

UNA MIRADA DESDE LA COMUNICACIÓN EN SALUD A LOS PLANES
DE PROMOCIÓN DE SALUD EN SURAMÉRICA. CASOS: BOLIVIA,
CHILE, COLOMBIA.

CARLOS ANDRÉS MARTINEZ BELEÑO

Trabajo de Grado para optar el Título de Profesional en
Dirección y Producción de radio y Televisión

Directora

MAYRA OROZCO BARRAZA

Magister en Desarrollo Social

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARIBE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE DIRECCIÓN Y PRODUCCIÓN DE RADIO Y TELEVISIÓN
BARRANQUILLA-COLOMBIA

2013

ACTA DE ACEPTACIÓN

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

Barranquilla, _____ 2013

AGRADECIMIENTOS

A Silvia Gutiérrez Parejo, directora del Programa de Dirección y Producción de Radio y Televisión, por su incondicional apoyo, por creer en mí, por abrirme las puertas del Programa, ya que siempre lo vi como a una familia, siempre estaré muy agradecido porque a él le debo toda mi experiencia, trabajo y profesionalismo, fue una escuela para mí.

A los Profesores del Programa Marta Romero, Robin Jiménez, Giuliano Seni, Jorge Castillo, Elmys Peña, pues siempre encontré en ellos respaldo y apoyo, siempre me complacía el cómo se alegraban de mis logros.

Al Grupo de investigación Área de Broca: *Medios, Lenguaje y Sociedad* bajo el liderazgo de Robin Jiménez y la Coordinación de Investigación de Martha Romero, pues desde mi vinculación fueron un inmenso apoyo humano para lograr tantas e importantes cosas.

A Mayra Orozco Barraza, por aceptar dirigirme en este camino, fue gratificante encontrarla y poder sentirme tan agradable hablando y aprendiendo cada vez más de esto que considero será parte de mi vida: la Comunicación y Salud Pública.

A Maritza Turizo Arzuza, por ver en mi alguien que podía dar más, por su acompañamiento y total respaldo en todas las formas en que se puede respaldar a un persona y, por hacer que me enamorara de la educación y la investigación;

A Luis Ricardo Navarro, pues él logró despertar mi pasión por esto de la comunicación y la investigación; A ellos dos les debo mis inicios en la investigación y de poder hacer visible lo que se hace desde y con la academia, son como mis padres en esto.

A la Rectoría, Dirección Ejecutiva, Dirección Académica, Centro de Investigaciones de la Universidad Autónoma del Caribe, por ser dependencias que me acompañaron económica, logística y humanamente para mi permanencia en la Universidad y para poder representarla con tanto orgullo dentro y fuera del territorio colombiano.

A mis compañeros de cuatro años de estudio, a los más allegados, porque siempre estuvieron ahí de una u otra forma, y a aquellos que siempre veían con buenos ojos mi trabajo.

Carlos Andrés Martínez Beleño

DEDICATORIA

A la vida por ser tan gentil conmigo, por darme tanto y permitirme tanto.

A Dios, porque el logra en mi mucha cosas, todo se lo dejo a él, es un importante guía. Mi frase: "hay que abandonarse en la manos del señor"

A mí mismo, por ser tan perseverante, por intentar ser disciplinado y nunca perder el objetivo, por lograr ser mejor. Aunque no parezca, estos cuatro años de universidad y llegar aquí no fueron fáciles, fue sudor y lágrimas, muchas lágrimas, pero agradezco siempre a mi voluntad y espíritu siempre inquebrantable.

A mi Madre Raquel Beleño por su apoyo y acompañamiento, se que ora y pide mucho a Dios por mí, aunque no me lo diga. Hubiese querido que fuese más comprensiva, pero ella ha sido padre y madre para mí. Cosa que nunca alcanzaría a agradecer.

A mi padre Hermes Martínez, quien fallecido hace muchos años, se que desde donde está me ayuda y me protege.

A mis abuelos maternos Elsa y Pedro, por criarme y estar siempre ahí en mi vida, en buenos y malos momentos.

Carlos Andrés Martínez Beleño

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	12
INTRODUCCIÓN	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	21
1.2. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	21
2. JUSTIFICACIÓN	22
3. OBJETIVOS	24
3.1. OBJETIVO GENERAL	24
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
4. MARCO TEÓRICO	25
4.1 ANTECEDENTES	25
4.1.1 ENFOQUE BIOMÉDICO DE LA SALUD	25
4.1.2 EDUCACIÓN SANITARIA	28
4.2 BASES TEÓRICAS	31
4.2.1 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	31
4.2.2 DETERMINANTES DE LA SALUD	39
4.2.3 COMUNICACIÓN EN SALUD	43
4.2.4 MODELOS Y TEORIAS EN COMUNICACIÓN EN SALUD	47
4.2.5 PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO	54
4.3 REFERENTES INTERNACIONALES Y MARCO LEGAL	58
5. DISEÑO METODOLÓGICO	63

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	63
5.2 TIPO DE ESTUDIO.....	64
5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	65
5.3.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	65
5.4 DELIMITACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL.....	66
5.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN..	66
5.6 SUPUESTO.....	67
5.7 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.....	67
6. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	68
6.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS PLANES DE SALUD PROMOCIÓN DE LA SALUD EN SURAMERICA. CASOS BOLIVIA, CHILE Y COLOMBIA.....	68
6.1.1 Primer caso, Bolivia.....	70
6.1.2 Segundo caso, Chile.....	74
6.1.2 Tercer caso, Colombia.....	79
6.2 CARACTERIZACIÓN DE LAS TEORIAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES.....	82
6.3 CONTRASTACIÓN DE LOS PLANES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD A PARTIR DE LAS TEORÍAS DE COMUNICACIÓN INDAGADAS. VARIABLES OBSERVADAS.....	89
6.3.1 Variables observadas.....	89
6.3.2 Primer Caso, Bolivia: PLAN DE DESARROLLO SECTORIAL "HACIA LA SALUD UNIVERSAL".....	90

6.3.3 Segundo caso, Chile: PLAN ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91
6.3.4 Tercer caso, Colombia: PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA..	92
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	93
BIBLIOGRAFÍA	99
ANEXOS	103

LISTA DE CUADROS

Cuadro N°1 Perspectivas del Enfoque Biomédico.....	27
Cuadro N°2 Perspectiva de la Investigación en salud desde las Ciencias Sociales LA.....	36
Cuadro N°3 Perspectivas sobre el Desarrollo.....	38
Cuadro N°4 Formas de entender el concepto de desarrollo social.....	39
Cuadro N°5 Determinantes de la Salud, Modelo Lalonde.....	41
Cuadro N°6 Síntesis Modelos y Teorías en Comunicación en salud.....	53
Cuadro N°7 Marco Legal Promoción de la Salud.....	62
Cuadro N°8 Población: Planes Gubernamentales de Salud.....	65

LISTA DE MATRICES

Matriz N°1. Caracterización Propuesta Gubernamental de Salud-Bolivia.....	72
Matriz N°2. Caracterización Propuesta Gubernamental de Salud-Chile.....	75
Matriz N°3. Caracterización Propuesta Gubernamental de Salud-Colombia.....	80
Matriz N°4. Teoría Vs. Variables.....	85
Matriz N°5. Contraste Planes de Promoción Vs Teoría / Variable.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico N° 1. El proceso de cambio.....	49
---	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. MARCO LEGAL PROGRAMAS DE SALUD EN BOLIVIA.....	103
Anexo 2. MARCO LEGAL PROGRAMAS DE SALUD EN CHILE.....	105
Anexo 3. MARCO LEGAL PROGRAMAS DE SALUD EN COLOMBIA.....	106
Anexo 4. Comunicación MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, COLOMBIA.....	107
Anexo 5. Comunicación MINISTERIO DE SALUD, CHILE.....	109
Anexo 6. Comunicación DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, MÉXICO.....	111
Anexo 7. Aceptación ponencia.....	112

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue caracterizar los planes de promoción de Salud en tres países suramericanos: Bolivia, Chile y Colombia. Esta caracterización se hizo desde los enfoques de las Teorías de Comunicación en Salud, buscando identificar si en estos planes se contemplan la perspectiva de Comunicación en salud dentro de sus propuestas de desarrollo y por consiguiente los enfoques de promoción de la salud.

Esta investigación se desarrolló a partir de un estudio de casos múltiples delimitado por los planes de los países seleccionados. Estos planes han sido formulados y establecidos desde el año 2010 (con vigencia a diez años) por los gobiernos de Bolivia, Chile y Colombia.

Asimismo para lograr dicha caracterización se diseñó una matriz donde se evidencian los Principios, Programas/Proyectos y Estrategias incluidas en dichos planes. En últimas, el propósito es reconocer si los Planes de Promoción de la Salud en los países estudiados traen implícito la perspectiva de la Comunicación para el cambio social, como una estrategia de la política hacia la participación en salud.

Palabras Clave: Comunicación en Salud, Promoción de la Salud, Salud pública.

INTRODUCCIÓN

Los países latinoamericanos en sus múltiples dimensiones pero principalmente en lo económico, social y ambiental, se ha caracterizado por una constante inestabilidad, sin embargo aún dentro de este panorama se han gestado profundos cambios y transformaciones, que ha afectado entre otros sus, sistemas y políticas de salud.

Desde esta perspectiva (transformaciones), es necesario hacer alusión al estado actual de la promoción de la salud en Suramérica, enfatizando en aquellos Planes de Promoción de la Salud que se "plantean" de forma horizontal y buscan promover la salud humana, dirigiendo su accionar hacia el mejoramiento de los estilos de vida de la población vulnerable, con el fin de que estas logren estados de bienestar.

En este sentido, se pretende caracterizar desde los modelos o teorías de comunicación en salud los Planes de Promoción de la Salud de países como Bolivia Chile y Colombia, identificando los principios, programas/proyectos y estrategias que los estructuran. Para ello, se emplearon técnicas e instrumentos de revisión documental, fundamental para la selección, clasificación, lectura y análisis de contenido.

En términos generales, se logró identificar que la Comunicación en salud tiene como objetivo acompañar, facilitar y promueve el desarrollo humano, ya que ésta, en general fortalece la calidad de los aspectos primordiales para el desarrollo del potencial humano dentro de su entorno.

Asimismo se plantea que un país, ciudad, comunidad, sector que busca el desarrollo como un proyecto político y social, debe orientar las acciones hacia la población en general y especialmente hacia los sectores más vulnerable de esta población, de este modo se consolidan sistemas y estructuras que interactúen cordialmente con lo económico, social y ambiental, no enfrentados entre sí, sino coincidiendo convenientemente y respondiendo a las necesidades en función del contexto social.

UNA MIRADA DESDE LA COMUNICACIÓN EN SALUD A LOS PLANES DE PROMOCIÓN DE SALUD EN SURAMÉRICA. CASOS: BOLIVIA, CHILE, COLOMBIA¹.

"En el concepto de salud confluyen entre lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. Es además un medio para la realización personal y colectiva. Es un indicador de bienestar y calidad de vida de una comunidad".

(Julio Frenk, 1993, La salud de la población. Hacia una nueva salud pública, México.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde inicio de los años ochenta, la comunicación para la salud logró abrirse un espacio en la agenda pública latinoamericana en salud, después de la estrategia de Educación Sanitaria, esta última perdió vigor al verse frente a procesos más dialógicos en términos conceptuales y prácticos, desde donde debería potenciarse el empleo de los medios masivos y empoderamiento de las poblaciones vulnerables en la solución a sus problemáticas, en este caso de salud.

Según Campo (2011), la integralidad de la salud es un concepto que abarca calidad, armonía y "normalidad" en lo social, biológico, psicológico y espiritual. Por consiguiente es aplicable a los individuos, familias y sociedades como

¹ Este Trabajo de Grado se deriva del Proyecto *Comunicación y Desarrollo: una mirada a los Programas Gubernamentales de Salud en América Latina. Casos: Bolivia, Chile, Colombia y México*, Asesorado por Martha Romero Moreno, Magister en Comunicación.

principales beneficiarios de los esfuerzos que se generen a partir de la promoción de la misma. Así la Promoción de la Salud es un aspecto fundamental en el cambio de estilos de vida de la población.

En esa medida, entidades como la Organización Mundial de la Salud-OMS y su oficina regional para las Américas, Organización Panamericana de la Salud-OPS, consideran la salud como un ejercicio efectivo que favorece en últimas el bienestar social de forma productiva y sistemática. En esta misma línea, la OMS/OPS han orientado acciones globales en relación con políticas públicas que favorecen la salud, a través de estrategias de promoción de la salud que promueven el bienestar humano en sus programas de fomento a la salud a la largo de países Latinoamericanos.

Asimismo siguiendo lo planteado por Aarva, Haes y Visser, (1997) citado por Ríos, (2011) la salud y la comunicación pueden estar interrelacionadas en diferentes niveles: ya sean en relación con individuos, grupos o sistemas. Igualmente Mosquera, (2003) afirma, que en diversos estudios se ha demostrado que la comunicación en todos los niveles -masiva, comunitaria e interpersonal- juega un papel importante en la difusión de conocimiento, de conductas, valores, normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de un sujeto y al desarrollo de los pueblos.

Igualmente, Mosquera (2003), manifiesta que esta disseminación de información sobre la salud entre la población aumenta la

concientización sobre los aspectos específicos de la salud individual, colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo.

En ese sentido, este mismo autor, plantea que la comunicación en salud se concibe como un proceso estratégico que busca optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud, mejorar la eficiencia y efectividad de los programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Según Atoche, (2003) varios autores coinciden en categorizar el papel de los medios de comunicación como pieza clave en el desarrollo de una comunicación para la salud efectiva. Así lo confirma Beltrán, (1997) citado por Atoche, (2003) quien expresa que el empleo sistémico de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos -como los medios informativos y multimedia-, son una herramienta de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales que cumplan los objetivos de los programas de salud pública.

En concordancia con lo planteado anteriormente, Tenorio, A. y Plaza V. (2008) afirman que dada a la importancia de esta problemática, llama la atención la escasez de investigaciones en evaluación en programa de salud -en este caso caracterización- de Programas de Salud Pública. Por estas surge la necesidad de identificar desde la Comunicación en salud, las características que estructuran los tres Planes de Promoción de la Salud de países Suramericanos como Bolivia,

Chile y Colombia, pretendiendo reconocer desde el soporte teórico -teorías o modelos de comunicación- si los Planes formulados desde el año 2010 hasta hoy en los tres países satisfacen las orientaciones generales de la promoción de la salud, de la comunicación en salud y promueven estilos de vida saludables de la población.

En esta dirección, Mosquera, (2003), afirma que las investigaciones realizadas en este campo han demostrado que los programas de comunicación en salud, basados en la teoría pueden poner la salud en la agenda pública, reforzar los mensajes sanitarios, estimular a las personas para que busquen más información, y en algunos casos, dar lugar a estilos de vida saludables.

A propósito de lo anterior, organismos e instituciones globales han apoyado evaluaciones de políticas públicas² en salud. Así el Proyecto de *Evaluación Económica en Promoción de la Salud* tuvo como propósito diseñar y probar una Guía Metodológica para la Evaluación Económica en Promoción de la Salud. Este contó con la participación OMS/OPS, el Centro de Promoción de la Salud de la Universidad de Toronto, Canadá y con el apoyo técnico de Calgary University, el Instituto Nacional de Salud de Cuba.

Del mismo modo, el *Proyecto Latinoamericano de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud*, buscaba fortalecer la

² Las experiencias y proyectos aquí mencionados son extraídos del Boletín del Centro para el Desarrollo y la Evaluación de Políticas y Tecnología en salud pública-CEDETES de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle.

capacidad regional para evaluar la efectividad de intervenciones complejas, en las cuales se inscribieron la mayoría de las intervenciones en promoción de la salud. En esta iniciativa participaron organismos como la Internacional Union for Health Promotion and Education, de Francia, OMS/OPS, universidades y otros organismos de salud pública de América Latina.

En esta misma línea de evaluación se ha trabajado en los Estados Unidos de América, uno de ellas es el *Programa de evaluación en promoción de la salud* liderado por CDC, Agencia Centers for Disease Control and Prevention.

A modo particular en Colombia a través de Colciencias, se han ejecutado proyectos de este orden y que responden a necesidades del contexto. Estos son: *Diseño y prueba de un modelo de evaluación de efectividad de intervenciones para controlar y prevenir Enfermedades Crónicas No Transmisibles, ECNT, y factores de riesgo asociados*, basado en resultados de sistemas de vigilancia en Salud Pública el cual desarrolló y probó un modelo de evaluación de efectividad de intervenciones en salud pública; la *Evaluación del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento Asociados a las ECNT, SIFREC* desde donde se realizó una evaluación al proceso y desempeño del Sistema de Vigilancia SIFREC, diseñado por CEDETES e implementado en Cali. También se adelantó el proyecto *Evidencias en Promoción de la Salud: Evaluación de la Salud Sexual y Reproductiva, SSR* en mujeres desplazadas, en tres ciudades de Colombia con el apoyo de CDC. Este proyecto tuvo como objetivo fortalecer la capacidad

y competencias en investigación evaluativa, vigilancia, manejo de datos y utilización de información para la acción en Salud Pública

En últimas, en este estudio se busca caracterizar las iniciativas que promuevan la salud en Suramérica, a fin de identificar las fortalezas y debilidades que tienen los Planes y que estos potencien condiciones de mejoramiento a la salud pública de los países antes mencionados (Bolivia, Chile, Colombia).

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué características tienen los Planes de Promoción de Salud en Suramérica desde los postulados teóricos de Comunicación de la Salud. Casos: Bolivia, Chile y Colombia?

1.2 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuáles son los Planes de Promoción de Salud de Bolivia, Chile, Colombia?
- Dentro de Planes de Promoción de Salud en los países ¿cuáles contemplan el componente de comunicación de acuerdo con las variables de las Teorías de Comunicación en salud?
- ¿Cuáles son las teorías y modelos de comunicación en salud aplicada a los Planes de Promoción de Salud y en qué medida estos se ajustan a la propuesta de Promoción de la Salud?

2. JUSTIFICACIÓN

El siglo en el cual transitamos, contempla problemáticas que abordan dimensiones de tipo social, económico y ambiental, esto nos ubica ante múltiples desafíos; uno de ellos es procurar avances sociales y económicos que propendan por la calidad de vida de los seres humanos, a mediano y largo plazo. En este panorama la comunicación en salud se convierta en propuesta de acción hacia el logro de estilos de vida más saludables. De ahí el interés en indagar si los Planes de Promoción de la Salud, en tres países suramericanos llevan implícito el componente de comunicación en salud dentro de sus principios, programas/proyectos y estrategias.

El promover estrategias de Comunicación conducirá en primera instancia a lograr una educación participativa e incluyente, que asimismo, amplíe nuestras capacidades y opciones permitiendo a las comunidades empoderarse de su autodesarrollo y sus problemáticas tanto individual como colectivamente.

Desde esa perspectiva, esta investigación pretende aproximarse a las problemáticas en salud desde las ciencias sociales, especialmente desde un enfoque multidisciplinario- en comunicación, salud pública, sociología, entre otras y acercarse a las comunidades, para reconocer sus necesidades e incidir en los cambios de comportamiento, así como procurar por hacer más dialógica la relación salud-enfermedad y médico-paciente.

Asimismo este estudio busca generar dinámicas de reflexión que aporten a la academia, a la sociedad, a las personas en general, así como beneficiar a grupos específicos en la conformación de hábitos y estilos de vidas saludables.

Este trabajo es también relevante por la observación que se adelantan sobre programas emanados de políticas públicas en los países antes mencionados.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar desde las Teorías de comunicación en salud los Planes de Promoción de la Salud en Suramérica. Casos: Bolivia, Chile y Colombia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los Planes de promoción de la Salud de los países de estudio. (Principios, Programas/proyectos, Estrategias).
- Evidenciar las teorías de la comunicación en salud en relación con las categorías: Cognición, Autosuficiencia, Motivación, Moldeamiento, Afecto, Comportamiento.
- Contrastar los Planes de Promoción de la Salud a partir de las teóricas de comunicación indagadas. (categorías observadas)

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES

4.1.1 Enfoque biomédico de la salud

Antes de que surgiese la Promoción de la Salud. La salud se consideraba desde un enfoque biomédico, este privilegiaba la relación medio-paciente o salud-enfermedad. En ese sentido, el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en México, enumera a continuación varios interrogantes que describen el modelo biomédico de la salud:

a) ¿Qué causa la enfermedad?

Opción uno: La enfermedad proviene de elementos *externos* al cuerpo, que lo invaden y generan cambios físicos dentro del mismo. (Ejemplo: Bacterias, virus, parásitos, infestaciones, etc.).

Opción dos: La enfermedad se origina de cambios físicos, *internos* e involuntarios. (Ejemplo: cambios en el balance químico, predisposición genética, etc.)

b) ¿Quién es responsable de la enfermedad?

Opción uno: ya que la enfermedad se origina por cambios biológicos o elementos externos más allá del control de la persona, los individuos *no* se perciben responsables de la enfermedad.

Opción dos: Los individuos son víctimas de fuerzas externas que generan cambios internos.

c) ¿Cuál es el tratamiento para la salud?

Opción uno: El tratamiento tiene como principal objetivo el cambio en el estado físico del cuerpo humano.

Opción dos: Algunos ejemplos del mismo incluyen: vacunación, cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.

d) ¿Quién es responsable del tratamiento?

Opción única: El responsable del tratamiento es el experto, en el estudio del funcionamiento físico del cuerpo, es decir, el *médico*.

e) ¿Cuál es la relación entre la salud y la enfermedad?

Opción única: La salud y la enfermedad son *cualitativamente* distintas. Una persona se encuentra sana o enferma no existe un continuo o puntos medios entre ambas.

Desde esta perspectiva se ha considerado que el cuerpo y la mente funcionan independientemente el uno del otro. Así el enfoque propone un modelo dualístico del cuerpo y la mente, donde ambas son vistas como entidades separadas. La mente en sí misma es vista como un ente abstracto relacionado con sentimientos y pensamientos, mientras que el cuerpo es visto en términos físicos como un conjunto de órganos, cerebro, piel, músculos, huesos, etc. Igualmente se considera que la mente es incapaz de influenciar la materia y que Los cambios en una de estas dos dualidades son independientes uno de los otros.

En suma, se ha logrado entender a este modelo desde tres aspectos importantes que son relacionados en el siguiente.

Cuadro No.1 Perspectivas del Enfoque Biomédico

DIMENSIONES	PRINCIPIOS	DISCUSIONES
SALUD	La Salud es un equivalente al equilibrio entre individuo-ambiente	La salud como proceso de índole social, de interés colectivo
ENFERMEDAD VS. ASISTENCIA	El médico, como apoyo técnico, actúa como agente de control social	El individuo no tiene responsabilidad sobre la enfermedad, está expuesto a fuerzas externar.
LOS PROBLEMAS DE SALUD	Enfatiza tanto la salud como la enfermedad	Los problemas de salud van ligados al contexto socio-cultural por depender de espacio y tiempo.
EL CAMBIO CONCEPTUAL	Entender qué significa estar enfermo desde el contexto social y cultural del individuo	La enfermedad es un resultado de influencias socio-culturales

Fuente: elaboración propia.

En conclusión, es válido reconocer que en su momento este modelo fue carta de navegación para entender proceso de salud y por consiguiente el apoyo a la humanización y atención de los servicios de salud, aun en la actualidad no se “descarta” su validez. Pero, los avances en la perspectiva de la salud han implicado ampliar la mirada sobre la salud como un proceso colectivo, que contemple variables como el desarrollo, el bienestar social, la equidad, entre otras.

En esa dirección, Ávila-Agüero, (2009) afirma que La salud ha sido considerada, de manera tradicional, como la ausencia de enfermedad.

Este concepto es sumamente limitado, por ello la Organización Mundial de la Salud desde el 1967, amplía la definición de la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones.

Esta definición, más amplia y completa, define la salud en términos positivos e innovadores introduciendo determinantes sociales y mentales, pero tiene aspectos negativos e incluso criticables, como por ejemplo equiparar "completo bienestar" con "salud" lo que hace la definición utópica, convirtiéndola en estática, sin considerar los diversos grados que la salud puede tener.

4.1.2 Educación sanitaria

Es importante reconocer que el desarrollo de la Educación en Salud, se expresó como un movimiento de renovación mundial a partir, de la década de los 80' apoyado por OMS/OPS, y que busca promover una alternativa al enfoque bio-médico de la salud.

La Educación en Salud, por lo general, consiste en afirmarse en pequeños logros y etapas, no siempre inmediatos y que se distinguen mucho más por sus aspectos cualitativos que cuantitativos. En ese sentido, el carácter pedagógico de la Educación en Salud, favorece sectores y comunidades concretas.

Así la educación en salud centrada en el comportamiento no considera su significado en el proyecto de vida del sujeto y, frecuentemente, enfatiza en el contenido y la forma de sus mensajes, o busca una manipulación. Pilon, (1986).

En ese sentido, Briceño-León, (1996) alude a dos tipos de educación sanitaria. La primera es la formal, es la que uno se imagina cuando piensa en educación: una conferencia, un folleto, una película, unas diapositivas... Pero hay otro tipo de educación informal que se desarrolla en la acción de todos los días de los programas de control, que se desarrolla cuando se ejecutan los programas sanitarios.

Frente a esto, el mismo autor indica que el objetivo de la educación en esta perspectiva no es entonces el cubrir el vacío de la ignorancia, sino transformar los llenos cognitivos y conductuales previamente existentes en el individuo. Por ello es muy importante conocer los saberes y prácticas previas, pues identificar con claridad la materia prima sobre la cual se debe desarrollar el trabajo educativo.

En últimas Briceño-León expresa que sí la participación de la comunidad en salud es, como dice la declaración de Alma-Ata, un deber y un derecho, la meta de la educación y la acción sanitaria emprendida por el Ministerio de Salud, o por los educadores, debe ser reforzar la confianza de los individuos en buscar y lograr una efectiva participación en los programas.

Mirado de este modo, la participación comunitaria no debe significar una disolución de la responsabilidad individual, al contrario, una buena política de estímulo a la participación debe fomentar el interés y el compromiso de cada individuo como persona con las metas de salud (Briceño-León, 1996), del desarrollo y del bienestar comunitario, donde comunidades, sectores e individuos tengan presente sus necesidades y así procuren por plantear de forma organizada su interés en resolverlas.

En suma no son los servicios, no es la atención médica formal, no son los medicamentos, que, por si solos, van a garantizar la mejoría de la salud de las poblaciones, sino la inclusión de las personas, grupos y comunidades en la discusión de su proyecto de vida, de sus objetivos, de sus valores y creencias, de los aspectos psicosociales, políticos, económicos y naturales que afectan su dirección en la vida (OMS, 1983).

4.2 BASES TEÓRICAS

4.2.1 La promoción de la salud

Uno de los eventos que abrió paso a la Promoción de la Salud, fue la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata³ (La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF y apoyada por la desaparecida U.R.S.S). En esta reunión se puso en consideración la urgente necesidad de que todos los gobiernos, los trabajadores de la salud, y la comunidad mundial, realizaran acciones para promover y proteger la salud de la población.

El concepto de promoción de la salud, fue aceptado por diferentes países miembros de la Organización Mundial de la Salud, OPS, (1984), implicó el pasar de la salud como prescripción, hacia la salud como promoción; el pasaje del énfasis en los cambios individuales de comportamiento al énfasis en un abordaje comprensivo de la salud pública; el reconocimiento de la capacidad dada por el pueblo, libertándose de una orientación exclusivamente médica; el pasaje de la educación sanitaria autoritaria tradicional a la educación en salud como apoyo a un proceso de crecimiento.

En torno a esto, Resende(2008) enfatiza en que el modelo teórico-conceptual de Promoción de la Salud, formulado a partir de los años '70 en países desarrollados como Canadá,

³ La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, fue realizada el 6 al 12 de septiembre de 1978.

Inglaterra, EE.UU., Australia y Nueva Zelanda, viene ejerciendo una creciente influencia sobre las políticas de salud de los países emergentes y subdesarrollados.

En relación con el anterior, es evidente el interés y la importancia que ha adquirido a nivel mundial la promoción de la salud.

Esto ha conllevado a que a nivel de Estados, pueblos y la sociedad en general participen de metodologías y acciones de promoción de la salud, de esta manera se busca mejorar las condiciones de salud de la población y como consecuencia mejorar el nivel de vida de las personas y las colectividades sociales.

Según OMS, (1998) citado por Resende, (2008) A partir de la Carta de Ottawa, la Promoción de la Salud pasa a ser definida como..."el proceso de capacitación (*enabling*) de los individuos y colectivos (*communities*) para que tengan control sobre los determinantes de la salud con el objetivo de tener una mejor calidad de vida". Esta categoría constituye un concepto que sintetiza dos elementos clave para la promoción de la salud: la necesidad de cambios en el modo de vida y, también, de las condiciones de vida. Representa, igualmente, una estrategia de mediación entre las personas y el medio ambiente, combinando elecciones personales con responsabilidad social con el objetivo de crear un futuro más saludable.

Este mismo autor afirma que para que haya salud, la Nueva Promoción de la Salud sugiere que los individuos y colectivos sean capaces de realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de transformar el medio o adaptarse a él.

Desde 1986, la OMS recomienda, la superación de la inequidad en salud, proponiendo acciones que tengan como objetivo garantizar...oportunidades y recursos que posibiliten a las personas alcanzar el máximo de salud. Esto incluye [...] oportunidades para hacer elecciones saludables. Las personas no pueden alcanzar el máximo potencial de salud si no son capaces de controlar los factores que determinan su salud.

En concordancia con lo anterior OMS/OPS afirma que, la promoción de la salud es concebida como una estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de población humana, debe fundamentarse desde un proceso político, educativo y social que incremente la conciencia pública sobre la salud, promover estilos de vida saludables y la acción comunitaria en favor de la salud; todo esto involucra además diseñar acciones para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, sino que se desarrollen estrategias y dinámicas participativas que permitan al individuo acrecentar el control sobre los determinantes de su salud y por consiguiente, fortalecerla.

Mirado así, Las actividades de promoción de la salud deben ser extendidas de forma horizontal en grupos, comunidades y sectores empoderado de los proceso de cambio y que requieran lograr estilos de vida saludables desde espacios las

instituciones educativas, los centro de atención de salud, el trabajo, su mismo entorno, y las viviendas, etc., ya sea a nivel local en las comunidades o de las ciudades.

En consecuencia, es indispensable mencionar que el aumento de la pobreza, la inequidad social y la urbanización poco planificada, la fragmentación y desintegración de las comunidades y las familias ya que contribuyen a ambientes poco saludables y estimulan a su vez estilos de vida no saludables, aumentando comportamientos de riesgo en todas las etapas de la vida. (Gavidia, 2001).

En ultimas, el resultado de promover la salud en la población vulnerable o no, será el de propiciar entornos saludables en donde todos los involucrados e interesados participen activa y responsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar y el de su colectividad.

Del mismo modo, es pertinente mostrarse de acuerdo con Gavidia (2001) cuando propone que la salud debe observar cuatro dimensiones a saber: 1. Ideal de Bienestar, 2. factor de Equilibrio, 3. Estilo de vida, 4. la salud como propuesta de desarrollo social y personal.

1. El Ideal de bienestar es subjetivo y depende del propio individuo.
2. El factor de equilibrio indica que la salud es el estado puntual de adaptación del medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en el mismo. Es decir, se entiende a la salud como el equilibrio que debe existir entre el individuo y su entorno.

3. Estilo de vida, la salud comprende una dimensión social, por lo que solicita la solidaridad de todos para lograr la construcción de la salud ambiental. Esto en otras palabras, se traduce al logro de un estilo de vida saludable.
4. La salud como propuesta de desarrollo social y personal se apropia de factores determinantes en el desarrollo humano, en el bienestar humano y en la capacidad de opciones y emplazamiento del ser humano, estos factores son: la estructura socioeconómica, el nivel de vida, la intención de crecimiento particular y colectivo. Adicionalmente, promueve la participación ciudadana, la mitigación del problema social, la educación de alta calidad, los servicios de salud, entre otros.

En afinidad, con esta propuesta, tanto los grupos como sectores inmersos en el proceso de desarrollo necesitan ver a la salud como un ideal de bienestar, como factor de equilibrio con el entorno, como estilo de vida y como propuesta de desarrollo personal y social.

En ese sentido, una de las principales responsabilidades del sector salud es la protección del bienestar público mediante el aseguramiento de un ambiente físico y social saludable, que proteja a las personas más vulnerables de la sociedad. Para tal fin, el sector salud necesita colaborar con otros sectores como medio ambiente, comunicación, agroindustria, ciudadanía y educación, entre otros (Paho, 2011)⁴.

⁴ Documento PAHO "Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental". Capítulo 3.

De acuerdo con OPS, (2007) las comunidades locales y en particular los países deberán, individual y colectivamente, monitorear y contrarrestar las diversas causas que dificultan el desarrollo del potencial humano, como las causas ambientales por ejemplo, por lo que se necesita entonces, relacionar las ciencias naturales con las ciencias sociales.

En consonancia con lo anterior, Briceño-León R. et al (1998) considera que desde la XXXIII Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS, realizada en Junio de 1998 en Caracas, la investigación en salud desde las Ciencias Sociales en América Latina ha estado marcada por variables como:

Cuadro N°2 Perspectiva de la Investigación en salud desde las Ciencias Sociales LA

VARIABLE	CONSIDERACIÓN
Un modo de conocer una realidad nueva o de explicar, socialmente, una determinada realidad epidemiológica.	Esta variable busca descubrir y comprender un abordaje diferente de la relación salud-enfermedad, o de las formas de curación, como la desarrollada por la etnomedicina.
Un modo de contribuir a la eficacia de los sistemas de salud.	En este caso no se procura comprender los orígenes sociales de la relación salud-enfermedad, sino de contribuir a mejorar los sistemas de salud bien sea a partir de la persuasión de las personas, en un estilo de trabajo social, para que aceptasen los tratamientos o medidas preventivas; o desde una perspectiva de la sociología de las instituciones, mejorando los procedimientos o estructuras de las organizaciones de salud.
Un modo de fortalecer a la gente, desde la perspectiva de las Ciencias sociales	En esta orientación lo dominante no es la búsqueda de conocimiento ni la crítica del poder, sino el empoderamiento de las personas y las comunidades teniendo en cuenta la participación comunitaria, las organizaciones de base y los saberes populares, y el uso de los medios alternativos.

Fuente: Briceño-León R. et al (1998).

De acuerdo con la anterior fundamentación y siguiendo a Briceño-León se, se necesita ver a las Ciencias Sociales como aliada hacia el fortalecimiento de la institucionalidad y de los procesos en función del bienestar colectivo. Es decir, que el análisis, la sistematización y la divulgación de problemáticas sociales ya sean del ámbito de la salud, la educación o del medio ambiente; deberían ser mirados desde estas disciplinas para fortalecer la formulación, ejecución y evaluación de proyectos, planes y programas que respondan a las necesidades de las poblaciones.

De este modo, cualquier sistema, estructura o sociedad deseará un desarrollo que propicie su propio sustento, es decir que interactúe cordialmente con lo ambiental, lo cultural, lo social y lo económico no enfrentados entre sí, sino coincidiendo convenientemente y respondiendo a las necesidades del contexto.

Visto así, es pertinente que tanto la sociedad, como otros actores injieran en la sostenibilidad de los planes, proyectos y programas creados para equilibrar lo anterior, de otra forma es impensable lograr la sostenibilidad del desarrollo no solo económico, social, político, cultural o ambiental sino humano.

En esta misma línea y no menos importante, García citado por Sunkel, (2000) afirma que en última instancia, no puede hablarse de desarrollo sin una modificación de las condiciones históricas de vida de una sociedad en su conjunto y sin una movilización de los pueblos, no sólo como

participes sino como protagonistas, gestores y beneficiarios directos de las transformaciones económicas, sociales, culturales y políticas.

De este modo, es necesario mencionar que existen múltiples enfoques desde los cuales se puede definir el desarrollo. Siguiendo a (González E. et al, 2008) se expresan a continuación las principales características de las perspectivas sobre el Desarrollo.

Cuadro No.3 Perspectivas sobre el Desarrollo

Aspectos destacados	Aspectos omitidos
El desarrollo es un requisito, una obligación, un destino.	El desarrollo es una opción, una elección. El requisito es reflexionar sobre la noción de desarrollo y justificar una concepción particular.
El desarrollo es el crecimiento económico.	El desarrollo es el despliegue de todo el espectro de potencialidades humanas en un contexto específico.
El desarrollo es un asunto global para la gestión mundial.	El desarrollo es un proyecto endógeno.
El desarrollo es una solución.	El desarrollo es un posible problema
El desarrollo a nivel mundial: se logrará a través de la cooperación, la solidaridad y la interdependencia.	La importancia de la autonomía, la autogestión, la confianza en sí mismos, como bases de las verdaderas cooperación y solidaridad.

Fuente: González, E. et al. (2008)

Siguiendo en esta misma línea, se presenta un esquema de cómo entender al desarrollo social. Según Franco, (2011) existen cinco formas de comprenderlo:

Cuadro No.4 Formas de entender el concepto de desarrollo social

Desarrollo Social	Definición:
1. Desenvolvimiento de la Sociedad	Proceso de avance de una Sociedad que se aproxima a una meta deseable, involucra aspectos económicos, sociales, políticos y culturales.
2. Bienestar Humano	Proceso que busca la elevación del nivel de vida y el mejoramiento del acceso de la población a los bienes y servicios disponibles.
3. Apoyo a Sectores Sociales	Mejora de la calidad y cobertura de la calidad de los servicios sociales básicos, como educación, salud y vivienda.
4. Cambio Estructural	Proceso por el cual se reducen las desigualdades entre los diferentes grupos sociales.
5. Apoyo Social	Mejoramiento del nivel de satisfacción de las necesidades básicas de la población.

Fuente: Franco, (2011)

En síntesis, es necesario que entendamos a la salud como un proceso que abarca dimensiones como el propio desarrollo, entendiendo a este como un estado de la cultura de la sociedad que favorece la orientación de relaciones entre las personas y estructuras o sistemas para generar oportunidades donde, estructuras, sistemas y personas, pongan en práctica todas sus capacidades -intenciones- en función del contexto social, por medio de mecanismos participativos y de estrategias que respondan a necesidades concretas.

4.2.2 Determinantes de la salud

Según, Villar (2011) la discusión de los grandes determinantes de la salud en los individuos y en las poblaciones, se inició a partir del trabajo encargado por Marc Lalonde en 1971⁵, quien contrato un estudio para

⁵ Lalonde era un abogado y político que desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá y encargó un estudio a un grupo de epidemiólogos para que estudiaran, en una muestra representativa, las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses.

determinar las causas de enfermedad y muerte en los canadienses. Al final del estudio Lalonde presentó un Informe denominado: "New perspectives on the health of Canadians", que marcó uno de los hitos importantes dentro de la Salud Pública, como disciplina orientadora del accionar los servicios de salud encargados de velar por la salud de la población.

A partir de allí se empezó a reconocer que tanto la salud como la enfermedad son altamente influenciables por factores individuales, sociales, culturales, económicos y ambientales.

Ante esto, Hernández, (2008) manifiesta que, el enfoque de determinantes sociales de la salud adquiere potencia transformadora con su relación explícita con el logro de la equidad en salud. Pero no debe quedarse en un esfuerzo académico. Exige una comprensión suficiente por parte de las sociedades, para que el llamado a lograr el nivel de salud que la dignidad humana reclama sea reconocido como una meta viable en todas las sociedades actuales y futuras. Se trata de desnaturalizar las desigualdades que se derivan del prestigio, de la riqueza o del poder de las personas, para construir juntos las transformaciones requeridas.

Siguiendo en esta misma línea se presentan los Determinantes de la salud humana desde el punto de vista del Sector Salud, de acuerdo con el Modelo Lalonde, de 1974 planteando por Villar, (2011).

Cuadro N°5 Determinantes de la Salud, Modelo Lalonde

Determinantes	Dimensión
Medio Ambientales	Relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común.
Estilos de Vida	Relacionados con los hábitos personales y de grupo, de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.
Biología Humana	Relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas.
La Atención Sanitaria	Que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones.

Fuente: Villar, (2011)

En esta misma línea, el Modelo Dever, (1976) desde una mirada epidemiológica nos presenta los siguientes Determinantes de salud:

1. Biología humana
2. Entorno
3. Estilos de vida
4. Sistemas de cuidado.

Asimismo, Delgado M, Llorca J., (2005) enfatiza en que existen tipos de determinantes como:

1. Genético - asociado a estilo de vida
2. Ambiente - asociado a lo físico, geográfico y el clima.
3. Social - asociado a lo familiar, laboral y otros entornos

En esta misma línea y siguiendo a Ávila-Agüero, (2009) cuando enfatiza en que dado su complejidad, sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud. Están relacionados con aspectos tan variados como lo son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. Dado el avance en la ciencia, la medicina, la tecnología y el conocimiento en general, la gran mayoría de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos de los biológicos.

Para Ávila-Agüero, la actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. En esta labor no sólo el personal médico y sanitario tiene una vital participación, se requiere de la acción comunitaria y de muchos sectores dentro y fuera del sector salud.

Esta participación debe alentar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recoger, transmitir e intercambiar información para evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas adecuadas, con el objetivo de establecer intervenciones efectivas destinadas a abordar los diferentes factores determinantes de la salud.

En últimas, lo realmente necesario, es reconocer que estos determinantes son transformables, o que propenden por "transformaciones" ya que están influenciados por los

factores sociales, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa transformación, pero también a su tratamiento y recuperación.

4.2.3 Comunicación en salud

Para Atoche, (2003) al término Promoción para la Salud se le sumó Educación para la Salud y por ultimo Comunicación para la Salud (OPS/OMS). En ese sentido, desde 1993 con la celebración del 39° Consejo Directivo de la OPS se aprobó la resolución "Promoción de la salud en las Américas", por la cual "insta a los gobiernos miembros a que incluyan, como instrumentos claves en los programas de salud de la comunidad, campañas de comunicación social y de educación, promoviendo la responsabilidad de la población". Esto se reafirmó en la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI, adoptada en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en julio de 1997, la cual indica que el acceso a los medios de información y la tecnología de las comunicaciones son importantes para adelantar la promoción de la salud.

Desde esta perspectiva, las definiciones de Comunicación en Salud han evolucionado, incluyendo cambios sustanciales en la planeación y la conceptualización utilizada a su desarrollo. (Atoche, 2003).

Por su parte, Mosquera, (2003) manifiesta que la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones médico-

paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la diseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva.

Según OMS (2010,) la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal.

Por su parte, Ríos, (2011) señala que la comunicación en salud ha sido interpretada o definida a través de los años como el estudio de la naturaleza, alcance y función, así como los medios por los cuales los tópicos de salud alcanzan y afectan las audiencias apropiadas. Las áreas de estudio incluyen: métodos de formulación de mensajes, estrategias de implantación y técnicas de avalúo.

Bajo lo anterior, Ratzan, (1994) citado por Ríos, (2011) menciona que el Centro de Control de Enfermedades (CDC) en los EEUU define la comunicación en salud como -el arte y la expresión de mensajes y estrategias, basado en la investigación del consumidor, para promover la salud de los individuos y las comunidades.

En el contexto académico la comunicación en salud se ha definido como el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Incluyendo además la prevención de enfermedad, política de cuidado de salud, así como el aumento de la calidad de vida y salud de los individuos dentro de la comunidad. (Ratzan, citado por 1994 Ríos, 2011)

Igualmente Ríos, (2011) enfatiza además, en que uno de los más recientes enfoques propuestos para catalogar el proceso de comunicación en salud, y que es defendido por autores como Gumucio, quien expone la necesidad de una comunicación para la salud comunitaria, está basado en el diálogo. De acuerdo con este nuevo paradigma, se entiende que las comunidades deben ser protagonistas y gestoras de los cambios que las afectan. Debieran del mismo modo ser responsables del manejo de su salud. Y en consecuencia, de su propia comunicación. (Gumucio, 2001 citado Ríos, 2011).

Siguiendo este nuevo enfoque, catalogado como comunicación alternativa- representa entonces, un reto para las autoridades gubernamentales, y privadas encomendadas al desarrollo de esfuerzos que promueven cambios de conductas, y mejores estilos de vida en la población, ya que trastoca los enfoques tradicionales de comunicación en salud predominantes por las últimas décadas. Gumucio (2001)

En cuanto a participación comunitaria en Salud, Gumucio, hace una comparación entre los programas de salud y los programas de comunicación. El diagnóstico, la planificación y la ejecución en los programas de salud suelen ser procesos unidireccionales y verticales. En un extremo están las organizaciones y los sistemas que generan las acciones preventivas o correctivas, y en otro extremo los "receptores", los "destinatarios" de esas acciones. Si trasladamos esto al terreno comunicacional, constatamos que hay algo que no anda bien: tenemos un polo generador de decisiones o mensajes, y por otra parte un polo receptor, aparentemente pasivo.

En síntesis, Gumucio acentúa en que ningún programa de salud que pretenda abarcar a sectores sociales cada vez más amplios puede siquiera pensarse al margen de la comunicación.

La comunicación es imprescindible para ganarle tiempo al tiempo, para recuperar el tiempo perdido, para resolver a contrarreloj la gravísima situación que se vive y se muere.

Desde esa perspectiva, la comunicación para la salud deja de ser una responsabilidad concentrada en las instancias del gobierno o de los organismos internacionales especializados. Se enriquece con la pluri-direccionalidad de la comunicación, y naturalmente de los contenidos, mediante la participación de organizaciones sindicales, grupos de base, instituciones no-gubernamentales y las propias comunidades urbanas y rurales. (Gumucio, 2001)

4.2.4 Modelos y Teorías en comunicación en salud

A continuación, se presentan los conceptos básicos de las teorías y modelos empleados por la comunicación en salud, desde un enfoque multidisciplinario, que incluye planteamientos de la psicología, psicología social, sociología y comunicación, entre los más abordados por investigadores, teóricos y expertos en comunicación en salud.

De acuerdo con Atoche, (2003) la **Teoría de Acción Racionada** Fishbein y Ajzen centra su atención en definir que existe un factor determinante del comportamiento, que es la intención de la persona de realizarlo. Esta intención es vista como una función de dos determinantes: la actitud de la persona hacia el desarrollo del comportamiento (basado en las creencias sobre las consecuencias de desarrollar este comportamiento), por ejemplo: lo que considera la persona el costo y el beneficio de realizar ese comportamiento y la percepción de las personas sobre la presión social (o normativa) ejercida sobre él o ella a realizar el comportamiento.

Mientras que la **Teoría de Aprendizaje Social** de Bandura manifiesta que los cambios de comportamiento son el resultado de la interacción de la persona con el medio ambiente; el cambio es bi-direccional. Involucra al individuo a aquellas personas con las que interactúa; trabaja para cambiar el medio ambiente, si es permitido. Esto incluye: Capacidad de comportamiento, conocimiento y habilidades para influir en el comportamiento y proveer información y capacitación acerca de la acción.

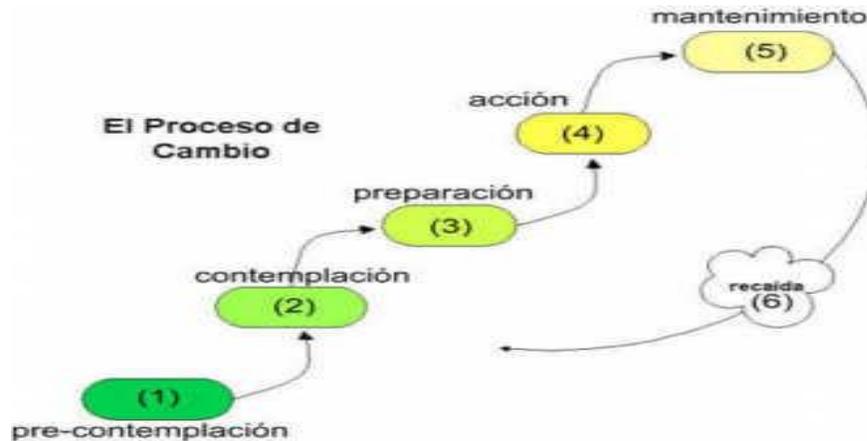
De acuerdo con esta autora el **Modelo de Creencias de la Salud** propuesto por Rosenstock enfatiza dos factores primordiales que influyen para que una persona adopte una acción recomendada preventiva para la salud:

Primero, debe sentirse personalmente amenazada por la enfermedad debe sentirse personalmente susceptible a la enfermedad con serias o severas consecuencias.

Segundo, debe creer que los beneficios de tomar las acciones preventivas son mayores que las barreras (y/o costos) a la acción preventiva.

De acuerdo con el **Modelo Transteórico o del Cambio** propuesto de Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) citado por Ríos, (2011) las personas pueden tardarse un gran periodo de tiempo en moverse a la siguiente etapa del Modelo de Cambio definida como determinación. En esta etapa las personas combinan la intención con los criterios de conducta que podrían adoptar. Los individuos con determinación intentan tomar acción en tiempo corto.

Grafico N° 1. El proceso de cambio



Fuente: Prochaska, DiClemente y Norcross (1992)

Por ejemplo, un fumador habitual puede determinar el momento en que dejará de fumar su primer cigarrillo del día por alrededor de 30 minutos a diferencia de los precontempladores y los que atraviesan la etapa de contemplación, los cuales puede que no estén conscientes del problema a pesar de que lo han identificado, pero no hacen un compromiso serio en la adopción de una conducta.

En última instancia Mosquera, (2003) desde enfoque del **Modelo de Comunicación para el Cambio Social** nos describe a este como un proceso donde el "diálogo de la comunidad" y la "acción colectiva" trabajan en conjunto para producir cambios sociales en una comunidad que mejoren el estado de salud y de bienestar de todos sus miembros. El cambio social implica la participación de la comunidad en todos los procesos concernientes a la implementación de proyectos para la salud. Asimismo, la horizontalidad de la comunicación ejerce un papel fundamental para que la población adopte como suyos,

los métodos y los estilos de vida necesarios para su sostenibilidad.

Según Gumucio, (2004) la Comunicación para el Cambio Social nace como respuesta a la indiferencia y al olvido, rescatando lo más valioso del pensamiento humanista que enriquece la teoría de la comunicación: la propuesta dialógica, la suma de experiencias participativas y la voluntad de incidir en todos los niveles de la sociedad.

A su vez, Gumucio rescata que el proceso de formulación de la Comunicación para el Cambio, el enfoque inicial subraya la necesidad de cambiar los términos hasta entonces vigentes en el desarrollo y en la comunicación. Se plantea que las comunidades deben ser actores centrales de su propio desarrollo, que la comunicación no debe persuadir sino facilitar el diálogo y que no debe centrarse en los comportamientos individuales sino en las normas sociales, las políticas y la cultura.

En este contexto, para Ríos, (2011) el paradigma de la Comunicación para el Cambio Social es sin lugar a duda uno de los fenómenos que ha logrado acaparar la atención de estudiosos de la comunicación en salud en los últimos años, dado a la importancia que le brinda a la participación comunitaria en todos los asuntos que rodean el desarrollo e implementación de un esfuerzo que promueve mejores estilos de vida en la población. Este modelo establece una relación directa entre el proceso de comunicación y el desarrollo de los pueblos. Además, trastoca la pasividad que se le atribuía

al receptor en un proceso de comunicación tradicional o unilineal (Fuente- Mensaje- Canal- Receptor).

Este modelo podría catalogarse como de nivel comunitario, los cuales ayudan a comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones, siendo esenciales para las actividades integrales de promoción de la salud. Estos modelos incorporan una perspectiva ecológica y constituyen la base para tratar de lograr metas de mejor salud en individuos, grupos, instituciones y comunidades. (Ríos, 2011)

En síntesis, lo más respetable en la Comunicación para el Cambio Social según Gumucio, es la posibilidad de que sean las personas de la comunidad las que formulen, evalúen, y propongan sus propios procesos de o para el cambio.

Por último el **Modelo Socio-ecológico** propuesto por Hernán San Martín, (1998) manifiesta que la salud de los individuos y de la población organizada depende de múltiples factores que también constituyen un sistema: el sistema biológicosocial de la salud y la enfermedad. Este sistema comprende un amplio abanico con todas las relaciones entre los sistemas naturales en la tierra (naturaleza = conjunto de ecosistemas naturales o biosfera) y con todos los sectores y subsistemas de los sistemas sociales humanos (el conjunto de los ecosistemas artificiales humanos).

En efecto, es difícil imaginar un elemento, una actividad, una situación en la vida social humana que no tenga relación

alguna con la salud o la enfermedad. Desde este punto de vista, la salud es el resultado de todo lo que tiene lugar en todos los sectores del sistema social humano

Asimismo este autor enfatiza en que Si la epidemiología se ha convertido' en la base científica de la salud pública, el análisis de sistemas puede ser la base científica de la administración y de la gestión sanitaria.

Siguiendo los planteamientos de San Martín, El "Sector salud" está considerado como un subsistema con su organización y sus procesos internos (tecnología, personal, procedimientos, recursos, etc.). Están definidas sus conexiones con el sistema social (económico, sociopolítico) engloba.

Sus interrelaciones con otros sectores sociales (agricultura, educación, industria, etc.) están consideradas como interacciones entre subsistemas del sistema social, la relación entre estructura económica y salud, así como la existente entre salud y desarrollo socioeconómico, parecen indispensables y evidentes.

Entendemos por "sistemas de servicios de salud" todas las actividades de salud (oficiales o no, públicas y privadas) coherentes, interdependientes, que actúan continuamente de acuerdo a unos objetivos comunes y a unos programas establecidos con tal de producir un efecto total deseado y evaluable puesto a disposición de una determinada población (incluyendo la utilización de estos servicios por la población, y su eficacia).

Cuadro No. 6 Síntesis Modelos y Teorías en Comunicación en salud

TEORIA/MODELO	SINTESIS
Teoría de Acción Racionada propuesto por Fishbein y Ajzen	Plantea que existe un factor determinante del comportamiento y es la intención de la persona lo realice: A) la actitud de la persona hacia el desarrollo del comportamiento. Y B) la percepción de las personas sobre la presión social ejercida sobre él o ella a realizar el comportamiento.
Teoría de Aprendizaje Social Propuesta por Albert Bandura	Los cambios de comportamiento son el resultado de la interacción de la persona con el medio ambiente, el entorno en general y el dialogo contractivo con el mismo.
Modelo de Creencias de la Salud Propuesto por Rosenstock	Dos factores primordiales influyen en que una persona adopte una acción recomendada. Primero, debe sentirse personalmente amenazada por la enfermedad, debe sentirse personalmente susceptible a la enfermedad con serias o severas consecuencias. Segundo, debe creer que los beneficios de tomar las acciones preventivas son mayores que las barreras (y/o costos) a la acción preventiva.
Modelo Transteórico o del Cambio Propuesto por Prochaska	Las personas pueden tardarse un gran periodo de tiempo en moverse a la siguiente etapa definida como determinación. En esta etapa las personas combinan la intención con los criterios de conducta que podrían adoptar.
Modelo de Comunicación para el Cambio Social propuesto por Gumucio entre otros.	Describe un proceso donde el "diálogo de la comunidad" y la "acción colectiva" trabajan en conjunto para producir cambios sociales en una comunidad que mejoren el estado de salud y de bienestar de todos sus miembros.
Modelo Socio-ecológico propuesto por Hernán San Martín.	La salud de los individuos y de la población organizada depende de múltiples factores, que también constituyen un sistema: el sistema biológico-social de la salud y la enfermedad. El "sector salud" está considerado como un subsistema con su organización y sus procesos internos. Están definidas sus conexiones con el sistema social.

Fuente: elaboración propia

En concordancia con lo anterior, Ríos, (2011), asegura que la mayoría de los modelos enfatizan en el cambio de conducta en

un receptor de manera individualizada. Sin embargo, se ha observado que en los últimos años las redes comunitarias de apoyo social han ocupado un rol protagónico importante durante el desarrollo de los programas de comunicación en salud. Esta tendencia ha incrementado el intercambio de diálogos multisectoriales entre investigadores y organizaciones relacionadas a la salud con el propósito de fortalecer las estrategias que van dirigidas a lograr cambios de conducta en la población.

4.2.5 Participación y empoderamiento

La participación es un derecho básico, que promueve una sociedad participativa e incluyente.

Desde la participación se puede promover acciones que favorezcan el autodesarrollo de las comunidades y coadyuvar a solución de problemáticas sociales tales como necesidades básicas insatisfechas, problemáticas ambientales, económicas, entre otras. Para Freire (1983) citado por Servaes y Malikhaose (2007), se refiere a esto [participación] como al derecho de cada uno de decir de manera individual y colectiva su palabra: "Este no es el privilegio de unos cuantos hombres, sino que es el derecho de cada hombre y mujer. Como consecuencia, nadie puede decir solo una palabra verdadera -y tampoco la puede decir en nombre de otro, por medio de un acto prescriptivo que le robe a los demás sus palabras".

En proporción a lo anterior, Sánchez (2000) expone que Debido a la pluralidad de significados que implica el concepto de

participación, parece más conveniente hablar de una "idea" de participación. Es indudable que a partir de las distintas construcciones que se efectúan diariamente sobre el concepto, debemos entenderlo como dinámico y en proceso, es por ello que se comparte esta noción de manejar el tópico a partir de una idea que está en constante transformación.

En perspectiva, Evans, (2005) afirma que el auge del concepto de participación en las últimas tres décadas esta mediada por el debilitamiento del Estado en la satisfacción de necesidades ciudadanas, lo que genera la necesidad de la movilización del colectivo al resguardo de su bienestar.

Otra versión podría señalar que el surgimiento de la participación radica en la concreción del Estado idóneo para la apertura de espacios producto del incremento de conciencia ciudadana, lo que permite a los ciudadanos entender que el Estado no debe ser un ente paternalista sino, por el contrario un ente supervisor y estimulador de la participación.

En función de lo anterior, Servaes Malikhaose (2007), manifiestan que el modelo participativo, acentúa la importancia de la identidad cultural de comunidades locales y de la democratización y participación a todos los niveles - internacional, nacional, local e individual-. Este modelo lleva a una estrategia, no meramente inclusiva de, sino ampliamente irradiando desde, los 'receptores' tradicionales.

Siguiendo a Sánchez, la participación es influir en los procesos de toma de decisiones que de alguna manera se

vinculan con los intereses de los participantes. Por otra parte el autor afirma que la participación posee objetivos colectivos a través de un proceso social, organizado de distintas formas. Si tomamos en cuenta estos tres elementos: a.- influir en la toma de decisiones, b.- objetivo colectivo y con c.- ciertas formas de organización, estamos ante la presencia de un fenómeno político, por lo que se podría afirmar que la participación en cualquier ámbito es política.

Desde la comunicación, el cual es el aspecto primordial en este trabajo, la comunicación participativa centra sus objetivos en lo local y regional al servicio de proyectos, planes y programas que faciliten el diálogo de doble vía entre los diferentes actores del proceso.

Asimismo el CONACYT⁶, considera que en comunicación participativa todos los interlocutores son libres y tienen igual acceso a los medios de comunicación para expresar sus ideas, sentimientos y experiencias sobre los objetivos y la acción colectiva orientada a promover sus propios intereses, resolver sus problemas y transformar su sociedad. Este tipo de comunicación que involucra a los mismos actores sociales requiere un trabajo previo con los protagonistas para lograr un diagnóstico adecuado y de este modo lograr la identificación de las situaciones problemáticas, organizar las percepciones que la gente tiene sobre el problema, buscar con la gente interesada nuevos ángulos de enfocar el problema, para plantear de esta manera posibles alternativas

⁶ El Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina.

de acción. Es así que al utilizarse los medios con objetivos participativos se descubren nuevas funciones:

- Desarrollo de la identidad cultural de la comunidad.
- Es un medio para la autoexpresión.
- Los medios pueden servir como instrumento de auto diagnóstico.
- Inducen a la reflexión comunitaria sobre sus prioridades. Son los mismos medios los que suministran casos de estudio que provocan la discusión y el cuestionamiento.
- Facilitan la articulación de problemas entre personas, grupos y comunidades.
- Ofrecen a la comunidad información de valor social que servirá para la toma de decisiones.
- Aproximan las autoridades al pueblo. El diálogo político directo es indispensable para una sociedad participativa.
- A través de sistemas de comunicación a distancia la comunicación puede colocar la educación y la capacitación al alcance de grupos que necesiten contenidos específicos.

En síntesis y mirando la participación desde la comunicación, esta busca promover las significaciones y re-significación cultural y social, empoderamiento e involucramiento de los sujetos y comunidades en las estrategias de comunicación en salud previstas, para así asegurar su sostenibilidad.

Así se pretende estudiar los procesos sociales y culturales a nivel de manifestaciones para ajustar las herramientas de la acción comunicativa a las realidades de los habitantes, los sectores y comunidades concretas, en el marco de las definiciones de los objetivos propuestos en los proyectos, planes y programas.

4.3 REFERENTES INTERNACIONALES Y MARCO LEGAL

A nivel global existen diferentes instituciones nacionales e internacionales como la OMS/OPS, Unicef, PNUD, entre otros, que promueven estrategias para mejorar, mantener o inducir acciones de salud pública relacionadas directamente con la Promoción de la Salud. Esta última es sinónimo de interés colectivo en función del cambio social y más importante aún, porque desde el siglo pasado este ha sido un tema ampliamente debatido y estudiado por centenares de organismos, investigadores y defensores del desarrollo humano.

A continuación, se presentan las principales definiciones de las declaraciones, cartas y manifestaciones y/o acuerdos internacionales.

- *Declaración de Alma Ata, URSS, 1978.*

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. En esta, los países miembros de la OMS, reconocieron y se comprometieron con la necesidad de una acción urgente por parte de los gobiernos, de todo el personal de salud y de la

comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

- *Carta de Ottawa, Canadá en 1986.*

Esta fue la primera conferencia de promoción de la salud, contiene los principios, conceptos y agenda para la acción de la promoción de la salud. En Ottawa confluyeron las inquietudes de muchos para buscar un nuevo paradigma de salud pública que rescatara los principios de equidad y justicia social, el valor positivo de la salud como recurso para la vida y que, al mismo tiempo, señalara de nuevo la importancia de la participación social y la responsabilidad de muchas áreas, sectores e individuos en la producción de la salud. En esta carta se describen las cinco funciones básicas para producir salud:

1. Desarrollar aptitudes personales para la salud
2. Desarrollar entornos favorables, gracias a condiciones de trabajo y de vida, gratificantes, higiénicas, seguras y estimulantes
3. Reforzar la acción comunitaria
4. Reorientar los servicios de salud
5. Impulsar formas de vida, estudio, trabajo y recreación que sean fuente de salud, y estas traducirlas en políticas públicas saludables.

- *Recomendaciones de Adelaida, Australia, 1988.*

En las Recomendaciones de Adelaida se definió como política pública saludable aquella que propone la creación de un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable.

- *Declaración de Sundsvall, Suecia, 1991.*

Se destacó la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones.

- *Declaración de Yakarta, Indonesia, 1997.*

Se hace la Declaración del firme compromiso de los participantes en hacer uso de la más amplia gama de recursos públicos y privados para abordar los factores determinantes de la Salud.

- *Declaración de México. Quinta Conferencia Mundial. Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad. México, 2000.*

En esta los países participantes se comprometieron fundamentalmente a:

1. Situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud local, regional, nacional e internacional.
2. Apoyar la preparación de los planes de acción en el ámbito nacional para la promoción de la salud, recurriendo; si es necesario, a los conocimientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de sus asociados en esta esfera.
3. Propugnar que los organismos de las Naciones Unidas se responsabilicen de los efectos en la salud de sus programas de desarrollo.

- *Declaración de Bangkok. Sexta Conferencia Internacional. Tailandia, 2005.*

En esta conferencia se ajustó la definición de promoción de la salud. En ella, los países representados se comprometieron a establecer las medidas necesarias para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud para lograr una mejor salud y firmaron la Carta de Bangkok en la que se afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo nacional y mundial.

- *60ª Asamblea Mundial de la Salud. Promoción de la Salud en un mundo globalizado. (2007).*

Insta a todos los Estados Miembros a que:

1. Aumenten su inversión en Promoción de la Salud.
2. Apoyen y favorezcan la participación activa de las comunidades, la sociedad civil y personas comprometidas para la promoción de la salud comunitaria.
3. Se apliquen políticas nacionales de salud pública en las que la Promoción de la Salud sea el eje para modificar los determinantes de la salud.

Por otro lado y a pesar de que esta investigación, no pretende indagar sobre los parámetros o marcos legales por los cuales se rigen los sistemas de salud en cada país, se presenta a continuación una breve revisión de las leyes que soportan las intenciones de cada Estado en cuanto a la formulación y ejecución de Programas de Salud.

En ese sentido, Bolivia, Chile, Colombia y acogen las propuestas de la OMS/OPS⁷ ya que son miembros activos de este organismo y a su vez responden en términos regionales, nacionales e internacionales.

Cuadro No.7 Marco Legal Promoción de la Salud

PAÍS	LEY	OBJETO
Bolivia	LEY N° 2235 31 de julio 2001	Promoción del crecimiento equitativo y de la Reducción de la Pobreza, así como la distribución de los recursos para tales fines a través de políticas y programas.
	LEY del Sistema Único de Salud de 2010	Garantizar el derecho a la salud de todos los habitantes en el territorio del Estado Plurinacional, a través del Sistema Único de Salud.
Chile	LEY 19378 Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal	Establecer la administración, régimen de financiamiento y coordinación de la atención primaria de salud, cuya gestión, en razón de los principios de descentralización y desconcentración.
Colombia	LEY 100 DE 1993	Norma primordial del Sistema en Colombia
	Ley 1122 de 2007:	realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios
	LEY 1438 DE 2011	Fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud entre otras.

Fuente: elaboración propia

⁷ Estos organismos tienen incidencia importante, y son la autoridad en cuanto a salud global, ya que dentro de sus intenciones esta exhorta y fomentar a que todas sus países miembros a promueva la salud, así como crear estrategias, programas y proyectos que ayuden a aumentar los niveles de salud en todo el mundo.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación bajo la cual se ha desarrollado este estudio es de corte Descriptivo con análisis datos documentales. En sí los estudios descriptivos buscan explorar detalles concretos de los objetos de nuestra exploración.

Así lo afirma Gómez (2006) cuando plantea que, los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los aspectos mas importantes del fenomeno que se somete a analisis. Igualmente asevera el autor que en un estudio descriptivo se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta informacion sobre cada una de ellas, para asi (valga la redundancia) describir lo más detalladamente posible, lo que se investiga.

Al mismo tiempo Gálvez (2003) asevera que los estudios descriptivos se presentan en formatos muy heterogéneos y los forman toda una amplia gama de materiales caracterizados porque representan con fidelidad la vida de los actores sociales, son estudios con bajo nivel interpretativo y tienen un análisis implícito para la organización de los discursos. Como son textos narrativos de primera mano, su pretensión es la de ofrecer a los lectores la posibilidad de reflexionar sobre la realidad descrita para que ellos mismos saquen sus propias conclusiones.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

En este caso el tipo de estudio, es un estudio de casos múltiples, que busca identificar las características de Planes de Promoción de la Salud en tres países de Suramérica Bolivia, Chile y Colombia cruzados por los enfoques de la Comunicación en Salud.

En consonancia Orozco, (2012) señala que un estudio de caso es un análisis profundo de una categoría, un individuo, un grupo, una entidad, una política. Esta técnica permite la recopilación e interpretación detallada de toda la información posible sobre el individuo, la institución, o el asunto particular en cuestión.

Asimismo afirma la anterior autora que los estudios de caso pueden clasificarse en dos tipos: el primer tipo intenta llegar a conclusiones específicas a partir de un solo caso mientras el segundo derivar conclusiones generales a partir de un número limitado de casos o estudio de casos múltiples que comporten lineamientos generales.

Asimismo, Stake (1995) citado por Orozco (2012) afirma que el cometido real del estudio de casos, es la particularización, no la generalización. Se toma un caso particular y se llega a conocerlo bien, y no principalmente para ver en qué se diferencia de los otros, sino para ver qué es, qué hace.

5.2.1 Población y muestra

Teniendo en cuenta que el tipo de estudio es un estudio de casos múltiple, se toma como objeto de estudio tres Planes de Promoción de la Salud en Suramérica particularmente en Bolivia, Chile, y Colombia; uno por cada país, inscritos en la base de datos institucional, programados desde el 2010 con una vigencia a diez años.

Cuadro No.8 Población: Planes Gubernamentales de Salud

N°	PLANES GUBERNAMENTALES DE SALUD	PAÍS	PERIODO DE EJECUCIÓN
1.	Plan de Desarrollo Sectorial "Hacia la Salud Universal"	Bolivia	2010-2020
2.	Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década ⁸	Chile	2011-2020
3.	Plan Decenal de Salud Pública	Colombia	2012-2021

5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

La selección de los países responde fundamentalmente por conveniencia del autor ya que se intentan describir las características de cada Plan de Promoción de la Salud de los tres países de estudio, uno plan por país, siendo estos programados desde el 2010, 2011 y 2012 con una vigencia a diez años.

⁸ Desde el Plan Nacional de Salud de Chile, se vio la necesidad de formular una estrategia que promueva los objetivos Sanitarios de la Década, propuestos por el Gobierno Chileno.

5.4 DELIMITACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL

Los Planes de Promoción de la Salud atienden al periodo comprendido entre 2010-2020 con vigencia actual principalmente.

El estudio puntualiza en las experiencias de Promoción de la Salud de los tres países antes mencionados y pretende caracterizar desde las Teorías de Comunicación en Salud los Planes de Promoción de la Salud del Gobierno Bolivia, del Gobierno Chileno y del Gobierno Colombiano.

5.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información que sustenta los resultados del proyecto se obtuvo principalmente mediante la técnica de revisión documental, la sistematización y recolección de los datos. En este sentido, fue necesario revisar la base de datos institucional del Ministerio de Salud de Chile, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.

5.6 SUPUESTO

Los Planes de Promoción de la Salud en los países estudiados plasman su enfoque desde la Comunicación en salud, participación y cambio social.

5.7 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Las Categorías presentadas a continuación se sistematizaron en relación con los Planes de Promoción y este contraste se evidencia en los apartados 6.2 y 6.3.

Las características se presentan así:

- Planes de promoción de la Salud: Principios, Programas/proyectos, Estrategias.
- Cognición
- Autosuficiencia
- Motivación
- Moldeamiento
- Afecto
- Comportamiento

6. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

6.1 CARACTERIZACIÓN⁹ DE LOS PLANES DE SALUD PROMOCIÓN DE LA SALUD EN SURAMERICA. CASOS BOLIVIA, CHILE Y COLOMBIA

La política pública en Salud en general, debe fomentar el bienestar social y productivo de las comunidades a través de programas, planes y proyectos. Adicionalmente, debe promover espacios saludables y ante todo reconocer que cada población, sector, e individuo, responde a necesidades múltiples y diversas.

En este contexto a continuación se presentan las Características de los Planes de Promoción de la Salud que hacen parte de este estudio. Así se buscó identificar las tipologías que estructuran estos planes en función de la promoción del bienestar de la población a la cual están dirigidos.

Para lograr la sistematización y recolección de los datos fue necesario revisar las bases de datos institucionales, por consiguiente la información fue recopilada directamente de los Ministerios de Salud y Deportes de Bolivia; el Ministerio de Salud de Chile, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

En este orden, Sánchez Upegui, (2010), plantea que desde una perspectiva investigativa la caracterización es una fase

⁹ Para el Diccionario Real de la Académica Española caracterizar es fijar los atributos peculiares de alguien o de algo, de modo que claramente se distinga de los demás.

descriptiva con fines de identificación, entre otros aspectos, de los componentes, acontecimientos, actores, procesos y contexto de una experiencia, un hecho o un proceso.

A su vez, Bonilla, Hurtado & Jaramillo, 2009 expresan que la caracterización es un tipo de descripción cualitativa que puede recurrir a datos o a lo cuantitativo con el fin de profundizar el conocimiento sobre algo.

Siguiendo a Sánchez Upegui la caracterización es una descripción u ordenamiento conceptual (Strauss & Corbin, 2002), que se hace desde la perspectiva de la persona que la realiza. Esta actividad de caracterizar (que puede ser una primera fase en la sistematización de experiencias) parte de un trabajo de indagación documental del pasado y del presente de un fenómeno, y en lo posible está exenta de interpretaciones, pues su fin es esencialmente descriptivo.

En función de lo anterior, la caracterización va más allá de sistematizar datos e información permite mantener, actualizar y difundir información relacionada a los programas, planes y estrategias nacionales de promoción de la salud.

En esta dirección, el proyecto necesitó identificar cuáles eran los principios, y las estrategias presentes en los documentos de los ministerios, direcciones o institutos encargados de formular dichas políticas. En esa misma línea, se diseñó una matriz, que tuvo la intención de caracterizar, los planes, programas, y estrategias de promoción de la

salud, reconociendo los principios, los programas/proyectos y las estrategias que los sustentan.

6.1.1 Primer caso: Bolivia¹⁰

El objetivo del Plan Nacional para la salud en Bolivia, es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único en salud, Intercultural y Comunitario, que asimila la medicina tradicional.

Entre sus principios esta que el sistema sea inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. Adicionalmente debe participar en la dimensión económica, productiva, sociocultural y política, organizativa, y generar capacidades individuales, familiares y comunitarias. Asimismo, el sistema de salud debe actuar de manera intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que además cuide, críe y controle el ambiente, que su promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio-comunitaria del vivir bien.

En relación con la visión del Sector Salud, el plan propone que para el año 2020, todos los ciudadanos bolivianos y ciudadanas bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, en igualdad de condiciones gozarán de un buen estado de salud y

¹⁰La información presentada en esta apartado fue extraída del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. El autor hizo algunas interpretaciones. Disponible en: <http://www.sns.gob.bo/>

del derecho a la salud, teniendo acceso universal al Sistema Único de Salud, dentro del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Asimismo se habrá eliminado las barreras de acceso a la salud de tipo económico, geográfico, cultural, en especial para los grupos vulnerables excluidos históricamente, garantizando entre otros, el acceso al Seguro Universal de Salud y la presencia de personal de salud suficiente, capacitado y comprometido con las políticas nacionales de Salud.

Las estrategias definidas para este plan se define como una estrategia integral de Promoción de la Salud, así la población tendrá prácticas saludables y actuara positivamente sobre las determinantes sociales y económicas de la salud: alimentación, educación, vivienda, vestimenta, recreación, servicios básicos, seguridad ciudadana y trabajo. Además, la población participará en la planificación, gestión y control social de las políticas de salud mediante instancias formales de participación social en salud.

Igualmente el plan considera que, la salud familiar comunitaria intercultural se constituye en la nueva forma de hacer salud en el "Sistema Nacional de Salud". En esta nueva forma de hacer salud el equipo de salud, la comunidad y sus organizaciones implementan la Gestión Compartida de la Salud y la Atención de la Salud en el establecimiento, en el domicilio y en la comunidad. Se presenta a continuación, la Estructura¹¹ del Plan propuesto por Bolivia:

¹¹ La Matrices presentadas en este trabajo son diseñados por el autor y la información en los mismos es extraída de Base de Datos Institucional. Para uso pedagógico e investigativo, el autor redujo la información a

Matriz N° 1. Plan Nacional para la salud -Bolivia

PAIS: BOLIVIA	Ente formulador: Ministerio de Salud y Deportes	Vigencia: 2010-2020
PRINCIPIOS	PROGRAMAS/PROYECTOS U OTRO	ESTRATEGIAS
1. Universalidad 2. Inclusión social 3. Transparencia 4. Equidad de género, generacional y territorial 5. Ética en salud 6. Eficiencia e Innovación	Programa 1: Universalización y Equidad del acceso al sistema de salud. Proyectos sectoriales: 1.1 Recursos humanos y redes de salud con calidad. 1.2 Saberes ancestrales, medicina tradicional, intraculturalidad e interculturalidad, 1.3 Gratuidad del acceso a servicios de salud integrales.	1. Acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario intercultural-SAFCI
	Programa 2: Gestión participativa y movilización por el derecho a la salud. Proyectos sectoriales: 2.1 Intersectorialidad para vivir bien 2.2 Equidad y Protección para grupos vulnerables 2.3 Educación en salud para la vida.	2. Promoción de la salud y movilización social
	Programa 3: Gobernanza en Salud. 3.1 Fortalecimientos de la capacidad de gestión técnica y financiera. 3.2 Conducción nacional y autonomía territoriales Soberanía e inteligencia sanitaria	3. Soberanía y Rectoría en Salud

Fuente: elaboración propia

Tres indicadores: principios programas/proyectos y estrategias con el propósito de definir las características que estructuran a cada uno de las propuestas de estudio.

Una de las mayores apuestas para Bolivia, es que el principal programa de este país esta formulado de 2010 a 2020 lo que lo moviliza a seguir fortaleciendo la intersectorialidad y seguir reafianzando las intenciones del Modelo Familiar de Salud Comunitaria Integral (SAFCI) como una estrategia clave en el sistema único de salud.

Por otro lado se presenta al SAFCI 2010 como un instrumento participativo que busca mejorar las condiciones económicas, sociales y ambientales de todo el núcleo familiar desde la promoción de salud llevando implícito componentes como la educación y la comunicación, la integralidad y la intersectorialidad.

Uno de los grandes desafíos y apuesta es que la población boliviana logre movilizarse y participar activamente en la planificación, gestión y control social de las políticas de salud mediante medios y espacios de concertación alternativos y oficiales diseñados por instancias formales que consideren a la participación social en salud, como un aspecto clave para conservar el la identidad pluricultural de Bolivia.

6.1.2 Segundo caso, Chile¹²

En este país uno de los desafíos políticos de la década es desarrollar una Política de Estado en Promoción de la Salud, definida intersectorial y participativamente, destinada a lograr estilos de vida y ambientes saludables, asimismo pretende motivar un compromiso activo de la sociedad chilena con su salud y calidad de vida. Se trata de desarrollar un modelo de política pública que beneficie a todos los ciudadanos sin distinción, cuente con legislación y financiamiento adecuados y trascienda los gobiernos a partir de metas consensuadas en la búsqueda del bien común.

El plan Nacional se elaboró desde 1998 en forma participativa, mediante un modelo de gestión descentralizado e intersectorial, con el fortalecimiento de los Gobiernos Regionales y Locales.

El Ministerio de Salud en conjunto con Vida Chile ha formulado prioridades sanitarias y condicionantes de salud a intervenir desde la promoción, comprometiéndose a partir del año 2000, con metas de impacto sobre los condicionantes de la salud (alimentación, actividad física, tabaco) y los factores protectores psicosociales y ambientales de la salud.

Se presenta a continuación, la Estructura del Plan nacional propuestos por Chile:

¹² La información presentada en esta apartado fue extraída del Ministerio de Salud de Chile. El autor hizo algunas interpretaciones. Disponible en: <http://www.minsal.cl>

Matriz N° 2. Estrategia Nacional para el Logro de los Objetivos
Sanitarios de la Década-Chile

PAIS: CHILE	Ente formulador: Ministerio de Salud	Vigencia: 2011-2020
PRINCIPIOS	PROGRAMAS/PROYECTOS U OTRO	ESTRATEGIAS
Mejorar la salud de la población	1. Enfermedades Transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de la mortalidad por VIH/SIDA ▪ Eliminación la Tuberculosis como problema de salud pública ▪ Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las Enfermedades Transmisibles ▪ Disminución de la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas
Disminuir las desigualdades en salud	2. Enfermedades no Transmisibles y Violencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares ▪ Incremento de la proporción de personas con hipertensión arterial controlada ▪ Incremento de la proporción de personas con diabetes controlada ▪ Reducción de la progresión de enfermedad renal crónica ▪ Reducción de la tasa de mortalidad por cáncer ▪ Disminución de la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica ▪ Disminución de la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental ▪ Disminución de la discapacidad ▪ Prevención y reducción de la morbilidad bucal de mayor prevalencia en niños y adolescentes, con énfasis en los más vulnerables ▪ Disminución de la

		<p>mortalidad por accidentes de tránsito</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de los femicidios.
Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud.	3. Factores de Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de la proporción de personas con Factores Protectores para la salud ▪ Reducción del consumo de tabaco ▪ Reducción del consumo de riesgo de alcohol ▪ Reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad ▪ Aumento de las personas que realizan actividad física ▪ Aumento de las personas con conducta sexual segura ▪ Reducción del consumo de drogas ilícitas
Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.	4. Ciclo Vital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de la mortalidad perinatal ▪ Disminución del rezago infantil ▪ Disminución de la mortalidad por suicidio en adolescentes ▪ Disminución del embarazo adolescente ▪ Disminución de la mortalidad por accidentes del trabajo ▪ Disminución de la incapacidad laboral por enfermedades profesionales ▪ Mejoramiento de la calidad de vida de la mujer climatérica ▪ Mejoramiento del estado de salud funcional de los adultos mayores
	5. Equidad en Salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de la gradiente de inequidad en salud relacionada con posición social ▪ Inequidad por zonas geográficas
	6. Medio Ambiente e Inocuidad de Alimentos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de la exposición diaria a contaminación atmosférica

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejoramiento de la disposición de residuos contaminantes. ▪ Mejorar el acceso a agua potable y disposición de aguas servidas en zonas rurales ▪ Disminución de los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos ▪ Mejorar el entorno ambiental urbano
	7. Fortalecer el Sector	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejoramiento de los sistemas de información en salud ▪ Fortalecimiento a la investigación en salud ▪ Aumentar y mejorar la dotación de recursos humanos en el sector salud ▪ Fortalecimiento a el financiamiento del sector ▪ Mejoramiento, normalización, y reposición de la infraestructura del sector salud ▪ Aumento de los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector ▪ Mejoramiento de la pertinencia en la referencia entre componentes de la red de Servicios de Salud 285 ▪ Mantenimiento de la participación y cooperación internacional en salud
	8. Calidad de la Atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de listas de espera ▪ Aumento de los establecimientos de salud acreditados ▪ Mejoramiento de la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias ▪ Disminución la Insatisfacción Usuaría

	9. Desastres, Emergencias y Epidemias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contar con planes aprobados y actualizados en Gestión Integral del Riesgo y establecimientos de salud seguros
--	---	---

Fuente: Elaboración propia

El Gobierno de Chile figura desde antes del año 2000 con un programa pensado para mejorar la calidad de vida chilena, es atrevido pero hasta cierto punto muy cierto que Chile posee un sistema de salud mejor estructurado que el mismo sistema de educativo, pero sin dejar a un lado al importancia de este último, Chile garantiza desde aproximadamente 1998 programas de salud acordes y productivos.

Desde el año 2000 hasta el 2010 se le apostó a un programa que permitió ver a la política pública en salud como un escenario idóneo para avanzar hacia un mejor nivel de vida a través de la promoción de factores y riesgos ambientales y psicosociales, condicionantes de la salud y metas de promoción de la salud que lograron reforzar el rol del Estado como regulador de las políticas así como vincular a la población a éstas desde mecanismos como la participación y la consolidación de redes de intercambio. Su mayor desafío desde el 2011 hasta el 2020 es cumplir a cabalidad con los Objetivo Sanitarios de la Década y fortalecer la medicina chilena, reafirmar lo anterior para priorizar áreas estratégicas para combatir daños ambientales, identificar factores de riesgos y brindar mejor atención en salud.

6.1.3 Tercer caso, Colombia¹³

La política pública en salud, se ha definido a través del Plan Decenal de Salud Pública, el cual formuló retos futuros a diez años; si bien el Ministerio de Salud y Protección Social tiene la responsabilidad de coordinar y orientar la formulación del PDSP, este plan es responsabilidad de todos los sectores (educación, vivienda, medioambiente, entre, otros) que están involucrados directamente con la determinación social de la salud, por lo que se ha previsto una activa y efectiva participación de todos ellos en la formulación y ejecución del mismo.

Se presenta a continuación, la Estructura del Plan Decenal de Salud Pública

Entre los principios ordenadores del plan nacional de salud pública esta, seguir los lineamientos establecidos a través del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, "Prosperidad para todos" el cual ratifica la decisión del país de una apuesta nacional por la plena garantía y protección de los derechos humanos, por una disminución de las brechas de desigualdad regional, por la sostenibilidad ambiental.

En cuanto a la formulación concertada del PDSP fue un gran compromiso para el Ministerio de Salud y Protección Social, ya que siendo un plan a mediano plazo, que compromete más de

¹³ La información presentada en esta apartado fue extraída del Ministerio de Salud de Colombia. El autor hizo algunas interpretaciones. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co>

un período de gobierno, permitirá que en el país se puedan realizar propuestas estratégicas de mayor alcance.

Actualmente el PDSP está en la fase de concertación; se construye colectivamente a lo largo y ancho del país con insumos de los técnicos del Ministerio, insumos por consulta previa (grupos étnicos), insumos territoriales (municipales, departamentales, regionales), insumos intersectoriales e insumos de la Cooperación Internacional e través de convenios.

Asimismo el PDSP se está construyendo con enfoques de derechos, diferencial, de ciclo de vida, de género, étnico, de capacidades diferenciales, poblacional y de determinantes sociales.

La formulación definitiva del PDSP permitirá la armonización con los planes de desarrollo territoriales y será la base para la formulación de planes territoriales de salud pública.

Matriz N° 3. Plan Decenal de Salud Publica-Colombia

PAIS: COLOMBIA	Ente formulador: Ministerio de Salud	Vigencia: 2011-2020
PRINCIPIOS	PROGRAMAS/PROYECTOS U OTRO	ESTRATEGIAS
Alcanzar mayor equidad en salud.	1. SALUD AMBIENTAL Componentes: 1.1 Hábitat saludable 1.2 Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales 1.3 Protección de la salud en los trabajadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción de la salud de las poblaciones que, por sus condiciones sociales, son vulnerables a procesos ambientales, mediante la modificación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales, fortaleciendo la gestión intersectorial, la participación comunitaria y social en el nivel local,

		<p>regional, nacional e internacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción del Desarrollo Sostenible a través de tecnologías y modelos de producción limpia y consumo responsable. ▪ Priorización a las necesidades de poblaciones vulnerables, con enfoque diferencial. ▪ Contribución al mejoramiento de las condiciones de vida de la población colombiana mediante la prevención, vigilancia y control sanitario de los riesgos ambientales, que puedan afectar negativamente el estado de bienestar y salud.
<p>Mejorar las condiciones de vida y salud de la población.</p>	<p>2. VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES</p> <p>Componentes:</p> <p>2.1. Modos, condiciones y estilos de vida saludables</p> <p>2.2. Condiciones crónicas prevalentes</p> <p>2.3. Protección de la salud en los trabajadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevación, promoción e implementación con prioridad en las políticas de todos los sectores y entornos, una agenda intersectorial para la promoción de la salud, el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) y las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa, como parte de la lucha contra la pobreza y el desarrollo socioeconómico. ▪ Favorecimiento de manera progresiva y sostenida la reducción a la exposición a los factores de riesgo modificables en todas las etapas del transcurso de vida. ▪ Creación de condiciones y capacidades de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad, atención integral e integrada de las enfermedades no transmisibles (ENT) y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, reduciendo brechas en la morbilidad, mortalidad,

		<p>discapacidad, eventos evitables y en los factores de riesgo modificables.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecimiento de la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones de salud pública en coherencia con el marco global y regional para ENT incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva y sus determinantes sociales de la salud. ▪ Apoyo y fomento del desarrollo de capacidades nacionales y territoriales para la investigación en materia de promoción de la salud, prevención y control de las ENT incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva y sus determinantes sociales de la salud.
Cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables	<p>3. CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL</p> <p>Componentes:</p> <p>3.1. Promoción de la salud mental y la convivencia</p> <p>3.2 Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribución al desarrollo de oportunidades y capacidades de la población que permitan el disfrute de la vida y el despliegue de las potencialidades individuales y colectivas para el fortalecimiento de la salud mental, la convivencia y el desarrollo humano y social. ▪ Contribución a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social. ▪ Disminución del impacto de la carga de enfermedad generada
	<p>4. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL</p> <p>Componentes:</p> <p>4.1. Disponibilidad y acceso a los alimentos.</p> <p>4.2. Consumo y</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propender por la Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población colombiana a través de la implementación, seguimiento y evaluación de las acciones intersectoriales con el fin de asegurar la salud de las personas y el derecho de los

	aprovechamiento biológico. 4.3. Inocuidad y calidad de los alimentos.	consumidores
	5. DERECHOS Y SEXUALIDAD Componentes: 5.1. Promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la equidad de género. 5.2. Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que inciden en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, grupos y comunidades en el marco de los enfoques de género y diferencial asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y la atención integral de las personas
	6. VIDA SALUDABLE LIBRE DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Componentes: 6.1. Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas 6.2. Enfermedades inmunoprevenibles 6.3. Enfermedades Endemo-epidémicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantizar y materializar el derecho de la población colombiana a vivir libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del ciclo de vida y en los territorios cotidianos, con enfoque diferencial y de equidad mediante la transformación positiva de situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes, reemergentes y desatendidas para favorecer el desarrollo humano, social y sostenible. ▪ Reducción de manera progresiva y sostenida la exposición a condiciones y factores de riesgo, y propender por la accesibilidad, integralidad, continuidad, vínculo y sostenibilidad de la atención de las contingencias y daños producidos por las enfermedades transmisibles. ▪ Creación de condiciones y capacidades en el sector y otros sectores, organizaciones, instituciones, servicios de

		salud y la comunidad para la gestión de planes, programas y proyectos que reduzcan las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de la población a las enfermedades transmisibles.
	<p>7. SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES</p> <p>Componentes:</p> <p>7.1. Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres</p> <p>7.2. Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción de la gestión del riesgo de desastres como práctica sistemática a fin de garantizar la protección de las personas, colectividades y el ambiente, para enfrentar y manejar situaciones de emergencia o de desastres de origen natural o antrópico, así como para adelantar la recuperación, aportando a la seguridad sanitaria, al desarrollo y al mejoramiento de las condiciones de la población.

Fuente: Elaboración propia

Los desafíos para Colombia como país en transición hacia una política pública de salud productiva, radica en que la estrategia metodológica se cumpla a cabalidad y que los recursos para esta no se dispersen a mitad de camino.

Por otra parte, la mayor apuesta es que las 7 dimensiones y sus componentes logren cubrir las necesidades de toda la población involucrada, que se respete el derecho a la deferencia y la equidad y se afiance el interés de dar más participación a las comunidades y sectores, ya que estos son lo que responden a necesidades diversas.

6.2 CARACTERIZACIÓN DE LAS TEORIAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES

El presente cuadro muestra las variables que abordan las teorías y modelos de Comunicación en Salud. Entre ellas tenemos la Cognición, Motivación, Moldeamiento, Autosuficiencia, Afecto, Comportamiento, la X resalta cada una de estas variables de acuerdo con la teoría, es decir, cuál es el énfasis a que hace la teoría o modelo según la variable.

Matriz N°4. Teoría Vs. Variables

TEORIA VS VARIABLE	CREENCIA EN SALUD	APREND. SOCIAL	ACCIÓN RACIONADA	M. TRANSTEORICO	M. SOCIO-ECOLOGICO	M.COM.CS
Cognición		X	X	X	X	X
Autosuficiencia		X	X	X		X
Motivación	X	X				X
Moldeamiento	X	X		X	X	
Afecto		X				X
Comportamiento		X	X	X	X	X

En primera instancia, la Teoría de Creencias en salud, la cual considera variables para su análisis como la *Motivación* y el *Moldeamiento*.

Esta teoría fue propuesta por Rosenstock, y enfatiza en que la Motivación y el Moldeamiento deben darse en función de que la persona reconozca el porqué se siente amenazada por la enfermedad y sus consecuencias. A su vez, debe asimilar dentro de este proceso cuales serían las alternativas que darían un beneficio al tomar acciones preventivas, mirar la relación costo/beneficio de la acción preventiva.

En segunda instancia, la Teoría de Aprendizaje Social de Bandura, dado a su componente sociológico, apropia o lleva implícitas todas las variables abordadas: *Cognición, Autosuficiencia, Motivación, Moldeamiento, Afecto, y Comportamiento*, es decir que si esta teoría habla de la interacción del individuo con su entorno, entonces, es fácil i identificar que esta teoría tiene claro cuales son los determinantes que influyen en el proceso de salud-enfermedad del individuo.

Es necesario reconocer entonces, que desde el soporte teórico esta teoría brindaría a las comunidades o colectividades las oportunidades de gestionar su autodesarrollo.

En un tercer momento, la Teoría de Acción razonada de Fishbein y Ajzen, apunta a variables como: *Cognición, Autosuficiencia y Comportamiento*. Básicamente esta teoría es de corte cognitivo y sustenta sus intenciones desde lo comportamental, de identificar las actitudes de los individuos hacia el desarrollo de su comportamiento y de ese mismo modo, generar una percepción de cómo el entorno social influye para realizar el cambio de comportamiento.

Esta tres variables entonces, facilitarían que cada individuo de a cuerdo a su contexto y sus necesidades propicie un cambio de comportamiento dentro del proceso de salud-enfermedad que genere un estilo de vida saludable a fin de impactar el contexto social o el de sus seres más cercanos.

En un cuarto espacio, el Modelo Transteorico o del Cambio de Prochaska, apropia variables como: *Cognición, Autosuficiencia, Moldeamiento y Comportamiento*, este modelo se considero un proceso que puede prolongarse ya que depende de la determinación del individuo en transitar hacia una etapa de cambio o transformación.

En este, podemos tener presente que el individuo asume una pre-contemplación, una contemplación, una preparación, una acción y por último un mantenimiento en ese nuevo proceso de cambio, que de no ser mantenido puede volver a recaer a su etapa inicial. Este modelo contempla un carácter cognitivo aunado al sociológico.

En un Quinto escenario, el Modelo Socio-ecológico propuesto por Hernán San Martín, contempla variables como: *Cognición, Moldeamiento y Comportamiento* dado a su componente sociológico, este modelo enfatiza en que la salud de los individuos y de la población organizada depende de múltiples factores, asimismo acentúa sus acciones al demostrar que cada individuo dentro del proceso de salud enfermedad reaccionan totalmente diferente, que cada enfermedad trae sus determinantes y la salud contempla aspectos diferenciados para cada individuo.

En sexta y última instancia, el Modelo de Comunicación para el Cambio Social aborda variables como: *Cognición, Autosuficiencia, Motivación, Afecto y Comportamiento*, podría decirse que también es muy completo ya que involucra lo sociológico, lo comportamental y ante todo lo dialógico que

se constituye a través del diálogo de la comunidad y la acción colectiva en función de lograr cambios sociales en una comunidad para mejorar el estado de salud y de bienestar de todos sus miembros.

6.3 CONTRASTACIÓN DE LOS PLANES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD A PARTIR DE LAS TEORÍAS DE COMUNICACIÓN INDAGADAS.

6.3.1 Variables observadas

A continuación se presenta una matriz que permitió hacer análisis cruzado de las teorías y/o modelos, en los cuales se fundamenta la comunicación en salud, igualmente se evidencian las variables enmarcan estas teorías dentro de sus componentes, a la vez que se presenta los tres planes estudiado para hacer el respectivo cruce.

Matriz N°5. Contraste Planes de Promoción Vs Teoría / Variable

PLANES TEORIAS/ MODELOS	PLAN DE DESARROLLO SECTORIAL "HACIA LA SALUD UNIVERSAL" BOLIVIA	PLAN ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA. CHILE	PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA. COLOMBIA
CREENCIA EN SALUD		X	
APRENDIZAJE SOCIAL	X		x
ACCIÓN RACIONADA	X		x
MODELO TRANSTEORICO	X	x	
MODELO SOCIOECOLOGICO	X	x	X
MODELO COMUNICACIÓN CAMBIO SOCIAL			
	VARIABLES	VARIABLES	VARIABLES
	Cognición	Motivación	Cognición
	Autosuficiencia	Moldeamiento	Autosuficiencia
	Motivación	Cognición	Motivación
	Moldeamiento	Autosuficiencia	Moldeamiento
	Afecto	Comportamiento	Afecto
	Comportamiento		Comportamiento

6.3.2 Primer caso, Bolivia: PLAN DE DESARROLLO SECTORIAL "HACIA LA SALUD UNIVERSAL".

La Propuesta del Gobierno Boliviano de conducir a la población hacia una salud global, interioriza las Teorías de Aprendizaje Social, la de Acción Racionada y los Modelos Transteorico y Socio-ecológico involucrando variables como lo son: *Cognición, Autosuficiencia, Motivación, Moldeamiento, Afecto y Comportamiento*. Lo que permite ver que si este Plan contempla el componente social, sociológico y de cambio de comportamiento, desde el soporte teórico de comunicación en Salud se estaría frente a un plan de promoción de la salud que resultaría efectivo a fin de lograr cambios perdurables en las poblaciones donde se está interviniendo.

Asimismo, este Plan aborda todas las variables propuestas, lo que permite entender que desde la motivación, autosuficiencia y comportamiento básicamente se lograría el autodesarrollo en las poblaciones donde se está actuando. Más valioso sería que este plan incorporara el Modelo de Comunicación para el cambio social, ya que si se están dando opciones para que se logre autodesarrollo, sería más significativo responsabilizar a esas mismas poblaciones sobre su salud y su propia comunicación; e igualmente, cómo gestionarla y cómo sostenerla.

6.3.3 Segundo caso, Chile: PLAN ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA.

La propuesta del Gobierno Chileno en función de cumplir con los objetivos sanitarios de la década incorpora la teoría de Creencia en Salud y los Modelos Socio-ecológico y Transteórico o de Cambio, este plan a su vez involucra variables como *Motivación, Moldeamiento, Cognición, Autosuficiencia y Comportamiento*, de igual forma se identifica que contempla el componente social, sociológico y de cambio de comportamiento y de todas las variables propuestas, excluye la de *Afecto*, lo que permite inferir desde el soporte teórico que Chile está interesado en promover estilos de vida saludables y en general cambios de comportamiento pero si desde lo cognitivo no se le sensibiliza a que se aferre emocionalmente hacia el cambio, a que reconozca la importancia de estar mejor para lo lograr calidad de vida, como se puede lograr el resto de propuestas. Es aquí donde es necesario revisar la política pública y ver a qué se le está apuntando en términos productivos. En función de este el Modelo de Comunicación para el Cambio Social sería una estrategia que a través de la persuasión podría significativamente influenciar en el logro de las propuestas dentro de las poblaciones donde se está trabajando.

6.3.4 Tercer caso, Colombia: PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA.

Las intenciones del Gobierno Colombiano de transitar hacia una Salud productiva incorporan las Teorías de Aprendizaje Social y Acción Racionada y el Modelo Socio-ecológico, así como el Plan de Bolivia, Colombia involucran todas las variables propuestas como lo son: *Cognición, Autosuficiencia, Motivación, Moldeamiento, Afecto y Comportamiento*. Lo que del mismo modo permite ver que si este Plan contempla el componente social, sociológico y de cambio de comportamiento, desde el soporte teórico de comunicación en Salud se estaría frente a un plan de promoción de la salud que resultaría efectivo a fin de lograr cambios perdurables en las poblaciones donde se está interviniendo.

Es necesario reconocer que el Plan de Colombia 2012-2021 se muestra innovador por su intención de apuntar a la Salud Ambiental y esto relacionado con el Modelo Socio-ecológico, permitiría ver cuáles son los determinante que priman para lograr el desarrollo sostenible no sólo de las regiones sino de las poblaciones cuyas necesidades por condiciones espaciales y geográficas son diversas.

Por lo mencionado, para el caso Colombiano, resultaría apremiante emplear estrategias del Modelo de Comunicación para el Cambio Social a fin de que estas poblaciones tenga la intención de manifestar esas necesidades, formular y gestionar las posibles soluciones y asimismo, contribuir a su prolongación.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El nuevo concepto de salud Pública, permite que directamente se hable de desarrollo humano, donde es necesario dialogar constructivamente con las comunidades y reconocer de acuerdo a sus diferencias, a qué necesidades responden.
- Desde los postulados de Comunicación en Salud, cada uno de los Tres Planes estudiados llevan implícito algún modelo o teoría -o ambos- de comunicación en salud y atienden a variables -algunas o en su totalidad- que inciden en el desarrollo humano y en el cambio de comportamientos, pero eso solo desde la teoría.

En efecto a eso, resulta apremiante que nivel de Estatal se revise la política pública concretamente y se identifique si realmente se están formulando acciones que influyan positiva y eficientemente en las comunidades y si ésta incide en su cambio de comportamiento en función de generar estilos de vida saludables.

- Desde el soporte teórico, fue relevante identificar que el Modelo de Comunicación para el Cambio social no es abordado en ninguno de los tres planes de estudio. Este por su componente dialógico, resultaría de vital importancia para entender cómo y en función de que se formulan las acciones para con las poblaciones.

Lo interesante de la Comunicación en Salud, es que sean esas poblaciones las que manifiesten sus problemas,

formulen y gestionen las posibles soluciones, asimismo las evalúen y logren un verdadero cambio de comportamiento; y para ello se requiere que el componente de Comunicación para el Cambio Social actúe como agente dinamizador.

- No se presenta a la Comunicación aquí como el fin hacia el desarrollo, pero sí como un medio que empleado como estrategia puede generar metodologías que permitan que las comunidades logren mejorar sus estilos de vida y transitar hacia lo saludable y perdurable, lo que facilita el autodesarrollo.
- Es necesario pensar y entender la estrecha relación entre la ciudadanía, la participación y el desarrollo, dado que el primero incide altamente en el segundo y ambos repercuten en el último.
- La Salud como un proceso que abarca dimensiones como el propio desarrollo. Asimismo, la Comunicación en Salud interviene en diversas etapas del desarrollo de individuo, lo que genera opciones y respuestas al proceso de salud-enfermedad.
- El Desarrollo favorece la orientación de relaciones entre las personas y estructuras o sistemas para generar oportunidades donde, estructuras, sistemas y personas, pongan en práctica todas sus capacidades -intenciones- en función del contexto social.

- A modo de recomendación, desde este proyecto, se espera que desde la academia, instituciones y organismos de carácter público o privado del orden nacional e internacional, se continúe ahondando y debatiendo sobre Comunicación en Salud, ya que su accionar se evidencia en el trabajo con comunidades o poblaciones donde se están generando estrategias de Promoción de la Salud.

- En últimas, se recomienda que desde la Comunicación en Salud, se propenda por la formulación y ejecución de estrategias de comunicación con enfoque diferenciado y que respondan a necesidades concretas de las comunidades o poblaciones; éstas, a su vez conllevarían a generar el cambio de comportamiento en los individuos a fin de lograr estilos de vida saludables ya que se enfatiza en un cambio estructural, de este modo, se lograría transitar hacia el autodesarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ávila-Agüero, M. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. Acta Médica Costarricense, vol. 51, núm. 2, abril-junio, pp. 71-73, Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
2. Atoche M. (2003). Comunicación y Salud: Periodismo institucional y de difusión en la oficina de prensa del Ministerio de Salud. Tesis Licenciatura; publicada, Universidad de Lima, Lima, Perú.
3. Beltrán, L. (1997). Universidad y Comunicación para la salud, acciones y reflexiones sobre comunicación y salud. Documento elaborado en la Primera Reunión Internacional sobre Comunicación y Salud. Lima.
4. Benavides P. (2009). Manifiesto para la Comunicación Sostenible. [Consultado 30 agosto 2011] Disponible en:
<http://www.elblogalternativo.com/2009/07/21/manifiesto-para-la-comunicacion-sostenible-de-pablo-benavides/>
5. Briceño-León, (1996). Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Cadernos de Saúde Pública; v.12 n.1 Rio de Janeiro ene./mar. en <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1996000100002>
6. Briceño-León R. et al (1998). Investigación en Ciencias Sociales y Salud. Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Organización Panamericana de la Salud. Caracas. [Consultado 20 septiembre 2012] en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/doc414.pdf>
7. Campos Vargas, Grettel et al. (2011) Promoción de la salud y estrategias educativas para la prevención contra violencia sexual e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Med. leg. Costa Rica [online]. vol.28, n.1, pp. 39-44.

8. Cárdenas M. (1986) Ed. Política Ambiental y Desarrollo. Un debate para América Latina. FESCOL - INDERENA. Colombia.
9. Cerqueria M, Conti C, De la torre A, Ippolito-shepherd J. (2003). La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas. [Consultado 15 febrero 2011] en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd20/cerqueira.pdf>
10. Delgado M, Llorca J., (2005) Concepto de salud. El continuo salud-enfermedad. Historia natural de la enfermedad. Determinantes de la salud. En:Hernández-Aguado I, Gil A, Delgado M, Bolumar F (Eds). Manual de epidemiología y salud pública para licenciaturas y diplomaturas en ciencias de la salud. Madrid: Editorial Médica Pan Americana.
11. Dever (1976). An epidemiological model for health policy Analysis.Citado por: Ministerio de la Protección Social. Primer informe nacional de la calidad de la atención en salud. INCAS Colombia 2009. Página 63. Bogotá.
12. DOBUS (1967) Man adapting. New York: York University Press.
13. Escobar, A. (2007).La invención del Tercer Mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo. Caracas, Fundación Editorial el perro y la rana.
14. Evans, N. (2005). La comunicación participativa como respuesta política a la praxis comunicacional Mass mediática. Disponible en <http://www.aporrea.org/educacion/a15662.html>. Pagina consultada 10-09 de 2010.
15. Fernández J. (1999) "Paulo Freire: Una Propuesta De Comunicación Para La Educación En América Latina", en revista Razón y Palabra, numero 13[consulta: nov.de 2010] en: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n13/freirem13.html>

16. Franco R. (2001). "Significado y contenido del desarrollo social y de las políticas sociales". Índice de Desarrollo Social. Costa Rica APSAL. ISUC. Tomado de MIDEPLAN.
17. Fundamentación Teórica. Comunicación para la Educación. (s.f). En Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-*CONICET* de santafe-conicet.gov.ar. Recuperado de <http://www.santafe-conicet.gov.ar/servicios/comunica/ponencias/gionco.htm>
18. Gavidia, V. (2001) Salud Educación y Calidad de Vida. De cómo las concepciones del profesorado incide en la salud. Bogotá: Mesa Redonda Magisterio.
19. Gomez Marcelo (2006) Introduccion a la Metodologia de Investigación Cientifica, 1era Ed, Cordoba, Editorial Bruja.
20. González, E. et al. (2008). Educación, Medio Ambiente y Sustentabilidad. Siglo XXI editores: Universidad Autónoma de Nuevo León. México
21. Gumucio, A. (2001). Haciendo Olas historias de comunicación participativa para el cambio social. Fundación Rockefeller. New York.
22. _____ (2001). Comunicación para la Salud: el Reto de la Participación. [Consultado agosto 11 de 2012] en Portal COMMUNIT. Disponible en: <http://www.comminit.com/en/node/150405>
23. _____ (2004). El cuarto Mosquetero: Comunicación para el cambio social. Investigación y Desarrollo. Vol.12, 1, pp. 2-2. Universidad del Norte.
24. _____ (2007) Comunicación y Educación: una deuda reciproca. La Hojarasca, 31 [consultado 23 marzo de 2011]. En: <http://www.escriitoresyperiodistas.com/NUMERO31/alfonso.htm>
25. Hernández, M. (2008). Determinantes Sociales de la Salud y equidad. Revista de Salud Pública, vol. 10, núm. 1, febrero, pp. 1-2, Universidad Nacional de Colombia

26. Instituto Mexicano del Seguro Social. (1995) Catálogo de actividades de Acción Comunitaria, México D.F: IMSS.
27. Kaplún, M. (1992) *"A la educación por la comunicación: la práctica de la comunicación educativa"*. UNESCO, OREALC, Santiago de Chile.
28. López, O. (2008) *La sustentabilidad urbana: una aproximación a la gestión ambiental en la ciudad*. Cali-Colombia: Programa Editorial Universidad Del Valle.
29. Macedo B, Salgado, C. (2011) *Educación ambiental y educación para el desarrollo sostenible en América Latina-OREALC/UNESCO Santiago (Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe)*. 1:29- 37.
30. Modelos Biomédico y Biopsicosocial de la salud. (s.f). En Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. [uaeh.edu.mx](http://www.uaeh.edu.mx). Recuperado de [http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P Presentaciones/icsa/asignatura/Clase%20Arturo.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P%20Presentaciones/icsa/asignatura/Clase%20Arturo.pdf)
31. Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias*. [Consultado mayo 20 de2012] en Portal COMINIT. Disponible en: <http://www.cominit.com/la/lasth/sld-2915.html>
32. Organización Mundial de la Salud. (1983). *Comité de Expertos en Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud, Ginebra, 1982. Informe*. Ginebra.
33. World Health Organization. (1984). *Regional Office for Europe. Health promotion: a discussion document on the concepts and principles*. Copenhagen.
34. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1996) *Transformación participativa para la higiene y el saneamiento: un nuevo enfoque para el trabajo comunitario*. Washington, OPS/OMS.

35. Organización Panamericana de la Salud. (2000). Declaración de México, Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México, junio; 5-9. en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/5thGlobalConf.htm>
36. Organización Mundial de la Salud. (2000) La salud y el ambiente en el desarrollo sostenible. Washington, D.C: OPS/OMS.
37. Organización Mundial de la Salud. (2010) Healthy People. Consultado abril 15 de 2012]. Disponible en <http://www.healthypeople.gov/2010/>
38. Organización Panamericana de la Salud. Representación Colombia. (2003) Hacia una Vivienda Saludable: Que viva mi hogar: Manual para el Agente Comunitario. Bogotá: OPS.
39. Organización Mundial de la Salud. (2005). Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado, Bangkok. Agosto; 7-11. en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP es.pdf>
40. Organización Panamericana de la Salud. (2007) Salud en las Américas Volumen I-Regional. [Consultado 25 noviembre 2011] en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Front%20Matter.pdf>.
41. Orozco, M. (2012). Políticas Públicas en prevención de Dengue en Colombia. Estudio de caso de la experiencia COMBI en el Distrito de Barranquilla. Berlín, Editorial Académica Española.
42. Pilon, A. (1986). Desarrollo de la educación en salud - una actualización de conceptos. Revista Saúde pública, Sao Paulo, 20:391-6.
43. Resende, S. (2008). Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. Salud Colectiva, vol. 4, núm. 3, septiembre-diciembre, 2008, pp. 335-347, Universidad Nacional de Lanús.

44. Ríos, I. (2011). Comunicación en Salud: conceptos y modelos teóricos. Perspectivas de Comunicación. Vol. 4, N° 1, Universidad de la Frontera.
45. San Martín, H. (1998). Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva. Ed. Masson, S.A. 1986. Barcelona. Cap. "El sistema socio-ecológico del proceso salud-enfermedad en las sociedades humanas" pp 189-195.
46. Sánchez, R. (1984). Estado y Planeación en Colombia. Bogotá, editorial la Rosa Roja.
47. Sánchez, E. (2000.) Todos con la Esperanza, Continuidad de la participación comunitaria. Venezuela, CEP, FEH.
48. Santos, M. (2004). Por otra globalización. Del Pensamiento único a la conciencia universal. Convenio Andrés Bello. Título original: Por uma outra Globalização. Do pensamento único à conciencia universal. Río De Janeiro: Record.
49. Servae y Malikhaose, P. (2007). Comunicación Participativa: ¿El nuevo paradigma? Redes.com N° 4, pp. 43-60.
50. Sunkel, O. (2000). La sostenibilidad del desarrollo vigente en América latina. Historia Crítica. 20, 8-54
51. Tenorio, A. & Plaza V. (2008). Evaluación de Programas de Salud. [Consultado 25 septiembre 2012] en:
<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/PDF%5c2008%5c100206200806.pdf>
52. Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Médica Peruana, vol. 28, núm. 4, pp. 237-241, Colegio Médico del Perú.
53. World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September; 1-3. Disponible en:
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.

54. _____ (1988). Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Adelaide, South Australia, April; 5-9. En: http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
55. _____ (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, November 21: 1-4. En: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
56. _____ (1997). Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st. century. july; 1-6. en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf.
57. _____ (2007). World Health Assembly. Geneva, Switzerland. May; 14-23. En: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/S/WHASS1_WHA60REC1-sp.pdf

ANEXOS

Anexo 1. MARCO LEGAL PROGRAMAS DE SALUD EN BOLIVIA

LEY N° 2235 31 DE JULIO DE 2001

Esta Ley tiene por objeto:

- a. Establecer los lineamientos básicos para la gestión de la Estrategia de Reducción de la Pobreza que guiarán las acciones del Estado para promover un crecimiento equitativo y la reducción de la pobreza;
- b. Disponer las modificaciones en las estructuras y competencias institucionales de los órganos públicos responsables de la ejecución de los programas destinados a la reducción de la pobreza;
- c. Definir los criterios de distribución de los recursos provenientes del programa de alivio de la deuda externa multilateral, destinados a los programas de reducción de la pobreza;
- d. Determinar los procedimientos de aplicación de la Política Nacional de compensación;
- e. Establecer el alcance y los mecanismos para el ejercicio del control social sobre los programas y estrategias destinados a la reducción de la pobreza;
- f. Instituir el Diálogo Nacional como mecanismo permanente de participación social en el diseño, seguimiento y ajuste de las políticas destinadas a la reducción de la pobreza.

-LEY DEL SISTEMA UNICO DE SALUD DE 2010

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el derecho a la salud de todos los habitantes en el territorio del Estado Plurinacional, a través del Sistema Único de Salud (artículos 18 y del 35 al 44).

En cumplimiento del mandato constitucional, se crea el Sistema Único de Salud que garantiza el derecho a la salud y el acceso universal de todos los habitantes en el territorio del Estado Plurinacional, con carácter universal, gratuito, integral, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad y control social, incluye a la medicina tradicional.

El Sistema Único de Salud tiene la finalidad de garantizar la inclusión y la equidad en salud, a través de la implementación de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y los riesgos, incidiendo sobre los determinantes sociales de la salud para contribuir a la construcción de una sociedad justa, y equitativa y al Vivir Bien.

Anexo 2. MARCO LEGAL PROGRAMAS DE SALUD EN CHILE

-LEY 19378 ESTATUTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL; Última Versión De: 09-FEB-2008

Fecha Publicación: 13-ABR-1995 Fecha Promulgación: 24-MAR-1995 Ministerio de Salud.

Esta ley normará, en las materias que en ella se establecen, la administración, régimen de financiamiento y coordinación de la atención primaria de salud, cuya gestión, en razón de los principios de descentralización y desconcentración, se encontrare traspasada a las municipalidades al 30 de junio de 1991, en virtud de convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 1-3.063, del Ministerio del Interior, de 1980. Asimismo, normarán los aspectos anteriormente citados, respecto de aquellos establecimientos de atención primaria de salud que sean creados por las municipalidades; traspasados con posterioridad por los Servicios de Salud; o que se incorporen a la administración municipal por cualquier causa. También regulará, en lo pertinente, la relación laboral, carrera funcionaria, deberes y derechos del respectivo personal que ejecute acciones de atención primaria de salud.

Anexo 3. MARCO LEGAL PROGRAMAS DE SALUD EN COLOMBIA

-LEY 100 DE 1993, norma primordial del Sistema en Colombia, ha tenido modificaciones mediante leyes expedidas por el congreso de la república y en su componente de salud han sido las siguientes:

Ley 1122 de 2007: su objetivo según se señala en su artículo primero fue: "...realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud".

-LEY 1438 DE 2011 (enero 19) Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país

Anexo 4. Comunicación MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, COLOMBIA.



Radicado N°. 201342400188812

13 - 02 - 2013 10:42:01 Folios: N/A (WEB) Anexos: 0

Destino: 4240 G. ATENCI - Rem/D: Carlos And Martínez

Consulte el estado de su trámite en nuestra página web <http://www.minsalud.gov.co>

Código de verificación: 80248

Bogotá D.C., 13 de febrero de 2013

Señores

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Ciudad

Asunto : SOLICITUD PLAN NACIONAL DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012-2021

Señores Ministerio de Salud y Protección Social.

Gobierno de Colombia

El propósito de esta comunicación surge con intención propia, mi nombre es Carlos Andrés MARTINEZ BELEÑO soy un Investigador del Programa de Dirección y Producción de Radio y Televisión de la Universidad Autónoma del Caribe de la ciudad de Barranquilla, Colombia. Particularmente necesito de su apoyo, para ello muy respetuosamente les solicito a ustedes El Plan Nacional Decenal de Salud Publica 2012-2021 ya que como investigador tengo en marcha un proyecto titulado: UNA MIRADA DESDE LA COMUNICACIÓN A LOS PLANES DE PROMOCIÓN DE SALUD EN SURAMÉRICA. CASOS: BOLIVIA, CHILE, COLOMBIA. Con el propósito de seguir con ésta requiero muy amablemente el Plan Nacional Decenal de Salud Publica 2012-2021.

En caso de que estar a su alcance, les agradecería mucho su apoyo y cooperación en facilitármelo.

De antemano agradezco su valioso apoyo. Un fuerte saludo desde Colombia!

No se adjunta ningún archivo



Jacqueline Acosta De La Hoz 21/03/2013
Para: Carlosandres0513@hotmail.com

1 dato adjunto (5,9 MB)



[Descargar como zip](#)

Buen día

Carlos Andrés Martínez Beleño

Te envío copia del documento PDSP que está en fase de consulta ciudadana, esperamos aportes el 2 de abril del año en curso.

Cordial saludo

JACQUELINE ACOSTA DE LA HOZ

Gerente PDSP

Jacosta@minsalud.gov.co

Cel: 3014587778



Anexo 5. Comunicación MINISTERIO DE SALUD, CHILE.



13/02/2013 12:31:12

COMPROBANTE DE SOLICITUD LEY 20.285

Su solicitud de información Ley de Transparencia fue registrada de manera exitosa en el Sistema Trámite en Línea de la Autoridad Sanitaria del Ministerio de Salud – Nivel Central, y se ha generado este comprobante de registro de su trámite.

Trámite	1168816
Medio envío respuesta	Correo Electrónico
<u>SOLICITANTE</u>	
Nombre	CARLOS ANDRÉS MARTINEZ BELEÑO
Rut	-
Teléfono	-
Email	Carlosandres0513@hotmail.com
Dirección	-

DETALLE

Área	OIRS - SALUD PUBLICA
Tema	POR DEFINIR MINISTERIO DE SALUD

Descripción:

Señores Ministerio de Salud.
Gobierno de Chile

El propósito de esta comunicación surge con intención propia, mi nombre es Carlos Andrés MARTINEZ BELEÑO soy un Investigador del Programa de Dirección y Producción de Radio y Televisión de la Universidad Autónoma del Caribe de la ciudad de Barranquilla, Colombia. Particularmente necesito de su apoyo, para ello muy respetuosamente les solicito a ustedes sobre El Plan Nacional de Salud OBJETIVOS NACIONALES DE SALUD CHILE 2010-2020 ya

Para conocer el estado de su trámite ingrese en nuestro sitio Trámite en Línea, al link Conozca el estado de su Trámite, e ingrese el número de trámite 1168816 y folio oXDbo7PL

MINISTERIO DE SALUD - GOBIERNO DE CHILE

Página 1 de 2



13/02/2013 13:00:30

COMPROBANTE DE RESPUESTA LEY 20.285

A través de este documento, se da respuesta a su solicitud de información Ley de Transparencia ingresada en el Sistema Trámite en Línea de la Autoridad Sanitaria del Ministerio de Salud – Nivel Central.

Trámite	1168816
Respondido por	CHRISTIAN UGARTE ARELLANO
<u>SOLICITANTE</u>	
Nombre	CARLOS ANDRÉS MARTINEZ BELEÑO
Rut	-
Teléfono	-
Email	Carlosandres0513@hotmail.com
Dirección	-

SOLICITUD DE INFORMACION LEY DE TRANSPARENCIA

Área	OIRS - SALUD PUBLICA
Tema	Bases de Datos
Fecha de Ingreso	13/02/2013 12:31

DETALLE

Señores Ministerio de Salud.
Gobierno de Chile

El propósito de esta comunicación surge con intención propia, mi nombre es Carlos Andrés MARTINEZ BELEÑO soy un Investigador del Programa de Dirección y Producción de Radio y Televisión de la Universidad Autónoma del Caribe de la ciudad de Barranquilla, Colombia. Particularmente necesito de su apoyo, para ello muy respetuosamente les solicito a ustedes sobre El Plan Nacional de Salud OBJETIVOS NACIONALES DE SALUD CHILE 2010-2020 ya que como investigador tengo en marcha un proyecto titulado: ¿UNA MIRADA DESDE LA COMUNICACIÓN A LOS PLANES DE PROMOCIÓN DE SALUD EN SURAMÉRICA. CASOS: BOLIVIA, CHILE, COLOMBIA¿. Con el propósito de seguir con ésta requiero muy amablemente saber si el Plan Objetivos Nacionales De Salud Chile 2010-2020 está vigente o continúa aún en estado de Borrador para la discusión como aparece en el documento expedido en 2010 ¿este es el que poseo- En caso de que este ya esté aprobado les agradecería mucho su apoyo y cooperación en facilitármelo.

De antemano agradezco su valioso apoyo. Un fuerte saludo desde Colombia!

Observaciones:

El Plan Nacional de Salud OBJETIVOS NACIONALES DE SALUD CHILE 2010-2020 será de uso netamente académico, no pretende comparar, señalar o hacer mención a la política pública en salud, ni a su metodología, ni mucho menos a su propuestas estatal.

Para conocer el estado de su trámite ingrese en nuestro sitio Trámite en Línea, al link Conozca el estado de su Trámite, e ingrese el Nº de la Solicitud Ciudadana 1168816 y clave de acceso oXDb07PL.

MINISTERIO DE SALUD - GOBIERNO DE CHILE

Página 1 de 2

Anexo 6. Comunicación DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, MÉXICO



Oscar Osorio Solache (oscar.osorio@salud.gob.mx) [Agregar a contactos](#) 25/04/2012 [Fotos](#)
Para: 'Carlos Andrés Martínez Beleño' ▾

[Acciones](#) ▾

Buenos tardes Carlos :

Antes que nada una disculpa por no haber podido contestar antes su correo, pero debido a gran cantidad de solicitudes y un problema con nuestro servidor, hasta este momento pudimos contestar su petición.

Te mando la ruta de un archivo zipeado con la información solicitada. Cabe mencionar que esta información permanecerá de 24 a 36 hrs. Después de enviado este correo. Esto debido a la gran cantidad de peticiones que tenemos. Cualquier duda o comentario no lo haces saber.

http://www.promocion.salud.gob.mx/descargas_dgps/programas_dgps.rar

Atte.

Oscar Osorio Solache
Responsable Pág. Web - DGPS
Portal: www.promocion.salud.gob.mx
Email: oscar.osorio@salud.gob.mx



Guadalajara # 46 piso 6, Col. Roma, C. P. 06700, Deleg. Cuauhtémoc, Tels. 20003400 ext 59220, 52860890 Dir.

Anexo 6. Aceptación ponencia



Cali, abril 30 de 2013

Doctor
Carlos Andrés Martínez Beleño
Universidad Autónoma del Caribe
Barranquilla

La presente para comunicarle que su ponencia:

**Una mirada desde la comunicación a los Planes de Promoción de Salud en Suramérica.
Casos: Bolivia, Chile, Colombia**

Ha sido aceptada para ser presentada durante el PRIMER CONGRESO COLOMBIANO DE
MARKETING SOCIAL.

Fecha de presentación: sábado 8 de junio de 2013

Hora: 10:00 am

Tiempo disponible: 25 minutos

Modalidad de presentación: oral (se dispone de computador, videobeam para presentaciones en ppt o similares).

Queremos aclararle que seremos muy estrictos en el control del tiempo para cada una de las exposiciones.

El Congreso se realizará durante los días viernes 7 y sábado 8 de junio en el Auditorio Principal del Centro Cultural Comfandi, Calle 8 N°6-23 de Cali

Lo esperamos



Camilo Torres Serna, MD. MSc. MSP. MDU
Profesor Titular Universidad Libre
Gerente del Congreso
Cel 315 55 00 44 1

Ver anexo con información general.



1^{er} Congreso Colombiano de Marketing Social 

¡Buscando un mix marketing para vivir MEJOR!

catorse@yahoo.com , camilocalicol@gmail.com