

COMUNICACIÓN Y SALUD

La investigación en el proceso
de las políticas públicas

MÓNICA PETRACCI
PAULA GABRIELA RODRÍGUEZ ZOYA

teseo 

COMUNICACIÓN Y SALUD

La investigación en el proceso
de las políticas públicas

Mónica Petracci
y Paula Gabriela Rodríguez Zoya



Comunicación y Salud: la investigación en el proceso de las políticas públicas / Mónica Petracci... [et al.]. – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2018. 244 p.; 20 x 13 cm.

ISBN 978-987-723-167-0

1. Salud. 2. Salud Pública. 3. Comunicación. I. Petracci, Mónica II. Rodríguez Zoya, Paula Gabriela

CDD 320.6

© Editorial Teseo, 2018

Buenos Aires, Argentina

Editorial Teseo

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de esta obra,

escribanos a: **info@editorialteseo.com**

www.editorialteseo.com

ISBN: 9789877231670

Las opiniones y los contenidos incluidos en esta publicación son responsabilidad exclusiva del/los autor/es.

Compaginado desde TeseoPress (www.teseopress.com)

Índice

Agradecimientos.....	9
Claves de lectura en Comunicación y Salud.....	11
<i>Paula Gabriela Rodríguez Zoya y Mónica Petracci</i>	
De los problemas a las políticas y las políticas como problema.....	21
1. Planificación y evaluación: reflexiones sobre una relación virtuosa	23
<i>María del Carmen Tamargo</i>	
2. Abordajes comunicacionales de las políticas de salud... ..	41
<i>Ana Gambaccini</i>	
3. Sacudir lo que sabemos: salud pública, hipótesis del inconsciente y comunicación.....	53
<i>Liliana López y Mónica Petracci</i>	
4. Problemas complejos de Comunicación y Salud: reflexiones en torno al gobierno del dengue	77
<i>Paula Gabriela Rodríguez Zoya</i>	
Múltiples miradas a la implementación de las políticas.....	91
5. Análisis y actualización de políticas en salud: caso promoción de la salud en México.....	93
<i>Janet García González</i>	
6. Perspectivas comunicacionales de tomadores de decisión en salud pública. Argentina, 2011-2014	121
<i>Mónica Petracci y Paula Gabriela Rodríguez Zoya</i>	

7. Estrategias comunicacionales del Estado en torno a la prevención y detección precoz del cáncer cervicouterino y de mama en la provincia de Mendoza, Argentina	135
<i>Patricia K. N. Schwarz</i>	
8. Políticas de cuidados hacia adultos mayores en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina: el Programa Centros de Día.....	153
<i>Liliana Findling, Estefanía Cirino y Laura Champalbert</i>	
9. Dinámicas institucionales que reproducen las inequidades en salud en el primer nivel de atención. Una mirada en centros rurales de la provincia de Entre Ríos, Argentina.....	169
<i>Natalia Luxardo, Leila Passerino y Fernando Sasseti</i>	
La necesaria investigación/evaluación de las políticas.....	195
10. Nueva Ley de Etiquetado en Chile. Estado actual y proyecciones de una política pública orientada a la reducción de obesidad gestada desde la comunicación... 197	
<i>José Miguel Labrín Elgueta</i>	
11. Opiniones acerca de la primera campaña de comunicación pública sobre el test de VPH en la Argentina por parte de sus destinatarias	217
<i>Silvina Arrossi y Milca Cuberli</i>	
Aportes y desafíos para las políticas públicas.....	237
<i>Paula Gabriela Rodríguez Zoya y Mónica Petracci</i>	

Múltiples miradas a la implementación de las políticas

Análisis y actualización de políticas en salud: caso promoción de la salud en México

JANET GARCÍA GONZÁLEZ¹

Introducción

Una de las características de la práctica de salud es la hegemonía de la atención médica sobre la práctica preventiva. Los sistemas públicos de salud se han estructurado tradicionalmente, y continúan haciéndolo, en torno al eje de la curación de enfermedades y de la prevención clínica, y se ha concedido una atención marginal a la prevención primaria y a la promoción de la salud. La prioridad política, y por ende presupuestaria, que se concede a los servicios sanitarios no se corresponde con la evidencia disponible sobre cómo mejorar la salud de las poblaciones (Urbanos, 2010). El análisis de los gastos gubernamentales en servicios preventivos y curativos en algunos países latinoamericanos presenta un porcentaje muy alto de los gastos públicos en salud que se destinan a servicios curativos, principalmente a servicios hospitalarios.

¹ Consultora en Comunicación y Salud de la Organización Panamericana de la Salud y otros organismos internacionales. Investigadora de la Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

Al problematizar la política sanitaria y repensar el Estado es importante analizar la construcción de la propia política. En realidad son los gobiernos los responsables de formular la política sanitaria y, por ende, también lo es el análisis de la construcción, sistematización y desarrollo de las líneas de políticas públicas, así como su evaluación.

La política sanitaria que más fácilmente se reconoce como tal es la que formula e instrumenta el Estado, o más precisamente, cada gobierno. Sin negar que el factor determinante en última instancia sea el económico, es insuficiente para dar cuenta del problema de esa política.

Ante ello, la figura de la planificación estratégica se conceptualiza como un sistema gerencial mediante el cual quienes toman las decisiones en una organización obtienen, procesan y analizan la información pertinente interna y externa, con el fin de evaluar la situación presente, así como su nivel de competitividad con el propósito de anticipar y decidir sobre el direccionamiento de la institución hacia el futuro (Serna Gómez, 2002). Paradójicamente a lo que destila el concepto de promoción de la salud, este se ha basado en la identificación de problemas y necesidades de las poblaciones, lo que siendo preciso para determinar los recursos y servicios profesionales sanitarios y sociales requeridos define a los individuos y a las comunidades en términos negativos (Álvarez-Dardet y Ruiz Cantero, 2011).

El nivel de la organización al que el proceso de planificación estratégica es pertinente está en función del tamaño de la unidad, de su complejidad y de la diferenciación del servicio que se presta. El proceso para la planificación estratégica es programable, sistemático, racional y holístico e integra el largo, medio y corto plazo, lo que permite orientar la organización sanitaria hacia transformaciones relevantes y duraderas para el futuro.

En México, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 es el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República formula las estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se han

establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Las estrategias vinculadas a cada uno de los objetivos proyectan consolidar la promoción, la protección de la salud y la prevención de las enfermedades, particularmente para reducir el impacto negativo de las conductas y hábitos no saludables (DGCES, 2013).

Los proyectos estratégicos de este programa sectorial apuntan a cambiar los modelos con que se opera, como la atención en las instituciones del sector salud, que ha estado enfocada hacia lo curativo y no a la prevención; implementar políticas en salud con un enfoque multidisciplinario, interinstitucionales y articuladas en todos los órdenes de gobierno. Por lo anterior se debe asegurar una coordinación efectiva de las estrategias y acciones federales, estatales y locales, que permita que la salud esté presente en los programas y las políticas de otros sectores. En este sentido, la promoción de la salud puede ayudar a reducir las desigualdades y velar por la igualdad de oportunidades, proporcionando los medios que permitan a toda la población desarrollar su máximo potencial de salud (Fernández-Viagas *et al.*, 2018).

La encargada de esta acción es la Secretaría de Salud que tiene a su cargo la Promoción de la Salud, un tema que cobra vigencia en la actualidad en razón a que se constituye en una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conllevan cambios de comportamiento relacionados con la salud y el fomento de estilos de vida saludables; así contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas (Giraldo Osorio *et al.*, 2010).

La Secretaría de Salud (SSA) –a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud– es la unidad encargada de establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud, control de enfermedades, vigilancia epidemiológica, así como en materia de salud mental, accidentes y adicciones. Para su logro deben instrumentar

acciones de grupos para cambiar las condiciones de vida social y física, pero sin perder de vista que esto solo se logra con transformaciones en el uso del poder en la sociedad, mediante el buen ejercicio de la política y la implementación de una serie de estrategias locales en el marco de la globalidad (Franco-Giraldo, 2012).

La finalidad del presente trabajo es analizar e identificar las necesidades de actualización del Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS) que “[...] representa la plataforma para el desarrollo de esta disciplina y su consolidación como uno de los tres pilares de la reforma estructural de la salud en México” (Secretaría de Salud, 2007). Esta propuesta es un esfuerzo por detallar el proceso metodológico para la planificación integral de la actualización del MOPS, considerando que este debe ser forjado bajo la experiencia práctica y metódica de quienes han ejercido la planificación, dirección y ejecución final de la promoción de la salud; además de la visión teórica e inquisitiva de los académicos de diversas instituciones y áreas de conocimiento que, en su conjunto, lograrán un modelo que no solo considerará aspectos organizativos, sino de aplicación real que impacte en la realidad sociocultural a la que se enfrenta la salud pública en México.

Hacia la construcción de una política pública: Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS)

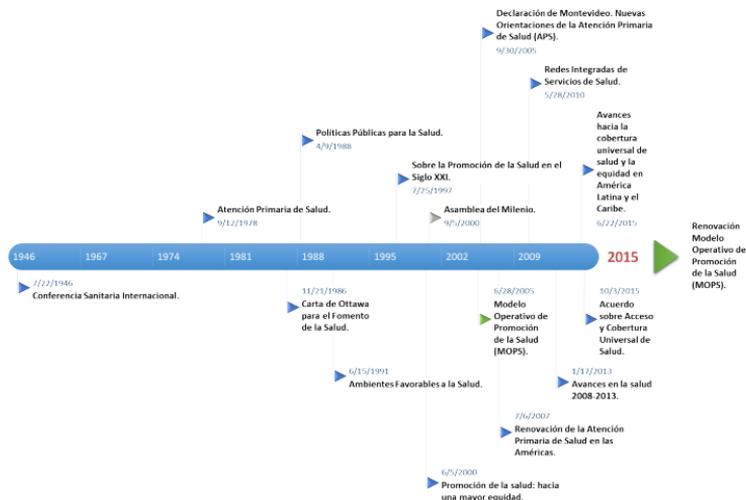
Como parte del Programa Nacional de Salud 2001-2006 nace la necesidad de generar un modelo que sea “[...] un marco de referencia para construir la plataforma organizacional y la infraestructura física y de personal” para “[...] entregar el servicio a la población [...] así como apoyar las diferentes actividades de promoción de la salud” (Secretaría de Salud, 2007).

A partir de esto, en agosto de 2005 se genera una propuesta para el Reposicionamiento de la promoción de la salud, en la que se esboza un nuevo modelo de operación de la disciplina de acuerdo con los retos que plantean la Reforma del Sector Salud y el Sistema de Protección Social en Salud en ese momento. Es así que se genera el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS) que, en palabras del Dr. Julio Frenk, “[...] representa la plataforma para el desarrollo de esta disciplina y su consolidación como uno de los tres pilares de la reforma estructural de la salud en México” (Secretaría de Salud, 2005). Finalmente fue presentado en la XX Sesión ordinaria del Consejo Nacional de Salud, en diciembre de 2005, denominándolo “Versión 1.0”.

El MOPS representa, en la política sanitaria, una respuesta gubernamental a las necesidades de salud de toda la población, lo cual no quiere decir que sea igual para todos los ciudadanos. Los individuos son diferentes en las sociedades capitalistas, juegan un papel económico y político diferente, según su inserción en el sistema productivo, su capacidad organizativa para la lucha reivindicativa, su nivel de información y conciencia sanitaria, sus condiciones concretas de existencia y sus necesidades objetivas y subjetivas de salud.

Lo interesante de esta política es que no surge de expresadas demandas ciudadanas, aunque sus resultados generan consecuencias sobre la efectividad del aparato administrativo del Estado y, finalmente, sobre la satisfacción ciudadana por las intervenciones del Estado. Por añadidura, es importante analizar si el MOPS puede tratarse de una política que normalmente no está en los primeros lugares de las demandas políticas; establecer si llegó a capturar la atención de los actores de poder relevantes; el papel que han desempeñado sus promotores; por qué ha escalado a los lugares prioritarios de la agenda en distintos momentos, por qué ha bajado y qué circunstancias generaron las coyunturas para las decisiones que la han ido poniendo en práctica (ver Figura 1 y Tabla 1):

Figura 1. Antecedentes de Promoción de la Salud y su tendencia



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Antecedentes de Políticas Públicas Internacionales de Promoción de la Salud

Fecha	Publicación	Lugar	Promulgación
22/07/1946	Conferencia Sanitaria Internacional	Nueva York, EUA	Definición oficial de salud por la Organización Mundial de la Salud.
12/09/1978	Atención Primaria de Salud	Alma Ata, URSS	Reconocimiento de la Promoción de la Salud como una práctica fundamental de la atención primaria.

21/11/ 1986	Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud	Ginebra, Suiza	Define la promoción de la salud como una estrategia de salud pública que "consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Definió cinco ámbitos que consideró claves para la promoción de la salud: construir políticas públicas saludables, el fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos, crear ambientes que favorezcan la salud, fortalecer la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud.
09/04/ 1988	Políticas Públicas para la Salud	Adelaida, Australia	Establece que la salud es un derecho humano fundamental y una buena inversión social, indicando que los gobiernos necesitan invertir recursos en las políticas públicas de salud y en la promoción de la salud para mejorar la situación en materia de salud de todos sus ciudadanos. Refiere que el objetivo principal de una política pública de salud es crear un entorno propicio para permitir a las personas llevar una vida sana, que facilita las decisiones sobre salud, haciendo que los entornos sociales y físicos contribuyan a mejorar la salud.
15/06/ 1991	Ambientes Favorables a la Salud	Sundsvall, Suecia	Promueve intervenir activamente para lograr que los medioambientes sean más favorables para la salud. Insta a que el logro de estos constituya el objetivo central en el establecimiento de prioridades para el desarrollo y reciba preferencia en las políticas gubernamentales.

25/07/ 1997	Sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI	Yakarta, Indonesia	Indica que la promoción de la salud, a través de inversiones y acciones, actúa sobre los determinantes de la salud para crear la mayor ganancia de salud para la gente, contribuir significativamente a la reducción de las desigualdades en salud, asegurar los derechos humanos y construir un capital social.
05/06/ 2000	Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad	Cdad. de México, México	Reconoce que es urgente abordar los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud y que esto requiere mecanismos reforzados de colaboración para la promoción de la salud en todos los sectores y en todos los niveles de la sociedad. Llama a la acción para ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil en la aplicación de medidas de promoción de la salud que refuercen y amplíen los vínculos de asociación en pro de la salud.
05/09/ 2000	Asamblea del Milenio	Nueva York, EUA	Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la educación primaria universal; promover la equidad de género y empoderar a las mujeres; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna; combatir la infección por el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades; velar por la sostenibilidad ambiental y desarrollar una alianza mundial en pro del desarrollo.
28/06/ 2005	Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS)	Secretaría de Salud, México	Surge como plataforma conceptual para el reposicionamiento de la Promoción de la Salud a partir del Sistema de Protección Social en Salud.

30/09/2005	Declaración de Montevideo. Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (APS)	Washington DC, EUA	Aboga por la integración de los principios de la atención primaria de salud en el desarrollo de los sistemas nacionales de salud, la gestión sanitaria, la organización, el financiamiento y la atención a nivel de país de una manera que contribuya, en coordinación con otros sectores, al desarrollo humano integral y equitativo, y que permita abordar eficazmente, entre otros desafíos, los objetivos de desarrollo relacionados con la salud internacionalmente acordados, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y otros retos nuevos relacionados con la salud.
06/07/2007	Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas	Washington DC, EUA	Renovar la APS constituyendo una coalición internacional entre las partes interesadas, quienes abogarían porque sea una actividad prioritaria, desarrollar el concepto de los sistemas de salud basados en la APS, presentándolos como una opción políticamente factible y atractiva, así como capitalizar las oportunidades que ofrecen la celebración del 25º aniversario de la Declaración de Alma Ata y el consenso internacional sobre la necesidad de alcanzar los objetivos de Desarrollo del Milenio y de fortalecer los sistemas de salud.
28/05/2010	Redes Integradas de Servicios de Salud	Washington DC, EUA	El propósito de la iniciativa de la OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) es contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesible, equitativa, eficiente, de mejor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

17/01/ 2013	Avances en la salud 2008-2013	Washington DC, EUA	Se presentan los avances en la salud y el bienestar de las personas en toda las Américas, a través de la lucha contra enfermedades, la respuesta a emergencias y desastres, la mejora en el acceso y en la calidad de los servicios de salud y el abordaje de importantes determinantes sociales de la salud.
03/10/ 2015	Acuerdo sobre Acceso y Cobertura Universal de Salud	Washington DC, EUA	Aprobación de una estrategia y plan de acción regional que buscarán que todas las personas de la región tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, cuando los necesitan y sin temor a padecer dificultades financieras.
22/06/ 2015	Avances hacia la cobertura universal de salud y la equidad en América Latina y el Caribe	Washington DC, EUA	Evidencia que las inversiones para ampliar la atención de salud, con especial atención en las poblaciones vulnerables, están dando buenos resultados; y que la ampliación de los programas para impulsar la cobertura universal en salud ha coincidido con una reducción de la brecha entre los ricos y los pobres en los resultados de salud, así como en la utilización de los servicios, en particular para las metas especificadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Fuente: Elaboración propia.

Necesidades de actualización del MOPS

Desde una perspectiva histórica se ha observado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la promoción de la salud, al menos conceptualmente, de un enfoque efectista, individualista y biomédico hacia un enfoque en donde las culturas, las relaciones sociales y la

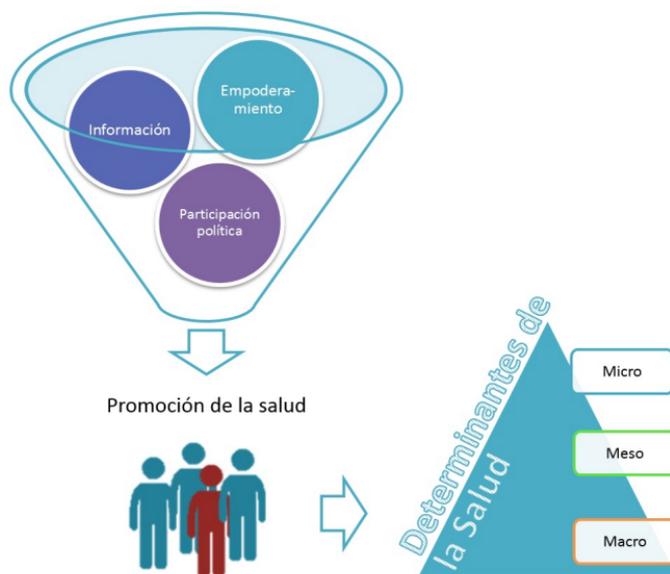
participación activa de las personas directamente afectadas por el problema, se constituyen ahora en referentes esenciales para el diseño de programas de promoción de la salud.

Es así que lo que dicta la Carta de Ottawa sobre el fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos debe impulsarse en la nueva versión del MOPS desde la concepción teórica del cambio de comportamientos y la consideración del contexto local, cultural e histórico de las comunidades, no de la población en general; toda vez que el cambio de comportamientos en salud de los grupos vulnerables a los que se dirigen las acciones de promoción a menudo no consideran el contexto histórico-socio-cultural y, por consiguiente, adoptar las nuevas prácticas resulta un fracaso y el objetivo de “[...] considerar siempre la gran diversidad de determinantes de la salud que existen –incluyendo los psicológicos, ambientales, sociales y nutricionales– así como los estilos de vida y comportamiento” (OPS, 2013) no se lleva a cabo por falta de herramientas teórico-metodológicas para lograr esto.

Sobre el mejoramiento de las condiciones sociales, si bien el MOPS incluye los determinantes de la salud, solo menciona que es necesario construir un sistema de indicadores; pero no indica la forma en que deben generarse y analizarse para así incluirlos en la planificación de estrategias necesarias para mejorar la calidad de vida considerando la especificación de acuerdo a cada comunidad dirigida.

La promoción de la salud debe reforzarse en el desarrollo sustentable tomando en cuenta: lineamientos de comunicación social, metas, indicadores de proceso, de resultados intermedios y a largo plazo de impacto, tarea que contempla la diversidad socio-cultural, política y económica de los países. Así como la identificación de los elementos clave para la sostenibilidad de los programas de promoción de la salud y la institucionalización del mismo (ver Figura 2).

Figura 2. Promoción de la Salud



Fuente: Elaboración propia.

Análisis de la función del MOPS: modelo y teorías

Otros elementos que resultan carentes en el planteamiento del MOPS son los propuestos por la Declaración de Sundsvall (1991), que nació a raíz de la Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. La Declaración insiste en la importancia del desarrollo sostenible y aboga por la acción social al nivel de la comunidad, con las personas

como la fuerza motriz del desarrollo; pero al ser el MOPS un “modelo”² ¿qué herramientas ofrece para incentivar la acción comunitaria? ¿Funge como modelo operativo?

El uso de un referente o modelo facilita, por ejemplo, la comprensión de una situación o problema de salud, cómo los individuos o colectivos realizan o modifican su comportamiento, así como las características y dinámica del contexto en que estos eventos ocurren (Nutbeam & Harris, 1998). Esta comprensión de los factores determinantes y las características asociadas con el comportamiento humano o social con efectos en la salud genera, para los actores involucrados, una posición favorable para el diseño, implementación y evaluación de estrategias y acciones dirigidas a metas que promueven la salud del público (Abelin *et al.*, 1998), cuyos elementos en el MOPS no se evidencian en indicadores construidos para cada estrategia de acuerdo a la comunidad específica.

Teniendo en cuenta que es poco frecuente el uso de bases teóricas y modelos en las políticas públicas y de intervención en salud dado que sus formas principales de acción son mediante la educación para la salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, estas teorías y modelos permitirían identificar los objetos de cambio y los métodos o estrategias más apropiadas para predisponer, facilitar o reforzar dichos cambios.

La nueva versión del modelo deberá incluir elementos teóricos para el cambio de actitudes y de comportamientos vinculados a la salud, como la teoría de la acción razonada y el comportamiento planeado (Paredes Garavito, 2009) o el Modelo del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991),

² Conjunto de elementos esenciales que logra representar un aspecto de la realidad. Es por lo general derivado de la teoría, pero también de la vida empírica o de la simple abstracción. Buenos modelos son analogías sintéticas, coherentes y exhaustivas de los fenómenos y los eventos; son representaciones flexibles de la realidad a modo de subclases de teoría y ofrecen la oportunidad directa para la revisión de ideas, acciones e incluso paradigmas (Nutbeam & Harris, 1998).

que es un sistema cognitivo delimitado de creencias relacionadas casualmente con actitudes, percepciones, normas e intenciones sistemáticas alrededor del comportamiento. De incluir lo que se solicita en la Declaración de Sundsvall se podrá fortalecer la defensa del MOPS a través de la acción de la comunidad.

La Carta del Caribe para la Promoción de la Salud (1993) respalda firmemente la promoción y la protección de la salud con los principios y las áreas clave identificadas en la Carta de Ottawa. Un punto encontrado que debe incluirse en la replanificación del MOPS es aquella que indica que se deben desarrollar o incrementar habilidades de salud personal en la población para lo que deberá indicarse en el nuevo modelo, teorías y estrategias de comunicación para la promoción de la salud, toda vez que ningún programa de salud que pretenda abarcar a sectores sociales cada vez más amplios puede siquiera pensarse al margen de la comunicación.

El tipo de comunicación que se ha empleado en los programas de salud en los países latinoamericanos –y en el Tercer Mundo en general– es la comunicación masiva o, más bien, la información masiva, puesto que se produce en un solo sentido y no contempla una reacción o retorno de parte del receptor, concebido como un destinatario terminal, pasivo e inactivo.

El uso de los medios de información masiva (y pasiva) responde al sentimiento de urgencia que embarga. El acceso a la televisión, la radio, la prensa y el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación aparece como necesidad absoluta cuando se trata de implementar campañas de prevención de manera emergente. El poder de convocatoria de los medios de información masiva hace, de algún modo, sustituir las necesidades de educación para la salud y pensar la comunicación en términos de corto plazo, y no de mediano y largo plazo como debería ser.

El sistema de información hegemónico es la punta de lanza de la penetración comercial y, como se sabe, cumple entre otras funciones, como contribuir en la expansión de mercados. En el plano cultural, ese sistema desconoce la pluralidad existente en las civilizaciones y sociedades del país. En cada caso desarrollan una comunicación que sí toma en cuenta los factores culturales y sociales específicos. Una comunicación que habla un lenguaje accesible, simbólico y cuyos contenidos no son ajenos a las necesidades comunitarias.

En la Declaración de México (2000), la Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se planteó reforzar el apoyo a la preparación de planes de acción para promover la salud, recurriendo a los conocimientos técnicos en el área de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios. Para lograr este punto en el MOPS será importante generar un sistema de investigación y planificación estratégica que cada Estado deberá seguir para así asegurar que la promoción de la salud se estará adecuando al contexto local.

Para su logro es importante contar con un inventario de programas estatales, la posibilidad de ser un Modelo evaluado y validado como una buena práctica a partir de los estándares internacionales, tanto de la OMS como de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en inglés).

En su cumplimiento es necesario integrar los “Atributos Esenciales de una Buena Práctica” acordes a los estándares internacionales:

Eficacia

Es preciso que existan datos probatorios específicos del cumplimiento de sus objetivos. La versión 1.0 del MOPS no contempla los resultados, productos y métodos específicos

que persiga el modelo. Estos datos serán la referencia inmediata para identificar el grado de avance y cumplimiento de los compromisos del modelo.

Costo-efectividad

Actualmente, el Modelo contempla implícitamente un enfoque económico realista desde el punto de vista financiero y accesible a los agentes necesarios; pero habrá que analizar aquellos elementos de rentabilidad que la promoción necesita, así como considerar en su planeación escenarios comunitarios, identificando los recursos limitados y problemas de salud que afectan a las poblaciones.

Eficiencia

Una “buena práctica” puede considerarse eficiente si adopta un método responsable y económico de ejecución de los recursos en dirección al logro de los resultados deseados, o promueve un enfoque eficiente por parte de la comunidad beneficiaria o los usuarios finales ante recursos limitados. Podría considerarse que la cadena de valor propuesta en la versión 1.0 califica para cumplir este punto, aunque se carece de una evaluación de dicha efectividad.

Sostenibilidad

El modelo como tal ya debería proveer las herramientas metódicas esenciales necesarias para afrontar los retos que puedan ocurrir en el futuro, mediante un enfoque de desarrollo de capacidades. La intervención que se planifique en base al nuevo MOPS deberá ser viable a largo plazo.

Replicabilidad y adaptabilidad

Para poder repetir o adaptar a otros contextos y situaciones, el MOPS debe incluir elementos que garanticen una planificación estratégica que considere los determinantes de la salud para impactar efectivamente en las comunidades.

Innovación

La propuesta del MOPS es una práctica innovadora que surge a partir de una necesidad de rectoría en la disciplina. Deberá guiar que las prácticas locales generen sus propias estrategias e innoven en las acciones, nunca dejando de lado el proceso de investigación y diagnóstico previo.

Participación

El manejo planteado sobre los promotores institucionales y voluntarios es un buen sistema. Pero dentro de esto, la versión 1.0 menciona una plataforma de intercomunicación; sin embargo, suceden dos cosas al respecto: a) no se indica su planteamiento, función ni evaluación; b) no existe evidencia que compruebe su eficacia. Por lo que nuevamente se sugiere una pronta evaluación sobre la “intercomunicación” planteada y su efectividad.

Aceptabilidad social y cultural

La inclusión social y el empoderamiento de las poblaciones vulnerables es un elemento clave para cumplir con una “buena práctica”. El MOPS actualmente indica algunas funciones que se deberían cumplir para el empoderamiento desde los niveles local, municipal y jurisdiccional; es importante proporcionar las herramientas metodico-teóricas para lograrlo.

Sobre las premisas para la promoción de la salud-desarrollo posible es de alta relevancia que la participación ciudadana esté continua en la construcción del Estado. En

procesos que deben avanzar desde la ciudadanía recogiendo su participación, empoderándola en distintos espacios, el país necesita estructuras estatales más fuertes para el fomento de procesos educativos y de afirmación cultural, posibilitando la existencia justa y democrática de todas las voces, incentivando la producción cultural propia y generando políticas y estrategias que partan del ser humano. Sobre esta base se deben impulsar procesos de globalización u ocupación de espacios con la osadía de (re)construir identidades en alteridad con otras.

Asimismo, el cumplimiento de los objetivos del MOPS debe analizar la educación; se trata de refundar las relaciones entre salud y educación, superando el carácter y sentido instrumental que se le otorgó a la educación en salud reducida a una especie de material didáctico para propagar artística y amenamente el mensaje preelaborado.

Los mecanismos de autorregulación necesitan perfeccionarse desde el ordenamiento del nuevo modelo. Dicho en el mismo MOPS, el análisis de las evidencias para la salud

[...] contribuye a que la información, datos y análisis de los determinantes de la salud apoyen los procesos de evaluación de la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud, así como a la generación de nuevo conocimiento para el diseño de estrategias y toma de decisiones, aspectos centrales para alcanzar los objetivos (Secretaría de Salud, 2007).

Sin embargo, este diagnóstico no se lleva a cabo en todas las entidades-jurisdicciones, haciendo caso omiso al alto grado de desigualdad social en México.

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, en el período anterior, emite una guía de evidencia, donde indica de manera general y ejemplificada la necesidad y funciones de una Unidad de Evidencia dentro del funcionamiento organizacional y operativo del área. Determina que

[...] las relaciones causales que se presentan en la PSBE (Promoción de la Salud Basada en Evidencia) no son lineales, además de que tienen que considerar un conjunto de variables de mayor alcance al momento de analizar un posible impacto [...] debido a que la Promoción de la salud es un campo con una visión mucho más holística de la salud pública y que por ello tiene que lidiar con una gran cantidad de variables, tanto biológicas (genética, sexo, etcétera), como socioeconómicas (cultura, nivel social y económico, etcétera).

Por esto es necesario incluir al personal capacitado para generar los diagnósticos de evidencia en todas las dependencias estatales de la Secretaría de Salud. Es necesario que en el MOPS se profundice y se regule el análisis de las evidencias para la salud como un diagnóstico previo e ineludible para la planificación y aplicación de programas estratégicos de la promoción de la salud, para así mejorar el impacto local y referirlo en el nacional.

El análisis sobre la comunicación organizacional es un punto clave para la mejora de todo el sistema de promoción de la salud, sin embargo, se omite en la versión 1.0 del MOPS la forma de creación, funcionamiento y seguimiento de las redes de conocimiento en las que los promotores institucionales, los voluntarios, los colaboradores y los gerentes compartan conocimiento técnico y experiencias adquiridas en la gestión local y se notifiquen, unos a otros, ideas e iniciativas. Este sistema es necesario añadirlo al nuevo modelo. Tomando en cuenta las tres áreas de la comunicación organizacional: interna (cultura y clima organizacional), institucional (el vínculo con otras organizaciones que comparten los mismos propósitos) y externa. Respecto a los promotores de salud, se indica que

[...] asegurar el máximo nivel de competencia es apremiante (por partida doble) en sitios de necesidad extrema. Por eso, además de un continuo esfuerzo de capacitación se requiere impulsar la profesionalización de los promotores y del personal de apoyo.

Se propone indicar el tipo y temporalidad de la capacitación básica para mantener y mejorar el nivel de profesionalización del personal integrante de la promoción de la salud. Así como también identificar y sistematizar las necesidades de actualización y de contingencia.

Además de lo ya descrito en el marco conceptual, se deben describir brevemente los proyectos estratégicos en salud, así como los modelos teóricos y metodológicos en promoción de la salud. A pesar de que se describen los componentes, no se indica la forma de uso, y algunas descripciones quedan limitadas; es necesario abundar en ellas además de complementar los campos tratados con guías conceptuales.

En el caso de la descentralización es importante aclarar que los estados y las jurisdicciones tienen diferentes perfiles de población, por lo que es necesaria e imperante la realización del diagnóstico comunitario acorde a las necesidades de aplicación del modelo. Esto servirá para una planeación estratégica y exitosa, además de la generación de conocimiento y buenas prácticas en salud.

Sobre la calidad del proceso de la promoción de la salud es necesario agregar la comunicación e información en ellos, puesto que una de las mayores dificultades en el sistema consiste en la baja correlación entre esfuerzos y resultados. Esta situación demanda una evaluación permanente de actividades-resultados de tal manera de lograr una mejor calidad.

Respecto a la línea organizacional se debe realizar un diagnóstico funcional en todos los estados para identificar lagunas organizacionales que interfieran con el proceso de la promoción de la salud y así corregir problemas y/o aprovechar áreas de oportunidad. A partir de las cadenas de valor se propone un mapeo para que funcione como herramienta para ilustrar las relaciones; asimismo, es necesario incluir un directorio de participantes fundamentales.

Respecto a la evaluación de la efectividad del servicio se recomienda incluir las metodologías simplificadas básicas para la promoción de la salud. Estas deberán incluir las tablas de los indicadores a medir para orientar y promover el diagnóstico y la evidencia.

Si lo que se busca es la sistematización de la información se deben unificar criterios para generar las bases de información, iniciando con la regulación de los programas de promoción de la salud, indicando los elementos que estos deben contener.

Se debe incluir en el modelo la importancia de la divulgación de los resultados en el área, ya que además de enriquecer los datos disponibles a consulta sobre las determinantes de salud, se pueden posicionar algunas prácticas como casos de éxito, de resiliencia y servir para replicarse en el contexto nacional o internacional.

En el tema de asesoría internacional será importante fomentar el acercamiento con las instituciones educativas locales para promover que estas generen investigación, asesoría y consultoría en el modelo.

La unidad de análisis de evidencia debe incluirse en el mapa organizacional de la Secretaría de Salud y, además, reglamentar su función. Como parte del análisis y la descripción de cargos se aportará en la redacción de los perfiles ocupacionales con tareas más específicas de sus áreas, buscando reducir considerablemente la ejecución conjunta de tareas por diferentes auxiliares. Se propone actualizar el desarrollo de capital humano, redefinir la alianza para la profesionalización. Respecto al capital tecnológico se debe incluir la plataforma de acceso e información de la promoción de la salud, que esté disponible y actualizada en la red.

Se propone solicitar expectativas cuantitativas o prospectivas en salud en las planeaciones estatales para, así, cumplir la expectativa última que se propone.

Un punto clave a potencializar es el de las redes locales, estatales y nacionales, puesto que la participación proactiva en estas generará el movimiento impulsador para la

promoción de la salud en México. El problema actual es la falta de comunicación del trabajo que estas generan y, por ende, se desconocen las líneas de acción y resultados obtenidos a partir de ellas.

Será importante contestar la siguiente pregunta en la nueva versión del MOPS: ¿cómo se documenta y con qué se mide el impacto de los comités locales de salud?

Orientación del MOPS en función de políticas internacionales

Durante la segunda mitad del siglo XX las más importantes discusiones en el terreno de la salud pública estuvieron congregadas especialmente alrededor de las conclusiones de la Conferencia Internacional de Alma Ata y de las posteriores conferencias sobre promoción de la salud lideradas por la OMS (Mejía Ortega, 2013).

En efecto, la conferencia de Alma Ata en 1978 hizo un señalamiento fundamental al reconocer la salud como un objetivo social prioritario que demanda la acción de actores sociales, políticos y económicos para superar las inaceptables desigualdades sanitarias existentes entre países y dentro de ellos. Allí se reclamó la necesidad de establecer un nuevo orden económico internacional para proteger la salud, contribuir a una mejor calidad de vida, reducir las desigualdades y alcanzar el desarrollo económico y social (Mejía Ortega, 2013).

Rodríguez Villamil *et al.* (2013) indica que la Quinta Conferencia Mundial Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad, en México en el año 2000, apuntó a ubicar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas de salud desde lo local hasta lo internacional, enfatizando el compromiso de los gobiernos. Cinco años después, la Sexta Conferencia Mundial de Bangkok en el año 2005 planteó los desafíos para abordar los

determinantes de la salud en un mundo globalizado; en ella se avanzó en la concepción de promoción de la salud que, desde la Carta de Ottawa (1986), se comprendía como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. En ese entonces, con el auge de los determinantes sociales de la salud se replanteó la promoción de la salud como capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorarla, para ello enmarcó la salud como un derecho humano fundamental que refleja un concepto positivo e incluyente de esta como determinante de la calidad de vida que abarca el bienestar mental y espiritual.

De acuerdo con el análisis de Linares Pérez (2015), la llamada perspectiva canadiense enunciada a mediados de los años 1970 y ampliamente difundida en América Latina a finales de la década de 1990, diferencia claramente el enfoque de salud de la población del concepto tradicional de atención médica. En opinión de los canadienses son dos las principales diferencias: 1) las estrategias de salud abordan un amplio rango de los patrones determinantes de la salud, mientras que la atención tradicional se concreta en los riesgos y los factores clínicos relacionados con enfermedades específicas; y 2) las estrategias de salud de la población están diseñadas para llegar a toda la población, mientras que la atención de salud está dirigida a las personas en forma individual, frecuentemente a aquellas que ya presentan un problema de salud.

Las premisas de este enfoque de salud de la población plantea: a) que la salud está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales, los factores sociales y económicos y los entornos físicos; b) la salud de una población está enteramente relacionada con la distribución de la riqueza en la población; c) las estrategias para mejorar la salud de la población deben abordar un amplio rango de factores que determinan la salud; d) que es posible lograr ganancias de salud importantes concentrando las intervenciones en la salud de toda la población (o

subpoblaciones significativas) en lugar de los individuos; y e) mejorar la salud es una responsabilidad compartida que requiere desarrollo de políticas públicas saludables fuera del sistema tradicional de salud (*Health Canada*, 2000, citado en Linares Pérez, 2015).

A escala mundial se busca que la promoción de salud sea más innovadora, amplia y posible, en consonancia con los 5 lineamientos estratégicos trazados en la Carta de Ottawa, los cuales implican un profundo cambio en lo individual, lo comunitario y lo institucional. Para lograrlo se requiere aplicar el enfoque de estrategias de cambio y para ello la mercadotecnia social se convierte en una herramienta idónea para dar salida a uno de los ejes prioritarios de la promoción de salud: el de la información y comunicación social, a la vez que ofrece alternativas de estrategias no solo por ser públicos diferentes, sino por analizar problemáticas o manifestaciones distintas de un mismo problema (Gónzora García, 2014).

Consecuentemente, Marchiori (2006), siguiendo a Sutherland y Fulton, señala que pueden reconocerse dos abordajes en la promoción de la salud: uno, que ha puesto el énfasis en los comportamientos individuales, de manera que orienta sus acciones a la modificación de estilos de vida; y otro, que propone una relación con los determinantes de las condiciones de salud y por tanto en las acciones orientadas a los colectivos. Este último ha tenido menos desarrollo, lo que se concreta en el énfasis en las prácticas individuales, tales como los estilos de vida saludables con estrategias educativas para modificar comportamientos. Así, es posible que se esté dejando de lado la reflexión sobre las dimensiones políticas, sociales y culturales en que se enmarca la promoción de la salud (Rodríguez Villamil, 2013).

Conclusiones

La promoción de la salud se convierte en el factor articulador de las variables económicas, educativas, subjetivas, políticas, de ejercicio de los derechos humanos, todas juntas sin jerarquías, en equilibrio, no como una suma de partes, sino como una articulación propia de la existencia humana.

El desarrollo es integral y ya no puede seguir siendo asumido desde sus segmentos y particularidades. El elemento transversal de sus diferentes pisos, económico, organizativo, social, ideológico, cultural, personal-subjetivo, tecnológico, etcétera, es la comunicación realizada en la cultura.

El nuevo planteamiento del Modelo Operativo de Promoción de la Salud equivale a las huellas que se tienen que dejar y que tienen que seguir provocando encuentros en función de horizontes comunes y de respuestas urgentes. La visión de la promoción de estilos de vida saludable significa el reto de asumir la heterogeneidad como un valor articulable a la construcción de un nuevo tejido de lo colectivo, de nuevas formas de solidaridad produciendo una dinámica social ligada a alguna noción de comunidad, ciertamente no estancada en el pasado, sino invadiendo el futuro. Allá, en esa proyección, se planteará la nueva "Versión 2.0".

Referencias bibliográficas

- Abelin, T.; Brzezinski, Z. & Castairs, V. (1987). *Measurement in Health Promotion and Protection*. Copenhagen: ROE WHO.
- Ajzen, I. (1991). "The Theory of Planned Behavior". *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50 (2): 179-211.

- Álvarez-Dardet, C. y Ruiz Cantero, M. T. (2011). "Patrimonio de salud: ¿son posibles las políticas salutogénicas?" *Revista Española de Salud Pública* 85 (2): 123-127.
- DGCES (Dirección General de Calidad y Educación en Salud) (2013). "Programa Sectorial de Salud 2013-2018". Secretaría de Salud, Gobierno de México. Recuperado de: <https://goo.gl/scCeC3> (consulta: marzo 2018).
- Fernández-Viagas, C.; Gil, C.; Barroso, N.; Quesada, C. & Girón, M. (2018). "Implantación de un programa de promoción de la salud de las mujeres en zonas de exclusión social de la ciudad de Sevilla". *Gaceta Sanitaria* 2017: 1-4.
- Franco-Giraldo, Á. (2012). "Promoción de la salud (PS) en la globalidad". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 30 (2): 193-201.
- Giraldo Osorio, A.; Toro Rosero, M.; Macías Ladino, A.; Valencia Garcés, C. y Palacio Rodríguez, S. (2010). "La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables". *Hacia la Promoción de la Salud* 15 (1): 128-143.
- Góngora García, L. (2014). "Mercadotecnia social: una herramienta necesaria para la promoción de salud". *Medisan* 18 (5): 684-694.
- Linares Pérez, N. (2015). "Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba". *Revista Cubana de Salud Pública* 41 (1): 94-114.
- Marchiori, P. (2006). "Una introducción al concepto de promoción de la salud". En: Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (Org.). *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias* (pp. 19-46). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Mejía Ortega, L. (2013). "Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública". *Revista Facultad Nacional De Salud Pública* 31 (1): S28-S36.

- Nutbeam, D. & Harris, E. (1998). *Theory in a Nutshell: A Practitioners Guide to Commonly Used Theories and Models in Health Promotion*. Sydney: National Centre for Health Promotion.
- Paredes Garavito, O. (2009). *Diseño y evaluación del impacto de un programa de intervención basado en la Teoría de la Acción Razonada sobre el comportamiento de matoneo en estudiantes escolares*. Tesis de Maestría en Psicología con énfasis en salud, Universidad Nacional de Colombia.
- Rodríguez Villamil, N.; Valencia González, A. y Díaz Mosquera, P. (2013). “Promoción de la salud y sistema de salud colombiano: reflexiones sobre la formación de profesionales”. *Hacia la Promoción de la Salud* 18 (1): 26-40.
- Secretaría de Salud (2005). Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS).
- Secretaría de Salud, DGPS (2007). Modelo Operativo de Promoción de la Salud.15-144. Disponible en: <https://bit.ly/2sMJGrL>.
- Serna Gómez, H. (2002). *Gerencia estratégica: Planeación y Gestión. Teoría y Metodología*. 7ma. ed. Bogotá: 3R Editores.
- Urbanos, R. (2010). “La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? Informe SESPAS 2010”. *Gaceta Sanitaria* 24 (1): 7-11.