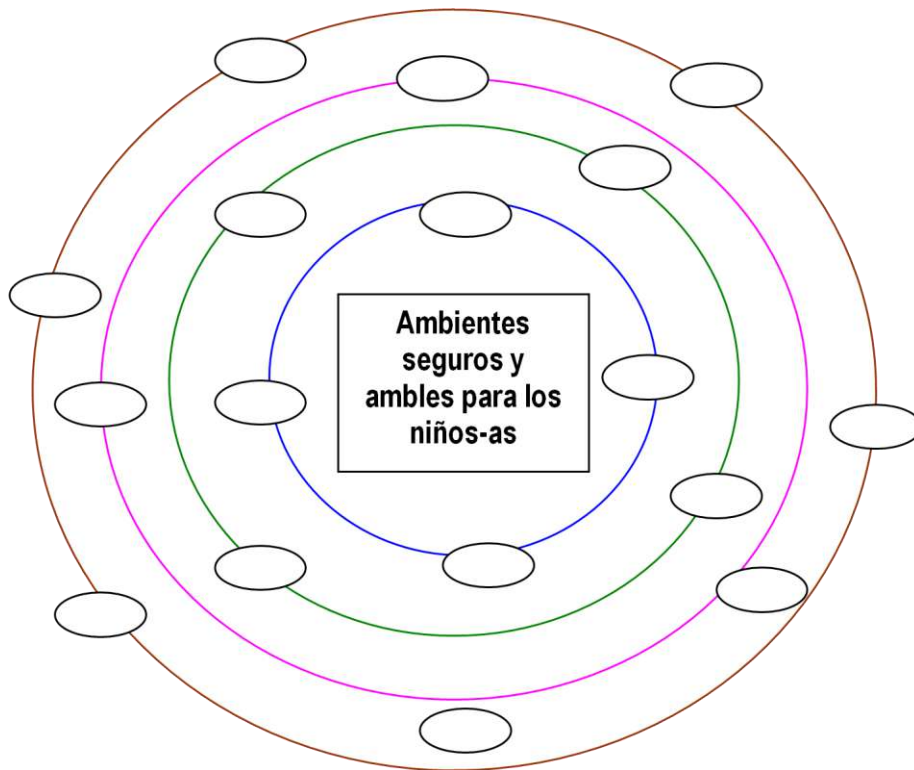
En el momento de formulación de lineamientos de la política propiamente tal es preciso contrastar los datos objetivos y sistematizados, con los datos subjetivos que los actores presentes tienen o manejan en su cotidiano, dado que tanto la experticia formal, como la experiencia vital, generan saber, conocimiento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

El resultado del proceso es fundamental no solo para el producto práctico y concreto sino también para cercar a los actores en 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.



**Figura 3. Propuesta participativa de identificación y análisis de actores<sup>4</sup>**

¿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- 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 asiste? ¿Cómo podríamos amortiguar esta oposición? ¿Qué conocemos o desconocemos de ellos y sus intereses respecto al asunto central de la política pública? Cuarto círculo – más externo.

<sup>4</sup> Wellerstein N, Gutierrez ML, Gonzalez M.- *Curso de Empoderamiento y Participación social. Estrategias para la promoción de la Salud*. En prensa.

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 tiene 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 actuares 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 todos los ciudadanos y los gobernantes por el desarrollo sostenido y creciente de la democracia participativa.

### **IMPLEMENTACION DE LAS POLITICAS 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, 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, 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” (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*.

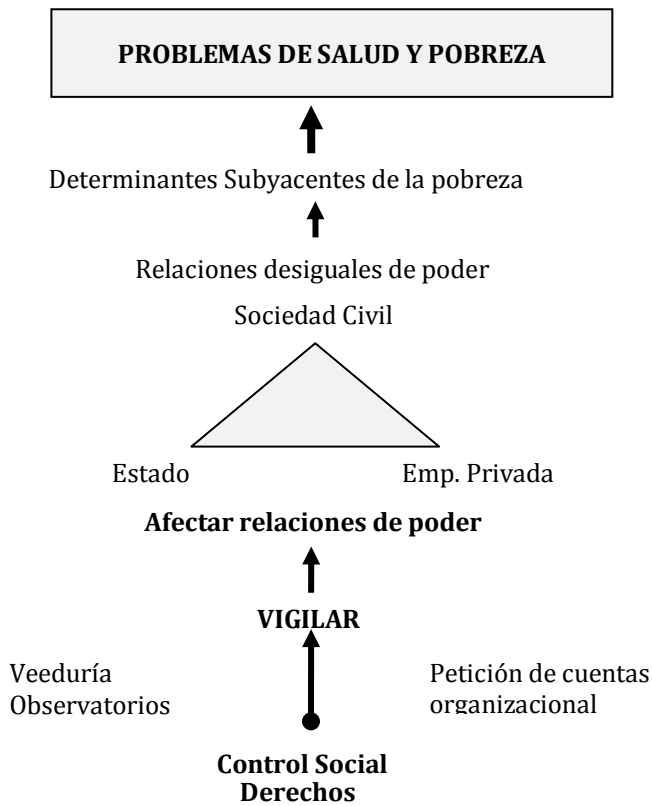
El poder entonces, es la capacidad de decidir sobre los aspectos que afectan la vida propia y de los demás, y es ejercido en lo político pero también en lo cotidiano y el mismo se manifiesta en las relaciones entre los actores, uno de los cuales es el Estado. Pero esas relaciones de poder son desiguales, hay estructuras para 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 siguientes<sup>5</sup>.

---

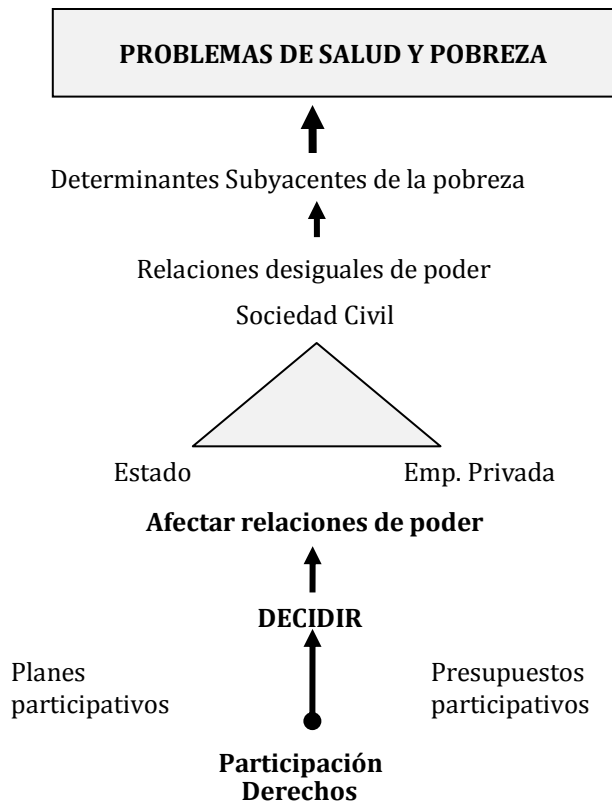
<sup>5</sup> Adaptado a la presentación “Poder y ciudadanía”, CARE Ecuador, 2007



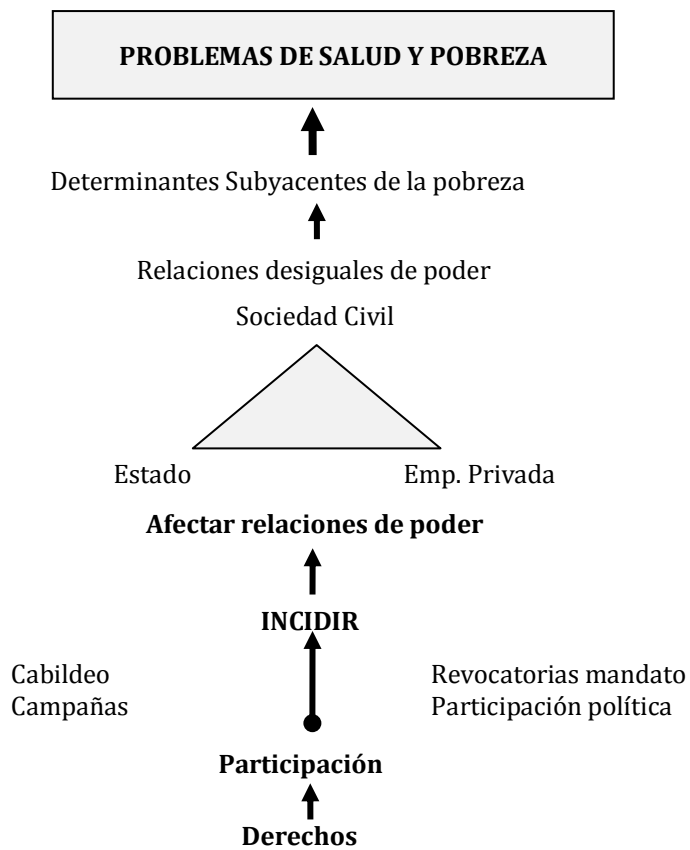
**Figura 4. Abordaje de las políticas públicas**



**Figura 5. Significancia de la vigilancia de las políticas públicas**



**Figura 6. Significancia de las decisiones en el marco de las políticas públicas**



**Figura 7. Significancia de incidir en las políticas públicas**

## **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 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 de 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 empelado, se puede entender como una forma de cualificar y cuantificar la capacidad de “recurso” agregado a la participación de los actores sociales, particularmente 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.

## **LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES Y LOS ODM<sup>6</sup> – 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 ODMs 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 ODMs y las PPS:

- Es un pacto nacional entre el Estado y las varias partes de la sociedad, fruto de un proceso de concertación.

---

<sup>6</sup> ODMs: Objetivos de Desarrollo del Milenio.

- 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 ODMs 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 población.<sup>7</sup>

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 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 objetivos.<sup>8</sup>

### 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 la

<sup>7</sup> Secretaría Nacional de Objetivos de Desarrollo del Milenio, SODEM, Ecuador, Junio 2005

<sup>8</sup> Ibid



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 (A-N Roth, “Políticas Públicas”, 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 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 (Las Políticas Públicas, 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 el 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.
- 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” (1988) 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 o Orlando Fals Borda con la Investigación acción (1985), el Diagnóstico Rural Participativo (DRP) de Robert Chambers (1997) o Farrington y Martín (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) (3) 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 permanecen<sup>9</sup>:

- **¿"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?

---

<sup>9</sup> 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).

### **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 (5):

- 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 logra convertir en un fuerte movimiento y accionar que penetre todos los ámbitos y espacios del desarrollo local y territorial. Para los 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 aun no

logran captar su trascendencia y especial beneficio.

Es por ello que 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. Un pedagogía social y gubernamental orientada a monitorear y propiciar el desarrollo de políticas públicas que aporten al desarrollo de “lo saludable” debe ser un esfuerzo significativo y articulado entre entres 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 si constituye un fin en si 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-as en el área de Promoción de la Salud y Políticas Públicas Saludables de 6 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 saludables. 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 OPS (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 visulización general de las experiencias fueron:<sup>10</sup>:

---

<sup>10</sup> Conclusiones extrañas de la Memoria de la reunión en referencia elaborada por Martha Lucia Gutiérrez y Alejandro de la Torre.

- 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 que debe ser compartido y consensado 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, metodologías 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 PsPsSs debe soportarse en principio 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 RH de 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 es un reto intersectorial e interinstitucional e interactores 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.
- h) ¿Cómo articular a otros actores sociales e institucionales, sensibles a las PsPsSs trascendiendo la visión errada de entender la salud como un asunto solo de los servicios de atención médica?
- i) Quedan preguntas por responder:
  - ¿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?

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

## **BIBLIOGRAFÍA**

Aguilar, L. F. (1992) *La hechura de políticas*. México.

Artigas, C. 2003. *La incorporación del concepto de derechos económicos, sociales y culturales al trabajo de la CEPAL. Reseña de algunas lecturas pertinentes*. División de Desarrollo Social. Serie Políticas Sociales. No.72. pag 5- 45 En: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml>. Chile.

FLACSO, OPS/OMS, Ministerio De Salud De Chile. (2005) *Construyendo La nueva Agenda Social desde la mirada de los Determinantes Sociales de la Salud*. Documento síntesis del ciclo de diálogos democráticos. Faundez, Alejandra, Editora.

Foro Social Mundialtematico (2006). *Enfoques y Estructura del Eje de Derechos Humanos*. Síntesis de conferencias del Foro, Cartagena de Indias. Junio 16 al 20.

Gallego, I. (1999). El enfoque del monitoreo y la evaluación participativa. *Revista Española de desarrollo y cooperación*. N° 4.

García, C. (2002) *Teorías y practicas en promoción y prevención*. En: *La salud pública hoy*. Saúl Franco, editor. Memorias de la cátedra Manuel Ancizar. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Güendel, L. (Sin fecha) *La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos: La búsqueda de una*

*nueva utopía*. Pag.169-218. En: [http://www.cep.cl/UNRISD/refrences/Ref Costa Rica/L 699 politica.pdf](http://www.cep.cl/UNRISD/refrences/Ref%20Costa%20Rica/L%20699%20politica.pdf)

Gutierrez, M. L., 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.

Gutierrez, M. L. (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 D.C.

Mokate, K., & Saavedra, J.J. (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, A.N. (2002) *.Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación.* Edición Aurora. Bogotá.

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.<sup>11</sup>

**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:**

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

<sup>11</sup> Información extraída de la Memoria de la reunión técnica sobre Políticas Públicas Saludables. Bogotá, junio 27 al 29 de 2006.

- Lucha anti-tabáquica.

**Ejemplos de PPS presentados y desarrollados:**

- Control de Ruidos molestos en los barrios.
- Control de consumo de alcohol y tabaco.
- 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 publico para los niños

**Lecciones aprendidas:**

- Las PPS son intervenciones colectivas de mucho impacto y de muy bajo costo.
- Las políticas no son intenciones sino disposiciones concretas que con alta resonancia generan mayores oportunidades para mantener una vida sana.

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:**

- Espacios saludables.
- Prevención y control de la violencia género.
- Actividad física y otros.

**Objetivos de la Política:**

- Democratizar la salud.
- Reorientar los servicios.
- Fortalecer el proceso de reforma en salud.
- Mejorar el desempeño de los programas de salud pública.
- Impulsar el desarrollo de políticas públicas saludables.

**Descripción:**

- 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.
- El proyecto tiene que surgir de un diagnóstico participativo, concertado y consensado.
- El Fondo está a cargo del Ministerio de Hacienda.
- El Fondo aporta recursos (financieros, humanos, otros.) para la implementación de la política:
- A cada Estado se le manda un informe de donde hubo insuficiencias en los proyectos para que mejoren las probabilidades en el futuro.
- Se realiza evaluación y seguimiento: existen reglas de operación e indicadores de

evaluación y seguimiento del fondo.

- Existe una obligatoriedad de informes programáticos y presupuestarios.
- Se asigna un puntaje por logros en prevención de enfermedades y cambios en condiciones de vida.

**Obstáculos:**

- Período municipal corto: 3 años y sin reelección.
- Insuficiente capacidad técnica para el planteamiento técnico de los proyectos en municipios.
- 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.
- Insuficiencia del recurso financiero.

**Logros:**

- Sensibilización de autoridades municipales y la gente respecto a la salud.
- Democratización de la salud y descentralización.
- Poner a la salud en la agenda de los municipios.
- Reorientar los servicios de salud para que trabaje con los municipios.
- 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

- Estudios específicos sobre el tema.
- Más espacios y vías.
- Más multas por contravenciones.
- Más autoridad y policía.
- Más impuestos.
- Control de la velocidad.

**EJES centrales de la política:**

- Transformación ciudadana mediante corresponsabilidad y autorregulación.
  - 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).
- Transformación espacial.
  - Aumento de inversión en vías y transporte masivo.

- Mejoramiento del espacio público y recuperación del mismo.
- Aceras para los peatones.
- Construcción de red de ciclo rutas.
- Medida de restricción de placas para el tráfico vehicular particular y público.
- 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:**

- Experiencia liderada por el Alcalde de Cali.
- Experiencia evaluada con evidencias de resultados positivos e impacto.

**Consideraciones básicas para su montaje:**

- Los Alcaldes son responsables del orden público según la constitución nacional.
- Las armas de fuego son producidas y controladas por la industria militar.

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

#### **Áreas estratégicas de la Política:**

- Fortalecimiento de los sistemas de información sobre crimen y violencia.
- Fortalecimiento de la justicia y la policía.
- Educación para la paz.
- Equidad y desarrollo social: corregir las desigualdades.

#### **Hallazgos en los sistemas de información:**

- Datos inconsistentes y no confiables.
- Los homicidios ocurrían principalmente los fines de semana y días especiales (día de la madre, navidad, fiestas)
- Asociación entre alcohol y uso de armas de fuego.

#### **Políticas específicas que acompañaron la política:**

- Ley semiseca: Restringir la venta de alcohol después de la 1 de la mañana.
- Prohibición del porte de armas.
- Prevención de accidentes de tránsito. Campañas específicas.
- 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:**

- Campañas educativas sobre el peligro de armas.
- Operativos de alta visibilidad con la policía, la autoridad de tránsito, la secretaría de salud y el gabinete del Alcalde.
- 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**

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

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

- En el 2000 se formó la alianza nacional para el control del tabaco, con asociaciones ciudadanas de enfermos crónicos y asociaciones de profesionales.
- Se emite la Convención Marco para el Control de Tabaco ( **CMCT** liderada a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud)
- 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 :**

- Trabajo para la ratificación de la **CMCT**
- La medición de nicotina en diferentes espacios, mostrando altos niveles de nicotina en escuelas etc.
- Taller de las series ambientes libres de humo.

**Fases de la política y acciones desarrolladas:**

**Preparatoria:**

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

**Diseño:**

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

**Implementación:**

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

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

- El convenio marco.
- Apoyo del Ministerio.
- Comisión interinstitucional.
- Coyuntura política.
- Contexto internacional favorable.

**Debilidades**

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

**Amenazas**

- Lobby de la industria tabacalera
- Varios proyectos de ley en estudio
- 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 Federeación en pro de los municipios y comunidades saludables:**

- Apertura de espacios para exaltar las experiencias innovadoras de gestión pública exitosa en todos los municipios del país: *Expoinnovación.*
- 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.
- Apertura de espacios académicos de análisis y debate especializado sobre la descentralización y los temas estratégicos para el desarrollo municipal: *Diálogo municipal.*
- Impulso a reformas a la seguridad social en salud.
- 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.**

- Centrada en el cambio de sistemas de comportamiento, todas las sociedades funcionan bajo moral, ley y cultura.
- 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 cebrera, 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:**

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

- Retenes para control de armas y consumo de alcohol.

**Cierre de establecimientos nocturnos –** horario de funcionamiento controlado.

**Desarrollos de la Política:**

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

**Componentes de la política para su desarrollo y éxito:**

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

**Aspectos que han ayudado al desarrollo de la PPS:**

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

**Obstáculos enfrentados:**

**Políticos:**

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

**Geográficos:**

- Inequidad geográfica
- 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?**

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

**¿Cómo se hace?**

- Investigaciones.
- 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?**

- Contexto general del país.
- Situación de la infancia en Colombia.
- Derechos de la infancia en Colombia.
- Respuesta social organizada.



- Marco normativo y político: (Políticas Públicas) Internacional, Nacional, regional y local.

#### **¿Cómo se hace?**

- Datos – indicadores.
- Manejo y difusión de la información.
- Generación de conocimiento mediante estudios o reportes.
- Devolución de resultados.
- 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?**

- Muertes violentas intencionales y no intencionales.
- 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:

- Conformar equipos institucionales de registro, intervención y seguimiento de los hechos violentos y no intencionales.
- Unificar la recolección, codificación y validación de información sobre muertes violentas y no intencionales.
- Contribuir a la formulación de políticas públicas para prevenir la violencia y las lesiones.

#### **Resultados esperados:**

- Voluntad política de los gobernantes.
- Coordinación de las instituciones.

- Formación de capital humano y acompañamiento a los desarrollos locales.

#### **¿Cómo se hace?**

- Documentar el contexto de violencia del municipio o región.
- Hacer un inventario de recursos tecnológicos y de talento humano local.
- Convocar a las autoridades político-administrativas del municipio
- 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**

#### **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 conllevan a atenuar las consecuencias del conflicto y la búsqueda de soluciones de fondo y duraderas.

Específicos:

- Crear y mantener un sistema de información y monitoreo del impacto.
- Realizar la observación y el monitoreo a partir de puntos centinela.
- Registra, discutir y analizar los datos de manera interdisciplinaria, continua y sistemática.

- Generar espacios académicos y políticos, y participar en los existentes.
- Aportar elementos de información y análisis.
- Divulgar la información a nivel nacional.
- Impulsar el desarrollo de procesos y proyectos de investigación.
- Fomentar mecanismos de comunicación, interacción y complementariedad.

**Ejes temáticos:**

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

**Metodología:**

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

**Observatorio de Salud Urbana**

**Ámbito de actuación: nacional**

**Áreas de observación y Mecanismos de trabajo**

- Esta iniciando.
- Se basa en el enfoque de los determinantes de salud.

- En la observación y la intervención.

**Temas a trabajar:**

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

**Mecanismos:**

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

**Observatorio de Equidad en Salud**

**Ámbito de actuación: nacional**

**Áreas de observación y Mecanismos de trabajo**

- Énfasis en la observación de situaciones y condiciones que generan inequidad en salud.
- Es un grupo de trabajo, de análisis

**Observatorio Andino**

**Ámbito de actuación: Sub-regional Área Andina**

**Áreas de observación y Mecanismos de trabajo**

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

## Capítulo 3

# LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PRESENTE



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

### INTODUCCIÓN

**L**a 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 educación, 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).

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 parte 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 & Smeltzer, 2001; Doyle & 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 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 responder 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.

- a) El reconocimiento de la necesidad de planificación racional y participativa en el desarrollo de los programas y servicios.
- b) La incorporación de las acciones de investigación-acción participativa.
- c) El fomento de la investigación evaluativa a los fines de identificar evidencias de la efectividad de las acciones.
- d) La utilización de enfoques y estrategias intersectoriales, interdisciplinarias y multidisciplinarias para la formalización de alianzas y pactos sociales.
- e) El análisis, desarrollo, difusión, e implantación de políticas y medidas legislativas que afectan la salud.
- f) El apoderamiento personal (autoestima, autocuidado, ayuda mutua) o comunitario (concienciación y desarrollo comunitario).
- g) Fomentar las estrategias de participación social.

- h) Las acciones de organización, intervención y desarrollo comunitario sostenible.
- i) Fomentar la capacitación del liderato comunitario.
- j) El reconocimiento de la diversidad cultural.
- k) La adopción de los enfoques actuales vinculados a la alfabetización en salud.

## CRÍTICAS A LA EDUCACIÓN 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 múltiples 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 métodos 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 veinte años del movimiento de Promoción de la Salud a nivel global y su articulación con la EPS.
- La redefinición del liderazgo 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.
- 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 & 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, & 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 & Harris, 2004; Glanz, Rimer & 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 (Kerlinger, 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 & 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 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 & Ennet, 1991; Pradies & 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 planificación 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 & Harris, 2004; Glanz, Rimer & Lewis, 2002).

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 propuestas 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 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 encontramos: 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.

**Tabla 1. Modelos y teorías de educación para la salud y promoción de la salud por niveles de acción**

<b>NIVEL DE CAMBIO DESEADO (Glanz, et al, 2002)</b>	<b>MODELOS, TEORÍAS, MODELOS CONCEPTUALES (Fuentes y Referencias de los desarrolladores)</b>	<b>TIPO DE ACCION (Nutbeam, et al, 2004)</b>
Individual/Personal	Modelo de Creencias en Salud, también conocida con Eficacia en Salud ( <i>Hochbaum, 1958; Rosentock, 1960</i> )	Cambio individual
	Teoría de acción razonada y teoría comportamiento planificado ( <i>Fishbein, 1967, Ajzen, 1988</i> )	Cambio Individual
	Modelo Transteórico y Etapas de Cambio ( <i>Prochaska, 1979</i> )	Cambio Individual
	Modelo de Precaución ( <i>Weinstein, 1988</i> )	Cambio Individual
Interpersonales o grupales	Teoría Social Cognitiva ( <i>Rotter, 1954; Bandura, 1977</i> )	Cambio Individual
	Teorías (Conceptos) Redes Sociales ( <i>Barnes, 1954; Israel, 1982</i> ) y Apoyo Social ( <i>Cassel, 1976; House, 1981</i> )	-0-
	Teoría de Resiliencia ( <i>Rutter, 1985; Garmezy, 1984, Werner, 1982</i> )	-0-
	Teorías de Estrés y Ajuste ( <i>Lazarus, 1984</i> )	-0-
	Modelos de Influencia Social y comunicación interpersonal	-0-

**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, et al, 2002)	MODELOS, TEORÍAS, MODELOS CONCEPTUALES (Fuentes y Referencias de los desarrolladores)	TIPO DE ACCIÓN (Nutbeam, et al, 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
	Cambio Organizacional	Cambio Organizacional
	Teoría de etapas (Lewis, 1951; Rogers, 1983)	Cambio organizacional y acción intersectorial
	Teoría de desarrollo organizacional (Roethlisberger & Dickinson, 1939; Brown & Covey, 1987)	Cambio organizacional y acción intersectorial
	Teoría de relaciones interorganizacionales o intersectoriales (1960s)	Modelo de comunicación hacia cambio en comportamiento
	Comunicación Brecha en conocimiento "knowledge gap" (Tichenor, Donohue, and Oilen,, 1980)	Modelo comunicación hacia cambio en comportamiento
	Establecimiento de agenda (Mc Combs & Shaw, 1972; Kosicki, 1993)	Modelo de comunicación hacia cambio en comportamiento
	Estudios de cultivación (Gebner, Gross, Morgan & Signorelli, 1994)	Modelo de comunicación hacia cambio en comportamiento
	Comunicación de riesgo (Weinstein, 1984; Glanz & Yang, 1996)	

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 de 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 transmitida 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 & 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 entendimiento 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. En 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 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 & 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 *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 Paolo 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 una definición más amplia y señala que la alfabetización en salud representa las destrezas cognoscitivas 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 funcionar 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 razones para el fracaso de la alfabetización mundial es la

ausencia de las cuestiones de apoderamiento en la discusión.

La información presentada destaca el ideario 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 (2000). *Comité Especial para el Estudio de la Terminología en Educación para la Salud y Promoción de la Salud*.

Arroyo, H.V. (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, H.V. (2004) (Ed.). *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, H.V. (2001) (Ed.). *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, H.V. & Cerqueira, M.T. (1997) (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.

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.

Cottrell, R., Girvan, J., & McKenzie, J. (2006). *Principles and Foundations of Health Promotion and Education*. Third Edition. Pearson Benjamin Cummings.

Cerqueira, M.T. (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, R. J., Crosby, R.A. & Kegler, M. (Eds.) *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002.

Downie, R.S., 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*. Wesport, 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, F. M. & Rimer, B. K. , 2002. (Eds.) *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, R. A. (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, R.L. (2002) CEU: Developing cultural competence in a multicultural world. *Alexandria* 10: 36-48.
- Luquis R.R. & Perez, M. Achieving cultural competence: The challenges for health educators. *American Journal of health Education*. 34:131-
- Minkler, M. & Wallerstein N. (2002). *Improving health through community organization and community building-a health education perspectiva*. 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 Mundial de la Salud (2006). *Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado*. Documento aprobado por los participantes en la Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. 8-11 de agosto de 2005. Bangkok, Tailandia.
- 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. and Stevens, M .(2005). Conceptual diagrams in public health research, *J Epidemiol Community Health*; 59: 1012-1013.
- Pumariega ,A. J. ( 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, Connecticut: Bergin & Garvey.

Spector, RE. (2000). *Cultural Diversity in Health & Illness*. New Jersey: Prentice Hall Health.

Tang, J. P.; Ephsani, D.V.; McQueen, D. (2003). Evidence based health promotion: recollections, reflections, and reconsiderations. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 57:841-843.

Thompson, SJ. The social and cultural context of risk and prevention: food and physical activity in an Urban Aboriginal community. *Health Education & 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. *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care*. 2001. Washington, D.C.

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.

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



## Capítulo 4

# FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD



Hiram V. Arroyo  
María T. Borges

### INTRODUCCIÓN

**E**l tema de la formación de recursos humanos en los campos de la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud ha cobrado gran interés institucional durante la última década tanto en América Latina y a nivel global. Como parte de este movimiento las Universidades han implantado nuevas ofertas de estudio y especialización utilizando diversas modalidades de grados académicos de acuerdo al contexto institucional, a saber; diplomados, certificados graduados, licenciaturas, bachilleratos y maestrías. Además, se han diseñado y ofrecido cursos doctorales en estos campos. También se han realizado esfuerzos para definir propuestas curriculares de competencias profesionales, publicaciones descriptivas y técnicas sobre el tema y se han creado redes profesionales e institucionales para avanzar en el desarrollo del componente programático de capacitación de recursos humanos.

### DESARROLLO DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Durante los últimos años se ha observado gran interés, de las instituciones de educación superior, los organismos de salud a nivel internacional

y la comunidad académica vinculada a la Promoción de la Salud a nivel global, en analizar y definir las competencias profesionales que deben guiar los programas de formación profesional en este ámbito. El interés en este asunto se reitera en la propuesta estratégica de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES) y el Consorcio Canadiense para la investigación en Promoción de la Salud (con siglas en inglés CCHPR) titulada *Determinar el futuro de la promoción de la salud: Acciones prioritarias* (2007) donde se señala que “se necesita llegar a un acuerdo transnacional sobre las competencias básicas de la promoción de la salud para acabar de definir el campo y ofrecer directrices comunes para el desarrollo del currículo” (p.14).

El panel de expertos en Promoción de la Salud Comunitaria organizado por los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica (CDC) señala que la actual fuerza de trabajo en salud pública no está del todo capacitada para implementar los enfoques socioecológicos de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Señalan que los enfoques socioecológicos requieren nuevas prácticas, conocimientos y destrezas a través del desarrollo de nuevas competencias profesionales. Se sugiere el

desarrollo de competencias profesionales en los siguientes temas; diversidad y competencia cultural, abogacía, desarrollo de políticas, evaluación, utilización de indicadores comunitarios, desarrollo de alianzas y la utilización de nuevas tecnologías de comunicación (Navarro, Voetsch, Liburd, Giles & Collins, 2007).

Durante las últimas décadas los modelos de competencias han cobrado mucho auge. El concepto de competencias se ha definido de muchas formas:

- a) El poseer los conocimientos, las destrezas y las actitudes adecuadas para la realización de tareas específicas (Shilton, T., Howat, P., James, R., Hutchins, C., Burke, L. & Woodman, R., 2007).
- b) La combinación de atributos que facilitan que los individuos desempeñen un conjunto de tareas con estándares apropiados (Shilton, T., Howat, P., James, R., Hutchins, C., Burke, L. & Woodman, R., 2007).
- c) Conjunto de atributos que incluyen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes (Shilton, T., Howat, P., James, R., Hutchins, C., Burke, L. & Woodman, R., 2007).
- d) Presencia de conocimientos, habilidades y actitudes personales necesarias que permiten desempeñar las tareas profesionales ([www.icas.net/icasweb/glosario.htm](http://www.icas.net/icasweb/glosario.htm)) .
- e) Define los conocimientos y las destrezas que son genéricas para una disciplina y profesión. Representan el marco de referencia aceptado de conocimientos, destrezas y prácticas esperadas en los profesionales (Keleher & Joss, 2007).

En la literatura profesional se han reseñado varios trabajos de Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos de

Norteamérica, Europa y otros países relacionados con el análisis y la definición de competencias profesionales en promoción de la salud y educación para la salud. Shilton y colaboradores (2003) presentan un proyecto de competencias auspiciado por el Centro Australiano para la Investigación en Promoción de la Salud de la Universidad de Curtin y la Asociación Australiana de Promoción de la Salud. En el proyecto realizado en el 2001 se obtuvo la perspectiva de 200 profesionales de la promoción de la salud de diversos sectores de Australia quienes identificaron las competencias necesarias para la práctica efectiva de la promoción de la salud. En el estudio se identificaron 82 competencias profesionales distribuidas en ocho áreas generales; estimación de necesidades (6), planificación (10), desarrollo de intervenciones (12), comunicación (15), fundamentos/conocimientos (12), administración/organización (9), evaluación/investigación (11) y el uso de la tecnología (8). En el 2005 este proyecto fue revisado y actualizado a los fines de integrar o enmendar la relación de competencias (Shilton, Howat, James, Hutchins, Burke & Woodman, 2007). El estudio ha sido una referencia ampliamente consultada en los esfuerzos por lograr una aproximación o consenso acerca de las competencias medulares de la promoción de la salud. Este estudio ha sido referente para otros proyectos de competencias. Por ejemplo, en Israel se realizó un estudio para determinar las competencias profesionales en el campo de la promoción de la salud adaptando la metodología utilizada por los Australianos con el propósito de comparar los hallazgos entre ambos países (Melville, 2006). En otro estudio se aplican las competencias del proyecto Australiano con especificidad para programas académicos de bachillerato o licenciatura

en promoción de la salud (Talbot, Graham & James, 2007).

La organización denominada Foro de Promoción de la Salud de Nueva Zelanda propuso un proyecto de competencias consistente en dos grupos de competencias clasificadas en siete áreas de competencias de conocimientos y nueve áreas de competencias de destrezas (Keleher & Joss, 2007). Las áreas de competencias de conocimientos incluyen: Historia de la población indígena, Diversidad cultural, Origen y evolución de la promoción de la salud a nivel global, Teoría de la práctica de la promoción de la salud, El estado de salud de la población de Nueva Zelanda, Concienciación comunitaria y política e Investigación, planificación y evaluación. Las áreas de competencias de destrezas son: Trabajar con las poblaciones indígenas, Planificación, implementación y evaluación de programas, Contribuir al aprendizaje de otros, Abogacía y acciones políticas, Comunicación, Facilitación (de grupos, comunidades y mediación de conflictos), Investigación, Desarrollo profesional y Administración.

En Europa existe un proyecto auspiciado por la Oficina Europea de la UIPES que pretende analizar las competencias en promoción de la salud y examinar la experiencia de los países europeos en lo concerniente a la acreditación de los programas de capacitación (Barry, 2007<sup>a</sup>). En el proyecto Europeo de competencias éstas son clasificadas en doce grupos, a saber (Barry, 2007b):

1. Estimación de necesidades
2. Planificación y consultoría
3. Desarrollo de intervenciones (implementación)
4. Evaluación e investigación
5. Conocimientos – principios, valores, ética

6. Comunicación
7. Desarrollo de políticas, abogacía y estrategias
8. Administración y organización
9. Trabajo con la comunidad/empoderamiento comunitario
10. Desarrollo de alianzas/ trabajo colaborativo
11. Liderazgo estratégico
12. Uso de la tecnología

En los Estados Unidos de Norteamérica se han realizado importantes iniciativas para el análisis y la determinación de las competencias de los profesionales de educación para la salud. El proyecto más reciente realizado se conoce en inglés como *The National Health Educator Competencies Update Project (CUP)*. El proyecto CUP fue realizado durante los años de 1998-2004 con la participación de sobre cuatro mil profesionales de la educación para la salud en los EUA. Los resultados del estudio establecen una jerarquía de siete áreas de responsabilidad para los educadores para la salud:

- a) Estimar las necesidades individuales y comunitarias
- b) Planificar programas, estrategias e intervenciones de Educación para la Salud
- c) Desarrollar programas, estrategias e intervenciones de Educación para la Salud
- d) Realizar evaluaciones e investigaciones en Educación para la Salud
- e) Administrar programas, estrategias e intervenciones de Educación para la Salud

- f) Ejercer como persona recurso en Educación para la Salud.
- g) Comunicar y abogar por la salud y la Educación para la Salud

Estas áreas de responsabilidad incluyen 35 competencias profesionales y 163 sub-competencias. Este conjunto de competencias y sub-competencias se organizan en tres niveles de práctica (Nivel de Entrada, Nivel Avanzado 1 y Nivel Avanzado 2). Los niveles de práctica se definen operacionalmente de acuerdo al grado académico y los años de experiencia de los profesionales especializados en educación para la salud (Olsen, Taub, Gilmore & Connell, 2007). El nivel de entrada se refiere a los profesionales con el grado académico de bachillerato o maestría en educación para la salud y menos de cinco años de experiencia. El nivel avanzado 1 se define como el grado académico de bachillerato o maestría en educación para la salud y cinco años o más de experiencia. El nivel avanzado 2 se refiere al grado académico de doctorado en educación para la salud y cinco años o más de experiencia. El Consorcio Interamericano de Universidades (CIUEPS) se ha propuesto ampliar el estudio de las competencias profesionales en Promoción de la Salud en el contexto de América Latina. El estudio partirá de las áreas de competencias que actualmente se implantan en los programas de formación de recursos humanos vigentes en la región. A continuación se describen áreas generales de competencias profesionales que están presentes en los programas actuales:

Las áreas de competencia de conocimientos:

- Conceptos Básicos: Salud, Enfermedad y Salud Pública
- Situación Social y de Salud a nivel global, nacional y regional

- Antecedentes y evolución del movimiento de Promoción de la Salud y Educación para la Salud
- Fundamentos filosóficos y teóricos de Promoción de la Salud y Educación para la Salud
- Principios, valores, ética y derecho a la salud
- Desarrollo Humano
- Estadística
- Epidemiología
- Mercadeo Social
- Comunicación en Salud
- Diversidad Cultural
- Teorías de enseñanza/aprendizaje
- Estrategias de intervención (individual, grupal y comunidad)
- Planificación de programas y proyectos
- Administración de programas y proyectos
- Uso de la tecnología e informática aplicada
- Evaluación
- Investigación

Las áreas de competencia de destrezas:

- Estimación de necesidades individuales y comunitarias
- Identificación de los condicionantes y los determinantes de la salud
- Articulación de los esfuerzos con las áreas prioritarias de salud
- Planificación y consultoría
- Desarrollo de alianzas/trabajo colaborativo
- Formulación de políticas públicas saludables
- Desarrollo de trabajo con la comunidad (apoderamiento/participación comunitaria)
- Implantación de programas, estrategias e intervenciones
- Administración y organización
- Evaluación e investigación

Las áreas de competencia de habilidades, valores y actitudes:

- Orientación crítica y creativa
- Trabajo en equipo
- Orientación al compromiso social y ético
- Capacidad de ejercer liderazgo estratégico

## LA EXPERIENCIA DEL CONSORCIO DE UNIVERSIDADES

Con el apoyo de la 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 de la Universidad de Puerto Rico surge en el 1996 el Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS). La iniciativa fue definida de la siguiente forma:

1. 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.
2. 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).

En la declaración constitutiva del CIUEPS (1996) se establece la relación de metas y objetivos del organismo, a saber:

1. Fortalecer la capacidad institucional de los centros de formación de personal en educación para la salud y promoción de la salud en las Américas.
  - 1.1 Impulsar el desarrollo de políticas académicas en este campo.
  - 1.2 Propiciar el intercambio de personal académico y estudiantes.
  - 1.3 Explorar fuentes de financiamiento conjunto para el desarrollo de iniciativas.
  - 1.4 Compilar y difundir información sobre los planes y programas académicos relacionados con la educación para la salud y promoción de la salud de las instituciones formadoras de personal en la Región de las Américas
  - 1.5 Propiciar mayor actualización del personal docente/académico.
  - 1.6 Fortalecer la capacidad documental e informativa de los centros formadores de personal.
  - 1.7 Crear Centros de Documentación actualizados en

las instituciones miembros del Consorcio.

- 1.8 Fortalecer los Centros de Documentación con las experiencias nacionales para la difusión intra y extra país.
  - 1.9 Desarrollar un inventario/banco de recursos humanos, por países, que sean especialistas en el campo y puedan ejercer como asesores/consultores.
  - 1.10 Vincular a los organismos o estructuras de Educación Superior de los países en la iniciativa del Consorcio.
2. Promover y apoyar el desarrollo, implantación y evaluación de programas y proyectos de formación de personal en educación para la salud y promoción de la salud a nivel nacional e internacional.
    - 2.1 Impulsar el desarrollo de programas de formación de personal en educación para la salud y promoción de la salud a nivel de pregrado, posgrado, educación continuada y comunitaria.
    - 2.2 Revisar y analizar los programas de formación vigentes, intercambiar conocimientos y experiencias sobre el estado del arte y modelos de prácticas educativas y de promoción de la salud.
    - 2.3 Revisar, formular y difundir lineamientos y guías curriculares.

- 2.4 Desarrollar propuestas de cursos con enfoque internacional.

3. Establecer redes de intercambio de conocimientos y experiencias en el desarrollo y formación del personal de educación para la salud y promoción de la salud.
  - 3.1 Utilizar las redes de intercambio de información.
  - 3.2 Impulsar el desarrollo de las redes nacionales.
  - 3.3 Utilizar las redes de publicación existentes o crear otras para la difusión de las actividades del Consorcio.
4. Impulsar el desarrollo del cuerpo de conocimiento, paradigmas y enfoques metodológicos relacionados con la educación para la salud y promoción de la salud.
  - 4.1 Desarrollar y diseminar documentos de referencia que sirvan de guía al análisis.
  - 4.2 Propiciar el desarrollo de encuentros y eventos para el análisis y reflexión sobre estos aspectos.
5. Impulsar y desarrollar proyectos colaborativos de investigación entre las instituciones representadas.
  - 5.1 Apoyar el desarrollo de las áreas temáticas de mayor interés en educación para la salud y promoción de la salud.
  - 5.2 Propulsar proyectos de investigación multicéntricos y multipaís.

En la Tabla 1 se presenta la relación de algunas asambleas generales y reuniones del Consorcio, las instituciones representadas y los principales proyectos e iniciativas desarrolladas por este organismo.

### **Perfil descriptivo de los programas de formación profesional**

Durante los años académicos 2006 y 2007 el Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS) ha estado analizando información acerca de los enfoques y las características de los programas de formación de recursos humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina. Se analizaron veinticinco programas de formación profesional correspondientes a nueve países. La muestra de instituciones estudiadas respondió a criterios de disponibilidad de la información. En la Tabla 2 se incluyen los programas estudiados.

### **Modalidades educativas**

En América Latina coexisten diversas modalidades de formación de recursos humanos en el campo de la Educación para la Salud y Promoción de la Salud a nivel de las instituciones universitarias. Para efectos del presente análisis se destacan las modalidades de Bachillerato, Licenciatura, Maestría, Diplomado, Certificados Graduado, Cursos Doctorales, entre otras.

En la Tabla 3 se presentan los programas estudiados organizados según los siguientes enfoques curriculares:

1. Especialización en Educación para la Salud - El énfasis consiste en la orientación conceptual y estratégica de la Educación para la Salud. En esta clasificación se ubican los programas académicos, cursos y otras modalidades especializadas en Educación para la Salud. Algunos programas estudiados que están orientados por este enfoque se encuentran en los siguientes países: Argentina, Ecuador y Puerto Rico.
2. Especialización en Promoción de la Salud - Puntualiza los principios y las metodologías básicas de la Promoción de la Salud como cuerpo teórico e independiente. Algunos ejemplos de este enfoque se observan en los siguientes países: Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Perú.
3. Especialización en Promoción de la Salud y Educación para la Salud - El tercer enfoque es de naturaleza mixta donde se integran los principios de Educación para la Salud y las estrategias de Promoción de la Salud. Respondiendo a este enfoque se encuentran experiencias en los siguientes países: Cuba, El Salvador y Puerto Rico.
4. Otras modalidades/enfoques - Incluye a los programas académicos, cursos especializados y otras modalidades de temas directamente relacionados a la Educación para la Salud y Promoción de la Salud. Algunos ejemplos son: el módulo: Promoción de la Salud y Comunicación Social para nivel gerencial y técnico en la Universidad de El Salvador, el módulo de Organización y Participación Comunitaria para Promotores de Salud y líderes comunitarios en la Universidad de El Salvador, el

Certificado Graduado en Promoción de la Salud Escolar de la Universidad de Puerto Rico y el grado académico de Educación y Comunicación (Educomunicación) para la Promoción de la Salud que se ofrece en Perú.

### Contenido curricular dominante

En el análisis realizado se identificaron los contenidos dominantes de los programas académicos. Como se observa en la Tabla 4 aún reconociendo las variaciones de énfasis de los programas éstos reflejan poseer muchas áreas de contenido similares. Al analizar los documentos se encontraron en común las siguientes áreas de contenido:

- Conceptos Básicos: Salud, Enfermedad y Salud Pública
- Situación Social y de Salud a nivel global, regional y nacional
- Antecedentes y evolución del movimiento de Promoción de la Salud y Educación para la Salud
- Fundamentos filosóficos y teóricos
- Principios, valores y ética
- Desarrollo Humano
- Estadística
- Epidemiología
- Uso de la tecnología e informática aplicada
- Mercadeo Social
- Comunicación en Salud
- Teorías de enseñanza y aprendizaje
- Estrategias de intervención
- Planificación de programas y proyectos
- Administración de programas y proyectos
- Evaluación
- Principios de Investigación
- Proyecto de Investigación (Tesis)
- Trabajo de campo, Práctica o Pasantía

### Estrategias de promoción de la salud y educación para la salud

Del análisis se evidencia la amplitud de las estrategias de intervención en Promoción de la Salud y Educación para la Salud que se incorporan en el currículo de los programas estudiados. En el Cuadro 5 se identifican las siguientes estrategias dominantes:

- Políticas Públicas Saludables
- Abogacía
- Entornos Saludables/ Municipios / Comunidades
- Participación Social / Organización Comunitaria
- Desarrollo de alianzas / trabajo colaborativo
- Diversidad Cultural
- Equidad
- Reorientación de los servicios de salud
- Desarrollo de habilidades personales y estilos de vida

### Prioridades temáticas

Los contenidos incorporados en el currículo de los programas académicos estudiados están íntimamente relacionados con la situación social y de salud a nivel global, regional y nacional. Estos contenidos se refieren a las prioridades temáticas. Algunas de estas prioridades se atienden mediante: cursos específicos, cursos electivos, conferencias dentro de los cursos, temas para proyectos de investigación y trabajos de campo. En el Cuadro 6 se presenta la relación de las prioridades temáticas de los currículos estudiados, a saber:

- Salud de la madre y el niño
- Salud Escolar, Niños y Jóvenes
- Salud del Adulto
- Salud Mental



- Salud Oral
  - Salud Ocupacional
  - Salud Internacional
  - Infecciones respiratorias agudas
  - Consumo de alcohol y tabaco
  - Sexualidad Humana
  - Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA
- Enfermedades Crónicas
  - Adicción a Drogas
  - Salud Ambiental
  - Alimentación y Nutrición
  - Violencia
  - Grupos excluidos: Migrantes, entre otros

**Tabla 1. Relación de algunas asambleas generales y reuniones del CIUEPS, las instituciones representadas y los principales proyectos e iniciativas desarrolladas.**

<b>Reuniones y Asambleas Generales Fecha y Sede</b>	<b>Instituciones Representadas</b>	<b>Muestra de Proyectos e Iniciativas del CIUEPS</b>
Asamblea Constituyente 17-19 de abril de 1996 San Juan, Puerto Rico	<ul style="list-style-type: none"><li>-Escuela de Salud Pública, Universidad de Sao Paulo, Brasil.</li><li>- Centro de Promoción de la Salud, Universidad de Toronto, Canadá.</li><li>- Escuela de Ciencias en Enfermería, Universidad de Laval, Canadá.</li><li>- Departamento de Educación, Universidad de Los Lagos, Chile.</li><li>- Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia.</li><li>- Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle, Cali, Colombia</li><li>- Facultad de Enfermería, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia</li><li>- Facultad de Nutrición y Educación para la Salud, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.</li><li>- Universidad del Sur de Illinois, Carbondale, Estados Unidos.</li><li>- Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad de Yale, Estados Unidos.</li><li>-Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos.</li><li>- Departamento de Medicina Social y Preventiva, Universidad de West Indies, Jamaica.</li><li>- Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.</li><li>- Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.</li><li>- Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.</li><li>- Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se desarrolla el Memorando Constitutivo del CIUEPS</li><li>2. Se establece una red electrónica de comunicación entre las instituciones de formación de recursos humanos</li><li>3. Se inicia el proceso de documentación de las experiencias de formación a nivel Interamericano.</li></ol>

**Tabla 1. Relación de algunas asambleas generales y reuniones del CIUEPS, las instituciones representadas y los principales proyectos e iniciativas desarrolladas (Continuación).**

Reuniones y Asambleas Generales Fecha y Sede	Instituciones Representadas	Muestra de Proyectos e Iniciativas del CIUEPS
<p>Reunión de la Comisión Internacional de Planificación del CIUEPS</p> <p>28-30 de Septiembre de 1997</p> <p>Escuela de Salud Pública, Universidad de Sao Paulo, Brasil</p>	<p>- Escuela de Salud Pública, Universidad de Sao Paulo, Brasil.</p> <p>- Oficina Subregional de Brasil de la UIPES/ORLA, Rio de Janeiro, Brasil.</p> <p>- Departamento de Educación, Universidad de Los Lagos, Chile.</p> <p>- Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia.</p> <p>- Facultad de Enfermería, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia</p> <p>- Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España.</p> <p>- Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos.</p> <p>- Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluación del primer año de funcionamiento del CIUEPS.</li> <li>2. Propuesta para redefinir el propósito y las prioridades del CIUEPS.</li> <li>3. Definición de los proyectos técnicos/científicos del CIUEPS:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Difusión del Memorando Constitutivo</li> <li>b. Publicación del perfil institucional de las instituciones fundadoras del CIUEPS</li> <li>c. Red de información e intercambio electrónico</li> <li>d. Publicación de experiencias nacionales de formación</li> <li>e. Compilación de lineamientos de capacitación, guías curriculares y competencias</li> <li>f. Cursos internacionales (Políticas públicas e inversiones en salud y Formación política y participación popular)</li> <li>g. Red de experiencias latinoamericanas de PS</li> <li>h. Documentos técnicos de formación de recursos humanos</li> <li>i. Sesión científica en la XVI Conferencia Mundial de la UIPES</li> <li>j. Compilación de los temas de investigación prioritarios del CIUEPS</li> </ol> </li> </ol>

**Tabla 1. Relación de algunas asambleas generales y reuniones del CIUEPS, las instituciones representadas y los principales proyectos e iniciativas desarrolladas (Continuación).**

Reuniones y Asambleas Generales Fecha y Sede	Instituciones Representadas	Muestra de Proyectos e Iniciativas del CIUEPS
II Asamblea General del CIUEPS 19-20 de junio de 1998 San Juan, Puerto Rico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, Tucumán, Argentina</li> <li>- Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina</li> <li>- Programa de Adultos Mayores, Universidad Nacional de Santiago del Estero, Argentina</li> <li>- Universidad Federal de Rio Grande de Norte, Natal, RN, Brasil</li> <li>- Escuela de Salud Pública, Universidad de Sao Paulo, Brasil.</li> <li>- Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.</li> <li>- Coordinación SubRegional de Brasil de la UIPES/ORLA, Rio de Janeiro, Brasil.</li> <li>- Universidad de Montreal, Canadá</li> <li>- Centro de Promoción de la Salud, Universidad de Toronto, Canadá.</li> <li>- Escuela de Ciencias en Enfermería, Universidad de Laval, Canadá.</li> <li>- Departamento de Educación, Universidad de Los Lagos, Chile.</li> <li>- Universidad del Bio Bio, Chillán, Chile.</li> <li>- Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, Colombia</li> <li>- Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia.</li> <li>- Acción Popular Cultural, Bogotá, Colombia.</li> <li>- Facultad de Enfermería, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia</li> <li>- Instituto de la Juventud, Universidad Nacional Heredia, Costa Rica.</li> <li>- Universidad Nacional, San José, Costa Rica.</li> <li>- Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.</li> <li>- Ministerio de Educación, La Habana, Cuba.</li> <li>- Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España.</li> <li>- American University, Washington, D.C., Estados Unidos.</li> <li>- Maestría en Salud Pública, Universidad de Nuevo México, Albuquerque, Nuevo México, Estados Unidos.</li> <li>- Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos.</li> <li>- Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México.</li> <li>- Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá.</li> <li>- Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.</li> <li>- Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.</li> <li>- Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.</li> <li>- Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, Montevideo, Uruguay.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificar nuevas instituciones miembros del CIUEPS.</li> <li>2. Ratificar los objetivos y las prioridades nuevas del CIUEPS.</li> <li>3. Descripción y evaluación de avances de los proyectos técnicos/científicos del CIUEPS:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Publicación de experiencias nacionales de formación</li> <li>b. Compilación de lineamientos de capacitación, guías curriculares y competencias</li> <li>c. Cursos internacionales con enfoque interinstitucional/interpaíses.</li> <li>d. Red Iberoamericana de experiencias latinoamericanas de PS</li> <li>e. Documentos técnicos de formación de recursos humanos</li> <li>f. Sesión científica en la XVI Conferencia Mundial de la UIPES</li> <li>g. Compilación de los temas de investigación prioritarios del CIUEPS</li> </ol> </li> </ol>

**Tabla 1. Relación de algunas asambleas generales y reuniones del CIUEPS, las instituciones representadas y los principales proyectos e iniciativas desarrolladas. (Continuación)**

Reuniones y Asambleas Generales Fecha y Sede	Instituciones Representadas	Muestra de Proyectos e Iniciativas del CIUEPS
<p>III Asamblea General del CIUEPS</p> <p>2 de junio de 2000</p> <p>Casa de la Primera Imprenta, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, Ciudad de México, D.F.</p> <p>8 de junio de 2000</p> <p>Hotel María Isabel Sheraton, Sala Imperio A, Ciudad de México, D.F.</p>	<p>- Universidad de Montreal, Canadá</p> <p>- Centro de Promoción de la Salud, Universidad de Toronto, Canadá.</p> <p>- Departamento de Educación, Universidad de Los Lagos, Chile.</p> <p>- Centro Regional de Promoción de Salud, Universidad de Concepción, Chile.</p> <p>- Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.</p> <p>- Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia.</p> <p>- Acción Popular Cultural, Bogotá, Colombia.</p> <p>- Facultad de Enfermería, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia</p> <p>- Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.</p> <p>- Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, La Habana, Cuba.</p> <p>- Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España.</p> <p>- Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación, Universidad del País Vasco, Bilbao, España.</p> <p>- American University, Washington, D.C., Estados Unidos.</p> <p>- Maestría en Salud Pública, Universidad de Nuevo México, Albuquerque, New Mexico, Estados Unidos.</p> <p>- Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos.</p> <p>- Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México.</p> <p>- Oficina de la OPS en México, D.F..</p> <p>- Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá.</p> <p>- Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.</p> <p>- Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.</p> <p>- Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, Montevideo, Uruguay.</p>	<p>Descripción y evaluación de avances de los proyectos técnicos/científicos del CIUEPS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Red de Experiencias en Promoción de la Salud (REDEPS). El proyecto fue coordinado por la Escuela Andaluza de Salud Pública.</li> <li>2. Proyecto de desarrollo curricular sobre Empoderamiento. Proyecto coordinado por la Universidad de Nuevo México.</li> <li>3. Guía práctica de comunicaciones mediáticas para la Promoción de la Salud. Proyecto coordinado por la Universidad de Montreal, Canadá.</li> <li>4. Publicación de Experiencias Nacionales de Formación de Recursos Humanos en las Américas. Proyecto coordinado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico.</li> <li>5. Proyecto para definir criterios de calidad en el desarrollo de iniciativas académicas. Proyecto coordinado por la Universidad de Nuevo México y Universidad de Los Lagos, Chile.</li> <li>6. Proyecto de definición de competencias y saberes en el área de Promoción de la Salud. Proyecto coordinado por OPS.</li> <li>7. Proyecto para el desarrollo de un documento conceptual que compile las corrientes de pensamiento sobre PS en las Américas. Proyecto coordinado por la UAM Xochimilco.</li> <li>8. Desarrollo de revista u otra publicación de circulación periódica sobre el tema de PS. Proyecto coordinado por el CNPES de Cuba.</li> <li>9. Proyecto para impulsar los contenidos de PS en las disciplinas de medicina, Medicina Dental, Enfermería, entre otras. Proyecto coordinado por la UAM Xochimilco.</li> <li>10. Propuestas de presentación de ponencias en la XVII Conferencia Mundial de PS de la UIPES en París en julio de 2001.</li> </ol>

**Tabla 1. Relación de algunas asambleas generales y reuniones del CIUEPS, las instituciones representadas y los principales proyectos e iniciativas desarrolladas (Continuación).**

Reuniones y Asambleas Generales Fecha y Sede	Instituciones Representadas	Muestra de Proyectos e Iniciativas del CIUEPS
IV Asamblea General del CIUEPS  7-8 de noviembre de 2002 Sala de reuniones del Consejo Académico, Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Red para el Desarrollo de Adultos Mayores, Buenos Aires, Argentina.</li> <li>- Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de la Universidad de Sao Paulo.</li> <li>- Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo.</li> <li>- Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Bio Bio, Chillán, Chile.</li> <li>- Departamento de Educación, Universidad de Los Lagos, Chile.</li> <li>- Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle. Cali, Colombia.</li> <li>- Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.</li> <li>- Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, La Habana, Cuba.</li> <li>- Instituto Pedagógico Latinoamericano, Ministerio de Educación, La Habana, Cuba.</li> <li>- Maestría en Salud Pública, Universidad de Nuevo México, Albuquerque, New Mexico, Estados Unidos.</li> <li>- Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos.</li> <li>- Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México.</li> <li>- División de Ciencias Sociales y Humanidades, Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara.</li> <li>- Licenciatura en Promoción de la Salud, Universidad de la Ciudad de México, México, D.F.</li> <li>- Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá.</li> <li>- Maestría en Promoción de la Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.</li> <li>- Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.</li> <li>- Programa de Enfermería, Decanato de Medicina, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Estado Lara, Venezuela.</li> </ul>	<p>Descripción y evaluación de avances de los proyectos técnicos/científicos del CIUEPS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluación de la distribución e impacto de la publicación de Experiencias Nacionales de Formación de Recursos Humanos en las Américas. Proyecto coordinado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico.</li> <li>2. Continuación proyecto de desarrollo curricular sobre Empoderamiento. Proyecto coordinado por la Universidad de Nuevo México.</li> <li>3. Proyecto para el desarrollo del curso internacional de Política Pública e Inversiones en Salud. Proyecto coordinado por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo.</li> <li>4. Continuación del proyecto Red de Experiencias en Promoción de la Salud (REDEPS). El proyecto fue coordinado por la Escuela Andaluza de Salud Pública.</li> <li>5. Desarrollo del documento técnico: Criterios y procedimiento para el patrocinio de programas de formación en Educación para la Salud y Promoción de la Salud. El proyecto fue coordinado por la Universidad de Los Lagos, Chile.</li> <li>6. Proyecto para impulsar los contenidos de PS en las disciplinas de Medicina, Medicina Dental, Enfermería, entre otras. Proyecto coordinado por la UAM Xochimilco.</li> <li>7. Proyecto Regional de Efectividad de la Promoción de la Salud. Proyecto coordinado por la UIPES/ORLA, CEDETES y la Universidad del Valle, Cali, Colombia.</li> <li>8. Proyecto de publicación del libro sobre Perfiles Nacionales de PS y Educación para la Salud. Proyecto coordinado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico.</li> <li>9. Acuerdo de colaboración entre la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas de Cuba y el CIUEPS.</li> <li>10. Vinculación del CIUEPS con la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud.</li> <li>11. Vinculación del CIUEPS con la iniciativa de Universidades Promotoras de la Salud.</li> </ol>

**Tabla 2. Relación de algunas asambleas generales y reuniones del CIUEPS, las instituciones representadas y los principales proyectos e iniciativas desarrolladas (Continuación).**

Reuniones y Asambleas Generales Fecha y Sede	Instituciones Representadas	Muestra de Proyectos e Iniciativas del CIUEPS
V Asamblea General del CIUEPS 14 de mayo de 2005 Sala de reuniones del Hotel SESC. Rio de Janeiro, Brasil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, Brasil.</li> <li>- Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.</li> <li>- Representación Subregional de Brasil de la UIPES/ORLA.</li> <li>- Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle. Cali, Colombia.</li> <li>- Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.</li> <li>- Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos.</li> <li>- Maestría en Salud Pública, Universidad de Nuevo México, Albuquerque, New Mexico, Estados Unidos.</li> <li>- Maestría en Promoción de la Salud. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.</li> <li>- Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.</li> <li>- Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, Montevideo, Uruguay.</li> </ul>	<p>Descripción y evaluación de avances de los proyectos técnicos/científicos del CIUEPS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Propuesta de actualización de la publicación de Experiencias Nacionales de Formación de Recursos Humanos en las Américas. Proyecto coordinado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico.</li> <li>2. Continuación proyecto de desarrollo curricular sobre Empoderamiento. Proyecto coordinado por la Universidad de Nuevo México.</li> <li>3. Avances del Proyecto Regional de Efectividad de la Promoción de la Salud. Proyecto coordinado por la UIPES/ORLA, CEDETES y la Universidad del Valle, Cali, Colombia.</li> <li>4. Vinculación del CIUEPS con la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud.</li> </ol>
Reunión de la Subcomisión de Publicaciones del CIUEPS 30 de mayo al 1 de junio de 2006 Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, Brasil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, Brasil.</li> <li>- Representación Subregional de Brasil de la UIPES/ORLA.</li> <li>- Representación de Brasil ante la OPS/OMS.</li> <li>- Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.</li> <li>- Representación de Ecuador ante la OPS/OMS.</li> <li>- Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos.</li> <li>- Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México.</li> <li>- Maestría en Promoción de la Salud. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.</li> <li>- Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reunión de seguimiento del proyecto de publicación sobre la situación de la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud. La publicación es un esfuerzo conjunto de OPS, el CIUEPS, la UIPES/ORLA y el CDC.</li> <li>2. Planificación del II Foro de Promoción de la Salud de las Américas a efectuarse en agosto de 2006 en Rio de Janeiro, Brasil.</li> <li>3. Participación del CIUEPS en la IX Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud en Vancouver, Canadá.</li> </ol>

**Tabla 2. Muestra de Experiencias de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina por Modalidad Académica y Enfoques Dominantes por países (2006).**

**DOCTORADO**

Enfoque de Promoción de la Salud (PS)	Enfoque de Educación para la Salud (EDSA)	Enfoque Integrado (PS y EDSA)	Enfoque de Salud Pública General con mención en PS y EDSA
			Brasil  Área de PS Programa de Doctorado en Salud Pública
			Puerto Rico Doctorado en Salud Pública con cursos requeridos en PS

**MAESTRÍA**

Enfoque de Promoción de la Salud (PS)	Enfoque de Educación para la Salud (EDSA)	Enfoque Integrado (PS y EDSA)	Enfoque de Salud Pública General con mención en PS y EDSA
Perú	Argentina	Puerto Rico	Argentina
Maestría en Promoción de la Salud (2006). Escuela de Postgrado Víctor Alzadora Castro. Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca. Universidad Peruana Cayetano Heredia.	Maestría en Educación para la Salud (2003). Facultad de Odontología. Universidad Nacional del Nordeste.	Programa de Maestría en Educación en Salud (1947). Escuela Graduada de Salud Pública. Recinto de Ciencias Médicas. Universidad de Puerto Rico. Cuba  Maestría de Promoción y Educación para la Salud (2001). Escuela Nacional de Salud Pública.	Maestría en Salud Pública con orientación en PS (2005). Universidad de Buenos Aires.  El Salvador  Modulo de PS y EDSA en la Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de El Salvador.  Guatemala  Área de PS (2006) Programa de Maestría en Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala.



**Tabla 2. Muestra de Experiencias de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina por Modalidad Académica y Enfoques Dominantes por países (2006) (Continuación).**

**MAESTRÍA**

<b>Enfoque de Promoción de la Salud (PS)</b>	<b>Enfoque de Educación para la Salud (EDSA)</b>	<b>Enfoque Integrado (PS y EDSA)</b>	<b>Enfoque de Salud Pública General con mención en PS y EDSA</b>
			Brasil
			Área de PS Programa de Maestría en Salud Publica Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo – FSP/USP (desde 1997)
			Maestría en Salud Pública Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz (ENSP FIOCRUZ)
			Disciplina de PS Maestría en Salud Colectiva Universidad Federal de Pernambuco Núcleo de Salud Publica (NUSP) y Maestría en Odontología Área de concentración en Salud Colectiva

**LICENCIATURA O BACHILLERATO**

<b>Enfoque de Promoción de la Salud (PS)</b>	<b>Enfoque de Educación para la Salud (EDSA)</b>	<b>Enfoque Integrado (PS y EDSA)</b>	<b>Enfoque de Salud Pública General con mención en PS y EDSA</b>
México	Puerto Rico		Brasil
Licenciatura en Promoción de la Salud. Universidad Autónoma de la Ciudad de México.	Programa de Bachillerato en Educación en Salud Comunal (1978). Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud. Recinto de Ciencias Médicas. Universidad de Puerto Rico.		Programa de Bachillerato en Nutrición Disciplina de Promoción de Salud y participación popular Facultad de Salud Publica de la Universidad de Sao Paulo
	Brasil		Programa de Bachillerato en Odontología Disciplina de Promoción de Salud Pontificia Universidad de Paraná
	Programa de Bachillerato en Enfermería Educación Emancipatoria en la Disciplina de Fundamentos y Prácticas de Enfermería en Salud Colectiva Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo		Disciplina Introdutoria en el Grado de Medicina y Odontología Universidad del Oeste de Santa Catarina I (UNOESC)

**Tabla 2. Muestra de Experiencias de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina por Modalidad Académica y Enfoques Dominantes por países (2006) (Continuación).****LICENCIATURA O BACHILLERATO**

<b>Enfoque de Promoción de la Salud (PS)</b>	<b>Enfoque de Educación para la Salud (EDSA)</b>	<b>Enfoque Integrado (PS y EDSA)</b>	<b>Enfoque de Salud Pública General con mención en PS y EDSA</b>
Costa Rica	Puerto Rico		
Programa de Bachillerato en Promoción de la Salud. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica.	Bachillerato en Artes en Educación con Concentración en Salud Escolar (2003). Universidad Interamericana de Puerto Rico.		

**DIPLOMADOS/CERTIFICADO GRADUADO**

<b>Enfoque de Promoción de la Salud (PS)</b>	<b>Enfoque de Educación para la Salud (EDSA)</b>	<b>Enfoque Integrado (PS y EDSA)</b>	<b>Enfoque de Salud Pública General con mención en PS y EDSA</b>
México		Cuba	
Diplomado de Pregrado y Postgrado en PS. Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco.		Diplomado en Promoción y Educación para la Salud.	
Perú		El Salvador	
Diploma de Estudios en PS y Diploma de Investigación en PS (2006). Escuela de Postgrado Víctor Alzadora Castro. Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca. Universidad Peruana Cayetano Heredia.		Diplomado en PS y EDSA (2005). Facultad de Medicina. Universidad de El Salvador.	

**Tabla 2. Muestra de Experiencias de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina por Modalidad Académica y Enfoques Dominantes por países (2006) (Continuación).**

**DIPLOMADOS/CERTIFICADO GRADUADO**

Enfoque de Promoción de la Salud (PS)	Enfoque de Educación para la Salud (EDSA)	Enfoque Integrado (PS y EDSA)	Enfoque de Salud Pública General con mención en PS y EDSA
Perú			
Diploma en PS. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Puerto Rico			
Certificado Graduado en Promoción de la Salud Escolar. Departamento de Ciencias Sociales. Escuela de Salud Pública. Recinto de Ciencias Médicas. Universidad de Puerto Rico. Cuba			
Diplomado en Salud Escolar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Ministerio de Salud Pública. Brasil			
Especialización (diplomado) en Promoción de Salud. Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo.		Brasil Disciplina de PS Curso de Especialización Interdisciplinaria en Salud Pública Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo.	
Especialización (diplomado) en Promoción de Salud. Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo.		Disciplina de PS Curso de Especialización en Salud de la Família y Curso de Especialización en Salud Colectiva Multiprofesional. Pontificia Universidad Católica de Paraná	
Especialización (diplomado) en Promoción de Salud. UNESUNICSUL Puc do Paraná			

**Tabla 2. Muestra de Experiencias de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina por Modalidad Académica y Enfoques Dominantes por países (2006) (Continuación).**

**OTRAS MODALIDADES**

<b>Enfoque de Promoción de la Salud (PS)</b>	<b>Enfoque de Educación para la Salud (EDSA)</b>	<b>Enfoque Integrado (PS y EDSA)</b>	<b>Enfoque de Salud Pública General con mención en PS y EDSA</b>
Ecuador			
Cátedra de PS. Escuela de Psicología. Universidad Cristiana Latinoamericana. Sede en Quito.			
El Salvador			
Curso Descentralizado de PS. Ministerio de Salud Pública, OPS, Maestría de Salud Pública de la Universidad de El Salvador, entre otros.			
Uruguay			
Curso Internacional en PS (a distancia). Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH).			
Uruguay			
Escuela Internacional de Verano en PS.			

**Tabla 3. Muestra de Experiencias de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina por Países, Grados Académicos y Enfoques Dominantes (2006).**

Países	Especialización en Educación para la Salud				Especialización en Promoción de la Salud				Especialización en Promoción de la Salud y Educación para la Salud				Otras especializaciones relacionadas a la Promoción de la Salud y Educación para la Salud			
	Bachillerato o Licenciatura	Maestría	Doctorado	Otras Modalidades	Bachillerato o Licenciatura	Maestría	Doctorado	Otras Modalidades	Bachillerato o Licenciatura	Maestría	Doctorado	Otras Modalidades	Bachillerato o Licenciatura	Maestría	Doctorado	Otras Modalidades
Argentina		Xa												Xb		
Costa Rica					Xc											
Cuba										Xd		Xe				
Ecuador				Xf				Xg								
El Salvador								Xh				Xi				Xj
México					Xk			Xl								
Perú						Xm		Xn								Xo
Puerto Rico	Xp									Xq			Xr		Xs	Xt
Uruguay																Xu

<p>a. Maestría en Educación para la Salud. Facultad de Odontología. Universidad Nacional del Nordeste.</p> <p>b. Maestría en Salud Pública con orientación en Promoción de la Salud en la Universidad de Buenos Aires.</p> <p>c. Bachillerato en Promoción de la Salud en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.</p> <p>d. Maestría en Promoción y Educación para la Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de La Habana.</p> <p>e. Diplomado de Promoción y Educación para la Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de La Habana.</p> <p>f. Certificado: Asistente en Educación para la Salud, conferido por el Ministerio de Bienestar Social y Sanidad.  Certificado: Educador para la Salud, conferido por el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación y Cultura, para ascenso de categoría.</p> <p>g. Cátedra de Promoción de la Salud en la Escuela de Psicología en la Universidad Cristiana Latinoamericana, Sede Quito.</p> <p>h. Curso Descentralizado en Promoción de la Salud a través de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador.</p> <p>i. Diplomado en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en la Universidad de El Salvador. Módulo de Promoción de la Salud y Educación para la Salud en la Maestría de Salud Pública de la Universidad de El Salvador.</p>	<p>j. Módulo: Promoción de la Salud y Comunicación Social para nivel gerencial y técnico en la Universidad de El Salvador. Módulo: Organización y Participación Comunitaria para Promotores de Salud y líderes comunitarios en la Universidad de El Salvador.</p> <p>k. Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.</p> <p>l. Diplomado en Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México.</p> <p>m. Maestría en Promoción de la Salud en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.</p> <p>n. Diploma en Promoción de la Salud en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.  Diplomatura en Promoción de la Salud en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.</p> <p>o. Educación y Comunicación (Educomunicación) para la PS.</p> <p>p. Bachillerato en Educación en Salud Comunal. Universidad de Puerto Rico.</p> <p>q. Maestría en Educación para la Salud. Universidad de Puerto Rico.</p> <p>r. Bachillerato en Artes en Educación con Concentración en Salud Escolar de la Universidad Interamericana de Puerto Rico.</p> <p>s. Cursos de Promoción de la Salud en el Doctorado de Salud Pública. Universidad de Puerto Rico.</p> <p>t. Certificado Graduado en Promoción de la Salud Escolar. Universidad de Puerto Rico.</p> <p>u. Cursos</p>
--	--

**Tabla 4. Muestra de Experiencias de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina por Modalidad Académica, Países y Contenido Curricular Dominante (2006).**

CONTENIDO CURRICULAR DOMINANTE	PAÍSES									
	Argentina		Costa Rica	Cuba		Ecuador			México	
	Maestría PS	Maestría EDSA	Bachillerat o PS	Maestría PS y EDSA	Diplomado PS y EDSA (b)	Certificado Asistente EDSA	Certificado EDSA (c)	Cátedra PS (d)	Licenciatur a PS	Diplomado PS
Conceptos Básicos: Salud, Enfermedad y Salud Pública	x	x	x					x	x	
Situación Social y de Salud a nivel global, nacional y regional	x	x	x				x	x	x	
Antecedentes y evolución del movimiento de Promoción y Educación para la Salud	x	x	x				x	x	x	
Fundamentos filosóficos y teóricos	x		x							
Principios, valores y ética	x	x	x						x	
Desarrollo Humano			x						x	
Estadística		x	x			x			x	
Epidemiología	x		x				x		x	
Uso de la tecnología e informática aplicada		x	x			x			x	
Mercadeo Social	x		x			x	x		x	x
Comunicación en Salud										
Teorías de enseñanza y aprendizaje		x	x			x			x	x
Planificación de Programas y Proyectos	x	x	x			x	x		x	x
Administración de programas y proyectos	x	x	x			x			x	
Evaluación	x	x	x			x	x		x	
Principios de investigación	x	x					x		x	
Proyecto de Investigación	x	x							x	x
Trabajo de campo,										
Práctica o Pasantía	x	x			x		x		x	

**Tabla 4. Muestra de Experiencias de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina por Modalidad Académica, Países y Contenido Curricular Dominante (2006) (Continuación).**

CONTENIDO CURRICULAR DOMINANTE	PAÍSES												
	El Salvador				Peru				Puerto Rico				Uruguay
	Curso Descentralizado PS	Diplomado PS y EDSA	Modulo PS y EDSA	Modulo Psy comunicación Social	Maestría PS	Diplomas PS	Diplomatura PS	Educación	Maestría PS y EDSA	Diplomado PS	Bachillerato Salud Escolar	Certificado graduado Promoción de la salud	Cursos
Conceptos Básicos: Salud, Enfermedad y Salud Pública	x			x					x	x	x	x	
Situación Social y de Salud a nivel global, nacional y regional	x	x	x	x		x	x		x	x	x		
Antecedentes y evolución del movimiento de Promoción y Educación para la Salud	x	x	x	x		x	x	x	x	x			
Fundamentos filosóficos y teóricos			x	x			x	x	x	x	x		
Principios, valores y ética													
Desarrollo Humano		x								x			
Estadística							x		x	x			
Epidemiología	x		x				x		x	x			
Uso de la tecnología e informática aplicada											x		
Mercadeo Social		x	x			x	x	x	x	x			
Comunicación en Salud	x	x	x	x			x		x	x			
Teorías de enseñanza y aprendizaje	x		x			x	x		x	x	x		
Planificación de programas y proyectos						x	x		x	x		x	
Administración de programas y proyectos	x	x	x	x					x	x		x	
Evaluación		x					x		x				
Principios de Investigación							x		x	x		x	
Proyecto de Investigación							x		x	x			

**Tabla 5. Muestra de Experiencias de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina por Modalidad Académica, Países y Estrategias Dominantes Incorporadas en el Currículo (2006).**

ESTRATEGIAS PARA LAPROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION PARA LA SALUD	PAÍSES									
	Argentina		Costa Rica	Cuba		Ecuador			México	
	Maestría PS	Maestría EDSA	Bachillerato PS	Maestría PS y EDSA	Diplomado PS y EDSA	Certificado Asistente EDSA	Certificado EDSA (c)	Cátedra PS (d)	Licenciatura PS	Diplomado PS
Políticas Públicas Saludables		x	x					x	x	
Abogacía			x							
Entornos/ Municipios/ Comunidades/Viviendas Saludables			x				x			
Participación Social / Organización Comunitaria		x	x					x	x	
Desarrollo de alianzas / trabajo colaborativo			x						x	x
Diversidad Cultural										
Equidad		x	x			x		x		
Reorientación de los servicios de salud			x					x	x	
Desarrollo de habilidades personales y estilos de vida									x	

ESTRATEGIAS PARA LAPROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION PARA LA SALUD	PAÍSES												
	El Salvador				Peru				Puerto Rico				Uruguay
	Curso Descentralizado PS	Diplomado PS y EDSA	Modulo PS y EDSA	Modulo Ps y comunicación Social	Maestría PS	Diplomas PS	Diplomatura PS	Educación	Maestría PS y EDSA	Diplomado	Bachillerato Salud	Certificado graduado	Cursos
Políticas Públicas Saludables	x	x		x		x	x		x				
Abogacía		x	x	x			x		x				
Entornos/ Municipios/ Comunidades/Viviendas Saludables	x	x		x									X
Participación Social / Organización Comunitaria		x		x		x	x		x				X
Desarrollo de alianzas / trabajo colaborativo						x			x				
Diversidad Cultural									x				
Equidad													
Reorientación de los servicios de salud													
Desarrollo de habilidades personales y estilos de vida						x							



**Tabla 6. Muestra de Experiencias de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina por Modalidad Académica, Países y Prioridades Temáticas Incorporadas en el Currículo (2006).**

PRIORIDADES TEMATICAS	PAÍSES									
	Argentina		Costa Rica	Cuba		Ecuador			México	
	Maestría PS	Maestría EDSA	Bachillerato PS	Maestría PS v EDSA	Diplomado PS y EDSA	Certificado Asistente EDSA	Certificado EDSA (c)	Cátedra PS (d)	Licenciatura PS	Diplomado PS
Salud de la madre y el niño			x			x	x	x	x	
Salud Escolar, Niños y Jóvenes		x				x		x	x	
Salud del Adulto		x	x					x	x	
Salud Mental			x							
Salud Oral									x	
Salud Ocupacional										
Salud Internacional			x							
Infecciones respiratorias agudas			x							
Consumo de alcohol y tabaco			x						x	
Sexualidad Humana			x							
Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA		x				x				
Enfermedades Crónicas			x				x			
Adicción a drogas										
Salud Ambiental					x	x			x	
Alimentación y Nutrición		x	x		x	x	x		x	
Violencia		x	x				x			
Grupos excluidos: Migrantes, entre otros		x								

**Tabla 6. Muestra de Experiencias de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina por Modalidad Académica, Países y Prioridades Temáticas Incorporadas en el Currículo (2006) (Continuación).**

PRIORIDADES TEMATICAS	PAÍSES												
	El Salvador				Peru				Puerto Rico			Uruguay	
	Curso Descentralizado PS	Diplomado PS y EDSA	Modulo PS y EDSA	Modulo PS y comunicación Social	Maestría PS	Diplomas PS	Diplomatura PS	Edu comunicación	Maestría PS y EDSA	Bachillerato EDSA	Bachillerato Salud Escolar	Certificado graduado	Cursos
Salud de la madre y el niño	x						x						
Salud Escolar, Niños y Jóvenes										x	x		x
Salud del Adulto													
Salud Mental													
Salud Oral				x									
Salud Ocupacional													
Salud Internacional									x				
Infecciones respiratorias agudas													
Consumo de alcohol y tabaco				x									x
Sexualidad Humana				x					x	x	x		x
Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA											x		
Enfermedades Crónicas				x									
Adicción a drogas				x							x		
Salud Ambiental							x		x	x			x
Alimentación y Nutrición									x				
Violencia													
Grupos excluidos: Migrantes, entre otros													

## BIBLIOGRAFÍA

- Alemán-Batista, A.M. & Román García, E. (2006). *El Programa de Bachillerato en Educación en Salud Comunal del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico*. Información: Puerto Rico.
- Arcelay, Y. (2005). *Universidad Interamericana de Puerto Rico. Grado de Bachiller en Artes en Educación con concentración en Salud Escolar*. Información: Puerto Rico.
- Arroyo Acevedo, H. (2007). *La Experiencia en la Formación de Recursos Humanos en Educación en Salud a Nivel Graduado*. Información: Puerto Rico.
- Barry, M. (2007a). *Competencies and Professional Standards in Europe*. Symposium 19<sup>th</sup> IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education. Abstract #331150.
- Barry, M. (2007b). *European Perspectives on Training and Accreditation in Health*. Tomado de [www.specialisedhealthpromotion.org.uk/downloads/MargaretBarry.ppt](http://www.specialisedhealthpromotion.org.uk/downloads/MargaretBarry.ppt)
- Bordoni, N. E. (2005). *Anteproyecto de Maestría en Salud Pública con orientación en Promoción de la Salud Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires*. Información: Argentina.
- Brenes Gómez, W.; Bolaños, C. & Arroyo M. A. (2005). *Formación de profesionales en Promoción de la Salud: Experiencia en Costa Rica*. Información: Costa Rica.
- Chapela, M. (2005). *Diplomado en Promoción de la Salud*. Universidad Autónoma de Metropolitana, Xochimilco. Información: México.
- Choque Larrauri, R. (2005). *Educación y Comunicación (Educomunicación) para la Promoción de la Salud*. Información: Perú.
- Consortio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (1996). *Memorias de la Asamblea Constituyente*. 17-19 de abril de 1996. San Juan, Puerto Rico.
- Consortio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud. (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. (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. (2000). *Memorias de la Cuarta Asamblea General*. 4-8 de noviembre de 2002. Sao Paulo, Brasil.
- Contreras Ríos, C. (2005). *Diplomatura en Promoción de la Salud*. Oficina de Gestión de Proyectos. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Información: Perú.
- García Viveros, M. & Ramírez Rodríguez, C. (2005). *Licenciatura en Promoción de la Salud*. Universidad Autónoma de la Ciudad de México – Propuesta Curricular. Información: México.

González Sobera, M. (2006). *Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud (PS) y en Educación para la Salud (EDSA) en el Uruguay*. Información: Uruguay.

Guirola Alonso, A. L & Borja F. (2005). *Perfil del Diplomado en Promoción de la Salud y Educación para la Salud*. Información: El Salvador.

Guirola Alonso, A. L & Borja F. (2005). *Iniciativa Académica en Promoción de la Salud Curso Descentralizado de Promoción de la Salud*. Información: El Salvador.

Guirola Alonso, A. L & Borja F. (2005). *Iniciativa Académica en Promoción y Educación para la Salud – Módulo de Promoción y Educación para la Salud en la Maestría de Salud Pública*. Información: El Salvador.

Guirola Alonso, A. L & Borja F. (2005). *Iniciativa Académica en Promoción de la Salud Módulo Promoción de la Salud y Comunicación Social para el nivel gerencial y técnico*. Información: El Salvador.

Guirola Alonso, A. L & Borja F. (2005). *Iniciativa Académica en Promoción de la Salud Módulo Organización y Participación Comunitaria para Promotores de Salud, Líderes y Lideresas Comunitarias*. Información: El Salvador.

Keleher, H. & Joss, N. (2007). *Building Competencies and Workforce Capacity for Health Promotion*. En Keleher, H., MacDougall, C., & Murphy, B. (Eds.). *Understanding health promotion*. Oxford. 234-243.

Lockett, M. O. (2005). *Informe de la Maestría de Educación para la Salud*. Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Odontología. Información: Argentina.

Peñaherrera Sánchez, E. (2005). *Diploma en Promoción de la Salud*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Escuela de Postgrado “Víctor Alzamora Castro”. Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca. Información: Perú.

Melville, L., Howat, P. Shilton, T. & Weinstein, R. (2006). Health promotion competencies for the Israeli workforce. *IUHPE Promotion & Education*, Vol. XIII, No.3, 178-184.

Navarro, A., Voetsch, K., Liburd, L., Giles, W. & Collins, J. (2007). Charting the Future of Community Health Promotion: Recommendations from the National Expert Panel on Community Health Promotion. Preventing Chronic Disease. *Public Health Research, Practice and Policy*. Volume 4: No.3. [www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/07\\_0013.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/07_0013.htm)

Olmedo Boada, H. (2006). *La Formación de los Educadores para la Salud en el Ecuador*. Información: Ecuador.

Olsen, L., Taub, A., Gilmore, G. & Connell, D. (2007). *The National Health Educator Competencies Updates Project (United States)*. Symposium 19<sup>th</sup> IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education. Abstract #331150.

Sanabria Ramos, G. & González Valcárcel, B. (2006). *Sistema de Formación posgraduado en Promoción y Educación para la Salud que se desarrolla en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba*. Información: Cuba.

Shilton, T., Howat, P., James, R. , Hutchins, C., Burke, L. & Woodman, R. (2007). *Revised competencies for health promotion in Australia*. Symposium 19<sup>th</sup> IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education. Abstract #331150.

Shilton, T., Howat, P., James, R. & Lower, T. (2003). Review of competencies for Australian health promotion. *IUHPE Promotion & Education*, Vol. X, No. 4, 162-171.

Talbot, L., Graham, M., & James, E.L. (2007). A role for workforce competencies in evidence-based health promotion education. *IUHPE Promotion & Education*, Vol. XIV, No. 1, 28-33.

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

Westphal, M. F. (2006). *O Ensino de Promoção da Saúde*. Información: Brasil.



## Capítulo 5

# 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

**N**a 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 RC, Gurney JG, Land GH. 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 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 nesse 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 *endêmicas*, 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 Comonucable Disease Center (CDC) *Communicable 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 & 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 (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 & 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. Acrescenta-se ainda que as demonstrações de efetividade de diversas medidas no campo de políticas públicas 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, escolher 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 instância, 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 & 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 grupos 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 duvida 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.



**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.**

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 V, Frank J, Di Ruggiero, Doug M. 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).

### **Elementos de estruturação 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/evidências 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 *stricto sensu*. Assim, pode ser considerado que, de fato, é a ação norteadada 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 morbimortalidade, 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 `as 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 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 necessário, 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.

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.**

### 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 vigilância e a avaliação das intervenções implementadas. É na verdade, uma via de duas mãos: a vigilância interferindo na ação e a ação norteando 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.

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

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 propostos. 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 abordada 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, 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 & 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.

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 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 episódico.

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 morbimortalidade 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, diabetes 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 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 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:

<u>População alvo:</u>	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.
<u>Periodicidade da coleta de dados:</u>	Continua	Coleta de dados sem interrupções relevantes.
	Periódica ou sistemática Intermitente	Coleta de dados com interrupções pré-estabelecidas e constantes no tempo. Coletas de dados com interrupções não estabelecidas previamente e irregulares ao longo do tempo.
<u>Focalização dada à unidade de coleta dos dados:</u>	Focalizada no indivíduo	Unidade de coleta de dados: Pacientes, pessoas, residentes.
	Focalizada no evento	Unidade de coleta de dados: Visitas, consultas, exames, procedimentos.
<u>Cobertura da coleta de dados:</u>	Universal Amostragem probabilística Amostragem por conveniência	
<u>Objeto da coleta de dados:</u>	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 intersetorialidade 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

reduzi 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, EUA.
- 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](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*, 5:29-37,1976.
- 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*, 5:13-8.

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.biomedcentral.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, 2001. 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](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*, 20:315-21,1966.
- 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, 2003.
- 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, 1997. 274p.
- Thacker SB. (2000). *Historical Development*. In: Teutsch, S. M.; Churchill, R. E. (ed.) *Principles and Practice of Public Health Surveillance*. Oxford University Press, 2000. 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*. Geneve: 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, Lau J. (1995). Drug use in an elderly Chinese population: prevalence and associated factors. *Gerontology* ; 41:98-108.

NOTA.

<sup>1</sup> A denominação desse órgão foi modificada, em 1970, para *Centers for Disease Control*, e depois, em 1992, para *Centers for Disease Control and*

*Prevention*. O acrônimo CDC, no entanto, persiste até hoje.



## Capítulo 6

# 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 Moys

### 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 legislação 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 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 científico (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 & 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, econômicas, 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 condições 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 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, é importante referir às relevantes contribuições dos projetos formulados e desenvolvidos pela UIPES para identificar e discutir evidências de efetividade da PS. São eles o *Programa Global de Evidência da 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 é coordenado pela UIPES/IUHPE, em colaboração com a OMS, integrando parceiros de vários continentes: Fundação Africana de Pesquisa Médica; Instituto Internacional de Saúde (Austrália); Agência de Desenvolvimento da Saúde (Inglaterra); Saúde do Canadá; Instituto para a Promoção da Saúde e Prevenção da Doença (Holanda); Centros para o Controle e Prevenção de Doenças / Departamento de Saúde e Serviços (EUA); Associação de Voluntários da Saúde (Índia), e outros (GPHPE, 2003).

Este programa, que foi concebido após a repercussão alcançada com a publicação *"The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a new Europe"* (UIPES,1999), e apoiado pela Comissão Européia e pelos Centros para o Controle e Prevenção da Doença (EUA), focaliza os resultados da PS e seu impacto econômico, social e político. Decorreu desse processo a revisão contínua da evidência de efetividade da PS e sua difusão, incorporando propostas e práticas desenvolvidas com continuidade, segundo prioridades negociadas e estabelecidas (*Ibid*, 2003).

O Programa Mundial de Efetividade da Promoção da Saúde (GPHPE/IUHPE) reconhece que a evidência da efetividade deriva de uma variedade de fontes que transcende as fronteiras da avaliação tradicional. Seu objetivo é a melhoria das práticas de PS em todo o mundo, focalizando os princípios, modelos e métodos das melhores práticas, tendo-se em conta 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* foi proposto durante a III Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde realizada em São Paulo (2002). Além das instituições promotoras do programa global, conta com o apoio do/da: Oficina Regional Latino-Americana, Centro de Desenvolvimento e Avaliação de Políticas e Tecnologia em Saúde Pública (CEDETES), Consórcio Interamericano de Universidades e Centros de Formação de Recursos Humanos em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (CIUEPS), e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

As principais estratégias do Projeto Regional consistem na divulgação de informações e advocacia (*Ibid*, 2003). Sua agenda inclui 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 de recursos da mídia eletrônica. Incorpora a reflexão sobre a definição operacional da PS na América Latina, e uma base de dados que identificou cerca de 150 estudos sobre PS no continente. Volta-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.

Destaca-se, nesta perspectiva, a articulação da vigilância de fatores de risco aos procedimentos avaliativos. Para tanto, o CEDETES desenhou um programa de treinamento para a América Latina, por meio da metodologia de Avaliação Rápida, combinando atividades presenciais e tutoriais, com o objetivo de construir procedimentos de fácil utilização. Até fins de 2005, treze representantes de 06 países já haviam participado do programa.

A partir de 2004, o projeto regional passou a contar com o *Guia de Avaliação de Efetividade em Promoção da Saúde - Avaliação Rápida* (De Salazar *et al*, 2004). Este importante recurso didático oferece orientação técnica e metodológica, abordando elementos conceituais, estratégicos e metodológicos, contribuindo decisivamente para viabilizar a realização (e replicação) de cursos internacionais sobre a matéria e para a criação de uma cultura de avaliação em PS. O Guia de Avaliação Rápida foi elaborado pelo CEDETES (Universidade del Valle, Cali, Colômbia), com o apoio técnico e financeiro dos Centros de Prevenção e Controle de Enfermidades (CDC/USA) e da OPAS.

## **EMPODERAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE EFETIVIDADE**

Nas últimas duas décadas, o *empoderamento* da comunidade tornou-se também um importante fundamento de suas estratégias de construção da capacidade para a redução das disparidades em saúde. A Declaração de Jacarta de Promoção da Saúde (World Health Organization, 1997), as Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas/ 2000 e a estrutura estratégica do Banco Mundial – todas elas – identificam o *empoderamento* das mulheres e da população pobre como alvos prioritários que fortalecem a mobilização da

comunidade, como referida na Carta de Ottawa.

Com raízes em múltiplos campos, o *empoderamento* vem sendo definido como “um processo por meio do qual pessoas, organizações e comunidades ganham maestria sobre suas ações” (Rappaport, 1987); e o *empoderamento* da comunidade como um “processo de ação social por meio do qual indivíduos, comunidades e organizações adquirem controle sobre suas vidas num contexto de transformação de seu ambiente social e político para melhorar a equidade e a qualidade de vida” (Wallerstein, 1992).

O Banco Mundial definiu o *empoderamento* como a remoção de barreiras formais e informais e o processo de tornar as instituições governamentais capazes de assumir responsabilidade financeira por meio da “expansão de seus ativos e capacidade da população pobre de participar, negociar, controlar e responder pelo controle de instituições que afetam suas vidas” (Narayan, 2002). O *empoderamento* traz o desafio das relações desiguais de poder para a linha de frente, e apóia a organização baseada nas capacidades reais da comunidade, seus bens e capital social.

A pesquisa sobre a efetividade do *empoderamento* como estratégia da PS tem identificado duas direções: os processos através dos quais os resultados do *empoderamento* são gerados, e seus efeitos na melhoria da saúde e na redução das disparidades em saúde. O *empoderamento* é reconhecido tanto como um resultado em si mesmo, quanto uma etapa intermediária para que sejam alcançados o status na saúde e resultados quanto às disparidades existentes (Wallerstein, 2006).

Na primeira direção, os resultados do *empoderamento* foram identificados no nível psicológico, tal como a eficácia

política e motivação para participar (Zimmerman, 2000); no nível organizacional, em termos de efetividade do programa na educação ou nos serviços de saúde ou, ainda, na efetividade das alianças para gerar transformações na comunidade (Laverack, 2004; McMillan et al, 1995; Manikutty, 1997; Isham et al, 1995), e no nível da comunidade, incluindo mudanças nas condições econômicas, direitos civis, autonomia das mulheres, capital social e no ambiente político ou na política em seu sentido mais amplo (Minkler, 2005; Speer e Hughey, 1995; Goodman et al, 1998).

No segundo caminho, detectar a evidência tem sido uma tarefa mais desafiadora, por causa da impossibilidade mais próxima de utilizar desenhos experimentais no interior de ambientes constantemente mutantes, tanto político quanto da comunidade (conforme discussão anterior). Mesmo assim, estudos de âmbito mundial têm usado enfoques de avaliação, tais como estudos de caso multi-cenários, desenhos comparativos quasi-experimentais, descrições qualitativas sobre mudanças na comunidade, avaliações de resultados, e correlações dos dados de vigilância com informações sobre os programas, para relacionar o *empoderamento* com as intervenções em saúde. Há uma crescente literatura sobre intervenções com jovens, mulheres, pessoas em situação de risco para o HIV/AIDS, comunidades pobres, cuidadores de pacientes e das famílias, e a efetividade das alianças que se mostraram promissoras na mudança de resultados em saúde (Wallerstein, 2005).

Os resultados exitosos das ações de PS em municípios do Agreste de Pernambuco, discutidas adiante neste artigo, exemplificam o alcance do processo de empoderamento pessoal e comunitário, viabilizando a construção conjunta pela população e por gestores de



mecanismos para a melhoria da qualidade de vida.

## **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, 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 inculcar 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 relacionado 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 intersectorialidade 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 potencial 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 intersectorialidade, 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 intersectorialidade 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.

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 intersetorialidade como base para seu planejamento e desenvolvimento denomina-se “Gente Saudável”. A articulação intersetorial é 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 mobiliza atualmente 3 Universidades e 4 Centros Universitários, 25 empresas e 18 escolas públicas na 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. O atual momento político, com a mudança de gestão municipal, é oportuno para a realização de um processo de avaliação 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 poderá 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 é 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 vem acontecendo a relação de alianças para o desenvolvimento de ações de PS, identificando as oportunidades de implementação de ações intersectoriais integradas e sua sustentabilidade, a partir do estabelecimento de parcerias e do empoderamento dos setores e instituições. 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.

Seguindo a orientação anterior, duas estratégias metodológicas paralelas, mas complementares, estão sendo 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 intervenção, 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 intersectorialidade 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, intersectorialidade e participação social, mobilizadas no projeto *Gente 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 variedade 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 intersetorialidade 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 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<sup>o</sup> 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, V.J., (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<sup>a</sup> ed.
- Aro, A.A., 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, F.A., (2004). *Políticas de habitação e desenvolvimento urbano em municípios saudáveis: o caso de Bertiooga – 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/FAPESP, 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, D.A., (2005). *Healthy municipalities and the Inclusion Social in the Northeast of Brazil*. Julho 2005. 14<sup>th</sup> InterUniversity Consortium for International Social Development Symposium. Recife, In [www.iucisd.org/brazil/2005](http://www.iucisd.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](http://www.iuhpw.org/english/projects-project2)
- Goodman, R.M. Speers, MA, McLeroy, K, Fawcett, S, Kegler, M., Parker, E., Smith SR, Sterling TD & Wallerstein, N. ( 1998). Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education Behavior*, 25(3): 258-278.
- Gohn, MG, (1997). *Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Loyola.
- Gohn M.G., (2002). Papel dos conselhos gestores na gestão pública. *Informativo CEPAM*. Conselhos municipais das áreas sociais, 2<sup>a</sup> ed. , 1(3): 7 - 16.

- Gohn M.G., (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.
- Isham J.D., Narayan, D. & Pritchett, L.(1995). Does Participation Improve Performance ? Establishing Causality with Subjective Data. *The World Bank Economic Review* 9(2):175-200.
- Labra, M.E. & Figueredo, J.S.A, (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, 2<sup>nd</sup>. Ed. New York.
- Laverack, G., (2004). *Health Promotion Practice: Power and Empowerment*. London: Sage Publications.
- MacQueen D.V. & Anderson L.M. (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](http://www.abrasco.org.br) .
- Malik, A.M., (1997). Cidades saudáveis: estratégias em aberto. *Saúde e Sociedade*, 6(2): 19 - 30.
- Manikutty S., (1997), Community Participation: so what? Evidence from a comparative study of two rural water supply and sanitation projects in India. *Development Policy Review*, 15(2):115-140.
- McMillan B., Florin P., Stevenson T., Keenan B. & Mitchell R.E., (1995). Empowerment praxis in community coalitions. *American Journal Community Psychology*, 23(5): 699-727.
- 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.
- Minkler, M. (ed), (2005). *Community Organizing and Community Building for Health*, Rutgers University Press: New Jersey.
- Mendes, R., (2000). *Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiá e Maceió*. São Paulo, Tese de Doutorado, FSP, Universidade de São Paulo.
- Minayo, M.C.; Assis, S.G. & Souza, E.R.(org), (2005). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Moysés, S.J., Moysés, S.T. & Krempel, M.C. (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.
- Organização Panamericana de Saúde, (1999). *Guia metodológico para avaliação participativa*.
- 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.
- 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. (2003). *Avaliação em rede*. In: <http://www.rits.org.br>.
- Pereira Lima V.L.P.G. & 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](http://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., (2001<sup>a</sup>). *Le développement local: contexte et definition*. Sherbrooke: Université de Sherbrooke, IRECUS. Cahiers de recherché: IREC 01-03.
- Prévost, P., (2001<sup>b</sup>). *Les dimensions et processus du développement des collectivités locales*. Sherbrooke: Université de Sherbrooke, IRECUS. Cahiers de recherche: IREC 01-05.
- Rappaport, J., (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal Community Psychology*, 15(2): 121-148.
- Speer, P.W. & J. Hughey, (1995). Community organizing: an ecological route to empowerment and power. *American Journal Community Psychology*, 23(5): p. 729-48.
- Wallerstein, N., (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal Health Promotion*, 6(3): 197-205.

Wallerstein, N., (2006). *The effectiveness of empowerment strategies to improve health*. Health Evidence Network, Copenhagen, World Health Organization. [http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/empowerment/20060119\\_10](http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/empowerment/20060119_10).

Westphal, M.F. & Mendes, R., (2000). Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *RAP*, 34 (6), 47-62.

World Health Organization & Ministry of Health Republic of Indonesia, (1997). *Health Promotion Resources, Key Documents, 4<sup>th</sup> International Conference on Health Promotion*, Jakarta, Indonesia.

Zimmerman, M.A., (2000) *Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis*, in *Handbook of Community Psychology*. J. Rappaport & E. Seidman Editors. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York: 43-63

## Capítulo 7

# EDUCACION Y COMUNICACION (EDUCOMUNICACION) PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

*Raúl Choque Larrauri  
Edwin Peñaherrera Sánchez*

### INTRODUCCIÓN

**L**a Educomunicación es un área del conocimiento que estudia la intersección de la comunicación y la educación. A esta intersección se le denomina "media education" (Inglaterra, Canadá), Media Literacy (Estados Unidos), Educación a través de los Medios de Comunicación (España y América Latina). Algunos autores hablan de Educación Mediática (Guillermo Orozco Gómez) y Comunicación Educativa (Mario Kaplún y Francisco Sierra). El concepto de Educomunicación fue utilizado inicialmente por Mario Kaplún para indicar actividades específicas de educación para la asimilación cultural crítica. Pasó a ser usado por Ismar de Oliveira Soares, investigador brasileño, para designar el complejo campo de las múltiples interrelaciones entre la comunicación y la educación. La Educomunicación es el conjunto de las acciones inherentes a la planificación, al desarrollo y a la valoración de procesos, programas y productos destinados a crear y reforzar ecosistemas comunicativos en espacios educativos, reales o virtuales, así como a mejorar el coeficiente comunicativo de las acciones educativas, e incluso las relativas al uso de los recursos de información en los procesos de aprendizaje tendientes al desarrollo en

diversos campos. La finalidad de la educomunicación es en ese sentido maximizar el impacto de las acciones comunicativas y educativas. En el campo de la Promoción de la Salud tanto la comunicación y la educación para la salud son dos estrategias importantes cuya finalidad es fomentar y promover estilos de vida saludables, así como coadyuvar al empoderamiento de la población en la toma de decisiones saludables.

### COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

#### Concepto de comunicación

El concepto de comunicación puede ser asociado a diferentes términos que contribuyen a su definición entre ellas a mutualidad, reciprocidad, comunión, comunidad, posesión de algo en común, participación, transmisión, información, expresión, codificación, accesibilidad, decodificación, similitud, trato, expansión, sociabilidad, afectividad, regulación y simpatía. 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. En términos absolutos es completamente falso hablar de incomunicación total porque resulta absurdo que entre dos personas con alguna relación temporal no exista cierto entendimiento, aunque sea mínimo.

Con frecuencia se utiliza el término comunicación en acepciones extremas. En su sentido 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. En su sentido estrecho se restringe a la existencia en las personas de muchos requisitos para que se produzca, como por ejemplo, un mismo idioma, iguales puntos de vista, etc. En realidad, el misterio de la comunicación se puede producir sin esas condiciones, solo bastaría que ellos tuvieran algo en común, por pequeño que fuera. En este contexto la comunicación es el proceso por el cual un individuo entra en cooperación mental con otro hasta que ambos alcanzan una conciencia común.

### **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 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 dirigista 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 modelo es 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, el emisor y el receptor cumplen ambos roles, pues tienen la capacidad para hacerlo. Como dice Mario Kaplún “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, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y el bienestar. Partiendo de esta premisa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar, la comunicación para la salud proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir

información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo. La comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades.

## **EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

### **Concepto de educación**

La definición etimológica del término educación tanto si consideramos el vocablo educere (extraer, sacar a la luz, en el sentido socrático, desde dentro hacia afuera), como si se analiza la voz educare (criar, nutrir o alimentar), están significando ambas, lo que es propio de la raíz duco, es decir tirar, sacar, traer, llevar, hacer salir, guiar, conducir). Un doble sentido está implícito: cuidado, conducción desde fuera, pero también autoconducción, conducción desde dentro. La educación necesita de ayuda pero la decisión interna del discente es decisiva, entonces surgen dos vertientes la heteroeducación y la autoeducación. De las diferentes corrientes pedagógicas a lo largo del desarrollo de la humanidad, el investigador cubano Díaz Fabelo, realizó un recuento estadístico e histórico y coleccionó 133 definiciones de educación. De todas ellas hay 195 conceptos diferentes, pero de todos ellos sólo tres se repiten con una frecuencia significativa: desarrollo, perfección y formación. La interpretación más obvia de este análisis menciona que los tres elementos fundamentales en el proceso educativo son la espontaneidad evolutiva, la finalidad perfectiva racionalmente prefijada y la integración holística de cuando adviene al hombre en las etapas evolutivas. Asimismo se concluye que la

educación es intencional y planeada, distinguiéndose del proceso de maduración y de los influjos ambientales.

En ese sentido la educación es un proceso exclusivamente humano, intencional e intercomunicativo, en virtud del cual se realizan con mayor plenitud la instrucción, la personalización y la socialización del hombre.

### **Modelos de educación**

Mario Kaplún agrupa los modelos educativos de acuerdo a tres perspectivas pedagógicas: pedagogía transmisora, pedagogía persuasiva conductista y pedagogía problematizadora o cogestionaria, dicho de otro modo se definen como pedagogía que pone énfasis en los contenidos, pedagogía que pone énfasis en los efectos y pedagogía que pone énfasis en el proceso educativo. Las dos primeras son denominadas exógenas es decir que está fuera del sujeto educando, externo a él; la última en cambio es calificada como endógena y está planteada desde y a partir del sujeto educando.

*Educación con énfasis en contenidos.*- La pedagogía transmisora, es la que pone énfasis en los contenidos y corresponde a la educación bancaria. Esta pedagogía plantea una educación en la cual los conocimientos transmitidos por el educador deben ser memorizados y aprendidos por el alumno. “Los ejes del método son el profesor y el texto, los programas de estudio son amplios y basados en los conceptos que la fuente emisora considera importantes. Se da muy poca importancia al diálogo y la participación y se premia la buena retención de los contenidos”. En este caso el educando es situado como objeto depositario de información.

*Educación con énfasis en los efectos.*- La pedagogía persuasiva conductista o del adiestramiento, es aquella que pone énfasis en los efectos. Su principal objetivo es moldear la conducta de los educandos, según cánones preestablecidos. El alumno debe responder a las conductas deseadas por el educador. “El objetivo es que el educando haga y al ser establecidos los objetivos de manera específica y rígida por el programador, el educando se acostumbra a ser guiado por otros, el método no favorece el desarrollo del raciocinio, solo valora los resultados, no se promueve la participación, la autogestión y la toma autónoma de decisiones”.

*Educación con énfasis en el proceso.*- La pedagogía problematizadora pone énfasis en el proceso educativo. Esta pedagogía no se preocupa tanto en la materia a ser comunicada, ni en los efectos en términos de comportamiento. El objetivo principal es más bien que el educando piense por sí mismo y que a partir de ese pensar parta la acción transformadora de su realidad. Destacando la importancia del proceso de transformación de la persona y de las comunidades. “La educación problematizadora, ya no puede ser el acto de depositar, de narrar, de transferir o de transmitir conocimientos y valores a los educandos, meros pacientes, como lo hace la educación bancaria, sino ser un acto cognoscente”.

### **Concepto de educación para la salud**

La Educación para la Salud es toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de la salud o de la enfermedad, es decir, es un cambio relativamente permanente de las disposiciones o de las capacidades del sujeto. Una educación para la salud, eficaz, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las

maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos o de modos de vida. A partir de un análisis de los componentes de esta definición, podemos aproximarnos a la comprensión de las ventajas que presenta desde el punto de vista educativo:

La utilización de la palabra “combinación”, denota la importancia de la complementariedad de los métodos educativos ya que cada método se corresponde con objetivos de aprendizaje. Es la combinación de estos métodos lo que permitirá alcanzar el conjunto de los objetivos presentes en los proyectos educativos para la salud, reconociendo así la necesidad de atender el aprendizaje desde la perspectiva de la complejidad. Al hablar de “experiencias de aprendizaje” se hace referencia a la necesidad de abordar la configuración del comportamiento desde la experimentación de diversas situaciones de aprendizaje. De este modo se hace posible la integración en la educación para la salud de los aspectos cognitivos (conocimientos), los afectivos (actitudes y valores), los psicomotores (habilidades personales) y los sociales (capacidades de relación), del comportamiento que se pretende poner en práctica. La función de “facilitar” ya implica las características que ha de tener el papel del educador, considerando a este como un facilitador de los cambios voluntarios de comportamiento es decir, entendiendo la naturaleza de la tarea educativa para la salud como una relación de ayuda y apoyo, no impositiva, y en la que el elemento fundamental de la relación educativa es el que aprende. Considerar que los cambios de comportamiento que pretende lograr la educación para la salud han de ser

“voluntarios” implica una percepción antropológica de que todo individuo posee un modo de vida propio que viene condicionado por su herencia, su desarrollo, su cultura y su entorno y que, por tanto, cada persona tiene su propia forma de comportarse, sus actitudes, sus valores, sus experiencias y sus conocimientos específicos. Pero, al mismo tiempo, supone una concepción de la educación para la salud como proceso facilitador de cambios en los estilos de vida de los sujetos, que éstos podrán asumir o no, sin ejercer ningún tipo de manipulación conductual sobre ellos. Los “comportamientos saludables” que se pretende conseguir con los proyectos educativos para la salud son aquellos que nos permiten mejorar nuestro estado de salud. Con ello se alude no sólo al resultado de las actividades educativas sino también a la influencia de las acciones emanantes de diversas instancias sobre la salud, esto es, sobre las condiciones de vida, ambientales o de servicios prestados a la población.

## **COMUNICACIÓN Y EDUCACION PARA LA SALUD**

En el campo de la salud las acciones de educación y comunicación empezaron a desarrollarse con la promoción de la salud, tal es así que la Carta de Ottawa establecía que los medios de comunicación son actores claves y están implicados poderosamente para la promoción de la salud. En la Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI, adoptada en la IV Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en julio de 1997, se indica que la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere educación práctica, acceso a los medios de información, a la

comunicación tradicional y las nuevas tecnologías de comunicación.

La comunicación, la educación y la salud coinciden y se encuentran en la persona humana, la comunicación favoreciendo el desarrollo de comportamientos y estilos de vida saludables a través de los medios de comunicación y la comunicación interpersonal; la educación activando sus capacidades para el desarrollo de las mismas y su ejercicio en la vida social, productiva, reproductiva, política, creativa, cultural, etc.; y la salud creando las condiciones físicas, mentales, sociales y ambientales para que esa persona pueda serlo y actuar como tal. “La comunicación y educación se vuelven, cada vez más, un binomio inseparable, por encima mismo de los propios medios, técnicas e instrumentos comunicativos empleados”, y esto fortalece, enriquece y modifica, en forma consciente e informada, conocimientos, actitudes y/o

comportamientos a favor de la salud. El abordaje de la comunicación y educación como una alianza estratégica tanto para la educación formal y no formal es una real necesidad. La intersección de ambas ciencias a decir de J. M. Pérez Tornero, se nutre de fuentes bien consolidadas: Viene configurado, en primer lugar, por un saber teórico que procede de las ciencias de la comunicación aplicadas a los media y a la educación. Bebe, también de las fuentes de la pedagogía y la didáctica, que son disciplinas capaces de explicar y comprender los procesos de aprendizaje y de instrucción que se dan tanto en circunstancias formales, como en informales”.

En este contexto se apertura esta corriente de la comunicación educativa para ser desarrollada e instrumentada en aras de promover salud y coadyuvar al desarrollo de la sociedad (ver Tabla 1).

**Tabla 1. Propósitos de la Educación y Comunicación para la salud**

	<b>Educación para la Salud</b>	<b>Comunicación para la Salud</b>
<b>Objetivo</b>	Promover comportamientos y estilos de vida saludables	Participación de
<b>Resultados</b>	Aprendizaje en temas de salud	posicionamiento de mensajes en salud
<b>Público objetivo</b>	Estudiantes de la educación formal y no formal, grupos de personas, asociaciones, etc.	Población en general
<b>Estrategias</b>	Educación escolar Educación de adultos Educación por medios	Comunicación interpersonal Comunicación grupal Comunicación masiva Comunicación interactiva
<b>Papel de los interventores</b>	Desarrollo en la currícula educativa de contenidos de salud	Ecosistema comunicativo donde se aborde la salud

## METODOLOGIA DE IMPLEMENTACION

### 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 un cambio de conductas positivo, es necesario disponer de una metodología que sirva de orientación en la creación y ejecución de dichos programas. Ello facilita el trabajo en equipo cuando todos los miembros utilizan el mismo marco de referencia y la misma metodología para aplicarla a nuevas personas y nuevas situaciones”. 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. Para implementar eficientemente las acciones de comunicación en salud, tenemos pleno conocimiento de que los “programas de comunicación en salud pueden informar, convencer, fortalecer y educar”, y para ello requieren una metodología adecuada. “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, logrando no sólo una toma de conciencia o compartir información y flexible, permitiendo su aplicación a una variedad de problemas de salud”.

Con esa premisa un plan de comunicación en salud deberá contener los siguientes puntos:

#### 1.- Diagnóstico ¿Dónde estamos?

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 nos permitirá identificar claramente el problema de salud, realizar el análisis situacional a partir del conocimiento del contexto en el cual ejecutaremos nuestra intervención comunicacional y caracterizar el público al que dirigiremos la intervención de comunicación. Los diagnósticos no son fotos de la realidad, no recogen todo de ella, sólo aquello que nos interesa. Tenemos que conocer los factores económicos, socio culturales, políticos y evaluar nuestra capacidad de intervención institucional. Asimismo nos permite analizar los conocimientos, actitudes, prácticas, preferencias, espacios y modos de comunicación de nuestro público objetivo.

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

En función a los resultados del diagnóstico nos permite: Segmentar la audiencia objetivo, priorizar los comportamientos, formular los objetivos de comunicación, elaborar los mensajes, seleccionar los medios y determinar el plan de trabajo: organigrama, cronograma y 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 realice en los dos tipos que existen: técnica y con 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 nuestros 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 sobre la marcha del proceso y de las actividades. La evaluación permite medir los resultados que se van produciendo en relación con los objetivos planteados, para de acuerdo a ello, tomar decisiones a fin de realizar las correcciones necesarias. 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).

Para aplicar la educación para la salud es necesario aplicar una metodología adecuada que incorporen métodos de aprendizaje activos, que vayan dirigidos hacia las influencias sociales y la de los medios de comunicación de masas, que

refuercen los valores individuales y las normas grupales, que promuevan el desarrollo de habilidades sociales fundamentalmente. Una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en grupo de iguales. Sus principales ventajas son: Mayor adecuación de los contenidos y estrategias, mayor motivación y crédito de la información. Los adolescentes conceden mucho mayor valor a la información obtenida en el grupo que a la suministrada desde arriba. El alumno debe llegar a hacer suya la actividad de aprendizaje, y el educador debe jugar el papel de facilitador del aprendizaje. En este sentido, hay que procurar siempre usar métodos participativos que potencien la adquisición de habilidades sociales, la competencia en la comunicación, la resolución de conflictos; que incidan en la responsabilidad, en la toma de decisiones y que faciliten la práctica de las habilidades aprendidas.

En este sentido decía la OMS (1983): Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer. La educación para la salud, se realiza en la educación formal a través de la incorporación en la currícula educativa de contenidos de promoción de la salud, asimismo en la educación no formal desarrollando sesiones de aprendizaje en organizaciones de base, comunidades, grupos, etc. En el campo de la Educación para la Salud se viene promoviendo las escuelas saludables a fin de propiciar acciones integrales de promoción de la salud, en torno al centro educativo como una oportunidad para la vida, el trabajo y el aprendizaje, promoviendo el desarrollo humano sostenible de las niñas, los niños y los jóvenes a través del desarrollo de habilidades y destrezas para cuidar su

salud, la de su familia y comunidad y apropiarse críticamente de los saberes, competencias, actitudes y destrezas necesarios para comprender y transformar la realidad. Forma personas creativas, seguras de sí mismas, críticas e innovadoras, crea valores de autoestima, autovaloración y asertividad. Las líneas de trabajo que se abordan en esta importante estrategia son el de ambientes saludables, estilos de vida saludables y servicios de salud y nutrición.

## **INSTRUMENTOS**

### **Radio educativa en salud**

La radio por medio de mensajes sonoros, crea, recrea y reproduce la realidad desde perspectivas muy diferentes: en unos casos políticos, comerciales, religiosos, sociales y también educativos. La utilización del sonido con fines educativos no es una novedad. Ésta es una técnica pedagógica que fue ya utilizada por Pitágoras con la intención de incrementar la eficacia de sus enseñanzas. La radio educativa es un instrumento para la educación no formal y puede ayudar a las personas a decidir por sí mismas, a aprender por cuenta propia, a comportarse libre, feliz y responsablemente. Por ello, puede decirse que la radio debería ser no sólo un medio de comunicación, sino un espacio donde se construyen las identidades culturales a partir de planteamientos críticos: un medio en el que la participación de la sociedad desempeña un papel esencial y cuya función no puede dejar de ser primordialmente educativa al informar, promover y defender los intereses de la sociedad, tomar parte en sus costumbres culturales y sociales así como en sus prácticas políticas. La capacidad educativa de la radio popular y comunitaria se evalúa así por su actuar democrático que le permite acompañar y fortalecer las

diversas acciones y prácticas culturales, productivas, sociales y políticas de los sectores populares. En el campo de la salud la radio es el medio masivo de mayor alcance y un aliado estratégico para la promoción de la salud. En la radio se realizan programas, microprogramas, spots y mensajes. Una de las experiencias más importantes en la Región Sudamericana se tiene a las radionovelas en temas de salud realizadas por el proyecto Reprosalud que han generado un impacto muy importante en la promoción de estilos de vida saludables en salud materna en el Perú.

### **Televisión educativa en salud**

La televisión educativa es “aquella que se inscribe instrumentalmente en un proyecto de formación o instrucción”. La televisión educativa para adultos está destinada a comunicar mensajes educativos a una población situada fuera del sistema educativo a quien se le atribuye una preocupación general por los temas que afectan a la ciudadanía. Según José Manuel Pérez Tornero, para que la televisión pueda integrarse en el campo educativo se deberán tener en cuenta los siguientes principios: Es preciso potenciar las capacidades específicas de la televisión como sistema de representación, por su capacidad de registro de acontecimientos y de descripción de procesos, por sus posibilidades de exploración, de captación intuitiva y espontánea de lo real y por su disposición a la globalidad, a reunir lenguajes muy distintos en un tiempo-movimiento; es preciso introducir el medio de la televisión dentro de un proyecto educativo, puesto que los contenidos, las informaciones y los mensajes de la televisión tienen que responder a una planificación previa, a la necesidad de guiar el aprendizaje y la construcción de conocimiento de los

espectadores e introducir la televisión en el marco de una conciencia activa del medio, puesto que no hay proyecto de TV educativa, si no hay una pedagogía de la imagen y del lenguaje de la TV en paralelo. En el campo de la salud se realizan programas televisivos con contenidos de promoción de la salud, así como spots televisivos sobre campañas educativas.

### Teatro educativo en salud

Es importante, cuando se quiere un cambio de conductas de la comunidad, el poder destacar el beneficio que se obtendrá en forma visible, y para esto lo mejor es dramatizar los conceptos o teatralizarlos mostrando sus características evidentes por el teatro. El teatro es una forma de participación con representaciones de escenas, en general con exageraciones cómicas o dramáticas para hacer todo más comprensible. Hay Teatro desde el inicio de la Humanidad como forma de representación de imágenes, sentimientos, sensaciones e ideas. La gente que produce teatro es aquella capaz de convertir el pensamiento en una especial forma de representación que implica un aquí y un ahora con protagonistas que desarrollan una historia como sí, en un espacio de ficción. El teatro educativo "es la escenificación de un guión debidamente estructurado, cuya drama gira alrededor de un tema. Es importante la forma como se presenta una obra: lenguaje, vestuario, maquillaje, manejo de recursos técnicos, coreografía, expresión corporal y escenografías. Debe tener un lenguaje verbal y no verbal comprensible para el público, motivando la participación de la audiencia". Por ejemplo tenemos la obra de teatro "Aire puro", cuyo objetivo es la prevención del tabaquismo.

*1ra. etapa:* El personaje muestra un exceso de ansiedad queriendo mostrar el

compromiso de los órganos de los sentidos: cigarrillos en la nariz, pipa en la boca, pulmones saturados, manos con muchos cigarrillos. En su cabeza un sombrero con un resorte del que pende un revólver amenazante con el movimiento del resorte. Del caño del revólver sale un cigarrillo.

*2a. etapa:* El sombrero es reemplazado por un cilindro donde se lee "FUMAR MAL HACE, 20 cigarrillos peligrosos". Y que connota una marca.

*3a. etapa:* El personaje deambula ya con una galera negra con textos connotativos: "Al que fuma la vida se le hace humo".

El personaje Aire Puro concilia y sintetiza diversos elementos de una situación comunicativa, siendo él mismo el mensaje y el vehículo para transmitirlo y también receptor al instante la devolución la devolución o reelaboración que produce lo emitido y la emisión. La estrategia se basa en que, para ir despertando el interés, la curiosidad o búsqueda de respuestas, el personaje se pasea durante 3 ó 4 días antes de develar hacia que apunta su actuación. En este período puede modificar textos, disparadores u objetos de acuerdo a la recepción o devolución que hiciera el público. Los mensajes recibidos a través de un casi bombardeo a los sentidos no parecen olvidarse por largo tiempo, además de relacionarse con el placer, la identificación o el humor más universal con elementos regionales.

### Sesiones educativas en salud

Para programar y lograr aprendizajes significativos en los contenidos biopsicosociales y objetivos no basta en general con una charla grupal o una información/consejo breve en la consulta sino que se requiere un proceso educativo con varias sesiones individuales o



grupales. Aprender y cambiar es costoso; cada persona hace procesos diferentes; a veces se trata de procesos cortos y otras de procesos a medio y largo plazo. Para lograr aprendizajes significativos, además, se requiere el uso de técnicas pedagógicas activas, seleccionando las más adecuadas a los objetivos que pretendemos, y variadas, es decir, combinando distintos tipos de técnicas más útiles a diferentes objetivos y distintos procesos y estilos de aprendizaje de los educandos. Existen múltiples clasificaciones de métodos o técnicas educativas dirigidas al aprendizaje de los contenidos. Resultan especialmente operativas las que relacionan distintos tipos de técnicas educativas con diferentes objetivos de aprendizaje.

*Procesos de aprendizaje tipos de técnicas grupales:*

*Técnicas de investigación en aula.-* son útiles fundamentalmente para expresar, reflexionar, organizar y compartir conocimientos, experiencias y sentimientos, sirviendo en general como punto de partida para trabajos posteriores de análisis, contrastar con otras informaciones, etc. Abordan sobre todo los objetivos y contenidos del área emocional de la persona, aunque también la cognitiva (conocimientos, creencias) y la de habilidades. Entre las técnicas incluidas en este grupo están: tormenta de ideas, foto-palabra, dibujo-palabra, cuestionarios, frases incompletas, cuchicheo, Phillips 66, etc.

*Técnicas expositivas.-* son útiles fundamentalmente para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos, informaciones, modelos, teorías o estudios. Abordan sobre todo los conocimientos, hechos y principios dentro del área cognitiva, aunque también, en parte, las habilidades cognitivas. En este grupo se incluyen distintos tipos de

exposiciones teóricas: exposición, exposición más discusión, síntesis teórica, lectura bibliográfica sola o más discusión, panel de expertos, mesa redonda, debate público, vídeo con discusión, etc.

*Técnicas de análisis.-* se utilizan sobre todo para analizar la realidad y sus causas, cuestionar valores, actitudes y sentimientos, etc. Abordan sobre todo las habilidades cognitivas (de análisis, síntesis, valoración de situaciones, etc.) y también el área emocional, contribuyendo a trabajar actitudes, valores y sentimientos. En este grupo se incluyen distintos tipos de casos, así como análisis de textos (paneles, frases, refranes, canciones o publicidad), análisis de problemas y de alternativas de solución, discusiones de distintos tipos (en grupo pequeño o grande, abiertas o estructuradas), ejercicios diversos, etc.

*Técnicas de desarrollo de habilidades.-* son esencialmente útiles para entrenarse en habilidades concretas (psicomotoras, personales y sociales) y para desarrollar la capacidad de actuar, de comportarse en situaciones reales. Trabajan fundamentalmente el área de las habilidades o aptitudes, psicomotoras, personales y sociales. En este grupo se incluyen distintos tipos de ejercicios, simulaciones, tales como rol-playing o simulación operativa, demostración con entrenamiento y ejercicios de distintos tipos, análisis de situaciones y toma de decisiones, juegos, etc.

*Otras técnicas de aula y fuera de aula.-* investigaciones realizadas fuera del aula, distintos tipos de trabajos en grupo pequeño o grande, ejercicios, tareas para casa, etc. Como apoyo a todos los tipos de técnicas es útil el uso de recursos educativos de distintos tipos: visuales, sonoros, audiovisuales, impresos y otros, como objetos reales.

*Procesos de aprendizaje tipos de técnicas individuales:*

*Técnicas de expresión.-* son útiles fundamentalmente para expresar, reflexionar, organizar y compartir conocimientos, experiencias y sentimientos, sirviendo en general como punto de partida para trabajos posteriores de análisis, contrastar con otras informaciones, etc. Abordan sobre todo los objetivos y contenidos del área afectiva de la persona, aunque también la cognitiva (conocimientos, creencias) y la de habilidades. Entre las técnicas incluidas en este grupo están: escucha activa y empática, preguntas abiertas y cerradas, citación, etc.

*Técnicas de análisis.-* se utilizan fundamentalmente para analizar temas desde distintas perspectivas: (factores causales, comparación de realidades, alternativas de solución, etc.). Abordan sobre todo las habilidades cognitivas (de análisis, síntesis, valoración de situaciones, etc.) y también el área afectiva contribuyendo a trabajar actitudes, valores y sentimientos. En este grupo se incluyen: resumir y ordenar, apoyo emocional, ejercicios, focalizar, confrontar incongruencias, personalizar, establecer conexiones, explicitar lo implícito, etc.

*Técnicas de información.-* son útiles fundamentalmente para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos, informaciones, modelos, teorías o estudios. Aborda sobre todo los conocimientos, hechos y principios, dentro del área cognitiva, aunque también las habilidades cognitivas. En este grupo se incluyen: información con discusión, información participada, lectura con discusión, verificación, etc.

*Técnicas de desarrollo de habilidades.-* son útiles fundamentalmente para entrenarse en habilidades concretas y desarrollar la

capacidad de actuar, de comportarse en situaciones reales. Trabaja fundamentalmente el área de las habilidades o capacidades, sobre todo psicomotoras, personales y sociales, aunque también cognitivas. En este grupo se incluyen: la ayuda a la toma de decisiones (sobre todo para el desarrollo de habilidades personales), las simulaciones operativas (para el desarrollo de habilidades sobre todo sociales) y demostración con entrenamiento (para el desarrollo de habilidades psicomotoras), ejercicios, juegos, etc.

### USO DE INTERNET COMO INSTRUMENTO DE APRENDIZAJE EN SALUD

Independientemente de las múltiples posibilidades que Internet ofrece como herramienta en sí misma para la búsqueda de información, la colaboración y el intercambio, también está provocando nuevas actitudes y cambios entre los actores del proceso educativo y comunicativo. En este nuevo paradigma para el proceso de enseñanza-aprendizaje se observa que existe una fluidez de roles promoviendo el trabajo en equipo y el aprendizaje entre pares.

Ante la abrumadora cantidad de información que se puede llegar a obtener en una búsqueda, los cibernautas se transforman en evaluadores y gestores de información más que en simples consumidores de la misma. El trabajo en equipo toma un sentido propio en función de la diversidad de roles ante una actividad determinada, y eventualmente ante la lejanía física de los componentes de ese grupo "telecolaborativo". Internet es, en sí misma, una poderosa herramienta que motiva y asombra. Internet es, en la actualidad, el mayor reservorio de información que existe en el

mundo. Permite la consulta a expertos o profesionales para la resolución de problemas. Facilita el conocimiento de otras culturas y realidades. Las personas pueden aprender a su ritmo, permitiendo una mayor autonomía. El tiempo y el espacio ya no tienen la relevancia de la escuela tradicional, ya que se puede acceder a personas y/o recursos lejanos en cuestión de segundos. Se evitan las discriminaciones de tipo social, cultural y religiosas. Los contenidos se actualizan en forma continua.

Por todas estas características es necesario que en el campo de la promoción de la salud utilicemos este importante medio de comunicación y educación, por ser un medio democrático y al alcance de un gran segmento de población de todas las edades.

## **EXPERIENCIAS**

### **Promoviendo el lavado de manos en el Perú**

En el Perú desde el año 2003 se viene implementando la Iniciativa de Lavado de Manos utilizando una serie de estrategias de educomunicación en salud. La campaña denominada “Manos limpias, niños sanos”, se inició el año 2005, con el objetivo promover la práctica del lavado de manos, con agua y jabón y contribuir a la disminución de los casos de diarrea en el país.

Esta campaña se basa en el estudio de comportamiento de lavado de manos en el Perú realizado en el año 2003, que presentó los siguientes resultados:

- La disponibilidad de agua y jabón no determina la ocurrencia del comportamiento (se encontró jabón de tocador, de lavar ropa o detergente en el 96% de los hogares visitados).

- La madre de familia, aparece como el eje articulador a nivel de la práctica y de las motivaciones, activando conocimientos y actitudes para afrontar la crítica social sobre su rol de madre y cuidadora. La socialización de hábitos de higiene pasa a ser el mecanismo de transmisión de concepciones en relación a la limpieza-suciedad, así como en su relación con la salud y la alimentación.
- Las madres reconocen con claridad, en un 40%, la necesidad de lavarse las manos luego del contacto con las heces.
- El 14% de las madres se lava las manos con jabón antes de comer o preparar los alimentos. Sólo el 6% lo hace después de ir al baño.
- El 5% de los niños mayores de cinco años observados se lavó las manos antes de comer y el 11% lo hizo luego de ir al baño.
- Se resalta entre las mujeres entrevistadas, la asociación entre limpieza y “sentirse bien, ágil y despierta”.

Con estas cifras alarmantes de la práctica de lavado de manos en el Perú, la Iniciativa de Lavado de Manos con agua y jabón donde participan activamente 30 organizaciones públicas y privadas, vienen desarrollando una serie de acciones de educomunicación en salud.

En el marco de la campaña “Manos limpias, niños sanos” se vienen desarrollando una serie de actividades para promover la práctica de lavado de manos con agua y jabón tales como pasacalles, concursos de dibujo, desfiles, producción de material educativo y de comunicación como afiches, cartillas, trípticos, banderolas, etc. alusivos al tema.

A nivel de medios masivos se viene emitiendo por la principal emisora radial del Perú la radionovela "Burbujas de tu amor", que tiene como finalidad promover la práctica del lavado de manos. A nivel educativo se viene trabajando con las Escuelas Promotoras de la Salud, abordándose el eje temático de higiene y ambiente, enfatizando el lavado de manos. Se viene trabajando aproximadamente en 4000 escuelas promotoras de la salud.

La campaña "manos limpias, niños sanos" busca que las madres de los menores de cinco años, conozcan la práctica adecuada del lavado de manos con jabón, que implica momentos clave como antes de comer y preparar

alimentos y después de ir al baño o cambiar los pañales. Reducir en un 50 por ciento los casos de diarrea que se registran en el país, es el reto de la Iniciativa del lavado de manos con agua y jabón, donde participan 30 organizaciones públicas y privadas en el Perú. La campaña sigue en proceso de ejecución y se realizará otro estudio para evaluar su impacto el próximo año. Como se puede apreciar el enfoque de la campaña es tanto de intervenciones de comunicación para la salud y educación para la salud, que ambas se complementan con diferentes intervenciones, pero con el mismo objetivo.

## BIBLIOGRAFIA

- Arroyo, H. (2004). *La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica*. San Juan (Puerto Rico), Universidad de Puerto Rico. 499 p.
- Aguaded Gomez, JI (1995), *Educación y Medios de Comunicación en el contexto iberoamericano*. Huelva (España), Editorial UIA. 255 p.
- Cabero, J. y otros (2000). *Nuevas tecnologías aplicadas a la educación*. Madrid (España), Editorial Síntesis, 2000. 255 p.
- CARE, (2001). *Aprendiendo con entretenimiento*. Trujillo (Perú), Grupo 1. 61 p.
- Costa, M. & Lopez, E. (2000). *Educación para la Salud*. Barcelona (España), Editorial Pirámide, 2000. 433 p.
- Choque, R. (1997)., *La comunicación para la salud*. Huancavelica (Perú), FAS, 1997. 82 p.
- El Valle Rojas, C. (2003). *Comunicar la salud*. Temuco (Chile), Ediciones Universidad de la Frontera. 148 p.
- Galdon, G. (2001), *Introducción a la comunicación y a la información*. Barcelona, Editorial Ariel. 325 p.
- Galeano, E.C (1997)., *Modelos de Comunicación*. Argentina, Ediciones Macchi. 146 p.
- Gomez, M. (1998). *Teoría y guía práctica para la promoción de la salud*. Montreal (Canadá), USI. 189 p.
- Kaplun, M. (1998) *Una Pedagogía de la Comunicación*. Madrid (España), Ediciones de la Torre,. 226 p.
- Ministerio De Salud Del Perú (2002). *Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa*. Lima (Perú), Editorial Decisión Gráfica. 136 p.
- Ministerio De Salud Del Perú (2000). *Lineamientos y Estrategias para la Gestión local de la comunicación educativa*. Lima (Perú), Editora Perú. 178 p.
- Organización Panamericana De La Salud, (1992). *Manual de Comunicación Social para Programas de Salud*. Washington, D.C., OPS. 140 p.
- Organización Panamericana De La Salud, (1996). *Modelos y Teorías de Comunicación en Salud*. Washington, D.C., OPS. 39 p.
- Organización Panamericana De La Salud, (1996). *Taller Internacional de Comunicación Social en Salud*. Washington, D.C., OPS, 1996. 26 p.
- Perez Tornero, J.M. (2000). *Comunicación y educación en la sociedad de la información*. Barcelona (España), Piados. . 253 p.



## Capítulo 8

# PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

*Pedro César Cantú Martínez*

### INTRODUCCIÓN

**H**oy 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 trasmisibles, 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 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 caracterizo 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 trasmisibles 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 focalizo 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 trato 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 planteo 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”*

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 MEXICO

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, accidentes 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)

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 a cabo 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 enfermedad, 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 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 actividades 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 al 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.

**TABLA 1. INDICADORES DE SALUD EN MEXICO**

<b>INDICADOR/AÑO</b>	<b>2000</b>	<b>2003</b>	<b>2006</b>
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 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



## 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, P.C. (2007). *El cometido de la salud pública*. México. Serie Tendencias. Ed. Universidad Autónoma de Nuevo León. 56 pp
- Castro Ramírez, M.L. (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, M.T. (1996). Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos *Bol. Ofician Sanit Panam* 12(4): 342-347
- Cerqueira, M.T., 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, L.R. (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, J.I. (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 estatégicas y prioridades pragmáticas para el cuatrienio 1991-1994*. OPS-OMS, Washington, D.C.
- OPS & Secretaría de Salud (2000). *Situación de salud en México. 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, H.E. (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, H.E. (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, H.E. & 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):139-49

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, J.A. (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 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, M.C.F. & Chiattoni, H.B.C. (2002). La psicología de la salud latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* Vol. 2, N° 1: 153-172

WHO (2000). *Health Systems: Improving Performance*. The World Health Report 153 pp



## QUIENES PARTICIPAN

*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.

*Deborah Carvalho Malta.* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - Brasil.

*Dora Cardaci.* Profesor, Investigador en Educación y Sanidad, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México

*Edwin Peñaherrera Sánchez.* Licenciado en Psicología, Master en Promoción de la Salud, Maestría en Salud Pública (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)

*Hiram V. Arroyo-Acevedo.* Director de Departamento de Ciencias Sociales, Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico.

*Iarbas 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.* Medical Sciences. Women's HIV Empowerment Program, National Center for Research and Resources.

*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.

*María T. Borges.* Profesora Adjunta, Departamento de Ciencias Sociales, Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico

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

*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.

*Pedro César Cantú Martínez.* Profesor de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León (México). Miembro del SNI-CONACYT: Nivel 1. Su línea de investigación es en calidad de vida e indicadores de sustentabilidad ambiental.

*Raul Choque Larrauri.* Licenciado en Educación, Máster en Comunicación y Educación, Maestría en Gerencia de Proyectos y Programas Sociales (Peru).

*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 Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Assessor da Prefeitura Municipal de Curitiba.

*Sandhi Maria Barreto.* Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte - MG, Brasil

*Silvia E. Rabionet-Sabater.* Catedrática Asociada, Departamento de Ciencias Sociales, Escuela Graduada de Salud Pública, 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.

*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.

*Promoción de la Salud* de Pedro César Cantú Martínez, María Teresa Cerqueira e Hiram V. Arroyo Acevedo. Utilizó en su composición los tipos de Cambria de diferentes tamaños. El cuidado de la edición estuvo a cargo de los editores. El diseño de la portada y maquetación del manuscrito estuvo a cargo de Pedro César Cantú Martínez,







Esperamos que cada uno de los objetivos medulares tratados en el libro Promoción de la Salud, sirva para todos los grupos sociales, respondiendo convenientemente a las exigencias y expectativas de los heterogéneos sectores de nuestra sociedad.

