

POLÍTICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD.

*APROXIMACIÓN A UN ESTUDIO COMPARADO. CASOS: CHILE, COLOMBIA, MÉXICO
Y PERÚ.*

Tesis para optar a Título de:

Magister en Ciencia Política y Gobierno (Universidad del Norte-Colombia)
&
Master en Ciencia Política (Universidad de Salamanca-España)

Autor

Carlos Andrés Martínez Beleño
Profesional en Dirección y Producción de Radio y Televisión

Director de Tesis

Prof., Dr. Carlos Enrique Guzmán Mendoza
PhD, Ciencias Políticas y de la Administración

División de Derecho, Ciencia Política y Relaciones Internacionales
Universidad del Norte
Barranquilla – Colombia
2015

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN		6
Capítulo I	APROXIMACIÓN TEÓRICA PARA LA COMPRENSIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	12
	<i>POLÍTICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS: ALGUNAS DEFINICIONES</i>	12
	<i>DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</i>	17
	<i>LA PROMOCIÓN DE LA SALUD</i>	19
	<i>LAS POLÍTICAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA A INICIOS DEL SIGLO XXI</i>	26
	<i>INSTANCIA ESTRATÉGICA PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS</i>	30
	PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO	39
Capítulo II	LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD	41
	<i>CASO CHILE</i>	41
	<i>CASO COLOMBIA</i>	48
	<i>CASO MÉXICO</i>	55
	<i>CASO PERÚ</i>	59
Capítulo III	ACTORES PÚBLICO ESTATALES Y PÚBLICO NO ESTATALES EN LA FORMULACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD	63
	<i>CASO CHILE</i>	63
	<i>CASO COLOMBIA</i>	65
	<i>CASO MÉXICO</i>	69
	<i>CASO PERÚ</i>	71
Capítulo IV	LOS ESCENARIOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD	74
	<i>CASO CHILE</i>	74
	<i>CASO COLOMBIA</i>	76
	<i>CASO MÉXICO</i>	81
	<i>CASO PERÚ</i>	85
Capítulo V	LAS ESTRATEGIAS PARA RESPONDER A LAS DEMANDAS EN MATERIA DE SALUD	87
	<i>CASO CHILE</i>	87
	<i>CASO COLOMBIA</i>	91
	<i>CASO MÉXICO</i>	104
	<i>CASO PERÚ</i>	109
	<i>CONTRASTACIÓN POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD: CHILE, COLOMBIA, MÉXICO Y PERÚ. DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS</i>	113
CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES		117
BIBLIOGRAFÍA		123

AGRADECIMIENTOS

A Carlos Enrique Guzmán Mendoza, director de la Maestría en Ciencia Política y Gobierno y director de esta Tesis, por su incondicional apoyo, por creer en mí, por abrirme las puertas de su programa, por sus enseñanzas sobre Ciencia Política y Políticas Públicas, siempre lo vi como un gran profesor al cual admirar, un amigo, pero ante todo como a un ser humano valioso que hizo mucho por mí en este camino, hasta el punto de lograr liderar mi proceso de Beca con Colciencias y de cumplir mi meta de hacer una Estancia académica en la UANL en Monterrey, México.

A Colciencias, a la Gobernación del Atlántico y al Gobierno nacional por creer en mi trayectoria académica e investigativa, por otorgarme una Beca de Maestría Nacional y cambiar mi estilo de vida en muchos aspectos.

A la Facultad de Ciencias Políticas y de la Administración Pública de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Monterrey, México) por recibirme como profesor visitante y permitirme mostrar parte de mi trabajo con estudiantes de licenciatura y Maestría, fue una experiencia muy valiosa como profesional y académico en formación.

A mis conocidos, colegas y profesores que se alegraban de esta Tesis y decían que sería la mejor en su área. A todos aquellos que siempre veían con buenos ojos y se alegraban de mi trabajo, Muchas Gracias!!

Carlos Andrés Martínez Beleño

DEDICATORIA

A la vida por seguir siendo tan buena conmigo, por darme tanto y permitirme tanto.

A Dios, porque él logra en mi muchas cosas, todo se lo dejo a él.

A mí mismo, por ser tan perseverante, por intentar ser disciplinado y nunca perder el objetivo, por lograr ser mejor. Me senté a cursar esta Maestría/Máster a los 21 años y llegar hasta este punto no fue fácil, sacrifiqué muchas cosas. Hoy tengo 23 y mientras finalizaba esta Tesis, ya cursaba primer año de Doctorado con la posibilidad de seguir hablando de Comunicación y Salud y Promoción de la Salud. Agradezco siempre a mi voluntad y espíritu siempre inquebrantable.

A Andrés Ospina Puerta, por llegar a mi vida de una forma tan diferente y en el momento oportuno, permitirme ser yo, por traer cambios positivos a mi vida, por entenderme, por darme la mano y no soltarme. Siempre estaré agradecido por tanto y por ser completamente feliz con su amor incondicional.

Carlos Andrés Martínez Beleño

“El proceso de formulación de políticas puede entenderse como una sucesión de intercambios entre actores políticos que interactúan en escenarios formales e informales”.

*Banco Interamericano de Desarrollo – BID, 2006,
La Política de las Políticas Públicas -Progreso Económico y Social de América Latina.*

“Las políticas públicas en su conjunto son un cristal a través del cual pueden visualizarse transformaciones de las relaciones entre el Estado y la Sociedad”.

*María Graciela Mendíaz
Docente-Investigadora de la Universidad Nacional de Rosario*

INTRODUCCIÓN

Los países latinoamericanos en sus múltiples dimensiones pero principalmente en lo económico, social y político, 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, dependiendo ya no sólo de las demandas de la sociedad sino, que se está supeditado a los lineamientos de la política internacional, dictado por organismos supranacionales, el gobierno de turno y las intenciones y disposiciones fiscales de los gobernantes.

Para Molina, G. & Cabrera, G. (2008) las reformas del sector salud dadas en las últimas dos décadas, en el ámbito nacional e internacional, han generado cambios sustanciales en las políticas y los sistemas de salud. Tanto sus bases conceptuales como las estrategias de formulación, implementación y evaluación de los resultados e impactos son complejas y su estudio requiere perspectivas teóricas y metodológicas amplias, que permiten visualizar todos los aspectos que se involucran en las políticas públicas.

En concordancia con lo planteado anteriormente, Tenorio, A. y Plaza V. (2008) afirman que dada a la importancia de esta problemática, -en Políticas públicas de Salud- llama la atención la escasez de investigaciones en evaluación y análisis de Programas de Salud Pública. Es por ello, que este trabajo dirige sus intenciones a describir qué características estructuran a las políticas públicas de salud en cuatro países latinoamericanos.

Frente a lo anterior, el término Políticas Públicas (PP), según Maggiolo, & Perozo, (2007), se asocia de inmediato con asuntos del gobierno y sistemas políticos o como actividades de las instituciones públicas, que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos. Según Muller (2007), las

políticas públicas son la forma como se le da coherencia, integralidad y sostenibilidad a las decisiones y acciones de los gobiernos.

Bajo este sentido, Organismos como la 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.

En suma, el siglo XXI, por lo menos hasta hoy, comporta problemáticas pluridimensionales de tipo social, económico y político. Situación que nos enfrenta a una pluralidad de desafíos a superar, en procura de avanzar en la consecución de mejores estándares de calidad de vida de los asociados, a mediano y largo plazo.

En este contexto, describir los contenidos de las políticas públicas en salud en América latina, desde una mirada politológica, nos permitirá vislumbrar la capacidad de respuesta a las demandas y necesidades que desde el sector le formulan a los gobiernos. Del mismo modo, permitirá acopiar información oportuna, confiable y pertinente para la toma de decisiones referidas a la política de salud.

A su vez, este trabajo es también relevante por el análisis y la descripción a las características de contemplan los programas, planes y acciones de salud presentes en las políticas públicas de los cuatro países latinoamericanos. Trabajos por demás escasos, por lo menos para el caso colombiano, en lo que tiene que ver con la descripción de la política (Tenorio, A. y Plaza V. 2008).

De ese modo, la relevancia de adelantar investigaciones sobre este tema, soporta un potencial intrínseco para la transformación social, incidiendo en aspectos económicos, políticos y gubernamentales que no distan del contribuir a la salud humana. De ahí, el valor de investigar en políticas públicas de salud, ya que

incentiva la mezcla de elementos teóricos con elementos prácticos, lo que facilita la construcción de diálogos entre diferentes saberes; que extrapoliándolo al tema de salud global, moviliza y constituye un diálogo no solo nacional ni regional, sino supranacional, con un discurso homogéneo y participativo, y que se sintetice en: el bienestar de las poblaciones.

De ese modo, el presente estudio, que presenta resultados de investigación, es sustancialmente una tesis descriptiva apoyada en la revisión documental, que como objetivo central, pretendió identificar las características de las políticas públicas de salud en Chile, Colombia, México y Perú desde una perspectiva comparada. Asimismo, la pregunta central que dirigió el transcurso de esta investigación se planteó así: ¿Cómo describir las características definitorias de las políticas públicas de salud, de Chile, Colombia, México y Perú desde una perspectiva comparada?

Visto lo anterior, se trata de un estudio de casos múltiples de alcance descriptivo, de corte comparado. Asimismo para lograr dicha caracterización se diseñaron matrices a fin de sistematizar y evidenciar los actores público-estatales y públicos no estatales, los escenarios y las estrategias presentes en la formulación de dichas políticas nacionales de salud.

En ese mismo sentido, de forma específica se intentó en un primer escenario hacer un análisis global de las políticas públicas de salud planteadas en Chile, Colombia, México y Perú; en un segundo momento, explicitar esos actores público-estatales y público no estatales que participaron del proceso de formulación de esas políticas, en esos países; en un tercer espectro, evidenciar los escenarios en donde se formularon las políticas así como dar cuenta de las estrategias que se pretenden colocar o están en marcha para responder a las demandas, requerimientos o necesidades de la población en materia de salud; por último aparte, un contraste de esas políticas dará cuenta de los intereses de promoción de la salud de estos gobiernos, echando un vistazo a sus divergencias y convergencias.

Es necesario reconocer que las matrices en cada caso no se presentan de forma homogénea ya que algunas políticas contemplan ítems que si bien atienden aspectos similares, su denominación en otro caso o política formulada puede tener un sentido distinto.

Es imperativo aclarar aquí, que este estudio, en ningún momento intentará evaluar o verificar la implementación o efectividad de la política en cada gobierno de los casos presentados. Aquí, solo se alude a la formulación de la política desde un método descriptivo basado en revisión documental a fin de identificar las características de las políticas públicas en salud.

En términos metodológicos, el enfoque bajo el cual se desarrolló este estudio fue de tipo descriptivo y corte comparado. Para aquello de las comparaciones Della Porta & Keating, (2013) nos enfatizan en que los análisis comparativos ocupación una posición central en las Ciencias Sociales y que esta debe basarse en las variables. No obstante, buena parte de la investigación en las Ciencias Políticas, pero también en las áreas sociológicas están orientadas al estudio de casos, logrando descripciones exhaustivas. (Della Porta, 2013).

En concordancia, el tipo de investigación es de tipo descriptiva con análisis datos documentales. De ese modo, 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 fenómeno 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.

El tipo de estudio desarrollado, es un estudio de Casos Múltiples de corte Comparado, que buscó describir las características de las políticas públicas en Salud de los países mencionados. 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, 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.

Visto así, 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, la Secretaria de Salud de México y el Ministerio de Salud de Perú, así como solicitar por medio electrónico material y/o documentos que explicitan la Política en salud de cada gobierno.

En cuanto, a los criterios de selección de la muestra, en un primer momento se toman a estos países -casos- a conveniencia del autor, teniendo presente que éste con anterioridad ya ha desarrollado trabajos y/o estudios relacionado con el tema de salud en países suramericanos.

En un segundo escenario, Chile, Colombia, México y Perú, conforman un bloque económico y comercial de ámbito subregional, la Alianza del Pacífico, configurándose como un organismo interesante y muy atractivo tanto a nivel regional como mundial. Vale entonces, identificar si estos países –que confluyen en aspectos económicos- guardan ciertas similitudes, divergencias o convergencias en lo presentado en sus políticas, en este caso el tema de la salud. Cabe resaltar que el caso control es México, ya que como Estado Federal hace que su forma de organización territorial, política, administrativa, etc., sea diferente en cada uno de los Estados que conforman su nación, aquí se intentará identificar si tanto la formulación de la política como los temas prioritarios en salud son distantes de los casos que no figuran ser repúblicas federativas.

Por tercer y último momento, se tuvo presente al momento de sostener los criterios anteriores que, Chile, puede ser considerado un referente en internacional para el tema de formulación y puesta en marcha de políticas de salud que aseguran la universalización del servicio; Colombia propone un Plan Decenal enfatizando en Salud Ambiental; México es referente regional en la formulación de Programas de Acción Específica que de 2007 a 2012 amplió su espectro incluyendo escuelas, entornos, comunidades y a inmigrantes; Perú prevé garantizar acceso y atención integral a todos los grupos y comunidades, y llevar la salud hasta donde el Estado no había hecho presencia.

Por último, se agrega que, relacionado con el periodo de gobierno en función de los tiempos de ejecución de las políticas nacionales, si bien pueda que eso traiga implicaciones, no fue objeto central de estudio. De esto hay que decir que, México seguiría siendo el caso control, ya que es el único país que formula su política nacional en función de los periodos de gobierno y se debe a que se deriva del plan de desarrollo del gobierno de turno. En los casos de Chile y Colombia, las propuestas son a nivel decenal, y por su parte Perú mantiene un plan a 13 años. Si bien cada gobierno gestiona, propone y pone en marcha programas, estrategias, etc., estas se derivan de ese plan nacional ya establecido.

CAPITULO I. APROXIMACIÓN TEÓRICA PARA LA COMPRESIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

POLÍTICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS: ALGUNAS DEFINICIONES

Para González, (2000) el enfoque de estudio de las políticas públicas, como se conoce ahora de manera coloquial a la propuesta de estudio multidisciplinaria presentada en 1951 por Harold D. Laswell como *policy sciences*, connota una visión específica de la vinculación entre el polo del Estado político (el gobierno) y el polo de la sociedad, implica una manera de concebir la unidad de las relaciones entre gobernantes y gobernados poniendo de relieve el papel de la ciencia, la técnica y los expertos. Las políticas públicas, siguiendo a Sánchez (1993) son la parte ejecutora de la administración pública de un Estado. O, en términos de Dye (1971) son todo lo que hace o deja de hacer un gobierno. En este sentido, políticas públicas eficientes, efectivas y legítimas, que respondan a los problemas sociales darán como resultado un Estado capaz de enfrentar con seguridad cualquier adversidad venidera. Por su parte, Martinelli (2002), señala que el gobierno por su alta capacidad administrativa tiene la obligación de resolver problemas trascendentales para la sociedad, como pueden ser, el empleo, salud, vivienda, abastecimiento de agua, seguridad, etc.

En perspectiva, para Lahera, (2004, p.7) “Tanto la política como las políticas públicas tienen que ver con el poder social. Pero mientras la política es un concepto amplio, relativo al poder en general, las políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos”. Sin embargo, Peñas (S/f) considera que diversos autores Oszlak, 1978; Lahera, 2004; Medellín, 2006; Stein et al, 2006 coinciden en señalar la escasez de estudios que expliciten la interrelación entre sistema político y políticas públicas, y que avancen en el análisis de éstas últimas, más allá de su tradicional interés por la estructura, la orientación o los actores que las definen. El llamado de estos especialistas es

hacia que los intentos de analizar las políticas públicas deberán incluir como referente esencial al sistema político en el cual se llevan a cabo. Peñas (s.f).

Para Medellín, (2004) abordar la política de las políticas públicas significa aproximarse a los principios y a la dinámica que rigen la relación entre la esfera política y la acción pública. Es decir, la esfera en que se funda el régimen político y el dominio en que se desenvuelven las políticas públicas. Una cuestión emerge para marcar la trayectoria de la discusión.

Asimismo, Roth (2008), Muller (2006) plantean que al entender las políticas públicas como configuraciones de actores, se enfatiza en tres puntos: I) el problema de la racionalidad de los actores, II) el papel de la administración pública y III) las redes de actores. Sobre el primer punto, Muller (2006), citando a Simon, Lindblom o Cohen, March y Olson, señala la incertidumbre y la complejidad de los procesos de decisión. Frente al segundo punto, el mismo autor se fundamenta sobre lo que llama, para el caso francés, el medio decisional central. Este medio decisional está configurado por cuatro círculos de decisión. El primer círculo es por el cual transitan todas las decisiones (por ejemplo: primer ministro, ministro de hacienda, presidente). Un segundo círculo está compuesto por las administraciones sectoriales (ministerios) que intervienen en un campo específico. Un tercer círculo está conformado por los “socios externos al Estado”, como los gremios, las grandes empresas privadas, las asociaciones, ONG, entre otros (Muller, 2006, p. 74). Por último, el cuarto círculo integra los órganos políticos como el Congreso, la rama judicial (Corte constitucional, Corte suprema en Colombia). Es en el “marco de negociaciones interministeriales” que los diferentes puntos de vista se expresan y pesan sobre la decisión, la cual aparece como un proceso de elaboración, por “poda sucesiva”, de un “consenso mínimo entre los protagonistas” (Muller, 2006, pp. 75-76).

Finalmente, el tercer punto, se centra en mostrar cómo las redes de actores se constituyen en “redes de políticas públicas”. Allí, se trata de “identificar los actores susceptibles de actuar en la interfaz entre las diferentes redes”, en la medida que

serán ellos quienes “ejercerán la función estratégica de integración de las diferentes dimensiones de la decisión” (*policy brokers*, mediadores, empresarios políticos). Estas redes de políticas públicas, que se expresan en foros o comunidades de políticas públicas, son el lugar de la “producción de la significación de las políticas públicas” (Muller, 2006, p. 76).

Desde otra mirada, Maggiolo, & Perozo, (2007) el término políticas públicas (PP), se asocia de inmediato con asuntos del gobierno y sistemas políticos o como actividades de las instituciones públicas, que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos, para considerarse como pública tiene que haber sido generada, o al menos procesada en el marco de los procedimientos, instituciones y organizaciones gubernamentales.

Siguiendo a Maggiolo, & Perozo, algunas concepciones a la definición de PP se presentan a continuación:

Para Rose (1984) se constituyen en la transformación y combinación que hacen organizaciones gubernamentales de los recursos normativos, humanos, financieros y tecnológicos con el fin de atender los problemas de los ciudadanos, controlar sus comportamientos, satisfacer sus demandas y, de esta manera, lograr impactos sociales, políticos y económicos. Del mismo modo, Subirats (1989) las clasifica como actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos. A su vez, Lahera (1999) citado por Maggiolo, & Perozo, (2007) define a las PP como cursos de acción o flujos de información relativos a un objetivo público, desarrollados por el sector público con la frecuente participación de la comunidad o el sector privado. Repetto (2000) citado por Maggiolo, & Perozo, (2007) infiere que es el resultado de la interacción entre actores sociales y estatales, moldeados por marcos institucionales. Por último para Piñango (2003) son proposiciones gubernamentales sobre la mejor forma de lograr determinados objetivos sociales. Ideas que contienen toda la fuerza y

debilidades de éstas, no obstante las mejores ideas pueden generar efectos indeseables.

De lo anterior, Peña (s/f), enfatiza en que pretender analizar las políticas públicas o la política, descontextualizadas del gobierno o del régimen político es apostarle a un ejercicio incompleto y sesgado que, si bien da cuenta de los actores, procesos y relaciones, deja de lado los elementos que permitirían comprender el trasfondo: “el verdadero reto está en establecer los elementos que determinan los comportamientos de los actores, sus intereses y pautas de intervención frente a los procesos de estructuración de las políticas públicas” (Medellín 2006, 104).

Desde esa mirada, para Davila, & Soto, (2011) el estudio de las políticas públicas o policy sciences es un estudio orientado a los problemas, ya que desde una perspectiva científica no es posible argumentar a favor de la validez intrínseca de los valores. El objetivo es, entonces, que los enunciados de la ciencia (el análisis de las políticas públicas) sean una norma técnica para la elección y práctica de políticas o acciones del Estado. Visto de otra forma, este análisis de las políticas públicas debe dar la posibilidad de que la ciencia ayude a ordenar preferencias y metas de actores políticos. Entonces el conocimiento de políticas debe permitir seleccionar políticas de la mejor forma posible (racionalmente hablando). Para otros autores lo anterior no siempre sucede, pues esta racionalidad no siempre se cumple (Andrews, 2007).

El estudio de las políticas públicas ha implicado el estudio de las acciones de los gobiernos y de los Estados, así como el contexto institucional y la interacción de los jugadores existentes en el sistema político de cada realidad nacional. Este estudio se ha caracterizado por la diversidad de enfoques teóricos (Theodolou y Cahn, 1995) desde los modelos de proceso, sistémicos, a los modelos centrados en actores (Moran et al., 2007). Esto desde los planteamientos de Dávila & Soto, (2011).

Por otro lado y siguiendo a Davila, & Soto, (2011) desde la ciencia política podríamos decir que las políticas públicas estudian una dimensión más acotada del poder, aquella relacionada con el resultado de la lucha por el poder en una

dimensión concreta y específica como son las acciones y omisiones del Estado en problemas concretos que afectan a las sociedades complejas y democráticas en el mundo contemporáneo. Los diferentes enfoques que dominan la ciencia política contemporánea, como el institucionalismo y la teoría de elección racional y aquellas miradas de la política desde la perspectiva de la economía han colaborado también al análisis de las políticas públicas en diferentes contextos históricos y nacionales.

En suma, Medellín (2006), nos devela que el escenario natural de las políticas públicas lo constituye el régimen político, particularmente por cuatro razones centrales, explicadas en torno a este último: a) otorga las características de “estatidad”, jerarquía y contenidos a las instituciones; b) también determina las relaciones Estado-sociedad (“sentido normativo y contenido valorativo a las relaciones sociales”); c) proyecta al Estado como regulador del orden en la sociedad; y d) atribuye poderes para decidir, participar, manejar recursos y establecer controles. En complemento, también se reconocen elementos que influyen el desarrollo de las políticas públicas: a) la disponibilidad de “recursos institucionales”, así como los patrones del gobierno para hacer gestión; b) las tensiones entre los diferentes grupos de interés; c) la influencia burocrática; d) los elementos que median en la comunicación gobernante-gobernados.

Luego de todo el panorama teórico presentado, este trabajo se beneficia de forma sustantiva de los planteamientos de Dye (1971) y Martinelli (2002) que además acordes, con la denominación que este trabajo le atribuye a las Políticas Públicas, que a juicio de esta investigación, se constituyen como “Herramienta Estratégica” para efectos de gobernanza y dentro del espectro de la administración pública.

DETERMINANTES SOCIALES 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 1971¹, quien contrato un estudio para 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).

¹ 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.

Cuadro N°1. 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: elaboración propia a partir de Villar, (2011)

Visto lo anterior, el Modelo Dever, (1976) desde una mirada epidemiológica nos presenta los siguientes Determinantes de salud:

- Biología humana
- Entorno
- Estilos de vida
- Sistemas de cuidado.

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

- Genético – asociado a estilo de vida
- Ambiente – asociado a lo físico, geográfico y el clima.
- 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 suma, 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.

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-Ata² (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.

² La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, fue realizada el 6 al 12 de septiembre de 1978.

El concepto de promoción de la salud, fue aceptado por diferentes países miembros de la WHO, (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, 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).

Del mismo modo, 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.

En últimas, es pertinente mostrarse de acuerdo con Gavidia (2001) cuando propone que la salud debe observar cuatro dimensiones a saber: I) Ideal de Bienestar, II) Factor de Equilibrio, III) Estilo de vida, IV) la salud como propuesta de desarrollo social y personal.

I. El Ideal de bienestar es subjetivo y depende del propio individuo.

II. 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.

III. 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.

IV. 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.

De acuerdo 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)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:

³ Documento PAHO “Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental”. Capítulo 3.

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: elaboración propia a partir de Briceño-León R. et al (1998).

De acuerdo con la anterior fundamentación y siguiendo a Briceño-León 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 participantes sino como protagonistas, gestores y beneficiarios directos de las transformaciones económicas, sociales, culturales y políticas.

Desde esta mirada, se presenta un esquema de cómo entender al desarrollo social. Según Franco, (2011) existen cinco formas de comprenderlo:

Cuadro N°3. 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: elaboración propia a partir de Franco, (2011)

En suma, 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.

LAS POLÍTICAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA A INICIOS DEL SIGLO XXI

Para Stein, Et al., (2006) la década de 1990 fue un período de intensas reformas en América Latina y el Caribe. La frustración sembrada por la llamada “década perdida” de 1980 y la promesa que ofrecía la receta aparentemente sencilla del Consenso de Washington convencieron a los líderes políticos de la necesidad de tomar medidas fiscales y monetarias para controlar la inflación y llevar a cabo una serie de reformas a fin de abrir las economías al comercio, liberalizar los sistemas financieros y privatizar empresas estatales con el propósito de acelerar el crecimiento económico.

Debido al éxito moderado en lo que atañe al crecimiento económico y a la reducción de la pobreza y la desigualdad, el entusiasmo por las reformas ha mermado en los últimos años. En cambio, han surgido dudas con respecto a la eficiencia de las mismas y un debate sobre el rumbo que debería tomar la política económica y social a fin de alcanzar la elusiva meta del crecimiento sostenible con equidad a la cual aspiran todas las sociedades latinoamericanas.

Frente a ese contexto para Cruz, (2003) en las dos últimas décadas del siglo XX el mundo ha vivido grandes transformaciones y cambios que han puesto en la palestra de la discusión el papel del Estado, el gobierno y la administración pública en la economía y su relación con la sociedad civil. Las fuerzas emanadas del avance tecnológico, el neoliberalismo, los cambios acelerados de la sociedad civil, la complejidad de las relaciones en el ámbito político, económico y social, acompañados por una amplia dosis de incertidumbre bajo la máscara de la globalización que se presenta como un hecho consumado, esta globalización omnipresente que abarca todo y desafía a las democracias representativas, así como a los líderes políticos, afectando significativamente la organización tradicional de los Estados nacionales; esta globalización es producto de una política deliberada y ejercida a escala mundial, pero a pesar de su poder no es predestinada sino, por el contrario, coyuntural, perfectamente analizable y discutible (Forrester, 2000: p. 12).

Visto lo anterior, para Casas-zamora, (2002) los contextos políticos también son importantes determinantes de la salud. Con pocas excepciones, aquellos países que han desarrollado instituciones de gobierno democráticas y sociedades civiles fuertes, por lo general, han establecido políticas sociales a largo plazo inclinadas a una distribución más amplia de los ingresos y beneficios sociales. Es interesante ver que los países que aplicaron políticas sociales que brindan a sus poblaciones mejor acceso a la educación, a los servicios básicos de salud, a la nutrición y al saneamiento básico han logrado tasas de mortalidad bajas comparadas con los países de igual o aún mejor desempeño económico donde persisten las grandes disparidades de ingresos y recursos (Casas-zamora, (2002) apoyado en los planteamientos de Sen, (2000) & Walkinson, 1996).

Frente a lo anterior, para Dallanegra, (2008) América Latina se caracterizó por continuos cambios de gobierno, dentro de sistemas políticos inestables. En general, los sistemas políticos han obedecido a los intereses de las élites dominantes y, cuando surgieron gobiernos con conductas más autonómicas y sociales, fueron rápidamente desestabilizados y golpeados, remplazándolos por gobiernos militares o civiles funcionales a los intereses locales y extranjeros, en correspondencia a los planteamientos de seguridad y económicos del Corolario Theodore Roosevelt a la Doctrina Monroe. En la misma línea, no se puede decir que América Latina constituya una región, más allá de los emprendimientos — hasta ahora siempre fallidos— integrativos.

Siguiendo a Dallanegra, no existe la más mínima coordinación de políticas entre los diferentes Estados de la región en ningún nivel: comercio, defensa, relaciones exteriores, solución de la problemática social, etc. No hay un “Consenso Latinoamericano”. Los pocos acuerdos que se dan, terminan quedando en el terreno formal. No se puede hablar de la existencia de un sistema político latinoamericano; al menos de un sistema único y homogéneo. Uno de los problemas que se presenta en el análisis de la política latinoamericana, es que no se le puede hacer en términos de sistemas nacionales autocontenidos ya que

existen en el juego del poder no sólo fuerzas políticas intranacionales, sino también fuerzas políticas extranacionales —otros Estados con intereses económicos y de seguridad o empresas y banca— que actúan en el ámbito interno.

De este modo, y teniendo presente el párrafo anterior, Dallanegra, (2008) acentúa que aun en ausencia de un proceso de crecimiento económico, hay países que han logrado invertir en la salud de sus pueblos y alcanzar importantes avances en el bienestar general. Por otro lado, hay pruebas crecientes de que esta inversión en salud es, a su vez, un insumo importante, y hasta indispensable, para alcanzar el crecimiento no sólo económico largo plazo.

Por otro lado, en el contexto de la Gobernabilidad según Casas-zamora, es de vital importancia las fuertes relaciones entre la salud y la pobreza, sino también que el sector de la salud puede hacer mucho para revertir esta situación. La idea es implementar políticas activas que protejan selectivamente a la población, compensando otras inequidades y, por un sentido de coherencia, puedan remover todos aquellos mecanismos que se sumen a los de exclusión o asignación inequitativa de recursos.

Sin lugar a dudas, la estabilidad de los regímenes democráticos es uno de los logros más importantes de las últimas dos décadas en la Región -América Latina-. Sin embargo queda mucho por hacer en la construcción de procesos de participación ciudadana, en el mejoramiento de la credibilidad de las instituciones y en la lucha contra la corrupción (Casas-zamora, 2002).

Frente a la posibilidad de mantener sistemas universales de salud en el siglo XXI, Suárez, (2009) asegura que construir sistemas universales de salud requiere un consenso de la sociedad que coloque a la salud y sus determinantes en el centro de las prioridades nacionales. Ello significa alcanzar un nuevo pacto social que dedique las mayores energías a mejorar las condiciones y calidad de vida, atendiendo integralmente -no nominalmente- las necesidades de salud, educación,

alimentación, seguridad social y cuidado del ambiente, como base del crecimiento económico sostenible y no como limosna de la riqueza del país.

Asimismo, Suárez, (2009) alude a los desafíos en la Salud y asegura que para alcanzarlos, los sistemas de salud de América Latina deben enfrentar y resolver un grupo de desafíos comunes a la mayoría de estos. A los desafíos de orden social, político y económico, se suman otros directamente relacionados a la naturaleza de los sistemas de salud. Sin pretender agotar la lista, los que aparecen a continuación son cardinales actualmente:

El siguiente cuadro evidencia los objetivos que debe contemplar la agenda estratégica de salud y asimismo, los desafíos que deben afrontar los sistemas de salud de América latina. Esto dentro del pacto social que plantea Suárez.

Cuadro N°4. Pacto Social de Suárez para sistema de Salud de AL

Objetivos	Desafíos
1. La reforma del sistema de salud y su gestión sobre valores y principios presididos por la universalidad y la equidad	1. Estructura y gestión
2. Fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública;	2. Desempeño de las funciones esenciales de salud pública
3. Orientación del modelo de atención hacia y desde la atención primaria	3. Modelo de atención
4. Garantía del personal de salud suficiente y calificada para trabajar en la red de servicios con énfasis en la capacidad resolutoria del primer nivel de atención	4. Recursos humanos
5. Garantía del financiamiento público suficiente para sostener un sistema universal y creación de bases y condiciones para la gestión eficiente de recursos	5. Financiamiento
6. Regulación y garantía del acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias de calidad incorporadas mediante procesos de evaluación sanitaria	6. Medicamentos y tecnologías sanitarias
7. Fortalecer la participación y el control social del sistema de salud y los servicios	7. Participación social y rendición de cuentas

Fuente: elaboración propia a partir de Suarez, (2009)

INSTANCIA ESTRATÉGICA PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.

Para un gobierno, su tarea fundamental es la de gobernar una comunidad política, ya sea un país o una región.

El modo como un gobierno decide gobernar determina de manera significativa el devenir de una sociedad. Los gobiernos intervienen sobre la realidad a través de la acción pública manifiesta Roth, (2007:11) citado por Fierro, (2009) con una cierta intencionalidad, ya sea para modificarla o para intentar mantener el statu quo. El “qué hace” y “cómo lo hace” un gobierno para intervenir sobre una determinada realidad reconoce varios instrumentos o mecanismos, siendo uno de los fundamentales la política pública. Estas representan la realización concreta de las decisiones o mandatos de los gobiernos.

De este modo, la relación que se da entre el gobierno y la sociedad se encuentra mediada por las políticas públicas, las cuales son el resultado del proceso político de un país. Reflejan el impacto del gobierno en la sociedad a partir de su habilidad para mejorar (o empeorar) las cosas. Esto último apoyados en Heywood, (2002).

La capacidad de los gobiernos para manejar apropiadamente las relaciones entre el Estado y la sociedad consiste en su habilidad para convertir las demandas sociales en políticas públicas que satisfagan al mayor número de ciudadanos posibles, en función de las problemáticas que los afectan. (SUBDERE, 2002: 140 citado por Fierro, 2009).

El gobierno debe garantizar que el número de personas beneficiadas sea siempre mayor que el número de personas que pudieran verse eventualmente perjudicadas con las iniciativas que se asuman. Aparejado a lo anterior se encuentra la idea de gobernabilidad, la cual radica en la capacidad de un gobierno para manejar satisfactoriamente las problemáticas ciudadanas sin llegar a situaciones conflictivas críticas. De ese es imperativo la construcción de una agenda pública, que dé cuenta de las prioridades de ciertos temas percibidos

como problemas por la ciudadanía y los distintos actores, es una condición importante para la gobernabilidad, el buen gobierno y la formulación de políticas públicas orientadas a resolverlos. (Tomassini, 1998: 34, 55, 57).

Para Aurzúa, (1998) en Chile, al igual que en el resto de los países latinoamericanos, las políticas públicas han reconocido como importantes focos de acción la disminución de la pobreza, la exclusión social, la ampliación de la igualdad de oportunidades y la satisfacción de problemáticas más específicas que afectan a la ciudadanía. Así, Gobernar en contextos políticos con graves problemas sociales y económicos irresueltos plantea una exigencia fundamental: el gobernar mediante políticas públicas (Aguilar, 1996a: 30)

De lo anterior, menciona Fierro, apoyándose en May, (2003: 223-4) que la formulación de políticas públicas establecen los cursos de acción para abordar los problemas o para proporcionar los bienes y servicios a los segmentos de la sociedad. Las políticas hacen más que simplemente anunciar un curso de acción. Típicamente suelen contener un conjunto de intenciones de objetivos, una mezcla de instrumentos o medios para la consecución de las intenciones, una designación de entidades gubernamentales o no gubernamentales encargadas de llevar a cabo las intenciones, y una asignación de recursos para las tareas requeridas. La intención es luego caracterizada por el nombre de la política, en el lenguaje utilizado para comunicar los objetivos de la política y de la particular combinación de instrumentos de la política.

Lo que en últimas, nos hace entender que las políticas públicas, en tal sentido, constituyen una respuesta o solución a determinadas situaciones problemáticas o insatisfactorias que han sido identificadas como problemas relevantes en ciertos ámbitos circunscritos de realidad como menciona Fierro, (2009) apoyado en Regonini, (2000); Montecinos, (2007); Goodin, Rein y Moran, (2006) las cuales expresan el mandato o voluntad de la autoridad de gobierno. En otras palabras,

“las políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos” (Lira, 2006)

Siguiendo en esta misma línea, para la SDDE⁴, (2009) las políticas públicas se definen como “Los flujos de información y cursos de acción relacionados con un objetivo público definido en forma democrática”. Esta definición compromete no solo a los gobiernos sino también a los ciudadanos como protagonistas en la consecución de los objetivos políticos definidos en las esferas de decisión social.

Se asegura que es preciso considerar la implicación del gobierno, la percepción de los problemas, la definición de objetivos y el proceso como elementos constitutivos de las políticas públicas entendidas como una construcción social en donde el Estado orienta el comportamiento de los actores (Roth, 2007).

Las políticas públicas están referidas a las soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos, son cursos de acción que contienen un gran flujo de información referido a un objetivo público definido en forma democrática, éstos son desarrollados por el sector público con la participación de la sociedad civil; siendo un proceso, requiere de un conocimiento de metas y percepciones, así como de actores con capacidad de incorporar temas de alto contenido científico y legal.

Así, las políticas públicas según SDDE, (2009) generalmente desde su formulación vienen acompañadas por orientaciones, instrumentos, mecanismos, definiciones, los alcances y previsiones de aquellos logros a obtener y/o resultados que se esperan alcanzar.

Las políticas públicas permiten ordenar, en torno a su finalidad o propósito, la información dispersa en las metas sectoriales y en los objetivos administrativos, así como las diferentes glosas de tipo presupuestal. Los gobiernos son instrumentos para la realización de las políticas públicas en la consecución de los resultados de bienestar social; asimismo, pueden entregar a todo gobierno los principales criterios de análisis estratégico, así como de evaluación de la gestión

⁴ Secretaria Distrital de Desarrollo Económico de Bogotá

pública. Las políticas públicas se caracterizan por la diversidad de recursos que intervienen en su cumplimiento. El Estado debe asignar los recursos para el mejor cumplimiento de las políticas públicas, a partir de la jerarquización de las mismas y del uso de los recursos, o sea una decisión económica para satisfacer objetivos múltiples con recursos escasos (SDDE, 2009)

Apoiados en la definición anterior, implica la necesidad que la formulación de las políticas públicas cuente con la participación de la población comprometida con la solución de los problemas. Los formuladores de política pública deben conocer muy bien la problemática a enfrentar e interactuar con la población involucrada con el fin de estructurar políticas adecuadas a la solución de los problemas que se pretendan resolver.

De lo anterior, se colige que el “Estado no dispone del monopolio sobre las acciones públicas” (Roth; 2006:60). Esto quiere decir que existen otros actores, que pueden ser de carácter privado, asociativo, ONG’s, etc., que bajo diferentes modalidades de relación con el Estado, por medio de contratos, delegación, autorización, etc., participan de las acciones de carácter público. Igualmente, que una política pública existe siempre y cuando existan entidades estatales, es decir, que si bien existen otros actores que participan de las acciones públicas, las políticas públicas existen bajo la condición de que entidades públicas, en el sentido jurídico, asuman de forma total o parcial el proceso de dirección, orientación, coordinación, ejecución o autorización de acciones que apunten a alcanzar objetivos considerados como deseables o necesarios en una sociedad.

En consideración a lo anterior y siguiendo con las anotaciones de esta Secretaría Distrital, es preciso señalar y resaltar que la política pública no existe “naturalmente”, sino que se trata de una construcción sociopolítica. Es, a menudo, el resultado de una lucha entre diferentes actores portadores de concepciones e intereses, visiones del mundo o paradigmas diversos sobre el tema. En esta construcción, el Estado, con el propósito de intervenir en el conjunto de las

relaciones sociales para modificar o prevenir los comportamientos de los actores sociales, tiene a su disposición un variado catálogo de instrumentos.

No obstante, existen diferentes enfoques en relación con la estructuración de las políticas públicas, según los cuales éstas se pueden estructurar desde arriba o desde abajo, es decir, teniendo en cuenta sólo al gobierno como el líder de la política pública o permitiendo la participación de los actores involucrados para lograr medidas de tipo democrático en su definición y aplicación.

La determinación de cuál enfoque usar depende de la naturaleza de la política y de los actores involucrados en la misma. Regularmente, es preferible dar participación a los actores involucrados mediante el uso de diferentes metodologías y técnicas de participación y concertación.

- Características de la Política Pública⁵

Algunas características planteadas por Stein, E., & Tommasi, M., (2006) dentro de las políticas públicas debe incluir lo siguiente:

-Estabilidad. La medida en la que las políticas son estables en el tiempo. Pero, no se debe confundir estabilidad con rigidez. Contar con políticas estables no significa que las políticas no puedan cambiar en lo absoluto, sino más bien que los ajustes respondan a cambios de las condiciones económicas o a defectos de las políticas, más que a caprichos políticos.

-Adaptabilidad. La medida en la que es posible ajustar las políticas cuando éstas fallan o cuando las circunstancias cambian. Ésta es la otra cara de la moneda de la estabilidad. Las políticas deben ser lo bastante flexibles para responder a las sacudidas o cambiar con los tiempos, pero no tanto que sean susceptibles de manipulaciones políticas.

⁵ Características extraídas del documento: Marco conceptual y metodológico para la formulación de políticas públicas en el sector desarrollo económico de la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

-Coherencia y coordinación. La medida en la que las políticas se corresponden con políticas afines y son producto de medidas bien coordinadas entre los personajes que participan en su diseño y aplicación. En vista de la cantidad de piezas dinámicas que integran el proceso de diseño de políticas y la diversidad de intereses e incentivos presentes, la falta de coordinación puede ser intencional o involuntaria.

-La calidad de implementación y ejecución. Más de una política bien concebida ha quedado abandonada en el camino a causa de una aplicación precaria. Cuán bien se aplique y se haga cumplir una política depende mucho de la existencia de una burocracia capaz e independiente y de un poder judicial poderoso.

-Orientación hacia el interés colectivo. La medida en la que las políticas procuran el interés público. ¿Promueven las políticas el bienestar general o canalizan beneficios privados hacia individuos, facciones o regiones específicas? Esta dimensión guarda una estrecha relación con la desigualdad, ya que los miembros de la élite tienen la influencia económica y política para modificar decisiones políticas y hacer que los favorezcan, apartándolas del interés general.

-Eficiencia. La medida en que las políticas responden a la asignación más productiva de recursos escasos. Esta característica va de la mano con el grado en el que se tiene en cuenta al público, ya que favorecer a sectores específicos en detrimento del interés general constituye por lo general una asignación ineficiente de recursos.

- El ciclo de las Políticas Públicas: el modelo secuencial⁶

En el ciclo de las políticas públicas se propone una serie de etapas o de secuencias lógicas (ver cuadro 1), de tal manera que se distinguen 5 fases en la vida o desarrollo de una política pública, a saber: identificación del problema, formulación de soluciones, toma de decisión, implementación y evaluación (Roth, 2007). El modelo planteado es lo suficientemente general como para permitir la formulación de cualquier clase de política, y facilita la delimitación del objeto de análisis.

En la primera fase, sobre *identificación del problema*, una situación es percibida como problema por los actores sociales y políticos. Se solicita una acción pública respecto de un problema identificado por los actores sociales y políticos; se solicita entonces una acción pública y se busca que el problema esté inscrito en la agenda del sistema político (agenda setting).

En la segunda fase, *formulación de soluciones*, una vez lograda la inscripción del problema en la agenda gubernamental, la administración trata de disponer de un mejor nivel de conocimiento del problema y propone una o varias soluciones al mismo (policy formulation).

En la tercera fase, *toma de decisión*, los actores e instituciones autorizados para tomar la decisión (gobierno de la ciudad, concejo, entre otros) examina la o las soluciones existentes y adoptan la mejor.

La cuarta fase concierne a la *implementación* práctica de la decisión (o su no implementación). Por lo general, la administración es la encargada de implementar

⁶ La Fases de la Políticas Públicas fueron extraídas del documento: Marco conceptual y metodológico para la formulación de políticas públicas en el sector desarrollo económico de la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

la solución escogida por el decisor, es decir, de traducir la decisión en hechos concretos (implementation).

Al final, en la fase de *evaluación* la solución adoptada para resolver el problema y los impactos causados por su implementación son evaluados por los actores sociales y políticos (*policy evaluation*) con el propósito de dar pie al reinicio de todo el ciclo con el fin de reajustar la respuesta (*feedback*) o suprimir la política (*program termination*).

Cuadro N° 5 Ciclo de las Políticas según Jones (1970) citado por SDDE, (2009)

FASE I Identificación del problema	FASE II Formulación de soluciones o acciones	FASE III Toma de Decisión	FASE IV Implementación	FASE V Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> - Apreciación de los acontecimientos - Definición del problema - Agregado de intereses - Organización de las demandas - Representación y acceso ante las autoridades públicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de respuestas - Estudio de soluciones - Adecuación a los criterios 	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de una coalición - Legitimación de la política elegida 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecución - Gestión y administración - Producción de efectos 	<ul style="list-style-type: none"> - Reacciones a la acción - Juicio sobre los efectos - Expresión
Demanda de la Acción pública	Propuesta de una respuesta	Política efectiva de acción	Impacto sobre el terreno	Acción política o reajuste

Fuente: Stein, & Tommasi, (2006)

Visto todo el recorrido teórico anterior y de vislumbrar algunas indicaciones sobre lo que lleva implícito la política pública como “herramienta estratégica⁷” dentro de la gestión de la administración de turno, es momento de mencionar que tanto el gobierno y la administración perciben más que nunca la necesidad de mostrarse como una administración que rinde cuentas y responde por sus actos (Barzelay, 1991). Asimismo, el gobierno y la administración han caído en la cuenta de que

⁷ Denominación propuesta por el autor de este trabajo.

han de fortalecer su legitimidad no sólo por los rendimientos que produce, sino también a nivel institucional (Bañón, 1996). Para ello, la administración habrá de buscar fuentes de legitimidad que den valor añadido a su rendimiento, máxime cuando muchos sectores de la administración pública son vulnerables a una situación de competencia directa con el sector privado, por la producción de Bienes y servicios, ya sea en algunos de sus componentes o en la totalidad del servicio en cuestión. Esto último siguiendo con los planteamientos de Bañón.

En últimas y manifestando aquí que puede considerarse a las políticas públicas como una “herramienta estratégica”, y que a su vez, dentro del compendio de implicaciones que sostiene una política pública se encuentra la planificación estratégica, como ítem inserto en el la nueva gestión pública, es válido acercarse a Bazaga, (2010) ya que esta autora insinúa que lo estratégico, ya se planeación de lo político y/o público, que incluye a las políticas debe producirse después de la reflexión estratégica y del pensamiento estratégico; en el marco de un proceso de gestión estratégica; no es un fin en sí mismo y es un proceso dinámico.

PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO

Los capítulos siguientes, tienen como finalidad, presentar los resultados de esta tesis que describe a partir de un estudio de casos múltiples (Chile, Colombia, México y Perú) las características definitorias de las políticas públicas en salud en los países mencionados.

De ese modo, los resultados presentados, son tomados de los documentos institucionales facilitados vía electrónica por el Ministerio de Salud de Chile, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, la Secretaria de Salud de México y el Ministerio de Salud de Perú.

En ese sentido, para este trabajo se tomó como caso analizado la Política Nacional de Salud –ya que existen políticas específicas o que surgen por iniciativas de diversa índole-. Es así, que de acuerdo con la información facilitada por cada institución de forma electrónica y, atendiendo a los intereses descriptivos de este estudio, se expresa en este trabajo que la política de cada gobierno en materia de salud se enmarca así:

La Política de Salud del Gobierno de Chile se traduce en:

- ***LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 - METAS 2011 - 2020*** que es la encargada de expresar todo lo relacionado con la política nacional a 10 años. Esta política hace énfasis en y prende la alarmas en las enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades crónicas, así como también en tabaquismo, obesidad, vida sedentaria, hipertensión arterial, diabetes, depresión, suicidio, accidentes del tránsito con fallecimientos o discapacidad.

La Política de Salud del Gobierno de Colombia se traduce en:

- **EL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012 – 2021** *La salud en Colombia la construyes tú* es una apuesta política por la equidad en salud, entendida como la "ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas" (Whitehead, 1992). Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas.

La Política de Salud del Gobierno de México se traduce en:

- **EL PLAN SECTORIAL DE SALUD 2013-2018** propuesto como meta dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, traza la ruta que se habrá de seguir en los próximos años para cimentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal. Se hará siguiendo un esquema de atención más homogéneo, una operación integrada y una mayor coordinación entre las distintas instituciones de salud. A la transformación institucional aquí delineada, también deberá sumarse una vigorosa política en materia de prevención, que nos permita enfrentar los retos de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, el cáncer o las enfermedades del corazón.

La Política de Salud del Gobierno de Perú se traduce en:

- **PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD 2007-2020** que en su transcurrir contempla:
 - a. Lineamientos y medidas de Reforma del sector salud “El Perú Saluda la Vida”
 - b. Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud “Vivamos el Cambio. Reforma de Salud”

CAPITULO II. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD⁸

CASOS: CHILE, COLOMBIA, MÉXICO Y PERÚ

La finalidad de este capítulo es presentar un panorama de cada política nacional. Apoyados en lo plasmado en los documentos oficiales se intenta hacer un barrido de lo que contempla cada gobierno en función de la salud, sus implicaciones, metas, prioridades o similar. Es válido aclarar aquí, que en ningún momento se aludirá a los resultados o se evaluará la política de salud. Sólo se observará desde la formulación de la misma. Se describe cada política así:

CHILE

Chile es una República que se rige bajo un gobierno de corte democrático y se caracteriza por la clara delimitación e independencia de los tres poderes del Estado⁹:

Poder Ejecutivo: es liderado por el Presidente de la República, quien además detenta el cargo de Jefe del Estado.

Poder Legislativo: es bicameral, es decir está conformado por una Cámara de Diputados y una de Senadores.

Cámara de Diputados: 120 diputados de las 13 regiones del país (electos cada 4 años)

Cámara Alta: 49 senadores. Nueve de ellos son designados y el resto elegidos por votación directa.

Poder Judicial: está liderado por la Corte Suprema, encargada de dictar justicia con el apoyo de la Corte de Apelaciones de Justicia.

⁸ El contexto y lo expresado en este apartado es tomado de los documentos oficiales de cada política nacional. Para efectos de sistematización y análisis, el autor realizó síntesis e interpretaciones.

⁹ Tomado de: <http://www.uchile.cl/portal/presentacion/la-u-y-chile/acerca-de-chile/8090/sistema-de-gobierno>

Este país muestra avances sanitarios que son reconocidos por todas las naciones. El uso eficiente de recursos ha permitido obtener indicadores satisfactorios con menor gasto por problema sanitario. La explicación descansa en primer lugar en que las políticas de salud han sido vistas por todos los gobiernos como un tema de Estado, con tareas a largo plazo, y estrategias coherentes para definir las metas a lograr.

Adicionalmente, la creación de una cultura de búsqueda del bien común en torno a Salud que generaciones de profesionales y trabajadores han transformado en su proyecto de vida, ha permitido alcanzar resultados notables en esperanza de vida, morbimortalidad materna, mortalidad infantil, desnutrición, programa de inmunizaciones; y más recientemente, en el acceso garantizado en términos de calidad, oportunidad y financiamiento para todos los ciudadanos a tratamientos estandarizados.

Durante el siglo XX, la lucha contra la desnutrición infantil, la mortalidad materna, la baja expectativa de vida, las enfermedades infecciosas; junto con los esfuerzos por profesionalizar el cuidado clínico, aumentar la cobertura de los programas de planificación familiar, y dotar de centros asistenciales y profesionales calificados a los lugares más recónditos de nuestra geografía, marcaron una pauta clara y consistente.

Durante la década del 2001 al 2010 se gestionaron los objetivos de salud pública en una perspectiva nueva, definiendo un conjunto de metas para dicho periodo. El balance final de este esfuerzo no ha resultado del todo satisfactorio, en parte porque las metas planteadas fueron muy ambiciosas; también porque las condiciones de deterioro vinculadas a la adquisición de enfermedad crónica y sus condicionantes sociales han empeorado más rápido de lo que se presupuestó y porque los aspectos preventivos que este plan contenía han sido de muy difícil materialización.

La Encuesta Nacional de Salud 2010 muestra un panorama preocupante. Las enfermedades crónicas no transmisibles representan ya el grueso de la carga de salud para el país, y estas enfermedades se asocian con hábitos que suelen adquirirse temprano en la infancia o en la adolescencia. Las elevadas tasas de

tabaquismo, obesidad, vida sedentaria, hipertensión arterial, diabetes, depresión, suicidio, accidentes del tránsito con fallecimientos o discapacidad, consumo patológico de alcohol producen un panorama en el que se puede prever que la Generación del Bicentenario, los jóvenes y niños del 2010, serán probablemente víctimas a mediano plazo de estos hábitos o dependencias. (Metas 2011-2020)

La Estrategia de Salud 2011-2020 es el resultado de este trabajo. Este se encuentra plasmado en el presente documento, que consta de cuatro partes.

La primera de ellas introduce la planificación en salud desde una perspectiva histórica en Chile. La segunda parte expone la metodología utilizada para la formulación de la estrategia. La tercera sección, la más extensa, está constituida por nueve grandes áreas que abordan la mayor parte de la problemática sanitaria del país. Finalmente, se muestran los indicadores y compromisos, tanto de las metas sanitarias como de las estrategias propuestas para su cumplimiento.

Los aspectos metodológicos involucrados en el diseño de la Estrategia Nacional y la elaboración de las metas e indicadores responden a la necesidad de una correcta priorización de temas sanitarios, como también a una selección rigurosa de intervenciones. Esto resulta esencial en un escenario de demandas crecientes de variados sectores de la sociedad, incluido el sanitario, y de una progresiva preocupación por el retorno social de las inversiones.

El componente central de la Estrategia Nacional corresponde al análisis y elaboración de propuestas consensuadas en los diferentes ámbitos relacionados a la salud, agrupados en nueve áreas temáticas.

Cada área está constituida por temas específicos seleccionados. Para cada tema se analiza el estado actual de la situación a nivel nacional, los esfuerzos realizados en el último tiempo para su abordaje, la identificación de actores relevantes, y por último la presentación de las estrategias seleccionadas.

Respecto al área presentada en primer lugar, la preocupación por las enfermedades transmisibles mantiene su vigencia. Aquí se abordan tópicos relacionados con el control y eliminación de algunas enfermedades transmisibles,

como también con tres importantes patologías de disímil evolución en los últimos años: el VIH, la tuberculosis y las enfermedades respiratorias agudas.

Otra área temática se encarga de las patologías crónicas no transmisibles y violencias. Aquí se encuentra la mayor cantidad de patologías específicas analizadas, observándose la gran preponderancia de la temática cardiovascular y de salud mental. La observación de la funcionalidad de las personas, y su progresivo deterioro debido a estas enfermedades, permiten acercarse al estado de salud de la población, y realizar un seguimiento de las intervenciones de mediano y largo plazo que se implementen.

Muy relacionados con lo anterior, los factores de riesgo constituyen una oportunidad y un desafío. Se analizan aquí las condiciones y conductas más relevantes desde el punto de vista poblacional, como el consumo de alcohol y tabaco, la obesidad y el sedentarismo, entre otros. Se proponen estrategias diversas, principalmente de carácter preventivo y promocional.

Una cuarta área de interés, la perspectiva de ciclo vital, ha sido utilizada ampliamente por el sector salud. Problemas comunes en etapas de especial vulnerabilidad a lo largo de la vida permiten establecer estrategias anticipatorias. En esta sección se tocan temas como el rezago infantil, el suicidio adolescente, los accidentes laborales y la funcionalidad del adulto mayor.

Los principales determinantes sociales de la salud son desarrollados de forma transversal en toda la Estrategia Nacional. Sin embargo, en la quinta área temática se profundiza en algunos aspectos específicos. El énfasis se ha puesto en los condicionantes más relevantes, posición social y localización geográfica, así como en las características de algunos grupos de elevada vulnerabilidad social. También se consideró la interrelación del medioambiente con la salud de las personas. Algunos problemas de larga data, como la contaminación atmosférica o el tratamiento de aguas servidas, son temas relevantes en determinadas localizaciones del país. Por otra parte, han surgido nuevas problemáticas relacionadas con el desarrollo urbano, como por ejemplo la disponibilidad de áreas verdes o nuevos contaminantes. Los sistemas de salud son importantes determinantes del nivel de salud de la población. La séptima área temática se

aboca al fortalecimiento del sector. Elementos asistenciales, como el desarrollo de recursos humanos o la organización de las redes de atención de salud, son parte de los temas considerados en esta sección. Además se abordan tópicos propios de la salud pública, como el financiamiento, la investigación, la participación y gobernanza, los sistemas de información y las relaciones internacionales.

Algunas características del sistema de salud son especialmente relevantes para el resguardo de la satisfacción de los usuarios. Entre estas se encuentran el acceso y la oportunidad de la atención de salud, como también la calidad de dicha atención y el acceso adecuado a fármacos. Dichos elementos se abordan en la octava área temática.

La construcción de la Estrategia de Salud 2011- 2020 consideró varias etapas. La primera correspondió a la conformación de los equipos de trabajo, incluyendo el comité ejecutivo, el nombramiento de los directores de Objetivos Estratégicos, de los encargados de las comisiones técnicas, y la convocatoria de los integrantes de las comisiones propiamente tales.

El trabajo de los primeros dos meses consistió en el análisis de situación de cada tema específico. Durante este periodo se hizo una acabada descripción de cada problema sanitario, señalando su magnitud, relevancia e impacto global. Para esto se utilizaron diferentes fuentes de información: las propias del Ministerio de Salud, de otros ministerios, de la literatura científica, o bien de informantes claves. En esta etapa también se realizó la primera propuesta de indicadores para las Metas Sanitarias. Durante los tres meses siguientes se trabajó en la selección de las estrategias (denominadas Resultados Esperados) que permitirían el logro de las Metas Sanitarias.

El trabajo de esta tercera etapa finalizó con una propuesta de estrategias concretas para cada Meta Sanitaria e indicadores de Resultados Esperados para el seguimiento de estas. Sumado al trabajo anterior, también se consideró la identificación de actores relevantes, en especial aquellos extrasectoriales.

La cuarta etapa del proceso de construcción de la Estrategia Nacional correspondió a las consultas realizadas sobre los dos documentos elaborados en las etapas precedentes. En cada oportunidad, la consulta fue debidamente informada e incentivada mediante comunicación a las principales entidades académicas, científicas, de otros ministerios, institutos, y también gremiales. Paralelo a la consulta pública, los documentos también fueron sometidos a consulta interna, tanto a las Secretarías Ministeriales de Salud de las 15 regiones, como a los 29 Servicios de Salud. En estos últimos, la consulta se realizó por separado a las direcciones de los Servicios de Salud, a las direcciones de los hospitales y a las direcciones comunales de salud (Atención Primaria). La consulta interna utilizó un esquema semiestructurado, donde se evaluaron criterios de pertinencia, exhaustividad y relevancia tanto de las Metas Sanitarias como de las estrategias propuestas. Cada consulta interna fue evaluada en sus contenidos narrativos, como también cuantitativamente, conforme la puntuación de los criterios señalados, aportando valiosa información.

La quinta etapa correspondió a la consolidación. Durante los meses de enero y febrero de 2011, se evaluó la consistencia de los indicadores de Resultados Esperados y las Metas Sanitarias propuestas.

Adicionalmente, cada una de las estrategias planteadas, junto a sus respectivos indicadores, fueron categorizadas, según diferentes criterios. Este ejercicio tuvo varios propósitos. Uno de estos fue evaluar la presencia de ciertos principios definidos a priori como valores institucionales en la construcción de la Estrategia de Salud.

Sumado a lo señalado, la clasificación de las estrategias e indicadores de Resultados Esperados de cada Meta Sanitaria, permitió la identificación de líneas de acción estratégica, es decir, indicadores comunes presentes de manera transversal en diferentes Metas Sanitarias.

Cada Meta Sanitaria inicialmente propuesta, fue revaluada durante esta etapa, utilizando las proyecciones finales de impacto. El resultado final de este proceso corresponde a las 50 Metas Sanitarias, expresadas en 64 indicadores de impacto, y los 513 Resultados Esperados que se presentan en este documento.

Durante esta etapa, resulto fundamental contar con la colaboración de expertos en Salud Pública y de la opinión externa de otras instituciones relacionadas.

Para cumplir con esto, se realizó una tercera consulta de carácter cerrada a instituciones académicas, contactando a las escuelas, departamentos y centros de estudios en salud pública de la Universidad de Chile, de la Pontificia Universidad Católica, de la Universidad del Desarrollo, de la Universidad de la Frontera y de la Universidad de Concepción. También se recibieron aportes de la Universidad de Tarapaca.

La última etapa de construcción de la Estrategia de Salud, correspondió a la sensibilización. Las Metas Sanitarias propuestas fueron elaboradas considerando un escenario neutro, es decir, incorporando la tendencia en el tiempo observada de los indicadores de impacto sanitarios, y sumando el aporte adicional que podría realizar el sector salud con la implementación de los Resultados Esperados que se proponen. La tendencia observada incorpora tanto las acciones realizadas por el sector salud, como también los elementos contextuales que contribuyen a modificar las mediciones de impacto sanitario (ej. población con mayor educación, mejor infraestructura de viviendas, mayor acceso físico a servicios asistenciales, etc.).

En el trabajo de sensibilización se solicitó a cada comisión técnica identificar en base a las premisas y amenazas elaboradas, aquellos ministerios de mayor relevancia para el cumplimiento de las Metas Sanitarias. Luego se solicitó identificar aquellas intervenciones o elementos estratégicos claves dentro de cada ministerio, que podrían favorecer el logro de las metas propuestas. Por último, bajo la premisa de un escenario positivo, en que cada factor identificado fuera dispuesto a favor del cumplimiento de las Metas Sanitarias, se solicitó recalcular la meta comprometida. Este ejercicio permitió identificar aquellas metas de mayor dependencia intersectorial, como también a aquellos ministerios de mayor relevancia para el logro de los Objetivos Sanitarios de la Década (Ministerio de Educación, Ministerio de Planificación, Ministerio del Trabajo y Provisión Social, Ministerio de Vivienda y Urbanismo, Ministerio del Interior, Ministerio del Medio Ambiente, entre otros).

COLOMBIA

Colombia es un Estado social de derecho organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general. La Constitución vigente fue adoptada en 1991 que reformó la de 1886, es "norma de normas."

Son ramas del poder público, la legislativa, la ejecutiva y la judicial. Los diferentes órganos del Estado tienen funciones separadas pero colaboran armónicamente para la realización de sus fines¹⁰.

El Poder Ejecutivo:

El Presidente de la República es Jefe de Estado y de Gobierno y suprema autoridad administrativa. El presidente es elegido para un período de cuatro años por el voto popular, por la mitad más uno de votos que, de manera secreta y directa, depositen los ciudadanos. Según la Constitución Política del 1991, el Presidente de la República simboliza la unidad nacional y al jurar el cumplimiento de la Constitución y las leyes, se obliga a garantizar los derechos y libertades de todos los colombianos.

El poder ejecutivo también está compuesto por el Vicepresidente, quien es elegido por votación popular el mismo día y en la misma fórmula con el presidente de la República, y los diferentes Ministerios: Interior, Relaciones Exteriores, Hacienda y Crédito Público, Defensa, Justicia y Derecho, Minas y Energía, Educación, Salud, Desarrollo, Agricultura, Trabajo y Seguridad Social, Comunicaciones, Transporte, Comercio Exterior, Medio Ambiente y Cultura. El Gobierno Nacional está formado por el Presidente de la República, los ministros del despacho y los directores de departamentos administrativos. Las gobernaciones y las alcaldías, así como las superintendencias, los establecimientos públicos y las empresas industriales o comerciales del Estado, forman parte también de la Rama Ejecutiva.

¹⁰ Tomado de: http://www.colombiaun.org/Colombia/sistema_politico.html

El Poder Legislativo:

Corresponde al Congreso de la República reformar la Constitución, hacer leyes y ejercer control político sobre el gobierno y la administración. El Congreso de la República está integrado por el Senado y la Cámara de Representantes.

El Poder Judicial:

La Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado, el Consejo Superior de la Judicatura, la Fiscalía General de la Nación, los Tribunales y los Jueces, administran justicia. También lo hace la justicia penal militar.

Las intenciones de este Gobierno en materia de salud, se reflejan en el Plan Decenal de Salud Pública. Y en ese sentido, en el marco de los mandatos vigentes, se presenta como un plan a mediano plazo que compromete más de un período de gobierno y que permite en el país hacer propuestas estratégicas de mayor alcance; es una ruta trazada por los ciudadanos, los expertos y el gobierno para hacer converger el desarrollo social, económico y humano de nuestro país.

Es por antonomasia la política de salud pública esencial del Estado, que reconoce y garantiza la salud como un derecho fundamental, dimensión central del desarrollo humano e instrumento indispensable para lograr la paz y la equidad social con bienestar integral y calidad de vida, a través de la acción de todos los sectores que están involucrados directamente con la determinación social de la salud.

Las exigencias normativas dadas por las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia) en relación con los Planes Nacionales de Salud Pública, imponen condiciones que deben ser reconocidas y direccionadas para lograr que la Salud Pública, conforme se define en el artículo 32 de la Ley 1122 de 2007, sea un compromiso de todas las instancias del país y se entienda como uno de los principales instrumentos de política pública en salud.

La ejecución del PDSP exige la convocatoria y participación efectiva de todos los sectores y de los ciudadanos y ciudadanas que hacen parte y tienen responsabilidades en el desarrollo humano y transformaciones de vida en todos los territorios del país. Se pretende propiciar la generación de una cultura social e

institucional en la cual la salud pública sea de todos y para todos, que supere la visión sectorial predominante.

El PDSP para su formulación define tres componentes fundamentales desde la fundamentación teórico-conceptual: los enfoques conceptuales, el diseño estratégico y las líneas operativas que permiten llevar a la práctica las acciones en los planes operativos territoriales.

De acuerdo con el mandato establecido en los artículos 4, 6 y 7 de la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011), el Decreto 4107 de 2011 (Presidencia de la República de Colombia, 2011), la Resolución 4110 de 2012 y las normas vigentes que sustentan la operación de la salud pública en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector del sector salud, asume la labor de Formulación del Plan de Salud Pública para el decenio 2012-2021 y define una ruta de trabajo que se denomina Proceso Técnico para la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

Fase de Aprestamiento

Desde mayo de 2011 hasta julio de 2012, se inicia con una revisión sistemática de la literatura que permitió el análisis crítico de los enfoques existentes y de las alternativas de abordaje, de las experiencias internacionales, nacionales, así como de la normatividad vigente, la evaluación de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta, y de los resultados de la gestión de la salud pública obtenidos en 17 años de desarrollo del SGSSS. En esta primera fase se obtiene la definición de los enfoques, de las orientaciones estratégicas (visión, fines, objetivos y desafíos estratégicos) que tendría el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP-, y la propuesta metodológica para su construcción.

Fase de definición técnica

Realizada desde octubre de 2011 hasta octubre de 2012. Con la propuesta elaborada el Ministerio parte de las preguntas ¿qué pasa hoy?, ¿qué debemos transformar?; utiliza para una aproximación inicial el Análisis de la Situación de Salud – ASIS, en profundidad construido con la información del período 2002 - 2007 y la Evaluación del Plan Nacional de Salud Pública, PNSP, 2007 -2010. Este

análisis permite caracterizar de manera inicial el estado de salud de la población colombiana en lo referente al daño, y las condiciones socio económicas y de los servicios de salud. En esta fase se desarrollan los lineamientos territoriales para consolidación del ASIS básico y la estructuración pedagógica de la metodología para elaborarlo, con la correspondiente capacitación a todas las entidades territoriales. La caracterización muestra la magnitud y tendencia de los eventos y factores, la mortalidad evitable, la carga oculta, el costo de omisión; así mismo, evidencia lo que podría denominarse “familias de problemas” que no pueden explicarse o circunscribirse a los tradicionales abordajes de grupo étéreo o por sistemas, y muestra la necesidad de un abordaje más comprensivo que permita actuar en las raíces comunes de los problemas. De esta manera se define la existencia de siete dimensiones prioritarias en el PDSP, entendidas como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y de la actuación, con visión positiva de la salud, en las cuales se vinculan la acción sectorial, comunitaria y transectorial. A partir de ahí, se inicia el análisis de los determinantes sociales en salud (DSS) en el ámbito de las Dimensiones Prioritarias del PDSP con la creación de grupos internos en el Ministerio, uno para cada dimensión, los cuales siguieron el siguiente proceso:

En primer lugar, se plantea el marco referencial de los resultados de salud en cada una de las dimensiones; posteriormente, se identifican los cruces de información que permiten precisar los gradientes y las brechas existentes en salud, enfermedad, atención y cuidado, con base en una nueva revisión de la literatura que permite profundizar en cada una de las áreas temáticas; se obtiene la evidencia disponible en el mundo y en el país, la cual es sumada a información estadística y epidemiológica existente en los observatorios de salud pública desarrollados en el Ministerio de Salud y Protección Social.

Lo anterior facilita a los grupos la plataforma para diseñar el modelo esquemático de los DSS en cada dimensión. Así mismo, se identifican las audiencias y actores clave para ser informados sobre las inequidades documentadas en cada dimensión. Cada dimensión revisa la teoría de la acción usada hasta el momento (población objetivo – acción - resultado intermedio – resultado final o impacto) y

evalúa si el abordaje utilizado está o no interviniendo las causas de las inequidades. En caso de que las intervenciones no afecten positivamente los DSS o lo hagan parcialmente, se diseñan otras adicionales para reducirlas o eliminarlas. El producto de ese ejercicio se triangula con la información obtenida del análisis cualitativo derivado de los datos provenientes de la consulta ciudadana realizada en todas sus modalidades.

Fase de Consulta

Desde marzo hasta octubre de 2012. Simultáneamente con el análisis de los determinantes sociales en salud (DSS) en el ámbito de las dimensiones del PDSP que los grupos técnicos de las dimensiones prioritarias llevan a cabo, se efectúa el proceso de consulta con participación amplia de la ciudadanía y de los diferentes actores de la sociedad, para otorgar legitimidad y gobernabilidad al PDSP; este proceso requiere la operación de una estrategia de movilización social nacional y el diseño de una metodología para la recolección, el procesamiento y la consolidación de insumos de la consulta ciudadana.

Se utilizan cuatro estrategias de consulta, a saber; 1) consulta territorial, con mecanismo presencial dirigido a población general que se desarrolla a través del operador externo Unión Temporal Unidecenal, conformada por la Universidad Nacional, la Universidad de Antioquia, la Universidad del Valle y la Universidad Industrial de Santander (se lleva a cabo mediante 166 sesiones zonales, con la participación de 934 municipios, 32 departamentos, cuatro distritos y seis regiones); 2) consulta ciudadana, con mecanismo virtual, dirigida a población general, 3) consulta a los actores del SGSSS y grupos ordenados de la sociedad, mecanismo presencial operado directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social. 4) consulta con niños, niñas y adolescentes, mecanismo presencial operado también directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social. Para concretar la quinta consulta necesaria, la de grupos diferenciales de la sociedad, se generan acuerdos con los grupos étnicos y la Mesa Transitoria de Representación de Víctimas para desarrollar en tiempo posterior, una consulta específica bajo unos protocolos pre-establecidos, e introducirlo en un capítulo anexo al PDSP. Esta fase culmina con la recolección de insumos de la consulta

directa a los ciudadanos, ciudadanas, niños, niñas, y adolescentes, y de la consulta en los territorios, la consulta virtual y la consulta nacional a grupos ordenados de la sociedad, más el posterior análisis cualitativo.

Fase de Formulación

Desde noviembre de 2012 hasta febrero de 2013. Después de la definición técnica y la consulta ciudadana, que muestran las necesidades de implementación de cambios y refleja la situación actual, el Ministerio desarrolla las propuestas de intervención teniendo en cuenta las preguntas ¿qué hacer? y ¿cómo hacerlo?. En este desarrollo se tienen en cuenta las exigencias normativas en salud pública, los compromisos internacionales y los nacionales. Esta fase requiere la conformación de un grupo de profesionales cualificados, técnicos en sistemas y asesores que conduzcan el análisis cualitativo, bajo la metodología de Teoría Fundamentada.

El producto de este análisis muestra de manera ordenada y clasificada las propuestas planteadas por los ciudadanos, los actores y los grupos ordenados de la sociedad, propuestas que se incorporan a las generadas por los grupos internos del Ministerio, dando paso al proceso de triangulación. El tradicional análisis de la situación de salud - ASIS - se robustece con los resultados de la consulta ciudadana frente a las necesidades sentidas y los desafíos identificados; así mismo, se valida el marco estratégico del PDSP en la consulta.

El ejercicio de formulación consiste en precisar la visión, los fines, los objetivos estratégicos, los objetivos sanitarios por cada dimensión, las metas, las estrategias, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, el sistema de indicadores, los mecanismos de seguimiento y evaluación, y las necesidades de gestión sectorial, transectorial y comunitaria; e incluye la elaboración del Documento Técnico del Plan con sus anexos para dar paso a la fase de validación.

Fase de validación

Desde febrero de 2013 hasta marzo de 2013. En esta fase las diferentes áreas del Ministerio de Salud y Protección Social y un grupo de expertos nacionales e internacionales (Académicos, Investigadores, representantes de Agencias de Cooperación Internacional), hacen la revisión del Documento técnico del PDSP y

enriquecen los contenidos desde sus diferentes visiones y saberes. Se publica el documento en el sitio web del Ministerio para recibir aportes y sugerencias de ajuste. Se presentan a los Viceministros y Ministros de otros sectores, las propuestas de acciones conjuntas y negociación para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, con el fin de sentar las bases para generar las acciones transectorial y los compromisos de trabajo colaborativo por la salud pública en los próximos diez años. Finalmente, se incorporan todos los aportes recibidos y se produce el documento final del PDSP 2012 – 2021, para revisión jurídica.

Fase de reglamentación

Desde septiembre de 2012 hasta abril de 2013. Con la identificación de necesidades específicas de reglamentación y lineamientos para la operación en los territorios, el Ministerio expide las normas y manuales correspondientes, en los tres meses posteriores al lanzamiento del PDSP. Se define que el Plan Decenal de Salud Pública cuente con sendas Resoluciones y Actos administrativos vinculantes: una mediante la cual se adopta y otra con los lineamientos, metodologías e instrumentos técnicos para la formulación del Plan Operativo Anual 2014 y posteriores, hasta 2021. Mediante decreto presidencial se crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública y el Plan Decenal es presentado al Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES, en el primer semestre de 2013. Finalmente, mediante una resolución complementaria se adopta el capítulo de grupos étnicos y de víctimas, como parte integral del PDSP, una vez concluye la consulta y formulación.

Fase de presentación y divulgación

Desde febrero de 2013 hasta diciembre de 2013. La estrategia de difusión comienza después del acto oficial de lanzamiento del PDSP 2012-2021 y debe ejecutarse durante todo 2013.

MÉXICO

Los Estados Unidos Mexicanos es una república representativa, democrática y federal integrada por 31 estados federativos y el Distrito Federal¹¹.

Órgano Ejecutivo: El Poder Ejecutivo Federal reside en la Presidencia de la República. Es ejercido por el presidente, jefe de Estado y de gobierno al mismo tiempo. El presidente tiene la facultad de nombrar a los titulares de las secretarías de Estado, que son por eso integrantes del gabinete presidencial. El mandato del presidente dura seis años, y no existe la posibilidad de reelección ni vicepresidente. En el caso que un presidente de la República no pueda concluir su mandato, la presidencia interina queda en manos de la persona electa por el Congreso, o en su caso, por la Comisión Permanente. Desde el año 2006, este cargo es ejercido por Felipe Calderón Hinojosa.

Órgano Legislativo: El Poder Legislativo reside en el Congreso de la Unión, que se divide en dos cámaras: La Cámara de Senadores (senado) y la Cámara de Diputados (cámara baja). El senado se compone de 128 senadores (tres por entidad federativa más 32 de representación proporcional). La Cámara de Senadores se renueva completamente cada 6 años en concordancia con el período presidencial. La cámara baja se compone por 300 diputados de mayoría (distritos electorales uninominales) y 200 de representación proporcional. Cada estado es representado en la Cámara de Diputados por un mínimo de cuatro legisladores. Las elecciones para legisladores de la Cámara de Diputados se celebran cada tres años. Los senadores y diputados federales no pueden ser reelegidos para un segundo período consecutivo en la misma cámara. Los elegidos para ocupar cargos de elección popular en México no pueden renunciar al mandato popular, pero en caso necesario pueden solicitar licencia para separarse de su puesto.

Órgano Judicial: El Poder Judicial recae en la Suprema Corte de Justicia de la Nación y en un conjunto de tribunales inferiores y especializados. La Suprema

¹¹ Tomad de:

<http://www.oas.org/electoralmissions/MisionesElectorales/M%C3%A9xico2009/FichaT%C3%A9cnica/SistemaPol%C3%ADtico/tabid/838/language/en-US/Default.aspx>

Corte está formada por 11 ministros elegidos por el Congreso de la Unión. La duración del cargo de ministro de la Suprema Corte es de 15 años.

La política de salud mexicana se expresa en el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, el cual, traza la ruta que se ha de seguir en los próximos años para cimentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal. Se hará siguiendo un esquema de atención más homogéneo, una operación integrada y una mayor coordinación entre las distintas instituciones de salud.

Se ha delineado una transformación institucional, que también deberá sumarse una vigorosa política en materia de prevención, que permita enfrentar los retos de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, el cáncer o las enfermedades del corazón.

En palabras del presidente Enrique Peña Nieto, se quiere un México sano donde la población, independientemente de su edad, lugar de residencia y especialmente de su condición laboral, tenga acceso a los servicios de salud con calidad. Por ello, para el Gobierno de la República el derecho a la protección de la salud, es un derecho humano, no es sólo un derecho laboral.

Una población sana, además, siempre estará en mejores condiciones para participar activa y positivamente en la transformación de su entorno y en la construcción de una mejor Nación.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 establece entonces los objetivos — estrategias y líneas de acción— a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud y los cuales deberán ser congruentes por un lado con las metas nacionales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018 — México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global – y por el otro con las estrategias transversales— Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, y Perspectiva de Género; estrategias que serán ejecutadas a través de los programas especiales, a saber, Programa Especial para Democratizar la

Productividad; Programa para un Gobierno Cercano y Moderno; y Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra la Mujeres

El Sistema Nacional de Salud ha tenido avances significativos que se han visto reflejados en un incremento importante en la esperanza de vida. Sin embargo, persisten retos que superar y deudas que saldar, en particular con la población que vive en condiciones de vulnerabilidad. La salud de las personas debe ser un elemento que atenúe las brechas sociales no que las exacerbe. La salud pública y la atención médica deben constituirse en los elementos fundamentales para garantizar la protección a la salud tal como lo establece el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La definición de los objetivos y la formulación de estrategias y líneas de acción del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 debe identificar claramente los avances de los últimos años y los retos actuales. Además, como parte del Sistema Nacional de Planeación Democrática, estas estrategias y líneas de acción consideran e incorporan las ideas y propuestas de especialistas y de la sociedad en general, formuladas en los diversos foros realizados.

El Gobierno de la República se ha propuesto dar un seguimiento puntual al avance de las metas establecidas y estar abiertos al escrutinio público.

Por primera vez se han incluido dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 indicadores que reflejan la situación del país en temas prioritarios.

Además establece que los programas sectoriales incorporarán indicadores que midan el avance hacia el logro de los objetivos planteados. El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 incluye 16 indicadores de resultado reconocidos como prioritarios tanto por las instituciones de salud como por las organizaciones de la sociedad civil y por los organismos internacionales. El seguimiento periódico del comportamiento de los indicadores respecto de las metas establecidas permitirá validar si las estrategias y líneas de acción propuestas son las correctas o es necesario realizar ajustes, de tal forma que se pueda asegurar el cumplimiento de los objetivos propuestos por esta administración.

La salud es una condición elemental para el bienestar de las personas; además forma parte del capital humano para desarrollar todo su potencial a lo largo de la vida. Por ello, los logros del Sistema Nacional de Salud contribuirán al cumplimiento de las cinco metas nacionales, a la realización de las tres estrategias transversales y coadyugarán a llevar a México a su máximo potencial, tal como lo define el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

La definición de los objetivos y la formulación de estrategias y líneas de acción del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 debe reconocer los avances de los últimos años y los desafíos actuales.

Múltiples académicos, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales han contribuido a analizar la evolución y el estado actual de salud de la población mexicana, así como el desempeño del Sistema Nacional de Salud respecto de su principal objetivo de mejorar la salud. Con la finalidad de presentar un diagnóstico objetivo e imparcial, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 está basado en estas contribuciones. El diagnóstico por breve no puede incorporar toda la información que justifica cada una de las estrategias y líneas de acción y que a nivel operativo se establecen en los Programas de Acción Específico (PAE) de cada una de las dependencias e instituciones públicas regidas por este documento estratégico. A los interesados en cada tema se sugiere consultar los documentos mencionados.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud funciona adecuadamente si al responder tanto a las necesidades como a las expectativas de la población cumple los siguientes objetivos (WHO 2010): mejorar la salud de la población; reducir las inequidades en salud; proveer acceso efectivo con calidad y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. Este diagnóstico analiza en qué medida se han logrado estos objetivos y cómo las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud (rectoría, financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios) contribuyen al logro de dichos objetivos.

La población de México está viviendo más y con mejores condiciones de salud. La esperanza de vida al nacer pasó de 41.5 en 1940 a 74.3 en 2012. Los avances en el estado de salud de la población se deben en buena medida a las mejores condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

El progreso en la educación, el nivel de ingreso, la alimentación, las condiciones de la vivienda y del empleo y en la infraestructura pública —agua potable, drenaje, luz eléctrica— así como la mejora en el acceso a servicios de salud y la disponibilidad de nuevas tecnologías al alcance de una mayor población han propiciado una vida más saludable. No obstante, México aún tiene un largo camino por recorrer para lograr indicadores de salud similares a los de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

PERÚ

El Gobierno peruano es unitario, representativo y descentralizado. Existen tres poderes independientes: Poder Ejecutivo, Poder Legislativo y el Poder Judicial.

El Presidente Constitucional es Ollanta Humala Tasso hasta el 28 de Julio del 2016. El Poder Ejecutivo consta del Presidente y dos Vice - Presidentes y el Poder Legislativo con un Parlamento Unicameral con 120 miembros¹².

En Perú, el Poder Ejecutivo está constituido por el Presidente, quien desarrolla las funciones de Jefe de Estado. El simboliza y representa los intereses permanentes del país. A su vez, como Jefe de Gobierno, es quien dirige la política gubernamental, respaldado por la mayoría político-electoral.

En el régimen presidencial, tanto el Poder Ejecutivo como el Legislativo son elegidos por sufragio popular. El sistema presidencial es una forma de gobierno representativa, donde los poderes del Estado están separados en Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Siendo cada uno de ellos autónomo e independiente.

República.

¹² Tomado de: http://www.peru.gob.pe/directorio/pep_directorio_gobierno.asp

En el Perú, en los últimos 30 años, han existido diferentes esfuerzos de identificación de prioridades, de planteamientos de objetivos y metas en salud. En estos esfuerzos, los aspectos referidos al funcionamiento del sistema de salud y los determinantes de la salud no han sido considerados suficientemente. Sin embargo, en los últimos 10 años, se han desarrollado diferentes experiencias y procesos técnicos y sociales para identificar los principales problemas de salud. Asimismo, se han realizado iniciativas políticas de concertación y acuerdos con el fin de dirigir los esfuerzos y recursos para enfrentar los problemas identificados. Destacan como iniciativas de concertación el Acuerdo Nacional que contempla lineamientos de política en salud; los diagnósticos participativos en salud; los Planes Concertados y Participativos en Salud, que constituyen la política sanitaria de los gobiernos regionales; el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud a nivel nacional y los acuerdos en salud de los partidos políticos regionales en todo el país. Se enumera y describe las políticas de salud, presentando matrices que detallan los objetivos, las metas a alcanzar al 2001 y las estrategias para la implementación de cada una de las políticas descritas en relación a los problemas sanitarios y del sistema de salud. En el caso de los determinantes de salud se señalan objetivos, resultados esperados y estrategias relevantes. Por esta razón el Ministerio de Salud llevó a cabo un proceso técnico, político y social para elaborar el presente Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS). Se espera que este plan constituya un instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud respecto a las prioridades sanitarias del país y las principales intervenciones que permitirán, mejorar el estado de salud de la población del país, en especial de las menos favorecidas en un horizonte futuro. Mediante este instrumento se busca mejorar el estado de salud de la población, con un enfoque de género, de derechos humanos, reconociendo la interculturalidad del país, la biodiversidad y que la salud es un derecho fundamental. En él se presenta la problemática de la salud del país en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamiento del sistema de salud y, finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, Esto último en el convencimiento que la salud de la población trasciende los límites del sector salud, los problemas ligados a agua y

saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores en la planificación de objetivos y estrategias de mejora de estos aspectos. Por último, es necesario, hoy, reconocer que el proceso participativo del Plan Nacional Concertado de Salud ha sido posible gracias a la voluntad política gubernamental, así como a las lecciones y avances de los últimos años en materia de planificación y concertación. Este proceso ha marcado un hito en el camino de la concertación Estado - Sociedad civil, ya que es la primera vez que se realiza una consulta y discusión de una propuesta de plan nacional de salud en todo el país, con participación de gobiernos nacional, regional, local y sociedad civil. Es el inicio de un proceso de participación que se irá perfeccionando en el futuro.

Acuerdo Nacional El 22 de julio del 2002, los líderes de los partidos políticos, organizaciones sociales e instituciones religiosas, firmaron el Acuerdo Nacional (AN), luego de 8 sesiones plenarias del foro, definiendo las 29 políticas de Estado, como base de la transición y consolidación de la democracia, la afirmación de la identidad nacional y el diseño de una visión compartida del país a futuro. Los participantes del Acuerdo Nacional aprobaron un conjunto de políticas de Estado, dirigido a alcanzar cuatro grandes objetivos, en cada uno con los siguientes compromisos relacionados a la salud de la población: Democracia y Estado de Derecho El Estado de Derecho y Democracia representativa son garantía del imperio de la justicia y de la vigencia de los derechos, así como un aspecto esencial conducente a lograr la paz y el desarrollo del país. Primera Política: Fortalecimiento del Régimen Democrático y del Estado de Derecho. Cuarta Política: Institucionalización del Diálogo y la Concertación Octava Política: Descentralización Política, Económica y Administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido del Perú. Equidad y Justicia Social El desarrollo humano integral, la superación de la pobreza y la igualdad de acceso a las oportunidades para todos los peruanos y peruanas, sin discriminación, constituyen el eje principal de la acción del Estado. Décima Política: Reducción de la Pobreza

Décimo Primera: Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación
Décimo Tercera: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social
Décimo Quinta: Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición
Décimo Sexta: Fortalecimiento de la Familia, Protección y Promoción de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud
Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado
Vigésimo Cuarta: Afirmación de un Estado Eficiente y Transparente.

Acuerdo de Partidos Políticos en Salud El año 2006 diversos partidos políticos asumieron el reto de adoptar acuerdos por consenso con relación a la salud pública que, como expresión del derecho a la salud de peruanos y peruanas, se traduzcan en políticas sanitarias a aplicarse en el próximo período de gobierno 2006-2011 en beneficio de la población, avanzando sobre lo ya construido por el país. Como expresión de este trabajo concertado, los representantes de salud de los partidos políticos aprobaron 65 líneas de acción a aplicar en salud en el período de gobierno 2006-2011, en las áreas de reforma del sector como:

- El aseguramiento universal.
- El financiamiento en salud.
- La descentralización del sector.
- La participación ciudadana.
- El acceso y disponibilidad de medicamentos.

Asimismo, frente a los problemas de:

- Salud Infantil
- Salud Materna
- VIH-SIDA, Malaria y TBC.

Dicho acuerdo ha sido suscrito por las direcciones políticas de 16 partidos políticos y fue entregado para su ejecución al Ministerio de Salud y para su seguimiento a la Defensoría del Pueblo, al Acuerdo Nacional y a Foro Salud.

CAPITULO III. ACTORES PÚBLICO ESTATALES Y PÚBLICO NO ESTATALES EN LA FORMULACIÓN DE LAS POLÍTICAS¹³

CASOS: CHILE, COLOMBIA, MÉXICO Y PERÚ

En este capítulo se intenta evidenciar esos actores de carácter público estatal y público no estatal que participaron en la construcción de cada política nacional de salud. Es de mencionar, que dado a que los resultados se basan en los documentos oficiales que cada organismo responsable, en algunos casos fue dificultoso saber con exactitud, la cantidad de organismos o personas que hicieron parte de este proceso. Sin embargo, se extrajo de cada documento, lo expresado allí y en ese forma, los actores más importantes en dicha construcción de la política nacional. Los casos se exponen a continuación.

CHILE

El Plan Nacional¹⁴ ha sido construido a partir de la conformación de un Comité Ejecutivo que ha liderado el desarrollo del trabajo de los 9 OE, con sus respectivos Directores y de la conformación de 54 comisiones técnicas. Cada comisión técnica, estuvo a cargo de un encargado o encargada del Ministerio de Salud, quien tenía la misión de convocar a expertos de su respectivo tema. En estas comisiones han participado sociedades científicas, académicos, colegios profesionales, institutos, organizaciones no gubernamentales, otros ministerios, entre muchos otros. La elaboración del PNS, además de contar con la participación de las comisiones técnicas, ha tenido dos instancias de consultas

¹³ La información presentada aquí, y para el caso de los actores, es extraído de los documentos que explotan la política. Tanto los actores públicos estatales y no estatales que participaron en la formulación son tomados única y exclusivamente se ese o esos documentos institucionales.

¹⁴ Entiéndase también como “Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020”

públicas, una relativa a las metas de impacto propuestas y otra relacionada a los RE.

Adicionalmente se ha realizado al menos dos consultas a las SEREMI, Direcciones de Servicios de Salud, quienes a su vez lo discutieron con establecimientos secundarios y terciarios, así como con la Atención Primaria.

Se presenta a continuación matriz que evidencia a los actores principales y/o responsables, vinculados directamente en la formulación de la política nacional de salud de Chile.

**ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la
Década 2011-2020 - METAS 2011 - 2020**

Ente formulador/responsable: Ministerio de Salud - Vigencia: 2011-2020 - País: Chile	
Actores Público Estatales	Actores Público no Estatales: (Empresas, Organismos Internaciones, universidades y ONG, OSC y otros)
<p>Autoridades Ministerio de Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaime Manalich Muxi Ministro de Salud 2. Jorge Diaz Anaiz Subsecretario de Salud Publica 3. Luis Castillo Fuenzalida Subsecretario de Redes Asistenciales <p>Comité Ejecutivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pedro Zitko Melo (Secretario ejecutivo) 2. May Chomali Garib 3. Liliana Jadue Hund 4. Alejandra Burgos Bizama 5. Jorge Ramírez Flores 6. Camilo Erazo Leiva 	<p>Colaboradores Institucionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Salud Publica 2. Universidad de Chile. Escuela de Salud Publica 3. Universidad de la Frontera. Depto. de Salud Publica 4. Universidad de Concepción. Depto. de Salud Publica 5. Universidad de Tarapacá. Facultad de Ciencias de la Salud 6. Universidad del Desarrollo. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud 7. Asociación Chilena de Municipalidades 8. Organización Panamericana de Salud 9. Unidad de Patrimonio Cultural, Division de Planificacion Sanitaria 10. Sociedad Chilena de Historia y Medicina <p>Colaboradores Transversales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paula Bedregal Garcia 2. Hernan Rosenberg 3. Baltica Cabieses Valdes 4. Roberto del Aguila Vasquez 5. Ximena Aguilera Sanhueza 6. Paulina Reinoso 7. Claudia Gonzalez Wiedmaier 8. Julio Suarez Jimenez
<p>Subsecretaría de Salud Pública:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Itziar Linazasoro Huerta 	
<p>Subsecretaría de Redes Asistenciales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jose Ignacio Dognac 	
<p>Directores de Objetivos Estratégicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marisol Rivera Sciaraffia Directora Objetivo Estratégico 1 2. Maria Cristina Escobar Fritzsche Directora Objetivo Estrategico 2 3. Maria Soledad Carvallo Holtz Directora Objetivo Estrategico 3 4. Sylvia Santander Rigollet Directora Objetivo Estrategico 4 	

5. Christian Fingerhuth Massmann Director Objetivo Estrategico 5	9. Paula Margozzini
6. Silvia Baeza Pinto Directora Objetivo Estrategico 6	10. Maira Marcela Traub
7. Eduardo Jaramillo Mogno Director Objetivo Estrategico 6	11. Claudia Bambs Sandoval
8. Sibila Iniguez Castillo Directora Objetivo Estrategico 7	12. Christian Herrera Riquelme
9. Carla Castillo Laborde Directora Objetivo Estrategico 8	13. Lautaro Fernandez
10. Gisela Acosta Poque Directora Objetivo Estrategico 9	14. Manuel Espinoza Sepulveda
	15. Andrea Quiero
	16. Silvia Allen

Fuente: Elaboración propia a partir de información institucional

COLOMBIA

De acuerdo con el ABC del Plan Decenal de Salud Pública¹⁵, el Ministerio de Salud y Protección Social, consciente de la necesidad de facilitar a todos los actores sectoriales y transectoriales de la salud el conocimiento, la comprensión, y la apropiación para la exitosa implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, presentó una síntesis del documento técnico. Así, el PDSP es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia, permitiendo articular la salud en todas las políticas públicas del desarrollo humano, económico, ambiental y social. El Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000); así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud.

¹⁵ Introito extraído de:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCmins_alud.pdf

Al Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde la rectoría en el proceso de construcción del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021, de acuerdo con la Ley 1438 de 2011; sin embargo, la aplicación y materialización operativa implica un liderazgo territorial de gobernadores y alcaldes, para lograr la integración y el compromiso de todos los sectores y actores en su territorio.

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 es indicativo y contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social. Los gobiernos departamentales, distritales y locales deben adaptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución. Es integral, porque se plantea partiendo de dimensiones prioritarias para la vida de toda persona y es dinámico porque deberá ser reorientado permanentemente a partir de la evaluación de sus propios resultados y de los cambios ocurridos en el entorno social enmarcado en el proceso de planeación territorial definido en la Ley 152 de 1994.

Así mismo, como el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 está planteado con enfoque regional, y reconoce las diferencias como referencia obligada para formular políticas públicas y programas acordes con las características, capacidades específicas y particularidades de los diversos grupos poblacionales y regiones. La construcción del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 es un hito como ejercicio de movilización social sin precedentes en Colombia. En la consulta poblacional los ciudadanos y ciudadanas validaron el PDSP 2012-2021 como la expresión concreta de la política de Estado que reconoce la salud como un derecho interdependiente y una dimensión central del desarrollo humano.

Desde el panorama anterior, que es extraído del “ABC del PDSP”, se intenta evidenciar a los actores que hicieron de esta iniciativa, un trabajo metodológico distinto y novedoso.

En Colombia se presente así:

**EL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012 – 2021 La salud en Colombia la
construyes tú**

Ente formulador/responsable: Ministerio de Salud y la Protección Social - Vigencia: 2012-2021 - País: Colombia	
Actores Público estatales	Actores Público no Estatales: (Empresas, Organismos Internaciones, universidades y ONG, OSC y otros)
<p>Ministerio de Salud y Protección Social:</p> <ol style="list-style-type: none"> Alejandro Gaviria Uribe <p>Ministro de Salud y Protección Social</p> <ol style="list-style-type: none"> Norman Julio Muñoz Muñoz <p>Viceministro de Protección Social</p> <ol style="list-style-type: none"> Fernando Ruíz Gómez <p>Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios</p> <ol style="list-style-type: none"> Martha Lucía Ospina Martínez <p>Directora de Epidemiología y Demografía</p> <ol style="list-style-type: none"> Lenis Enrique Urquijo Velásquez <p>Director de Promoción y Prevención</p> <ol style="list-style-type: none"> José Fernando Arias Duarte <p>Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria</p> <ol style="list-style-type: none"> Luis Carlos Ortíz Monsalve <p>Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud</p> <ol style="list-style-type: none"> Nancy Rocío Huertas <p>Directora de Medicamentos y Tecnologías en Salud</p> <ol style="list-style-type: none"> Luis Gonzalo Morales Sánchez <p>Director de Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones</p> <ol style="list-style-type: none"> Carmen Eugenia Dávila <p>Directora de Financiamiento Sectorial</p> <ol style="list-style-type: none"> José Oswaldo Bonilla <p>Director de la Administración de Fondos de la Protección Social</p> <ol style="list-style-type: none"> Jacqueline Acosta De La Hoz <p>Gerente Nacional Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021</p> <p>La salud en Colombia la construyes tú:</p> <ol style="list-style-type: none"> Fernando Carrillo Flórez <p>Ministro del Interior</p> <ol style="list-style-type: none"> María Ángela Holguín <p>Ministra de Relaciones Exteriores</p> <ol style="list-style-type: none"> María Fernanda Campo Saavedra <p>Ministra de Educación Nacional</p> <ol style="list-style-type: none"> Mariana Garcés Córdoba <p>Ministra de Cultura</p> <ol style="list-style-type: none"> Mauricio Cárdenas Santamaría <p>Ministro de Hacienda y Crédito Público</p> <ol style="list-style-type: none"> Rafael Pardo Rueda 	<ol style="list-style-type: none"> Dra. Orielle Solar H. <p>Jefe Gabinete Subsecretaria de Salud Pública, Ministerio de Salud Chile</p> <ol style="list-style-type: none"> Dra. Pamela Bernal Dr. Jaime Andrés Neira <p>Secretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Salud del Ministerio de Salud Chile</p> <ol style="list-style-type: none"> Isabel Cristina Ruiz Buitrago María Elena Mora Gonzalez <p>Consultoras Externas Ministerio de Salud y Protección Social</p> <ol style="list-style-type: none"> Tatiana Eugenia Díaz Hernández Constanza Peralta Castaño <p>Asesoras OPS Convenio de Cooperación con Ministerio de Salud y Protección Social línea Gestión Integral en Salud Pública</p> <ol style="list-style-type: none"> Carlos Eduardo Castro Hoyos. Director Técnico Nodier Martin Ferro. Director Operativo Gerardo Ernesto Mejía Alfaro. Director Administrativo Juan Abel Lara. Director Financiero <p>Directores Nacionales UNIDECENAL</p> <ol style="list-style-type: none"> Luis Carlos Delgado Hernández. Coordinador Técnico Alfonso Figueroa Meluk. Coordinador Operativo Nelly Astrid Moreno Silva. Coordinadora Administrativa Luis Carlos Delgado Hernández. Coordinador Técnico Adriana Marcela Uribe Sendoya. Líder Grupo María Isabel Torrijos Cadena. Líder Grupo Lady Andrea Huertas Carranza. Líder Grupo Ingrid Vanessa Rojas Ruiz. Líder Grupo <p>Equipo Universidad Nacional de Colombia</p> <ol style="list-style-type: none"> Luis Alberto Tafur Calderón. Coordinador Técnico Constanza Díaz Grajales. Coordinadora Administrativa Nicolás Ortiz Ruiz. Coordinador Pacífico. Lucy Amparo Guzman Gonzalez Karla Mayerling Paz Ledesma <p>Equipo Universidad del Valle - UNIDECENAL</p>

Ministro de Trabajo 1. Cecilia Álvarez Correa Ministra de Transporte 1. Diego Molano Vega Ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones 1. Federico Rengifo Ministro de Minas y Energía 1. Germán Vargas Lleras Ministro de Vivienda, Ciudad y Territorio 1. Juan Camilo Restrepo Ministro de Agricultura 1. Juan Carlos Pinzón Bueno Ministro de Defensa Nacional 1. Juan Gabriel Uribe Vegalara Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible 1. Ruth Stella Correa Palacio Ministra de Justicia y del Derecho 1. Sergio Díaz-Granados Ministro de Comercio, Industria y Turismo 1. Mauricio Santamaría Salamanca Director Departamento Nacional de Planeación, DNP 1. Bruce Mac Master Rojas Director Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, DPS 1. Diego Molano Aponte Director ICBF 1. Álvaro Alejandro Eder Garcés Alto Consejero para la Reintegración, ACR 1. Cristina Plazas Michelsen Alta Consejera para la Equidad de la Mujer 1. Sergio Jaramillo Caro Alto Consejero para la Paz 1. Sandra Bessudo Lion Alta Consejero para la Gestión Ambiental 1. María Cristina Trujillo Alta Consejera para Programas Especiales 1. Alejandro Char Chaljub Alto Consejero para las Regiones y la Participación Ciudadana 1. Francisco José Lloreda Alto Consejero para la Convivencia Ciudadana	1. Astrid Berena Herrera López. Coordinadora Técnica 2. Alonso Lozano Mantilla. Coordinador Administrativo 3. Carolina Rivero Rubio. Coordinadora Operativa 4. Astrid Natalia Paez. Líder Grupo 5. Wilman David Salguero Olivero. Líder Grupo Equipo Universidad Industrial de Santander. UIS-UNIDECENAL 1. Edgar Martin Ferro. Coordinador Técnico 2. Diana Carolina Mesa Lopera. Coordinadora Administrativa 3. Cristina María Mejía Merino. Coordinadora Operativa 4. Dione de Jesús Benjumea Bedoya. Líder Grupo 5. Nidia Edila Guevara Barbosa. Líder Grupo Equipo Universidad de Antioquia - UNIDECENAL 1. Asociaciones de Usuarios, 2. Asociaciones de Pacientes, 3. Fundaciones y entidades sin ánimo de lucro del sector salud, 4. Asociaciones Sindicales del Sector Salud, 5. Agremiaciones Profesionales de la Salud. 1. Conferencia Episcopal, 2. Representantes principales Religiones en Colombia: judaísmo, Cristianismo, Testigos de Jehová.
--	---

Fuente: Elaboración propia a partir de información institucional

MÉXICO

Del caso mexicano hay que decir, que fue muy dificultoso al momento de identificar de forma clara y precisa todos los actores involucrados, pues su documento oficial no contempló un apartado para describir a los actores de carácter público estatal y no estatal u organismo participantes y/o colaboradores.

De esa forma se solicitó a instancias gubernamentales -a las autoridades responsables del tema de salud- vía correo electrónico que apoyaran suministrando la información particularmente de los actores, para dar cuenta de ello, pero no se obtuvo respuesta en ningún momento.

En esa dirección el cuadro a continuación intenta describir algunos actores que se identificaron en el trascurso de la revisión del documento y luego se extrajo información de los portales gubernamentales a fin de confirmar y complementar la matriz.

PLAN SECTORIAL DE SALUD 2013-2018¹⁶

Ente formulador/responsable: Secretaria de Salud de México - Vigencia: 2013-2018- País: México	
Actores Público estatales	Actores Público no Estatales: (Empresas, Organismos Internacionales, universidades y ONG, OSC y otros)
Secretaría de Salud: 1. Mercedes Juna López Secretaria de Salud de México Dependencias: 1. Seguro Popular 2. Instituto Mexicano del Seguro Social 3. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios 4. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	1. Organización Mundial de la Salud 2. Organización Panamericana de la Salud 3. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE
Secretaría de Hacienda y Crédito Público 1. Luis Videgaray Caso Secretaría de Hacienda y Crédito Público de México	Comunidad Científica: 1. Academia Mexicana De Ciencias, 2. Academia Mexicana De Cirugía, 3. Academia Mexicana De Dermatología, 4. Academia Mexicana De Neurología, 5. Academia Mexicana De Pediatría,
Secretaría de la Función Pública 1. Virgilio Andrade Martínez Secretario de la Función Pública de México	

¹⁶ Se desprende del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

<p>Dirección General de Promoción de la Salud 1. Eduardo Jaramillo Director General</p>	<p>6. Academia Nacional De Medicina De México, 7. Colegio Mexicano De Cirugía Neurológica, 8. Colegio Mexicano De Cirujanos Plásticos, 9. Colegio Mexicano De Estimulación Temprana, 10. Colegio Mexicano De Ginecología Y Obstetricia, 11. Colegio Mexicano De Glaucoma, Colegio Mexicano De Medicina Familiar, 12. Colegio Mexicano De Medicina General, 13. Colegio Mexicano De Nutriólogos, Colegio Mexicano De Odontología, 14. Colegio Mexicano De Ortopedia Y Traumatología, 15. Colegio Mexicano De Reumatología, Colegio Mexicano De Urología, 16. Facultad De Medicina De La UNAM, 17. Instituto Mesoamericano De Salud Pública, 18. Sociedad Mexicana De Nutrición Y Endocrinología</p>
<p>Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios 1. Mikel Andoni Arriola Peñalosa Comisionado Federal</p>	
<p>Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social: Secretario Ejecutivo: 1. Gonzalo Hernández Licona Consejeros académicos: Dra. María del Rosario Cárdenas Elizalde 1. Dr. Fernando A. Cortés Cáceres 2. Dr. Agustín Escobar Latapí 3. Dr. Salomón Nahmad Sittón 4. Mtro. John Scott Andretta 5. Dra. Graciela Ma. Teruel Belismelis</p>	

Fuente: Elaboración propia a partir de información institucional

PERÚ

Para el gobierno peruano, un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud.

Así, la mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal.

De esto, existen cuatro funciones principales de un sistema de salud, las cuales se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

De lo que se puede considerar como diferenciador de los demás casos, es el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud - SNCDS que es el conjunto interrelacionado de organizaciones, instituciones, dependencias y recursos nacionales, regionales y locales del sector salud y otros sectores, cuyo objeto principal es desarrollar actividades orientadas a promover, proteger y recuperar la salud de la población.

El Sector Salud está constituido por actores como:

- El Ministerio de Salud.
- Prestadores de Servicios.
- Compradores o Financiadores Institucionales de Servicios.
- Entidades formadoras de Recursos Humanos en Salud.
- Entidades productoras de otros recursos en salud.
- Agencias o dependencias de otros Sectores del Estado con actividades de impacto sobre la salud o sus factores determinantes.
- Otros niveles gubernamentales con actividades relacionadas con la salud colectiva o con repercusiones en ella.
- Sociedad Civil organizada en torno a actividades en el campo de la salud.
- La población, en tanto sea competente para el cuidado de la salud.

De igual forma, a continuación, se presenta una matriz que intenta evidenciar los actores así:

PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD 2007-2020¹⁷

Ente formulador/responsable: Ministerio de Salud - Vigencia: 20007-2020- País: Perú	
Actores Público estatales	Actores Público no Estatales: (Empresas, Organismos Internaciones, universidades y ONG, OSC y otros)
<p>Viceministro de Salud: 1. Dr. José Gilmer Calderón Yberico Representante del Viceministro de Salud 1. Dra. Paulina Giusti Hundskopf Dirección General de Promoción de la Salud: 1. Dra. Elsa Mantilla Portocarrero Directora General Representante de la Dirección General de Epidemiología 1. Dra. Gladys Ramírez Prada</p> <p>Consejo Nacional de Salud</p>	<p>El Acuerdo de Partidos Políticos en Salud: 1. Partido Acción Popular, 2. Partido Alianza para el Progreso, 3. Partido Aprista Peruano, 4. Cambio 90, 5. Partido Descentralista Fuerza Social, 6. Partido Humanista Peruano, 7. Movimiento Nueva Izquierda, 8. Partido Nacionalista Peruano, 9. Partido Perú Posible, 10. Partido Popular Cristiano, 11. Partido Restauración Nacional, 12. Partido Socialista, 13. Partido Solidaridad Nacional, 14. Partido Somos Perú.</p> <p>Centrales sindicales: 1. Confederación General de Trabajadores del Perú (CGTP), 2. Central Unitaria de Trabajadores del Perú (CUT), 3. Confederación de Trabajadores del Perú (CTP), 4. Central Autónoma de Trabajadores del Perú (CATP)</p>
Sanidad de la Policía Nacional	<p>Gremios empresariales: 1. Sociedad Nacional de Industrias, 2. Sociedad Nacional de Minería y Petróleo, 3. Cámara de Comercio de Lima, 4. Sociedad de Comercio Exterior (Comex).</p>
Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales	<p>Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú: 1. Dr. Oswaldo Lazo Gonzáles</p> <p>Representante del Colegio Médico del Perú (Participaron todos los Decanos del Consejo de sus 27 Regional)</p> <p>Academia Nacional de Medicina y exministros de Salud Exministros: 1. Uriel García Cáceres, 2. Carlos Bazán Zender, 3. David Tejada de Rivero, 4. Eduardo Prettel Zárata, 5. Luis Solari de la Fuente, 6. Fernando Carbone Campoverde, 7. Óscar Ugarte Ubilluz.</p>

¹⁷ Este Plan nacional contempla una reforma al sistema de salud a partir de 2005. Así que la mayor parte de la información fue tomada de: Los Lineamientos y medidas de reforma del sector salud “Vivamos el Cambio. Reforma de Salud”

	Decanos de los colegios profesionales de la salud:
	1. Colegio Médico del Perú,
	2. Consejo Regional III Lima
	3. Colegio Médico del Perú,
	4. Colegio Químico Farmacéutico del Perú,
	5. Colegio Tecnólogo Médico del Perú,
	6. Colegio de Enfermeros del Perú,
7. Colegio de Nutricionistas del Perú,	
8. Colegio Odontológico Peruano,	
9. Colegio de Psicólogos del Perú,	
10. Colegio de Biólogos del Perú.	
Prisma Organismo No Gubernamental de Desarrollo (ONGD), Fenutssa	
Federación Nacional Unificada de Trabajadores del Sector Salud	
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud	
Banco Mundial	
Organismo Andino de Salud	
ForoSalud El Foro de la Sociedad Civil en Salud	

Fuente: Elaboración propia a partir de información institucional

CAPITULO IV. LOS ESCENARIOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD.

El presente apartado pretende describir los espacios en donde la población de cada uno de los países participó e intervino en la formulación de la política nacional de salud. En ese sentido, la categoría -Escenarios- será vista desde el componente de participación ciudadana dentro del proceso de construcción colectiva de la política.

Desde esta perspectiva, cada gobierno abrió espacios de concertación y movilización social a fin de que se priorizara en cuanto a la salud de la población. Se considera entonces, que si en realidad se pueden identificar estos espacios, cada Estado, estuvo aproximado una política nacional de salud no solo participativa, equitativa y diferenciadora sino ante todo productiva; porque responderá y atenderá a necesidades diversas y coherentes a los requerimientos de su población. Se presentación a continuación los casos de estudio.

CHILE

Para el caso de Chile, no fue tan claro, el escenario de participación, -y se dice que no es muy claro porque quizá no se evidencia de forma explícita un llamado a la población civil a la construcción de la Estrategia Nacional de Salud –diferente por ejemplo como ocurrió con México y Colombia-.

De cualquier manera, se llevaron actividades regionales en el territorio chileno a través de Jornadas y Talleres que respondían a la fundamentación y consolidación de cada Objetivo Estratégico.

La metodología utilizada para estas actividades se estructuró así:

- Definición el marco referencial del Objetivo Estratégico
- Formulación del Objetivo Estratégico relacionado al tema
- Análisis de situación por subtemas (estado actual, problemas, otros sectores)
- Indicadores y metas por subtemas
- Consolidación de indicadores y posibles metas del objetivo estratégico

- Análisis de situación (intervenciones y lineamientos estratégicos para el logro de la meta)
- Identificación de Resultados Esperados
- Indicadores y metas de Resultados Esperados, y metas de Objetivo Estratégico
- Premisas y amenazas
- Identificación de responsabilidades y rendición de resultados (resultado esperado, indicador de resultado esperado)

En dichas actividades la participación se concentró así:

- 10 Directores Temáticos
- 57 Encargados de Comisiones Técnicas por Sub-temas
- Participantes del Ministerio

Participantes Otras Instituciones dependientes del Ministerio:

- -Subsecretaría de Salud Pública
- -Subsecretaría de Redes Asistenciales
- -Gabinete del Ministro
- -FONASA
- -ISP
- -Superintendencia de Salud
- -CENABAST

Participantes Externos:

- -Facultades de Ciencias de la Salud/ Med./Od.
- -Escuelas de Salud Pública/ Dptos.
- -Sociedades Científicas
- -Academia de Medicina
- -Colegios profesionales
- -Expertos independientes
- -Otras facultades
- -Agrupaciones de usuarios
- -ONGs

Lo particular del caso Chile, y apoyados en la información netamente institucional, es que no se evidencia un espacio de participación ciudadana –pudo existir, no se intenta expresa lo contrario, pero no se evidencia o no se sistematizaron las experiencias- lo que dejaría entrever que –y seré algo arriesgado a decirlo- que fue una política construida desde lo institucional, no pensada desde las poblaciones.

COLOMBIA

En Colombia, a partir de la Constitución de 1991 en la que se consagran las garantías para el cumplimiento de derechos, se tienen procesos de aprendizaje en la interacción del Estado y la Ciudadanía. La participación en la Constitución es un ejercicio político donde la ciudadanía se pronuncia para el cumplimiento de los derechos y no de los intereses “comunitarios”.

La participación ciudadana corresponde a intereses de la sociedad civil, reconociéndolos como públicos y políticos.

A tono con esto, la Movilización Social consiste en involucrar como aliados activos a instituciones sociales importantes, con poder de convocatoria e influencia en los grupos de personas con que trabajan.

La Movilización Social buscó que los diferentes Grupos de Interés (stakeholders) se apropiaran del proceso de formulación del **Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021. *La salud en Colombia la construyes tú***, esto significa que la presencia de la ciudadanía y las comunidades son el aporte para regular, articular y concertar la diversidad de intereses en las regiones del territorio nacional y fortalecer la formulación de un Plan Decenal de Salud Pública, al cual la ciudadanía y sus organizaciones sociales deberán hacer seguimiento, solicitar rendición de cuentas y control social en cada municipio, región, departamento y en el país.

Este proceso de participación ha dado a los ciudadanos la oportunidad de expresar lo que piensan sobre el proceso de formulación del PDSP, sobre las Dimensiones prioritarias y a los Grupos de Interés consultados, sentirse corresponsables de la formulación del PDSP.

Del mismo modo, se establecieron unos objetivos como:

- Acompañar, soportar y fortalecer la Fase de Consulta para la formulación del Plan Decenal de salud Pública.
- Lograr una participación activa y efectiva de los ciudadanos y ciudadanas y de los diferentes actores transectoriales.
- Divulgar para conocimiento general los avances y desarrollo del proceso de construcción del PDSP.
- Contribuir con generación de procesos de transparencia en la gestión pública
- Incidir en los periodistas y los líderes de opinión para garantizar su involucramiento con el tema y la sostenibilidad de la intervención en los medios.
- Garantizar la participación de los distintos Grupos de Interés en las diferentes consultas llevadas a cabo, a saber:
 - **Territorial:** zonal, departamental, regional y nacional
 - **Sectorial:** 13 talleres con actores del sector salud modalidad presencial, con cobertura nacional, que involucraron a Entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social, Secretarías o Direcciones Departamentales, Distritales y municipales de Salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), Administradoras de Riesgos profesionales (ARP), Cajas de Compensación, Gestarsalud, ACEMI, Regímenes de salud especiales, Universidades, ASCUN, COLCIENCIAS, Asociaciones Académicas y Sociedades Científicas, Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Fundaciones y Entidades Sin Ánimo de Lucro del Sector Salud, Asociaciones Sindicales del Sector Salud, Agremiaciones Profesionales de la Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, Cooperativas de Hospitales, Asociación de Clínicas y Hospitales, Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (ACESI) y la Industria del Sector Salud. Total de participantes: 558. Gestionado por el Grupo Nuclear y el Equipo Técnico del Plan, con soporte logístico gracias al Convenio de Cooperación Técnica No. 485/10 con OPS.

- **Con Poblaciones Especiales:** Familias; Niños, niñas y adolescentes; Mujeres, Discapacidad, Tercera Edad, LGBTI, Grupos étnicos (indígenas, Pueblo Rrom, afrocolombianos), Víctimas.
- **Transectorial:** Con los actores involucrados en cada una de las Dimensiones prioritarias del PDSP

A continuación se describe quizá una de las experiencias más interesantes de la Fase de consulta: un Mini sitio web.

Mini Sitio

Coincidente con el inicio de la Fase de Consulta, se creó el Mini Sitio del Plan Decenal de Salud Pública, alojado en el sitio Web del Ministerio de Salud y Protección Social.

El banner ubicado en el lado derecho del Sitio Web del Ministerio, les permitió a los usuarios visibilizarlo rápidamente.

<http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20Publica.as>

px



Tomado de: Sistematización de Estrategia de Movilización Social

En Colombia, iniciativas promovidas por el gobierno actual como Gobierno en Línea – creada para facilitar el relacionamiento con las entidades del estado – y Urna de Cristal – canal de participación – se orientan a mejorar la interacción entre el estado y los ciudadanos facilitando los trámites, la resolución de inquietudes e incentivando la participación en los procesos de toma de decisión y construcción de políticas públicas.

Bajo el componente de participación, esta estrategia de participación planteó la creación de un Mini Sitio para el proceso de consulta y construcción del Plan Decenal de Salud Pública que permitiera que los ciudadanos de todo el país pudieran conocer los contenidos propuestos en el plan y hacer sus aportes con solo acceder a Internet.

Siguiendo la línea comunicativa planteada en otras piezas, el Mini sitio ha utilizado un lenguaje incluyente, sencillo, orientado a la información e invitando a la participación.

Se han integrado elementos visuales que permitan una comprensión rápida y sencilla de la información, especialmente en cuanto a participación en el proceso de consulta con miras a la formulación del Plan Decenal de Salud Pública.

Objetivos del Mini Sitio:

- Establecer un mecanismo virtual de participación ciudadana.
- Tener un espacio de difusión y comunicación de los diferentes elementos conceptuales y técnicos del plan
- Obtener insumos cuantitativos sobre la participación ciudadana a través de mini sitio

Cifras de participantes en la consulta ciudadana, modalidad virtual, en el Mini Sitio Web (fecha de cierre, 31 de octubre):

- Número de consultas únicas a la página del mini sitio: 101.765
- Número de veces que se ha consultado la página del mini sitio: 132.655
- Personas que han registrado datos de identificación: 889
- Número de aportes y comentarios ciudadanos: 1.638
- Total de votaciones a los aportes ciudadanos registrados: 20.534

En la construcción del Plan Decenal de Salud Pública participaron:

- Más 20.000 colombianos de 934 municipios y 4 distritos, a través de las 166 reuniones zonales, 32 reuniones departamentales y 6 reuniones regionales.
 - 101.765 ciudadanos y ciudadanas, consultaron virtualmente el "mini sitio web Plan Decenal 2012 -2021", durante cuatro meses. 1.638 de estos ciudadanos dejaron sus aportes.
 - 558 actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la industria del sector.
 - 103 personas de grupos organizados de la sociedad, a través de 13 reuniones.
- 
- 360 niños, niñas y adolescentes dejaron sus aportes al Plan en 10 talleres regionales organizados para ellos.

Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

MÉXICO

El escenario de participación para el caso Mexicano, se denominó *Consulta ciudadana*. Este se estructuró en dos frentes: Foros de consulta y Mesas sectoriales.

Foros de consulta: Como parte de la realización del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 se llevaron a cabo 44 foros que junto con 231 paneles de discusión sumaron 275 acciones de consulta, en los que participaron 48,527 personas.

La finalidad de los foros fue discutir temas de relevancia nacional y así enriquecer los objetivos y las Metas Nacionales del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Foros de consulta	Números de foros	Números de paneles de discusión	Números de asistentes
Nacionales	5	31	6.744
Especiales	7	40	3.481
Estatales	32	160	38.302

Fuente: Elaboración propia. Tomado de: Plan Sectorial de Salud 2013-2018

Dada la importancia de los foros se tomaron en cuenta las conclusiones y propuestas que resultaron de éstos para retroalimentar los objetivos, estrategias y líneas de acción del *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*.

A fin de ilustrar el trabajo hecho por el gobierno Mexicano se describirán a continuación algunos de los foros teniendo en cuenta que se desarrollaron foros Nacionales, Especiales y Estatales¹⁸.

Se presentan a continuación uno por cada caso a fin de conocer la experiencia mexicana.

¹⁸ Tomado textualmente de: Plan Sectorial de Salud 2013-2018, solo se toman algunos a fin de evidenciar el proceso de consulta.

FORO DE CONSULTA	PRINCIPALES PROPUESTAS
Foros nacionales	<p>México con Responsabilidad Global (Distrito Federal-12 de marzo de 2013)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzar los programas de protección a migrantes mexicanos e invertir en mayores y mejores servicios consulares. 2. Fortalecer el enfoque regional y multilateral de México y definir los temas prioritarios en cada uno de los foros regionales. 3. Considerar a pueblos indígenas y a las mujeres en el diseño de políticas públicas con Centroamérica. 4. Replantear, con rostro social y derechos humanos, los paradigmas del desarrollo en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y las metas Post2015. 5. Fortalecer la presencia de México en los organismos internacionales.

Fuente: Elaboración propia. Tomado de: Plan Sectorial de Salud 2013-2018

FORO DE CONSULTA	PRINCIPALES PROPUESTAS
Foros especiales	<p>Jóvenes (Colima, Colima-14 de marzo de 2013)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir riesgos debidos a accidentes vehiculares, desnutrición y malnutrición, salud sexual y consumo de drogas. 2. Generar campañas preventivas que impulsen la seguridad vial y desalienten la utilización de vehículos motores cuando el piloto se encuentre bajo la influencia del alcohol. 3. Impulsar campañas que fomenten la alimentación correcta, así como el combate al sedentarismo. 4. Combatir la pandemia de VIH/SIDA. 5. Reducir los embarazos no deseados en la población joven. 6. Generar campañas informativas dirigidas a las poblaciones más vulnerables a sufrir alguna Enfermedad de Transmisión Sexual. 7. Realizar campañas que concienticen sobre el consumo moderado del alcohol y sobre el daño que provocan los inhalantes a sus usuarios.

Fuente: Elaboración propia. Tomado de: Plan Sectorial de Salud 2013-2018

FORO DE CONSULTA	PRINCIPALES PROPUESTAS
Foros estatales	<p>Chihuahua (Chihuahua-19 de abril de 2013)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la competencia mediante la inversión para satisfacer la demanda en lugar de dirigirlo a la oferta de los servicios. 2. Estimular las buenas prácticas profesionales a través de la reglamentación. 3. Conjugar la metodología, ciencia y tecnología, para procesar los signos y síntomas del enfermo y lograr modernidad en el manejo de la salud de la persona. 4. Aumentar el número de hospitales generales con especialidades como: cardiología, neurología, oncología, nefrología, entre otros, en todo el país

Fuente: Elaboración propia. Tomado de: Plan Sectorial de Salud 2013-2018

Mesas sectoriales: Asimismo se llevaron a cabo nueve mesas de trabajo sectoriales el día 22 de marzo de 2013 en la Ciudad de México con la finalidad de discutir y aportar propuestas sobre temas específicos. Estas mesas sumaron en total 291 asistentes y 34 ponencias. Se presenta un cuadro que da cuenta de la experiencia.

Mesa de trabajo sectorial	Número de asistentes	Número de ponencias
Universalización de los servicios de salud	24	3
Regulación sanitaria eficiente de bienes y servicios	22	4
Prevención de adicciones	35	3
Mortalidad materna	28	5
Diabetes y obesidad	39	5
Cáncer	27	5
Calidad de los servicios de salud	43	3
Acceso efectivo a servicios de salud	41	3
Abasto de medicamentos	32	3

Fuente: Elaboración propia. Tomado de: Plan Sectorial de Salud 2013-2018

A fin de ilustrar el trabajo hecho por el gobierno Mexicano se describirán a continuación algunas de las estructuras de las Mesas sectoriales¹⁹. Se presenta a continuación uno ejemplo conocer la experiencia mexicana.

¹⁹ Tomado textualmente de: Plan Sectorial de Salud 2013-2018, solo se toman algunos a fin de evidenciar el proceso de consulta.

MESA DE TRABAJO SECTORIAL	PRINCIPALES PROPUESTAS
<p>Universalidad de los servicios de salud</p>	<p><i>Función de rectoría</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crear la Comisión Nacional de Información en Salud, con la responsabilidad de consolidar toda la información en salud. 2. Crear el Instituto de Excelencia Médica que desarrolle las capacidades de investigación aplicada a la definición de los estándares de atención. 3. Crear la Comisión Nacional de Auditoría de la Salud, que cumpla la función de vigilar el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios, equidad, efectividad y eficiencia en los tres niveles de atención. 4. Consolidar el Padrón general de Salud que permita la portabilidad paulatina de la información médica entre las instituciones, así como identificar y eliminar las duplicidades de aseguramiento. <p><i>Financiamiento</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unificar los fondos públicos destinados a salud y las reglas de operación y ejercicio de dichos recursos, con el fin de evitar duplicación de acciones. 2. Crear un fondo único con base en impuestos generales para las acciones de salud de las personas. 3. Separar el financiamiento para las acciones de salud pública dirigidas a la comunidad y el medio ambiente. <p><i>Provisión de servicios</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la atención primaria de salud con un nuevo modelo de atención. 2. Uniformar la capacidad de respuesta del sistema a fin de que la oferta de servicios sea homogénea. 3. Recuperar la figura del médico de “cabecera” en el primer nivel de atención.

Fuente: Elaboración propia. Tomado de: Plan Sectorial de Salud 2013-2018

Aquí es necesario rescatar, que el caso mexicano dedicó un espacio a evidenciar y a sistematizar dentro del documento oficial del Plan Sectorial de Salud, la experiencia consulta ciudadana, que en este caso se constituye como esos escenarios donde la ciudadanía tuvo la oportunidad y opción de intervenir o escuchar lo concerniente en materia de salud para un periodo de 5 años.

Para este tipo de estudios e investigaciones, es vital poder acceder a este tipo de información que sin duda es un insumo. Casos como el de Chile y Perú, son inciertos al momento de aludir o enunciar esos escenarios de participación ciudadana.

PERÚ

Para el caso de los escenarios de formulación del Plan, donde la ciudadanía debió jugar un papel fundamental, hay que decir que no se encontró una experiencia sistematizada de este proceso. Algo similar ocurrió con el caso Chileno.

Sin embargo, dentro de unos de los documentos oficiales del Plan, se halló que la formulación del Plan Nacional Concertado de Salud (PCNS)²⁰ tuvo las siguientes etapas:

- a) **Elaboración de la Propuesta Técnica del Plan**, a cargo de una comisión encargada de elaborar la propuesta técnica, con la participación de los equipos técnicos de las principales direcciones y oficinas generales del Ministerio de Salud así como de otras instituciones tales como: el Colegio Médico del Perú, Foro Salud, Asociación de Clínicas Privadas.

- b) **Taller de Validación de la propuesta técnica**, que se enriqueció con el aporte de diversas instituciones académicas, colegios profesionales, instituciones vinculadas al tema de salud, y agencias cooperantes, luego de la discusión de la situación actual de cada uno de los problemas del sistema de salud de los determinantes de la salud, así como, de las intervenciones y estrategias que deberían ser implementadas.

- c) **Consultas Regionales**, se recogieron aportes del gobierno regional, gobiernos locales, sociedad civil organizada y no organizada, con una participación de 2000 ciudadanos de los Gobiernos Regionales. Las cuales se realizaron en: Madre de Dios, Amazonas, Tacna, Callao, Ancash, Cajamarca, Huánuco, Ica, Loreto, Moquegua, Pasco, Tumbes, Apurímac, Ayacucho, Junín, Piura, Puno, Lambayeque, Arequipa, Ucayali, San Martín, Huancavelica, Cusco, Lima Metropolitana y Lima Provincias.

²⁰ Información extraída del documento: Informe de evaluación del Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2011.

- d) **Taller de Determinantes de la Salud**, grupos de expertos desarrollaron las fichas técnicas de los determinantes de la salud las que fueron revisadas y ajustadas en un taller por los equipos técnicos de los sectores de Vivienda, Salud, Educación, Interior, MINDES, de DIGESA, CONCYTEC, Programas sociales (JUNTOS), municipios y otros. e) Asimismo, han sido importantes los aportes alcanzados por las agencias de cooperación, tales como: OPS, CARE-Perú y UNICEF.

La formulación del Plan Nacional Concertado de Salud, por lo descrito en el documento aprobado, fue con participación del sector salud y otros sectores como vivienda, educación, MINDES, Gobiernos Regionales y Locales entre otros, por lo que puede ser considerado que como tal CONCERTADO, sin embargo en el proceso de evaluación se ha observado que la implementación del Plan no fue concertado ni en el sector, ni intersectorial, y aun mas con debilidades en el mismo sub sector salud.

CAPITULO V. LAS ESTRATEGIAS PARA RESPONDER A LAS DEMANDAS EN MATERIA DE SALUD.

CASOS: CHILE, COLOMBIA, MÉXICO Y PERÚ

CHILE

La Encuesta Nacional de Salud en su momento mostró, que la población chilena ha sufrido profundas transformaciones. Hay un aumento de las enfermedades no transmisibles que se derivan del envejecimiento y de los hábitos de vida y las conductas de las personas.

En este escenario, se requiere una atención de salud más amplia e integral, pero también de otras acciones que no son sanitarias. Se alude a una política de Estado que involucre a distintos ministerios y organismos gubernamentales y que apunte a mejorar la calidad de vida de los chilenos.

Es en este contexto en el cual se construyó la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020, que fija Objetivos Estratégicos de los cuales se desprenden las Estrategias que se definen como un conjunto de acciones concretas que se hacen cargo del problema y que pone la salud y la calidad de vida de la población como eje orientador de las políticas.

El caso de Chile presenta la siguiente matriz a continuación:

ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020
- METAS 2011 – 2020

Ente formulador/responsable: Ministerio de Salud - Vigencia: 2011-2020 - País: Chile	
Objetivos Estratégicos	ESTRATEGIAS
<p>OE 1. Enfermedades Transmisibles</p> <p>Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.</p>	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
<p>OE 2. Enfermedades no Transmisibles y Violencia</p> <p>Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.</p>	Aumento de la sobrevida 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 mortalidad por accidentes de tránsito
Disminución de los femicidios.	
<p>OE 3. Factores de Riesgo</p> <p>Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población.</p>	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
OE 4. Ciclo Vital Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital	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
OE 5. Equidad en Salud Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud	Disminución de la gradiente de inequidad en salud relacionada con posición social
	Inequidad por zonas geográficas
OE 6. Medio Ambiente e Inocuidad de Alimentos Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de seguridad e inocuidad de los alimentos	Disminución de la exposición diaria a contaminación atmosférica
	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
OE 7. Fortalecer el Sector Fortalecer la institucionalidad del sector salud	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
	Mantenimiento de la participación y cooperación internacional en salud
OE 8. Calidad de la Atención	Disminución de listas de espera
	Aumento de los establecimientos de salud acreditados

Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas	Mejoramiento de la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias
	Disminución la Insatisfacción Usuaría
OE 9. Desastres, Emergencias y Epidemias Fortalecer la respuesta adecuada del Sector Salud ante emergencias, desastres y epidemias	Contar con planes aprobados y actualizados en Gestión Integral del Riesgo y establecimientos de salud seguros

Fuente: Elaboración propia a partir de información institucional

COLOMBIA

El caso colombiano, resulta el más organizado, el más estructurado, -desde lo que se describe en los documentos oficiales de la política- del que ahora en adelante podría servir de modelo regional en materia de salud pública. En esa perspectiva las estrategias de Colombia, vienen enmarcadas en Dimensiones y luego Componentes, esto sin duda deja entrever un trabajo que priorizó lo que realmente es imperativo en la agenda de la salud pública nacional. En ese contexto, no se escapan tres líneas que se enuncian a continuación:

La línea de promoción de la salud Reúne las acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios, necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto, logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en ese territorio y así las condiciones de calidad de la vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de su vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. Esta línea incluye acciones de:

- Formulación de políticas públicas
- Movilización social
- Generación de entornos saludables
- Generación de capacidades sociales e individuales
- Participación ciudadana
- Educación en salud

La línea de gestión del riesgo en salud Reúne las acciones que sobre una población específica con individuos identificables y caracterizable, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.

Estas acciones hacen parte de un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza (como la frecuencia y severidad) de un evento o de los eventos a través de una secuencia de actividades que incluye evaluación de riesgo, desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo. Las amenazas pueden estar causadas por el medio ambiente, la actividad laboral la tecnología, los comportamientos humanos la epidemiología poblacional y los factores biológicos de las personas, entre otros. En el riesgo en salud, el evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución negativa o complicaciones y las causas son los diferentes factores que se asocian con la ocurrencia de esa enfermedad, su evolución negativa o su complicación. Esta línea incluye acciones de:

- Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial
- Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial
- Modificación del riesgo
- Vigilancia de la gestión del riesgo
- Gestión de la calidad de la atención
- Coordinación administrativa – técnica de los servicios y planes

La línea de gestión de la salud pública Reúne las acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia y administración y fiscalización de recursos. Orienta la integración de manera coordinada y efectiva, las acciones de todos los actores que operan en el territorio y garantiza el cumplimiento del rol de cada uno, armonizando los servicios de atención médica con las acciones de control realizadas sobre los determinantes de la salud por parte de la población, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, públicos y privados. Esta línea incluye acciones de:

- Conducción
- Sostenibilidad del financiamiento
- Garantía del aseguramiento
- Fiscalización
- Intervenciones colectivas
- Movilización de los otros sectores de la sociedad, de los territorios y de la ciudadanía.

Luego de la ruta anterior, el Plan de Decenal de Salud Pública de Colombia, presenta las estrategias con las que pretende dar frente a los requerimientos y necesidades en salud de su población. Se presenta una matriz a continuación.

EL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012 – 2021 La salud en Colombia la construyes tú

Ente formulador/responsable: Ministerio de Salud y la Protección Social - Vigencia: 2012-2021 - País: Colombia		
Dimensión	Componente	ESTRATEGIAS
Salud Ambiental	Hábitat Saludable	Acuerdos multilaterales sobre el ambiente y el desarrollo sostenible
		Alianzas entre los sectores público y privado
		Atención Primaria en Salud - Atención Primaria en Salud Ambiental
		Educación en Salud Ambiental
		Estrategia de Entorno Saludables
		Fortalecimiento de la gobernanza en salud ambiental nacional e internacional
		Desarrollo de sistemas de transporte sostenibles y movilidad segura
		Desarrollo urbano
		Gestión Integrada del Recurso Hídrico, residuos líquidos y sólidos
		Gestión racional de los productos y los desechos químicos
		Mejoramiento de barrios marginales
		Mejoramiento del bienestar de los pueblos indígenas y sus comunidades
		Mejoramiento de Vivienda
		Planes de Acción Intersectoriales de Entornos Saludables – PAIES
		Producción Limpia
		Renovación urbana
		Promoción de tecnologías alternativas
	Promoción de la calidad del aire al interior y exterior de las edificaciones urbanas y rurales	
	Entornos laborales saludables que promuevan la salud y mejoren las condiciones de trabajo y disminuyan los riesgos laborales	
	Promoción de la salud de los trabajadores informales	
	Situaciones en salud relacionadas con condiciones	Atención Primaria en Salud - Atención Primaria en Salud Ambiental
		Educación en Salud Ambiental
		Gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública
		Investigación para la salud ambiental
		Vigilancia Sanitaria. Promoción de la autogestión y autorregulación
		Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública e inteligencia epidemiológica
		Desarrollo de capacidades en los actores del Sistema
Procesos de cooperación nacional e internacional		
Observatorio de Salud Ambiental –OSA		

		Sistema Unificado de información en salud ambiental	
		Sistema Nacional de Inspección Vigilancia y Control - IVC	
		Sistemas de alerta de emergencias	
		Atención Primaria en Salud - Atención Primaria en Salud Ambiental	
	Protección de la salud en los trabajadores	Desarrollo de capacidades en los actores del Sistema General de Riesgos Laborales	
		Prevención de las enfermedades laborales y los accidentes de trabajo	
		Prevención y mitigación de los riesgos laborales	
		Creación y fortalecimiento de espacios y mecanismos para la organización de poblaciones de trabajadores vulnerables y su participación efectiva	
		Desarrollo de capacidades en los actores del Sistema General de Riesgos Laborales	
		Prevención de las enfermedades laborales y los accidentes de trabajo	
	Vida Saludable y	Modos, condiciones y estilos de vida saludables	Prevención y mitigación de los riesgos laborales
			Políticas públicas intersectoriales
			Alianzas intersectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables
			Desarrollo de regulación y el control adecuado de la composición de alimentos procesados
Control sobre la disponibilidad, comercialización y acceso de bebidas alcohólicas			
Regulación de la publicidad, promoción, patrocinio y comercialización, que proteja, informe y eduque en hábitos y estilos de vida saludable			
Fortalecimiento capacidades técnica, científica y operativa			
Desarrollo de sistema de incentivos, que promuevan y garanticen la oferta y demanda efectiva de bienes y servicios que cumplan con las recomendaciones de la OMS			
Fomento de medidas regulatorias, de mercado, informal, fiscal y no fiscal, con el fin de reducir precios de alimentos saludables			
Movilización social y corresponsabilidad de actores, sectores y comunidades, hacia la promoción de los modos, condiciones y estilos vida saludable			
Participación social activa, para la construcción, monitoreo y evaluación de procesos			
Desarrollo de plataformas y proyectos multipropósito intersectoriales			
Información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludables			
Desarrollo de entornos que promuevan estilos de vida saludable y protejan la salud			
Protección de las políticas públicas de salud frente a los intereses comerciales o de otra índole de la industria tabacalera			
Políticas públicas intersectoriales			
Alianzas intersectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables			

condiciones no transmisibles	Condiciones Crónicas Prevalentes	Normas, políticas, planes y programas sectoriales
		Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano
		Desarrollo de modelos y formas de atención diferencial de las ENT sostenibles
		Promoción, fomento y monitoreo del mejoramiento de producción regional
		Fortalecimiento de procesos de desarrollo, regulación y evaluación de tecnologías apropiadas
		Desarrollo e implementación de estrategias de alto impacto
		Desarrollo de una línea de cuidado a las personas con ENT
		Desarrollo de capacidades nacionales y locales para la innovación, uso y aplicación de las TICS para mejorar el acceso y la atención de las ENT
		Desarrollo de procesos para la vigilancia, control, evaluación e investigación
		Desarrollar capacidades de investigación y evaluación en exposición, resultados, intervenciones y capacidad de respuesta
		Promoción de la donación altruista de componentes anatómicos
		Protección y desarrollo integral del recurso humano sectorial
		Cooperación internacional
		Normas, políticas, planes y programas sectoriales
		Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano
Convivencia social y salud mental	Promoción de la salud mental y la convivencia	Entornos protectores de la salud mental
		Entornos favorables para la Convivencia
		Redes socio – institucionales
		Tecnologías de la información y las comunicaciones en pro de la salud mental
		Comunicación, orientación e información
		Mobilización Social y Comunitaria para la garantía del derecho a la Atención Psicosocial y Salud Integral a las víctimas del conflicto armado
		Agenda psicosocial para víctimas del conflicto
		Gestión del conocimiento en salud mental
	Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia	Participación social y comunitaria para la prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas.
		Información, Educación y Comunicación para la prevención de la violencia en entornos familiares, escolares, laborales y comunitarios
		Políticas públicas de desarme
		Estrategia Nacional frente al consumo de alcohol
		Atención psicosocial a víctimas de la violencia
		Atención al impacto de la violencia

		Mejoramiento de la atención en salud de los problemas y trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas
		Gestión del conocimiento que contempla la gestión de la información
		Asesoría, asistencia técnica y acompañamiento
		Fortalecimiento de la capacidad de respuesta
		Vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Disponibilidad y acceso a los alimentos	Construcción y desarrollo de la institucionalidad para la SAN
		Alianzas estratégicas.
		Participación social y comunitaria en los planes, programas y proyectos de SAN
		Información, educación y comunicación
		Planes territoriales de SAN
		Seguimiento y evaluación
	Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos	Construcción y desarrollo de la institucionalidad para la SAN
		Alianzas estratégicas
		Participación social y comunitaria en los planes, programas y proyectos de SAN
		Información, educación y comunicación
		Planes territoriales de SAN
		Seguimiento y evaluación
	Inocuidad y calidad de los alimentos	Gestión de las Políticas de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias
		Reglamentación
		Inspección, Vigilancia y Control
		Fortalecimiento del sistema de Vigilancia en Salud Pública
		Desarrollo de capacidades técnicas y analíticas y fortalecimiento de los Laboratorios de análisis de alimentos
		Información, Educación y Comunicación
Derechos y sexualidad	Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género	Políticas públicas sectoriales e intersectoriales que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde los enfoques de género y diferencial
		Coordinación interinstitucional e intersectorial para garantizar el desarrollo de acciones articuladas para cumplir con los fines del Estado Social de Derecho relacionados con la sexualidad
		Coordinación intersectorial, y comunitaria para el desarrollo de políticas públicas que promuevan el diseño e implementación de estrategias de movilización social
		Desarrollo de acciones de información, educación y comunicación, fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre, autónoma, sin estigma ni discriminación por motivos de género, edad

		Información, Educación y Comunicación para el acceso y uso de servicios de salud
		Diseño e implementación de estrategias sectoriales e intersectoriales de movilización social, información, educación y comunicación, para la promoción de la equidad de género
		Desarrollo normativo para el respeto, la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población
		Fortalecimiento institucional para el cumplimiento de la normatividad internacional y nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población
		Creación de mecanismos interinstitucionales para garantizar el acceso a la justicia real y efectiva para el restablecimiento de los derechos a quienes les han sido vulnerados sus derechos sexuales y derechos reproductivos
		Empoderamiento de los grupos, organizaciones y redes en el ejercicio y exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos
		Fortalecimiento del compromiso social de los medios de comunicación en la promoción del respeto y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos
		Consolidación de una política de educación sexual que involucre a toda la comunidad educativa
		Desarrollo e implementación de políticas, planes, programas y proyectos que garanticen el derecho a la educación, recreación, cultura, y al trabajo digno con igualdad de oportunidades y entornos equitativos
		Desarrollo e implementación de medidas ágiles, oportunas y especializadas de protección para garantizar una vida libre de violencias y discriminación
		Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico
	Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos	Desarrollo de acciones de inducción de la demanda a servicios de consejería, consulta de anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos
		Desarrollo de tecnologías de información y comunicación para movilización de actores institucionales y comunitarios
		Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad
		Incorporar en la Política Nacional de humanización de los servicios de salud los enfoques de derechos, género y diferencial
		Cero barreras de acceso a la atención obstétrica en el marco del proyecto de Redes integradas e integrales que incluya
		Vigilancia de la morbilidad materna y neonatal extrema
		Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de la mujer antes, durante y después de un evento obstétrico

		Fortalecimiento de sistemas de información y gestión del conocimiento para la promoción de la salud materna y perinatal
		Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes
		Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de adolescentes y jóvenes
		Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, género y diferencial
		Desarrollo sistemas de información y gestión del conocimiento para la promoción de la Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes
		Desarrollo de estrategias para la prevención de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, la trata de personas y el reclutamiento forzado, así como la atención de las víctimas de estos delitos
		Ampliación de la red de servicios amigables para jóvenes y adolescentes con enfoque de derechos, género y diferencial
		Diseñar, desarrollar y fortalecer sistemas de evaluación de resultados de las políticas, mecanismos y planes de acción intersectoriales
		Abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales
		Desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos para la prevención, detección y la atención integral a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales.
		Implementación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres
		Garantía de una atención integral a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales desde los sectores de salud, protección y justicia
		Fortalecimiento de las capacidades personales y profesionales del talento humano de los sectores de salud, protección, justicia y educación para la atención integral de las violencias de género y violencias sexuales con enfoque de derechos, género y diferencial
		Implementación de estrategias diferenciales para el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva, prevención y atención de violencias de género y sexual, de las personas, familias y comunidades víctimas del conflicto armado
		Consolidación de los sistemas de información sobre violencias de género
		Acceso universal a prevención y atención integral en ITS-VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.
		Coordinación intersectorial, para el impulso de políticas públicas que promuevan los derechos sexuales y reproductivos con enfoque de determinantes de la salud
		Articulación intersectorial para la reducción de condiciones de vulnerabilidad y prevención de la transmisión de ITS-VIH/SIDA en poblaciones mayormente afectadas o

		en contextos de vulnerabilidad
		Coordinación con sector educativo para fortalecer el “Proyecto de Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía” en el marco del compromiso latinoamericano “Prevenir con educación”
		Desarrollo de leyes y normas que garanticen los derechos de las poblaciones más vulnerables a las ITS VIH/ Sida o que combatan cualquier forma de estigma y discriminación
		Desarrollo de estrategias educativas para la prevención de las ITS- VIH / SIDA y la reducción del estigma y la discriminación en el entorno laboral.
		Coordinación con el sector cultura, comunicaciones, eclesial y de fuerzas armadas para la concurrencia de acciones que apunten a reducir condiciones de vulnerabilidad en ITS - VIH / SIDA.
		Coordinación de acciones intersectoriales y sectoriales (PAI, Bancos de Sangre, Riesgos laborales y Salud Sexual y Reproductiva) para la prevención y control de la Hepatitis B.
		Fortalecimiento de capacidades de la sociedad civil frente a ITS-VIH/SIDA en acciones de tipo comunitario
		Información educación y comunicación para la reducción del estigma y discriminación hacía personas que viven con VIH/SIDA
		Prevención de la transmisión madre hijo de la sífilis congénita y del VIH/SIDA.
		Promoción de la demanda y ampliación de la oferta de asesoría y prueba voluntaria de ITS- VIH/SIDA
		Farmacovigilancia que incluya la generación y difusión de sistemas de alertas
		Vigilancia en salud pública y gestión del conocimiento que incluye el fortalecimiento del sistema de Información del Plan Nacional de Respuesta a las ITS – VIH / Sida

Vida saludable libre de enfermedades transmisibles	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas	Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo que incluye:
		Implementación de las estrategias específicas de atención primaria como las salas ERA y otros servicios básicos en salud.
		Desarrollo del componente comunitario para la prevención y cuidado adecuado de los casos de IRA leve en casa en el contexto de la AIEPI
		Implementación de las líneas de acción de los planes estratégicos “para aliviar la carga y sostener las actividades de control” en enfermedad de Hansen y “Colombia libre de tuberculosis”.
		Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas, que incluye:
		Fomento a la participación comunitaria durante el desarrollo y evaluación de las estrategias
		Adecuación sociocultural y técnica de la estrategia de desparasitación y SAFE de tracoma
		Implementación de lineamientos para el manejo clínico y programático del tracoma, las geo helmintiasis y otras enfermedades infecciosas
		Construcción participativa de la política de prevención y control de las IAAS, la Resistencia Antimicrobiana y el Uso prudente de antibióticos
		Desarrollo de diagnósticos institucionales y encuestas periódicas de prevalencia de las IAAS en UCI, servicios quirúrgicos, gineco-obstétricos y en hospitalización.
		Desparasitación antihelmíntica a niños en edad escolar (5 a 14 años).
		Levantamiento de líneas de base de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en geo helmintiasis, tracoma y otras EID.
		Sistematización de experiencias exitosas para el control o la eliminación de las EID.
		Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria (EDA y ETA)
		Levantamiento de líneas de base de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en enfermedades de transmisión hídrica, suelo y alimentaria.
		Implementación de lineamientos para el manejo clínico y programático de enfermedades de transmisión hídrica, suelo y alimentaria.
		Sistematización de experiencias exitosas para el control de las enfermedades de transmisión hídrica, suelo y alimentaria.
		Generación de conocimiento que oriente la inclusión de nuevas vacunas, el monitoreo y evaluación del comportamiento de las enfermedades inmunoprevenible y el impacto de la vacunación a nivel nacional y local.
Implementación de la estrategia de vacunación sin barreras que disminuya las		

	Enfermedades inmunoprevenible	oportunidades perdidas y garantice el acceso a la vacunación.	
		Implementación del Sistema de Información Nominal del PAI en todo el territorio nacional.	
		Garantía de la suficiencia y disponibilidad con oportunidad y calidad de los insumos, biológicos y red de frío en todo el territorio nacional.	
	Condiciones y situaciones endemo – epidémicas	<i>Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, que incluye:</i>	
		Implementación de estrategias intersectoriales de entornos saludables en los ámbitos de vivienda y escolar, mejoramiento de vivienda y la metodología COMBI	
		Desarrollo de acciones preventivas de la exposición a factores de riesgo de las ETV y zoonosis	
		Organización o reorganización de los programas de promoción, prevención y control de las ETV y zoonosis	
		Articulación del programa de promoción, prevención y control de las ETV y zoonosis a la estrategia de atención primaria en salud y el fortalecimiento del sistema obligatorio de garantía de calidad	
		Implementación de las estrategias específicas de atención primaria con el desarrollo del componente comunitario para la atención, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis	
		Generación de capacidades específicas del talento humano del programa para el desarrollo de la Estrategia de Gestión Integrada	
		Fortalecimiento de la inteligencia epidemiológica para el análisis integrado de información (morbí-mortalidad, agentes etiológicos, factores de riesgo)	
		Levantamiento de líneas de base de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en enfermedades transmitidas por vía sanguínea.	
		Sistematización de experiencias exitosas para el control en enfermedades transmitidas por vía sanguínea	
Implementación de lineamientos para el manejo clínico y programático enfermedades transmitidas por vía sanguínea			
Salud Pública en emergencias y desastres	Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres	Acciones intra y transectoriales para la planificación de la Gestión Integral del Riesgo de desastres.	
		Desarrollo y fortalecimiento del programa Hospitales Seguros ante desastres.	
		Gestión intersectorial para el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta nacionales, departamentales y municipales en el contexto del Reglamento Sanitario Internacional 2005.	
		Acciones intra y transectoriales para la planificación de la Gestión Integral del Riesgo D.	

	Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres	Implementación y fortalecimiento de la Estrategia Nacional de Respuesta a Emergencias Gestión para el diseño y estructuración del sistema de emergencias médicas en el país Gestión nacional para la conformación e implementación de la Red Nacional de Toxicología.
--	--	---

Fuente: Elaboración propia a partir de información institucional

MÉXICO

Según la Secretaría de Salud de México²¹, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 es el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República formula las estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Como documento sectorial rector, establece seis objetivos y para el logro de los mismos se definen 39 estrategias y 274 líneas de acción.

Las estrategias vinculadas a cada uno de los objetivos proyectan en primer lugar, consolidar la promoción, la protección de la salud y la prevención de las enfermedades, particularmente para reducir el impacto negativo de las conductas y hábitos no saludables.

El segundo objetivo apunta a mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad, a través de la creación y fortalecimiento de redes de servicios integradas, sustentadas en un modelo de atención primaria más homologado y resolutivo. Tercero, se fortalecerá la regulación, el control y el fomento sanitarios con la finalidad de reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; con énfasis renovado en aquellos que merman la productividad. Cuarto, con el fin de reducir las brechas todavía existentes en las condiciones de salud entre distintos grupos poblacionales, las estrategias vinculadas con este objetivo deben consolidar el control de las enfermedades del rezago, abordar sistémicamente la mortalidad infantil y materna, así como establecer acciones más eficaces para atender a grupos que viven en condiciones de vulnerabilidad. Para hacer más efectiva esta atención, se requiere la participación coordinada de los diferentes sectores y todos los órdenes de gobierno.

Las políticas intersectoriales, como la Cruzada Nacional Contra el Hambre y la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la

²¹ Tomado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf

Diabetes son piezas fundamentales en este objetivo. Quinto, se establecen estrategias para optimizar la generación y el uso de recursos en salud con el propósito de mejorar el desempeño del sector salud y la calidad de los servicios, empleando esquemas sectoriales de planeación y evaluación del desempeño; estrategias que impulsen la innovación y la investigación científica; que simplifiquen la normatividad y los trámites gubernamentales, y que fortalezcan la rendición de cuentas de manera clara y oportuna a la ciudadanía.

Finalmente, para proporcionar una atención de calidad integral, técnica e interpersonal, sin importar el sexo, edad, lugar de residencia, situación económica o condición laboral se delinearán estrategias para transformar el Sistema Nacional de Salud de manera que toda la población mexicana esté protegida por un esquema de aseguramiento público continuo y exista una operación integrada y coordinada entre las distintas instituciones de salud.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 formula así estrategias que plantean consolidar los logros hasta la fecha, define estrategias que adecúan acciones implementadas en años anteriores para que sean más eficaces; y propone nuevas estrategias para transformar de forma decidida el panorama y avanzar hacia el Sistema Nacional de Salud Universal.

En consonancia con lo anterior, la presente matriz pretende describir las estrategias asumidas por el gobierno de México para el periodo 2013-2018, -es el periodo más corto- en comparación con los otros casos.

México sin duda evidencia que sus intenciones de promoción de la salud de la enfermedad se traduce en seis objetivos macro, que contemplan estrategias específicas y coherentes, que a simple vista darían respuesta al objetivo central. Las estrategias de México se presentan así.

PLAN SECTORIAL DE SALUD 2013-2018²²

Ente formulador/responsable: Secretaria de Salud de México - Vigencia: 2013-2018- País: México	
Objetivos	ESTRATEGIAS
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	ESTRATEGIA 1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario
	ESTRATEGIA 1.2. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes
	ESTRATEGIA 1.3. Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes
	ESTRATEGIA 1.4. Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones
	ESTRATEGIA 1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables
	ESTRATEGIA 1.6. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente
	ESTRATEGIA 1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores
	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES Perspectiva de Género
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.	ESTRATEGIA 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral
	ESTRATEGIA 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud
	ESTRATEGIA 2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales
	ESTRATEGIA 2.4. Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento
	ESTRATEGIA 2.5. Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cérvicouterino, de mama y próstata
	ESTRATEGIA 2.6. Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad

²² Se desprende del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

	ESTRATEGIA 2.7. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes
	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES Perspectiva de Género
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.	ESTRATEGIA 3.1. Fortalecer la regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios
	ESTRATEGIA 3.2. Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud
	ESTRATEGIA 3.1. Fortalecer la regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios
	ESTRATEGIA 3.3. Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud
	ESTRATEGIA 3.4. Fortalecer el control, vigilancia y fomento sanitarios de productos y servicios de uso y consumo humano
	ESTRATEGIA 3.5. Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa
	ESTRATEGIA 3.6. Coordinar actividades con los sectores productivos para la detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral
	ESTRATEGIA 3.7. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes
	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES Democratizar la Productividad
	4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
ESTRATEGIA 4.2. Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas	
ESTRATEGIA 4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad	
ESTRATEGIA 4.4. Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género	
ESTRATEGIA 4.5. Impulsar la atención integral en salud para las personas con Discapacidad	
ESTRATEGIA 4.6. Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante	
ESTRATEGIA 4.7. Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas	

	<p>ESTRATEGIAS TRANSVERSALES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Democratizar la Productividad -Perspectiva de Género
<p>5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.</p>	<p>ESTRATEGIA 5.1. Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud</p>
	<p>ESTRATEGIA 5.2. Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad</p>
	<p>ESTRATEGIA 5.3. Establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud</p>
	<p>ESTRATEGIA 5.4. Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población</p>
	<p>ESTRATEGIA 5.5. Fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos</p>
	<p>ESTRATEGIAS TRANSVERSALES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Democratizar la Productividad -Perspectiva de Genero
<p>6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.</p>	<p>ESTRATEGIA 6.1. Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal</p>
	<p>ESTRATEGIA 6.2. Fortalecer la regulación en materia de salubridad general</p>
	<p>ESTRATEGIA 6.3. Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud</p>
	<p>ESTRATEGIA 6.4. Integrar un sistema universal de información en salud</p>
	<p>ESTRATEGIA 6.5. Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud Universal</p>
	<p>ESTRATEGIA 6.6. Promover un México con responsabilidad global en salud</p>
	<p>ESTRATEGIAS TRANSVERSALES</p> <ul style="list-style-type: none"> Democratizar la Productividad

Fuente: Elaboración propia a partir de información institucional

PERÚ

Según las intenciones gubernamentales un Perú al año 2016 será un territorio donde sus habitantes puedan gozar de mejores condiciones de salud física, mental y social y en caso de enfermedad o invalidez tener acceso pleno a una adecuada atención y tratamiento, donde se enfatice en la inclusión social, el desarrollo humano, la protección social y una mejor alimentación a lo largo del ciclo de vida²³.

Para el 2016 se buscará promover la salud y prevenir la enfermedad, a través del empoderamiento comunitario de nuevos estilos de vida y cambios de comportamiento en el marco de respeto a su cultura e identidad. Así como mejorar el acceso y la calidad de atención articulando a los tres niveles de gobierno, fortaleciendo sus recursos humanos, en número, competencia y actitud.

De ese modo, dentro de las estrategias de promoción de la salud hay unos indicadores que disminuir. Existen tres muy importantes así:

En relación a la salud de las madres se pretende:

- Disminución de la razón de muerte materna de 93 por 100,000 mil nacidos vivos a 73.
- El incremento de la cobertura del parto institucional en la gestantes procedentes del primer quintil de pobreza de 49.1% a 75%
- La reducción de las necesidades insatisfechas en anticonceptivos de 6.9% a 5.9%
- Disminuir la proporción de embarazo en adolescentes de 13.7% a 11%.

En relación a la salud de los niños se pretende:

- La disminución de la mortalidad neonatal en zona rural de 11 por 1,000 a 9.
- La disminución de la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años del primer quintil de pobreza de 37 a 29%.

²³ Datos y cifras extraídos del documento: Prioridades en Salud Perú a 2016 “POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL SECTOR SALUD” Comisión de Salud Congreso de la República. Presentado por: Dr. Alberto Tejada Noriega, MINISTRO DE SALUD.

-La disminución de la proporción de niños de 6 a 36 meses con anemia del primer quintil de pobreza, de 59.4 a 30%.

Enfermedades crónicas no transmisibles se prevé:

-Frenar la proporción en mayores con exceso de peso y obesidad (alrededor del 40%).

-En escolares (6-17 años) con sobrepeso y obesidad en zonas urbanas de 20% a 17%.

-Reducir la discapacidad y la mortalidad por accidentes de tránsito.

Visto esto, el Ministerio de Salud aprobará el listado de enfermedades de alto costo e incrementará su financiamiento; se iniciará con la cobertura de: cáncer de cuello de útero, mama, estómago, colon y próstata. De igual forma, se articulará la prestación de servicios de salud a través de alianzas estratégicas entre entidades prestadoras con el propósito de complementar servicios.

Se fortalecerán las condiciones y mecanismos necesarios para la categorización y acreditación de establecimientos de salud públicos y privados según estándares así como, la acción de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA, encargada de la protección de los derechos de los asegurados en salud.

Visto entonces, algunas acciones y precisiones del gobierno peruano, se presenta a continuación una matriz que da cuenta de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, antecedidas por algunos Lineamientos, Planes, u otro, en el marco del Plan nacional de salud.

PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD 2007-2020²⁴

Ente formulador/responsable: Ministerio de Salud - Vigencia: 20007-2020- País: Perú	
Lineamientos, Planes, u Otro	ESTRATEGIAS
Lineamientos definidos para la Reforma del Sector Salud (Año2005)	Potenciar las estrategias de intervención en salud pública.
	Fortalecer la atención primaria de salud.
	Mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados.
	Reformar la política de gestión de recursos humanos.
	Cerrar la brecha de aseguramiento de la población pobre.
	Extender el aseguramiento en el régimen subsidiado de acuerdo a criterios de vulnerabilidad.
	Fomentar el aseguramiento como medio de formalización.
	Consolidar al seguro integral de salud como operador financiero.
	Fortalecer el físal como financiador de segundo piso.
	Aplicar nuevas modalidades de pago que incentiven la productividad y calidad de los servicios de salud.
	Fortalecer el financiamiento del seguro social de salud, essalud.
Fortalecer la rectoría del sistema de salud.	
Lineamientos de Políticas de Salud Al 2016 - MINSA	Reducir la mortalidad materna y neonatal con énfasis en la población más vulnerable.
	Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza.
	Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.
	Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.
	Reducir y mitigar los daños o lesiones ocasionadas por factores externos.

²⁴ Este Plan nacional contempla una reforma al sistema de salud a partir de 2005. Así la mayor parte de la información fue tomada de: los Lineamientos y medidas de reforma del sector salud “Vivamos el Cambio. Reforma de Salud”, el plan del bicentenario, Lineamientos de Políticas de Salud al 2016 – MINSA.

	Fortalecer el ejercicio de la rectoría y la optimización de los servicios de salud.
El Plan Bicentenario hacia el 2021	Lograr un Estado en la plena vigencia de los derechos fundamentales y el respeto a la dignidad de las personas.
	Una economía competitiva basada en la generación masiva de empleos con alta productividad
	Una economía que ofrezca igualdad de oportunidades y acceso irrestricto a los servicios
	Un crecimiento económico basado en el aprovechamiento sostenible de los recursos naturales
	Desarrollo de una infraestructura adecuada y distribuida adecuadamente entre las regiones
	Lograr desde el Estado una gestión pública eficiente que facilite la gobernabilidad y llegue a todos los sectores de la sociedad y rincones del país. • Que provea servicios de educación y de salud de calidad
El Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020	Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.
	Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
	Aseguramiento Universal.
	Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local
	Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
	Desarrollo de los Recursos Humanos
	Medicamentos de calidad para todos/as.
	Financiamiento en función de resultados.
	Desarrollo de la rectoría y del sistema de información en salud.
	Participación Ciudadana en Salud.
Mejora de los otros determinantes de la Salud	

Fuente: Elaboración propia a partir de información institucional

CONTRASTACIÓN POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD DE CHILE, COLOMBIA, MÉXICO Y PERÚ.

Diferencias y Semejanzas

Este último apartado, expresado en un cuadro, intenta sintetizar algo así como las diferencias y semejanzas de las políticas de salud de cada caso. Puede verse a su vez que, cada país tiene temas prioritarios, algunos pueden acercarse a otros o simplemente alejarse por aquello de las áreas, líneas, ejes, o problemas priorizados en salud.

Lo importante en este cuadro, es que existen semejanzas y son muchas, lo que nos llevaría a pensar que desde la etapa de formulación de la política, hay temas y hasta elementos que son inherentes a la salud y al ser humano, que no pueden reemplazarse o cambiarse, también porque hacen parte de los lineamientos internacionales, al debate y a la discusión entre Estados y organismos. Como por ejemplo, el tema de Educación para la salud, Nutrición, Entornos saludables, que ocupan un valor principal en la agenda y en el escenario internacional, que convocan a la academia, la ciencia, a la medicina, a la política global.

En la columna de diferencias se intenta ubicar lo que es prioridad para cada país y política, su énfasis o sus temas centrales en salud, lo mismo que se pueden considerar como perspectivas, desafíos o metas para cerrar brechas o deficiencias de salud.

Par el caso de las semejanzas, se contrastó que aparte de ver que diferencia a la política en cada caso, se determinó que existen temas en salud que son punto de partida para la formulación, que son transversales e irremplazables. Estos cuatro países convergen a su modo de forma tal que el discurso en materia de salud –por lo menos al momento de formular la política- se basa en atender al llamado del debate supranacional para disminuir las brechas y mejorar la salud de la población a través de condiciones de vida digna a todos los habitantes de los países, como ocurre para el caso latinoamericano.

CONTRASTE POLÍTICAS DE SALUD

País/ Política Nacional de Salud	Diferencias	Semejanzas
CHILE: <i>ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD. PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA 2011-2020 METAS 2011-2020</i>	Calidad y justicia en la atención de Salud. Fortalecimiento del sector salud Enfermedades Trasmisibles Reorientación de Servicios de Salud Entornos más saludable amenazas ambientales Nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria Institucionalidad de salud Emergencias, desastres, crisis y conflictos	Promoción de la Salud Promoción de Entornos Saludables Espacios Saludables: Hogar, Trabajo, Escuela Enfoque Diferencial: Comunidades Rurales e Indígenas
COLOMBIA: <i>PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021</i>	Salud Ambiental Salud sexual y Reproductiva Salud Mental Seguridad Alimentaria y Nutricional	Desarrollo Humano Salud nutricional Enfermedades Trasmisibles Ambientes Saludables Comunas y Comunidades Saludables

<p>MÉXICO: <i>PLAN SECTORIAL DE SALUD 2013-2018</i></p>	<p>Prestadores de servicio de salud</p> <p>Industria farmacéutica Panorama epidemiológico y de atención</p> <p>Regulación del sistema nacional de salud</p> <p>Dispositivos médicos</p> <p>Tecnología</p> <p>Seguros médicos</p>	<p>Comunicación-Educación para la Salud</p> <p>Promoción, Prevención y Atención</p> <p>Inclusión al sistema de salud</p> <p>Aportes a una nueva política pública de salud y calidad de vida</p>
<p>PERÚ: <i>PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD 2007-2020</i></p>	<p>Salud de la Madres</p> <p>Salud de los Niños</p> <p>Enfermedades Crónicas No Transmisibles</p> <p>Enfermedades Transmisibles</p> <p>Problemas Sanitarios Prevenibles y Evitables</p> <p>Atención Integral de Calidad con énfasis en la población más vulnerable</p> <p>Fortalecimiento de la rectoría en Salud</p>	<p>Fortalecer procesos de participación ciudadana</p>

Lo anterior refleja las intenciones de promoción de la salud de cada gobierno. Es fácil denotar que existen muchas similitudes entre los gobiernos, lo que no resulta negativo, por el contrario, estos cuatro países confluyen en intenciones similares de corte económico y comercial, a través de la Alianza del Pacífico. Mirado así, no resulta alejado que estos países contemplen similitudes en cuanto a temáticas propias a la salud humana como derecho universal, a través de estrategias de promoción de la salud.

Bajo esa concepción, La dimensión holística de promoción de salud implica la necesidad de abordar el tema de desarrollo comunitario como esencial, favoreciendo la acción cooperativa de la comunidad y asegurando el acceso equitativo a educación, seguridad económica y apoyo social, en el contexto de políticas públicas de acuerdo a los objetivos de salud. Esto último en palabras de Bracht, (1999) citado por Sapag & Kawachi, (2007).

En ese sentido, América latina y en particular los países en mención, necesitan propiciar el desarrollo de iniciativas integrales, intersectoriales, con la mayor participación comunitaria y de actores de diversa índole. Esto último aseguraría la y sustentabilidad de las mismas. Es fundamental, a su vez, responder estructural y decididamente, como sociedad, a las causas profundas de la problemática de salud: pobreza e inequidad. Seguidamente, en palabras de Sapag & Kawachi, (2007) el concepto de capital social, puede ser un aporte más para canalizar los esfuerzos presentes y futuros de promoción de salud en América Latina.

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

Como conclusiones principales de la investigación se puede resaltar:

▪ **CASO CHILE**

El gobierno de Chile, ya para el año 2014 en cabeza de su ministerio asumió el desafío de fortalecer el sistema de salud con la mirada puesta en la construcción de una sociedad más equitativa, que pone en el centro de sus acciones sanitarias a sus ciudadanos y ciudadanas. Para ello, además de fortalecer las actividades y roles habituales del sector salud, se propusieron planes específicos que respondieran a los déficit más importantes que presenta el sistema.

Uno de los máximos ejes a potencializar es el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, avanzar hacia una Política Nacional de Medicamentos, la Política de Recursos Humanos, el Fortalecimiento de la Salud Pública y la Autoridad Sanitaria, estos ejes con una hoja de ruta para lograr así desde este panorama cubrir o permear todos los frentes específicos en materia de salud en el territorio chileno.

▪ **CASO COLOMBIA**

Algo particular del Plan Decenal de Salud Pública de Colombia, es que asume el tema del enfoque diferencial, partiendo del reconocimiento de la diversidad por ciclo de vida, identidades de género, pertenencia étnica, discapacidad, y especiales situaciones de vulneración de derechos (desplazamiento y víctimas del conflicto) y de vulnerabilidad (pobreza), el enfoque diferencial supone una organización de las acciones y programas que dan cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación.

Se hace énfasis en el tema de víctimas, en este sentido, en el PDSP se reconoce la necesidad de estar en armonía con las políticas públicas de

atención a la población desplazada y a las personas con discapacidad, y con la agenda de actuación en salud derivada de las nuevas legislaciones vigentes, como, por ejemplo, la atención de víctimas del conflicto armado.

Otro aspecto valioso de Colombia, es dedicarle espacio en la agenda al tema de salud ambiental, que incluye entornos saludables, comunidades y espacios libres de contaminación. Al mismo nivel que lo anterior, el PDSP direcciona esfuerzos para apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades 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.

Por último se rescata de la propuesta de Colombia, el proceso de consulta ciudadana. Aquí otro caso a destacar es México, que en cada documento oficial consultado se nota la sistematización de las experiencias de consulta ciudadana en materia de salud, esto no sólo es positivo para el proceso de formulación sino productivo, a efectos de responder a las demandas y necesidades desde la mirada de población y aquí es donde entra a jugar un papel vital un excelente diseño de política pública.

CASO MÉXICO

Para el caso de México, se puede concluir que revisando su política nacional, las intenciones gubernamentales y las apuestas y desafíos están en tener presente que si las acciones de promoción y protección de la salud y de prevención de enfermedades son la forma de mantener a la población sana, el acceso efectivo con calidad a servicios médicos (incluyendo prevención secundaria) es la política con que cuenta el Estado para asegurar que una enfermedad no prospere o retrase su desarrollo. Esta propuesta considera además que un servicio de calidad es aquel capaz de brindar a las personas usuarias los máximos beneficios de acuerdo con los conocimientos técnicos y científicos disponibles.

El caso mexicano prevé que para alcanzar sus resultados debe cumplirse el acceso físico a los servicios (geográfico, cultural, económico), su disponibilidad

y oportunidad (recursos físicos y materiales cuando son necesarios) y la calidad en los procesos de atención. Cuando concurren estos elementos existe acceso efectivo con calidad.

▪ **CASO PERÚ**

Enmarcados en una reforma de salud, busca enfatizar en lo referente a la protección individual de las personas y sus familias, propone que se extienda la actual cobertura de aseguramiento hasta alcanzar su universalidad.

El Plan nacional desde su diseño buscó una revalorización del trabajador en salud, quien debe contar con las condiciones adecuadas para su pleno desarrollo y el cumplimiento de sus funciones, en el marco de una política integral de recursos humanos. Además de cerrar las brechas de infraestructura y equipamiento de los servicios de salud, a partir de una mayor y mejor inversión pública, basada en la planificación concertada de mediano y largo plazo con enfoque territorial, que optimice el uso de los recursos disponibles.²⁵

Desde lo anterior, es válido reconocer aquí, que el Ministerio de Salud llevó a cabo un proceso técnico, político y social para elaborar este Plan Nacional Concertado de Salud y se espera que este constituya un instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud respecto a las prioridades sanitarias del país y las principales intervenciones que permitirán, mejorar el estado de salud de la población del país, en especial de los menos favorecidas en un horizonte futuro²⁶.

Desde un vistazo a la política de salud peruana, se puede manifestar que las acciones sobre los determinantes de la salud como el acceso al agua potable y saneamiento básico, la seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza, requieren de la intervención de otros sectores y actores en la planificación de acciones que permitan un abordaje integral. Y entre los mayores desafíos se encuentran:

²⁵ Basado en el documento: Vivamos el camino, Reforma a la Salud. Perú

²⁶ Basado en el documento resumido: Plan Nacional Concertado de Salud Perú 2007-2020

descentralización, desconcentración de la salud pública, aseguramiento universal salud sostenible y fortalecimiento de la atención primaria en salud.

Vistas algunas conclusiones generales en cada uno de los caso de este estudio es pertinente, mencionar que según De Salazar, (2009), América Latina ha sido protagonista de un amplio y, podría decirse, cada vez más extendido movimiento para construir capacidad regional y promover la identificación de lo constituye evidencia de las mejores prácticas en la efectividad de la promoción de la salud y la salud publica en nuestro contexto.

Desde lo anteriores se subdividen consideraciones y recomendaciones finales así:

1. Una consideración fundamental aquí, y no menos importante que las próximas, es que esta tesis dentro de propuesta teórica se atreve a definir a las Políticas Públicas como una **“Herramienta Estratégica”** para efectos de gobernabilidad, gestión y administración público.
2. 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.
3. Se recomienda que desde lo político, se propenda por la formulación y ejecución de estrategias con enfoque diferenciado y que respondan a necesidades concretas de las comunidades o poblaciones; éstas, a su vez conllevarían a la generación de 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 desarrollo. En ese orden, estos cuatro países –que además integran la Alianza del Pacifico- contemplan temas, temáticas, problemáticas y acciones de promoción de la salud muy similares, por lo cual es necesario seguir con el

diálogo regional –desde las decisiones políticas- sobre esas prioridades en salud en el marco de la región, en función de mitigar las desigualdades y en general las necesidades básicas insatisfechas y demás factores externos e internos que atañen a las poblaciones en cuestión.

En ese mismo recorrido, una política pública exitosa de prevención, protección y promoción debe incorporar no sólo acciones propias de salud pública, sino también intervenciones que cambien el actuar de las personas, en términos de su responsabilidad respecto a comportamientos sexuales, actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y en general en todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental. Esto último, apoyados en las consideraciones de la Secretaría de Salud de México.

4. A modo de recomendación, desde este proyecto, se espera que la academia, instituciones y organismos de carácter público o privado del orden nacional e internacional, se continúe ahondando y debatiendo sobre políticas públicas, ya que su accionar se evidencia con el impacto, alcance e implicaciones que estas generan en las poblaciones donde se están generando estrategias de Promoción de la Salud.

5. Para aquello de una aproximación final, y como autor de esta Tesis, dado a que mi campo de experticia es la Comunicación y Salud y la Promoción de la Salud, creo que es pertinente cerrar estas conclusiones indicando que la comunicación como proceso social, facilita e interviene en la construcción de las políticas y a su vez permite que la promoción de la salud gane nuevos escenarios y contornos en la agenda latinoamericana tanto por su enfoque dialógico como por permitir la participación de las poblaciones en la construcción e identificación de sus propios requerimientos en términos de salud para este caso.

Frente a este mismo contexto, Vélez, (2009), acentúa que la comunicación impregna la actividad política, hasta el punto que un fracaso en la comunicación de un proyecto político, acarrea el fracaso del proyecto político mismo; incluso, para algunos autores, según Vélez, se puede describir muchos aspectos de la vida política, como procesos o tipos de comunicación.

Para aquello de las Políticas, la misma autora enfatiza en que éstas constituyen instrumentos de construcción de opinión pública y de diálogo democrático; por tanto, son también una actividad de la comunicación pública y no solo un conjunto de decisiones orientadas a la ejecución de acciones en consecución de unos objetivos. (Velez, 2009)

A propósito del panorama anterior, es valioso aquí estrechar una relación entre *Comunicación, Políticas y Promoción de la Salud* –tema del cual ya estoy refiriéndome en mi Tesis doctoral- porque esta sí es notoria y genera resultados en la medida que exista: a) una agenda gubernamental definida en materia de comunicación y promoción de la salud; b) Procesos de participación sólidos y tangibles y c) Estrategias de promoción de la salud pertinentes a los contextos y determinantes de las poblaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar, Luis F. (1996a). Estudio Introductorio, en Luis F. Aguilar Villanueva, El Estudio de las Políticas Públicas. Segunda edición (Miguel Ángel Porrúa, México), pp. 15-74.
2. Andrews, C. (2007). "Rationality in Policy Decision Making". En: Fischer, F.; Miller, G. & Sidney, M. *Handbook of Public Policy Analysis. Theory, Politics and Methods*. Boca Ratón: CRC Press.
3. 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.
4. Bañón, R. (1996). La legitimidad institucional y la legitimidad por rendimiento, ejercicio de catedra, tomos I y II, Catedra del Departamento de Ciencia Política y de la Administración II, Universidad Complutense de Madrid.
5. Barzelay, M. (1991). La responsabilidad en una perspectiva postburocrática de la Administración Pública, Documentación Administrativa, pp224-225, INAP.
6. Bazaga, I. (2010). El planteamiento estratégico en el ámbito público, en Velasco, Ernesto (compilador), Siglo XXI Editores, Escuela de Administración Pública del DF y Secretaria de Educación del DF, primera edición.

7. 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. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1996000100002>
8. Casas-Zamora, A. (2002). Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI, *Revista Panamericana de Salud Publica* vol.11 n.5-6, Washington.
9. Cruz, F. (2003). Estado, Gobierno y Administración Pública en la Globalización, *Revista Casa del tiempo*, Universidad Nacional Autónoma de México.
10. Dallanegra, L. (2008). Tendencias políticas en América Latina en el contexto mundial del siglo XXI. Hacia una teoría política realista-sistémica estructural sobre América Latina, *Revista Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad* Vol. XV No. 43 Septiembre / Diciembre, Universidad de Guadalajara.
11. Davila, M., & Soto. X. (2011) ¿De qué se habla cuándo se habla de políticas públicas? Estado de la discusión y actores en el Chile del bicentenario, *Estado, Gobierno, Gestión Pública, Revista Chilena de Administración Pública*, N°17 pp. 5/33.
12. De Salazar, L., (2009). Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública. Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio; Programa Editorial Universidad del Valle.

13. 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, Bolívar F (Eds). Manual de epidemiología y salud pública para licenciaturas y diplomaturas en ciencias de la salud. Madrid: Editorial Médica Pan Americana.
14. Della Porta, D. & Keating, M. (2013). Enfoque y Metodologías de las Ciencias Sociales. Una perspectiva pluralista. Ediciones Akal S.A, España.
15. 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.
16. Fierro, J. (2009). Guía Metodológica para la Formulación de Políticas Públicas Regionales Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo SUBDERE. Departamento de Políticas y Descentralización División de Políticas y Estudios. Primera edición, Gobierno de Chile.
17. Forrester, V. (2000). Una extraña dictadura, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
18. 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.
19. Gálvez A. (2003). Lectura Crítica de un Estudio Cualitativo Descriptivo. Index de Enfermería pp. 40-41. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_51-57.php
20. Gavidia, V. (2001) Salud Educación y Calidad de Vida. De cómo las concepciones del profesorado incide en la salud. Bogotá: Mesa Redonda Magisterio.

21. Gomez Marcelo (2006) Introducción a la Metodología de Investigación Científica, 1era Ed. Córdoba, Editorial Bruja.
22. González Madrid M (2000) Las políticas públicas: carácter y condiciones vinculantes. Polis 1: 13-46.
23. 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
24. Heywood, Andrew (2002). Policy Process and System Performance, en Andrew Heywood, Politics. Second Edition (Palgrave, N.Y.), pp. 399-418.
25. Lahera, E. (2004). Política y políticas públicas. CEPAL, serie Políticas sociales 95. Santiago de Chile
26. Lira, L. (2006). Revalorización de la Planificación del Desarrollo. Serie Políticas Sociales, Nº 59 (CEPAL, Santiago de Chile).
27. Maggiolo, I. & Perozo, J. (2007). Políticas públicas: proceso de concertación Estado-Sociedad. *En Revista Venezolana de Gerencia*. Vol.12, n.39, pp. 373-392.
28. Martinelli, José Maria, (2002). Políticas Públicas en el nuevo sexenio. México. Plaza y Valdez editores.
29. May, Peter J. (2003). Policy design and implementation, en B. Guy Peters and Jon Pierre (eds.), Handbook of Public Administration (Sage, London), pp. 223-233.

30. Medellín, P. (2004). La política de las políticas públicas: propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad. División de Desarrollo Social. CEPAL, Santiago de Chile. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/15555/sps93_lcl2170.pdf
31. Medellín, P. (2006). La política y las políticas públicas en regímenes de obediencias endebles. En Franco, R y Lanzaro, J (coordinadores). Política y políticas en los procesos de reforma de América Latina. Buenos Aires: Miño y Dávila
32. Molina, G. & Cabrera, G. (2008). (coord.) Políticas públicas en Salud: Una aproximación a un análisis. Grupo de Investigación en Gestión y Políticas en Salud. Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Universidad de Antioquia.
33. Muller, Pierre. (2006). Las políticas públicas. Bogotá: Editorial Universidad Externado de Colombia.
34. Muller, Pierre. (2007). Prefacio. En: Jorge Iván Cuervo et al. Ensayos sobre políticas públicas (pp. 11-13). Bogotá: Editorial Universidad Externado de Colombia.
35. Organización Panamericana de la Salud/PAHO. (2007) Salud en las Américas Volumen I-Regional. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Front%20Matter.pdf>.
36. Organización Mundial de la Salud. (2010) Healthy People. Consultado abril 15 de 2012]. Disponible en <http://www.healthypeople.gov/2010/>

37. 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.
38. Peñas O. (S.f). Las políticas públicas y la política en América Latina. Curso: Estado, poder y políticas públicas, Doctorado en Estudios Políticos. Universidad Externado de Colombia Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2187/1/olgaluzpenasfelizzola.20106.pdf>
39. 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.
40. Roth, D., André-Noël (2006) Una política pública ¿Qué es? En: Discurso sin compromiso: La política pública de derechos humanos en Colombia. Ediciones Aurora. Bogotá. Pág. 59-72-93
41. Roth, D., André-Noël. (2007). Políticas Públicas: Formulación, implementación y evaluación, Ediciones Aurora, sexta edición, Bogotá
42. Roth, André-Noël. (2008). Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? Estudios Políticos, 33, Instituto de Estudios Políticos, Universidad de Antioquia, 67-91
43. Sapag, J., Kawachil, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. Rev Saúde Pública 41(1):139-49
44. Suárez, J. (2009). Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en América Latina en el siglo XXI. Biblioteca Virtual de Salud, Primer Congreso de Medicina y Salud. UNAM, Ciudad de México.

45. Sánchez, A. (1993). El Proceso de diagnóstico en la elaboración de políticas públicas. México. Perfiles Latinoamericanos.
46. Secretaría Distrital de Desarrollo Económico-SDDE (2009). Marco conceptual y metodológico para la formulación de políticas públicas en el sector desarrollo económico. Alcaldía Mayor de Bogotá.
47. Subirats, J. (1989). Análisis de Políticas Públicas y Eficacia de la Administración. 1ra. Ed. Madrid, España. Editorial Imprenta Nacional del Boletín del Estado, p.184
48. Sunkel, O. (2000). La sostenibilidad del desarrollo vigente en América latina. *Historia Crítica*. 20, 8-54
49. Stein, E., & Tommasi, M. (2006). La política de las políticas públicas, *Política y Gobierno*, vol. XIII. núm. 2. II semestre.
50. Stein, E., Tommasi, M., Echebarría, K., Lora, L., Payne, M. (Coords) (2006). La política de las políticas públicas. Progreso económico y social en América Latina, Informe Banco Interamericano de Desarrollo David Rockefeller Center for Latin American Studies Harvard University Planeta.
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. Theodolou, Stella y Cahn, Matthew (1995). *Public Policy. The Essential Readings*. New Jersey: Prentice Hall.

53. Tomassini, L. (1998). Gobernabilidad y políticas públicas, en Raúl Urzúa y Felipe Agüero, Fracturas en la Gobernabilidad Democrática (Centro de Análisis Políticas Públicas-Universidad de Chile, Santiago de Chile), pp. 31-64.
54. Velez, J., (2009) La comunicación, puente entre la evaluación, la política y la práctica. En: De Salazar, L., (2009). Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública. Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio; Programa Editorial Universidad del Valle.
55. 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.
56. WHO. (1984). Regional Office for Europe. Health promotion: a discussion document on the concepts and principles. Copenhagen.