

Universidade de Évora
Mestrado em Políticas de bem-estar em Perspectiva:
Evolução, Conceitos e Actores

**LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA Y
SUS CONDICIONANTES SOCIALES E INSTITUCIONALES.
UN ANÁLISIS COMPARADO ENTRE CHILE Y CATALUÑA EN LA PRIMERA DÉCADA DEL
SIGLO XXI.**

ALEJANDRO IVÁN ESCOBAR LOBOS

Orientadora Doctora Laurinda Abreu
Co-orientadora Doctora Josefina Caminal

EVORA, OCTUBRE DE 2008

Universidade de Évora
Mestrado em Políticas de bem-estar em Perspectiva:
Evolução, Conceitos e Actores

**LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA Y
SUS CONDICIONANTES SOCIALES E INSTITUCIONALES.
UN ANÁLISIS COMPARADO ENTRE CHILE Y CATALUÑA EN LA PRIMERA DÉCADA DEL
SIGLO XXI.**

ALEJANDRO IVÁN ESCOBAR LOBOS

Orientadora Doctora Laurinda Abreu
Co-orientadora Doctora Josefina Caminal

EVORA, OCTUBRE DE 2008

INDICE.

AGRADECIMIENTOS.	5
ABREVIATURAS Y SIGLAS UTILIZADAS.	6
RESUMEN.	7
PRESENTACION Y JUSTIFICACION.	10

INTRODUCCION

1. Encuadre teórico y conceptual.

1.1. La salud pública en su contexto histórico y conceptual.	16
1.2. Los componentes estructurales y sistémicos de la salud pública.	29
1.3. La promoción de la salud. Antecedentes y aspectos teórico conceptuales.	41
1.4. Síntesis.	52

2.Aspectos metodológicos considerados en la investigación.

1.1. Los objetivos y preguntas orientadoras del estudio.	55
1.2. El carácter y método en el que se basa el estudio.	56
1.3. Identificación del universo y muestra del estudio.	57
1.4. Levantamiento y procesamiento de la información.	58
1.5. Diseño básico de la matriz de análisis.....	60

CAPITULO I

EL ESTADO DEL ARTE DE LA SALUD PUBLICA Y LA PROMOCION DE LA SALUD EN EUROPA Y AMERICA LATINA . UNA MIRADA GENERAL .

1. El contexto de la Salud Pública a nivel mundial. Una mirada general.....	62
2. Las reformas sanitarias, en el contexto de la situación mundial de salud . El caso europeo y latinoamericano.	67
3. La Evidencia disponible en materia de efectividad de la promoción de la salud a nivel latinoamericano y europeo.	72
4. Síntesis del capítulo.	79

CAPITULO II.
PRINCIPALES DETERMINANTES Y CONDICIONES DE LA PROMOCION DE LA SALUD. EL CASO CHILENO Y CATALAN EN LOS ULTIMOS AÑOS.

1. Hacia un perfil de las principales determinantes y condicionantes de la salud.	
El caso chileno y catalán desde una perspectiva estadística simple comparada.	81
1.1. El caso chileno.	82
1.2. El caso catalán.	83
2. Las principales condiciones institucionales en las que se implementan las acciones de promoción de la salud. El caso catalán y chileno.	86
2.1. El caso catalán	87
2.2. El caso chileno.	94
3. Síntesis del capítulo.	101

CAPITULO III
SISTEMATIZANDO LA EVIDENCIA ACERCA DE LAS ACCIONES EN PROMOCION DE LA SALUD EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS. EL CASO DE CHILE Y CATALUÑA.

1. Estrategias y programas de Promoción de la Salud implementados en el último período. Una breve caracterización.	105
1.1. El caso catalán	105
1.2. El caso chileno.....	110
2. Síntesis del Capítulo.....	118

CAPITULO IV
ALCANCES DE LA PROMOCION DE LA SALUD EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. LA VISION DE LOS ACTORES INSTITUCIONALES.

1. La opinión respecto a los propósitos y conceptos asociados a la P.S.	120
2. Percepción acerca de las condiciones sociales e institucionales en las que se desarrolla la promoción de la salud.	121
3. La relación de las acciones de promoción de la salud y los determinantes sociales en salud.....	123
4. Evaluación del componente participativo en las acciones de P.S.	124
5. Síntesis del capítulo.....	126

CAPITULO V
APLICACION DE LA MATRIZ DE ANALISIS COMPARADO ENTRE CHILE Y CATALUÑA. SÍNTESIS

1. Las condicionantes estructurales en las que se desarrollan las políticas de promoción de la salud.....	127
2. Las condiciones institucionales en las que se desarrolla la P.S.....	128
3. Características de las acciones institucionales.....	130
4. La percepción de los actores institucionales	132
5. Matriz de análisis comparado. Cuadro resumen.	133
DISCUSION Y REFLEXIONES FINALES.	136
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	142
ANEXOS	149

*A Fresia y Nicolás ,
mis amados compañeros de ruta ...,
sin ellos no habría sido posible.*

*“ El Verdadero Viaje de descubrimiento no consiste en buscar nuevos territorios, sino en
mirar con nuevos ojos” Marcel Proust.*

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todos quienes participaron y ayudaron a desarrollar esta investigación; sus aportes, comentarios y críticas , sin duda contribuyeron a ampliar la mirada de este estudio y mejorarlo. Del mismo modo quisiera agradecer el apoyo y orientación de mis profesoras del Master EM Phoenix, Laurinda Abreu y Josefina Caminal, quienes con su flexibilidad , aportes y tiempo destinado también hicieron posible este trabajo. A mis compañeros del Máster en Evora y Barcelona, con quienes pude compartir los primeros pasos de este estudio y a la Coordinación del Master E.M. Phoenix quienes financiaron mis estudios durante este período.

*De manera especial quisiera destacar el apoyo brindado en mi trabajo de campo, por parte de **Sergio Gómez**, psicólogo de la Asociación CEPS de Cataluña ; de **María Victoria Corvalán**, Socióloga, Coordinadora del Programa PREVIENE de la comuna de Independencia; de **Marta Martínez**, Encargada Comunal de Promoción de la Salud de la Municipalidad de Macul y de la **Sra. Judith Salinas C.**, Jefa del Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana, MINSAL.*

Finalmente quisiera dar mis agradecimientos a todos los profesionales y técnicos que contribuyeron directa o indirectamente con esta investigación.

***De Chile, quisiera expresar mis agradecimientos a:** **Sra. Francisca Infante**, Psicóloga, Comisión Determinantes Sociales de la Salud, Gabinete Ministerial MINSAL, **Sr. Camilo Bass del C.**, Presidente Nacional de la Agrupación de Médicos de Atención Primaria . **Sra. Helia Molina M.**, Jefa División de Políticas Públicas Saludables y Promoción MINSAL.. **Sra. Carmen G. González E.**, Psicóloga, Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana. MINSAL. **Sr. Hugo Lazo Pastore**, Asistente Social . D.T.S. Servicio de Salud Metropolitano Sur. **Sr. Anselmo Cancino S.** Asistente Social, Depto. de Promoción de Salud y Participación Ciudadana. **Teresa Boj Jonas** , Nutricionista, Departamento de Alimentación y Nutrición. MINSAL. **Sra. Marina Soto Ibáñez**, Enfermera, Depto. de Promoción de Salud y Participación Ciudadana. **Sra. Lorena Rodríguez O.**, Médico, Departamento de Alimentos y Nutrición. MINSAL. **Sr. Tito Flores**, Académico , Departamento de Trabajo Social. Universidad Tecnológica Metropolitana. **Sr. Juan Trela**, Asistente Social, Encargado Programa “Trabajar con Calidad de Vida”. CONACE. **Srta. Carolina Bruce**, Psicóloga, Asesora Area Técnica de Prevención, CONACE. **Sra. Marcela Moya**, Encargada comunal de promoción de la salud de la Municipalidad de Independencia. **Sra. Marisol Ruiz**, Antropóloga Subsecretaría de redes asistenciales MINSAL, **Sr. Juan Carlos Molina**, Coordinador Planes Comunales SEREMI Región Metropolitana y **Sr. Sergio Pezoa**, Antropólogo, Depto. de Promoción de Salud y Participación Ciudadana MINSAL*

***De Colombia, a la Sra. Jenny Vélez Vidal** , Asistente para América Latina. Coordinación Regional “Proyecto de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud”. CEDETES. Universidad del Valle.*

De Cataluña , España; a la Sra. Carmen Cabezas P., Subdirectora General de Promoción de la Salud. Dirección General GENCAT, Sra. Maribel Pasarín i Rúa, Servicio de Salud Comunitaria de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Sr. Ricard Tresserras i Gaju, Subdirector General de Planificación Sanitaria. Srta. Sara Valmayor Safont, Coordinadora Técnica, Asociación CEPS, Srta. Begoña Simón profesional de la Asociación CEPS, Sra. Conxa Castell i Abat Coordinadora del Servicio de Educación Sanitaria y Programas de Salud. Sr. Esteve Saltó Cerezueta, coordinador Area investigación e información técnica en Educación Sanitaria. Sr. Joan Colom i Farran, Director Programa de Drogas del Departamento de Salud de la GENCAT. Sr. Pau Mota, Geógrafo y académico del Master “ Salud y Bienestar Comunitario” de la UAB . Srta. Angelina González, coordinadora del programa “Salut als Barris” del Departamento de Salud de la GENCAT. Sr. Ramón Prats coordinador programa materno infantil del Departamento de Salud de la GENCAT. Sr. Joaquín Limonero, académico del departamento de Psicología Básica de la UAB. Sra. Isabel Montaner G., médico del servicio de atención primaria y Sra. Montse Masip , Antropóloga y académica de la Escuela Universitaria de la Cruz Roja, Terrasa.

ABREVIATURAS Y SIGLAS UTILIZADAS.

ASPCAT	Agencia Santiaria Pública de Cataluña
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CONACE	Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (Chile)
ENCVS	Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud
FONASA	Fondo Nacional de Salud (Chile)
GENCAT	Generalitat de Catalunya (Cataluña, España)
ISAPRE	Institución de Salud Previsional(Chile)
IDH	Indice de Desarrollo Humano
MINSAL	Ministerio de Salud (Chile)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNPS	Plan Nacional de Promoción de la Salud
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
P.S.	Promoción de la Dalud.
S.P.	Salud Pública
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial (Chile)
UIPES	Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud.

ABSTRACT

Health Promotion in the Context of Public Health Policies and its Social and Institutional Conditions. A comparative analysis between Catalonia and Chile during the first decade of the twenty first century.

Key words: Public Health, Health promotion, social health determinants, welfare state, public policies.

This study aims to develop a comparative portrayal of the health promotion policies of Catalonia and Chile during the first decade of the twenty first century, within the context of health determinants and conditions through the design and application of a sociopolitical analysis matrix. A theoretical and conceptual review of health promotion in the context of public policies and the historical and conceptual development of public health are developed. I analyse, for both countries, different contextual structural and institutional elements where health promotion policies are developed, as well as the content and perspectives beneath them, complementing it with involved institutional actors' perceptions. Finally, I conclude by contrasting the research questions and the results, and identifying challenges and work hypotheses for future research in this field.

RESUMO

A Promoção da Saúde no contexto das políticas de Saúde Pública e seus condicionantes sociais e institucionais. Um análisis comparado entre o Chile e Catalunha na primeira década do século XXI.

Palavras-chave: Saúde Pública, Promoção da Saúde, Determinantes Sociais da Saúde, Estado de Bem-Estar e Políticas Públicas.

Este estudo tem como objectivo desenvolver uma caracterização comparada das políticas de promoção de saúde entre o Chile e a Catalunha durante a primeira década do século XXI, no contexto das condicionantes e determinantes da saúde . A análise basear-se-á na construção e aplicação de uma matriz sócio-política.

Neste sentido desenvolve-se uma revisão teórica e conceptual concebendo a promoção da saúde no contexto das políticas públicas e do desenvolvimento histórico e conceptual da Saúde Pública. Revêem-se e analisam-se, em ambos os países, os diversos aspectos contextuais de carácter estrutural e institucional em que se desenvolve a promoção da Saúde, assim como com os conteúdos e abordagens que se lhes sobrepõem com a percepção dos actores institucionais. Finalmente nas conclusões problematiza-se a partir dos resultados obtidos e das questões de investigação, identificando-se desafios e hipóteses de trabalho para futuras investigações nesta matéria.

RESUMEN.

La Promoción de la Salud en el contexto de las Políticas de Salud Pública y sus condicionantes sociales e institucionales. un análisis comparado entre Chile y Cataluña en la primera década del siglo XXI

Palabras Clave: Salud Pública, Promoción de la Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Estado de Bienestar y Políticas Públicas.

El presente estudio tiene como objetivo caracterizar comparativamente las políticas de promoción de la salud entre Chile y Cataluña durante la primera década del siglo XXI, en el contexto de las condicionantes y determinantes de la salud, a través de la construcción y aplicación de una matriz de análisis sociopolítica. Para ello desarrolla una revisión teórica y conceptual de la promoción de la salud en el contexto de las políticas públicas y del desarrollo histórico y conceptual de la Salud Pública. Se analiza y revisan , para ambos países, los diversos aspectos contextuales de carácter estructural e institucional en los que se desarrollan las políticas de promoción de la salud , así como los contenidos y enfoques que subyacen a éstas, complementándolo con la percepción de los actores institucionales involucrados. Finalmente en las conclusiones se contrastan los resultados obtenidos con las preguntas de investigación, identificándose desafíos e hipótesis de trabajo para futuras investigaciones en la materia.

INTRODUCCION

Presentación y Justificación del estudio.

Analizar las políticas de Promoción de la Salud en el contexto de la Salud Pública, nos remite, desde una perspectiva histórica, ligar el origen de esta última con el desarrollo del Estado- Nación y a las formas que adoptan en su fase liberal y en particular al desarrollo de los modelos y sistemas de protección social dentro de los cuales se inscribe la noción moderna de Salud Pública (Rosen, 1958; Paquy, 2004).

Por otro lado, las políticas públicas de salud al estar ligadas al desarrollo histórico de la asistencia y protección social, sitúan la relación entre el Estado y los grupos sociales o individuos en la evolución de la concepción de beneficiario hacia diversas formas de ejercicio de ciudadanía (Marshall, 1955), basadas en lógica de ejercicio de derechos sociales (civiles y políticos) que en su contextualización más contemporánea tendrá una fuerte relación con el desarrollo y consolidación del “Welfare State” (también conocido como Estado Providencia) en Europa.

En este desarrollo histórico de la Salud Pública podemos diferenciar distintos modelos teóricos, ideológicos y políticos en los que sustentaron y que permitirían identificar posibles semejanzas y diferencias entre Europa y América Latina (Arredondo, 2002; García, 1989). En tal sentido estos marcos conceptuales permitirían identificar los contenidos ideológicos de las diversas prácticas sociales asociadas a la concepción de la salud de las poblaciones y su tratamiento, en un marco determinado por relaciones de poder.

De ahí que la relación entre ciudadanía y Salud Pública, la entendamos en el marco de del desarrollo de las políticas sociales de distintos regímenes políticos, como un proceso de gobernanza y gobernabilidad, donde el desarrollo de las políticas de salud adquiere una importancia y foco de atención especial.

En este particular es importante entender las políticas de salud en el contexto de las políticas sociales y como estrategias de abordaje a los procesos de inclusión y exclusión de las actuales sociedades modernas (o posmodernas). En esta línea la literatura ofrece diferentes concepciones y clasificaciones según sean los modelos ideológicos y las prácticas desarrolladas, enfatizando su importancia en tanto simbolizan los vínculos de control y orden social legitimados dentro de determinados modelos de desarrollo (Castro y Evangelista, 1989; Gill, 1994).

En este sentido el desarrollo de la salud pública en el siglo XX y XXI constituye el principal foco de análisis en tanto expresión de la relación entre Ciudadanía y Estado y en

particular a las formas que adquiere en los Estados europeos, sobretodo teniendo en cuenta la diversidad de formas y tipos de “Welfare State” desarrollados en las últimas décadas (Esping-Andersen, 1990); y los latinoamericanos (marcados por la hibridez y hegemonía de modelos liberales y neoliberales). Más aún si los contextualizamos en los actuales procesos de globalización y de transformación económica propias del capitalismo post-industrial (Esping-Andersen, 1990) o desorganizado (Offe, 1985), que configurarían de manera distinta los determinantes de la salud y las inequidades en el acceso a la salud.

En esta tendencia de desarrollo de la Salud Pública contemporánea, identificaremos un cambio importante en la concepción de salud, históricamente asociada a concepciones medicalizadas o biomédicas hacia visiones más holísticas que tensionan tanto las concepciones de salud como las prácticas asociadas (Darío, 2002). De este modo la hegemonía del modelo patogénico abre paso a una concepción de salud basada en el bienestar (OMS) y que tendrá fuertes repercusiones en la salud pública.

En este cambio se generaron movimientos importantes: los enfoques de la Nueva Salud Pública se propusieron superar la visión organicista. El Modelo Canadiense de Salud, la Carta de Ottawa y las Declaraciones de Yakarta y de Santa Fé de Bogotá fortalecieron esta perspectiva holística de la salud, vinculando la salud al desarrollo humano integral por medio de la llamada “Promoción de la Salud” (Darío, 2002) (Restrepo, 2001).

De este modo la promoción de la salud como paradigma impactó en las políticas en salud de manera diferenciada según las condiciones y enfoques predominantes en cada uno de los países, siendo entendida como dimensión, estrategia, proceso, conjunto de acciones o como un referente general para las políticas de salud y de la acción sanitaria (Eslava, 2006).

En cuanto a los principios centrales de la Promoción de la Salud, rescatados en la propia definición de la OMS, destaca la importancia de éstos en las acciones desarrolladas sobre los determinantes de la salud (y de inequidad en salud) y en la combinación de métodos diversos y complementarios para incidir tanto a nivel de los individuos como de las políticas públicas, aspirando a la participación efectiva de la población a través del ejercicio de ciudadanía (Eslava, 2006).

No obstante lo anterior y entendiendo la diversidad ideológica y conceptual en la que se concibe a la promoción de la salud (Tones & Tilford, 2001; Downie, Tannahill & Tannahill, 2000), la diversidad de prácticas asociadas a cada una de ellas, plantearía un problema no sólo respecto de las formas más efectivas de evaluarla o medirla (ya sea para defenderla o criticarla científicamente), sino que además se diferenciaría según las

condiciones a través de los cuales ésta se ha expresado tanto en América Latina como en Europa.

En tal sentido la literatura nos muestra un desarrollo incipiente de mediciones de efectividad, tanto en la Unión Europea como en América Latina y que si bien dan cuenta de la pluralidad de actores involucrados, se basan en un eje de carácter institucional y fundamentalmente en las acciones (políticas y programas) del Estado y su institucionalidad para garantizar derechos asociados a la salud (UIPES, 2000).

Lo anterior supondría constatar dos aspectos centrales para esta investigación: la primera relacionada con el predominante carácter institucional de la promoción de la salud y por tanto su vínculo con los modelos sociales de cada sistema socioeconómico y régimen político. La segunda, muy ligada a ésta, relacionada con la capacidad de “empowerment” y participación social dentro de las prácticas institucionales, es decir relacionadas mas bien con la participación social en las políticas de promoción de salud o de salud en general.

Por otro lado, la ya constatada relación de los estados de salud de las poblaciones y los determinantes sociales, económicos y culturales y sobretodo con las condiciones de inequidad en salud, invitan a la revisión de la promoción de la salud precisamente en cuanto aporte a la transformación de dichos determinantes, situando nuestro nivel de análisis desde una perspectiva macro por sobre las visiones particularistas, locales o individuales.

En este contexto el análisis de la promoción de la salud requiere ser analizada de cara a la situación global de la salud y sobre todo en relación a la denominada “crisis de la Salud Pública” (OPS, 2002), por tanto como una búsqueda de posibles aportes a una discusión aún abierta y que requiere no sólo revisiones teórico conceptuales sino además redefiniciones estratégicas a nivel de las políticas sociales en salud.

Lo anterior, tal como lo constata la UIPES, no sólo es motivo de preocupación para los países de la Unión Europea sino también de América Latina, abriendo una oportunidad política y académica, tanto para desarrollar nuevas evidencias que permitan por medio de la comparación arribar a conocimientos, como proveer de insumos para la corrección de políticas sociales asociadas a salud.

De ahí la justificación de analizar dos casos específicos como lo son Chile y Cataluña, como ejemplos de dos tipos de modelos de desarrollo económico y social que determinan las diferencias a nivel de los sistemas y políticas sociales (en salud) y que en la contrastación de éstas permita entregar elementos respecto a las condiciones, acciones y percepciones relacionadas con la promoción de la salud.

Ello implica reconocer que la diversidad de concepciones y prácticas asociadas, hace difícil poder establecer un sólo parámetro de medición y valoración requiriéndose de esfuerzos sistemáticos de recopilación de evidencia no sólo científica sino también respecto a los resultados de las prácticas evaluativas institucionales relacionadas con la temática.

Ante esta complejidad conceptual y práctica en la que se inscribe la promoción de la salud se nos abren interrogantes relacionadas con los verdaderos alcances de la promoción de la salud en los determinantes y cuál es el peso de su incidencia en relación a otro tipo de intervenciones globales en ello.

Del mismo modo la pregunta por el peso de la participación ciudadana en la promoción de la salud nos plantea una interrogante aún mayor, toda vez que esta última constituye uno de los elementos fundamentales de dicha estrategia.

Estas preguntas lejos de constituir el eje central de la presente investigación, permiten encuadrar las preguntas orientadoras en las que éste se estructura y nos ayudarán a la problematización ulterior de esta investigación, no obstante no sean el objetivo central de la misma.

De esta forma el encuadre de la promoción a la salud a sus acciones, condiciones y percepciones, desde una perspectiva institucional comparada, espera aportar a la generación de nuevas evidencias y reflexiones que contribuyan a la discusión actual de viejos problemas con nuevas ideas.

Con este propósito general el presente estudio pretende analizar comparativamente el desarrollo de las principales acciones, condiciones y percepciones asociadas a las políticas de promoción de la salud en el contexto de los determinantes y políticas sociales de salud entre Chile y Cataluña en la última década, siendo central en ello la elaboración y aplicación de una matriz de análisis que facilite dicha tarea.

Para ello el presente estudio se ha estructurado en torno a ocho capítulos que permitan por un lado dar cuenta de los objetivos de la tesis, así como del proceso mismo de construcción de la temática, intentando llegar tanto a públicos relativamente especializados en la materia así como a quienes recién se inician en ella.

De tal modo, iniciaremos el estudio con una revisión teórico conceptual, en la que contextualizaremos sociológica e históricamente y de manera muy general, el polisémico concepto de salud y las diversas maneras de entender la salud pública, para luego profundizar en los aspectos específicos relacionados con los modelos y enfoques asociados a la promoción de la salud, las políticas y la participación social en salud, desde una perspectiva neoinstitucionalista, centrada en el rescate de lo público y el principio de equidad .

Continuaremos, en un apartado siguiente, indicando en detalle los objetivos generales y específicos, así como las principales preguntas orientadoras y la metodología y técnicas de recolección utilizadas, intentando graficar el proceso de construcción del diseño y ejecución de la matriz de análisis que subyace a ésta.

Una vez explicitados los marcos teórico, conceptual y metodológicos, iniciamos el desarrollo propiamente tal de la temática en cuestión, intentando desde una lógica deductiva, contextualizar el marco institucional actual en el que la promoción se ha desarrollado en los últimos años, para finalmente abordar de manera específica las diferentes estrategias, políticas e instrumentos (programas) en materia de promoción de la salud, desarrollados en ambos países.

De este modo en el Capítulo I revisaremos, a partir de la evidencia actualizada el marco general en el que se desarrolla la salud pública hoy a nivel mundial, poniendo énfasis en los procesos de reformas a los sistemas de salud y sanitarios, así como en la evidencia asociada a la efectividad en materia de promoción de la salud a nivel de Europa y América Latina. Con ello esperamos contar con una visión contextual comparada del desarrollo tanto de los sistemas como de la promoción de la salud entre Chile y Cataluña, en el entendido que ambos casos se ubican en unos contextos regionales supranacionales necesarios a revisar.

En esta línea contextual y de evidencia nos enfocaremos de manera más específica en el Capítulo II, en los casos particulares de Cataluña y Chile con el fin de caracterizar, de manera general y comparada, las principales condiciones institucionales (reformas locales, legislación, planes de salud, entre otras) en las que se desarrolla la promoción de la salud, así como las condicionantes y determinantes claves de la salud a la cual debe hacer frente (estilos de vida y características sociodemográficas y epidemiológicas). Lo anterior nos permitirá identificar aquellas variables independientes de cada país que hipotéticamente tendrían alguna relación con el tipo de políticas y acciones desarrolladas en materia de promoción de la salud.

Con un énfasis más inclusivo y particular, en el Capítulo III, indagaremos respecto a las acciones en promoción de la salud, entendiendo por tales al conjunto de políticas, estrategias y programas desarrollados en la materia, por los respectivos gobiernos. Se trata de identificar a través del análisis de contenido las principales características y/o enfoques que subyacen a la promoción de la salud, en la mayoría de los diseños institucionales o gubernamentales, como una manera de inferir a partir de éstos el tipo de políticas de promoción de la salud que éstos impulsan.

De manera complementaria, revisaremos en el Capítulo IV las principales percepciones de algunos agentes claves o expertos (a nivel gubernamental, académico y del tercer sector), con el fin de analizar el discurso institucional en torno a la relación de la promoción de la salud en los determinantes sociales y el papel de la participación social en ello, como una manera de caracterizar, no sólo las acciones sino fundamentalmente las percepciones y el discurso de los actores a este respecto.

En el Capítulo V, coherentemente con el objetivo central de este estudio, desarrollamos la matriz de análisis comparado que permita identificar las principales similitudes y diferencias en las que se desarrolla la promoción de salud en el contexto de las variables específicas, de cada uno de los países. La matriz de este modo cumplirá la función básica de identificar los principales aspectos a discutir en las conclusiones.

Finalmente en la discusión y reflexiones debatiremos, a partir de los resultados de la aplicación de la matriz, respecto a los objetivos del estudio y en particular respecto al peso, características y desafíos de la promoción de la salud desde una perspectiva más global, si se quiere conceptual, que proponga hipótesis de investigación así como desafíos prácticos para dar continuidad a esta temática.

1. ENCUADRE TEÓRICO Y CONCEPTUAL.

1.1. La Salud Pública en su contexto histórico y conceptual.

Si bien la discusión teórica e historiográfica en la que se ha venido desarrollando las concepciones de la Salud y la Salud Pública cuentan con aportes bastante avanzados bajo las perspectivas antropológicas e históricas, para fines de esta investigación sólo constituyen elementos de contextualización general que permiten encuadrar y entender el surgimiento y desarrollo de la Promoción de la Salud.

Desde esta perspectiva, por tanto, se opta más bien por una estrategia que recoge de manera intencionada los aportes específicos de determinados autores a modo de supuestos y premisas necesarias de explicitar, con el fin operativo de enmarcar la discusión conceptual de la promoción de la salud, sobre la cual se concentra el análisis y discusión conceptual.

1.1.1. ¿Qué entendemos por Salud?

Hablar de salud implica asumirla bajo un supuesto general de carácter ideológico y sociocultural en el cual los significados o ideas asociadas a la salud serían producto de procesos sociales de significación y legitimación, más conflictivos que pacíficos, que coincidirían con aquellos intereses de un determinado grupo hegemónico dentro de una cultura o sociedad. (Darío, 2002).

En otras palabras, podríamos afirmar que las concepciones acerca de la salud son el producto inacabado de un proceso conflictivo de significación histórica en el que han mediado tanto las representaciones sociales, simbólicas o ideológicas (culturales) como las propias condiciones materiales ya sean de carácter económico, como geográfico o ambiental y biológico.

En este contexto de relaciones de poder en el que se inscribiría el desarrollo histórico de la salud podemos destacar, en un primer momento, la diversidad de representaciones sociales y culturales que han marcado la idea de salud y consecuentemente sus prácticas.

Estas representaciones de la salud, asociadas y determinadas por las distintas cosmovisiones o sistemas simbólicos de significación de cada cultura y sociedad, según Darío (2002), se han expresado a lo largo de la historia en unos binomios generales, que podríamos resumir para fines introductorios, en las siguientes polaridades: Equilibrio-Desequilibrio; Armonía-Desarmonía; Premio-Castigo, Virtud-Pecado, Bendición-Maldición; Naturaleza-

Sobrenaturaleza, Normal-Patológico, Adaptación-Inadaptación , Bienestar-Malestar; Salud – Enfermedad; la vida y la muerte.

Estas representaciones de la vida material incidirían en las diferentes concepciones de la vida en sociedad y representarían (como reflejo ideológico y práctico) las relaciones sociales y culturales que se han desarrollado a través de la historia incidiendo en las prácticas de salud. Por tanto, la Salud estaría relacionada a las distintas representaciones sociales y cuidados del cuerpo así como a las propias prácticas médicas desarrolladas por las distintas culturas a través de la historia. Lo que evidencia la complejidad de relaciones en la que se inscribe el concepto de salud y su polisemia. (Darío, 2002; Banchs, 2007).

De manera complementaria a los argumentos mencionados y en la línea antes planteada, Honoré (2003) señala que la salud se inscribe dentro de una diversidad de representaciones sociales que se resumen en seis concepciones generales: Como **continuo salud-enfermedad**, en donde la enfermedad sería la determinante del estado de salud individual y la ausencia de enfermedad sería sinónimo de salud. Como **Bienestar**, de carácter más existencial y ligada a la noción de equilibrio, que involucra estado de bienestar físico, psicológico y social que se espera alcanzar (idealista). Como **Estilos de vida**, como proceso de salud, en el que se concibe como una manera de vivir saludable, asociada a las prácticas cotidianas a nivel individual y social. Como **Capital o bien individual**, es decir una reserva biológica individual que se va gastando a lo largo del tiempo y que por tanto la gestión de este reservorio determinará el estado de salud. Como **Bien económico y político**, ligada a las nociones de necesidades de salud, inversión en bienes de salud, costos de la salud (individual y social) y derechos asociados. Finalmente de significancia **ética**, entendida como un conjunto de comportamientos considerados como no viciados, éticamente adecuados, asociados a valores que incidirían en la salud.

Desde una perspectiva conceptual y ligado a lo anterior podemos notar de manera coherente, como a través de la historia y con mayor detalle en la actualidad, se han expresado diferentes modelos asociados a los procesos de salud y enfermedad y de la salud pública y que han obedecido a diferentes concepciones políticas e ideológicas según cada período histórico¹.

En este marco de representaciones y relaciones sociales y culturales de poder, entenderemos por tanto que la polisemia en la que se inscribe la noción de salud debe

¹ En este marco, Arredondo (1992) identifica 10 modelos, los cuales, si bien pueden agruparse en las categorías medicalistas u holísticas, nos ofrece una revisión detallada de los principales exponentes, principios y períodos históricos en que dichos modelos fueron hegemónicos para la Salud Pública. *El Modelo mágico- religioso, el Sanitarista, el Social, el Unicausal, el Multicausal, el Epidemiológico, el Ecológico, el Histórico-Social, el Geográfico. el Económico y el Interdisciplinario.*

incorporar, en una idea de proceso histórico, las diferentes y contradictorias visiones de la salud como reflejo cultural y social de distintas sociedades y de distintos intereses de grupos o clases en un contexto de relaciones de poder, a lo largo de la historia, expresadas en distintos niveles de institucionalización.

En esta línea Jones (2003) destaca dos perspectivas de la sociología histórica de la salud y la enfermedad, de las cuales y para fines de este estudio, nos detendremos sólo en una de ellas. La primera relacionada con los modelos de relaciones de poder como marco de explicación de la continuidad o cambio social, en el que destaca el aporte de Foucault y la noción de biopolítica², así como el de Mann, Runciman y Tilly³; que si bien constituyen un aporte importante para el análisis de la salud pública, dado el objeto y características del estudio no constituye una centralidad. La segunda línea está relacionada con el surgimiento del Estado Moderno y en la cual se inscribirían los modelos sociológicos relacionados con el desarrollo del Estado y las políticas de bienestar en el contexto del cambio social, destacando los aportes de Offe, Esping-Andersen, Polanyi, Marshall y Pierson, entre otros⁴. Bajo esta perspectiva la salud pública adquiere un fuerte desarrollo en el marco de los sistemas de protección social y la política social del “Estado de Bienestar”, constituyendo en gran medida el enfoque principal en el que enmarcaremos el presente estudio.

1.1.2. La Salud Pública en perspectiva histórica. Una breve revisión.

Si bien para algunos autores clásicos, como Rosen (1958), desde épocas precedentes podemos encontrar antecedentes de nociones y prácticas de Salud Pública asociadas con el proceso de salud-enfermedad, existen otros como Arredondo (1992) que plantean que la Salud Pública (en adelante S.P.) propiamente tal sólo surgiría en la Época Moderna y que por

² Según Michel Foucault, en palabras de Francisco Ortega (2003: 10), nuestra sociedad atravesó el “umbral de la modernidad biológica” en la transición del siglo XVIII al XIX, cuando el individuo y la especie entraron en los cálculos del poder político. La vida biológica y la salud de la nación se convirtieron en blancos fundamentales de un poder sobre la vida, en un proceso denominado de “estatización de lo biológico”. El biopoder clásico se articulaba de dos formas, como una anátomo-política del cuerpo, en cuya base estaban los procesos de disciplinamiento corporal y como una biopolítica de las poblaciones. La biopolítica analizada por Foucault, enfatizaba especialmente las nociones de sexualidad y raza, cuyo objetivo era la optimización de la calidad biológica de las poblaciones.

³ Para Michel Mann el poder, a diferencia de Foucault, funciona en diferentes niveles, es difuso y autoritativo, así como también puede ser colectivo y distributivo, extensivo e intensivo. La tesis central de este autor se basa en la idea de que hasta fines del siglo XIX el capitalismo fue una organización difusa del poder. Por su parte Runciman planteará que las sociedades son organizadas por modos de producción, coerción y persuasión siendo ejercidos por grupos de poder en cada uno de ellos. Finalmente Tilly se centrará en el análisis de la inequidad en el poder, argumentando que el poder estaría más bien relacionado con la capacidad de los grupos dominantes para adaptarse a las cambiantes circunstancias, definiendo su autoridad a través del capital, económico, social y cultural. (Jones, 2003:143)

⁴ Destacan en esta línea las perspectivas weberianas del estado como monopolio legítimo de la fuerza física, complementadas por visiones que asignan una función social y de bienestar a éste, no exentas de conflictos de intereses, centrando la mirada en las políticas y derechos sociales. Las visiones marxistas del Estado de Bienestar que enfatizan en los aspectos históricos y del post industrialismo tendrán expresión en la visión crítica de Offe. Finalmente están las visiones que ven al Estado de bienestar como la culminación del Estado liberal victoriano, cuyos orígenes provienen de diferentes fuerzas históricas y trayectorias (Jones, 2003:143)

tanto, los antecedentes de la misma obedecerían más bien a un conjunto de prácticas y nociones socioculturales, de carácter colectivo, mas no público propiamente tal.

No obstante ello, a partir de la revisión histórica de la salud podemos constatar que las diversas formas y concepciones de entender e intervenir en el proceso de salud y de enfermedad ha estado determinada en gran medida, desde la antigüedad hasta nuestros días, por las normas de organización social, política, económica y cultural de diversas sociedades.

En esta revisión histórica el higienismo aristocrático de los griegos y el subsecuente desarrollo de la medicina a través del aporte de Hipócrates, si bien inauguraron una concepción de salud como práctica social, ésta se manifestó de manera restringida. La idea de lo público tuvo importancia mayor en la antigüedad, bajo el Imperio Romano donde existió un fuerte desarrollo de infraestructura en las ciudades, tanto en el suministro de aguas: acueductos, baños públicos, cloacas; así como también en las prácticas médicas en ciudades (Rosen, 1958).

Con la desintegración del Imperio, según Rosen se habría producido una desestructuración de ciudades y de la organización y prácticas de salud de carácter colectivo, la noción relativamente cercana a lo que entendemos por ciencia desaparecía lentamente en occidente con el advenimiento del feudalismo y encontraría ecos de continuidad posterior en la medicina islámica, así como la China e India.

En la temprana Edad Media las enfermedades se explicaban en un contexto mágico religioso, de fenómenos sobrenaturales, en donde la Cristiandad reforzaría la idea de una relación entre el pecado y la enfermedad; el cuerpo como recipiente del alma y como contrapartida la demonización y Brujería como las explicaciones a la relación salud / enfermedad. (Rosen, 1958; Arredondo,1992)

La administración sanitaria de las ciudades ahora restringida a intramuros, con la predominancia estilos de vida rurales y malas condiciones higiénicas, serán el principal factor epi y endémico. De ahí la preocupación sanitaria por los mercados locales y el control de Plagas (Peste Negra, Lepra), en donde paulatinamente la Iglesia irá tomando el liderazgo en la labor sanitaria.

La Administración de Salud de la población, en esta época se desarrolló a nivel municipal o consejo medieval (local) liderada por los “Laymen” y la Iglesia, mientras que el desarrollo hospitalario, de carácter asistencial, tendrá cabida a nivel monasterial y luego ligados a las ordenes de los cruzados en el siglo XII. (Rosen, 1958)

Por su parte en el siglo XIII el proceso de secularización hospitalaria (administrativa más que en el ejercicio de cuidados médicos), enfatizará en la municipalización del

mantenimiento de condiciones higiénicas, en la creación de las casas de baño, en la educación en salud e higiene basada en los cuidados del cuerpo (Purgas y Sangrías).

En este mismo período histórico la medicina islámica iniciará un período de desarrollo que constituirá un aporte importantísimo a la medicina occidental renacentista, tanto a nivel del desarrollo hospitalario y cuidados de salud, como en la ética y desarrollo teórico conceptual. Es el período en que destacarán grandes pensadores como Avicena en el Asia central y Averroes en Al-Andalus en la península ibérica. (Ezzat, 2005)

1.1.2.1. La Salud Pública en el Absolutismo.

El surgimiento del Renacimiento en lo cultural, el desarrollo del Mercantilismo en lo económico y del Absolutismo en lo político, entre los siglos XVI y XVIII, serán fundamentales en el nacimiento de la ciencia y su influencia en la manera de concebir y actuar frente a la salud.

En este período la ciencia médica y el desarrollo tecnológico jugarán un rol estratégico en las prácticas de salud y en el surgimiento de la S.P. propiamente tal. Si bien ésta en este período mantiene su asentamiento local, se verá cada vez más influenciada por los procesos de centralización de las monarquías absolutas y sus políticas unitarias, que marcarán el surgimiento de la noción de Estado propiamente tal.

Se mantendrá el esquema de asistencia social a los pobres y el desarrollo hospitalario asistencial a los pobres y enfermos, con incipiente desarrollo académico y práctico en el ámbito de la medicina, excepto en los grandes hospitales generales europeos, que siguen el modelo de las ciudades italianas. Si bien continúa el esquema de administración local medieval, se iniciarán cambios en la gestión hospitalaria con la incorporación de la anatomía y fisiología.

La crisis del sistema de gobierno local y emergencia de sistemas nacionales centralizados (Estados Modernos) en Francia, Alemania y Gran Bretaña, así como el desarrollo científico técnico, determinarán en gran medida los cambios no sólo en la administración pública de la salud sino además en su concepción⁵.

⁵ Tema que dada la complejidad y fines de la presente tesis no es abordado en profundidad.

1.1.2.2.La Salud Pública en el contexto de formación del Estado Nación.

La revolución industrial no sólo trajo consigo una revolución científico tecnológica, sino también un conjunto de transformaciones económicas que incidieron en el desarrollo de las comunicaciones, de los asentamientos urbanos y en la crisis de los regímenes políticos. Crisis que se expresó en las revoluciones francesa y americana y que determinaron las bases de constitución de los futuros Estados nacionales y de la concepción contemporánea de Estado propiamente tal.

En este proceso de constitución estatal, se diseñó un complejo aparato de policía constituido por diferentes instituciones y mecanismos de vigilancia, control y castigo, dirigidos a garantizar el orden, la producción y la salud de la población. Entre las instituciones encargadas de la policía se incluían las juntas de salud y la policía médica.(Darío, 2002)

Para poner en marcha su policía, los Estados Modernos impulsaron un conjunto importante de cambios tales como la organización de sistemas de información que permitieran conocer y controlar la población; la puesta en marcha de un paquete de medidas higiénicas de carácter obligatorio y colectivo dirigidas a evitar enfermedades (la higiene como norma social); se desarrolló una policía médica para vigilar y controlar las enfermedades e incrementar la utilidad de los cuerpos; desmontaron los hospicios medievales destinados a los pobres menesterosos, especializándolos como orfanatos, asilos, manicomios y hospitales y los conocimientos y tecnologías de la medicina se tomaron como modelo al momento de diseñar y poner en marcha los aparatos de policía, medicalizándose la policía en general, reflejándose en la reconceptualización de la familia como responsable de garantizar la salud del niño y la reproducción de la fuerza de trabajo (familia medicalizada y medicalizadora), y en las medidas de vigilancia y saneamiento de las ciudades (medicalización de las políticas urbanas).

Según esta línea interpretativa, en las medidas de policía del Estado Moderno se encuentra el germen de lo que hoy llamamos salud pública; esta primera experiencia de aproximación sistemática a la salud de la población como fenómeno de interés público, tuvo varios rasgos que marcaron su desarrollo y que en los siglos siguientes fueron objeto de profundos debates. Tres de los rasgos de la salud pública en el Estado Moderno merecen especial interés: su intencionalidad utilitarista, su carácter de acción estatal y su dependencia marcada de la medicina.

En el caso de los Estados germánicos, el aporte de Peter Frank y Franz Mai en la constitución de una política de salud pública centralizada, será fundamental para entender el

desarrollo de la políticas públicas en salud de Alemania. Del mismo modo “El Comité de Salubrité” en el proceso revolucionario francés y el aporte de Joseph Guillotin en la constitución del Sistema Nacional de Administración de Salud Pública (1848) y que posteriormente se consolidará a través del movimiento higienista liderado por Louis René Villermé. En Inglaterra destacará el aporte de Jeremy Bentham y su filosofía radical que influirá en el desarrollo del movimiento sanitarista liderado por Edwin Chadwick y la incidencia de la reforma a la "Poor Law" de 1834 en la centralización de las instituciones estatales en salud. (Rosen, 1958).

En EE.UU. destacará el aporte de Lemuel Shattuck publicaba en 1850 su *Informe de la Comisión Sanitaria de Massachussets*⁶, donde sus propuestas, similares a las de Chadwick, incidieron en la creación de servicios de salud e higiene pública como organismos estatales, basando su acción en tres pilares: ingeniería ambiental, legislación e inspección.

El influjo del utilitarismo, del positivismo y del liberalismo en la concepción no sólo de la salud pública sino fundamentalmente de la constitución de los Estados Nacionales y el posterior desarrollo imperial de éstos, tendrá una fuerte influencia no sólo en el desarrollo de la institucionalidad en salud sino también en la posterior crisis de estas concepciones, que tendrán lugar después de la primera guerra mundial.

De este modo a fines del siglo XIX y principios del XX Europa asistirá a un período de crisis política del Estado Liberal y que encontrará salidas diversas a través de la instauración de diversos tipos de Estado nacionales imperiales en los que Francia, Inglaterra y Alemania jugarán un rol fundamental. (Schulze, 1997).

En estos procesos de constitución de los Estados Nacionales Imperiales la amenaza de los movimientos socialistas y anarquistas, acentuada con el triunfo de la revolución bolchevique de 1917, incidió en la constitución de regímenes políticos de carácter democráticos y en el desarrollo embrionario de políticas sociales basadas ya no sólo en el control sino en la cohesión e integración social. Es lo que Paquy (2004) definirá como los orígenes del “Welfare State”⁷ y que incidirá fuertemente en la manera en como la Salud

⁶ Entre las recomendaciones del informe destacan: Crear Juntas estatales de sanidad en cada localidad ; Crear cuerpos de inspectores de policía sanitaria; Recolectar y analizar estadísticas vitales; Efectuar el saneamiento ambiental de ciudades y viviendas; Establecer letrinas y baños públicos; Estudiar los problemas prioritarios de salud (escolares, TBC, alcoholismo, enfermedades mentales e inmigrantes); Controlar la polución atmosférica ; Controlar la adulteraciones de los alimentos; Incluir la higiene en los sermones; Crear escuelas de enfermería ; Enseñar higiene en las facultades de medicina e Incorporar la medicina preventiva a la práctica clínica.

⁷ En las distintas propuestas de clasificación que ofrece la literatura destacan los planteados por **Esping - Andersen (1990)**, quien propone una tipología de diferentes regímenes de política social, identificando tres modelos: El liberal, el conservador corporativo y el socialdemócrata . La variable de análisis se centra en el nivel de desmercadización, es decir la medida en que el ciudadano/trabajador se sustrae en cada uno de los modelos a la dependencia del mercado como mecanismo de regulación social. El de **Jones** cuya tipología rescatará una visión mas o menos homogénea del Estado de Bienestar en la Unión Europea , destacando como variable clave su análisis los límites y contenidos de la ciudadanía, centrando su mirada en los límites de la ciudadanía social, sobretudo en la relación del ciudadano con el empleo y con el mundo del trabajo en general. Identifica cuatro tipos: el Escandinavo, el Bismarckiano, el Anglosajón y el de la Franja Latina.

Pública empieza a ser concebida y administrada. En la fase de emergencia del Estado de Bienestar destaca la importancia de una nueva técnica de protección social: el Seguro Social, siendo Alemania el primer país en adoptarlo y posteriormente Gran Bretaña, Francia (combinando la seguridad y la asistencia) y Suecia (el único en adoptar un marco de legislación universal de seguridad social).

En el rol pionero de Alemania, Paquy (2004) destaca el desarrollo del sistema de protección social como el modelo en el que se inspirarán el resto de los países, relevando la labor de Bismark en la instauración de este sistema y la funcionalidad política en la construcción de una democracia social y como “seguro contra revoluciones políticas”. El seguro social era parte de un proyecto económico liberal que implicó una nueva organización del Estado y la Economía. El sistema de seguridad social alemán bajo esta concepción se caracterizaba por tener membresía obligatoria, gestión de planes por parte de instituciones autónomas y un financiamiento compartido entre el asegurado, la Empresa y el Estado.

En el caso de Gran Bretaña, el programa de Seguridad Social tuvo que lidiar con la fuerte e histórica influencia desarrollada por la Ley de pobres (1601 y 1834) que sólo fue superada a partir de las reformas liberales de 1908 y 1911 (y definitivamente abolida en 1948) que introdujeron la lógica contributiva al sistema de protección social. Gran Bretaña no adoptó el modelo alemán, no obstante se inspiró en él para desarrollar un programa de salud y desempleo. (Paquy, 2004)

En la misma línea el caso francés destaca comparativamente por su atraso en la adopción de un sistema de Seguridad Social y su particularidad en la construcción de su sistema de protección social, que parte en 1880 con el programa nacional público de ayuda social, el que complementado con leyes sociales de ayuda y cuidados médicos generan un marco político para la protección social a principios del siglo XX. Estas leyes estaban destinadas a cubrir riesgos particulares especificados en cada ley, focalizando beneficios y beneficiarios, siendo fundamental la participación del Estado basado en el solidarismo.

Así la intervención estatal en el ámbito social buscaba corregir inequidades generadas por disfunciones sociales que impedían el acceso igualitario y la libertad. En esta perspectiva la política de ayuda fue entendida como una compensación de las desigualdades económicas, con una impronta asistencial. Sólo será en la década de los 30 del siglo XX, que la noción de seguridad por sobre la asistencia permitirá el establecimiento de un sistema social

Finalmente destaca de Ferrera (2000), quien identifica cuatro tipos de Estados de Bienestar, basada en la variable de orientación de flujos redistributivos como principio de participación laboral o de ciudadanía y que a diferencia de Esping- Andersen, asigna una importancia al mercado en los procesos de regulación, identificando cuatro tipos modelos puros y mixtos. (en Picó, 1996)

propriadamente tal, cuyos programas cubrieron salud, discapacidad y vejez , siendo financiado por trabajadores, empleadores y el Estado.

De este modo la salud es concebida no sólo desde la perspectiva de la enfermedad sino además desde su visión positiva, de bienestar integral, iniciándose un cambio de enfoque en la concepción y en las prácticas sociales asociadas a ésta, y que posteriormente será impulsada por la propia Organización Mundial de la Salud.

1.1.2.3. La Salud Pública contemporánea. Crisis o desarrollo?

Después de la Segunda Guerra Mundial y en el marco de la consolidación de los Estados de Bienestar, la Salud Pública empieza a ser concebida como parte de un modelo y política social más amplia, acompañada de un reconceptualización de la salud pública, entendiéndola como una experiencia de vida más amplia que no se agotaba en la ausencia de enfermedades y que comprometía a las dimensiones orgánicas, psíquica, social y ambiental de individuos y grupos humanos. (OMS, 1946)

En este período, según Darío (2002), se abre la convivencia de dos grandes tipos de concepciones de la Salud Pública: la medicalizada (biomédica) y la holística. La medicalizada se genera en el seno del enfoque empirista y biológico de la medicina occidental que expande una imagen de salud construida alrededor del individuo enfermo y de su riesgo personal, basada en prácticas curativas centradas en el control de la patología clínica y en tecnologías de tipo médico, siendo fortalecida por la epidemiología y los modelos estadísticos.

En 1946 diferentes factores, entre ellos intereses políticos alrededor de la reconstrucción europea, la concepción bienestarista de la posguerra y la evidencia a favor del comportamiento multicausal de la salud y la enfermedad , llevaron a la OMS a homologar la noción de salud a la de bienestar siendo el pilar de las políticas públicas que orientaron la gestión sanitaria. (Darío, 2002)

En contraposición a los enfoques medicalistas, basados en la concepción epidemiológica y la hegemonía de la medicina, los enfoques holísticos avanzan en la inclusión de la concepción de bienestar como una concepción que incluye los aspectos psicosociales, además de los ambientales y orgánicos bajo la forma de nuevos modelos (Arredondo,1992) .

A partir de 1960 la preocupación por el Bienestar en Ciencias Sociales y sobre todo en las políticas públicas viró hacia la noción de “desarrollo”, repercutiendo directamente en las concepciones acerca de la Salud Pública, abriendo espacios para la crítica social de la medicina, expresada con posterioridad a través del concepto de “iatrogénesis”⁸, acuñado por Iván Ilich (1975, en Passos, 2003), quien critica la medicalización social y la visión patogénica de la medicina.

Este cambio generó movimientos importantes: los enfoques de la Nueva Salud Pública se propusieron superar la visión organicista. A fines de los setenta la declaración de Alma Ata de 1978 declaraba la Salud para Todos, proclamando la salud como un derecho humano fundamental y reconociendo la grave desigualdad en el estado de salud de la población y que posteriormente se operacionalizará bajo la estrategia “Salud para todos el año 2000” , impulsada por la OMS. En el mismo espíritu y frente a las evidencia de inequidad y desigualdad en salud, el Modelo Canadiense de Salud, la Carta de Ottawa y las subsiguientes declaraciones, fortalecen la perspectiva holística de la salud, vinculando la salud al desarrollo humano por medio de la “Promoción de la Salud”. (Darío, 2002; Restrepo, 2001; OPS, 2002)

De este modo las visiones “salutogénicas” comienzan a primar en las instituciones locales e internacionales asociadas a la salud, surgiendo la conciencia de los problemas de salud como un fenómeno global y la evidente relación entre los determinantes de la salud y los estados de estas en la población. No obstante ello el surgimiento de regímenes económicos y políticos basados en concepciones neoliberales no permiten enfrentar o resolver de manera adecuada las determinantes de inequidad en salud, planteando complejos desafíos para la salud pública mundial.

Bajo este escenario entramos al siglo XXI, con avances en lo que se refiere a control de enfermedades endémicas, bajo el estímulo de intereses comerciales y del afán de las elites por la protección, la solidificación científica de la medicina basada en el individuo y la expansión de la atención médica relacionada con la seguridad social. Sin embargo, las contradicciones e injusticias persistieron y se ampliaron en estas últimas décadas, poniendo en jaque la estrategia de salud para todos, evidenciando la necesidad de una redefinición conceptual y del actuar la salud pública en el marco del siglo XXI. (OPS, 2002)

⁸ La iatrogénesis se compondría de tres tipos. La iatrogénesis clínica, causada por los propios cuidados de salud, expresado en daños a la salud atribuibles a la falta de seguridad y al abuso de drogas y de las tecnologías médicas más avanzadas. La iatrogénesis social, derivada de una creciente dependencia de la población a las drogas, los comportamientos y las medidas prescritas por la medicina en sus ámbitos preventivo, curativo, industrial e ambiental (medicalización social) . La iatrogénesis cultural, que consiste en la destrucción del potencial cultural de las personas y comunidades para lidiar de forma autónoma con la enfermedad, el dolor y la muerte. (Passos, 2003: 186)

En este contexto de redefiniciones y contradicciones la promoción de la salud aparece como posibilidad, oportunidad y estrategia que permita incidir en los determinantes de la inequidad en salud, pero también jugando un rol importante en la redefinición conceptual y práctica de lo que hoy entendemos por Salud Pública, en un contexto de crisis.

1.1.2.4. La Salud Pública hoy. Hacia una conceptualización y contextualización sociopolítica.

En este breve y general marco histórico hasta aquí trazado, entender la Salud Pública hoy, implica por un lado asumir la polisemia conceptual y diversidad cultural en el que se ha desarrollado y por otro, entenderla en un momento de complejidad o crisis que demanda una reconceptualización teórica, política y ética, toda vez que los resultados alcanzados, basadas en la concepción de bienestar de la salud no cumplen con las expectativas y necesidades esperadas para unos estados de salud cada vez más desiguales.

A lo anterior debemos sumar que las transformaciones globales no sólo han afectado los estados de salud sino fundamentalmente el carácter público de su abordaje, que en las visiones de Arendt (1993) y Habermas (1995) reforzarán el carácter político y / o social de lo público en tanto “Polis”, espacio o esfera en el cual se juegan unas relaciones determinadas de poder social y político.

En este sentido las transformaciones en las relaciones Mercado, Estado y Sociedad afectarán también la manera de entender lo público y diferenciarlo de lo estatal, surgiendo la noción de lo público no estatal, diferente mas no excluyente de la categoría Privado. En este contexto la S.P. deja de ser entendida como la acción estatal y se abre a la emergencia de nuevos actores en la administración de la salud, sin dejar de mencionar la diversidad cultural de prácticas asociadas a la salud y a nuevas nociones o complementos de la ciudadanía.

Por otro lado, la polisemia conceptual y cultural complejiza la noción de salud, en tanto coexistirían de manera contradictoria, diferentes prácticas y nociones de salud, según los contextos culturales y sociales, a través del accionar público, estatal y privado.

En coherencia con la dificultad de encontrar una definición de consenso, hemos optado por recoger las visiones holísticas de salud que ayuden a dar cuenta de la complejidad y amplitud de los términos asociados a la S.P. En tal sentido, en los últimos años se han acuñado una diversidad de definiciones, dentro de las cuales, quizás la más clásica y amplia es la realizada por Winslow, para quien “ la Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir las

enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad...". (Winslow, 1920: 183)

La segunda definición de data más reciente planteada por Piédrola Gil (1991) simplifica la de Winslow, planteando que "La Salud Pública es la Ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad". (OPS, 2002: 47)

Si bien ambas definiciones contemplan aspectos de carácter social y colectivo, desde una perspectiva neoinstitucional y por tanto instrumental para esta tesis, recogemos de la propia discusión dada por la OPS, que entiende a la salud pública como "... el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo" (OPS, 2002: 47).

Según esta última definición, si bien la Salud Pública posee un ámbito propio relativo a los procesos de salud enfermedad, su carácter colectivo y social obliga a entenderla en una dimensión global ya no sólo en su desarrollo histórico sino también político y social. Es decir en el marco de una visión macro de sociedad, en la cual se combinan diversos aspectos estructurales y sistémicos que permiten entenderla en un esquema social más amplio.

En tal sentido si partimos de la base de que la S.P. es parte del accionar colectivo de la sociedad y por tanto tiene un carácter público, entonces podemos entender que ésta se da en un determinado contexto (o determinantes) económico, político, social y cultural en la cual las instituciones públicas y los diversos actores que componen la sociedad organizan y desarrollan determinadas prácticas asociadas a la salud y la enfermedad.

En esta visión global y partiendo del supuesto de que el Estado juega un rol fundamental en el desarrollo de la S.P., entenderemos a ésta como expresión de la relación que establece el Estado a través de sus instituciones y políticas públicas con los diversos restantes actores de la sociedad.

Desde esta perspectiva el análisis de las políticas en salud y particularmente de promoción de la salud será entendida bajo la perspectiva neoinstitucionalista y en menor medida estructuralista, que si bien presenta otras variantes comparte la idea de resituar al Estado en el centro del análisis de las políticas públicas y de la política en general; compartiendo además, los supuestos planteados tanto por Habermas como Offe, de identificar en las últimas décadas una crisis del Estado de Bienestar, ante las tensiones económicas generadas por el Capitalismo (Meny & Thoenig, 1992)

De ahí que la S. P. la entendamos, por un lado, a partir del desarrollo de sus instituciones y sobre todo por el desarrollo de las políticas sociales en salud, muchas veces denominadas políticas saludables y, por otro lado, teniendo en consideración los distintos factores de carácter estructural que determinan el sistema y las políticas en salud.

Por tanto la Salud Pública será entendida como una expresión de la relación global entre Estado y Sociedad Civil en la que influirían de manera estructural las diversas condicionantes económicas, políticas y culturales, las que a su vez determinarían las formas de organización social del poder a través del Gobierno y sus instituciones⁹. En otras palabras, las políticas sociales en salud no pueden ser concebidas fuera de su contexto político global marcado en lo estructural por el tipo de régimen político y en lo coyuntural por el tipo de gobierno en curso.

En este marco y a un nivel más operacional, abordaremos la Salud Pública en el contexto estructural de sus determinantes, en relación al accionar de las políticas públicas de un determinado régimen político y en función de la relación que establece el Estado a través de sus políticas con sus ciudadanos y también con el Mercado.

A nivel más específico entenderemos que los componentes de la Salud Pública, tales como los determinantes sociales de la salud, el sistema de salud, sistemas de atención sanitaria, políticas públicas de salud y ciudadanía, otorgan una mirada de desarrollo que facilitará la comprensión en la que se inscribe la promoción de la salud y que abordamos en los apartados siguientes.

⁹ Entendiendo por gobierno la gestión (técnica y política) del Estado, comprendiendo tanto a los grupos que determinan los roles de autoridad como a las políticas que emana de esa autoridad (Atria & Tagle, 1991) y la gobernabilidad como un proceso de interacción entre gobernantes y gobernados, es decir entre la capacidad de gobierno y las condiciones necesarias para que esta función pueda desempeñarse con eficacia, legitimidad y respaldo.(Alcántara, 1995).

1.2. Los componentes estructurales y sistémicos de la Salud Pública.

1.2.1. Los determinantes de la Salud y su importancia en el contexto de la Promoción de la Salud .

Muy ligado al concepto de salud pública y más aún en el contexto de transformaciones globales, los determinantes de la salud, entendidas como las condiciones sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan que impactan sobre la salud (Tarlov, 1996), adquieren un rol estratégico para entender no sólo los alcances de la salud pública y de la promoción de la salud, sino también para explicar e intervenir el estado de salud de los individuos o poblaciones.

Dentro de las concepciones de determinantes de la salud y asociado a la noción de equidad en salud surge la noción de determinantes sociales, como un ámbito específico que condiciona las desigualdades e inequidad en salud y que para fines de este trabajo constituye especial atención.

En tal sentido los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (OMS, 2005).

En cuanto a la evidencia disponible a este respecto destacamos tres estudios de significativa importancia, el primero realizado por Richard Wilkinson y Michael Marmot conocido como "The Solid Facts", que demuestra la influencia de los determinantes sociales en el estado de salud; el segundo desarrollado por la OMS y liderado por Ian Crombie, centrado en el análisis de las desigualdades e inequidad en salud y el tercero realizado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, también desarrollado por la OMS.

En el estudio de Wilkinson & Marmot (2003) se evidencia la importancia que tiene durante toda la vida de las personas los determinantes de la salud presentes en la primera infancia y los efectos de la pobreza, el consumo de drogas y las condiciones laborales, así como el desempleo, el apoyo social, la alimentación y la política de transporte; agregando al análisis de cada una de ellas diferentes recomendaciones a nivel de políticas públicas.

En un segundo lugar, destaca el estudio realizado por la Oficina Regional para Europa de la OMS (Crombie, 2005) que analiza las condiciones socioeconómicas de las poblaciones desde la perspectiva de la equidad en salud, evidenciando la diversidad de maneras de entender la inequidad en salud (desigualdad social, económica, territorial, de género y etnia) y de abordarlas (erradicación total o parcial); así como la influencia de los

factores macroambientales (físicos, sociales y ambientales) en las condiciones de vida y de trabajo a nivel individual y comunitarias, redundando en condiciones desfavorables de salud.

La complejidad de las causas de las desigualdades en salud suponen por tanto el desarrollo de acciones o políticas multisectoriales destinadas a enfrentar los factores estructurales (ingresos y educación), el medio físico y social, así como las conductas de riesgo y el acceso de la población a la atención sanitaria. De este modo la evidencia a partir de ambos estudios demuestra la importancia de considerar a nivel de políticas públicas y no sólo académicamente, la relación entre los determinantes de la salud y la equidad, requiriendo para ello no sólo de conceptualizaciones teóricas y éticas, sino además de un enfrentamiento político práctico.

Finalmente y en la misma línea antes planteada, destaca la propuesta de la Comisión de determinantes sociales de la salud de la OMS denominada *“Hacia un marco conceptual para el análisis y la acción en los determinantes de la salud”*, que incorpora la dimensión social y política de la salud pública, realizando una síntesis conceptual a partir de los diversos modelos teóricos desarrollados en los últimos 15 años¹⁰, que si bien incluye los anteriores, aporta con una síntesis teórica y conceptual integral, además de proponer estrategias de intervención en la resolución de las inequidades en salud y que para fines de esta investigación constituye una pauta guía.

Dicha propuesta, basa su construcción en una doble estrategia. Por un lado persigue objetivos asociados con la identificación de los mecanismos por medio de los cuales los determinantes sociales generan inequidades en salud y sobretodo proveer de un marco de evaluación en Salud que identifique niveles específicos de intervención e implementación de políticas en Determinantes Sociales en Salud. Por otro, revisa el aporte de cada uno de los modelos teóricos existentes en torno a estos objetivos a fin de integrar sus contribuciones parciales por cierto, que ayude a la construcción de esta nueva tipografía ideal.

En cuanto a su estructura, el modelo hace referencia al contexto social y político y su relación con las posiciones socioeconómicas desiguales. Identifica la relación entre los determinantes estructurales e intermedios, otorgando importancia a éstas en su influencia en el acceso desigual de los grupos sociales a la salud. Pone énfasis en tres tópicos

¹⁰ La propuesta recoge los aspectos centrales del **modelo de Dahlgren y Whitehead** o de influencias secuenciadas, que explica cómo las desigualdades sociales en salud son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, desde las individuales, locales, regionales o nacionales. Del modelo de **Diderichsen y Hallqvist** (1998) readaptado por Diderichsen, Evans y Whitehead en el 2001 rescatarán las formas en las que los contextos sociales crean estratificación social y cómo ésta generaría exposiciones, condiciones de salud y vulnerabilidad diferenciadas, según la posición social de los individuos o grupos sociales. Del **modelo de Mackenbach y otros**, enfatizarán en los mecanismos por los cuales se genera la inequidad en salud: por selección v/s causalidad. El primero relacionado con la estructura de edad y posición socioeconómica y la segunda relacionada con factores de riesgo. Finalmente del modelo de **Brunner y Marmot**, rescatarán la idea de cómo las desigualdades socioeconómicas en salud resultan de la exposición diferenciada a los riesgos ambientales, psicológicos a través de la vida, siendo la genética, la edad temprana y los factores culturales las influencias más importantes en la salud.

fundamentales: los determinantes estructurales e intermedios; el contexto sociopolítico y los niveles en los cuales las desigualdades en salud pueden ser enfrentados.

1.2.1.1. Los determinantes sociales estructurales e intermedios.

El modelo identifica como estructurales aquellos que generan estratificación social, tales como la educación e ingresos, así como género, etnicidad y sexualidad. Siendo central el aspecto de cohesión social relacionado con el capital social.

Los intermedios provienen de la configuración de la estratificación social y determina las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a determinadas situaciones que comprometen a la salud. Se incluyen en estas las condiciones de vida, de trabajo, la disponibilidad de comida, conductas de la población y las barreras para adoptar estilos de vida saludables, identificándose dos tipos de grupos: según nivel de vulnerabilidad (niños) y por condiciones geográfica (barrios pobres urbanos). En este nivel también se incluye el sistema de salud (organización de los servicios) en sí mismo, en tanto su rol, relevante por el tema del acceso, incorpora la diferencia en la exposición y vulnerabilidad.

1.2.1.2. El contexto socio-político.

Si bien no es fácil de medir afecta directamente los patrones de estratificación social y las oportunidades de salud de la gente. En este contexto se encuentran los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen jerarquías sociales, tales como el mercado laboral, el sistema educacional e instituciones políticas.

Los factores contextuales más importantes son aquellos que juegan un rol determinante en la generación de desigualdades sociales y que puede diferir considerablemente de un país a otro. Estos estarían compuestos por las características de los Sistemas Políticos; la Política Macroeconómica; las políticas que afectan el trabajo, la tierra y distribución de la vivienda y las políticas en educación, bienestar social y cuidados médicos.

Respecto a los elementos contextuales más específicos asociados a la salud, se plantea abordarlos teniendo en cuenta el grado de importancia otorgado a la salud en cada país y cómo esta valoración afecta el diseño e implementación de políticas. Es decir, si la salud es una prioridad en la agenda gubernamental y de que manera se asume el financiamiento y organización de la provisión de los Servicios de Salud y distribución recursos de salud.

1.2.1.3. Los niveles para la acción política en Determinantes Sociales de la Salud.

Coherentemente con este modelo los diferentes cursos de acción para las políticas públicas en determinantes de la salud, debiesen estar centradas en materias tales como la estratificación social, exposición diferencial v/s vulnerabilidad diferencial y consecuencias diferenciales.

Las estrategias globales involucran cambios en la estratificación social misma, reduciendo desigualdades en poder, prestigio, ingresos y riqueza ligada a diferentes posiciones socioeconómicas. Así como también en la reducción de los niveles y riesgos en la exposición y en la vulnerabilidad.

A nivel más específico las estrategias que, asumiendo la imposibilidad de abordar todas las determinantes estructurales, buscarían cambios a través de estrategias específicas para temas específicos en los que destacan niveles de evidencia más política que cuantitativa. Lo anterior implicaría intervenciones focalizadas en temas y grupos poblacionales tendientes a lograr equidad en las condiciones de salud como en el acceso a la asistencia sanitaria.

1.2.2. El sistema de salud y las funciones esenciales de la Salud Pública.

De manera complementaria a los aspectos sociales determinantes de la salud, destacan aquellos de carácter sistémico o institucional en los que se organiza la salud pública. En tal sentido, los sistemas de atención al ser parte de los determinantes intermedios deben ser entendidos en el contexto del sistema de salud y de las respectivas funciones esenciales de la Salud Pública.

En tal sentido esta aclaración conceptual permitirá entender el marco institucional en el que se inscriben las políticas de salud en general y de la promoción de la salud, reconociendo en lo público estatal la autoridad sanitaria y el núcleo de funciones y responsabilidades, cuyo cumplimiento es requerido universalmente para la existencia de una buena salud pública. (OPS, 2002)

Coherentemente con lo anterior, por lo tanto, el campo de actuación de la salud pública integra al campo de la salud en general y abarca todos sus componentes, desde la perspectiva de salud de la población, considerando por tanto las nociones de sistema de salud, atención de salud y asistencia médica, con los que está intrínsecamente relacionado.

Para la OPS (2002) **el sistema de salud**, entendiendo este último como las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud (OMS, 2000),

comprende la atención a las personas y al entorno hechas con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud o de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, incluido el suministro de medios, recursos y condiciones para ello; incluye también esta definición las actuaciones ejercidas sobre los factores determinantes generales de la salud y realizadas con el fin de mejorar la salud o facilitar su atención, independientemente de la naturaleza de los agentes públicos, estatales, no estatales y privados que las realizan.

Según la OPS (2002), en cada situación institucional o régimen político-jurídico administrativo existen organizaciones institucionalmente formalizadas cuya finalidad principal es trabajar para la salud. Al conjunto de esas instituciones y de sus relaciones entre sí y con otras instituciones se le denomina, convencionalmente, **sector de la salud**. El concepto de sector, por ser convencional y utilitario en términos administrativos, se ajusta a cada circunstancia y, en el caso del sector de la salud, contiene también generalmente un subsector público estatal, uno público no estatal así como subsectores privados de interés público o privado relacionados con el mercado u otras denominaciones. El sector está delimitado normalmente en el ámbito del sistema de salud pero raramente coincide con él.

El sistema de salud y el sistema de atención que lo compone tiene como finalidad, según la OPS (2002), producir salud para las personas y la población en su conjunto de la mejor manera posible.

De lo anterior derivan dos indicadores de desempeño estratégico, el primero relacionado con la eficacia social y el segundo con la satisfacción individual y social derivada de la producción de salud. Ambos constituyen a su vez los principales objetivos finales de los sistemas de salud y atención y la principal responsabilidad de la salud pública, siendo el supuesto a partir del cual se edifican las políticas, estrategias y acciones en salud pública.

De ahí la importancia de **las funciones esenciales de la salud pública (FESP)**, entendidas como un conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la Salud Pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones (OPS, 2002), en el cual la Autoridad Sanitaria (Estado) tiene un rol estratégico que cumplir como promotor y articulador de otros agentes sociales, para su cumplimiento.

En tal sentido si bien existen antecedentes en la literatura acerca de las FESP, tal como el aportado por el "Institute of Medicine" (1988), en el cual se desglosaba una serie de aspectos relativos a objetivos y funciones que el sistema de salud pública debía desarrollar¹¹ y

¹¹ Dentro de estas funciones o roles destacan : Valorar las necesidades de salud. Monitorizar y valorar el estado de salud y sus determinantes. Diagnosticar e investigar problemas y riesgos para la salud. Desarrollar políticas. Informar, educar y dar poder a la población en temas de salud. Fomentar colaboraciones y alianzas para identificar y resolver problemas de salud. Desarrollar planes y políticas de salud

que refuerza en el 2001, hemos optado por recoger la propuesta actualizada realizada por la OPS (2002) que sistematiza y resume de manera práctica las responsabilidades sociales asociadas a la Salud Pública y en particular aquellas competencias de la autoridad sanitaria, a través de la definición de 11 Funciones, que se resumen en los siguientes puntos:

- *Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud*
- *Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública*
- *Promoción de la salud y Participación de los ciudadanos en la salud*
- *Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión .*
- *Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización.*
- *Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios*
- *Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*
- *Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos*
- *Investigación en salud pública*
- *Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud*

En lo que respecta a las funciones asociadas a la promoción de la salud destacan: el fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud; el fortalecimiento de las alianzas intersectoriales con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción; la evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas; el desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables; la reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar unos modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.

Así en este contexto de regulación de propósitos, metas, objetivos y funciones esenciales de la salud pública, las políticas de salud se diseñan según unos recursos, tiempos y principios, configurando los pilares básicos del desarrollo institucional del ciclo de políticas públicas en salud.

pública que den soporte a los esfuerzos individuales y comunitarios en favor de la salud. Garantizar la prestación de los servicios básicos. Aplicar las leyes y normas que protegen la salud y garantizan la seguridad. Conectar a las personas con los servicios sanitarios que necesitan y garantizar la provisión de los servicios básicos. Garantizar la competencia del personal que proporciona servicios de salud pública. Evaluar la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios individuales y poblacionales. Investigar de forma aplicada. Investigar nuevos aspectos y soluciones innovadoras para los problemas de salud. En Institute of Medicine (1988).

1.2.3. Las Políticas Públicas en Salud. Una mirada conceptual previa.

Según Gill (1994), las políticas públicas son aquellas políticas desarrolladas por los cuerpos y oficiales gubernamentales y se concentran en una acción intencional por o para los gobiernos. Las políticas involucran la decisión de actuar respecto a algún problema particular, pero incluye decisiones relacionadas con su implementación y cumplimiento. Las políticas involucran más que la intención – deben representar lo que los gobiernos realmente hacen, es decir lo que los gobiernos dicen que harán, lo que hacen realmente y lo que deciden no hacer. De este modo las políticas públicas, son entendidas en el marco de en las instituciones formales de un gobierno.

En un nivel más específico, las políticas de salud abarcan los diferentes cursos de acción que afectan el conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y al financiamiento del sistema de atención de la salud. Va más allá de los servicios de salud, pues incluye acciones deseadas por las organizaciones públicas, privadas y voluntarias que tienen un impacto en la salud. Esto significa que las políticas de salud consideran los efectos ambientales y socio-económicos sobre la salud, así como la provisión de atención de la salud, no obstante la tendencia sea concentrarse sólo en el sistema de atención de la salud (Gill, 1994). En otras palabras las políticas de salud serían homologables a lo que en promoción de la salud se conoce como “políticas saludables”.¹²

1.2.3.1. Tipos de políticas

Si bien existe una variada aportación teórico-conceptual respecto a la clasificación de las políticas públicas hemos optado por una delimitación general que permita ubicar a las políticas públicas dentro del ámbito de acción gubernamental y no tanto estructural estatal.

En tal sentido la propuesta de Gill (1994) nos permite situar a las políticas en salud dentro de un marco general que divide a las políticas públicas entre superiores e inferiores, definiendo a las primeras en relación a la conservación de los valores centrales –incluyendo la auto-preservación nacional- y los objetivos a largo plazo del Estado y a las segundas como

¹² Las políticas públicas saludables, se refieren a ciertas políticas que son importantes para la modificación de los determinantes de la salud, generalmente de carácter pluralista, multisectorial y que son diferentes a la política de salud basadas en los sistemas de atención. En la Carta de Ottawa (1986) se identificó la construcción de este tipo de políticas, como una de las áreas de acción más relevantes para la operativización de la promoción de la salud; posteriormente la conferencia de Adelaida (1988) concluyó que las políticas públicas saludables eran el instrumento ideal para identificar los aspectos que afectan más las condiciones de exclusión social. Una política pública saludable, por tanto es una intensión continuada de acciones que modifican positivamente las estructuras que afectan la salud y sus determinantes biológico, ambiental, psicosocial, estilos de vida y los relacionados con los servicios asistenciales. (Restrepo & Malaga, 2001).

asuntos que no se ven como problemas fundamentales relacionados con los intereses nacionales de un Estado, o de grupos importantes y significativos dentro de éste.

El nivel de involucramiento de los actores para el primer tipo será mas elitaria y cerrada en su abordaje, mientras que la segunda más abierta y participativa, ambas serán fundamentalmente de dominio del gobierno y desarrolladas a través de la legislación. En esta clasificación las políticas de salud pueden ser vistas como política superior o inferior dependiendo de la prioridad y gravedad de los temas asociados, no obstante en general éstas tienden a caer en la categoría de política inferior, como políticas distributivas o reguladoras.¹³

1.2.3.2. Principios generales en los que se basan las políticas públicas en salud.

A nivel más específico las políticas públicas se sustentarían en unos determinados principios que permitirían la sustentabilidad en el tiempo y una suerte de pauta ética al accionar gubernamental. En este sentido recogemos la propuesta de la OPS (2002) que identifica seis grandes principios en los que se basarían los sistemas de salud y que se aplicarían a las políticas públicas en este ámbito, a saber:

a. *La equidad*, considerada como el valor mas importante para la corrección de las desigualdades injustificables y la injusticia social existentes y también para lograr la eficacia.

b. *La participación social*, entendida como el derecho y la capacidad de la población para participar efectiva y responsablemente en la adopción de decisiones y en su ejecución, en relación al cuidado de la salud, por tanto en el proceso de políticas públicas saludables.

c. *La eficiencia* en el uso de los recursos en relación con los objetivos y principios establecidos, sobre todo teniendo en cuenta su escasez.

d. *La descentralización*, que mantiene el equilibrio más adecuado de responsabilidades complementarias entre los distintos niveles de actuación y como elemento facilitador de los principios anteriores y de los objetivos finales de los sistemas de salud y de atención de salud.

e. *La integralidad de la atención*, según las necesidades impuestas por la gravedad de los daños y los problemas que requiere de una atención progresiva, requisito para la eficacia y la equidad.

f. *La solidaridad* en el enfrentamiento de la incertidumbre y la complejidad de los problemas de salud relativos tanto a los riesgos como a las enfermedades, y en la organización de las respuestas. Es un criterio fundamental para el financiamiento (distribución equitativa y cobertura universal).

¹³ Las políticas *distributivas* consisten en la provisión de servicios o beneficios a grupos particulares en la población, que no resultan en ninguna desventaja o reducción obvia en los beneficios de otros grupos. Como tales no son particularmente controversiales y el proceso de políticas puede ser bastante abierto y encontrar poca resistencia de parte de los grupos de interés involucrados. Las políticas *reguladoras* involucran la imposición de limitaciones o restricciones en la conducta de individuos o grupos. Debido a que están dirigidas a un sector relativamente reducido de la población, aunque son controversiales, no tienden a atraer la participación de muchos otros grupos de interés. Las políticas *auto-reguladoras* generalmente son procuradas por una organización como medida para controlar su propios intereses y puede introducirse para evitar la actividad de grupos de interés. Y finalmente, las políticas *redistributivas* son aquellas que consisten en intentos deliberados del gobierno para cambiar la distribución del ingreso o de la riqueza (mediante impuestos progresivos, por ejemplo). Suelen ser muy controversiales y pueden generar fuertes intereses grupales tanto a favor como en contra” (Gill, 1994).

1.2.3.3. La Nueva Gestión Pública y su influjo en las políticas públicas, las últimas tendencias.

No obstante el marco conceptual antes descrito y las diversas corrientes teóricas asociadas a las políticas públicas, este estudio basa su interés desde una perspectiva neoinstitucional, que si bien recoge influjos de corrientes estructuralistas, coincide en la idea de recuperar la visión del Estado , revalorando la función social de éste en las políticas sociales y en particular aquellas asociadas a la salud . Cuestión que si bien puede aparecer en contradicción con los enfoques neoliberales hegemónicos que subyacen a la noción de Nueva Gestión Pública (NGP), constituyen una oportunidad para enfoques no empresariales de modernización del Estado.

Respecto a este último aspecto recogemos el planteamiento de Ramió & Salvador (2005), quienes identifican a la NGP, dentro de las diversas estrategias modernizadoras del Estado, como un modelo post burocrático, que puede ser abordado desde dos enfoques. El primero de carácter neoempresarial, hegemónico en la mayoría de los gobiernos, que hace énfasis en la economía, la eficacia y eficiencia de los aparatos públicos, en la fragmentación de la Administración Pública, proponiendo una clientelización de los ciudadanos y un tipo de Estado vendedor de servicios sociales que lo asemeja más a un "Estado relacional" que a uno de Bienestar. El segundo, que podríamos llamar "neopúblico" , que enfatiza en la repolitización de la políticas públicas, la racionalización y el control de la externalización de los servicios públicos, la participación y promoción de los derechos ciudadanos y la promoción de la eficiencia y eficacia asociada a la ética en la gestión pública. Este último presente mayoritariamente en los discursos y en la producción académica y en muy menor medida en las prácticas gubernamentales dominantes.

1.2.4. Ciudadanía y la participación social en Salud.

En coherencia con la discusión antes planteada y en la necesidad de posicionar el valor de los derechos sociales y políticos en el contexto de las políticas públicas modernizadoras, destacan la noción de ciudadanía y participación social como un fuerte componente constitutivo de las políticas de salud.

En esta línea, la noción de ciudadanía, según Marshall (en Barbalet, 1989), vista desde el ejercicio de derechos, ha transitado desde una perspectiva jurídica o civil a una de carácter político y participativo (siglos XIX y XX), que para algunos serán complementadas o

superadas en la actualidad, a partir de la noción de ciudadanía social y ambiental (Pacheco, 2003; Puhlen, 2000).

Por su parte, Barbalet (1989) al introducir la discusión de ciudadanía social y su relación con la equidad y con las desigualdades en la estructura social, agrega una variable estructural necesaria a considerar en el desarrollo conceptual de la ciudadanía relacionada con la categoría de exclusión y pobreza y los déficit de ciudadanía. (Procacci, 1999).

Finalmente, García Canclini (en Barreto, 2004) planteará que la ciudadanía no sólo es el ejercicio de derechos reconocidos por el Estado, sino también aquellas prácticas sociales y culturales que dan sentido de pertenencia a los individuos, relacionados con la adquisición de bienes y servicios materiales y simbólicos, situando la cuestión de la ciudadanía al ejercicio de unos determinados derechos como consumidor.

Por tanto, en esta multiplicidad de acepciones, entendemos a la ciudadanía como un conjunto de derechos y deberes asociados a la participación social y política de los individuos que forman parte de los regímenes democráticos, en un contexto de cambios globales marcado por procesos de integración y exclusión social, política y económica. Lo que implica asumir la noción de ciudadanía en un contexto de cambio y en su manifestación práctica (social y política) más que jurídico- institucional (constitucionalismo).

Lo anterior implica entender que estamos frente a un proceso de transformación de la ciudadanía en la que nuevos elementos además de los clásicos que la inspiraron (igualdad, libertad, autonomía), emergen como una ampliación de reivindicación de nuevos derechos y nuevos deberes que demandan una nueva relación con el Estado.

En este contexto de reivindicación de derechos ciudadanos y en particular los asociados a salud, entenderemos la participación ciudadana, no obstante existan distintas perspectivas teóricas e ideológicas,¹⁴ como la incidencia de la ciudadanía en los procesos de toma de decisiones, temas y actividades que se relacionan con el desarrollo económico, social y político, así como el involucramiento en la ejecución de dichas decisiones, para promover en conjunto con actores sociales e institucionales acciones, planificaciones y decisiones hacia el Estado (Pérez Ordóñez, 2002).

¹⁴ Corvalán y Fernández (1998), identifica cuatro tipos de participación en base a criterios ideológicos y políticos: **La Participación Liberal**, relacionada con la capacidad del individuo para reconocer sus intereses y necesidades y luego establecer, mediante una conducta participativa, un camino para satisfacerlas; como una expresión de la ecuación costo - beneficio individual. **La participación en el contexto de la acción integradora** A diferencia de la participación liberal, aquí los individuos no transitan de la situación individual a la colectiva sobre la base de una motivación o demanda propia y consciente, sino que lo hacen a partir de procesos impulsados y estructurados desde agentes externos generalmente el Estado (de Bienestar), que predefine las necesidades de los individuos. **La participación en el contexto de la Movilización Colectiva** muy ligada a la sociología de los Movimientos Sociales, en este enfoque, la participación en tanto movilización colectiva se aleja de los fundamentos racionales y estratégicos de la visión liberal y de la integración, privilegiando la promoción de la autonomía por medio de la toma de conciencia crítica y construcción de un proyecto colectivo a partir de una problemática o motivación común. **La participación desde la perspectiva marxista**, es concebida como parte integrante de la participación política, como un todo integrado y no como dos aspectos distintos de la realidad social. Se trata de una concepción politizada de la participación social en donde la participación se centra fundamentalmente en el acceso y construcción de poder de una clase para imponer sus términos a otra.

No obstante esta definición sea considerada en la mayoría de las agendas gubernamentales, no ha encontrado condiciones propicias para su ejercicio, sobre todo en lo que se refiere a la posibilidad de contribuir a su propia democratización. Por el contrario, se tienden a adoptar medidas para su institucionalización en la esfera político estatal restringiendo el incremento de la representación social y potencialmente legitimando la propia corporativización del aparato estatal, limitando su ampliación. (Cunill, 1995).

En otras palabras, la ciudadanía y su ejercicio, al desarrollarse en un proceso de institucionalización de la relación del Estado con la sociedad civil, pudiese eventualmente despolitizarse (a través de la participación técnica) o politizarse (a través del ejercicio de derechos y deberes sociales y políticos).

En esta dualidad, no exenta de contradicciones se constituiría el campo de relaciones entre el Estado y la Ciudadanía, determinando en gran medida las formas en como se expresa la participación social, ya sea a través de movimiento sociales organizados o simplemente usuarios de la oferta pública; así como los mecanismos institucionales y niveles de desarrollo existentes según sean las realidades particulares de cada régimen político. (Borja, 2002)

1.2.5. Participación en Salud desde la perspectiva comunitaria. Nociones y mecanismos.

No obstante la noción de participación ciudadana sea central para analizar la participación social en salud desde la perspectiva de derechos sociales y políticos, en sus niveles de operacionalización y aplicabilidad muchas veces adquieren mayor visibilidad y concreción su expresión territorial y local, donde la oferta sanitaria establece una relación más directa con la población.

En tal sentido hemos considerado de manera complementaria a la idea de participación ciudadana, la perspectiva social comunitaria, entendiéndola como un " proceso social en el que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de actividad social y de las instituciones sociales, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad, en un superior al presente" (OPS, 1999: 34)

En este proceso coexistirían dos formas de entender y ejercer la participación comunitaria en salud, que se deriva de la misma discusión respecto a la ciudadanía en términos macro, a saber: Como participación inclusiva dentro del ciclo de políticas públicas (acento en la visión tecnocrática) o como proceso de relaciones de poder en el que el ejercicio

de derechos conlleva una toma de decisiones y la búsqueda o construcción de mecanismos para llevarlos a cabo (acento en la visión político social).

En la primera concepción destaca la propuesta de Rifkin (1990; en Aguilar, 2001:32) quien clasifica y define la participación según cada nivel del ciclo de políticas sociales, a saber: a) Participación en los beneficios del programa (participación pasiva); b) Participación en las actividades del programa (como agentes colaboradores de salud); c) En la ejecución de programas de salud, con responsabilidades limitadas en la gestión; d) En la vigilancia y evaluación de los programas, ayudando a enjuiciar el grado de logro de los objetivos. e) En la Planificación de los programas. En las prioridades, formulación de objetivos y selección de programas. Es el tipo de participación ideal.

En la segunda perspectiva, representada por el Grupo de Estudios Técnicos de la OMS (1991; en Aguilar, 2001:33) se entiende la participación **como Contribución:** Donde la comunidad participa en determinados programas y proyectos mediante contribuciones de trabajo, dinero o materiales. **Como Organización:** Que implica la creación de estructuras apropiadas para facilitar la participación. **Como dotación de poder:** Fortalecimiento o potenciación de grupos y comunidades desarrollando el poder de tomar decisiones efectivas concernientes a los servicios de salud o controlando los programas.

En esta última perspectiva debemos agregar la importancia de los mecanismos, formas e instrumentos que se utilizan para fomentar e implementar la participación de la comunidad en los programas y servicios; diferenciándose aquellos mecanismos de carácter estructural (descentralización, cooperación intersectorial), de aquellos más prácticos y funcionales (Los Consejos de Salud; agentes de Salud Comunitarios; grupos de autoayuda; etc).(Aguilar, 2001)

Por tanto, la participación social la entenderemos desde una doble perspectiva: por un lado aquella de carácter sociopolítico que concibe la participación en salud como un ejercicio de poder (derechos sociales y políticos) y desde una más técnica y operativa en la línea planteada por el grupo técnico de la OMS y los complementos añadidos por Aguilar, respecto a la participación comunitaria y que en lo específico a la salud debe considerar tanto los tipos, formas, niveles y sujetos que la conforman.

1.3. La promoción de la salud. Antecedentes y aspectos teórico conceptuales.

1.3.1. Los antecedentes más inmediatos de la promoción de la salud.

Como ya anunciamos, la promoción de la salud (en adelante P.S.) nace de la crisis de la concepción biomédica de la salud y dentro de una nueva concepción holística de salud que integra todas las características del “bienestar humano”, tanto la satisfacción de las necesidades básicas, como del derecho a las aspiraciones que todo ser humano y grupo desea poseer, siendo en este sentido primordial la interrelación entre salud y equidad social. (Restrepo, 2001)

Según la literatura revisada, el hito de constitución de la promoción de la salud estaría en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Canadá y encontraría en la Carta Ottawa su decálogo fundante.

No obstante lo anterior según Restrepo (2001), existirían algunos precedentes o influencias provenientes de las aportaciones teóricas, como las de Antonovsky, el informe Lalonde, los estudios epidemiológicos de intervención sobre factores de riesgo para enfermedades coronarias de Carelia del Norte en Finlandia, la estrategia de la OMS sobre atención primaria de salud en Alma Ata (1977) y de la filosofía “Salud para Todos en el Año 2000”, que pone énfasis en la equidad en salud como foco de atención.

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, celebrada en Canada en 1986 y organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, aprobó la muy conocida Carta de Ottawa y se considera como el documento más importante para el marco de referencia de la promoción de la salud.

La Carta de Ottawa se acoge a un nuevo concepto de salud que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste en la necesidad de contar con estrategias como la abogacía o el cabildeo, la participación y la acción política, para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas, otorgando valor al “empoderamiento” de grupos y personas para desarrollar su máximo potencial de salud y a la mediación para la conciliación entre los intereses de los gobiernos y la ciudadanía. (Restrepo, 2001; Sícoli & Nascimento, 2003)

La agenda contemplada en la Carta hace referencia a 5 grandes estrategias o ámbitos de acción: a) Constituir Políticas Públicas saludables; b) Crear entornos favorables,

ambientales, sociales, económicos, políticos y culturales; c) Fortalecer la acción comunitaria; d) Desarrollar aptitudes personales y estilos de vida; e) Reorientar los Servicios de Salud.

A la Carta de Ottawa le siguieron otras Conferencias Internacionales que produjeron declaraciones y planteamientos importantes, entre las cuales destacan:

-Conferencia de Adelaida, Australia, 1998. Plantea el tema de las Políticas Públicas Saludables, las cuales deben dirigirse a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable, llamando la atención acerca de la necesidad de medir el impacto de las políticas públicas en la salud.

-Grupo de trabajo de la OMS, 1989. Aborda la promoción de la salud en países en desarrollo. Dio origen al documento “Un llamado para la acción”, en el que se recomiendan estrategias de acción social basadas en el fortalecimiento de las condicionantes de salud de las comunidades pobres y en el “empoderamiento” de los grupos más postergados.

-Conferencia de Sundsväl – Suecia, 1991. Referida a los Ambientes Favorables para la salud, reforzando la idea de interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones : físicas, culturales, económicas y políticas.

-IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud donde se adopta la **Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI. Indonesia 1997.** Ofrece una oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la Promoción de la salud, reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los derroteros y estrategias necesarias para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI.

-Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, 2000. Se centra en la manera en que las estrategias de promoción de la salud añaden valor a la eficacia de las políticas, los programas y los proyectos de salud y desarrollo, particularmente los que intentan mejorar la salud y la calidad de la vida de las personas. Se comprometen acciones que sitúen la Promoción de la Salud como prioridad en las políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales y ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil.

-La Carta de Bangkok, firmada en el 2005 , determina las acciones, compromisos y desafíos para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado a través de la PS. Se destacan la eficacia de las intervenciones y el requerimiento de una fuerte acción política, amplia participación y abogacía sostenida, comprometiéndose al desarrollo de cuatro acciones claves, a saber: hacer de la promoción de la salud un tema central en la agenda de desarrollo global, una responsabilidad central de los gobiernos, uno de los temas centrales de la sociedad civil y las comunidades y requisito de las buenas prácticas institucionales.

1.3.2. Definiciones y concepciones asociadas a la Promoción de la Salud .

En cuanto a su definición, la promoción de la salud , tiene una doble acepción, conceptual y metodológica. En lo conceptual, relativo a principios, premisas y conceptos que sustentan el discurso de la promoción de la salud y en lo metodológico referido a las prácticas, planos de acción y formas de intervención e instrumental metodológico. (Sicoli & Nascimento, 2003)

Por su parte la Carta de Ottawa para la P.S. plantea que ésta “constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud” (OMS, 1998: 10)

Para Nutbeam, “La promoción de salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos y que, con vistas a crear un futuro saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social” (Nutbeam, 1996 en Restrepo & Málaga, 2001:41)

No obstante el marco conceptual y desarrollo alcanzado, por medio de las distintas conferencias realizadas, así como el trabajo teórico y operativo que se ha desarrollado a su alrededor, no ha eximido a la promoción de la Salud de cierta ambigüedad en el abordaje y de la presencia de algunos equívocos frente a su misma definición y puesta en marcha. (Sicoli & Nascimento, 2003; Eslava, 2006)

En tal sentido existiría una suerte de confusión entre la Promoción de la Salud y la acción preventiva, lo cual ha llevado a menospreciar la importancia de la Promoción Social o a refrenar sus potencialidades. Lo mismo entre la Promoción de la Salud con Educación Sanitaria lo que ha llevado a limitar los alcances de la acción promocional. (Eslava, 2006)

No obstante ello, según Eslava (2006), cada vez es más claro que la PS adquiere una consistencia propia ligada a las nociones de bienestar y calidad de vida y es asumida como un proceso social y político que posibilita la construcción colectiva de la capacidad para proteger y mantener la salud de las poblaciones.

En esta complejidad y diversidad conceptual Eslava (2006) agrupa tres grandes campos conceptuales complementarios: a) Como una orientación de política sanitaria internacional que busca intervenir sobre el entorno y modificar los estilos de vida

posibilitando con ello que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir. b) Como un conjunto de acciones y procesos encaminados a que las comunidades y los individuos estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, manteniendo o mejorando de este modo, “su estado de salud”. c) Como una dimensión del trabajo en salud, que toma como eje la salud en sentido positivo –y no la enfermedad- y tiene por objeto mantener las condiciones de salud y garantizar condiciones de bienestar de los individuos y las poblaciones.

Tomando como base estas acepciones, se hace entendible el por qué la P.S. se ha entendido y practicado, como dimensión, como estrategia, como proceso o como conjunto de acciones. Según Eslava (2006), en la actualidad, la visión que más peso tendría sería aquella que entiende a la PS como un referente general para las políticas de salud y como estrategia fundamental de la acción sanitaria.

De manera complementaria recogemos la propuesta de Tones & Tilford (2001) quienes entienden la promoción de la salud como cualquier acción planificada que busca mejorar la salud y prevenir las enfermedades en cuatro niveles: conductas individuales y estilos de vida, determinantes sociales y medioambientales, servicios de salud y la predisposición genética. En cuanto a los principios centrales de la PS, Eslava (2006) destaca el impacto de ésta en la población en su conjunto; su acción sobre los determinantes de la salud y la combinación de métodos diversos y complementarios para incidir tanto a nivel de los individuos como de las políticas públicas, aspirando a la participación efectiva de la población.

Por otro lado la desigual y jerárquica distribución de salud y el influjo de sus determinantes estaría asociada a varias formas de status social o socioeconómico, constituyendo un problema filosófico y político, cuya resolución constituiría uno de los pilares ideológicos de la promoción de la salud. No obstante la efectividad y eficiencia de las estrategias de acción dependen de la comprensión de la naturaleza y distribución de aquellas desigualdades y de las diversas vías en las que estas contribuyen para el status de salud.

Muchas de las medidas ofrecidas para enfrentar las desigualdades son ideológicamente problemáticas y a veces extremadamente caras, lo que complejiza la cuestión del impacto de este tipo de estrategias en las desigualdades e inequidad en salud, constituyendo un desafío para el análisis de políticas en esta materia.

1.3.3. Principios básicos de la Promoción de la Salud.

En cuanto a los principios y valores de la promoción de la salud que devienen de la Carta de Ottawa y de las posteriores conferencias, que a juicio de Tones & Tilford (2001), se podrían resumir en cuatro ámbitos generales, a saber:

a. Búsqueda de metas holísticas. La salud vista holísticamente como un estado positivo y como una materia esencial que las personas necesitan para llevar adelante sus vidas desde el punto vista económico productivo y social, implicaría asumir a nivel de promoción de la salud, una actitud y prácticas coherentes con esta noción global y positiva.

b. La Búsqueda de equidad. La salud no será alcanzada ni la enfermedad será prevenida, mientras no hayan sido erradicadas las desigualdades entre los países y entre los grupos sociales. La equidad es vista por la OMS no sólo como una meta para la promoción de la salud sino también como elemento fundamental para el logro de la Estrategia Salud para Todos en el Siglo XXI, basada en la demanda por la justicia social¹⁵.

c. El voluntariado y el imperativo del “empowerment”. No siempre una distribución equitativa de los recursos asegura la salud, sino también el grado de poder que logra desarrollar una comunidad y su involucramiento en la creación de las condiciones necesarias de su salud. En esta línea uno de los principios más importantes de la promoción de la salud es la noción del voluntariado y de participación social, como ejercicio de principios democráticos y de responsabilidad social en el ejercicio del poder.

d. El cuestionamiento al “victim blaming”¹⁶. La salud de la gente no es sólo una responsabilidad individual, nuestra salud está gobernada por ambientes físicos, sociales, culturales y económicos en los cuales vivimos y trabajamos. Responsabilizar a los individuos por su salud exclusivamente e ignorar las circunstancias medioambientales y sociales es una estrategia defectuosa y poco ética, es culpar a la víctima.

¹⁵ Parfraseando a Whitehead (1990; en Tones & Tilford 2001), equidad no es lo mismo que igualdad y por tanto inequidad no es lo mismo que desigualdad. El término inequidad tiene una dimensión moral y ética, hace referencia a las diferencias innecesarias y evitables consideradas injustas, así como también a ciertas situaciones inequitativas.

¹⁶ **Victim Blaming** según William Ryan (1976) , es una tendencia que relaciona no sólo salud y enfermedad sino también con el corazón de fenómenos sociales tales como el crimen , pobreza y racismo. Navarro (1976) lo ve como un proceso ideológico que permite justificar las desigualdades en la sociedad incluyendo las desigualdades en salud. En Tones & Tilford (2001).

1.3.4. La Promoción de la Salud: Modelos teóricos y bases ideológicas.

En lo que respecta a los antecedentes teóricos y paradigmáticos en promoción de la salud, encontramos en la discusión teórica de educación para la salud importantes insumos y antecedentes para la discusión acerca de los enfoques asociados a la promoción de la salud.

En esta línea destacan las aportaciones de **Moreno, García & Campos (2003)**, quienes identifican tres paradigmas, correspondiente a tres respectivas generaciones y que se desarrollan de alguna manera coherente con el desarrollo de los enfoques de salud pública en los últimos 50 años, a saber: el paradigma tecnológico, el hermenéutico y el crítico. Así identifican el **paradigma tecnológico** – positivista, basado en teorías de transmisión sistematizada del conocimiento que aplicadas correctamente sobre las comunidades tendrían un efecto predeterminado. Es decir en teorías educativas informativas y prescriptivas. Por su parte el **Paradigma hermenéutico que plantea una ruptura con el anterior, se basa en una** teoría hermenéutica, donde la percepción subjetiva cobra importancia. Bajo este paradigma se desarrollan las teorías interaccionistas en educación centrando la mirada en el proceso más que en los objetivos. El **Paradigma crítico, basado en una noción de educación para la salud crítica** y participativa, nace del cuestionamiento al sistema social, en tanto expresión de las injusticias sociales y entiende las acciones desarrolladas en educación para la salud en el contexto del cambio social y en su dimensión histórica. Del mismo modo entiende el comportamiento en la salud de las personas desde una visión social, situando a la educación para la salud como instrumento de emancipación de las personas y de participación. Se basa en una noción preventiva social y democrática, que promueve el cambio social intentado reducir las desigualdades y potenciando la participación comunitaria.

Por su parte **Downie, Tannahill & Tannahill (2000)**, desarrollan una clasificación centrada más bien en los diferentes abordajes en salud y que permiten a su vez entender los procesos de intervención en educación y promoción de la salud. En tal sentido identifican dos tipos de aproximaciones: la tradicional y moderna.

Respecto del **abordaje tradicional**, desataca por su carácter patogénico, centrado en la prevención de las enfermedades más que en la promoción de la salud, centrándose en los aspectos físicos de las enfermedades, basadas en estrategias informativas más que educativas. Los determinantes sociales y políticos de la salud no son considerados, así como tampoco su dimensión colectiva, centrándose más bien en la libertad individual para gestionar la salud.

Si bien existiría un nivel de transición entre el abordaje tradicional y moderno, éste se constituiría fundamentalmente basado en la crítica al modelo tradicional, cuestionando la idea

de la lógica secuencial conocimiento-actitudes-cambios en el comportamiento y por tanto promoviendo el abordaje más bien moderno.

En este sentido las **aproximaciones modernas**, recogerían elementos de la crítica del anterior para abordar la salud desde su complejidad y sobretodo desde los factores que la influyen. Esta aproximación se basa no sólo en la prevención de las enfermedades sino además en la promoción de la salud, concibiendo a la salud de manera integral en su dimensión física, mental y social. De manera coherente entiende a la educación de forma más amplia que la mera transmisión de información, promoviendo procesos educativos participativos que por un lado clarifique valores y por otro que incorpore y respete la visión y valores de los propios sujetos involucrados.

Finalmente, de la revisión realizada, recogemos la propuesta de **Tones & Tilford (2001)**, quienes identifican cuatro grandes modelos, el Modelo Educativo, el Preventivo, el Radical y el “Empowerment”, en torno a los cuales podrían explicarse las distintas visiones y prácticas en promoción de la salud, tanto técnicas como ideológicas.

En este sentido señalan la estrecha relación entre los aspectos científico - técnicos e ideológico - políticos asociados a la construcción de estas tipologías, permitiéndonos no sólo diferenciar analíticamente cada planteamiento sino además fundamentar y justificar la opción técnico ideológica en la cual estamos entendiendo la promoción de la salud.

1.3.4.1. El modelo Educativo.

La educación en salud está relacionada con aquellas acciones diseñadas para lograr salud o minimizar la enfermedad relacionado con la enseñanza. Su efectividad produciría cambios en el conocimiento y en la comprensión de las vías del pensamiento, lo que podría influenciar o clarificar valores, cambios en creencias o actitudes, facilitar la adquisición de habilidades y también generar cambios efectivos en la conducta y estilos de vida.

Esta definición basada en una perspectiva técnica deriva de una concepción de la educación basada en la enseñanza, en tanto actividad planificada para lograr resultados de aprendizaje, los cuales serán aceptables o no aceptables, sólo desde una perspectiva ideológica determinada.

La implicancia ideológica y filosófica asociada a la educación en salud, ha sido recientemente debatida, en tanto la educación no es una técnica neutra e implica posicionamientos valóricos determinados.

En esta eticidad de la educación en salud destaca el voluntariado como uno de los valores fundamentales de esta noción de la salud, entendido este como la acción voluntaria de individuos y colectivos y ciudadanos en pro de su propia salud y el de la comunidad. Lo anterior implica un proceso de educación y enseñanza en el voluntariado, que pretende transmitir y clarificar valores para una adecuada opción voluntaria. Se trata de develar creencias y valores asociadas a las prácticas y representaciones de salud y enfermedad, como un proceso de aprendizaje que incorpora la información y la enseñanza de habilidades.

No obstante ello, a juicio de Tones & Tilford (2001), el modelo ha sido criticado en tanto las intervenciones de este tipo, presuponen la existencia de sujetos en plena posesión de la realidad, comprensión de su situación, clarificación de sus creencias y adquisición de habilidades para tomar decisiones, no siendo siempre una situación generalizable. Lo mismo respecto a la cuestión de la neutralidad valórica en la educación y que llevado a la promoción de la salud instala la diferencia entre clarificación y promoción de valores. La libre elección estaría determinada por imperativos morales y no en una neutralidad valórica.

La mayor debilidad del modelo clásico educacional descansa en el hecho de que la amplitud en la cual la libertad de elección está restringida por un número de factores internos, psicológicos y restricciones externas, incluyendo presiones y normas culturales. Se identifican así dos tipos de limitantes para la libre elección: las individuales y las medioambientales, relevándose en estas últimas las negativas condiciones económicas y materiales y los efectos de estas en los atributos individuales. (Tones & Tilford, 2001)

1.3.4.2. El Modelo Preventivo.

Si bien el modelo preventivo se basa o deriva del modelo médico, generalmente asociado con la concepción biomédica del cuerpo y su mecánica y por tanto en las prácticas curativas, visto desde el punto de vista de la educación en salud, permitiría complementar o contrarrestar los efectos de las prácticas médicas curativas, en tanto permitiría suplir las deficiencias de la medicina curativa, constituyendo una acción más efectiva y más barata que la cura propiamente tal y que al incorporar acciones de educación y persuasión permitiría cambiar conductas asociadas a la etiología de las enfermedades.

En tal sentido el modelo preventivo basado en la educación en salud, se desarrollaría en distintos niveles, los mismos que en la medicina preventiva, pero que a nivel de promoción de la salud asumiría distintas funciones para cada uno de ellos.

A juicio de Tones & Tilford (2001), si bien la versión del modelo preventivo de educación en salud de los 70 recibió un buen trato por parte del soporte oficial, aunque con un pequeño y relativo aporte presupuestario de salud y educación, las razones fundamentalmente fueron económicas (se veía a la prevención como una suerte de ahorro por parte del Estado) e ideológicas (la gestión individual del consumo y la salud). De este modo el modelo se ajustaba ideológica y prácticamente a la cultura individualista y empresarial.

1.3.4.3. El Modelo Radical y su crítica al biomédico.

Tones & Tilford (2001), señalan que varias aproximaciones radicales asociadas a la promoción de la salud han sido propuestas como alternativas al modelo preventivo, identificando los modelos "upstream" o "social estructuralistas" (que reconocen la primacía del ambiente y lo social en la salud) o los colectivistas (que reconocen la necesidad de la acción colectiva para influenciar las políticas públicas en salud).

Estos modelos han sido denominados radicales para indicar la necesidad de escudriñar en las raíces de los problemas de salud y desarrollar programas adecuados. Esta noción también puede servir para indicar un cuestionamiento a la ideología dominante, en este caso al modelo médico preventivo, y muy asociado a éste al "victim blaming".

Esta crítica ideológica también asocia el modelo preventivo con la medicalización y su relación con el capitalismo, en tanto valores y creencias basadas en el individualismo y el imperativo preventivo basado en la ideología capitalista. Planteando en esta última línea que el capitalismo y el lucro son intrínsecamente insalubres y que la relación salud y riqueza no son compatibles.

De este modo sostendrá que el tradicional foco individualista de la medicina y el de los estilos de vida y conductas individuales en el modelo preventivo, encajan fácilmente con la noción capitalista del emprendimiento personal y el esfuerzo y con el "victim blaming", constituyendo una falsa conciencia.

1.3.4.4. Un modelo de empoderamiento para la promoción de la salud.

Finalmente y recogiendo la visión de Tones & Tilford (2001), el Modelo del "Empowerment" remediaría las deficiencias de los modelos educativos y preventivos, planteando una sinergia entre educación y política y permitiendo de manera integral responder a las cuestiones centrales en materia de salud pública.

En tal sentido los dos más grandes inputs de este modelo lo constituirían: a) la construcción de Políticas de Salud Pública y su influencia en las condiciones sociales, económicas y ambientales; b) la influencia de las opciones individuales en salud.

Mientras el modelo preventivo busca persuadir y coacer y el educativo informar, el de “empowerment” busca la construcción de una capacidad individual conocida como “self-empowerment” y en la inclusión de una política radical de educación centrada en lo social más que en los individuos.

De este modo dicho modelo plantea como propósitos el de contribuir directamente a la salud individual, por medio de la influencia en las conductas asociadas a la salud y la enfermedad; reorientar los servicios para reducir las barreras de acceso y hacerlos más amigables para los usuarios, reformatear la percepción de lo que los servicios de salud deberían ser y; movilizar la opinión de la comunidad y concentrar la presión pública en el gobierno a fin de ser interpeladas para la creación y diseño de políticas que aborden los determinantes de la salud, por medio del “empowerment” de comunidades.

Del mismo modo operarían como complementos y sustentos del modelo las nociones de “self-empowerment”, capital social, el lobby y la educación radical.¹⁷ Nociones que permitirían formar un cuadro completo para comprender el desarrollo de la promoción de la salud en el contexto de la organización del poder social y político y cómo éste explica en gran medida la inequidad en salud.

De este modo con esta última clasificación podemos terminar de encuadrar los diferentes enfoques con los cuales se conciben las acciones en promoción de la salud. En tal sentido a partir de estas tres propuestas generales planteadas por los diferentes autores ya mencionados, se pueden identificar tres grandes campos generales en los que eventualmente se desarrollarían las acciones en P.S. (e indirectamente la Salud Pública en general).

Un primer campo lo constituye el conjunto de enfoques o modelos que potencian los aspectos positivos o promocionales de la salud, ligados a una noción social de la salud (determinantes sociales), por tanto ligada al cambio social y el rol de las comunidades y

¹⁷ El “*autoempoderamiento*”, entendido como un set de competencias y capacidades que contribuyen a un relativo control sobre la vida y salud individual; contribuyendo además a la construcción del “empoderamiento” comunitario, para influenciar su entorno material y social. *El Capital Social*, visto como un soporte social o redes sociales de soporte de la participación y del “empoderamiento”, como condición pero no como sinónimo de la participación, que supone un desarrollo activo de la comunidad. *El lobby*, entendido como un intento de los individuos o grupos de interés organizados para ejercer presión en aquellos que tienen poder para introducir nuevas políticas o cuestionar las existentes. *La abogacía* es una variedad particular de lobby, siendo característico de esta noción la idea de representar los intereses de grupos relativamente desprivilegiados y así compensar desbalances de poder (en ello el rol de mediación entre comunidad y gobierno por parte de los promotores de la salud, es fundamental). Finalmente está *la educación radical*, ligada a la educación popular de Freire y al desarrollo de una educación para la salud que fomente la conciencia crítica y permita generar cambios en los individuos y en sus entornos materiales de vida, como capacidad de movilización y transformación de la realidad social e individual. (Tones & Tilford, 2001).

ciudadanos en ella; en los que destacarían los ya mencionados paradigmas críticos, el paradigma moderno, el modelo radical y el modelo del “empowerment.”

El segundo , constituido por aquellos enfoques que destacan los aspectos negativos de la salud, o visiones patogénicas, en las que la salud es sinónimo de ausencia de enfermedad y por tanto el rol de la promoción de la salud bajo esta concepción implicaría un componente preventivo y educativo que complementa la labor médica y contribuya a la reducción de las prevalencias de enfermedades. En este campo se consideran como parte los modelos preventivos, el paradigma tradicional, tecnológico y en algún modo el educacional.

Y finalmente, un tercer campo de carácter holístico o hermenéutico, en el que se conciben todos los aspectos involucrados en el proceso de salud y enfermedad, tanto positivos como negativos, que incorpora la diversidad de aspectos necesarios a considerar para el abordaje integral de la salud.

No obstante esta agrupación permita una síntesis conceptual, que de algún modo se da en coherencia con la discusión macro de la salud pública, para fines de este estudio enmarcaremos el análisis de la promoción de la salud en particular con un fuerte énfasis en el primer gran campo de modelos y enfoques, sin desmerecer la validez de los restantes modelos y enfoques en Promoción de la Salud.

1.4. Síntesis del Capítulo.

Hasta aquí lo que hemos hecho no es más que desarrollar un encuadre histórico, sociológico y político de la P.S., en el contexto de la Salud Pública con el fin de dimensionar la profundidad y raíces de ésta, así como dar cuenta de la diversidad y complejidad conceptual asociada.

En tal sentido podemos advertir que la noción de la salud, siempre dinámica y polisémica, si bien ha presentado distintas visiones y representaciones sociales y culturales, al enmarcarse en relaciones de poder y en especial del poder social y político, ha adquirido a lo largo de su desarrollo histórico, diversas formas para su abordaje, que pueden estar presentes de manera complementaria y a veces conflictiva. En tal sentido la salud a lo largo de la historia ha demostrado tener un carácter profundamente social, ya sea en su dimensión privada/pública o individual/colectiva y que concordando con la discusión ya planteada tiene un fuerte desarrollo a partir de la constitución del Estado y en particular el Estado Moderno, en tanto Salud Pública propiamente tal.

De ahí que al mirar el desarrollo de la Salud Pública desde una perspectiva histórico social nos brinde algunos antecedentes desde los cuales podemos evidenciar como a través del desarrollo del Estado y sus políticas sociales, la salud ha jugado un papel importantísimo en la labor de legitimación de los mismos, siendo fundamental en ello el aporte de Frank, Chadwick, Guilloin y Shatuck, entre otros, en orden a entender la dimensión política y social de la Salud y que posteriormente, en pleno siglo XX será ampliada y complementada a través del desarrollo del “Welfare State” bajo la impronta de Bismarck.

No obstante lo anterior, y partiendo de la base del carácter social y político de la salud, las diversas concepciones y enfoques asociados a esta también inciden en la manera en cómo la salud pública es materializada a través de sus políticas públicas. De tal modo en la discusión histórica se advierte una transición desde los modelos patogénicos e iatrogénicos hacia modelos holísticos e integrales que entienden la salud como un estado de bienestar no solo físico (y por tanto no sólo como ausencia de enfermedad) sino también mental y social y que en su dimensión política plantean la salud como un derecho social de los ciudadanos.

Derechos que al plantear una Salud para todos entra en contradicción con las condiciones estructurales a nivel mundial que vive la Salud Pública, marcadas por la globalización como fenómeno cultural social, económico y político, evidenciando serias desigualdades e inequidades que se expresarían del mismo modo en el ámbito de la salud y

que explicarían la discusión contemporánea respecto de una suerte de crisis, de alcances no sólo prácticos sino también conceptuales.

En este contexto analizar la promoción de la salud y de la Salud Pública en su contexto de crisis permite entender el surgimiento de la promoción de la salud dentro de la emergencia de los modelos holísticos antes mencionados, pero también como una estrategia de intervención en los factores macro que inciden no solo en el estado epidemiológico de las poblaciones sino además en las condiciones y calidad de vida de las mismas y como parte del quehacer del Estado en materia de salud.

En tal sentido, desde una perspectiva sociopolítica neoinstitucionalista, la Salud Pública puede ser entendida en el marco de las relaciones de poder que se da entre el Estado y sus ciudadanos (sociedad civil) y en la manera en cómo ambos se relacionan con el mercado ya se a través del ejercicio de derechos como ciudadano o como consumidor, siendo en ello fundamental analizar el rol de las políticas públicas como el instrumento mediador de esa relación, cuestión que también atinge a las políticas públicas en salud en particular.

Desde el punto de vista estructural sistémico podemos advertir que la salud y la Salud Pública en general está determinada por aspectos sociales políticos, económicos y ambientales, dentro de los cuales el sistema de salud juega un rol importante en su intervención. De ahí que en la revisión de los determinantes sociales de la salud recojamos la propuesta de la OMS como una síntesis de los marcos existentes hasta la fecha, pero sobre todo porque es un modelo orientado a la intervención, en el cual los sistemas de salud pasan a formar un determinante de la salud.

En tal sentido, las políticas públicas en salud y en particular las de promoción de la salud (políticas saludables), además de constituir un elemento importante en los determinantes de la salud, incorporan ciertos principios y características basados en la equidad, la solidaridad la participación social y la eficacia, entre otros, y pasan a constituir un pilar fundamental de los sistemas al ser incluidas dentro de la funciones esenciales de la Salud Pública.

De este modo, la promoción de la salud, como concepción y política pública de salud nacería como una respuesta ante la crisis de la Salud Pública e indirectamente frente al predominio de la medicina y su modelo biomédico de la salud, destacando por su impronta no sólo política y sanitaria sino también ética, cumpliendo un rol importantísimo en lo que a inequidad se refiere.

A nivel conceptual la promoción de la salud si bien puede ser concebida como una orientación de política sanitaria internacional, como un conjunto de acciones y procesos o

como una dimensión del trabajo en salud; poseería unos principios que la identificarían con mayor consenso respecto de otras estrategias de salud y por tanto su diferenciación estaría más bien en los modelos y enfoques que la sustentan y cómo éstos conciben la salud pública y en particular la manera en cómo la promoción de la salud incide en los determinantes sociales de la salud.

En esta discusión, como hemos afirmado, recogemos aquellos modelos que entienden la Salud Pública y a la promoción de la salud en su dimensión social, en tanto el foco no está en la enfermedad sino en la salud propiamente tal. Pero fundamentalmente recogemos esta visión porque entiende a la promoción como una concepción que se basa en estrategias que dotan de poder a las comunidades para intervenir en su realidad social, ambiental, económica y política y de este modo, realmente incidir en el estado de salud (o de la enfermedad).

Se trata de una cuestión central a la hora de medir el impacto o desarrollo de las políticas centradas en la promoción de la salud en tanto constituyen sus componentes esenciales y sobre todo porque al analizar las políticas de promoción de la salud, más que evidenciar los resultados de una estrategia en particular, se juega indirectamente un cuestionamiento a la Salud Pública en su contexto actual, contribuyendo a una discusión mucho mayor que no se restringe sólo a esta temática en particular sino a los modelos de desarrollo y paradigmas con los que nuestra cultura y sociedades se mueven hoy en el mundo.

A nivel metodológico, si bien la evidencia disponible centra la revisión de la efectividad de la promoción de la salud, presenta un enorme desafío a la hora de analizarla desde la perspectiva del impacto en las determinantes de la salud y en particular de la inequidad en salud.

En este desafío se inscribe el presente estudio, si bien no constituye una evaluación de impacto ni de efectividad, aspira a través de su diseño problematizar respecto a esta temática y sobretodo a identificar hipótesis de trabajo para futuras investigaciones de mayor profundidad.

Para ello en el siguiente apartado revisamos con mayor detalle las cuestiones asociadas tanto a los objetivos como el carácter y diseño metodológico de la investigación, que permita dar cuenta del proceso y no sólo de los resultados del estudio.

2. MARCO METODOLÓGICO EN EL QUE SE INSCRIBE LA INVESTIGACIÓN.

1.1. Los objetivos y preguntas orientadoras del estudio.

En lo que respecta al objetivo central de esta investigación, ésta se propone analizar comparativamente el desarrollo de las principales acciones, condiciones y percepciones asociadas a las políticas de promoción de la salud en el contexto de los determinantes y políticas sociales de salud entre Chile y Cataluña en la última década¹⁸. Para lo cual se plantea la elaboración de una matriz de análisis que permita la sistematización y la comparación de la evidencia disponible, desde una perspectiva sociopolítica.

En un nivel más específico y en coherencia del objetivo anterior el estudio se propone el desarrollo y logro de los siguientes objetivos específicos, a saber: Identificar las principales determinantes estructurales en las que la promoción de la salud se desarrolla en cada país. Caracterizar comparativamente las principales condiciones sanitarias (estado de salud, sistemas y políticas sanitarias) en las que se inscriben las políticas de P.S. Sistematizar y comparar las principales acciones institucionales (políticas, programas o proyectos) asociadas al desarrollo de la promoción de la salud. Identificar las principales características de la participación social en políticas públicas en salud en ambos países. Identificar a partir del discurso de los actores institucionales ligados a la promoción de la salud, el impacto de la promoción de la salud en las determinantes de la salud.

De manera complementaria y dado el carácter exploratorio de la investigación, el estudio se plantea en vez de hipótesis, a lo menos cinco preguntas estructuradoras u ordenadoras que ayuden a la problematización y formulación de hipótesis futuras. En tal sentido es central para esta investigación indagar respecto a las siguientes preguntas: ¿El grado de desarrollo de las acciones institucionales en promoción de la salud están asociadas de algún modo con el tipo de determinantes de la salud en cada país?, ¿Las condiciones en las que se desarrollan las acciones de promoción de la salud en cada país son favorables o desfavorables para promover la participación social en salud?, ¿Existe coherencia entre el discurso asociado a promoción y los contenidos planteados en los diseños de los programas o estrategias?, ¿La participación social constituye un elemento central en las prácticas y discursos asociados a la promoción de la salud?. ¿Las percepciones de los actores claves

¹⁸ La comparación entre un Estado y una Comunidad autónoma de un Estado, descansa en aspectos prácticos asociados a la evidencia disponible y fundamentalmente en la búsqueda de criterios homogéneos de clasificación de políticas de ambos países. En otras palabras, ante la descentralización de las políticas públicas españolas, se ha optado por analizar dos tipos de políticas relativamente centralizadas que faciliten la comparación, partiendo del supuesto de la relativa representatividad de Cataluña dentro del Estado español.

respecto al desarrollo de la promoción de la salud y su influencia en las determinantes, presentan algún grado de asociación con la evidencia disponible?.

1.2. El carácter y método en el que se basa el estudio.

Para dar cuenta de los objetivos y preguntas antes planteados hemos optado por una estrategia de investigación de carácter exploratorio descriptivo, no experimental que constituye un tipo de investigación aplicada basada en el método comparativo de casos con N pequeño (Sartori, 1994) que implica el análisis de diversas variables para cada uno de ellos, en este caso dos países, a fin de establecer mayor variabilidad en el proceso de contrastación.

La justificación del método se basa en las características del estudio que al basarse en un enfoque sociopolítico de carácter macro encuentra mejores condiciones para analizar las políticas de promoción de dos países que presentan perfiles sociodemográficos y socioeconómicos diferentes, ayudando de esta manera a establecer una contrastación adecuada del tema en estudio: las políticas de promoción.

A un nivel más específico, el presente estudio consiste en una caracterización comparada de las principales variables involucradas en las acciones de promoción de la salud en dos países y que considera elementos de la metodología del diagnóstico y de la sistematización – evaluación y cuyo producto lo constituye una matriz de análisis que de cuenta de manera coherente del análisis de los principales variables y dimensiones involucradas, conjugando de manera complementaria la diversidad metodológica.

Desde el punto de vista de las técnicas de recolección de información el estudio contempló una estrategia multivariada que combinó la identificación de agentes claves en relación a la promoción de la salud y la aplicación tanto de entrevistas semiestructuradas como cuestionarios a dichos informantes, catalogados como expertos en la materia. Del mismo modo se revisaron fuentes secundarias de información por medio de la revisión de material escrito y disponible en la Web de los respectivos gobiernos y la utilización de metabuscadores de revistas científicas y bases de datos, tales como Pubmed, Scielo y WOK.

El uso combinado y complementario de diversas técnicas cuantitativas y cualitativas de recolección de información, así como la utilización de diversas fuentes, encuentra su justificación conceptual en la noción de pluralismo metodológico (Latiesa, 1991) y en el carácter descriptivo de esta investigación.

Del mismo modo la diversidad de técnicas pretenden ser articuladas bajo la noción de "articulación en la complementación" (Callejo & Viedma, 2005) a fin de garantizar la

coherencia de la diversidad de recursos y sobre todo la diferencia de sujetos y objetos de investigación que este estudio supone. De ahí que la contrastación de las fuentes de información y el análisis mismo de ésta descansó, más que en la triangulación, en la complementación de visiones y discursos, tanto de la evidencia de expertos, los registros secundarios, así como la visión del propio investigador cuya experiencia profesional en el ámbito público también ha sido incorporada de algún modo.

1.3. Identificación del universo y muestra del estudio.

Dada las características del estudio (diversidad de variables para caracterizar comparativamente dos países) el universo estuvo compuesto por dos tipos: uno de carácter documental y otro relacionado con la aplicación de cuestionarios.

En el primer caso el universo documental difícil de cuantificar estuvo determinado por el conjunto de materiales escritos y audiovisuales (disponibles) de carácter institucional relacionados con la salud y promoción de la salud en Cataluña. La muestra en este caso estuvo mas bien determinada por unos mínimos según la revisión y pesquisa de las siguientes variables: Campañas comunicacionales realizadas en los últimos tres años; programas gubernamentales de promoción de la salud y proyectos en ejecución; informes de evaluación de programas o políticas gubernamentales; informes de evaluación de proyectos ejecutados; antecedentes legales o formales realizados en relación al tema en los últimos años; Planificaciones centrales y territoriales; Estudios de participación en salud existentes y estadísticas del estado de salud y de determinantes sociales de la salud, entre otros.

En cuanto a la aplicación de los cuestionarios el estudio contempló un universo pequeño de profesionales, técnicos y académicos que trabajan directa o indirectamente en alguna de las acciones de promoción de la salud y que para fines de este estudio son considerados en la categoría de expertos o especialistas en la temática.

De ahí que la muestra numéricamente haya estado compuesta por 24 personas, distribuidas de manera proporcional para cada país (12 cada uno)¹⁹ y siendo seleccionada por cuotas según los siguientes criterios:

¹⁹ En el caso catalán se seleccionaron personas del departamento de promoción de la salud de la GENCAT, de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, de la Universidad Autónoma de Barcelona, de la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja, de la Asociación CEPS, de la Organización "Carmel Amunt" y de los servicios de atención primaria de Barcelona. En el caso chileno se priorizó por personas del departamento de promoción de la salud del MINSAL, SEREMI R.M., Agrupación de Médicos de A.P., Municipios y la Universidad Tecnológica Metropolitana.

Categoría dependiente. (<i>Pers. que trabajen en a lo menos uno de los componentes de acción en P.S.</i>)	Directivos		Prof. y Técnicos		Académicos	
	Público-	Privado	Público-	Privado	Público-	Privado
Gestión (Planificación, Evaluación, Control)	2	2	0	2	0	0
Intervención (Ejecución de programas o proyectos)	0	0	3	2	0	0
Investigación u actividad académica			2		1	1
TOTAL	4		6		2	

1.4. Levantamiento, procesamiento y análisis de la información

1.4.1 Técnicas, medios de recolección y fuentes de información.

Las técnicas de recolección empleadas fueron entrevistas semiestructuradas a agentes claves, para el registro de los programas de P.S.; aplicación de un cuestionario de percepción dirigido a expertos, aplicado en formato electrónico y Word; pautas de sistematización y pautas de análisis de contenido aplicados a los planes, programas y acciones desarrolladas en materia de promoción de la salud. Instrumentos que se anexan al presente informe.

1.4.2. Estrategia de recolección de información.

Dada la pluralidad metodológica del estudio, las técnicas empleadas se desarrollaron acorde a una estrategia compuesta de las siguientes fases o componentes, aplicadas de igual forma para ambos países en estudio.

Una primera fase exploratoria de indagación respecto del tema central por medio de la revisión de evidencia disponible en la materia a través de las bases de datos de bibliotecas y metabuscadores y fundamentalmente a través de las páginas web institucionales para ambos países. Implicó la organización de un plan de sistematización de evidencia y la elaboración de entrevistas y cuestionarios, pautas de sistematización y/o de cuadros de análisis de contenido para cada tipo de documento a revisar.

Una segunda fase de identificación y entrevista a agentes claves que permitiese un acercamiento inicial a la evidencia disponible en el tema y que implicó la realización de entrevistas en terreno en torno a los principales elementos de la investigación y focos de interés para cada uno de los países por separado. En esta fase la estrategia fue contrastar la muestra teórica con la disponibilidad y acceso materiales disponibles, basándome en la estrategia bola de nieve que permitió ir identificando a los diversos actores involucrados por medio del efecto en cadena. Para ello la estrategia consistió en identificar a los principales agentes institucionales en la materia, tanto a nivel gubernamental como privado e identificar

dentro de cada uno de estos ámbitos el tipo de informante clave, así como aplicar entrevistas semiestructuradas a los encargados de programas a nivel nacional, regional y local de instituciones públicas y privadas.

De este modo la información obtenida por medio de esta estrategia permitió, por un lado, corregir y/o complementar información relativa a cuestiones institucionales, así como de la oferta de programas y proyectos en esta materia y por otro seleccionar a informantes claves para la aplicación de cuestionarios de percepción.

Así finalmente en una tercera fase se procedió a pre testear y posteriormente aplicar un cuestionario a los agentes claves seleccionados (12 en Cataluña y 12 en Chile), el cual fue aplicado mayoritariamente vía e-mail²⁰.

El trabajo de campo en tal sentido se organizó en dos momentos: el primero en Cataluña con una duración de un mes y medio para la aplicación y/o envío de entrevistas, así como la recepción de las mismas y el segundo en Chile, con una duración de dos meses para la aplicación y recepción de la totalidad de los mismos.

1.4.3. Plan de análisis y procesamiento de la información.

El procesamiento de los datos secundarios obtenidos a través de las pautas se efectuaron por medio de la técnica de análisis de contenido y sistematización de la información en base a pautas estandarizadas. En tanto que los cuestionarios aplicados a los agentes claves fueron traspasado a una base de datos y procesados en programa de análisis estadístico para Ciencias Sociales, SPSS.

Finalmente el análisis integrado o complementario de las distintas evidencias obtenidas se realizó por medio de la aplicación de una matriz de análisis, constituyendo una suerte de síntesis operativa de la investigación y facilitador para el desarrollo de las conclusiones.

²⁰ En el caso catalán se encuestaron a 4 encargados de programas de promoción de la salud de la GENCAT, a 1 de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, 1 profesional de Atención Primaria, 2 encargados de ONGs a nivel local, 2 académicos y 2 directivos de la GENCAT. En el caso chileno se aplicaron cuestionarios a 5 encargados de programas de promoción de la salud a nivel nacional, dos profesionales de instancias locales de promoción de la salud, dos profesionales de la SEREMI RM, un directivo de MINSAL, un académico participante de la evaluación de la política de promoción de la salud y un dirigente nacional de médicos de atención primaria.

1.5. El diseño de la Matriz de Análisis.

El diseño de la Matriz si bien forma parte del plan de análisis, contempla tanto la operacionalización de las variables para cada una de las dimensiones en estudio (acciones, condiciones y percepciones) así como los elementos de caracterización analítica, que permitieron desarrollar bajo un criterio estandarizado el análisis comparado.

Es decir, la matriz se diseño con la expectativa de identificar niveles o grados de asociación para cada una de los indicadores en estudio por medio de la contrastación de cada uno de ellos, siendo la variable promoción de la salud la variable independiente a analizar comparativamente entre Chile y Cataluña.

De esta manera y en coherencia con los objetivos y el diseño de investigación la matriz se compone de cuatro grandes dimensiones de análisis y respectivos indicadores de análisis que se calificaron de manera dicotómica en tres niveles: presencia absoluta, relativa o ausencia del indicador. El siguiente listado de variables e indicadores ilustran los componentes de la Matriz y que se resume de la siguiente manera:

1.5.1. Condicionantes y determinantes.

- Tendencias del nivel de desarrollo humano para cada país. (IDH)
- Nivel de desigualdad en la distribución del ingreso.(Coeficientes Gini)
- Tendencia en el gasto público en salud.(% del PIB)
- Principales prevalencias asociadas a mortalidad (tasas de mortalidad)
- Principales prevalencias estilos de vida (Prevalencias)

1.5.2.Condiciones institucionales.

- Adecuación de la estructura institucional para el abordaje transversal e intersectorial de las políticas de PS.*(Existencia de instancias intersectoriales, presupuesto para la coejecución de programas con sector privados, profesionales especializados para realizar dicha tarea, etc)*
- Respaldo político institucional de los gobiernos con la P.S. *(Declaraciones formales del gobierno, inclusión en la agenda pública)*
- Mecanismos o instancias de participación en las que se desarrolla la P.S. *(Mecanismos nacionales y subnacionales a través de los cuales se desarrollan las políticas de promoción con la ciudadanía, mecanismos formales por medio de los cuales los programas incorporan a la ciudadanía)*
- Niveles de participación alcanzados por las políticas de salud asociadas a la P.S. *(Porcentajes de participación de los ciudadanos en los programas y acciones de salud y/o P.S)*

- Nivel de inclusión de la P.S. en el proceso de reformas de los Sistemas de Salud (*Grado o prioridad en el que los objetivos de P.S. y/o sus estrategias son incluidos en los procesos de reforma*)
- Nivel de inclusión de la P.S. en los Planes de Salud. (*Grado o prioridad en el que los objetivos de P.S. y/o sus estrategias son incluidos en los diseños de los planes de salud*)
- Nivel de evaluación político técnica desarrollada (*existencia de estudios de evaluación de las políticas o estrategias en P.S.; de evidencia de efectividad de la intervenciones en P.S. a nivel local*).

1.5.3. Características de las acciones institucionales.

- Grado en el que el diseño de las acciones considera mecanismos de participación social.
- Grado en el que el tipo de mecanismos de participación predominantes en las acciones favorece o potencia el empowerment de las comunidades o personas involucradas.
- Nivel en el que las acciones en P.S. consideran en su diseño una perspectiva de determinantes sociales de inequidad en salud.
- Grado o nivel en el que los contenidos de los programas incorpora la promoción de estilos de vida individuales.
- Grado o nivel en el que las acciones incorporan estrategias educativas basadas en la noción de educación para la salud
- Nivel de visibilidad e instalación comunicacional audiovisual de las acciones en P.S.
- Nivel de incorporación del sector privado o tercer sector en la co-ejecución de los programas de P.S.
- Nivel de intersectorialidad en el que se desarrollan los programas (*grado de coejecución con otras reparticiones publicas, más de una*).

1.5.4. Principales percepciones de los actores institucionales.

- Tipo de nociones o concepciones de la promoción de la salud consideradas por los actores (modelo preventivo, promoción de estilos de vida saludables, otras).
- Nivel de impacto de la promoción de la salud en las determinantes de la salud.
- Nivel de formación de los profesionales que trabajan en promoción de la salud.
- Grado de desarrollo de la P.S. en las políticas de salud de su respectivo país.
- Grado de desarrollo de la participación social en las políticas de promoción de la salud de su respectivo país.
- Existencia de un soporte social (capital social) adecuado para el desarrollo de la participación en las acciones de P.S. en su país.

CAPITULO I

EL ESTADO DEL ARTE DE LA SALUD PUBLICA Y LA PROMOCION DE LA SALUD EN EUROPA Y AMERICA LATINA. UNA MIRADA GENERAL A PARTIR DE LA EVIDENCIA SISTEMATIZADA MAS RECIENTE.

En este Capítulo se pretende abordar, de manera contextual y global, las principales características de la Salud Pública y la promoción de la salud, por medio de la revisión de tendencias mundiales actuales, intentando acotarlas para el caso latinoamericano y europeo a través de la problematización respecto a los procesos de reformas a los sistemas de salud y la evidencia disponible respecto a la promoción de la salud.

Lo anterior debiese brindarnos un marco general en el cual a posterior podremos entender las condiciones específicas en las que se desarrollan tanto los sistemas de salud locales, como las acciones en promoción de la salud.

Los apartados relativos a la evidencia de la efectividad no pretenden cerrar la evidencia sólo a este tipo de evaluaciones y son presentadas como esfuerzos de sistematización global que nos permiten formar una suerte de estado del arte inicial, necesario a profundizar y desarrollar aún más por cierto.

1. El contexto actual de la Salud Pública a nivel mundial. Una mirada general.

De la literatura revisada a este respecto, podemos apreciar una suerte de consenso en tanto identificar la relación entre los procesos globales de transformación (económica, social, política, ambiental y sociodemográfica) y el estado de salud de la población así como el propio desarrollo de la Salud Pública.

En este sentido destacamos la visión de la OPS (2002) quienes analizan la incidencia de las principales tendencias globales en el desarrollo de la Salud Pública y que explicarían su necesaria revisión. Esta mirada global incorpora cuatro conjuntos de fenómenos interrelacionados pero diferenciables que darían cuenta del complejo contexto en cual hoy se inscribe la S.P.: La mundialización (globalización) y sus manifestaciones; los procesos políticos y el medioambiente y la población, entre los más importantes.

1.1. La nueva mundialización o globalización económica.

Iniciada para muchos a partir del fin de la Guerra Fría, ha estado caracterizada por la reconfiguración geopolítica del orden mundial (de la bipolaridad a la unipolaridad hegemónica), la liberalización casi total de los mercados y la adhesión a los principios y directrices del Consenso de Washington que prometían una nueva era de progreso mundial.

A lo anterior podríamos agregar, recogiendo la visión de Offe (en Picó, 1996), que el fin de la era fordista y la transición hacia un capitalismo postindustrial o desorganizado, pondrá en tela de juicio la concepción clásica del “Welfare State” (y la capacidad redistributiva del Estado) y con ella las posibilidades de mantención de los derechos ciudadanos como fueron entendidos hasta ahora.²¹

El balance de este proceso, aún en curso, presenta un desarrollo desigual según sean los países y plantea una diversidad de situaciones y condiciones de vida (y de salud), que siguiendo la reflexión de la OPS (2002) se podrían resumir en cuatro dimensiones centrales, entre otras.

Ciencia y Tecnología. A este nivel destaca la estrecha relación entre productividad y desarrollo científico tecnológico, potenciándose sinérgicamente. No obstante ello, este crecimiento y desarrollo estimularía la concentración selectiva de la investigación y el desarrollo tecnológico hacia la solución de los problemas de los países centrales más que a los pobres, hacia las preferencias del mercado y temas potencialmente rentables, así como la protección de la propiedad intelectual. Planteándose el desafío de una Ciencia y Tecnología al servicio del desarrollo humano y en particular para la salud pública.

Información y Cultura. La expansión de las comunicaciones y de la información, incluidos los sistemas de transporte, afectaría a toda la sociedad humana incidiendo en la cultura, en los valores y en las prácticas que la conforman. Los valores que serían de utilidad para los mercados son difundidos universalmente, provocando rupturas culturales frente a desarrollos hegemónicos de homogeneización cultural. En este proceso asistimos a cambios a nivel valórico, a desestructuraciones culturales y a riesgos de fracturas sociales, pero también a la reutilización de la información como instrumentos de liberación y progreso individual y social, favoreciendo el ejercicio de ciudadanía y el control social de lo público, entre otros.

²¹ Estos procesos de transformación de los estado de bienestar estarían caracterizados por las siguientes tendencias: a. La segmentación / fragmentación de la fuerza de trabajo, es decir, trabajo estable / trabajo precario. b. El cuestionamiento a la estructura de representación de los intereses colectivos. c. La confianza en la capacidad del Estado para redistribuir se convierte en hostilidad contra los burócratas y el clientelismo. d. Las clases medias no encuentran una compensación entre lo que aportan y lo que reciben y como consecuencia se alejan del Estado de Bienestar. Offe (en Picó, 1996).

Mercado, Estado y Sociedad. En este proceso el mercado, a pesar de sus imperfecciones logra imponerse como el campo de relaciones hegemónicas, respecto al rol y peso del Estado y en alguna medida también de la sociedad entendida como Polis y por tanto en la reconfiguración de la noción de “lo público”, afectando por tanto también la noción pública de la salud. Esta situación se agudiza en los modelos liberales o neoliberales que jibarizan al Estado y sus funciones públicas (a través de la "Nueva Gestión Pública") y minimizan el poder de los ciudadanos por medio del consumo, afectando la cohesión social.

Inequidades e Injusticias. Las inequidades entre países y dentro de los llamados “países en desarrollo” han ido en aumento, así mismo la cantidad de pobres a nivel mundial. El crecimiento insuficiente y la recesión aumentan la pobreza relativa y las necesidades y demandas de servicios públicos, incluidos los de salud, en aquellos países con capacidad de respuesta pública reducida. Las desigualdades sociales, la pobreza y exclusión amenazan a la estabilidad del nuevo orden y adquieren prioridad en el discurso público internacional.

Estas tendencias , según la OPS (2002), entendidas en un marco global de asimetrías no estarían aprovechando las oportunidades que presentan los países pobres en términos de capital social y humano, los factores culturales ni las propuestas de desarrollo integral y sustentables posibles de implementar. Pero fundamentalmente estarían afectando negativamente el desarrollo de la salud y de la Salud Pública.

1.2. Los procesos políticos.

A nivel político los fenómenos globales se expresan en la tendencia mundial de convergencia entre liberalismo económico y democracia liberal, en una dialéctica y compleja complementariedad, y que en su expresión de democracia parlamentaria encuentra su mejor expresión hegemónica desde mediados del Siglo XX (Del Aguila, 2001).

Esta complementariedad basada en la idea de representatividad, permite el desarrollo de la movilización y participación social, la cual a su vez sustenta la idea de progreso social y afirmación del Estado de derecho. En este proceso el surgimiento de lo público no estatal comúnmente concebido como sociedad civil y por tanto de nuevos actores sociales locales y globales plantea la posibilidad de una participación directa de la sociedad y demandan un tipo de acción ciudadana, que según sean los regímenes alcanzan diferentes niveles de desarrollo y expresión.

No obstante este ideario, según la OPS (2002) existirían algunas tendencias que estarían erosionándolo, tales como el totalitarismo de mercado y en algunos casos su

consecuente corrupción; las brechas de legitimidad política en algunos países y por tanto de efectividad de la representación; la percepción de oligarquización de la democracia (en A.L.) y finalmente, en el plano internacional, el desequilibrio de poderes entre países, generándose condiciones de vulnerabilidad en un número importante de países.

1.3. El medio ambiente y la población.

Los cambios generados en el medioambiente y sus consecuencias inmediatas en el calentamiento global, sumada a los problemas de saneamiento de los ambientes, así como los relativos a la contaminación del aire, el agua y la tierra y el uso racional y protección de recursos de la biósfera, constituyen una fuente importante de riesgos para la S.P. a nivel mundial y ha sido objeto de abordaje reciente en Congresos (Oslo, 1968 y Río de Janeiro, 1992), así como conferencias y protocolos internacionales tales como el programa 21 de Río de Janeiro y el protocolo de Kyoto.

No obstante ello los avances en materia de emisiones de gases contaminantes y legislaciones proteccionistas de los recursos naturales no presentan avances, constituyendo una prioridad para la salud pública mundial. (OPS, 2002)

A nivel de poblaciones las transiciones demográficas en curso, avanzan hacia una tendencia marcada por el envejecimiento de la población, aumento en la esperanza de vida al nacer, el descenso de la fecundidad y la disminución proporcional de las mujeres en edad fértil. Esto último llevarán a tasas de reproducción inferiores al mínimo necesario para mantener la población, repercutiendo en la S.P. y en los sistemas de seguridad social.

Estos cambios globales a nivel mundial estarían incidiendo fuertemente en los determinantes sociales de la salud y fundamentalmente en aquellos relacionados con la inequidad en salud, tanto en lo que respecta a los estados diferenciados de salud como en el acceso a cuidados de salud ofrecidos por los diferentes sistemas de salud.

Del mismo modo estos determinantes generales y específicos de la salud, en contraste con el desarrollo de estrategias globales de enfrentamiento, como lo constituye la Estrategia “Salud para todos para el año 2000”²² propiciada por la OMS o los Objetivos de Desarrollo del

22 Tres evaluaciones de la estrategia concluyeron que el progreso alcanzado enfrentó un sinúmero de barreras, las cuales se resumen en los siguientes aspectos: Compromisos políticos insuficientes en la implementación de la estrategia. Falla en el logro de equidad en el acceso a los programas de la estrategia. El continuo bajo estatus de la mujer. El bajo desarrollo socioeconómico. Dificultades en el logro de acciones intersectoriales en salud. Desbalanceada distribución de recursos humanos. Inadecuación generalizada de las actividades de promoción de la salud. Débiles sistemas de información. Contaminación, pobre alimentación segura y falta de suministros seguros de agua y sanidad. Rápidos cambios demográficos y epidemiológicos. Inapropiado uso y localización de los recursos, altos costos en tecnología y Desastres naturales y provocados por el hombre. No obstante estas dificultades se plantea la renovación de la estrategia y sus indicadores para desarrollar una política basada en la equidad, solidaridad, enfatizando en la responsabilidad de la salud de individuos y comunidades y colocando a la salud dentro de la noción de desarrollo. En las conclusiones del informe se reconoce el aporte y la vigencia de la promoción de la salud, a través de conferencias y estrategias. *Informe WHO, 1998, “Health for All in the 21st Century” en Tones & Tilford (2001).*

Milenio de la ONU (OMD), ponen en evidencia el peso de los determinantes y el del actuar de los Estados y la sociedad civil en esta materia, tensionando no sólo las prácticas en salud , sino también la fundamentación ideológica conceptual que se tiene de ésta.

A nivel regional, si bien esta tendencia se presenta de manera similar tanto para América Latina como para Europa, en lo que se refiere a Salud Pública, mostrarían características particulares, necesarios a registrar para el análisis comparado.

De ahí la utilidad de revisar los procesos de reforma sanitaria en ambas regiones, en tanto reflejo de los procesos globales, así como contexto en el que se desarrollan los procesos locales o nacionales de reforma a los sistemas de salud y en específico de las políticas de salud de cada uno de los casos en estudio.

2. Las Reformas Sanitarias, en el contexto de la situación mundial de salud y los ajustes macroeconómicos. Una problematización a partir del caso Europeo y Latinoamericano.

2.1. El caso Latinoamericano.

Los procesos de reforma de la salud forman parte de un paquete de medidas de ajuste estructural a las políticas sociales impulsadas a partir de la década de los ochenta en la mayoría de los países de la región y que obedecieron a un conjunto de medidas económicas basadas total o parcialmente en el modelo neoliberal.

Este ajuste estructural impulsado por el FMI, implicó el desarrollo de políticas de ajuste económico, reducción de la participación del Estado, apertura económica y ampliación de la participación del sector privado en ésta, redundando en obligaciones hacia los gobiernos en la reducción de gastos en los sectores sociales, entre ellos el sector salud. (Almeida, 2000; Homedes & Ugalde, 2005)

De este modo, las reformas neoliberales en el sector de la salud, aplicadas hasta principios del 2000, implicaron la reestructuración de los servicios de salud basados fundamentalmente en criterios de mercado. En tal sentido la inspiración conservadora de la agenda reformadora en salud la limitó a la provisión de cuidados médicos individuales sin considerar el sistema de salud como un todo y sin superar las desigualdades asociadas.

En este marco, el Banco Mundial, principal promotor y financiador de estas reformas, propone la privatización de los servicios, su descentralización, la separación de las funciones de financiación y provisión, y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos que cada país debía definir de acuerdo con sus recursos y estudios de eficiencia en función de los costos. (Homedes & Ugalde, 2005)

Si bien la Comisión Económica para América Latina (2000), esperaba que las reformas en el sector de salud se encaminaran a lograr mayor transparencia y equilibrios financieros, así como mejorar la eficiencia en el uso de recursos e incorporar nuevos mecanismos de ampliación de coberturas de dichos sistemas y adaptarlos a los desafíos de la transición demográfica y epidemiológica; los resultados de estas reformas a finales de siglo XX no fueron auguriosos.

No obstante lo anterior, las valoraciones y evaluaciones respecto de estas reformas encuentran puntos de vista divergentes, toda vez que los parámetros de evaluación descansan en niveles e indicadores diferenciados que se resumen en dos posiciones: una visión crítica basada en la noción de salud colectiva y en principios de equidad y derechos sociales y la otra más bien tecnocrática y económica remitida a las evaluaciones costo beneficio o efectividad.

Desde una visión crítica está la valoración de que las reformas han implicado importantes conflictos con el principio de solidaridad y equidad, fragmentación y segmentación de los servicios de salud, destrucción más que reformas de las entidades públicas, siendo una interrogante la posibilidad real de combinar eficiencia con justicia social. (Almeida, 2000)

En los casos más extremos de estas reformas, en el sentido de constituir los modelos más apegados a las recomendaciones del Banco Mundial, como los son Chile y Colombia la privatización desarrollada hasta principios del 2000, mantuvo la inequidad en el acceso a los servicios de salud y no hay pruebas de que haya contribuido a mejorar la calidad ni la eficiencia de los sistemas. (Homedes & Ugalde, 2005).

En la visión más tecnocrática el informe de Infante et al (2001), si bien confirma las dificultades para alcanzar logros significativos en materia de equidad y calidad - eficiencia destaca algunos avances en eficiencia de los mecanismos de asignación y gestión de recursos, así como en alguna medida en materia de sostenibilidad, entendida como la capacidad para ajustar ingresos y gastos en el subsistema público y para cobrar a terceros obligados a pagar.

Desde el punto de vista más institucional el Banco Mundial, a partir del "World Development Report. Investing in Health" realizado en 1993 (en Almeida, 2000), hace una revisión de los indicadores sanitarios disponibles para América latina y el Caribe, basados en criterios económicos, estableciendo el escenario para un cambio en la política de salud.

Dicho informe, según Almeida (2000), desarrolla un conjunto de recomendaciones a partir de los resultados de un estudio realizado por Murray & López (1994) denominado "Health Sector Priorities Review" para mapear la carga global de la enfermedad y analizar diferentes intervenciones en términos de costo efectividad.

Estas recomendaciones reorientan los procesos de reformas de salud desde los '90 hasta la fecha y que en palabras de Almeida (2000) se resumen en los siguientes aspectos:

- Redefinición del *mix* público y privado y separación de funciones de financiamiento y provisión, con disminución de la intervención del Estado.
- Focalización de la oferta pública hacia los grupos sociales "más necesitados", priorizando la prestación de servicios básicos y de bajo costo, para lograr mayor cobertura y eficacia.
- Descentralización funcional de las responsabilidades de prestación para los niveles subnacionales de gobierno.
- Introducción de mecanismos competitivos (mercados regulados) y estímulo a la privatización de la asistencia médica y fomento del mercado privado de servicios.

En este marco el modelo de financiamiento de los sistemas de salud latinoamericano se podría caracterizar como pluralista estructurado (Frenk, 1994; en Almeida, 2000), que combina el seguro social (financiamiento público) con la separación de funciones e introducción de mecanismos competitivos (inspirado en el Mercado Interno de la Reforma Inglesa), creándose cuasimercados y nuevas agencias (públicas y privadas) para la garantía y aseguramiento de la provisión de servicios. De este modo, se esperaba que esta nueva estructuración de los sistemas produciría resultados eficientes y consecuentemente superaría la inequidad.

No obstante lo anterior, los resultados de este proceso, hasta 1999, como veíamos en párrafos anteriores, al poner en el centro del debate la cuestión del costo efectividad, no permiten el desarrollo de visiones de carácter social y político y más bien son vistos como parte de ajustes económicos o de racionalización eficiente de recursos públicos y privados más que medios o instrumentos de desarrollo, no considerando aspectos estratégicos de la salud como lo son el desarrollo del recurso humano y la participación social (y de la promoción de la salud) como componente estratégico del sistema de salud y de los servicios.

En tal sentido la participación social en salud en A.L. se expresa con una fuerte impronta comunitaria y como un complemento ante los problemas de financiamiento e insuficiente calidad y cobertura de los servicios de salud, más que a una forma de participación democrática y de control ciudadano tanto de los servicios como del sistema de salud en general . (Vázquez et al, 2000)

La formulación de políticas en el sector de la salud continúa realizándose de forma centralizada, con escasa participación de las personas y baja adecuación a la realidad local. En los procesos de reforma se evidencia un incipiente pero insuficiente desarrollo de la participación en salud desde la perspectiva de derechos sociales, siendo central en ello la desigualdad de poder, la insuficiente información y la relación clientelar de las organizaciones sociales o civiles con respecto al Estado, entre otras. (Celedón y Noé, 2000)

Lo anterior vendría a ratificar las críticas planteadas a los procesos de reforma en orden a no considerar a los actores sociales o a los ciudadanos como un actor importante en este proceso, adquiriendo mas bien un carácter instrumental de meros beneficiarios consumidores de una oferta sanitaria que pretende ser de calidad y eficiente, sin tomar en cuenta las condiciones particulares donde ésta se desarrolla.

2.2. El caso Europeo.

En el caso Europeo, y en particular de la U.E., la crisis del Estado de Bienestar y la instauración de programas neoliberales han puesto en cuestión la función social del Estado, redefiniendo sus modelos y políticas sociales. (Offe, 1985; Esping – Andersen, 1990). La ruptura del equilibrio entre la creación del excedente económico y la prioridad social y política de las políticas redistributivas han provocado situaciones de crisis en los Estados de Bienestar. (Offe, 1985; San José, 1994)

En este desequilibrio el programa político neoconservador y económico liberal que prima desde la década de los '80 explica el proceso de reforma política y de función social del estado europeo, que en lo estructural implica la disminución del poder redistributivo del Estado y su rol de integración y logro de equidad.

Estas reformas políticas y de ajuste económico afectaron el desarrollo del Estado y de sus políticas públicas en particular las sociales, poniendo en cuestión el desarrollo de las políticas universales, redundando en reformas sociales bajo la lógica de la Nueva Gestión Pública.

En este marco de reformas sociales, la salud se vió afectada al verse tensionada por una demanda cada vez más alta y unos recursos cada vez más escasos para cubrir esa demanda, evidenciándose problemas y necesidades a nivel de la gestión de los servicios sanitarios.

En el diagnóstico las visiones neoconservadoras pusieron el acento en la eficiencia para superar los problemas de gestión que respondan a los intereses de los pacientes, en tanto los socialdemócratas identificarán el problema en la crónica financiación insuficiente de los servicios y en la mala y poco equitativa distribución de los recursos, además de los problemas de fragmentación (San José, 1994).

Según San José, los servicios públicos entrada la década de los '90 se caracterizaban por una incongruencia entre el modelo de provisión de atención y el modelo de financiación; incapacidad de reducir las desigualdades, en términos de estado de salud como provisión de cuidados; ineficiente administración y gestión de recursos, problemas de equidad, despersonalización y deshumanización de la asistencia y problemas en la calidad de la asistencia. Si bien las políticas de reforma en Europa hasta principios de los '90 intentan responder a la crisis general de recursos ante la limitación de presupuesto públicos y el vacío de respuesta ante la demanda, con políticas de contención de gastos y al estímulo de la eficiencia económica, el balance en esta década ratifica la necesidad de enfrentar los

problemas antes señalados, apelando a nuevas reformas no basadas en el modelo de mercado. (San José, 1994). De este modo el debate de la reforma a partir de los `90 se centró en mejorar la distribución de los recursos y la calidad y eficiencia en la gestión, basados en modelos sociopolíticos diferenciados.

En este contexto, la aplicación de las formulas de Nueva Gestión Pública en la provisión de servicios públicos marcará los procesos de reforma sanitaria europea. Las principales fórmulas características de la NGP serían la contratación externa con el sector privado, la contratación entre departamentos públicos; concesiones administrativas; vales o bonos o cheques servicios; mercados mixtos y competencia pública. En la aplicación de estas medidas destacan como pioneros los casos de Inglaterra y Estados Unidos, a los que le seguirán Suecia, Nueva Zelanda y España. Cabiedes (2003: 3-5)

En este marco las reformas impulsadas durante la década de los 90 y que en lo estructural mantendrán una cierta continuidad a principios del siglo XXI estuvieron marcadas por tendencias que según Figueras y Saltman (1997: 2) se podrían resumir en los siguientes aspectos: el cambio en el papel del Estado y del mercado en el terreno sanitario, la descentralización de funciones hacia niveles inferiores del sector público y hacia el sector privado, el nuevo papel del ciudadano en términos de dotarse de poderes, de derechos y de capacidad de elección de proveedor, y la mayor relevancia de la salud pública en la concepción del sistema sanitario.

3. La evidencia de la efectividad de la Promoción de la Salud a nivel latinoamericano y europeo.

Más allá de la discusión técnica y política implícita en la noción de costo-efectividad que se ha dejado entrever en la revisión de los procesos de reformas sanitarias impulsados recientemente, la evidencia disponible en materia de promoción de la salud a nivel regional, de carácter incipiente y reciente, constituye un esfuerzo global de contextualización e información evaluativa respecto del quehacer de la promoción de la salud, siendo importante su problematización respecto al aporte que hace a los procesos de reforma antes planteado y su relación con los determinantes de la salud.

Del mismo modo la evidencia en efectividad constituye un insumo importante para entender el desarrollo comparado de la promoción de la salud entre Europa y América Latina, planteando no sólo información sino además desafíos en su levantamiento a futuro.

Para ello hemos recogido el trabajo evaluativo realizado por la UIPES (Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud), tanto en Europa como el recientemente iniciado en América Latina que intenta aplicar la misma metodología de análisis y que nos permite una mirada contextual para cada uno de los casos en estudio.

En el caso europeo nos hemos basado en el informe de efectividad publicado el año 2000, denominado "La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa" y para el caso latinoamericano en el "Proyecto Regional de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud en América Latina" ejecutado por la Universidad del Valle de Colombia y coordinado por la UIPES el año 2003.

3.1. La efectividad de la Promoción de la Salud en Europa.

A partir de la revisión del informe de evidencia de efectividad en promoción de la salud en Europa (UIPES, 2000), podemos identificar una serie de desafíos e impactos políticos, sociales y sanitarios, así como ámbitos estratégicos donde las acciones de promoción de la salud han probado su aporte efectivo a la Salud Pública.

3.1.1. Los desafíos de la promoción de la salud en Europa.

A nivel de desafíos, destacan aquellas necesidades que la P.S. debe abordar, a partir de las transformaciones demográficas y epidemiológicas de la población, a nivel político, social y sanitario y que se resumen a continuación:

En cuanto a los desafíos políticos, se centran en el mejoramiento de la salud de la población que envejece, la disminución de las enfermedades mentales y la focalización en personas que se encuentran fuera del sistema.

A nivel de envejecimiento se evidencia la necesidad de intervenir ante la discapacidad en la tercera edad, la cual representa alrededor del 50% de los costes de atención sanitaria en la U.E y frente a los riesgos de accidentes y enfermedades de este grupo etáreo. Se plantea que numerosos programas de P.S. dirigidos a este grupo muestran beneficios sanitarios, además del efecto positivo de mantener un estilo de vida saludable por más tiempo; recomendándose acciones centradas en promoción de la salud, ejercicio físico en una fase temprana a fin de propender a un envejecimiento sano. A nivel de salud mental, se constata la relación de una precaria salud mental (formas leves de depresión hasta desórdenes psiquiátricos complejos) como enfermedades causantes de morbilidad en Europa, sobre todo en población adulta y joven. Evidenciándose que las estrategias de promoción de la salud mental han reducido la depresión, las tasas de suicidios y los problemas de conducta.

En cuanto a la focalización en personas situadas fuera del sistema, los jóvenes representan un desafío para quienes deciden las políticas, en tanto constituyen un grupo vulnerable, evidenciándose la inadecuación de los medios educativos convencionales y de los mensajes sanitarios tradicionales para este tipo de población.

Los desafíos sanitarios, por su parte, hacen referencia a las acciones desarrolladas en torno la promoción de estilos saludables y su relación tanto con las enfermedades cardiovasculares como los principales factores de riesgo asociados: tabaco, alcohol y drogas.

Se evidencia la relación de los estilos de vida con las prevalencias de enfermedades cardíacas, causa número uno de muerte en Europa, cuyas prevalencias contribuyen en gran medida a la desigualdad en salud. De ahí que las estrategias de P. S. aplicadas en los últimos 20 años representen una diferencia en aquellas enfermedades y dolencias que se ven más considerablemente afectadas por el modo en que las personas eligen vivir.

Los desafíos sociales. A este respecto se identifican dos cuestiones centrales: el control dietético y la prevención de accidentes o lesiones. En lo que se refiere al impacto de la **nutrición** se ha demostrado que el impacto del control dietético adecuado en la tercera edad es alto. La P.S. contribuiría, a través de la información y otros medios, a la comprensión de los temas sanitarios, y ayudar en lo posible a que las personas realicen elecciones positivas para la salud, sobre todo en la nutrición.

En cuanto a la prevención de lesiones, el informe señala que éstas constituyen una amenaza sanitaria creciente para toda edad, con un aumento sostenido en las tasas de

mortalidad. A este respecto se plantea que las estrategias de P.S. dirigidas a prevenir las lesiones están infrautilizadas, no obstante existan líneas exitosas en esta materia.

3.1.2. Los ámbitos estratégicos de la promoción de la salud.

El informe identifica cuatro ámbitos y espacios de intervención de carácter estratégico, en los cuales se ha desarrollado la promoción de la salud: en los lugares de trabajo, la escuela, la atención sanitaria y la equidad.

En lo que respecta al ámbito laboral se plantea que durante los últimos años, muchos países europeos se han embarcado en un creciente número de programas de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (Workplace Health Promotion – WHP), evidenciándose que dichos programas, combinados con prácticas de salud laboral y de seguridad, mejoran la productividad, el producto y la calidad de proceso, y mantienen los costes de mano de obra bajo control, mejorando así la competitividad.

En lo que se refiere a la efectividad en los centros de enseñanza, se señala que existe considerable evidencia que demuestra que la mala salud inhibe el aprendizaje, además de la relación entre la conducta orientada hacia la salud y los resultados educativos, las conductas educativas y las actitudes de los estudiantes. De ahí que las intervenciones de P.S. en los centros de enseñanza pueden ser eficaces al transmitir conocimiento, desarrollar habilidades y apoyar la realización de elecciones positivas para la salud. La ‘escuela promotora de salud’ en Europa, es un ejemplo de ello.

En cuanto a la P.S. en el sector de atención sanitaria, se plantea el éxito del sector sanitario en sus intervenciones destinadas a promover el abandono del tabaco y a abordar los problemas de abuso del alcohol y no tanto en la provisión de programas y mensajes de promoción de la salud.

La Equidad en Salud es el objetivo fundamental de casi todas las estrategias de promoción de la salud, entendiendo por *Equidad*, como la igualdad de oportunidades que permita llevar una vida sana en todo su potencial. A este respecto existe evidencia significativa que indica que las condiciones socioeconómicas relacionadas con los ingresos, la educación y el empleo son el origen de buena parte de la mala salud. La evidencia indica que la ‘privación relativa’ y no la pobreza absoluta es el elemento decisivo para comprender las desigualdades en salud en una Europa que está lejos de vivir en la pobreza de otras regiones del mundo.

Muchas ‘intervenciones en equidad’ en el campo de la salud tienen su impacto más importante a nivel de la comunidad. La evidencia demuestra que las personas adquieren una

mayor capacidad para definir los problemas locales y resolverlos, y que en cada fase, la participación o implicación de la comunidad local es un factor clave del éxito.

3.1.3. Los Impactos de las acciones de promoción de la salud.

Si bien el informe no se centra en el impacto como metodología, de manera colateral, evidencia una heterogeneidad de visiones y que, desde el punto de vista práctico, se sintetiza en cuatro niveles de impactos (sanitarios, sociales, políticos y económicos).

En cuanto a los impactos sanitarios, la evidencia demuestra que la P. S. constituye un elemento esencial de la prestación de los servicios sanitarios. Se plantea que dichas intervenciones pueden sostener una calidad de vida más activa y considerablemente mejorada, sobre todo en niños y ancianos; hacer frente a la epidemia de problemas de salud mental, disminuir la depresión, el suicidio, el estrés y la ansiedad; llegar a los grupos situados fuera del sistema, contribuyendo a incrementar su percepción de las conductas de riesgo.

No obstante los positivos impactos sanitarios se plantea la necesidad de avanzar en la sostenibilidad. Las ganancias de salud alcanzadas mediante la promoción de la salud no se consiguen rápidamente, a diferencia de la reparación del daño o de enfermedades. En la misma línea el informe plantea que la promoción de la salud es clínicamente segura y éticamente no perjudicial y que actúa eficazmente sobre los determinantes de la salud, es decir, sobre las causas, y no solamente sobre los efectos.

En lo relativo a los impactos sociales, la P.S. siempre ha relacionado estrechamente las desigualdades sociales con las desigualdades en salud y por tanto la salud ha sido entendida como un derecho humano fundamental. En esta línea la evidencia indica que la pobreza, la falta de vivienda y trabajo, instalaciones sanitarias inadecuadas y diversos fracasos sociales y familiares, son factores que influyen en gran medida en una mala salud.

Frente a ello la promoción de la salud puede desempeñar un papel potencial para contribuir a la reducción de estas desigualdades, a través del ‘empowerment’ individual y comunitario y el apoyo a la democracia local, constituyendo un medio de ayudar a desarrollar comunidades fuertes y unidas.

En lo que se refiere a impactos económicos, el informe enfatiza que la promoción de la salud no es un parche barato que resuelve el problema de los desbordados presupuestos sanitarios; los programas más eficaces exigen financiación adecuada, a lo largo de períodos sostenidos. No obstante lo anterior se plantea que un nivel correcto de dotación de recursos podría producir tanto ventajas económicas considerables para los gobiernos, las sociedades y las personas en el ámbito individual, como ganancias de salud.

En cuanto a los impactos políticos, la promoción de la salud, adecuadamente dotada de recursos y sostenida, goza de aceptación considerable, proporcionando a los gobiernos un enfoque eficaz y práctico que les permite abordar cuestiones sociales importantes y no sólo de salud. Según el informe la experiencia canadiense demuestra cómo los conceptos de P.S. se pueden traducir en planes de actuación políticamente eficaces.

De este modo se puede apreciar claramente que si bien la evidencia muestra avances en la efectividad de las intervenciones, así como desafíos y tareas estratégicas para enfrentar los cambios epidemiológicos y sociodemográficos, centradas en las condicionantes de la salud mas no en los determinantes en salud, planteando por tanto más bien potencialidades que evidencias respecto de su impacto.

3.2. La Efectividad de la P.S. en Latinoamérica. Una tarea de incipiente desarrollo.

A nivel latinoamericano, a diferencia del caso europeo, los esfuerzos por construir evidencia en relación ala promoción de la salud son aún más reciente y enfrenta la dificultad de la heterogeneidad de la región y el escaso desarrollo evaluativo a este respecto. A continuación se presentan los principales resultados del primer levantamiento realizado en la región y los desafíos aun pendientes en esta materia.

3.2.1. La evidencia del 2003, hacia la línea base de las experiencias registradas

El primer antecedente de evaluación de la efectividad de las diversas acciones de promoción de la salud desarrolladas en América Latina es desarrollado por el “Proyecto Regional de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud en América Latina”, apoyado por la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES), realizado en Colombia en el año 2003, cuyo objetivo central consistió en revisar la evidencia disponible de investigaciones en bases de datos en español e inglés, así como revisión de literatura, estableciéndose una línea base tanto de las evaluaciones de la promoción de la salud, así como también respecto a su desarrollo conceptual y práctico²³.

²³ Su estrategia metodológica se basó en dos vías: una revisión bibliográfica y un sondeo de experiencias. La primera consistió en una revisión de la literatura indexada. Se definieron como criterios de búsqueda y selección, literatura publicada desde 1986 hasta el 2002, que diera cuenta de experiencias sobre Promoción de la Salud y Evaluación en Promoción de la Salud en América Latina. Como canales de búsqueda fueron empleadas las bases de datos en línea *Medline* y *Lilacs* y la Biblioteca Virtual en Salud, BVS. La segunda vía consistió en involucrar un grupo de expertos, organizaciones y practicantes de la Promoción de la Salud en América Latina, con el fin de identificar experiencias de intervención y evaluación.

En esta revisión se constató primero que todo el escaso material disponible en América Latina tanto empírico como de literatura disponible, en relación a la evaluación de efectividad en promoción de la salud. De manera anexa y complementaria se evidencia que el tema de la participación aparece abordada más en intervenciones de prevención y control de daños que en promoción y siempre asociada a colaboración o apoyo a programas y servicios.

La relativa baja importancia asignada a la noción de “empowerment” o a la capacidad comunitaria para el control de determinantes de salud constituyen una falencia en la evidencia revisada, más aún si se considera su importancia para lograr la equidad, calidad de vida y justicia social.

De manera más general se advierte una complejidad a la hora de medir el éxito de las políticas e intervenciones en P.S., en relación a los factores que han determinado ese éxito-fracaso y los costos económicos, sociales, políticos y culturales que conlleva alcanzarlos. Ello, debido fundamentalmente a la diversidad de indicadores y focos de evaluación, que configuran una heterogeneidad difícil de sistematizar o estandarizar.

Por otro lado, los temas tratados en las publicaciones no cubrieron aspectos de Promoción de la Salud que significaran cambios estructurales en el marco de los determinantes de la salud, sino más bien intervenciones puntuales de prevención y control orientadas a mejorar el acceso y calidad a los servicios.

Añaden que la omisión de temas inherentes a la concepción teórica y práctica de Promoción de la Salud plantea la hipótesis de que en América Latina carecemos de una definición operativa consensuada sobre este concepto y que no se han establecido relaciones y diferencias entre Atención Primaria, Promoción de la Salud y la definición, ya re-evaluada, de Salud Pública, reconociéndose la necesidad de establecer un marco conceptual y de acción más claro en relación a la promoción y la evaluación de efectividad. (Salazar 2003 : 38)

La revisión de evidencia mostró que la mayoría de los estudios encontrados utilizan medidas de resultado, más que de proceso; son cuantitativos y casi nada cualitativos y no utilizan otros indicadores para evaluar el alcance de los resultados en P. S., tales como la alfabetización o educación en Salud, movilización social, políticas públicas y práctica organizacional, sugeridos por la revisión bibliográfica especializada en el tema.

Lo anterior según las autoras del estudio estaría muy relacionado con el bajo desarrollo científico en la temática, planteándose el desafío de contar con una masa crítica de actores motivados por la evaluación en promoción de la salud que genere a su vez un

proceso de información y comunicación que aporte en la construcción más autóctona de la noción latinoamericana de la P. S..

Con esta panorámica general de la región el estudio concluye con una serie de recomendaciones tendientes a superar los déficit y vacíos identificados, con el fin de construir un marco de referencia y obtener Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud en el contexto latinoamericano, en la perspectiva de dotarse de capacidad regional, de país y local, para evaluar las estrategias de Promoción de la Salud y generar estrategias para vincular los resultados de la evaluación e investigación a políticas públicas.

4. Síntesis del Capítulo.

Como conclusión o síntesis del capítulo y en coherencia con la discusión planteada en el encuadre teórico, podemos evidenciar cómo los procesos globales en curso (sobre todo los económicos, sociales y políticos) inciden en la manera en cómo se han venido desarrollando los Estados, en tanto condensación política de relaciones sociales y económicas.

De ahí que la tendencia histórica, que advirtiéramos en capítulos precedentes, de concebir y gestionar la Salud Pública dentro de la lógica del “Welfare State” se vea cada vez más amenazada por la predominancia hegemónica de tendencias neoliberales internacionales. Esta tensión se expresaría de maneras diferenciadas según las condiciones de los países y de las respectivas regiones en las que se inscriban y configurarían la forma en cómo las políticas públicas y particularmente en los gobiernos y regímenes políticos abordan la salud pública.

Pero no sólo el “Welfare State” se ve tensionado en su rol bienestarista, sino que además con ello se ve tensionada la noción de Salud Pública y por tanto sus ámbitos de competencia y acción. De ahí que la discusión planteada por la OPS hable de “crisis” propiamente tal e indirectamente de la redefinición del papel del Estado ante estas transformaciones globales .

Por otro lado, las transformaciones globales no sólo nos hablan de cambios a nivel del Estado sino además a nivel sociodemográfico, y fundamentalmente a socioeconómico que evidencian niveles de desigualdad e inequidad que estarían incidiendo no sólo en la Salud Pública, sino también en el estado de la salud de la población a nivel mundial, como lo evidencian los estudios de la OMS.

Ante ello, asistimos al impulso de políticas internacionales y regionales que contradictoriamente aparecen promoviendo el derecho a la salud para todos, a través de la mejora de la eficiencia y eficacia de la provisión de servicios médicos, no constituyendo una prioridad la intervención y mejora de las condiciones y determinantes de la salud propiamente tal, que son los elementos que aseguran el ejercicio de ese derecho.

Lo anterior evidencia un escenario de crisis de un modelo global que se ha venido construyendo bajo una noción de gobernabilidad y de gestión de las políticas en la que ha primado el modelo de “Nueva Gestión Pública”, que en su impronta empresarial ha conducido a procesos de modernización de la gestión pública de la cual la salud también ha sido parte y que ha tenido repercusiones en el caso de las reformas de salud.

En tal sentido las macropolíticas internacionales del FMI, Banco Mundial y de la propia Unión Europea, constituyen un marco de referencia obligado para entender las políticas regionales y locales en materia de salud y que para los fines de esta tesis sólo son evidenciados en sus trazos más básicos.

Coherentemente con lo anterior, las reformas a los Sistemas de Salud a nivel regional se han venido desarrollando hasta fines de siglo y principios del XX bajo una lógica de eficiencia y efectividad, concentrando sus temas de interés en la manera en cómo los servicios de atención son mejor administrados y no tanto en cómo el sistema de salud en general es reformado. Ello evidenciaría por tanto una predominancia en corregir los aspectos de gestión y administración del gasto público y de regulación de la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud, más que en la incorporación de políticas correctivas de los elementos determinantes de la Salud Pública en general y no sólo de la atención médica.

Lo anterior explicaría en gran parte la discusión teórica y conceptual en la que se expresan diferentes visiones de entender la salud pública y en particular las políticas públicas en salud, afectando del mismo modo, la manera en como la promoción de la salud es llevada a cabo, por tanto evidenciando la heterogeneidad de ésta última.

En tal sentido, la revisión de la evidencia de la efectividad de las acciones de promoción de la salud nos muestran una drástica diferencia en la evidencia a nivel de las regiones, en la que no sólo destaca el desbalance en el desarrollo metodológico y conceptual, sino además los diferentes niveles de desarrollo de las nociones básicas de la P.S ligadas a las nociones de “empowerment” y desarrollo comunitario para el control de las determinantes.

No obstante ello, a nivel de evidencia, sobre todo en el caso europeo, se mostraría que las diversas acciones desarrolladas en esta materia son efectivas para intervenir en las condicionantes de la salud (marcada por la noción de estilos de vida) y poco evidente en relación a los impactos de las acciones de promoción de la salud en los determinantes sociales, planteándose no obstante el potencial de la P.S. en la reducción de las inequidades.

Coherentemente con ello, si bien la evidencia europea señala la importancia de la participación social y el “empowerment” local en la efectividad de la P.S., no existiría evidencia respecto de su impacto en relación al cambio de condicionantes y determinantes, situando la cuestión del impacto de la P.S. en los determinantes sociales de salud, si bien no al mismo nivel que en América Latina, en la misma interrogante.

CAPITULO II

PRINCIPALES CONDICIONANTES Y CONDICIONES EN LAS QUE SE DESARROLLA LA PROMOCION DE LA SALUD. EL CASO CHILENO Y CATALAN EN LOS ULTIMOS OCHO AÑOS.

1. Hacia un perfil de las principales condicionantes y determinantes de la salud. El caso chileno y catalán desde una perspectiva estadística simple comparada.

Si bien en materia de determinantes de la salud se ha avanzado en la discusión teórica y técnica, así como también en algunas evidencias internacionales a este respecto, encontramos muy pocas evidencias estadísticas para ambos países en estudio, la disponibilidad de indicadores históricos, así como de su homogeneización al parecer constituyen un desafío en esta materia.

No obstante ello hemos optado por realizar la revisión de evidencia disponible entre el período 2000 y 2006, identificando aquellos indicadores disponibles y estandarizados que si bien en algunos casos se construyen metodológicamente de una manera diferenciada, permiten una caracterización de tendencias para cada uno de los países en estudio²⁴.

Desde esta perspectiva el análisis comparado contempla la relación de las respectivas tendencias de cada uno de ellos, según los ámbitos específicos de estudio y no implica la comparación de cada uno de los indicadores en específico (pese a que para algunos ámbitos existan indicadores comunes), ello con el fin de asegurar la validez del análisis y la posibilidad misma de comparar.

Por otro lado es necesario destacar que los indicadores o variables consideradas no constituyen en ningún modo un modelo de operacionalización de algún enfoque teórico - no obstante se hayan seleccionado en función del enfoque integrado de D.S.S.- sino más bien insumos básicos que permitan una caracterización contextual básica en la que se desarrollan las políticas de promoción de salud y faciliten la construcción de perfiles muy generales de los determinantes sociales en salud para cada uno de ellos.

Para efectos de la presentación de los perfiles hemos optado por identificar para cada uno de los países tres dimensiones generales: los determinantes socioeconómicos (Educación, Empleo, Ingresos, Gasto Público en salud), los principales condicionantes de la salud (Estilos de vida: Prevalencias consumo de Tabaco, Alcohol y Marihuana; Prevalencias de sobrepeso y sedentarismo y aquellas asociadas a un mala salud mental) y los principales datos acerca del estado de salud de la población (enfermedades asociadas a altas tasas de mortalidad).

²⁴ Para ello se recogieron estadísticas provenientes de los resultados de la aplicación de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud en Chile para los años 2000 y 2006, así como la Encuesta de Salud de Cataluña para los años 2002 y 2006.

1.1. El caso chileno.

1.1.1. El estado de salud en Chile principales tendencias.

Desde el punto de vista del estado de salud y específicamente de las tasas de mortalidad asociadas a tipos de enfermedades, la evidencia encontrada sólo presenta estadísticas actualizadas Chile hasta el año 2000, por lo que se medirá este año.

En tal sentido podemos apreciar a nivel de tendencia que las principales causas de muerte en Chile se concentran en las enfermedades tumorales, circulatorias y respiratorias, mayoritariamente en hombres y asociada a estilos de vida. Ver Cuadro N°1.

CUADRO N°1. TASAS DE MORTALIDAD SEGUN TIPO DE ENFERMEDAD.1993-2000.

Tipo de Enfermedades	Tasas de mortalidad asociadas por cada 100 mil hab.		Grupo étnico con mayor tasa de mortalidad	
	AÑO 2000	AÑO 2006	AÑO 2000	AÑO 2006
TUMORIALES	122,3		Hombres	
CIRCULATORIAS	148,8		Hombres	
RESPIRATORIAS	69		Hombres	
DIGESTIVAS	39,1		Hombres	
EXTERNAS	54,9		Hombres	
OTRAS	23,6		Mujeres	

Fuente: MINSAL

1.1.2. La evolución de los principales indicadores de los estilos de vida en Chile.

En lo que respecta a los estilos de vida de la población, se puede apreciar una tendencia, para el período 2000-2006, de relativa mantención de las prevalencias asociadas al consumo del tabaco y alcohol, así como en las mediciones de sedentarismo y aumentos sostenidos para el caso de las prevalencias de consumo de marihuana, sobrepeso y stress. Lo anterior a nivel específico se puede apreciar en el siguiente cuadro resumen.

CUADRO N° 2. PRINCIPALES PREVALENCIAS ASOCIADAS A ESTILOS DE VIDA POBLACION GENERAL, AÑOS 2000 Y 2006.

Indicadores Estilos de Vida, Chile	Año 2000	Año 2006
Prevalencia tabaco último mes	40%	39,5%
Prevalencia Sedentarismo	91%	89,2%
Prevalencia Consumo de alcohol (bebedor problema)	16%	15,2%
Prevalencia Sobrepeso	33%	40,1%
Percepción del stress	34,1%	40,1%
Prevalencia Consumo de Marihuana último año	5,69%	7,0 %

Fuente: Encuesta Calidad de Vida y Salud. MINSAL. Años 2000-2006./ Estudio Nacional de drogas en población general. CONACE años 2000 y 2006.

1.1.3. La evolución de los indicadores básicos de determinantes sociales en Chile.²⁵

Si bien Chile, a partir del Índice de Desarrollo Humano elaborado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se ubica dentro de los países con un alto desarrollo humano, a nivel de tendencia muestra una caída en el ranking mundial en esta materia, lo que contrastado con el altísimo índice de desigualdad, lo sitúan claramente como un país con altos niveles de inequidad.

Si a lo anterior le sumamos la tendencia del gasto público en salud en los últimos años, podríamos advertir y entender cómo y en que condiciones se desarrollan las políticas de salud y de promoción en particular.

CUADRO N° 3. INDICADORES BASICOS DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS CHILE.

INDICADOR BASICO	AÑO 2000	AÑO 2006
Indice Esperanza de Vida	0,84	0,898
Indice Escolaridad	0,90	0,914
Indice de PIB (per cápita)	0,76	0,799
IDH (IEV+IE+PIB)	0,831	0,867
Lugar en el ranking mundial	N° 38	N° 40

Fuente: PNUD, Informes de Desarrollo Humano. En <http://hdr.undp.org/en/espanol/>.

INDICADOR BASICO	AÑO 1998	AÑO 2003
Indice de Desigualdad (Coef. Gini)	56,6	54,3
INDICADOR BASICO	AÑO 1998	AÑO 2003
Gasto Público en Salud (%del PIB)	2,7%	2,9%

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2002 y 2007/2008.PNUD. En <http://hdr.undp.org/en/espanol/>.

1.2. El caso Catalán.

1.2.1. El estado de salud en Cataluña. Principales tendencias.

Desde el punto de vista del estado de salud, Cataluña presenta prevalencias asociadas a mortalidad que constituyen una pequeña muestra del nivel del estado de la salud de su población, destacando a nivel de tendencia (para el período 2000-2006) enfermedades tales como las tumorales y respiratorias, que causan la muerte mayoritariamente en hombres y las circulatorias, concentradas en mujeres. No obstante ello a nivel de tendencia se observa una baja de las tasas para casi todas las enfermedades exceptuando las respiratorias y las asociadas a salud mental, que pese a ser de menor peso porcentual presentan un leve aumento.

²⁵ No obstante exista un estudio relativo a los determinantes sociales en salud, relativo a la correlación de prevalencias con variables socioeconómicas, hemos optado por indicadores macro sociales, disponibles para ambos países. Para mayores antecedentes de determinantes sociales y prevalencias en Chile se sugiere revisar el texto "*Determinantes Sociales de la Salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*" ICES, Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. Disponible en <http://www.equidadchile.cl/documentos.html>.

CUADRO Nº 1. TASAS DE MORTALIDAD SEGUN TIPO DE ENFERMEDAD, CATALUÑA.

Tipo de Enfermedades	Tasas de mortalidad asociadas		Mayor tasa de mortalidad según sexo	
	AÑO 2000	AÑO 2005	AÑO 2000	AÑO 2005
TUMORIALES	29	26,2	Hombres	Hombres
CIRCULATORIAS	31,5	30,85	Mujeres	Mujeres
RESPIRATORIAS	10,4	11,35	Hombres	Hombres
DIGESTIVAS	5,3	4,78	Hombres	Hombres
MENTALES	4,3	5,1	Mujeres	Mujeres
EXTERNAS	5,3	4,1	Hombres	Hombres

Fuente: "Análisis de la mortalidad en Cataluña" Año 2000 y 2005. Servicio de Información y Estudios. Departamento de salud de la Generalitat de Catalunya.

1.2.2. La evolución de los principales indicadores de los estilos de vida en Cataluña.

En lo que respecta a los estilos de vida de la población, se puede apreciar una tendencia, para el período 2000 - 2006, de relativa baja de las prevalencias asociadas al consumo del tabaco, sobrepeso, salud mental y un aumento en las prevalencias asociadas al sedentarismo, consumo de marihuana y alcohol. Lo anterior a nivel específico se puede apreciar de manera detallada en el siguiente cuadro resumen.

CUADRO Nº 2. PRINCIPALES PREVALENCIAS ASOCIADAS A ESTILOS DE VIDA POBLACION GENERAL, AÑOS 2000 Y 2006.

Indicadores Estilos de Vida, Cataluña	Año 2000	Año 2006
Prevalencia tabaco (consumo diario pob. mayor 15 años)	32,1	25,5
Prevalencia Sedentarismo	22,0	23,9
Prevalencia Consumo de riesgo de alcohol (pob. Mayor 14 años)	4,5	4,7
Prevalencia Sobrepeso (pob. 18 a 74 años)	38,9	30,1
Población en riesgo de mala salud mental	17,9	11,6
Prevalencia Consumo de Marihuana último año	8,8	17 (año 2005)

Fuentes: Evaluación Plan de Salud Cataluña año 2002 (www.gencat.cat) y ESCAT 2006. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España, años 2001 y 2005. DGPNSD. ENCAT 2002-2003.

1.2.3. Evolución de indicadores básicos de determinantes sociales España y Cataluña.

En lo que respecta a este punto, por cuestiones de disponibilidad estadística hemos considerado los datos de Cataluña a partir de los indicadores de España, disponibles en las estadísticas internacionales y que supondrían una relativa representatividad de Cataluña.

En este sentido podemos apreciar unas determinantes sociales que resumidas en el Índice de Desarrollo Humano y de Desigualdad, ubican a Cataluña dentro de los países con

alto desarrollo humano y con bajos niveles de desigualdad social, situación que en el tiempo iría mejorando aún más, no así en el caso del gasto público en Salud el que pese a no ser tan bajo, no muestra aumentos sustantivos en el período revisado.

CUADRO N° 3. INDICADORES BASICOS DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS CATALUÑA.

INDICADOR BASICO	AÑO 2000	AÑO 2006
Indice Esperanza de Vida	0,89	0,925
Indice Escolaridad	0,97	0,987
Indice de PIB (per cápita)	0,88	0,935
IDH	0,913 (0,93 Cataluña)	0,949 (0,95 Cataluña)
Lugar en el Ranking	N° 21	N° 13

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2002 y 2007/2008.PNUD. En <http://hdr.undp.org/en/espanol/>.

INDICADOR BASICO	AÑO 1990	AÑO 2000
Indice de Desigualdad (Coeficiente Gini)	32,7	34,7
Gasto Público en Salud (% del PIB)	5,4 % (95-97)	5,7% (2004)

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2002 y 2007/2008.PNUD. En <http://hdr.undp.org/en/espanol/>.

2. Las principales condiciones institucionales en las que se implementan las acciones de promoción de la salud.

La promoción de la salud por su reciente y fuerte relación con los determinantes sociales en salud y sobre todo asociados a los temas de equidad en salud, tal como hemos visto en capítulos anteriores, está implícita en los procesos de reforma de los servicios de salud, así como de los sistemas de salud propiamente tal.

En tal sentido los procesos de reforma, tanto en Cataluña como en Chile, consideran directa e indirectamente, aspectos relacionados con la promoción de la salud, así como la aplicación de diversas normativas legales asociadas a éstas y formas de gestionarla.

Si bien cada una de los procesos de reformas poseen sus especificidades acorde a los determinantes sociales, económicos y perfiles epidemiológicos, ambos comparten algunas características estructurales a nivel de políticas públicas que están implícitos en las tendencias mundiales y las recomendaciones de la OMS, y que se diferencian en el nivel de prioridad política asignado al tema, así como las formas institucionales en las que se desarrolla.

En tal sentido analizar el marco jurídico institucional supone una revisión de las principales características contextuales de los procesos de reforma impulsados desde principios de este siglo, los avances en materia legislativa relativa a derechos , normativas sanitarias y la manera en cómo la promoción de la salud se desarrolla a través de políticas y estrategias de salud.

Ello con el fin de identificar, para cada uno de los países en estudio, el grado y formas de institucionalización de la promoción de la salud, así como el nivel de prioridad o estatuto que adquiere dentro de las políticas públicas en salud y de evidencia respecto de la participación social involucrada.

Para ello el Capítulo se estructura en la revisión de los dos casos considerando para cada uno de ellos los siguientes aspectos: el papel o estatuto de la Promoción de la Salud en los procesos de Reforma en los últimos años; la estructura y funcionamiento institucional por medio de la cual se desarrolla; el estatuto jurídico en el que se enmarca; el desarrollo de la promoción de la salud en el marco de los planes de salud de los últimos años y las formas de participación asociadas a las iniciativas de salud.

2.1. El Caso Catalán.

2.1.1. El estatuto de la promoción de la salud en el contexto de las reformas de salud. Principales características y tendencias.

Los procesos de reforma en Cataluña obedecen a un continuo de transformaciones que se vienen gestando desde principios del 2000 y que el 2004, encuentran una oportunidad para implementar una reforma a los servicios de Salud Pública en el marco de la implementación del Plan de Salud.

De esta manera se elabora una suerte de carta de navegación, con una serie de objetivos y líneas de trabajo que constituyen los basamentos de la reforma en Cataluña, reforma que dicho sea de paso, no cuenta con un documento escrito propiamente tal.

En tal sentido la reforma en Cataluña y en particular las políticas públicas en salud, apuntan al logro de tres objetivos fundamentales, tales como, la reducción de las desigualdades en salud; el control y la eliminación de los riesgos ambientales y sociales que puedan tener mayor impacto en la salud y la mejora efectiva en la calidad de vida de las personas, favoreciendo las condiciones de salud.

Para ello se definieron cuatro ámbitos de trabajo orientados a: favorecer la descentralización de la oferta de servicios y su gestión; vincular las actuaciones preventivas asistenciales a las de salud pública; diseñar actuaciones e intervenciones con una perspectiva poblacional y potenciar las implicaciones transversales de las intervenciones sobre la salud.

El acento de la reforma por tanto, se situó en los aspectos de descentralización y gestión de la política pública, siendo estratégica la creación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña (como parte de la nueva gestión pública en Cataluña) y de los gobiernos territoriales de salud, así como el desarrollo de una serie de ejes transversales que den sustentabilidad a dicho proceso.

En lo que se refiere a la reorganización territorial la apuesta por la constitución de la Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT)²⁶ apunta a la generación de una instancia descentralizada y desconcentrada dependiente del departamento de salud encargada de la prestación eficaz de los servicios de salud, cuyo referente inmediato es la Agencia de Protección de Salud, actualmente en ejecución en la ciudad de Barcelona.

²⁶ La ASPCAT es un organismo autónomo administrativo (o una empresa pública o una agencia pública), adscrito al Departamento de Salud, cuyo objetivo principal será la provisión de la cartera de servicios de salud pública, como una prestación del sistema de salud, tal como prevé la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. En este sentido, se trata de elevar el conjunto de actividades y servicios de salud pública a la misma consideración que tienen las prestaciones de APS o las de la atención especializada dentro del sistema de salud. En www.gencat.cat

Las características básicas del modelo estarían dadas por la necesidad de una definición clara de los productos representados por la cartera de servicios²⁷ (incluida la promoción de la salud); la necesidad de autonomía de gestión e incorporación de una cultura empresarial de los asuntos públicos para mejorar su eficiencia, la necesidad de separar, en el ejercicio de las funciones de la salud pública, las dimensiones políticas de las técnicas y la posibilidad de disponer de un control de resultados o de un sistema de evaluación objetivo.

Por su parte a nivel sanitario la descentralización supone la creación de consorcios, denominados Gobiernos Territoriales de Salud (GTS)²⁸ que constituirían las instancias descentralizadas y territoriales de asistencia sanitaria (atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria) cuyas funciones básicas son la ordenación, priorización y coordinación de los recursos de sus territorios para garantizar la prestación de los servicios sanitarios públicos.

En cuanto a los ejes transversales incluidos como desafíos en el proceso de reforma destacan los relacionados con la intersectorialidad, la participación social, la comunicación, la formación e investigación, además del financiamiento y la ya mencionada estructura y gestión institucional (ASPCAT y GTS).

En lo que se refiere a la intersectorialidad la reforma busca el mejoramiento de ésta en pos de mayor integralidad en la respuesta; del mismo modo en materia de participación ciudadana en salud donde se evidencia la falta de estudios a este respecto y la necesidad de creación de una instancia para ello; en lo que respecta a la comunicación se reafirma la necesidad de avanzar en la relación directa con la comunidad a través de los “mass media” y de mejorar las habilidades y formación de los profesionales de la salud en esta materia.

2.1.2. Aspectos legales o jurídicos asociados al promoción de la salud en Cataluña.

Desde el punto de vista legal la promoción de la salud está considerada sólo recientemente en la "Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria" elaborada en Junio de 2004 y que tiene como fundamento legal el artículo 43 de la Constitución Española, por medio del cual se reconoce el derecho a la protección de la salud y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, que a través de la ley 14/1986, general de sanidad del

²⁷ La provisión de la cartera de servicios de salud pública (objeto de la ASPCAT), se orienta principalmente a la gestión de los riesgos para la salud y la población, o sus subgrupos, como un todo y se compone de un conjunto de actividades y servicios clasificados en tres áreas principales : la monitorización del estado de salud y vigilancia epidemiológica; la protección de la salud y la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. En www.gencat.cat

²⁸ La creación de 37 gobiernos territoriales de salud busca acercar el gobierno de la salud a la diversidad del territorio mediante nuevos mecanismos de co-gobierno entre la Generalitat y el Gobierno Local que incrementen la responsabilidad de ambas administraciones en la atención prestada a la ciudadanía y la comunidad. En www.gencat.cat

Estado español, establece los derechos y deberes de los ciudadanos en relación con las diferentes administraciones públicas sanitarias.

En coherencia con esta ley y las disposiciones internacionales y en particular de cartas similares a nivel europeo, la Generalitat de Cataluña elabora un documento fijando los derechos y deberes aplicables a todos los servicios sanitarios, con independencia de su nivel y titularidad jurídica.

La carta contempla un total de 10 tipos de derechos asociados con: la igualdad y no discriminación; autonomía de la persona; Intimidad y confidencialidad; constitución genética de la persona; investigación y experiencia científica; información asistencial y acceso a documentación clínica; acceso a la atención sanitaria; información general sobre los servicios sanitarios, participación de los usuarios y calidad asistencial ; y finalmente los relativos a la prevención de la enfermedad, promoción y protección de la salud.

Dentro de este conjunto de derechos sólo dos ámbitos específicos consideran aspectos relacionados con la promoción de la salud y la participación de los ciudadanos, restringiéndose a unos derechos más bien asociados al conocimiento de planes, acciones y prestaciones en materia de prevención, promoción y protección de salud, por un lado y al derecho a participar en las actividades sanitarias, mediante las instituciones y órganos de participación comunitaria y organizaciones sociales, por otra.

En cuanto a los deberes ciudadanos contemplados en la carta, destacan aquellos relacionados con: Cuidar de la salud individual y responsabilizarse de ella de forma activa. Hacer uso de los recursos, prestaciones y derechos de acuerdo con sus necesidades de salud y en función de las disponibilidades del sistema sanitario. Cumplir las prescripciones generales, de naturaleza sanitaria, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios. Respetar y cumplir las medidas sanitarias adoptadas para la prevención de riesgos, la protección de la salud o la lucha contra las amenazas a la salud pública. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones sanitarias ofrecidas por el sistema sanitario. Utilizar y disfrutar de manera responsable, de acuerdo con las normas correspondientes, de las instalaciones y servicios sanitarios. Mantener el respeto debido a las normas establecidas en cada centro, así como a la dignidad personal y profesional del personal de cada centro. Facilitar de forma leal y cierta, los datos de identificación y los referentes a su estado físico y de salud necesarios para el proceso asistencial. Firmar la documentación necesaria, en el caso de negarse a las actuaciones sanitarias propuestas.

De todos ellos el deber que más se asocia a la promoción de la salud dice relación con el deber ciudadano de cuidar de su salud y de responsabilizarse en ella de manera activa, el

cual debe exigirse especialmente cuando puedan derivarse riesgos o perjuicios para la salud de otras personas. Este deber se erige bajo el supuesto de que la vida en comunidad supone la exigibilidad de este deber, sobre todo en casos de riesgo o perjuicios para los demás, es decir la salud tiene una vertiente individual y una social que configuran los respectivos ámbitos de responsabilidad individual y colectiva. En la misma línea el deber asociado al respeto y cumplimiento de las medidas sanitarias adoptadas para la prevención de riesgos, la protección y promoción de la salud suponen que a los ciudadanos se les exija una conducta activa en relación con estos ámbitos de actuación y que establezcan medidas cuyo cumplimiento es exigible en consideración a objetivos de salud comunitaria.

2.1.3. La Estructura y funcionamiento institucional de la Promoción de la Salud.

La promoción de la salud a nivel gubernamental se ubica dentro de la dirección general de Salud Pública, dependiente del departamento de Salud de la “Generalitat de Catalunya”.

Su grado de institucionalización se expresa a través de la subdirección general de promoción de la salud, la subdirección general de drogodependencias y el programa por la prevención y asistencia al SIDA , el Programa de alimentación y nutrición y el Programa de Prevención de desigualdades en salud: “Salud a los Barrios”.

A nivel operativo se expresa en unidades de trabajo relacionados con los ámbitos de tabaco, alimentación, vacunas, drogas, Sida y salud materno-infantil, constituyendo un total de 65 funcionarios que desglosados se resumen en 25 en la subdirección general de promoción de salud, 25 en la subdirección de drogodependencias y 15 en el programa de prevención y asistencia al SIDA.

En lo que respecta a las acciones formativas desarrolladas en materia de promoción de la salud estas se sitúan a nivel del Instituto de Estudios de la Salud, con rango de subdirección y dependiente del Departamento de Salud de la “Generalitat de Catalunya”.

En cuanto a las campañas comunicacionales de promoción de la salud, si bien se desarrollan algunas iniciativas particulares en medios locales, éstas se ejecutan a través del Ministerio de Sanidad y Consumo de manera centralizada (Estado Español) y de manera complementaria, como parte de la política comunicacional del departamento de salud de la Generalitat.

A nivel de gestión territorial las subdirecciones operan de manera coordinada en las siete regiones sanitarias de Cataluña y en los 30 gobiernos territoriales de salud que se

encuentran en proceso de conformación y que tiene a la base el trabajo coordinado entre la Generalitat y los Ayuntamientos, a través de los planes locales de salud y que en materia de promoción de la salud encuentran su especificidad en el Programa “Salud a los Barrios”.

2.1.4. El Plan de Salud de Cataluña como marco estratégico de las acciones en Promoción de la Salud. (2002-2010).

El Plan de Salud de Cataluña 2000-2010, tiene como antecedente los planes de salud elaborados y ejecutados desde 1993 hasta el 2001, de cuya evaluación se sientan las bases del plan aún en vigencia. Del mismo modo como se venían desarrollando los últimos planes, el actual plan en curso pretende dar respuesta de manera actualizada a problemas prioritarios de salud que se derivan del envejecimiento de la población, enfermedades crónicas, discapacidades y los factores condicionantes de la salud como lo son los estilos de vida de la población, el entorno social y el medio ambiente.

Coherentemente con lo anterior el plan contempla 9 ámbitos prioritarios, para cada uno de los cuales fija objetivos y metas a cumplir. Estos ámbitos son : La Promoción de hábitos saludables; Enfermedades Crónicas; Prevención y Control de enfermedades transmisibles; La mejora de la salud materno infantil; El envejecimiento Saludable; La Protección de la Salud; Problemas de salud emergentes; El buen uso de los medicamentos; Donación de órganos y transplantes.

En este contexto la promoción de la salud es abordada como promoción de hábitos saludables y de manera transversal al plan, sin contar con un apartado o un status diferenciado como ámbito, asociada a los ámbitos específicos relacionados con el consumo de tabaco, hábitos alimentarios, ejercicio físico, obesidad, consumo de alcohol, drogas ilegales y envejecimiento saludable, entre los más importantes.

Para cada uno de estos ámbitos se definen unas metas de salud y de disminución de riesgo fundamentadas y justificadas a partir del uso de estadísticas de las principales prevalencias asociadas.

En lo que se refiere a las estrategias para hacer efectivas las políticas, el plan estipula determinados principios y criterios orientadores del que hacer del sistema público en salud. La orientación de los servicios y la organización de las instituciones, la implicación de los profesionales y de los ciudadanos, el compromiso y el trabajo intersectorial, así como del avance en los sistemas de información y evaluación para conocer los resultados del sistema sanitario en términos de salud, satisfacción y coste son elementos primordiales en todo el proceso de planificación.

En lo que respecta a la orientación de los servicios, el plan espera que el sistema sanitario ofrezca a la población, con equidad y eficiencia, servicios sanitarios de calidad para responder a las necesidades derivadas de los cambios demográficos y epidemiológicos, de las innovaciones científicas y tecnológicas y de las expectativas de los ciudadanos, en un escenario cambiante, con necesidades crecientes y limitación de recursos. En este sentido los contratos de salud constituyen un elemento central en la oferta y demanda de los servicios de salud, como manera de aterrizar el plan en los territorios. Del mismo modo se plantea que la compra de servicios debe articularse en torno a tres ejes básicos del plan: Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad, la mejora de la equidad, la eficiencia y calidad de los servicios y la satisfacción usuaria. Siendo un desafío la incorporación de la promoción de estilos de vida saludables dentro del quehacer de los servicios sanitarios de atención primaria.

En cuanto a los profesionales, se consideran como actores fundamentales en la aplicación de las propuestas del Plan en la práctica clínica, así como su participación en la definición y elaboración de recomendaciones y protocolos para la atención a los problemas de salud prioritarios, en ámbitos como las actividades preventivas, la salud mental, la organización y coordinación de la atención continuada y urgente, la organización de la atención a domicilio, entre otras. Es relevante el apoyo y el impulso que los profesionales dan, a través de las organizaciones profesionales y sociedades científicas, a las estrategias de salud.

En cuanto al componente ciudadano, el Plan espera contribuir a favorecer la incorporación de hábitos y estilos saludables por parte de la población con la promoción de la educación sanitaria, cooperando con los medios de comunicación. Mejorar la relación entre los profesionales y los pacientes respecto a la comunicación, la información y el trato. Avanzar en el conocimiento de las expectativas y la satisfacción de los usuarios y de los ciudadanos en relación con los servicios sanitarios y la política sanitaria. Establecimiento de medidas e instrumentos que reconozcan los derechos y deberes de los usuarios. Mejorar la accesibilidad a los servicios para evitar que las demoras conlleven riesgos para el enfermo y finalmente. Promover la participación ciudadana por medio de los órganos de participación formal en el Consejo de Salud del Servicio Catalán de Salud.

En lo que se refiere a la cooperación intersectorial el Plan de salud impulsa el trabajo con los diferentes departamentos de la Generalitat y otras instituciones implicadas en el ámbito de la salud, los cuales participaron en la elaboración y aplicación de éste.²⁹

²⁹ Entre las instancias de coordinación del Plan figuran: El Programa de educación para la salud en la escuela (PESE) adscrito al Departamento de enseñanza, el Instituto Catalán de Seguridad Vial (ICSV) adscrito al Departamento de Gobernación, el Instituto Catalán de la Mujer, el Departamento de Trabajo, las organizaciones sindicales, el Consejo Catalán de Seguridad Social y Salud Laboral, la Comisión Interdepartamental de Seguridad y Salud Laboral, el Centro de Reconocimientos y Evaluaciones Médicas, la Dirección General de Justicia Juvenil adscrita al Departamento de Justicia, la Secretaría General de Juventud del Departamento de la Presidencia, el Departamento de

No obstante ello existen ámbitos en los que la competencia y la responsabilidad son exclusivas del Gobierno del Estado (política de impuestos sobre el tabaco, el alcohol, legislación en materia de drogas ilegales, política de seguridad social, vivienda, etc.). Las entidades comarcales (consejos comarcales) y locales (ayuntamientos) tienen también un papel importante en la cooperación intersectorial (protección contra los riesgos ambientales, información y educación sanitaria de la población, promoción del ejercicio físico, entre otras).

En lo que respecta a los objetivos sanitarios y reducción del riesgo, asociados a la promoción de la salud o más bien dicho a los ámbitos de acción o competencia de la unidad de Promoción de la Salud de la Generalitat, si bien el plan no contempla una estrategia o política específica en esta materia si considera la temática de manera transversal en el quehacer sanitario, planteándose objetivos específicos y respectivos indicadores, asociados a la disminución de prevalencias en el Consumo de Tabaco; la Promoción de hábitos alimentarios saludables; la promoción del ejercicio físico y disminución del sedentarismo; la disminución de la prevalencia de obesidad; reducción de la mortalidad asociada al consumo excesivo de alcohol; reducción de la mortalidad asociada y las prevalencias en el consumo excesivo de drogas no institucionalizadas y la promoción del envejecimiento saludable.

En lo que se refiere a elementos evaluativos del plan, si bien se encuentra en ejecución una evaluación por parte del departamento de Salud de la Generalitat, no existe evidencia pública disponible, a la fecha de realización de este estudio.

2.1.5. La Participación Ciudadana en Salud en Cataluña.

Al igual que en Chile, si bien la participación ciudadana está considerada dentro de los principios de gestión de las políticas de salud y en principio cuenta con un respaldo institucional para ello, aparentemente no se sustentaría en prácticas sociales directamente asociadas al campo de la salud.

A lo anterior nos vemos enfrentados a otra dificultad relativa a la escasez de estudios o informes relacionados con esta materia, evidenciándose más bien un reciente interés y voluntad política por impulsarla a través de la reforma de salud y la constitución de los consejos de salud.

Si bien en los informes anuales de salud del Ministerio de Sanidad y Consumo el tema de participación es abordado, éste sólo es analizado desde la perspectiva del acceso de los

Bienestar Social, las administraciones locales y varias organizaciones no gubernamentales para el desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud. En "Plan de Salud 2002-2010" www.gencat.cat

usuarios y derechos específicos de los pacientes y no desde una perspectiva ciudadana. En este sentido, priman más bien opiniones críticas por parte de los mismos profesionales de la salud quienes a través de publicaciones³⁰ y opiniones en las entrevistas realizadas evidencian déficit de participación a nivel local en materia de salud y en promoción de la salud.

2.2. El caso chileno.

2.2.1. El estatuto de la promoción de la salud en el contexto de las reformas de salud. Principales características y tendencias.

La promoción de la salud en Chile, desde el punto de vista institucional, se inserta en un sistema de salud que en su historia reciente, ha estado marcada por la reforma neoliberal de 1980, que en el marco de redefinición del rol del Estado, crea un mercado privado para la salud, por medio de empresas aseguradoras de salud (ISAPRE), combinado en menor medida con seguros públicos (FONASA), descentralizando la red asistencial a través del traspaso de la Atención Primaria a las Corporaciones Municipales (Gobierno Local) y disminuyendo el presupuesto y financiamiento del sector público en salud centralizado.

Con estas reformas, el sistema de salud chileno pasa a ser un sistema mixto, con participación de los sectores público y privado en materia de seguros, financiamiento y entrega de los servicios de salud, sistema que en lo sustancial se mantendrá hasta fines de la década de los '90 y que a partir del 2000 iniciará un proceso de cambios que si bien no modifica en lo estructural el sistema ya instalado, ofrece algunas oportunidades para el desarrollo de la promoción de la salud. (Aedo, 2001)

En otras palabras, hasta el año 2000, la promoción de la salud sólo tendrá cabida a nivel local y muy ligada a las acciones desarrolladas en el marco de la protección a la salud y la prevención que se desarrolla en atención primaria.

A partir del año 2000 se inicia un nuevo proceso de reforma que en lo sustancial y a juicio del MINSAL³¹, al 2006 implicaban cambios claves en materia de derechos en salud con garantías exigibles para los individuos a través del AUGE y garantías colectivas en Salud Pública. Se definieron los objetivos y metas sanitarias nacionales para la década 2000 – 2010. Se crea una nueva autoridad en Salud Pública con una Subsecretaría y 13 Autoridades

³⁰ Como las del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud del MSCE, Cataluña editadas de manera resumida en la Revista Salud 2000 N° 93 de la Federación de Asociaciones por la Defensa de la Salud Pública de España.

³¹ Se refiere a la información interna disponible. En www.salunet.cl

Sanitarias Regionales para enfrentar mejor los determinantes de la salud. Se fortalecen las redes asistenciales con una Subsecretaría especial y 28 Servicios de Salud y la creación de la Superintendencia de Salud para asegurar los derechos en salud y para fiscalizar los aseguradores y prestadores públicos y privados y se propone un mayor financiamiento público para mejorar la atención y modernizar el sistema de salud pública y las redes asistenciales.

De estos cambios, destacan los relacionados con la promoción en salud y los determinantes sociales: el concepto de derechos en salud y el fortalecimiento de la salud pública y el enfoque promocional y preventivo. Lo anterior se traduce, por un lado, en garantizar a la ciudadanía un acceso universal al tratamiento de determinadas patologías (70% de las cargas de enfermedad), conocidas como AUGE (Acceso Universal a Garantías Explícitas) o GES (Garantías Explícitas en Salud) independiente del tipo de aseguradora (FONASA o ISAPRE) y por otro en la instauración en el año 2001 del Consejo VIDA Chile y con él una política de promoción de la salud propiamente tal.

En este marco la reforma de la salud en Chile pretende concretarse a partir del desarrollo de su plan de Salud 2000- 2010, incorporando dentro de sus objetivos y metas las cuestiones relativas a la equidad en salud y con ello ligando la cuestión de la promoción de la salud y las determinantes sociales como una política de Estado, constituyendo una oportunidad y un soporte institucional significativo para el desarrollo de la promoción de la salud en Chile.

2.2.2. Aspectos legales o jurídicos asociados al promoción de la salud en Chile.

En materia legislativa si bien la Constitución Política de Chile, dispone sobre el derecho de la protección a la salud: como un deber preferente del Estado el garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas. No obstante ello y según las fuentes revisadas³², no existirían disposiciones legales específicas en el ejercicio de derechos y deberes de los ciudadanos en esta materia.

En tal sentido si bien desde el año 2001 que existe un proyecto de ley en esta materia, sólo el año 2008 estaría en condiciones de ser aprobado definitivamente. No obstante ello el proyecto de ley identifica una serie de derechos y deberes, que para efectos de este trabajo es interesante recoger a fin de comparar ambos países en estudio.

En tal sentido el proyecto contempla un total de 4 derechos básicos relativos al *derecho a la información* (acerca del estado de salud, diagnóstico, tratamientos, pronóstico,

³² Entrevistas a agentes claves y revisión de la agenda legislativa del Senado de la República de Chile.

riesgos, precios de prestaciones y medicamentos y alternativas de financiamiento); a la *Confidencialidad* (el paciente es el único que puede autorizar que se informe a terceros sobre su estado de salud, diagnóstico y tratamientos a que se someterá); derecho a la *compañía y asistencia espiritual* (derecho a la compañía de familiares y amigos cercanos durante la hospitalización y a recibir consejería religiosa y espiritual); y finalmente el derecho a *participar del sistema de salud* chileno (derecho a efectuar las consultas y reclamos que estime pertinentes, así como manifestar, sugerencias y opiniones).

En cuanto a los *deberes* propuestos en el proyecto, destacan los de Información, Colaboración, Cuidado del establecimiento prestador del servicio y trato respetuoso. En lo que se refiere al deber de *Información*, los pacientes tendrán el deber de informarse acerca del funcionamiento del establecimiento que lo recibe para los fines de la prestación que requiere; el de *Colaboración* de los pacientes con los miembros del equipo de salud que lo atiende informando de forma veraz acerca de sus necesidades y problemas de salud. El *Cuidado del establecimiento*, relativo al cuidado de equipos, mobiliario y en general todos los elementos e instalaciones para la atención de los pacientes. *Trato respetuoso*: los pacientes, y sus familiares y amigos, deberán tratar con respeto a los integrantes del equipo de salud.

No obstante lo anterior los derechos en salud tiene su expresión a nivel de la ciudadanía a través de los ya mencionados instrumentos AUGE y GES, así como en el impulso de instancias de participación y consulta, que se especifican en el análisis de los programas.

2.2.3. La Estructura y funcionamiento institucional de la promoción de la salud en Chile.

La promoción de la salud en Chile tiene un desarrollo institucional desde el año 2001 a través del Consejo Vida Chile como instancia interministerial y en la división de políticas saludables y promoción de la salud su ámbito ejecutivo, por medio del departamento de promoción de la salud y participación ciudadana; ambas instancias dependientes de la recién creada Subsecretaría de Salud Pública en el año 2006.

Hasta el 2006 la promoción de la salud pasa a tener un status institucional transversal e intersectorial con un amplio respaldo político gubernamental, a través del Consejo VIDA CHILE³³ en los niveles nacional, regional y comunal y ejecutivo a través del departamento y

³³ Consejo Vida Chile hasta el 2006 constituía una instancia de coordinación intersectorial presidida por el Ministro de Salud e integrada por instituciones públicas y privadas de todo el país, que en la actualidad (2008) se encuentra en redefinición y adaptación en función de los planes regionales de salud pública. Hasta el 2006 su función era asesorar a los ministerios para la elaboración de políticas saludables y coordinar un plan de acción estratégico de carácter intersectorial. Este Consejo cuenta con una red de consejos locales, de carácter participativo y constituidos por representantes de organizaciones sociales y comunitarias, autoridades municipales, servicios públicos locales

los respectivos encargados a nivel de las instancias regionales (SEREMI) y comunales (municipios y servicios locales de atención primaria).

Con la implementación de la reforma y la división entre la provisión de asistencia médica y Salud Pública, además de la inclusión del enfoque de determinantes sociales de la Salud, el Consejo Vida Chile se mantiene como una instancia intersectorial regional y comunal, redefiniéndose su carácter central interministerial nacional; del mismo modo el departamento de promoción de la salud pasa a constituir una unidad transversal dentro de la división de políticas saludables y participación, junto a las relacionadas con Alimentación y Nutrición; Salud ocupacional; Tabaco; Salud Ambiental y políticas Farmacéuticas y profesiones médicas.

El promedio de funcionarios que trabajan en la división corresponde a un total de 80 funcionarios, siendo sólo 12 las personas que laboran en el departamento de Promoción de la Salud y participación ciudadana, a nivel central.

A nivel de campañas comunicacionales como estrategias del tipo "Agenda Settings", éstas presentan muy poco desarrollo a nivel audiovisual (TV y radio), no obstante destaquen las campañas en torno a la prevención del Sida y drogas, en materia de promoción propiamente tal su desarrollo ha sido incipiente (en campañas de alimentación), restringiéndose más bien como complemento publicitario de cada uno de los programas y estrategias de P.S. por medio de afiches y dípticos informativos y formativos.

En lo que se refiere a la gestión territorial la política de promoción de la salud opera de manera centralizada a través de 15 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI de Salud) y por medio de los Planes Regionales de Salud Pública, que en materia de promoción de la salud son articulados a través de los servicios de salud y de los Planes Comunales de Salud Pública que en algunos casos coincide con los Consejos Vida Chile a nivel Comunal, donde se articulan otras temáticas asociadas a promoción de la salud y que no son incorporadas por MINSAL .

En esta línea el eje estructurador de la intervención descansa en la construcción de un Plan de Salud Pública propiamente tal en donde la promoción de la salud constituye un componente más y no el único. De este modo según fuentes internas, los planes de promoción presentan soportes institucionales diferenciados y con niveles de inclusión a nivel regional heterogéneos según sea la prioridad política de los SEREMIS.

y entidades privadas. Sus objetivos son colaborar con el diagnóstico participativo de la salud y la calidad de vida y participar en la formulación, implementación y evaluación del Plan Comunal de Promoción de Salud.

2.2.4. El Plan de Salud de Chile como marco estratégico de las acciones en Promoción de la Salud. (2000-2010)

El plan se estructura sin un antecedente similar, no obstante se hayan definido objetivos sanitarios para el período precedente al 2000. Metodológicamente se construye a partir de la revisión y análisis de experiencias de definición de objetivos sanitarios en otros países (EE.UU; Inglaterra y Canadá), el análisis de la situación de la salud chilena durante el período 1985-1999, la revisión de la carga de enfermedad, la efectividad de las intervenciones y el ejercicio de definición de prioridades, objetivos y metas.

La definición de áreas prioritarias se basó en la magnitud del daño, su tendencia y la posibilidad de disponer de intervenciones de efectividad comprobada. Desde el punto de vista de la finalidad y los propósitos el plan se construye bajo la óptica de la misión del sistema de salud destinado a mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades en salud.

En este marco el plan define un total de cuatro macro objetivos generales, a saber: Mejorar los logros sanitarios alcanzados; Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad; disminuir las desigualdades en salud y proveer servicios acordes a las expectativas de la población. Para cada uno de ellos se definen ámbitos de acción, respectivos objetivos de impacto, de desarrollo y metas específicas comparando la situación actual con la esperada al 2010.

En lo que respecta a Mejorar los logros sanitarios alcanzados, se definen un conjunto de metas focalizadas en la continuidad del descenso de la mortalidad infantil y materna así como en materia de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y las inmunoprevenibles. Se plantean como estrategias el garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, la ejecución de intervenciones focalizadas y de prevención específica y mantener estrategias exitosas en control de infecciones transmisibles.

En cuanto a **los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad**, se identifican metas específicas en torno a tres grandes objetivos y áreas de intervención: Controlar los factores determinantes de enfermedades más relevantes desde el punto de vista de cantidad y calidad de vida (consumo tabaco, obesidad, sexualidad, ambiente saludable y condiciones laborales). Disminuir la mortalidad de las enfermedades que generan mayor carga de mortalidad y para las cuales se cuenta con medidas de intervención de efectividad probada (enfermedades cardiovasculares, cánceres, traumatismos y envenenamientos; enfermedades respiratorias, diabetes y VIH/SIDA). Enfrentar aquellos problemas de salud que no matan pero que disminuyen la calidad de vida de las personas,

tales como problemas de salud mental, salud dental y enfermedades osteoarticulares (artritis, osteoporosis, dolor en región lumbar y neoplasias óseas).

En cuanto a la **disminución de las desigualdades en Salud** según estrato socioeconómico, ámbito geográfico y de género, se plantean estrategias de focalización en población desfavorecida y metas asociadas a la disminución de mortalidad infantil, esperanza de vida temporaria y años de vida potenciales perdidos.

Finalmente en lo que respecta a **Proveer Servicios acordes a las expectativas de la población**, se definen un conjunto de metas en tres ámbitos generales: Justicia Financiera, satisfacción de las expectativas legítimas de la población y calidad de la atención de salud.

En cuanto a los elementos evaluativos del plan, si bien éste contempla una evaluación del estado de avance de los objetivos de impacto para cada uno de los ámbitos señalados, para fines de esta investigación principal énfasis lo constituye el objetivo referido a las desigualdades en salud y a la promoción de la salud propiamente tal.

En tal sentido el análisis preliminar del estado de avance de los objetivos de impacto, si bien entregó una visión respecto al cumplimiento de los objetivos sanitarios para el año 2010; se complementó con el análisis del avance de los objetivos de desarrollo. En cuanto al objetivo de mejorar los logros alcanzados, si bien hay importantes avances en salud materna e infantil, preocupa el estancamiento de los indicadores de tuberculosis. En los restantes temas se han mantenido, reforzado y creado nuevas estrategias que han permitido mejorar los indicadores. En relación a los desafíos planteados por el envejecimiento y los cambios de la sociedad, se observa un escaso avance en los determinantes asociados a cambios culturales y estilos de vida. Lo anterior contrasta fuertemente con los avances que dicen relación con disminuir las muertes y discapacidad, directamente asociados a la atención de salud.

Sobre el objetivo de disminuir las desigualdades en salud, la situación general del país en mortalidad infantil, expectativa de vida y Años de Vida Potencial Perdidos ha mejorado sustancialmente, no obstante, se observa un aumento de la brecha entre los distintos grupos sociales y entre los residentes de distintas zonas geográficas. Es importante considerar que si bien han aumentado las brechas, el grupo más desfavorecido es de menor tamaño de lo que era al principio de la década. Lo anterior plantea la necesidad de re-focalizar las políticas y estrategias definidas, o crear nuevas intervenciones en la población de mayor riesgo.

Finalmente se destaca en esta evaluación la falta de información sistemática y confiable para un número importante de objetivos de impacto (14 de un total de 91), constituyendo un desafío para el siguiente quinquenio en generar los procesos o sistemas de información que permitan obtener datos para las evaluaciones posteriores.

2.2.5. Participación Social y mecanismos de participación en salud.

Si bien dentro de la política del plan de promoción de la salud existe un lineamiento estratégico en relación a esta materia y que se traduce en una serie de mecanismos y modalidades de participación (entre ellos los consejos de salud y los diálogos ciudadanos) ; un estudio interno recientemente realizado por el Ministerio de Salud en base a la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2006 (ENCVS) evidencia serios déficit de participación social, de carácter más bien estructural y que sin duda determinan en gran medida las expectativas de participación en la salud.

Según el estudio, la vinculación con otros actores de la sociedad continúa siendo vital para el desarrollo y logro de metas de promoción de salud, constituyendo una prioridad el trabajo intersectorial bajo principios de complementariedad y coordinación de recursos en pro de la construcción de una sociedad más justa.

En lo que respecta a la participación en actividades relacionadas con salud, según grupos poblacionales, el estudio muestra una distribución relativamente homogénea a nivel grupos étnicos y con un promedio nacional que identifica sólo al 20% de la población que declara participar en alguna actividad relacionada con salud.

3. Síntesis del Capítulo.

Tal como se puede desprender de la revisión estadística disponible, podemos advertir que en el caso de los perfiles epidemiológicos en ambos países se manifiestan con distintas prioridades casi las mismas enfermedades y tipos poblacionales, constituyendo una tendencia para ambos y evidenciando la incidencia de los estilos de vida en ello.

Respecto a las condicionantes de salud o estilos de vida los datos muestran situaciones diferenciadas, mientras en el caso chileno las prevalencias muestran tendencias, por un lado, levemente a la baja en consumo de tabaco, abusivo de alcohol y sedentarismo, y por otro, aumentos en sobrepeso, stress y consumo de drogas ilegales (marihuana); el caso catalán destaca por tendencias a la baja en tabaco, sobrepeso y salud mental con aumentos en los porcentajes asociados a consumo de marihuana, alcohol y sedentarismo.

En esta misma línea pero relacionado con las prevalencias de enfermedades asociadas a principales causas de muerte, podemos apreciar en general una similitud para ambos países, no obstante presente marcadas diferencias de género. En el caso chileno son los hombres a los que se les asocia las mayores tasas de muerte en casi todas la enfermedades con mayores tasas de muerte asociadas; a diferencia de Cataluña donde existe una distribución diferenciada : mueren más hombres a causa de enfermedades tumorales, respiratorias, digestivas y externas y más mujeres a causa de enfermedades circulatorias y mentales.

En cuanto a los determinantes de carácter más estructural seleccionadas podemos apreciar de manera más clara las diferencias de ambos países. Mientras Cataluña presenta cifras que hablarían de una tendencia al mejoramiento o por lo menos hacia una estabilización en relación a las cifras internacionales y con bajos índices de desigualdad, con un gasto en salud relativamente adecuado pero con alzas muy bajas en el período analizado. Chile por su parte, en términos de tendencia muestra una situación de estabilización en el período analizado, pero que comparativamente a nivel internacional muestra una leve baja en el ranking de países, lo que acompañado al alto índice de desigualdad y el bajo aumento de presupuesto en salud muestra condiciones no del todo favorables para hacer frente a los mismas condicionantes que afectan a ambos países.

A nivel de las condiciones institucionales o jurídico políticas en la que se desarrollan las políticas y acciones de promoción de la salud podemos apreciar que la promoción de la salud para ambos países cuenta con un grado de institucionalización adecuado, que se expresa en estructuras formales (gubernamentales) para su desempeño, en soportes legales y en la

incorporación de ésta como política pública a través de los planes nacionales de salud. En ambos casos además se evidencian falta de evidencia para medir la participación social en promoción de la salud, constatándose déficit de participación en salud en general. No obstante ello se identifican niveles de priorización e instalación diferenciados para cada uno de los casos.

En el caso Catalán la promoción de la salud constituye un elemento complementario dentro de la líneas de intervención en prevención y tratamiento de enfermedades consideradas dentro del Plan de Salud y no constituye un eje estructurante de la reforma de salud en curso, en tanto ésta última enfatiza en los aspectos de gestión sanitaria más que en aspectos estructurales del sistema. Del mismo modo el nivel de prioridad política gubernamental de la temática, declarado formalmente para el tema, no posee un estatuto particular si no es en el contexto de la reforma de gestión general. Lo anterior contrasta con la relevancia que tiene la promoción de la salud a nivel de derechos y deberes de los pacientes, lo que implica que la prioridad del tema formalmente se expresa a nivel de ejercicio de deberes u derechos ciudadanos individuales más que en el Plan de Salud de Cataluña. A nivel de la gestión institucional si bien su estructura es coherente con el Plan, destaca el desarrollo reciente de los Gobiernos Territoriales y del Programa Salud a los Barrios que en tanto estructuras territoriales constituyen una oportunidad reciente para un abordaje más integral y estratégico de la promoción de la salud. Finalmente en cuanto a los niveles de participación en Salud y P.S, se constata la falta de estudios y evidencia en este tema, primando mas bien visones diagnósticas de constatación de este déficit.

En el caso chileno por su parte y a diferencia del catalán, la promoción de la salud posee un estatuto formal dentro del proceso de reforma y del plan de salud que incorpora el tema de una manera prioritaria y que en gran medida estructura los aspectos de Salud Pública considerados en el Plan de Salud a nivel nacional. De este modo la Promoción de la Salud posee una especificidad y prioridad política a nivel gubernamental (durante 6 años) que se expresa en el desarrollo de una política propia y el desarrollo de un Consejo interministerial para abordar el tema, que luego de la evaluación del año 2006 incorpora la dimensión de Determinantes Sociales de inequidad en Salud y se encuentra en fase de reestructuración. Lo anterior contrasta a nivel de derechos y deberes ciudadanos en la materia donde se evidencia un subdesarrollo de la temática, en tanto ésta se restringe a derechos y deberes de los usuarios o pacientes y por no constituir un carácter jurídico propiamente tal. A nivel de gestión institucional, destaca la inserción de la temática en los niveles locales a través de los planes comunales de promoción de salud, constituidos bajo el alero del Consejo Vida Chile y su

reciente incorporación en los Planes Regionales de Salud Pública, cuestión que constituiría un desafío más que una evidencia. Finalmente en materia de participación ciudadana si bien las cifras evidencian serios déficit de ésta, en cuanto a los mecanismos de participación, a diferencia de Cataluña, existirían por lo menos dos instancias de participación consultiva, los diálogos ciudadanos y los planes comunales de Promoción de la Salud.

CAPITULO III.

SISTEMATIZANDO LA EVIDENCIA ACERCA DE LAS ACCIONES EN PROMOCION DE LA SALUD EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS. EL CASO DE CHILE Y CATALUÑA.

La sistematización de este apartado se basó en la identificación de las distintas estrategias, programas y proyectos desarrollados por entidades estatales ya sea por medio de la ejecución directa o a través de las ONG (Organizaciones No Gubernamentales) vinculadas directamente con la promoción de la salud.

Del mismo modo las campañas comunicacionales han sido consideradas como acciones promocionales que no obstante no tengan la categoría de programas, constituyen una importante línea de intervención en esta materia.

Si bien existen diversas iniciativas desarrolladas a nivel local y comunitario por el llamado tercer sector, para fines comparativos y por motivos de accesibilidad a la información hemos decidido considerar sólo los programas financiados y/o coordinados por las instancias gubernamentales.

En ambos países se utilizaron pautas estandarizadas para el registro de la información básica de los programas o estrategias (objetivos, público objetivo, líneas de intervención y modalidad de funcionamiento) y que incluyó preguntas a los encargados de cada uno de éstos con el fin de identificar el tipo de promoción desarrollada, los mecanismos de evaluación y el nivel y tipo de participación desarrollada en cada uno de ellos, cuestiones que a su vez constituyen los elementos básicos del análisis de los mismos y que presentamos a continuación.

En ambos casos la construcción de la información se desarrolló a través de estas entrevistas y pautas de sistematización así como del material impreso y disponible en la web, puesto a disposición por las respectivas dependencias institucionales.

Para los fines de presentación del capítulo, se revisan las principales características de las acciones desarrolladas para cada uno de los países para luego, en la síntesis del capítulo, analizar de manera comparada las correspondencias, tendencias y diferencias entre ambos casos.

1. Estrategias y programas de Promoción de la Salud implementados en el último período. Una breve caracterización.

1.1. El caso Catalán.

1.1.1. Descripción e identificación general de las estrategias y/o programas de promoción.

En primer lugar es necesario destacar que la Promoción de la Salud en Cataluña no opera a través de una estrategia o política específica, sino más bien de manera transversal a través de objetivos específicos en el Plan de Salud.

Por tanto el análisis de las acciones, en este caso en específico, descansa en el desarrollo de los programas y campañas comunicacionales como los referentes básicos para caracterizar lo que hemos denominado acciones de P.S.

En tal sentido es necesario precisar que la revisión de los programas se realizó a partir de la identificación de la totalidad de la oferta programática del departamento de salud de la Generalitat y que administrativamente están bajo la conducción del subprograma de promoción de la salud, sin considerar otras iniciativas desarrolladas a nivel de ayuntamientos.

Del mismo modo y de manera complementaria se procedió a entrevistar a los jefes o encargados de cada uno de los programas analizados, según una pequeña pauta semiestructurada, que permitió complementar la información secundaria disponible.³⁴

Como constatación previa se puede advertir que del total de programas revisados en los ámbitos de Alcohol y Tabaco, Salud Materno infantil, VIH Sida, Drogas, Alimentación y Actividad física y Salud a los Barrios, el desarrollo de la promoción de la salud se muestra con menor número de acciones respecto a las acciones de prevención e información que constituyen la mayoría en casi todos los casos, seguido de las de tratamiento y rehabilitación.

De esta revisión encontramos sólo 12 programas asociados directa e indirectamente a promoción de la salud, ofertados por la Generalitat de Cataluña que se desarrollan fundamentalmente en los ámbitos de nutrición, actividad física y drogas, centrando sus intervenciones en pre-adolescentes, adolescentes y de la tercera edad.³⁵

Todos ellos poseen una cobertura a nivel comunitario, es decir para toda la población focalizada de la Comunidad Autónoma de Cataluña y operan en la mayoría de los casos bajo la coordinación con el departamento de educación y en menor medida con ONGs.

³⁴ La información de los jefes de programas así como la pauta utilizada pueden ser consultados en el anexo de este estudio.

³⁵ Para mayor información y detalle de los programas visitar sitio web del departamento de salud de la Generalitat de Cataluña. En <http://www.gencat.cat/salut/>

1.1.1.1. Las estrategias en el ámbito de la nutrición y ejercicio físico.

En el ámbito de la nutrición y actividad física destaca el plan integral de promoción de la actividad física y alimentación saludable (PAAS), el cual se viene impulsando desde principios del siglo en coherencia con la estrategia NAOS³⁶ y que se compone de diversos programas y acciones específicas a nivel de la Comunidad Catalana y Barcelona ciudad. Sus principales objetivos descansan en sensibilizar a la población para asumir hábitos alimenticios saludables y desarrollar actividad física; Desarrollar acciones educativas e informativas, así como también acciones que intervengan en los determinantes de los estilos de vida; así como promover acuerdos y compromisos con diferentes ámbitos involucrados.

Dentro de esta estrategia, identificamos un total de cuatro programas que a nuestro juicio incluyen aspectos promocionales de la salud y que se encuentran aún en ejecución. El primero de ellos es el "Programa de intervención de alimentación y actividad física en la escuela", que consiste en la revisión de programación de menus escolares e inclusión de dietas saludables, dirigidos a niños y adolescentes de la mayoría de las escuelas de la Comunidad de Cataluña. La "Campaña 5 al día"³⁷ que promueve la alimentación saludable y el conocimiento de las frutas y verduras básicas que debiesen estar en nuestras dietas, dirigido a niños entre 9 y 10 años y que se desarrolla en co-ejecución con instituciones privadas. La "Salud a la Escuela" que promueve la promoción de conductas saludables en la escuela, dirigido a adolescentes y enfermeras de los establecimientos de secundaria de la Comunidad de Cataluña, cuyo fin es acercar la atención primaria a un público prioritario en materia de promoción y prevención. "El Deporte a la Escuela"; que promueve, en conjunto con el departamento de educación de la Generalitat, el deporte en la escuela, durante y después del horario escolar, dirigido a niños y adolescentes entre los 6 y 18 años de toda la Comunidad de Cataluña. Y finalmente están los tres proyectos específicos focalizados en el Ayuntamiento de Barcelona, denominados: "Escalas", "Biciescola", destinados a la promoción de actividad física y AMED³⁸ a la dieta mediterránea.

³⁶ En el año 2005 se puso en marcha la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), con el objetivo de sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud, y de impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente los niños y los jóvenes, adopten hábitos de vida saludables, principalmente a través de una alimentación saludable y de la práctica regular de actividad física. En www.naos.aesan.msc.es

³⁷ El programa "5 al día" nace en Estados Unidos en 1991, con el objetivo de promover el consumo de verduras y frutas en cinco o más porciones por día, a fin de contribuir a la prevención de la incidencia de cáncer y otras enfermedades crónicas asociadas con la alimentación, atendiendo que ya entonces existía suficiente información científica que asociaba el consumo de estos alimentos con la salud y las estadísticas locales indicaban que sólo un 32% de la población consumía cinco o más porciones de verduras y frutas y que el consumo promedio era de 2,5 porciones por día.

³⁸ AMED, establecimientos promotores de la alimentación mediterránea, es un proyecto que tiene como objetivo promover la alimentación mediterránea como modelo de alimentación saludable en el ámbito de la restauración colectiva. En <http://www.amed.cat/es/>.

En cuanto a los objetivos formalmente declarados por cada uno de estos programas, podemos concluir que éstos se centran mayoritariamente en la promoción de hábitos alimentarios saludables, la actividad física y promoción de actitudes saludables frente a situaciones de riesgo (drogas, sexualidad, entre otros) siendo la tendencia en la mayoría de los programas el uso de estrategias educativas e informativas, para lograr dichos objetivos.

1.1.1.2. La estrategia de drogas en Cataluña y los programas relacionados con la promoción de la salud.

La estrategia de drogas en Cataluña se desarrolla en el marco institucional de la Estrategia Nacional de Drogas de España 2000-2008, de la Estrategia de la Unión Europea, del Plan de Drogodependencias y Plan de Salud de Cataluña.

A nivel de programas y acciones relacionadas con la estrategia, identificamos un total de 20 acciones en el ámbito de la prevención, promoción y tratamiento de drogodependientes. En el ámbito promocional propiamente tal, la estrategia contempla 7 programas de intervención y que resumimos brevemente a continuación. "Mis amigos, Mi jardín", dirigido a niños de 6 a 8 años ; "La Aventura de La Vida, dirigido a niños de 8 y 12 años"; "El Club del Buen Deportista", para la comunidad escolar con énfasis en los 8 y 12 años; "El THC , qué hace?", dirigido a adolescentes entre 13 y 14 años; "Drogas Qué?" para alumnos entre los 12 y 16 años; La Fiesta del Viernes por la Noche", dirigido a jóvenes entre los 15 y 20 años; "Y tu que piensas", para adolescentes entre 15 a 18 años y "Conecta con tus hijos. Como prevenir el consumo de drogas y conductas de riesgo", dirigido a padres de niños y adolescentes, orientados ya sea directa o indirectamente a la promoción y cuyos objetivos pretenden incidir en las actitudes y conductas en relación a situaciones de riesgo (fundamentalmente drogas) por medio de la promoción de estilos de vida saludables y el fomento de la reflexión y desarrollo psicoafectivo , estrategias educativas e informativas.

1.1.1.3. La estrategia territorial a nivel local. El programa Salud a los Barrios.

En el ámbito territorial destaca el programa "Salud a los Barrios" que constituye una estrategia de coordinación de la oferta sanitaria con la ciudadanía y las instituciones especializadas, apostando a los aspectos promocionales de la salud de la población en general a través de la constitución de instancias de planificación y ejecución de la oferta programática.

Es un programa que se inicia el 2006 y que actúa en el marco de la ley de barrios de Cataluña, iniciativa que fuera diseñada para el mejoramiento urbanístico e infraestructura en barrios y que se extiende a diversos ámbitos sociales entre ellos el de salud.

Se prioriza por la atención primaria y el referente territorial de salud a nivel local, ampliándose la dotación y especialidades profesionales para dar mayor integralidad a la intervención; del mismo modo se impulsa y otorga importancia de la salud comunitaria y de revisar el modelo de atención primaria de forma que facilite y promueva la intervención comunitaria, desarrollando con fuerza los temas de promoción de la salud y vinculándose de manera operativa con el resto de los servicios y equipos de intervención local.

1.1.1.4. Las estrategias comunicacionales asociadas a promoción de la salud.

En el plano comunicacional las estrategias masivas (Radio y TV), si bien mayoritariamente son elaboradas por el Estado Español, a nivel de Comunidad destaca la asesoría a un programa televisivo de una red local en materia de salud y de promoción de estilos individuales de vida saludable. Ahora bien, desde el punto de vista conceptual, éstas han instalado mensajes promocionales en los públicos juvenil y adulto mayor respecto de estilos de vida saludables a nivel individual y familiar, destacando las campañas audiovisuales³⁹ contra la obesidad infantil, la promoción de dietas equilibradas y ejercicio físico en población adulto mayor, así como para la población potencialmente prevalente de enfermedades cardiovasculares. En menor medida encontramos algunos elementos promocionales en los mensajes de las campañas anti tabaco y prevención de consumo abusivo de drogas ilegales.

En cuanto al financiamiento y al tipo de ejecución de todas las estrategias revisadas, pudimos advertir que la casi totalidad de ellos son financiados por la Generalitat de Cataluña y cuentan con un tiempo de duración promedio de 4 años de antigüedad, lo que evidencia el reciente desarrollo de este tipo de intervención en salud. En la mayoría de los casos la ejecución de éstos se desarrolla en coordinación o con el apoyo del departamento de educación y en menor medida con fundaciones u organismos privados como co-ejecutores.

³⁹ Desde el punto de vista temático, podemos advertir que la mayoría de las campañas dicen relación con temáticas asociadas a drogas (alcohol, tabaco, cocaína, marihuana, fármacos, etc.), sean estas legales o ilegales, constituyendo más del 50% del total de campañas diseñadas (14 de 24) e implementadas (16 de 31). En una medida menor le siguen las campañas asociadas a la alimentación y ejercicio físico, constituyendo un 17% (4 de 24) del total de campañas diseñadas y un 20% (6 de 31) del total de campañas implementadas constituyendo un 20% del total. Las restantes campañas fueron focalizadas en temáticas específicas (transmisión sexual, accidentes infantiles, actuar contra el calor, protección de consumidores y usuarios y salud mental). Revisión del autor a partir del registros de los diseños de las campañas colgadas de la web del Ministerio de Sanidad y Consumo de España. En www.msc.es

1.1.2. Análisis de los programas según criterios estandarizados⁴⁰.

A partir de la revisión de la documentación asociada a las estrategias, programas y de la información proporcionada por los encargados de los mismos, podemos concluir que la promoción de la salud, desarrollada por medio de los las estrategias y programas analizados, es concebida dentro del continuo de la prevención, tratamiento y rehabilitación, por tanto dentro del proceso de la oferta asistencial en salud, apuntando más bien a dimensiones o determinantes intermedias, que de carácter estructural.

En tal sentido y a partir de la revisión de los objetivos y líneas programáticas de dichas estrategias, podemos concluir que la mayoría de los programas se basan en la noción de promoción de la salud como la promoción de estilos de vida saludables a nivel individual y en menor medida familiar, siendo la estrategia educativa e informativa una característica transversal en la mayoría de los casos, que muchas veces plantea límites difusos con la prevención. Del mismo modo si consideramos las campañas comunicacionales como una estrategia tipo "agenda settings"⁴¹, podemos evidenciar un desarrollo importante y sostenido en los últimos tres años, sobre todo en la instalación de mensajes en promoción de estilos de vida deseables y entrega de información básica para la toma de decisiones en materia de P.S.

Desde el punto de vista de la población objetivo, la mayoría de los programas están focalizados en la población preadolescente, adolescente y joven, con un asentamiento en la escuela como el lugar estratégico de desarrollo de las intervenciones, siendo coherente con las tendencias derivadas de la evidencia de efectividad de las acciones de P.S. en Europa, excepto en el caso de la tercera edad, que formalmente no es incorporada como población diana en los programas y sólo en las campañas comunicacionales.

En lo que se refiere a mecanismos de participación específicos asociados a los programas en particular, de la sistematización realizada no se desprende información que permita identificarlos a partir de cada uno de los programas en particular. No obstante lo anterior tanto el plan de salud a nivel general como el programa "*Salud a los Barrios*", en lo específico, contemplan mecanismos de participación ciudadana indirecta que podrían

⁴⁰ Estos criterios devienen de los indicadores de las pautas de sistematización de cada uno de los programas revisados, a saber, población objetivo, modalidad de intervención, antigüedad, noción o enfoque promocional en el que se basa el programa, criterios formales de evaluación de los aspectos promocionales, mecanismos y tipo de participación ciudadana asociada. El detalle de esta información se puede revisar en los anexos del presente estudio.

⁴¹ Se refiere a La "agenda-setting" hace referencia al conjunto de temas seleccionados para formar parte de un índice o agenda, que los medios de comunicación cuentan en su haber o seleccionan de alguna manera para resaltar determinados temas, los cuales serán traspasados por la agenda de los medios a la agenda del público. "Su nombre metafórico proviene de la noción de que los mass media son capaces de transferir la relevancia de una noticia en su agenda a la de la sociedad" (McCombs, 1996: 17).

eventualmente ser considerados una oportunidad en este sentido, pero al estar en su fase de instalación tampoco cuenta con evidencia disponible.

En lo que respecta a los mecanismos o instancias de evaluación de la promoción existentes en los diseños, del levantamiento de información realizado, ésta se realizaría más bien a partir de las metas y objetivos contemplados en el Plan de Salud, no contándose con evidencia específica a este respecto, para cada uno de los programas en particular.

En cuanto a las campañas comunicacionales asociadas a la promoción de la salud, podemos concluir en primer lugar que del total de campañas revisadas, sólo un porcentaje reducido aborda temáticas de P.S.; dentro de este porcentaje podemos apreciar que la mayoría de éstas tienen por objeto tender a modificar las conductas o hábitos de la población objetivo por medio de estrategias coactivas o persuasivas y en menor medida a la generación de conciencia o modificación de percepción de riesgo, lo que refuerza más bien las intervenciones de prevención y no de promoción propiamente tal.

Finalmente, es necesario señalar que la casi totalidad de los programas revisados tiene su data de inicio a principios del año 2000, dando cuenta de lo reciente del accionar promoiconal en materia de salud.

1.2. El caso chileno.

Tal como lo advirtiéramos en el capítulo anterior, las acciones de promoción de la Salud en Chile han sido impulsadas desde un marco estratégico que en lo específico lo constituye la Política Nacional de Promoción de la Salud⁴², impulsada desde principios del año 2000, cuyo objetivo fundamental es el implementar una política de carácter intersectorial y participativa destinada a lograr estilos de vida y ambientes más saludables, mediante el compromiso activo de la sociedad chilena; y que en su evaluación el año 2006 encontrará algunas redefiniciones, pero manteniendo su carácter global de intervención y no sólo remitido a la ejecución de programas y proyectos específicos.

En lo que se refiere a las estrategias nacionales de promoción de la salud desarrolladas hasta el 2006, destacan 5 ámbitos de intervención: Regulación y Legislación;

⁴² Esta política fue aplicada por medio del Consejo Vida Chile y tuvo como objetivos específicos Detener la explosión de factores de riesgo; desarrollar los factores protectores de la salud de carácter psicosocial y ambiental; fortalecer procesos de participación ciudadana y consolidación de redes sociales; reforzar el rol regulador del Estado sobre las condicionantes de la salud; aportar a una nueva política pública de salud y calidad de vida. Las metas se construyeron en base a condicionantes de la salud, estableciéndose indicadores de impacto y % de reducción esperados. A nivel de condicionantes se consideraron la Obesidad, Sedentarismo, Tabaco, Participación y Espacios Saludables, definiéndose además las prioridades sanitarias y respectivas estrategias.

Información y Comunicación Social: Marketing Social; Educación y Desarrollo de Recursos Humanos; Participación Social y Reorientación de los Servicios de Salud.

En cuanto a las estrategias de acción local, referidas a lugares o espacios de intervención, destacan: Las Escuelas Promotoras de Salud. Lugares de Trabajo Saludables. Comunas Saludables (Planes Comunales de Promoción y Comités VIDA Chile). En cuanto a las estrategias temáticas de promoción se plantean tres grandes problemáticas priorizadas: Tabaquismo, Obesidad y Sedentarismo, abordadas a través de programas particulares.

En lo que se refiere a la evaluación, ésta contempla mediciones de proceso, resultados e impacto, para los diferentes ámbitos de implementación, existiendo un sistema de seguimiento y monitoreo que permite mantener un sistema de información actualizado.

A este último aspecto destacan dos evaluaciones realizadas el 2006 a dicha política; una de carácter interno, centrado en el proceso y resultados (Salinas et al, 2007) y otra , de carácter externo⁴³, centrado más bien en el impacto de los resultados y los procesos de la política de promoción de la salud, que abarca el mismo período pero que pone el acento en cuestiones más estructurales y de gestión.

La primera, de carácter interno⁴⁴, si bien plantea avances en el posicionamiento del Consejo Vida Chile en los gobiernos regionales y locales; en el diseño e instalación de intervenciones intersectoriales y en la incorporación de un activo social en torno al tema; también describe los límites o debilidades en la capacidad del sector salud para aumentar coberturas en relación al perfil epidemiológico y social del país, la insuficiencia de recursos para abordar la P.S. y el énfasis local y comunitario de la PNPS.

Por otro lado, en cuanto a la evaluación externa, si bien destaca los avances a nivel de proceso de instalación y desarrollo de la política de promoción, a nivel de impacto señala resultados intermedios o regulares, que se expresan en el déficit de participación de los otros sectores del Estado para lograr metas comunes; falta de apoyo o liderazgo de parte de algunas autoridades ; problemas a nivel presupuestario, en monto y/o sistemas de distribución; falta de continuidad y/o sustentabilidad de las acciones en Promoción; entre otras.

⁴³ Este estudio fue contratado por el MINSAL siendo adjudicada la Universidad Católica de Chile como instancia evaluadora. Documento interno MINSAL, no publicado. Disponible en la Intranet de MINSAL, en www.salunet.cl

⁴⁴ Para medir los resultados de las metas de proceso se utilizaron los indicadores de cobertura (número de personas, de espacios promotores de la salud y de actividades) y del grado de cumplimiento de las estrategias, obtenidos mediante los sistemas de monitoreo de los planes comunales de promoción de todo el país (cuyo consolidado da cuenta de todas las acciones) y del sistema de acreditación intersectorial de espacios saludables. (Salinas et al, 2007: 6)

1.2.1. Descripción e identificación general de las estrategias de promoción.

Las estrategias y programas de promoción de la salud en Chile se desarrollan fundamentalmente a partir de las iniciativas de la división de políticas públicas saludables y participación ciudadana del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y de manera complementaria y en menor medida, a través de algunos programas del CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes).

La forma en cómo fueron implementadas, hasta el 2006, se centraron en la estrategia nacional del Consejo Vida Chile que en una primera fase, se expresó en el desarrollo de iniciativas locales vinculando a las organizaciones sociales, los establecimientos de educación y la atención primaria de salud y, más tarde y en un segundo momento a los centros de trabajo, las universidades y las entidades del sector empresarial privado. De manera transversal se diseñan e implementan los planes comunales de promoción de la salud como el instrumento estratégico que de coherencia a nivel territorial a la oferta programática.

Luego de las evaluaciones del Plan Nacional de la Promoción de la Salud (PNPS), realizadas el 2006, los programas pasan a incorporar la dimensión de determinantes sociales de inequidad en salud, siendo algunos rediseñados, para dar paso a nuevas iniciativas en coherencia con esta orientación.

No obstante ello la Estrategia Nacional de Drogas, ha venido desarrollando diversos programas desde principios de del 2000, a través de sus programas de prevención incorpora tangencialmente en alguna de sus líneas de intervención elementos de promoción sin incorporar el tema de los determinantes sociales de la salud.

En este contexto es que se han venido desarrollando en los últimos 7 años una diversidad de programas y estrategias que componen el PNPS y la Estrategia Nacional de Drogas y que a continuación exponemos de manera sistematizada.

De la revisión de los programas y estrategias podemos advertir que éstos corresponden a seis ámbitos o espacios de intervención relacionados con la alimentación y ejercicio físico, consumo de tabaco, consumo drogas ilegales, urbanización saludable, participación ciudadana, escuelas y lugares de trabajo saludables.

1.2.1.1. Estrategias ligadas a la alimentación, ejercicio físico y ambientes libres de humo.

En lo que respecta al desarrollo de estrategias ligadas a las condicionantes de salud podemos señalar que a nivel de alimentación y el ejercicio físico, si bien se desarrollaban diversas acciones por medio de las escuelas promotoras de salud, sólo a partir del 2007 se desarrolla una estrategia específica y transversal del tema, denominada "*EGO Chile*", en el marco de los lineamientos de la implementación de la Estrategia Global sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud de la OMS y la OPS.

Esta estrategia a nivel nacional, se integra como una tarea del Consejo VIDA CHILE, y sirve de plataforma para incluir e impulsar todas las iniciativas que contribuyan a la promoción de un estilo de vida saludable y tiene como meta fundamental disminuir la prevalencia de la obesidad en Chile, fomentando una alimentación saludable y la actividad física, a lo largo de toda la vida.

Se desarrolla en 5 grandes ámbitos de acción: Sanitario, Familiar y Comunitario, Escolar, Académico y Sociedades Científicas y Empresarial y se materializa por medio de una serie de recomendaciones, acuerdos voluntarios, regulación y autorregulación e iniciativas normativas.

De manera complementaria, al igual que en Cataluña se desarrolla la estrategia "*5 al día*", ejecutada por una corporación privada sin fines de lucro y que agrupa a diferentes universidades, exportadores y distribuidores de frutas y verduras. El programa se desarrolla en 5 ámbitos o niveles. A través de la instalación de mensajes en los medios de comunicación; en los puntos de venta, vinculando la promoción con el marketing; a nivel comunitario a través de acciones coordinadas entre el Estado y el sector privado, dirigidas a la comunidad para promover la salud a través de una mejor alimentación y a nivel de investigación centrada en la evaluación del programa a través del cambio de las conductas alimentarias.

En cuanto al consumo del tabaco, destaca el programa "*Lugares y ambientes libres de humo*" desarrollado desde el año 2000 hasta el 2006 fecha en que se cierra por la entrada en vigor de la ley antitabaco, dirigido a instituciones públicas y privadas con el propósito de instalar al interior de éstas políticas de promoción de hábitos de vida saludables y regulación del consumo de tabaco y que perseguía objetivos tales como el de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población general, de los trabajadores y funcionarios que trabajan en espacios interiores, manteniéndolos libres del humo de tabaco ambiental.

1.2.1.2. Las estrategias en el ámbito escolar y lugares de trabajo.

En lo que respecta a programas y estrategias que intervienen más en los contextos destacan "*las escuelas promotoras de salud*" iniciativa internacional con asiento local desde 1998, dirigida a un número importante de escuelas del país y que se expresaba en la acreditación de escuelas según unos parámetros de logro de acciones relacionadas con la alimentación y el ejercicio físico; posterior a esa fecha se incorporan objetivos relacionados con el fomento de la participación en la comunidad educativa, abordar las condiciones sanitarias al interior de los establecimientos e incidir en los factores del entorno relacionados con la alimentación y actividad física al interior del establecimiento.

En cuanto a la estrategia "*Lugares de trabajo saludable*", dirigida a instituciones públicas y privadas, se inicia el año 2006, con el propósito la mantener y el mejorar la salud y el bienestar de los trabajadores, persiguiendo los objetivos de facilitar, apoyar y fomentar la elección de alternativas tendientes a la adquisición de hábitos saludables. Para ello se estimula el desarrollo de políticas al interior de los lugares de trabajo destinadas a desarrollar actividades en los ámbitos de alimentación saludable, ejercicio físico, consumo de tabaco, alcohol y drogas, manejo de estrés y ergonomía. Al igual que las escuelas, la metodología incorpora una serie de mecanismos de acreditación de cada institución participante como saludable.

1.2.1.3 Las estrategia nacional de drogas de Chile y los programas asociados a la promoción de la salud.

En lo que respecta al consumo de drogas ilegales, si bien las acciones de promoción de la salud no están en el centro del accionar del CONACE, algunos programas revisados sí incorporan en alguna medida acciones destinadas a abordar esta temática. En tal sentido el CONACE desde 1996 desarrolla un sin número de acciones de prevención y tratamiento en drogas; no obstante ello es posible advertir elementos promocionales en dos programas de los 12 que ejecuta. El primero llamado PREVIENE, se ejecuta desde 1998 y está dirigido a la población de las comunas con mayor vulnerabilidad de consumo y trafico de drogas, su propósito es la generación de soportes institucionales y comunitarios para el abordaje del fenómeno propiciando indirectamente la promoción de estilos de vida saludables y la participación social comunitaria, además de la coordinación territorial de la oferta programática de prevención y tratamiento a drogodependientes. El segundo, llamado

"Trabajar con calidad de vida" es un programa de prevención de drogas en los lugares de trabajo que pretende instalar una política de prevención de drogas dentro de la concepción de calidad de vida y que de manera específica incorpora, dentro de sus objetivos, la promoción de estilos de vida saludable.

En lo que respecta al consumo abusivo de alcohol no se encontró evidencia respecto a programas de promoción de la salud asociados, sólo acciones de prevención en programas de prevención de drogas del CONACE y fundamentalmente de tratamiento y rehabilitación.

1.2.1.4. Las estrategias territoriales a nivel local. Los planes comunales de promoción de la salud y el consejo Vida Chile Comunal.

El plan comunal de promoción fue uno de los instrumentos de ejecución local del Plan Nacional de Promoción de la Salud y ahora del Plan de Salud Pública, su data de inicio corresponde al año 2001 y se implementan a la fecha en casi la totalidad de los Municipios.

Sus objetivos centrales persiguen contribuir a disminuir la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo, favorecer el desarrollo de factores protectores psicosociales y ambientales y fundamentalmente implementar estrategias de promoción de la salud en los ámbitos de regulación y fiscalización sectorial, monitoreo y vigilancia de la salud pública, promoción de la salud y programas especiales y focalización en población socialmente vulnerable.

Los planes comunales se desarrollan a través de los municipios y son ejecutados bajo la figura del Consejo Comunal Vida Chile, como una instancia intersectorial para el abordaje integral de la promoción de la salud en el territorio, tendiente a la instalación de políticas locales, para lo cual los programas pasan a constituir instrumentos estratégicos.

Hasta el 2006 la ejecución de los planes se centraba en la definición de estrategias para el abordaje de 5 condicionantes de la salud, a saber, alimentación, actividad física, tabaco, factores protectores psicosociales y ambientales y la inclusión de intervenciones que incentiven el cambio cultural. Después de el 2006 los planes comienzan a incorporar paulatinamente la discusión respecto a determinantes sociales de la salud.

1.2.1.5. Las estrategias de participación ciudadana en P.S.

Si bien la participación ciudadana constituye un principio en las intervenciones de P.S., sobre todo a nivel de los planes comunales de P.S y del Plan Regional de Salud Pública, esta se ha expresado de manera reciente a través de tres mecanismos o instrumentos.

El primero de ellos denominado "*salud con la gente*", con una antigüedad de 6 años y que a través de un fondo acotado de recursos financia iniciativas de promoción de la salud realizadas por las organizaciones sociales de base, cuyo objetivo descansa en contribuir al fortalecimiento y desarrollo de las organizaciones sociales vinculadas al quehacer en salud, así como al de acciones de prevención y promoción de la salud.

El segundo denominado "*diálogos ciudadanos*"⁴⁵, que se realizan desde el 2007 en coherencia con los resultados de las Encuestas de Calidad de Vida, cuyos objetivos principales descansan en analizar colectivamente los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, relacionándolos con la realidad de los territorios y sus comunidades y elaborar propuestas de acción local e influir en la toma de decisiones para el mejoramiento de la calidad de vida, a nivel individual, familiar y comunitario.

El tercero denominado "*Consolidando una gestión sanitario-ambiental participativa en las Autoridades Sanitarias Regionales (ASR)*", que se implementa desde el 2007 en 13 regiones del país cuyo objetivo es consolidar una gestión sanitario-ambiental participativa de las Autoridades Sanitarias Regionales (ASR), a través de la puesta en marcha e implementación de los Planes de Salud Pública Regionales (PSPR).

Finalmente y ligado a estas estrategias encontramos el programa el "*Urbanización saludable y determinantes sociales a nivel local*" focalizado sólo en 4 comunas y que pretende mejorar la gobernanza local en equipos municipales intersectoriales con el fin reducir inequidades en salud en esos entornos urbanos.

1.2.1.6. Las estrategias comunicacionales audiovisuales.

De la revisión realizada⁴⁶ podemos advertir que la mayoría de las estrategias comunicacionales desarrolladas han funcionado más en la lógica del marketing social y en particular de los programas en sí mismos (la marca, el logo o el slogan), fundamentalmente a través de campañas radiales, por medio de afiches y dípticos; en esta línea también se desarrollaron campañas del Consejo Vida Chile con el fin de promover hábitos sanos de vida en la población general y en escolares (alimentación saludable, vida activa y ambiente libre del humo de tabaco), utilizando medios locales de comunicación (afiches, cuñas radiales, etc.).

⁴⁵ Los Diálogos Ciudadanos son espacios de encuentro de carácter consultivo, entre autoridades de gobierno y representantes de la sociedad civil, con el objetivo de intercambiar visiones sobre aspectos y temas de políticas públicas que sean relevantes para la ciudadanía.

⁴⁶ La metodología de revisión fue la misma que en el caso catalán.

En lo que respecta a las campañas comunicacionales audiovisuales, si bien recientemente han adquirido mayor desarrollo, en materias relacionadas con el SIDA, tabaco, drogas ilegales, sedentarismo y obesidad, analizando el contenido de éstas, podemos advertir que los mensajes que se transmiten en ellas, mayoritariamente corresponden o asocian a enfoques preventivos más que promocionales.

1.2.2. Análisis de los programas según criterios estandarizados.

De la revisión y análisis de estos programas y estrategias, se puede concluir e identificar que, hasta el 2006, la mayoría de las iniciativas desarrolladas en P.S. se estructuraron en torno a la intervención de las condicionantes de la salud por medio de acciones basadas en la promoción de hábitos de vida saludables a nivel individual y que paulatinamente, a partir del 2007 fueron incorporando el tema de los determinantes sociales de salud que van reconfigurando el carácter de los mismos.

No obstante esa incorporación, de la revisión de los diseños, no se desprenden elementos específicos de intervención de determinantes, evidenciándose más bien a nivel de propósitos y objetivos que en estrategias operacionales.

En lo que respecta a las principales modalidades de trabajo, podemos identificar un número importante de acciones de carácter educativo e informativo que se desarrollaban a través de programas de promoción y material de difusión e información en las escuelas y el territorio, combinadas con estrategias de instalación de soportes territoriales a través de los planes locales, siendo éste último un elemento importante de destacar en tanto instrumento local de planificación y acción en promoción de la salud.

Desde el punto de vista de la población objetivo, la mayoría de los programas están focalizados mayoritariamente en la población preadolescente, adolescente y joven, y en menor medida adulta, con un asentamiento en la escuela y los lugares de trabajo como el lugar estratégico de desarrollo de las intervenciones.

Los mecanismos de participación específicos de los programas, si bien se expresan a través de los planes comunales de promoción de salud, encuentran mayor especificidad en los programas derivados de una estrategia de participación propiamente tal impulsada con posterioridad al 2006, evidenciándose una voluntad por potenciar este tipo de mecanismos, no obstante ésta sea de carácter consultivo y centrada en el sujeto como beneficiario.

En lo que se refiere a mecanismos e instancias de evaluación los programas si bien cuentan con parámetros generales de evaluaciones, es el Plan local de Promoción de la Salud ,

el que cuenta con parámetro de evaluación estandarizada, los cuales año a no van siendo evaluados; además de contar con dos evaluaciones de la Política nacional de Promoción de la Salud y la realización de las dos Encuestas Nacionales de Calidad de vida que constituye un instrumento de evaluación de resultados de accionar promocional.

Finalmente, en lo relativo a las campañas comunicacionales si bien presentan un desarrollo escaso y reciente a nivel audiovisual, posee un desarrollo bastante extenso a nivel local y programático por medio de la difusión radial y gráfica. No obstante ello a nivel de contenidos se puede apreciar la predominancia de los discursos preventivos más que promocionales, primando la lógica del marketing de la marca de los programas por sobre elementos destinados a modificar conductas desde la promoción, al estilo “agenda settings”.

2. Síntesis del Capítulo.

A modo de síntesis podemos señalar que en general en ambos casos asistimos al desarrollo sistemático de estrategias y acciones basadas en principios o concepciones de promoción de estilos de vida saludables, por medio del desarrollo de estrategias educativas e informativas, con asiento en la escuela como el lugar privilegiado para desarrollar dichas intervenciones, focalizando en el mismo tipo de población objetivo.

No obstante ello, a partir del 2006 se inicia una tendencia de cambio para el caso chileno y en muy poca medida para el catalán en el que las intervenciones dejan de estar marcadas por las condicionantes exclusivamente y se incorpora el enfoque de determinantes sociales de inequidad de manera transversal, a diferencia de Cataluña que sólo a través de un programa (Salud a los Barrios), incorpora elementos para enfrentar las desigualdades en salud.

En lo que respecta a los mecanismos de participación, aún cuando en el caso catalán se de un importante respaldo formal a nivel del plan de salud y la carta de deberes y derechos de los ciudadanos, en la ejecución de los programas no se identifican mecanismos formales que aseguren la participación, a diferencia de Chile que desde el año 2006 cuenta con estrategias específicas de promoción de participación ciudadana, tendiente a la generación de instancias de participación de carácter consultivo, no obstante en los programas específicos de ambos países el tipo de participación predominante sea el de beneficiarios.

En esta línea si bien existiría un desarrollo incipiente de mecanismos de participación se advierte un déficit de participación de los sujetos beneficiarios de los programas, a nivel de

la co-ejecución, planeación o evaluación de éstos, situación que si bien se da con matices constituye tendencia para los casos de ambos países.

En cuanto a las evaluaciones desarrolladas para medir el impacto efectividad de las acciones de promoción de la salud, se evidencia un desarrollo adecuado en el caso chileno al incorporar las evaluaciones de proceso y resultados en su quehacer promocional, a diferencia del caso catalán que no incorpora elementos de evaluación de sus programas de promoción y más bien se orienta según el estado de las prevalencias y las evaluaciones del Plan de Salud.

Finalmente a nivel de estrategias comunicacionales claramente podemos advertir un desarrollo mucho más alto en el caso catalán respecto al chileno, no sólo en cuanto al número de campañas, sino fundamentalmente por el tipo de orientación en la que se inscriben; mientras para el caso catalán las campañas se acercan más a la concepción de “agenda settings” en el caso de Chile si bien pretende inscribirse en estrategias basadas en el marketing social se acercan más al marketing publicitario de los programas.

Lo anterior nos lleva a la síntesis de que en general el caso chileno presenta avances y fortalezas en el cambio de orientación general, intentando incidir en las determinantes sociales y promoviendo la participación en los diseños de sus intervenciones, siendo un giro reciente que lo acerca más hacia visiones salutogénicas de la salud. A nivel de debilidades se advierte una fragmentación de la líneas de intervención que podrían eventualmente atentar contra la búsqueda de especificidad, un claro ejemplo lo constituye el departamentalizar el tema de participación y desarrollar una estrategia aparte del Plan de Salud Pública

Por su parte el caso catalán se perfila con un tipo de políticas de promoción si bien aún se basan en estrategias dirigidas a intervenir en las condicionantes de la salud (enfermedades), intentan ser transversales en todos los niveles de intervención de salud pública, contando para ello con un fuerte apoyo comunicacional. A nivel de debilidades quizás podríamos identificar su reciente intervención en las desigualdades en la salud expresado a través del Programa “Salud a los Barrios”, que enfoca el tema mas en las desigualdades de género y etnia y no en las de inequidad.

Al igual que en el caso chileno, los déficit de participación en salud hacen pensar no sólo en déficits políticos asociados a políticas públicas en salud sino además pondrían en duda la eficacia de los mecanismos de participación que ambos países han promovido hasta ahora.

CAPITULO IV.

LOS ALCANCES DE LA PROMOCION DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. LA VISION DE LOS ACTORES INSTITUCIONALES.

Tal como lo expresa el diseño del cuestionario la presentación de los datos se ha organizado en torno a cuatro grandes tópicos o dimensiones que constituyen el eje ordenador del análisis a saber: los propósitos y conceptos asociados a la promoción de la salud; las condiciones para el desarrollo de la Promoción de la Salud, la relación de la promoción de la salud y sus determinantes sociales; y la evaluación del componente participativo dentro de ésta.

Para cada uno de estos tópicos se presenta el análisis general y comparado para cada uno de los países, de modo de graficar la tendencia global y los casos particulares. Según sea el tipo de pregunta los datos son presentados en porcentajes (frecuencia) o en grados o niveles (media o promedio).

La muestra de informantes claves a las que se aplicó la encuesta estuvo constituida en su gran mayoría por técnicos (67%), seguido de los directivos (21%) y en menor medida académicos (12%) de ambos países. La mayoría de ellos posee una antigüedad laboral en el tema por sobre los cuatro años (75%), lo que confirma el carácter de experto en la materia.

1. Opinión respecto a los propósitos y conceptos asociados a la Promoción de la salud.

En lo que respecta a las concepciones y valoraciones de los encuestados en relación a la promoción de la salud, podemos advertir que la mayoría de éstos piensa que el objetivo central de la Promoción de la Salud en su país es *“promover estilos de vida saludable a nivel individual”* con un 62,5% de respuestas para esta alternativa. Coherentemente con ello los entrevistados califican (en una escala de 1 a 5) con grados medianamente altos el cumplimiento de este objetivo (3,38 puntos), no obstante se considere que el objetivo de mayor desarrollo sea el de *“Educar a la población para prevenir enfermedades”* (con una media de 3,5 puntos). Lo anterior mostraría una coherencia con el hecho de valorar de manera mayoritaria aquellas acciones ligadas a los hábitos de vida saludables (actividad física y alimentación) con una puntuación promedio de 3,42 (en la escala de 1 a 5), lo cual a su vez evidenciaría una concepción de la promoción de la salud centrada en los estilos de vida más que en los factores estructurales o ambientales. Por otro lado cabe señalar el bajo y muy bajo desarrollo que encontrarían los aspectos ligados al desarrollo de mecanismos de participación en la promoción de la salud.

A nivel de casos podemos apreciar que en Cataluña, la mayoría de los entrevistados (58,3%) señala que el objetivo que mejor caracteriza a las acciones de promoción de la salud en el país es el “*Promover estilos de vida saludables en los individuos*”, tendencia que ocurre también en el caso chileno, no obstante el porcentaje sea significativamente más alto (66,7%). Respecto al grado de desarrollo de las diversas acciones implementadas en PS en el país, en Cataluña los entrevistados señalan con mayor grado de calificación (en una escala de 1 a 5) aquellas acciones ligadas a la prevención de conductas de riesgo (3,83 puntos) y a los hábitos de vida saludables (3,42 puntos), cuestión que se repetirá en el caso chileno no obstante con valores diferenciados para la prevención de conductas de riesgo (3,0) y la misma calificación para los hábitos de vida saludables (3,42).

Finalmente en lo que respecta al cumplimiento de los objetivos ligados a la promoción de la salud, los entrevistados identifican, con mayor grado de cumplimiento en su país aquellos que apuntan a “Educar a la población para prevenir enfermedades” (3,67 para Cataluña y 3,33 para Chile), seguido de la promoción de estilos de vida saludables (3,42 Cataluña y 3,33 para Chile).

Desde el punto de vista de las acciones ligadas a la participación social y mecanismos de participación, en ambos países destaca el hecho de constituir el elemento con más baja calificación de desarrollo.

2. Percepción acerca de las condiciones sociales e institucionales en las que se desarrolla la Promoción de la Salud.

En cuanto a las condiciones sociales e institucionales para el desarrollo de la Promoción de la Salud, la mayoría de los encuestados señala que existiría un bajo nivel de prioridad o importancia política de la temática en la agenda pública de salud (54%), no obstante el 41,7% considere que ésta se desarrolla a nivel medio. En lo que respecta al nivel de formación especializada de profesionales y técnicos que trabajan en promoción de la salud, la mayoría de los encuestados (66,7%) identifica un desarrollo de nivel medio en esta materia. Del mismo modo el soporte social existente en promoción de la salud (desarrollo de la organización social y los aspectos institucionales), es valorado por la mayoría de los entrevistados (66,7%) como medianamente desarrollado.

Ahora bien frente a la pregunta referida a la calificación de cada una de las condiciones en las que se desarrolla la promoción de la salud en el respectivo país, la mayoría

de los encuestados responde en coherencia a los tópicos revisados anteriormente, calificando (en una escala de 1 a 5) con mayor grado el desarrollo de condiciones sociales -entendidas como la existencia de organizaciones, trabajo en red y desarrollo de la salud comunitaria para la promoción de la salud- con una media de 3,17 puntos; seguida de las condiciones formativas –entendidas como cursos y diplomados existentes en la materia- con una media de 2,88 puntos; las condiciones institucionales– en tanto políticas o programas de promoción de la salud sustentables- con una media de 2,75 puntos y finalmente, las condiciones políticas- expresadas en la inclusión del tema en la agenda pública y magnitud de los aportes estatales presupuestarios- con una media de 2,33 puntos.

Lo anterior desde el punto de vista comparado si bien no presentan mayores diferencias entre los casos, ni con la tendencia antes descrita, presenta algunos matices específicos diferenciadores necesarios de revisar.

Es así que para el caso Catalán sólo la mitad de los encuestados considera que el grado de importancia política de la promoción de la salud es bajo, no obstante un 41,7% lo califique en grado medio. Mientras que en el caso chileno la tendencia es más clara, el 58,3% percibe un bajo nivel de importancia política, en tanto el 41,7 % un nivel medio.

A nivel de *formación especializada* de profesionales y técnicos que trabajan en Promoción de la Salud en el caso catalán la mayoría de éstos, plantea un nivel medio de desarrollo (88,3%) y sólo un 16,7% un nivel bajo, a diferencia de Chile donde podríamos decir que el nivel es medio con tendencia a la baja, en tanto el 54% de los encuestados califica este aspecto en un nivel medio y un 27 % en un nivel bajo.

En lo que se refiere al *soporte social* la tendencia se repite. En el caso catalán se registran opiniones mayoritarias en cuanto a señalar un desarrollo medio de éste con un 83,3% de las respuestas, contrastando con las opiniones del caso chileno en el que se plantea un desarrollo medio (50%) y bajo (41,7%).

En cuanto a los *condiciones en las que se desarrolla la PS*, podemos advertir en términos generales similitudes en la mayoría de éstas y una coherencia con la tendencia antes mencionada. En tal sentido se evidencian leves diferencias a nivel de las condiciones sociales y formativas. En lo que se refiere a condiciones formativas, si bien en general las brechas no son significativas, a la hora de evaluar la formación especializada de los profesionales nos encontramos con una percepción de desarrollo medio para el caso catalán y medio bajo para el chileno. Lo mismo en el caso de las condiciones sociales donde si bien existen semejanzas, al ser consultados por el soporte social de cada país, se presentan algunos matices; en el caso catalán se percibe un desarrollo medio, en tanto en Chile medio bajo.

3. La relación de las acciones de promoción de la salud y los determinantes sociales en salud.

En lo que respecta a la relación de la promoción de la salud y los determinantes sociales de la salud, la mayoría de los encuestados opina que el determinante más influyente en el desarrollo de la PS en su país está dado por la inequidad y desigualdad social (41,7), seguido de los hábitos y conductas de los individuos (37,5). No obstante ello al ser consultados respecto a las posibilidades de transformación de los determinantes, los encuestados señalan en un grado medio las posibilidades de modificar los determinantes socioeconómicos asociados a la inequidad, viendo mayores posibilidades de cambio de los factores socioculturales ligados a la desigualdad social y cultural en salud, seguida de los determinantes individuales y familiares. Es decir si bien se reconoce que los determinantes estructurales asociadas a la inequidad influyen en el desarrollo de la Promoción de la Salud, se perciben con mayor posibilidad de cambio aquellos ligados a los ámbitos socioculturales, familiares e individuales.

En cuanto al impacto de las acciones de promoción de la salud en los determinantes sociales de la salud, la mayoría de los entrevistados plantea que éste se sitúa entre bajo (41%) y medio (34,8%), siendo calificados dentro de ese nivel, con mayor grado de impacto aquellos asociadas a la incidencia de la comunidad organizada en la agenda pública (58,3%), seguidos de la participación comunitaria a nivel local (25%) y el fortalecimiento de los factores protectores y de riesgo (12,5%). Lo anterior se confirma al revisar la incidencia de cada una de las estrategias de PS en los determinantes de inequidad en salud, donde la valoración promedio se acerca al nivel medio (2,7 puntos).

En lo que respecta al análisis comparado de los países podemos advertir para los casos de Cataluña que un número importante de entrevistados opina que *el determinante más influyente en el desarrollo de la PS* en su país está dado por los hábitos y conductas de los individuos (58,3%), seguido por la inequidad y desigualdad social (25%); cuestión que para el caso chileno es exactamente a la inversa: un 58,3% de los entrevistados identifica a la inequidad y desigualdad como el determinante más influyente en el desarrollo de la P.S., respecto al relacionado con los hábitos de vida a nivel individual (25%).

En lo que se refiere a las *posibilidades de transformación de los determinantes*, según tipos y orden de las frecuencias de las respuestas, podemos advertir las siguientes situaciones.

Una situación de alta potencialidad de transformación (grados 3,5 a 4,5) para los determinantes socioculturales (3,91 puntos de un total de 5) y las individuales y familiares (3,55) en el caso catalán, contrastando con el caso chileno en el que se identifican sólo los

determinantes individuales y familiares con este grado de potencialidad (3,5 pts.). Una situación de potencialidad media de transformación (grados 2,5 a 3,4) para los determinantes sanitarios en ambos países (3,3 puntos en el caso chileno y 3,36 en el caso catalán), de los socioeconómicas en el caso catalán (3,0 puntos) y de los socioculturales para el caso chileno (3,2 puntos de media). Finalmente advertimos una situación de baja potencialidad de transformación (menos de 2,5 puntos de media) en los que se sitúan los medioambientales, tanto para Chile como Cataluña, agregándose los determinantes socioeconómicas que para los entrevistados en Chile presentan bajas posibilidades de transformación con 2,30 puntos de media.

A nivel del impacto potencial de las estrategias de promoción de la salud en los determinantes sociales por cada país podemos señalar que para el caso catalán las estrategias valoradas idealmente con mayor impacto son aquellos relacionados con la promoción de la participación social e inclusión en la gestión de Salud Pública y aquellas que intervienen en los factores de riesgo familiar y social comunitario (ambas con medias de 3,36 puntos). En tanto para el caso Chileno las estrategias con mayor valoración potencial se situarían en la intervención de factores de riesgo a nivel familiar y social comunitario (con medias de 2,45 cada una de ellas).

Lo anterior contrasta y varía drásticamente al plantear la cuestión en términos pragmáticos, donde los entrevistados de ambos países califican en un grado medio bajo el *impacto general de las diversas acciones de promoción de la salud desarrolladas en los determinantes* de la salud, con una media de 2 puntos para Chile y 2,45 para Cataluña.

4. Evaluación del componente participativo en las acciones de P.S.

En lo que respecta al nivel de participación ciudadana en las acciones y programas de promoción de la salud si bien hay un conocimiento directo en la mayoría de los casos no deja de ser significativo el hecho de que el 25% manifieste desconocimiento del componente participativo en los programas. En esta línea los entrevistados al ser consultados acerca del grado de involucramiento de los actores en la P.S., si bien en promedio señalan un grado medio de desarrollo, identifican como actores más relevantes en este aspecto a las organizaciones voluntarias o de auto ayuda y al Estado o Gobierno.

Si bien la totalidad de los entrevistados señala la importancia de la participación social en la promoción de la salud, ya sea como función esencial de la salud pública o como elemento determinante de ésta, la percepción del grado de efectividad de ésta aparece como

relativo, siendo el lobby organizado de la sociedad civil la estrategia percibida como la más efectiva respecto de aquellas centradas en la participación en consejos de salud, observatorios de políticas en salud, la movilización social y la participación en el ciclo de políticas públicas.

En este último aspecto la mayoría de los entrevistados señala que el tipo de participación en políticas públicas que más caracteriza a su país está directamente relacionada con la participación de sus ciudadanos en las actividades de programas o proyectos y en los beneficios que otorgan éstos (con promedios de calificación por sobre los 3 puntos), siendo común a ambos casos el mínimo desarrollo de la participación de los ciudadanos en la planificación y selección de programas sociales (con calificaciones bajo los 2 puntos).

Al comparar los resultados a nivel de países si bien se ajustan a la tendencia de otorgar una alta importancia la componente participativo en la PS, existe mayor conocimiento de ésta en el caso chileno que en el catalán. A nivel de la valoración de la efectividad de la participación social en los diversos mecanismos potenciales de participación, claramente las mayores puntuaciones para el caso catalán se sitúan en el *Lobby organizado de la sociedad civil* (media de 3,8) y de la *participación de ésta en el ciclo de políticas gubernamentales en salud* (3,2) , a diferencia del caso chileno donde la efectividad es valorada en mayor proporción a nivel de participación en los consejos locales de salud (media de 2, 83) y en la movilización social impulsada por las organizaciones sindicales de la salud (media de 2,75).

A nivel de involucramiento de actores en la promoción de la salud se identifican, para ambos países, altos niveles de involucramiento de las organizaciones voluntarias y autoayuda; evidenciándose diferencias en los que respecta a las ONG y el Estado, mientras para Cataluña las Ongs serían un actor relevante, en Chile lo sería el Estado y el Gobierno.

Finalmente en lo que respecta a la participación ciudadana en el ciclo de políticas públicas no se advierten diferencias a la tendencia ya planteada con anterioridad.

5. Síntesis del Capítulo.

Analizando los datos de cada una de las dimensiones estudiadas podríamos señalar que, en cuanto a las concepciones asociadas a la promoción de la salud, prima para ambos países una noción basada en los estilos de vida saludables a nivel individual, ligada a la educación para la prevención de enfermedades y que encontraría una concordancia a nivel del desarrollo de acciones ligadas a la promoción de estilos de vida y la prevención de conductas de riesgo en cada uno de sus países.

En lo que se refiere a las percepciones de las condiciones en las que se desarrolla la P.S. podemos advertir en general, que los encuestados de ambos países perciben en un nivel alto en las condiciones sociales y medias en las institucionales y formativas, no así para el caso de las políticas donde si bien las graduaciones son bajas para ambos países se presenta en mayor porcentaje para el caso chileno.

Al relacionar las acciones de promoción de la Salud con los determinantes de la salud podemos advertir más diferencias que similitudes. Mientras en Cataluña se considera el determinante más influyente a nivel de los hábitos de vida y conductas de los individuos, en Chile lo constituye la inequidad y la desigualdad social. Mientras en Chile los determinantes con más alta posibilidad de transformación está situada a nivel individual y familiar, en Cataluña está a nivel de los aspectos socioculturales. Respecto al impacto potencial de las acciones en los determinantes también se presentan diferencias, asignándose mayor importancia a la participación social en el caso catalán y a la intervención de factores de riesgo en el caso chileno. No obstante lo anterior a nivel de impacto efectivo en los últimos años, en ambos países se percibe un nivel bajo en este aspecto.

En cuanto a la participación social, si bien existe una alta valoración de ésta como componente esencial de la Promoción de la salud, así como de la efectividad de mecanismos asociados al lobby, la participación en los consejos locales de salud y la movilización social, se plantea en ambos casos un desarrollo medio de este aspecto, destacando el bajo nivel de involucramiento de los ciudadanos en este aspecto. Cuestión última que es totalmente coherente cuando analizamos las opiniones de participación ciudadana en el ciclo de políticas públicas, donde la mayoría de los entrevistados señala que ésta se sitúa a un nivel operativo y como beneficiarios, mas no como ciudadanos propiamente tales.

CAPITULO V

APLICACION DE LA MATRIZ DE ANALISIS COMPARADO ENTRE CHILE Y CATALUÑA. SINTESIS

Tal como describiéramos en el marco metodológico, la matriz de análisis pretende aplicar el método comparativo de ambos casos de manera resumida, de modo de facilitar la comparación y revisión de las principales dimensiones involucradas.

En tal sentido, la matriz se orienta a identificar cuatro grandes ámbitos para cada uno de los países y que podemos resumir en: las condicionantes estructurales, las condiciones institucionales en las que se desarrolla la promoción de la Salud; el tipo de promoción que se desarrolla a través de sus estrategias y programas; la percepción de los actores institucionales involucrados acerca de la promoción de la salud y su relación con las temáticas de participación y determinantes de la salud.

No obstante lo anterior en la operacionalización de cada uno de estos ámbitos se otorgó mayor desarrollo a las dimensiones relacionadas con las condiciones institucionales y el tipo de promoción desarrollada, por contribuir de manera central al propósito de la investigación, siguiendo en la gradiente la percepción de actores y las condicionantes más estructurales.

Coherentemente con lo anterior el capítulo se organiza en función de las dimensiones antes mencionadas intentando dar cuenta desde una perspectiva macro a micro, de los principales indicadores que permitan la comparación para cada uno de los casos. Luego en un cuadro resumen se exponen de manera sintética la comparación entre ambos países de cada uno de los aspectos en los que ha sido operacionalizada las políticas de promoción de la salud.

1. Las condicionantes estructurales en las que se desarrollan las políticas de promoción de la salud.

En lo que se refiere a las características macroestructurales de los dos casos podemos advertir que comparativamente, si bien ambos están catalogados dentro de los países con alto nivel de desarrollo humano, el caso catalán destaca por situarse más arriba que Chile en el ranking mundial y con niveles de desigualdad muchísimos más bajos que en el caso chileno. Del mismo modo se concluye, a nivel de tendencia, un aumento presupuestario en salud mucho más alto en Cataluña, respecto de los aumentos presupuestarios de Chile. Lo anterior evidencia que en lo estructural se trata de dos países con condicionantes socioeconómicas totalmente diferentes, ante lo cual podríamos afirmar hipotéticamente que Chile se encuentra

en condiciones estructurales menos favorables respecto a Cataluña para desarrollar sus políticas sociales en materia de salud, siendo la inequidad la mejor expresión de ello.

En lo que respecta a las condicionantes de la salud o más bien dicho de las enfermedades, los estilos de vida aparecen como los aspectos más relevantes, no sólo, para entender la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, así como el sobrepeso, estrés y sedentarismo; sino además para explicar su asociación entre las principales tasas de mortalidad y las enfermedades relacionadas con los estilos de vida. En ello a nivel de tendencia se presentan semejanzas en las causas de muertes, no obstante existan diferencias de género ya mencionadas anteriormente, presentándose una clara asociación entre los estilos de vida y el estado de salud de sus poblaciones.

En cuanto a los perfiles de estilos de vida asociados a la salud podemos advertir situaciones diferenciadas. En el caso chileno las prevalencias de stress, consumo de drogas ilícitas (marihuana) y sobrepeso presentan una tendencia al aumento que constituyen diferencias porcentuales significativas. Siendo el sedentarismo y el consumo de drogas ilícitas (marihuana) las prevalencias con mayor aumento en el caso catalán.

De este modo, podemos advertir que cada país, con unas determinadas condicionantes o determinantes macro y con unos determinados perfiles epidemiológicos, enfrentan procesos de reforma de los sistemas de salud, que tensionados por los procesos macro económicos no sólo ponen en tensión los respectivos ministerios de salud o sanidad, sino el tipo de salud que se espera para su población y la manera en cómo los gobiernos responden ante situaciones comunes pero en condiciones diferenciadas.

En tal sentido podemos apreciar algunas diferencias en lo que se refiere a la implementación de estas políticas en el contexto de sus reformas a los sistemas de salud. En el caso catalán, éstas apuntan más bien a cuestiones de gestión y reestructuración de los recursos, que si bien parte de la base de una garantía de derechos dada por un sistema de protección social impulsado por lo menos hace dos décadas, inicia la incorporación de agentes privados, a través de la creación de cuasimercados gestionados a partir de la figura de las Agencias Públicas de Salud. En el caso chileno las reformas impulsadas en las últimas décadas, al contrario del caso catalán han transitado desde medidas neoliberales centradas en la gestión, eficiencia y reducción del gasto público en salud hacia la inclusión de la salud como un derecho social y universal, pasando recientemente a constituirse como uno de los pilares del reciente sistema de protección social, no obstante en lo estructural no se presenten modificaciones ni regulaciones sustantivas en la participación del sector privado en salud.

De tal modo que las condiciones estructurales van configurando un perfil relativamente favorable para el impulso de políticas de promoción de la salud en el caso catalán respecto de Chile.

2. Las condiciones institucionales en las que se desarrolla la Promoción de la Salud.

En lo que se refiere a la adecuación de la estructura institucional para el abordaje transversal e intersectorial de las políticas de PS, en términos generales, podemos advertir que las políticas de promoción de la salud encuentran en ambos casos soportes institucionales (departamentos y subdirecciones; profesionales y presupuesto para la ejecución de iniciativas) para desarrollar estrategias y programas, contando con una estructura nacional, regional y local.

No obstante ello podemos notar que el caso catalán presenta formas de estructuración intersectorial de carácter reciente y anidadas más bien a nivel local que central, destacando el hecho de la transversalidad de la promoción de la salud dentro del continuo de la prevención y tratamiento en salud, la coordinación estratégica con Educación y en menor medida con el sector privado.

El caso chileno al contrario, presenta niveles y formas estructurales de articulación intersectorial centralizadas, traducidas en estrategias nacionales e instancias interministeriales y que a partir del 2006 presentan mayores grados de desarrollo a nivel regional y comunal (no necesariamente producto de una política de descentralización). En cuanto a la articulación o co-ejecución con el sector privado o tercer sector, de las iniciativas revisadas su desarrollo es muy bajo.

En lo que respecta al respaldo político institucional de los gobiernos, de la revisión realizada podemos advertir diferencias en las prioridades y énfasis políticos. En el caso chileno la estrategia de promoción de la salud es impulsada por dos presidentes del país, constituyendo parte de las estrategias de instalación del sistema de protección social de Chile y de algún modo una prioridad dentro de la agenda gubernamental del período 2001-2006, que se expresó en la constitución del Consejo Vida Chile.

En el caso de Cataluña, el tema de la promoción de la salud tiene una relativa prioridad política, en tanto se incluye transversalmente dentro de los planes de salud y de la instalación de una nueva reforma de salud impulsada por el Gobierno Catalán a partir del 2004.

En cuanto al nivel de inclusión en los procesos de reforma de la salud de ambos países, se puede apreciar también diferencias de prioridad y oportunidad. En el caso chileno la promoción de la salud paso a ser no sólo una prioridad dentro del proceso de reforma de la salud sino además una oportunidad más dentro de otras para su realización. En el caso catalán si bien la promoción está incluida, esta aparece en una dimensión transversal y muy ligada a la protección de la salud, no constituyendo una oportunidad para su desarrollo, toda vez que la reforma en Cataluña descansa fundamentalmente en aspectos de gestión.

De manera similar opera para el caso de los planes de salud. En el caso chileno la promoción de la salud está incluida dentro de los objetivos sanitarios, relacionada directa o indirectamente con dos de ellos, por tanto formalmente considerada dentro de un estatuto importante de la planificación sanitaria en Chile. En el caso catalán como advertimos en capítulos anteriores, la promoción de la salud se presenta de manera diluida y muy ligada a protección de la salud y bajo la forma de programas asociados a enfrentar las prevalencias asociadas a estilos de vida individual.

En lo referente a mecanismos o instancias de participación en las que se desarrolla la P.S., si bien los planes de salud, así como las cartas de deberes y derechos formalmente conciben mecanismos formales de participación ciudadana, de la revisión realizada se puede concluir que en general no existe un desarrollo muy adecuado de esta temática en ambos países, salvo las instancias locales de participación de salud. No obstante ello en el caso chileno se aprecia mayor desarrollo de mecanismos formales de participación en la temática a través de comisiones o consejos locales y diálogos ciudadanos, respecto de Cataluña donde sólo recientemente (2007) se instala el programa Salud a los Barrios.

Consecuentemente con lo anterior los niveles de participación alcanzados por las políticas y programas de salud asociadas a la P.S., de la evidencia revisada se puede constatar el hecho de no contar con evidencia para el caso catalán y en el caso chileno sólo referencia a participación social en salud en general, donde se advierte bajos niveles de participación. No obstante lo anterior, a nivel de revisión de los programas asociados a la promoción de la salud podemos notar que en ambos casos los niveles de participación de los ciudadanos son muy limitadas y en el caso de desarrollarse, ésta se da mayoritariamente como beneficiarios.

En cuanto al desarrollo correctivo de las políticas de promoción en curso, los niveles de desarrollo de evaluaciones político técnica muestran diferencias evidentes. Mientras en Chile se cuenta con dos evaluaciones de la política de promoción de la salud, así como informes de evaluación de los planes comunales de P.S., en Cataluña no existe evidencia respecto de la evaluación de planes o programas en el ámbito de la Promoción de la Salud.

3. Características de las acciones institucionales.

En lo que respecta al contenido o a los enfoques en los que se basa la promoción de la salud, podemos advertir , en coherencia con la discusión teórica desarrollada en el capítulo primero, que en ambos casos la mayoría de los programas hasta el 2006 plantean acciones basadas en la promoción de estilos de vida saludables a nivel individual y familiar e incorporando en muy baja medida la perspectiva de la educación para la salud, siendo mayoritariamente característico el hecho de que muchos programas de promoción incorporen líneas de prevención o se constituyan como complementos de éstos.

De hecho en la revisión de los programas de ambos países, la mayor parte de las acciones desarrolladas a nivel de Subdirección o División Ministerial, desarrollan mayor cantidad de iniciativas de prevención respecto a las de promoción.

No obstante ello a partir del año 2006, por lo menos en el caso chileno, las acciones de promoción al incorporar los determinantes sociales y no sólo las condicionantes de salud se han visto tensionadas a incorporar estrategias más participativas y que incidan en los factores condicionantes de los estilos de vida, por tanto ya no como complemento de la prevención sino como estrategias con relativa autonomía.

En el caso catalán más bien la promoción continúa situándose mayoritariamente como complemento de la prevención y el tratamiento de enfermedades, exceptuando el caso del programa "Salud a los Barrios" que podría constituir una oportunidad para el desarrollo de modelos de empoderamiento o educativos.

En este último aspecto es necesario advertir que el enfoque de empowerment está instalado como discurso o contenido del discurso participativo, pero sin concreción en los diseños estratégicos y programáticos. Lo anterior si bien es más gráfico en Chile, en Cataluña también está presente.

En lo que respecta a los mecanismos y niveles de participación social, los diseños de programas revisados, nos llevan a concluir que no existe mucho desarrollo a este respecto, primando para ambos países la noción de participación como beneficiario y en menor medida de carácter consultivo.

En lo que respecta a la incorporación de la perspectiva de determinantes sociales de inequidad en salud, en los diseños de los programas, podemos advertir que esta temática es de reciente incorporación para ambos países. No obstante ello, el caso chileno presenta mayores avances que el catalán, expresándose en la constitución de una instancia de carácter ministerial destinada a abordar los determinantes sociales con el propósito de desarrollar

orientaciones técnicas que reorienten todos los programas de promoción de la salud desde esta perspectiva. En el caso catalán, más que abordarse los determinantes sociales de inequidad, se abordan las desigualdades en salud, con un componente más de etnia y género que es abordado a través del programa "Salud a los Barrios", no siendo una temática transversal para cada uno de los programas.

En cuanto a las estrategias comunicacionales audiovisuales desarrolladas y según la revisión de evidencia registrada podemos advertir un desarrollo reciente para ambos países, pero que ha implicado desde el 2005 niveles de inversión diferenciados. En tal sentido destaca el caso Cataluña, que por la cantidad de campañas demuestra claramente que la "agenda settings" constituye una estrategia priorizada a la hora de intervenir en salud, más aun si consideramos el hecho de contar con un programa televisivo alusivo al tema, no obstante ello la promoción de la salud sigue siendo una temática abordada de manera acotada respecto a las campañas preventivas centradas en la enfermedad. En el caso chileno si bien las campañas constituyen una experiencia reciente y despiertan interés desde la perspectiva de la "agenda settings" se manifiestan de manera muy reducida no sólo a nivel de la promoción de la salud sino de prevención en general.

En cuanto a la incorporación del sector privado o tercer sector en las acciones en promoción de la salud impulsadas por los respectivos Estados, ya sea como aliados estratégicos o co-ejecutores, si bien es un fenómeno reciente para ambos países, sin duda muestra diferencias de magnitud y de participación. En tal sentido el caso catalán destaca por la inclusión de las ONG en la co-ejecución de un número significativo de acciones, así como también el involucramiento de las empresas. No obstante ello en materia de promoción de la salud esa proporción se manifiesta de manera relativamente baja. En el caso chileno la incorporación de las ONG en la co-ejecución de los programas es muy baja, tanto para la prevención como para la promoción de la salud.

En cuanto al grado de intersectorialidad o co-ejecución con otras reparticiones públicas, se repite la tendencia señalada en lo que respecta a transversalidad e intersectorialidad de las políticas de promoción de la salud.

4. La percepción de los actores institucionales.

En general de las entrevistas aplicadas se puede concluir en términos generales que los actores institucionales entrevistados a nivel de concepciones de la promoción de la salud, reconocen la primacía de la concepción de la PS asociada a la promoción de estilos de vida

saludables a nivel individual, más que en los factores estructurales o ambientales siendo coherente con el desarrollo de acciones y cumplimiento de objetivos asociados a esta concepción. En este punto no existen diferencias significativas para ambos casos.

Respecto al impacto de las acciones de la promoción de la salud desarrolladas en los determinantes sociales de la salud, si bien la percepción de los encuestados de ambos países plantea niveles relativos y bajos, comparativamente se evidencian pequeñas diferencias. Es así como en el caso catalán el impacto de las acciones de promoción es percibido como medio bajo, mientras que en Chile como bajo. Ello es necesario complementarlo con la percepción acerca del tipo de determinantes que más influye en la P.S., en donde los entrevistados de Cataluña identifican a los hábitos y conductas de los individuos como el determinante más influyente, respecto de los de Chile quienes identifican a la inequidad y la desigualdad social como el más determinante en las acciones de la P.S.

En cuanto a las condiciones en las que se desarrolla la promoción de la salud, podemos concluir que a modo de tendencia existirían unas condiciones institucionales, políticas, formativas y sociales relativamente similares, existiendo matices para las percepciones asociadas con el soporte social y nivel de formación, donde habría un desarrollo levemente más favorable en Cataluña que en Chile.

A nivel de la participación social si bien en ambos casos existen similitudes en orden a percibir un bajo involucramiento de los ciudadanos en las acciones de promoción de la salud y un tipo de participación en políticas públicas basado más bien en la lógica activista y de participación de beneficios.

A nivel de expectativas o de potencial impacto de la participación, se presentan diferencias en los casos revisados. De este modo en el caso catalán se otorga mayor valoración la participación basada en el Lobby de la comunidad organizada que incida en la agenda pública, mientras que en el caso chileno se valora con mayor potencialidad la participación local a través de consejos locales de salud, evidenciándose un fuerte énfasis institucional para el caso chileno respecto del social o político planteado por los catalanes.

Respecto del rol de la participación en la Promoción de la Salud, si bien en todos los casos declarados se valora su importancia, en el caso de las respuestas de Chile posee un matiz, en tanto se le atribuye un rol estratégico no sólo dentro de la promoción de la salud sino además en su relación con los determinantes sociales de la salud.

MATRIZ DE ANALISIS COMPARADO. CUADRO RESUMEN.

Dimensiones/ Criterios	CHILE			CATALUÑA		
	Alto	Medio	Bajo/ Nulo	Alto	Medio	Bajo/ Nulo
1.Condiciones estructurales de Contexto						
1.1. IDH (Indice de Desarrollo Humano)						
1.2. Tendencia Indice Desigualdad						
1.3. Tendencia aumento Gasto Público en Salud						
1. Condicionantes de la salud (estilos de vida)						
	CHILE			CATALUÑA		
2.1.Tendencia de las Prevalencias Alcohol (<i>Porcentajes de consumo abusivo</i>)						
2.2. Tendencia de las Prevalencias Sedentarismo (<i>Porcentajes de personas que declaran bajos niveles de ejercicio físico</i>)						
2.3. Tendencia de las Prevalencias Salud Mental (<i>porcentajes de personas que manifiestan algún problema asociado a su salud mental y/o stress</i>)						
2.4. Tendencia de las Prevalencias Tabaco (<i>Porcentaje de personas que declaran consumo de tabaco último mes</i>)						
2.5. Tendencia de las Prevalencias Marihuana (<i>Porcentaje de personas que declaran consumo último año</i>)						
2.6. Tendencia de las Prevalencias Sobrepeso						
2.Condiciones institucionales en que se desarrolla la P.S.						
	CHILE			CATALUÑA		
3.1. Respaldo político institucional (<i>Declaraciones formales del gobierno, inclusión en la agenda pública y dentro de los planes de salud</i>)						
3.2. Adecuación de la estructura institucional para el abordaje transversal e intersectorial de las políticas de PS. <i>(Existencia de instancias intersectoriales, presupuesto para la co-ejecución de programas con sector privados, profesionales especializados, etc)</i>						
3.3.Mecanismos o instancias de participación en las que se desarrolla la P.S. (<i>Mecanismos nacionales y subnacionales a través de los cuales se desarrollan las políticas de promoción con la ciudadanía, mecanismos formales por medio de los cuales los programas incorporan a la ciudadanía</i>)						
3.4.Niveles de participación alcanzados por las políticas de salud asociadas a la P.S. <i>(Porcentajes de participación de los ciudadanos en los programas y acciones de salud y/o P.S)</i>						
3.5.Nivel de inclusión de la P.S. en el proceso de reformas de los Sistemas de Salud (<i>Grado o prioridad en el que los objetivos de P.S. y/o sus estrategias son incluidos en los procesos de reforma</i>)						
3.6.Nivel de inclusión de la P.S. en los Planes de Salud. <i>(Grado o prioridad en el que los objetivos de P.S. y/o sus estrategias son incluidos en los diseños de los planes de salud)</i>						
3.7.Nivel de evaluación político técnica desarrollada en la materia (<i>Existencia de estudios de evaluación de las políticas, planes o estrategias en P.S.; existencia de evidencia de efectividad de la intervenciones en P.S. a nivel local</i>).						

3.Las principales características de las acciones desarrolladas en Promoción de la Salud.						
	CHILE			CATALUÑA		
4.1.Grado o nivel en el que los contenidos de los programas incorpora la promoción de estilos de vida individuales.						
4.2.Grado o nivel en el que las acciones incorporan estrategias educativas basadas en la noción de educación para la salud						
4.3.Grado en el que el diseño de las acciones considera mecanismos de participación social.						
4.4. Grado en el que el tipo de mecanismos de participación predominantes en las acciones favorece o potencia el empowerment de las comunidades o personas involucradas						
4.5.Nivel en el que las acciones en P.S. consideran en su diseño una perspectiva de determinantes sociales de inequidad en salud.						
4.6.Nivel de visibilidad e instalación comunicacional audiovisual de las acciones en P.S.						
4.7. Nivel de incorporación del sector privado o tercer sector en la co-ejecución de los programas de P.S.						
4.8.Nivel de intersectorialidad declarado formalmente, en el que se desarrollan los programas (<i>Grado de co-ejecución con otras reparticiones publicas, más de una</i>).						
5. Percepción de actores institucionales acerca de la relación entre Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud						
5.1.Nivel de impacto de la promoción de la salud en las determinantes de la salud .						
5.2.Nivel de formación de los profesionales que trabajan en promoción de la salud.						
5.3.Grado de desarrollo de la participación social en las políticas de promoción de la salud.						
5.4.Nivel de capital social o soporte social para el desarrollo de la participación en las acciones de P.S.						
5.5. Nivel de coherencia entre la concepción de Promoción de la Salud y las acciones o programas en P.S.						
5.6.Nivel de coherencia entre el valor asignado a la participación social y la percepción de la efectivamente lograda a través de los programas.						

DISCUSION Y REFLEXIONES FINALES.

Si bien hasta aquí hemos logrado desarrollar un ejercicio fundamentalmente analítico y descriptivo respecto las políticas de promoción de la salud desde una perspectiva comparada, es fundamental para fines de esta investigación contrastarlo con el encuadramiento teórico y conceptual antes planteado, a fin de problematizar e identificar nuevas preguntas y desafíos.

En tal sentido las siguientes reflexiones finales se encuadran en tres niveles: uno de carácter conceptual y contextual; otro más específico asociado a la comparación de los casos y finalmente aquel relacionado con los desafíos que a toda investigación se le plantea.

En un nivel conceptual y contextual, podemos advertir en la discusión teórica de la Salud Pública y la Promoción de la Salud, que no obstante la diversidad de modelos y enfoques en los cuales se han basado, ha mantenido a lo largo de la historia una constante de carácter social, que en coherencia con la definición de salud ya planteada se enmarca en relaciones de poder no exentas de conflicto, cuestión que en la actualidad podría verse reflejada en la discusión de los determinantes sociales de inequidad en la salud, en tanto expresión de las contradictorias relaciones de poder (entre el poder económico, el político y social) que hoy vivimos en las sociedades democráticas. Relaciones que además explicarían de algún modo la llamada crisis de la Salud Pública, y de paso del surgimiento de la promoción de la salud como una reacción a estas contradicciones globales.

En este último aspecto la discusión planteada respecto a la promoción de la salud en su perspectiva conceptual, si bien existiría una diversidad de concepciones y prácticas de Salud Pública y que resumimos en el modelo preventivo, educacional, crítico y del “empowerment”, al ser contrastadas con los principios de la promoción de salud, se evidenciaría cierta distancia con los modelos preventivo y educacional, enfocados más en el individuo y sus conductas en salud, que en concepciones colectivas asociadas a los determinantes sociales de la salud.

En tal sentido, las estrategias y acciones de promoción basadas en los modelos críticos o de “empowerment”, si bien estarían más en coherencia con los principios de la promoción de la salud y por tanto en coherencia con los requerimientos para enfrentar las inequidades en salud, no constituirían una pauta guía para las acciones de promoción revisadas en ambos países por tanto no existiría evidencia de su efectividad o impacto.

Lo anterior, sumado a los resultados de efectividad de la P.S., sobre todo en Europa, evidenciaría una tendencia a concebir las acciones de promoción de la salud en el marco de

las condicionantes de la salud, es decir en relación a las prevalencias de enfermedades asociadas a los estilos de vida y no de los determinantes sociales de la salud. De tal modo que las prácticas asociadas a la promoción de la salud se acercarían más a la educación para la salud y la prevención (selectiva) de las enfermedades que a la promoción de derechos o del “empowerment” de las comunidades para modificar los determinantes de su salud.

Esta tendencia marcada tanto para Chile como Cataluña, hasta el 2006, inicia un giro estratégico con la incorporación en los diseños de sus estrategias y programas del enfoque de determinantes sociales de inequidad (con mayor desarrollo en el caso chileno), no contándose a la fecha con estudios de evaluación de impacto o evidencia que demuestren el impacto de estos diseños en los determinantes.

Ello, además de evidenciar un déficit en los estudios de evaluación de este tipo, sobretudo en el caso catalán, plantea la necesidad e importancia de contar con insumos que analicen el impacto de la promoción de la salud en las determinantes sociales de salud y en la equidad y no sólo en las condicionantes (cuestión que sólo indirectamente se aborda en el caso chileno, a través de dos evaluaciones, una de resultado y otra de proceso).

Lo anterior implicaría desafíos no sólo para la ampliación del conocimiento científico en esta materia, sino además a nivel económico (presupuestario) y político-ideológico, toda vez que al mirar las condiciones sociales políticas y económicas en la que se expresa el estado de salud de un población; se pone en evidencia la inequidad y desigualdad de la salud y de paso la diversidad de prácticas y enfoques que coexisten contradictoriamente bajo el mismo nombre de promoción de la salud.

Contradicción que se explicaría por la influencia de las visiones salutogénicas (modelos holísticos) v/s las visiones patogénicas (biomédicas) en las estrategias desarrolladas en Promoción de la Salud y que abre la pregunta respecto a cuales modelos o visiones son más efectivas en la transformación de los determinantes sociales de la salud y en particular de la inequidad.

De este modo podríamos entonces afirmar hipotéticamente, que si bien a nivel de efectividad se evidencian aportes de la promoción en la intervención de las condicionantes, a nivel de impacto ésta debiese centrarse en el grado de transformación de las determinantes de inequidad y desigualdad en salud, casi como un imperativo y función esencial de la salud pública.

No obstante lo anterior, al revisar este imperativo desde el punto de vista de las políticas públicas en materia de salud advertiríamos que las políticas saludables en las que se insertan las estrategias de PS, se desarrollarían en una tendencia marcada en la última década

respecto de la denominada Nueva Gestión Pública (basada en criterios empresariales), que no necesariamente favorecerían el desarrollo de iniciativas de impacto en las determinantes de inequidad, acercándolas más a políticas correctivas que redistributivas.

Lo anterior se expresaría de algún modo, a nivel de las reformas de la salud impulsadas en América Latina y en Europa, que enmarcadas en procesos de transformación del Estado de Bienestar, para el caso europeo y del Neoliberal en el caso chileno, no evidenciarían cambios en sus estructuras y determinantes sociales asociadas a la salud. No obstante en el caso chileno el proceso de reforma recientemente impulsado considere este aspecto, al ser un proceso de reciente desarrollo no se dispone de evidencia suficiente que afirme lo contrario.

En un nivel más específico y aplicado a los casos en estudio, podemos constatar en general una relativa coherencia con la reflexión antes planteada, no obstante las diferencias particulares de cada uno. En este sentido podríamos señalar que en ambos casos se asistiría a procesos de transformación global (económica, social y cultural) a nivel regional y local, que a nivel macro institucional están marcados por un tipo de políticas y reformas estatales (que implican distintos modelos de modernización y desarrollo) en el ámbito social y en particular en la salud que incidirían en la manera en cómo se enfrentan las inequidades y desigualdades sociales asociadas a la salud.

En este sentido, no obstante ambos casos estén frente a procesos de transformación, su situación y condición de desarrollo socioeconómico podría ser clave a la hora de diferenciar impactos en materia de salud, no obstante cuenten con condicionantes y condiciones institucionales similares.

En cuanto a la relación de las políticas de promoción de la salud y las determinantes sociales de la salud, si bien de la comparación de los casos sólo podemos constatar las diferencias estructurales a nivel de determinantes de la salud, no encontramos evidencia que nos permita correlacionar el grado de desigualdad o inequidad existentes con los resultados de las políticas de promoción de la salud (no obstante la percepción de los actores institucionales en ordena identificar un bajo impacto), constituyendo un interesante campo de investigación para futuros estudios en la materia.

En cuanto a las concepciones implícitas en las diversas acciones en Promoción de la Salud y explícitas en el discurso de los actores institucionales, podemos constatar que el predominio de visiones ligadas a la promoción de hábitos de vida saludable a nivel individual, centradas en las condicionantes de la salud y con foco de intervención en las conductas, generalmente de riesgo, plantea una contradicción con las nociones clásicas de promoción de

la salud, que la relacionan con su capacidad de incidencia en factores sociales, ambientales que intervienen en el estado de salud de la población. No obstante ello con la reciente incorporación de los determinantes sociales de inequidad (Chile) o desigualdad (Cataluña) en el diseño de la mayoría de los programas para el caso chileno y en menor medida para el caso catalán, generaría condiciones incipientes para que dichas percepciones se manifiesten de manera congruente con la noción clásica de promoción de la salud.

De este modo las acciones de promoción desarrolladas en ambos países se centraron fundamentalmente en las condicionantes de la salud (prevalencias de enfermedades asociadas a los estilos de vida) y sólo recientemente incorporan algunas variables o factores asociados a determinantes sociales de la salud.

Desde esta perspectiva si bien las condiciones institucionales en general se muestran favorables para el desarrollo de políticas y estrategias en el tema, en ambos países, éstas al estar basadas en el enfrentamiento a las condicionantes más que a los determinantes, debiesen ser relativizadas en los impactos que generan.

Lo anterior tal vez es más claro en relación a las condiciones políticas que evidencian diferencias a la hora de poner el acento en las inequidades asociadas a la salud o en las condiciones sociales, donde los déficit de capital social y sobre todo de participación (desde la perspectiva ciudadana y del “empowerment”) tanto en el diseño como en la ejecución de los programas en esta materia, nos plantea dudas respecto del soporte con el que se pueden desarrollar políticas sustentables que impacten los determinantes.

En este sentido si bien la participación social constituye un elemento importante en el discurso, en ambos países, y en el reciente diseño de algunos programas (en el caso chileno), dependerá de los mecanismos y tipos de participación que se desarrolle, para lograr niveles adecuados de sustentabilidad de las acciones y de incidencia en los determinantes sociales. Hasta ahora y de la evidencia recogida, a partir de la revisión de programas y discursos institucionales, este aspecto constituiría un campo deficitario, evidenciándose una debilidad estratégica a nivel de políticas de P.S.

Por otro lado, a nivel formativo podemos advertir, que si bien existiría la percepción de un desarrollo relativamente adecuado de la formación de los profesionales que trabajan en promoción, abriría la pregunta respecto del tipo de formación y carácter de la promoción de la salud con la que se trabaja así como su extensión fuera de los círculos académicos.

En cuanto a la posible relación entre la efectividad de las acciones de promoción y las condicionantes de salud, al revisar las estadísticas de ambos países, podemos notar aumentos y disminuciones de prevalencias que no necesariamente se presentan correlacionadas con las

evaluaciones de los programas, dificultando la posibilidad de medir el impacto de las estrategias y programas en la reducción de las prevalencias.

Si a lo anterior incorporamos la variable determinantes sociales de inequidad en salud, la brecha o más bien la interrogante respecto del impacto de la promoción de la salud en ésta, se profundiza y complejiza aún más, toda vez que la opinión negativa de los expertos a este respecto no se basa en evidencia científica.

Por tanto, si el parámetro de evaluación de la promoción lo constituyen los determinantes sociales y no sólo las condicionantes, podríamos concluir que las condiciones formativas, sociales, políticas e institucionales en las que se desarrollan las acciones de promoción, en ambos países debiesen ser relativizadas, no obstante en el caso chileno exista un avance mayor respecto a Cataluña en esta materia.

Ahora bien respecto a las características de las acciones de promoción de la salud si bien sus contenidos son coherentes con las percepciones de los actores institucionales, en orden a centrarse en enfoques preventivos orientados a la reducción de prevalencias, presentan algunos matices necesarios de considerar para esta reflexión final.

En tal sentido si bien las políticas y estrategias globales, para el caso chileno, apuntan a una dimensión global de intervención social y no individual, sus instrumentos (programas o proyectos) al desarrollarse por medio de estrategias informativas y educativas y con foco en las conductas individuales se acercarian más a la prevención que a la promoción, cuestión que sólo se revierte en los últimos dos años al incorporarse de manera transversal los determinantes sociales de inequidad en el diseño y ejecución de los programas. En el caso catalán si bien no existen estrategias globales en esta materia y como veíamos se inserta dentro del continuo de la prevención y el tratamiento de las enfermedades, refuerza a través de la mayoría de sus programas promocionales (exceptuando el Programa Territorial) las nociones más preventivas y biomédicas que aquellas de carácter holísticos e integrales.

Finalmente a nivel de desafíos de esta investigación, podemos señalar que si bien la evidencia recogida permite una caracterización comparada de las principales características de las políticas de promoción de la salud, plantea dos necesidades y a la vez desafíos.

Por un lado la necesidad de contar con evaluaciones de impacto y efectividad en esta materia que permitan analizar con mayor rigor el peso de la promoción de la salud en relación a los determinantes sociales de la salud y más aún en la disminución o corrección de la inequidad en salud. Por otro, la importancia de contar con estudios que permitan caracterizar en perspectiva sociohistórica los diferentes componentes de los determinantes sociales de la salud y en especial de la inequidad, así como su correlación con los

condicionantes, plantean un desafío a la hora de realizar estudios de impacto en materia de promoción de la salud, que superen visiones de epidemiología social. Lo anterior implica conciliar la relación entre la investigación científica y las evaluaciones de las políticas públicas como un campo de estudio cada vez más necesario de desarrollar en salud, en tanto expresión de la relación entre Ciencia y Estado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Abreu, L. Et al (eds.) (2007) *"Dynamics of Health and Welfare: texts and contexts"*. Ed. Colibri. CIDEHUS-UE. Alfa-Graph / Phoenix TN.
- Abreu, W. (2003) *"Saúde doença e diversidade cultural. Pensar a complexidade dos cuidados a partir das memórias culturais"* Ed. Piaget , Lisboa.
- Aguilar, M.J. (2001) *"La participación comunitaria en salud: Mito o Realidad?"*. Ediciones Diaz Santos S.A. Madrid.
- Alcántara, M. (1995) *"Gobernabilidad, crisis y Cambio"* Fondo de Cultura Económica. México.
- Almeida, C. (2002) *"Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90"*. En Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):905-925.
- Arendt, H. (1993) *"La Condición Humana"*. Barcelona: Paidós, 1993.
- Arredondo, A. (1992) *"Análisis y reflexión sobre Modelos Teóricos del proceso salud - enfermedad"* en Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 8 (3): 254 – 261.
- Atria , R. & Tagle M. (1991) *"Estado y Política en Chile"* CPU, Santiago de Chile.
- Banches , M.A. (2007) *"Entre Ciencia y el Sentido Común: Representaciones Sociales y Salud."* En Rodríguez, T. & García C. (Coord.) Representaciones Sociales. Teoría e Investigación. Universidad de Guadalajara . Jalisco.
- Bañón , R. (Comp.) (2003) *" La Evaluación de la acción y de las políticas públicas"*. Ediciones Diaz Santos S.A. Madrid.
- Barbalet, J.M. (1989) *"A Cidadania"* . Editorial Estampa . Lisboa.
- Barreto, M. (2004) *"Entre los derechos políticos y el consumo: Una visión heterodoxa del concepto de ciudadanía"* en Revista PASOS Vol.2 N°1 pag. 57-73.
- Borja, J. (2002) *"Ciudadanía y Globalización"*, en Revista del CLAD Reforma y Democracia N° 2. Febrero. Venezuela.
- Briones, G. (1986) *" Métodos y técnicas de investigación para las Ciencias Sociales"*. Editorial Trillas. Ciudad de México.
- Cabiedes, L. (2003) *"Aplicación de la nueva gestión pública a las reformas sanitarias del Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España."*

Documentos de trabajo (Universidad de Oviedo. Facultad de Ciencias Económicas) N° 260. En <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1252343>

- Callejo J. & Viedma, A. (2005) “ *Proyectos y Estrategias de Investigación Social. La perspectiva de la Intervención.*” Mc Graw Hill Ed. Madrid.
- Carrera, M. et al (2003) “*Participación ciudadana en los consejos de salud: resumen de la jornada de la ACDSP (Barcelona)*”. En Salud 2000: Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, ISSN 0214-3615, N°. 90.
- Castro, A. & Evangelista, E. (1998) “ *Investigación en Políticas Sociales*” . En Revista de Trabajo Social N° 21, UNAM . Ciudad de México.
- Celedón, C.& Noé, M. (2000) “*Reformas del sector de la salud y participación social*”. En Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2)
- Corvalán, J. y Fernández. (1998) “*Apuntes para el análisis de la participación en intervenciones educativas y sociales*” N°11, Santiago de Chile.
- Crombie, I. et al. (2005) “*Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*”. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- Darío , R. (2002) “ *La noción de salud pública: Consecuencias de una polisemia*”. En Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquía. Colombia Vol. 20 N° 1:101 –116.
- De Almeida S., P. (2003) “*A Cidadania europeia e as identidades nacionais.*” en A União Europeia Revisitada. Antonio Figueira, Antonio Costa y Paulo de Almeida Coord. Imprensa de Ciências Sociais. ICS. U.L.Lisboa.
- _____ (1999) “ *O Sistema Político na União Europeia*”. Centro de información Europea Jacques Delors. Cascais. Editorial Principia.
- De Salazar, L. et al. (2003) “*En busca de evidencia de efectividad en promoción de la salud en América Latina*”. Proyecto Regional de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud en A.L. IUHPE, Santiago de Cali, Colombia.
- De Salazar , L. & Díaz, C. (2004) “*La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia*”. En Ciência e Saúde Coletiva,9(3):545-555, 2004.

- Del Aguila, R. (2001) *“El Centauro Transmoderno: Liberalismo y Democracia en la Democracia Liberal”*. En Historia de la Teoría Política. Alianza Editorial. Madrid.
- Downie, R., Tannahill, C. (2000). *Health promotion. Models and values*. Second Edition. Oxford: University Press.
- Eslava, J. (2006) *“Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”* en Revista de Salud Pública. Colombia. Vol. 8 (Sup. 2) : 106-115.
- Esping–Andersen, G. (1990) *“The Three Worlds of Welfare Capitalism”*. Polity Press, Cambridge.
- Evans, R et al. (1996) *“¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Los Determinantes de la Salud de las Poblaciones”*. Diaz Santos Editores. Madrid.
- Ezzat A., M. *“Contributions of Islam to Medicine”* en “Islamic Medicine” e-book Editado por Shahid Athar , M. D. Disponible en <http://islam-usa.com/im1.html> visitado en Febrero del 2007.
- Ferrando, M. et al (1996) *“El análisis de la Realidad Social. Métodos y Técnicas de Investigación”*. Alianza Universidad Textos. Madrid.
- Ferrera, M & Hemerijck, A. (2000) *“O Futuro da Europa Social. Repensar o Trabalho e a protecção Social na Nova Economia ”*. Celta Editora. Oeiras
- Figueras, J. & Saltman R. (1997) *“Tendencias actuales en las reformas de los sistemas sanitarios en Europa (resumen)*. Revista de Administración Sanitaria. www.administracionsanitaria.com Núm 2 Vol. I Abril/Junio.
- Franco, A. (2003) *“Globalizar la salud”*. En Gaceta Sanitaria, vol.17, no.2, p.157-163. ISSN 0213-9111.
- García, J.C. (1989) *“Pensamento Social em Saúde na América Latina”*. Cortez Editora. Sao Paulo, Brasil. Paginas 51-95.
- Gill, W. (1994). *“Health Policy: An introduction to Process and Power”*. Witatersrand. University Press. Johannesburg.
- Guzmán, M. (2007) *“Evaluación de programas. Notas Técnicas”* En CEPAL. Serie Gestión Pública N° 64. Santiago de Chile .
- Habermas, J. (1996) *“The Estructural Transformation of the Public Sphere”* Polity Press. Cambridge .

- Homedes, N. & Ugalde, A. (2005) *"Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso"*. En Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 17(3).
- Honoré, B. (2003) *"Que queremos dizer quando falamos de saúde"* en "A Saúde em Projecto". Lourdes: Lusodidacta, Lda. Portugal.
- Institute of Medicine (1988) *"The Future of Public Health"* Division of Health Care Services. IOM, National Academy Press, Washington.
- Infante, A. et al. (2000) *"Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias"*. En Rev Panam Salud Pública / Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.
- Jadue, L. & Marín, F. (2005) *"Determinantes Sociales de la Salud en Chile. En la perspectiva de la equidad"* ICES, Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. Disponible en <http://www.equidadchile.cl/documentos.html>.
- Jellinek, G. (2000) *"Teoría General del Estado"*. Fondo de Cultura Económica . México 2000. Páginas 159-233
- Jones, I.R. (2003) *"Power, Present and Past: For a Historical Sociology of Health and Illness"*. In Social Theory & Health n1, pp.130–148
- Latiesa, M. (1991) *"La pluralidad metodológica: Una aplicación en el campo de la investigación"*. En "El Pluralismo metodológico en la Investigación Social : Ensayos Típicos", Universidad de Granada.
- McCombs, M. (1996) *"The agenda setting role of the mass media in the shaping of public opinion. An integrate approach to communication theory and research"*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. New Jersey.
- Meny, I. & Thoenig, J.C. (1992) *"Las Políticas Públicas y Teoría del Estado"* en Las Políticas Públicas. Ariel Ciencia Política Editores. Barcelona.
- Monnier, E. (1995) *"Evaluación de la acción de los poderes públicos"*. Ministerio de Economía y Hacienda. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid.
- Moreno, A., García, E et al. (2003) *"Paradigmas y modelos en educación para la salud"*. En Alvear, L. et al Salud Pública y enfermería comunitaria. Segunda edición. McGraw Hill. Madrid
- Nutbeam, D. (2000) *"Eficacia de la promoción de la salud. Las preguntas que debemos responder"*. En "La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una

- Nueva Europa” Parte 2 Capítulo I. Informe UIPES. Ministerio de Sanidad y Consumo, España.
- Offe, C. (1985) *“Disorganized capitalism contemporary transformations of work and politics”*. Cambridge Polity Press.
- OMS (2005) *“Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health”*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Washington DC.
- _____ (1998) *“Promoción de la Salud. Glosario”*. Ginebra. Traducción Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
- OPS (2003) *“ La Salud Pública en las Américas, nuevos conceptos, análisis para su desempeño y bases para la acción”* Publicación Científica y Técnica N° 589. Washington D.C.
- _____ (1993) *“ La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate.”* Publicación Científica N° 540. Washington D.C.
- _____ (1999) *“Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe”*.
- Paquy, Lucy (2004) *“European Social Protection Systems in Perspective”*. Compostela Group of Universities and the PHOENIX TN. Blansko, Czech Republic.
- Passos, R. (2003) *“ A segunda crítica social da Saúde de Ivan Ilich”* En Revista Interface – Comunic, Saúde, Educ, v7, n12, p.185-90, fev.
- Pérez O., D. (2002) *“Manual de Capacitación de la Ley de CDUR 2002”* Programa de Participación y Democracia FLACSO Guatemala - Universidad Rafael Landívar.
- Picó, José (1996) *“Modelos sobre el Estado de Bienestar. De la ideología a la práctica”*. En “Pros y contras del Estado de Bienestar” . Casilda, R. y Tortosa, J.M. Coord. Editorial Tecnos. Madrid
- Procacci, G. (1999) *“Ciudadanos pobres, la ciudadanía social y la crisis de los Estados del Bienestar.”* En Ciudadanía, Justicia Social, Identidad y Participación. García, S. & Lukes, S. (comp.). Siglo XXI Ed. México.
- Ramió, C.& Salvador,M. (2005) *“Instituciones y Nueva Gestión Pública en América Latina”* . Fundación CIDOB. Ediciones Bellaterra. Barcelona.
- Rosen, G. (1958) *“ A History of Public Health”*. The John Hopkins University Press. United States of America.

- Salinas, J. & Vio, F. (2004) *"La Política de Promoción de la Salud en Chile"* En Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud , Albala et al ed. Universidad Chile, INTA. Andros Impresores.
- San José G., P. (1994) *"Reformas sanitarias en Europa y la elección del usuario"*. Ediciones Díaz de Santos, Madrid.
- Sartori G. & Martino, L. (1994) *" La comparación en las Ciencias Sociales"*. Alianza Editorial. Madrid.
- Schulze, H. (1997) *" Estado e Nação na historia da Europa"* Editorial Presença, Lisboa. Tradução, Maria A. Júdice y Antonio Hall.
- Sícoli, J.L.& Nascimento, P. (2003) *"Health promotion: concepts, principles and practice"*. En Revista Interface, Comunic, Saúde, Educ, V.7, N°.12 : 91-112.
- Silva, C. & Moreno, A (2001) *"Compreender a Renovação Teórico-Epistemológica da Sociologia da Saúde"*. Revista Economia e Sociologia, N°71.
- Silva, L. F. (2004) *" Sócio-Antropologia da Saúde: sociedade, cultura e saúde/doença"*. Universidade Aberta. Lisboa.
- _____ (2002) *"Promoção da saúde"*. Universidade Aberta. Lisboa.
- Tones, K.& Tilford,S. (2001) *" Health Promotion . Effectiveness, efficiency and Equity"*. Nelson Tormes Ed. UK.
- Tarlov, A. (1996) *"Social determinantsof health: the sociobiological translation"*. En Blane D., Brunner E., Wilkison R. (Eds.) Health and Social Organization. Ed. Routledge. London
- UIPES (2000) *"La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa"* Informe UIPES para la Unión Europea. Ministerio de Sanidad y Consumo, España.
- Vázquez, M. et al. (2000) *"Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina"*. En Rev Gac Sanit , España, 16(1): 30-38, 2002.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003) *" Social determinants of health. The Solid Facts"*. WHO Regional Office for Europe. Second Edition. Copenhagen.
- Winslow C.E.A. (1951) *"The cost of sickness and the price of health"* OMS, Ginebra.
- Winslow, C.E.A. (1920) *"The Untilled field of Public Health"*. Modern Medicine, 2: 183.

Bases de datos y metabuscadores utilizados.

- ECO-Salud OCDE 2007. <http://www.oecd.org>
- Biblioteca Cochrane Plus. <http://www.update-software.com/Clibplus/ClibPlus.asp>
- Health EU http://ec.europa.eu/health-eu/index_en.htm.
- Scientific Electronic Library on line, Scielo. <http://www.scielo.org>
- Indicadores en Salud Unión Europea. http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/indic_data_es.htm
- Eurostat <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- Biblioteca UAB. Bases de datos de revistas electrónicas.

Sitios web de referencia básica.

- Ministerio de Salud , Chile. En <http://www.minsal.cl>
- Ministerio de Salud, Intranet. En <http://www.salunet.cl>
- Ministerio de Sanidad y Consumo . España. En [http:// www.mcs.es](http://www.mcs.es)
- Departamento de Salud Generalitat de Catalunya. En [http:// www.gencat.cat](http://www.gencat.cat)
- Página Unión Europea. En http://europa.eu/pol/health/index_es.htm
- Organización Mundial de la Salud (OMS). En <http://www.who.org>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). En <http://www.paho.org>
- Instituto de Estadísticas de Cataluña. Idescat. En <http://www.idescat.cat>
- Instituto Nacional de Estadísticas, Chile. INE. En <http://www.ine.cl>
- Encuesta de Salud de Cataluña 2006
<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc11893.html>
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL). www.eclac.cl

ANEXOS

PAUTA DE SISTEMATIZACION PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD

I. Datos Básicos.

Nombre del Programa			
País			
Período de implementación (años)		Año inicio Año término	
Institucion que Financia			
Instituciones que ejecutan			
Objetivos			
Líneas de Intervención			
Público Objetivo			

II. Criterios a Revisar.

1. Que aspectos asociados a la promoción de la salud son incorporados en los objetivos y /o líneas de intervención declarados?

- 3.Prevencción de conductas de riesgo.
- 4.Promoción de Estilos de Vida Saludables.
- 5.Educación para la Salud.
- 6.Participación Social en Salud (Institucional o Empowerment).
- 7.Otros

Detalle de aspectos considerados.

2. Que criterios de evaluación son declarados formalmente para medir los componentes de promoción del programa?

3.¿ Cuales son los mecanismos formales de participación que establece el programa ?

4.¿Cuál es el tipo y nivel de participación de los beneficiarios del programa?

PAUTA DE ANALISIS DE LOS DISEÑOS DE CAMPAÑAS COMUNICACIONALES ASOCIADOS A PROMOCION DE LA SALUD

Datos Básicos.

Nombre de la Campaña	
Institución que la ejecuta	
País	
Período de implementación	
Duración	
Cobertura	

Características del contenido del Diseño.

1. Elementos formalmente declarados.

1.1. Contenidos formalmente declarados

Materia que Aborda	
Forma desde la cual es abordada	
Criterios valóricos o supuestos en los que se basa.	
Fuentes o autoridad en la que se basan	
Objetivo o Meta	
Medio y Métodos Empleados	
Publico destinatario	

1.2. Contenidos de los medios e instrumentos empleados.

a. Formas de afirmación empleadas en el discurso de los instrumentos utilizados. (Persuasión, información, coacción o promoción)

b. Mecanismos o recursos empleados en el discurso.(Estigmas, etiquetas , generalizaciones)

CUESTIONARIO
PERCEPCION ACERCA DE LOS ALCANCES DE LA PROMOCION DE LA SALUD

Presentación.

El presente cuestionario se enmarca dentro de la realización de un proyecto de Tesis del Master Erasmus Mundus Phoenix "Dynamics of Health and Welfare" (Universidad Autónoma de Barcelona y Universidad de Evora), que pretende caracterizar las diversas acciones, condiciones y percepciones asociadas a la promoción de la salud y su influencia en las determinantes sociales de la salud entre Chile y Cataluña, con énfasis en el componente de participación social.

Con este fin se ha diseñado esta encuesta (que tiene una duración promedio de 20 minutos) dirigida a profesionales, técnicos y académicos que trabajan directamente en acciones ligadas a la promoción de la salud tanto de Chile como Catalunya, cuyo objetivo es registrar opiniones y percepciones en relación a esta temática.

Además de agradecer desde ya su colaboración y participación en esta encuesta, ésta será registrada formalmente en el informe de la tesis como agradecimientos a quienes han colaborado en esta investigación. Del mismo modo estarán disponible los principales resultados de la misma para quienes lo deseen.

Muchas Gracias.

I Datos Básicos.

1. Tipo de institución u organización a la que pertenece.

- Gubernamental o Estatal.
- ONG o Corporación Privada
- Organización Voluntaria.
- Universidad o Centro de Investigación

2. Cargo o función que desempeña.

- Directiva .
- Técnica.
- Ejecutiva.
- Colaborativa

3. Antigüedad.

- Menos de 2 años
- Entre 2 y 4 años
- Entre 4 y 6 años
- 6 años y más

II Propósitos y conceptos asociados a la promoción de la salud.

4. Si bien la promoción de la salud ha sido conceptualizada de diversas maneras, hay quienes sostienen que ésta se define a partir de sus principales prácticas y sentidos. Siguiendo este supuesto entonces ¿Cuál sería en su opinión el grado de desarrollo de los siguientes ámbitos de acción en promoción de la salud en su país?. Siendo 1 el grado mínimo y 5 el grado máximo.

- Acciones ligadas a la promoción de hábitos de vida saludables (actividad física y alimentación)
- Acciones asociadas a la prevención de conductas de riesgo (consumo abusivo de drogas ilegales, alcohol y tabaco; prevención del SIDA)
- Acciones relacionadas con la prevención de factores de riesgo individual asociadas a enfermedades de prevalencias significativas.
- Acciones asociadas a la generación de instrumentos o mecanismos de participación de la comunidad en la gestión de su salud.

5. Ahora bien , según su experiencia de trabajo y las condiciones existentes en su país ¿Cuál de los siguientes objetivos caracteriza más a las acciones que se implementan en su país en materia de promoción de la salud? Por favor indique sólo una respuesta.

- Promover estilos de vida saludables en los individuos.
- Prevenir los principales factores de riesgo individual y familiar.
- Educar a la población respecto de la prevención de enfermedades y la propia autogestión de su salud.
- Promover la participación de las personas en el ejercicio de sus derechos en salud e incidir en las determinantes de la salud.

6. En la misma línea de la pregunta anterior, pero ahora planteada desde su grado de conocimiento de la realidad de su país. ¿En qué grado cree usted se cumplen los siguientes objetivos de la promoción de la salud?. Siendo 1 el grado mínimo y 5 el grado máximo.

- Educar a la población para prevenir enfermedades.
- Promover estilos de vida saludables.
- Intervenir en los factores de riesgo individual y familiar.
- Promover los derechos sociales en salud.
- Incidir en las determinantes sociales de inequidad en salud.

III Condiciones para el desarrollo de la Promoción de la Salud.

7. En el marco de las condiciones políticas e institucionales de la promoción de la salud. Si usted tuviera que evaluar la importancia política de la promoción de la salud dentro de las diversas acciones y estrategias de la agenda pública en salud de su país, diría que ésta es...

- Alta
- Media
- Baja
- Nula

8. Según su experiencia y conocimientos, usted diría que el nivel de formación especializada de los profesionales y técnicos que trabajan en Promoción de la Salud es ...

- Alto
- Medio
- Bajo
- Nulo

9. En cuanto al soporte social en el que se inscribe la promoción de la salud, usted diría que en su país existe un nivel de organización social e institucional...

- Altamente desarrollado
- Medianamente desarrollado
- Poco desarrollado
- Sin desarrollo

10. Del siguiente listado de condiciones para el desarrollo de la Promoción de la Salud, ¿ podría indicar, por favor, en una escala de 1 a 5, en que grado éstas se expresan en su país?. Donde 1 es el mínimo valor y 5 el máximo.

- Condiciones sociales (Existencia de organizaciones sociales ligadas a salud, trabajo en red y desarrollo de la salud comunitaria)
- Condiciones institucionales (existencia de políticas de promoción de la salud sustentables y existencia de mecanismos de participación en el ciclo de dichas políticas)
- Condiciones políticas (inclusión de la promoción de la salud en la agenda pública sanitaria, aporte presupuestario respecto de otros ámbito de la salud, etc)
- Condiciones formativas (existencia de cursos y/o diplomados en promoción de la salud para voluntarios técnicos y profesionales)

IV. La Promoción de la salud y sus determinantes sociales.

11. Del siguiente listado de determinantes de la salud ¿Cuál piensa usted que es el más influyente o condicionante en el desarrollo de la promoción de la salud en su país?

- Las condiciones medioambientales
- Los hábitos y conductas de los individuos
- Los ambientes familiares y de trabajo
- La inequidad y desigualdad social
- Las prevalencias de enfermedades

12. Desde el punto de vista de las potenciales transformaciones de las determinantes sociales de la inequidad en salud en su país. Indique por favor cuál sería a su juicio el grado posible de transformación de cada una de las siguientes determinantes sociales de la salud. Donde 1 es el grado mínimo de transformación y 5 el máximo.

- Determinantes medioambientales (geográficas, climáticas y urbanísticas)
- Determinantes socioeconómicas (régimen de trabajo, distribución del ingreso, estratificación social...)
- Determinantes socioculturales (integración o cohesión social, desigualdad social y cultural, participación social, entre otras)
- Determinantes sanitarias (oferta, estructura y funcionamiento de los servicios sanitarios, entre otros)
- Determinantes individuales y familiares (hábitos de vida, capital social, sociabilidad, etc)

13. A partir de su formación y experiencia, ¿Cuál de las siguientes acciones de promoción de la salud cree usted que incidirían de manera efectiva en los determinantes sociales de la salud?

- Aquellas dirigidas a cambiar las conductas individuales asociadas a estilos de vida poco saludables. (Campañas comunicacionales y programas de educación)
- Aquellas sustentadas por la propia comunidad organizada y que inciden en la Agenda Pública por medio del lobby y la abogacía.
- Aquellas basadas en la participación social comunitaria a nivel local en los consejos de salud y en proyectos o programas puntuales de salud.
- Aquellas que fortalecen los factores protectores y disminuyen los de riesgo a nivel individual y familiar.

14. Si tuviese que evaluar el nivel de impacto de las diversas acciones de promoción de la salud, desarrolladas en los últimos años, en las determinantes sociales de la salud, usted diría que éste es ...

- Muy Alto
- Alto
- Medio
- Bajo
- Muy Bajo

15. Si tuviese que evaluar el grado de impacto de cada una de las acciones de promoción de la salud en las determinantes sociales de inequidad en salud, ¿Cómo evaluaría o calificaría dicho impacto?. Por favor califique de 1 a 5 cada una de ellas, donde 1 es el mínimo valor y 5 el máximo.

- Estrategias de promoción de hábitos de vida saludables
- Estrategias de información y educación para la prevención de enfermedades
- Estrategias de promoción de la participación social e inclusión en la gestión de Salud Pública.
- Estrategias basadas en la oferta de recursos sanitarios para el tratamiento de enfermedades.
- Estrategias que intervienen en los factores de riesgo a nivel familiar y social comunitario.

V. Evaluación del componente participativo en las acciones de la promoción de la salud.

16. Conoce de programas o acciones relacionadas con la promoción de la salud que incorporen la participación directa de los ciudadanos? si su respuesta es No por favor pase a la prgunta N° 20.

SI _____ NO _____

17. De los programas o acciones por usted conocidos, ¿Podría indicar cuál es a su juicio el grado de involucramiento en la promoción de la salud de los siguientes actores ? Siendo 1 el menor valor y 5 el mayor.

- () El Estado y el Gobierno
- () Las ONGs
- () Los Ciudadanos.
- () Las Organizaciones voluntarias y de autoyuda
- () Otras : _____

18. En cuanto a la participación de los ciudadanos en las políticas, programas o proyectos de promoción de la salud en su país. ¿Cómo calificaría el grado de desarrollo de los siguientes tipos participación? Donde 1 es el menor valor y 5 el mayor asignado en la calificación.

- () Participación en los beneficios de los programas o proyectos en salud
- () Participación en las actividades de los programas o proyectos
- () Participación en la Ejecución de los programas , como colaboradores.
- () Participación en la vigilancia y evaluación de los programas
- () Participación en la Planificación de los programas (formulación de objetivos y selección de programas).

19. ¿En que grado calificaría usted el nivel de efectividad de los siguientes instrumentos, mecanismos o espacios de participación social en salud?

- () La participación en los Consejos Locales de Salud.
 - () El lobby organizado de la sociedad civil a nivel parlamentario en salud
 - () La constitución de Observatorios de políticas de salud que controlen la gestión gubernamental.
 - () La movilización social impulsada por las organizaciones sindicales de salud
 - () La participación en el ciclo de programas y proyectos gubernamentales en salud
- Otra _____

20. Finalmente y en términos generales, piensa usted que la participación social es un componente importante dentro de las acciones de promoción de la salud? . Por favor , si es posible, fundamente su respuesta en el cuadro.

() SI NO ()

21.Si Usted tiene algún comentario general, opinión complementaria o sugerencia que quiera plantear respecto a la temática en cuestión, por favor no dude en hacerlo en el siguiente cuadro de texto.

MUCHAS GRACIAS