

POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PERÚ: RETOS Y PERSPECTIVAS

Elizabeth Aliaga Huidobro

Este Cuaderno de Trabajo ha sido posible gracias al auspicio de DFI, Fundación Ford y Proyecto POLICY de USAID.

© ForoSalud

Av. Los Incas N° 603, 2do. Piso
San Isidro, Lima 27, Perú
Telf.: 422 6137 - 9857 2760
www.forosalud.org.pe

© Consorcio de Investigación Económico y Social - CIES

Antero Aspíllaga 584
San Isidro, Lima 27, Perú
Telf.: 421 8082 - 421 17968
www.consortio.org

Setiembre del 2003

Editado por: ForoSalud y Observatorio del Derecho a la Salud - CIES
Redess Jóvenes, Simón Salguero 233 - Surco, Lima

Coordinación: Ana Gúezmes y Manuel Vargas

Lectoría: Ariela Luna y Carlos Bardales

ISBN: 9972-9696-5-7

Hecho el Depósito Legal: 150115 2003 - 4987

Los auspiciadores, ForoSalud, el CIES y las personas que han realizado las lectorías no comparten necesariamente las opiniones vertidas en este documento, que son responsabilidad exclusiva de su autor.

PRESENTACIÓN

Tenemos el agrado de presentar en esta oportunidad el informe final de investigación de la Dra. Elizabeth Aliaga Huidobro, titulado: “Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: Retos y Perspectivas”, estudio auspiciado por ForoSalud y el Consorcio de Investigación Económica y Social, en cumplimiento de sus objetivos de promover la investigación independiente y la capacidad propositiva de la sociedad civil en salud.

Esta investigación es parte de un conjunto de 6 temas de interés para la sociedad civil, concursados por ForoSalud y el Consorcio de Investigación Económica y Social en enero de 2003, cuyo informe final está siendo publicado como Cuaderno de Trabajo N° 4.

El procesamiento de los estudios se hizo en un periodo de varios meses, en base a fuentes secundarias principalmente, por tratarse de estados de situación realizados por especialistas en cada campo. Sin embargo, el presente estudio combina fuentes secundarias y primarias, lo cual garantiza una mayor profundidad del tema.

Ponemos a disposición de los asociados de ForoSalud y de todo el público interesado, estos reportes de investigación, en el interés de que puedan ser utilizados para que nuestro sistema de salud responda a estos nuevos conocimientos y propuestas.

Cordialmente,

Juan Arroyo Laguna
Coordinador Nacional de ForoSalud

Carlos E. Aramburú
Consorcio de Investigación
Económica y Social

AGRADECIMIENTOS

Recoger la información para este documento ha significado un largo proceso en el cual han participado muchas personas comprometidas con el bienestar y la salud de la población, por lo que deseamos expresar nuestro especial reconocimiento a cada uno de quienes nos concedieron parte de su tiempo para compartir sus apreciaciones y sus aportaciones técnicas respecto al tema de análisis. Agradecemos a los doctores Mauricio Bustamante García, Oscar Ugarte Ubillus, Alejandro Llanos Cuentas, Mario Tavera Salazar, Luis Bacigalupo Cavero, al psicólogo Edwin Peñaherrera, y muy en especial, a los doctores David Tejada de Rivero, Fernando Rocabado Quevedo, Alfredo Aliaga Calderón y a la licenciada Jennie Vásquez Solís, por su apoyo permanente e incondicional. Asimismo, hacemos extensivo el agradecimiento a los otros profesionales de la salud que, a pesar del anonimato, sentirán reflejados sus aportes a lo largo del texto. Un agradecimiento también a los profesionales que realizaron la lectoría del documento, los doctores Ariela Luna y Carlos Bardales.

Por último, el agradecimiento al Foro de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud) y al Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), así como a la Fundación Ford, DFID, y al Proyecto Policy de USAID, instituciones que han hecho posible la realización de este reporte.

CONTENIDO

Presentación	3
Resumen Ejecutivo	7
I. Introducción	9
II. Metodología	10
III. Estado de la política de promoción de la salud en el país	12
IV. Retos para garantizar la viabilidad de las políticas de promoción de la salud	37
V. Reflexiones finales	45
Bibliografía	48

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio muestra un análisis de los nudos críticos existentes que podrían limitar la viabilidad de las políticas de promoción de la salud en el país, así como la identificación de los retos que en el corto y mediano plazo debe asumir la actual Dirección General de Promoción de la Salud y el papel principal que debe primar en su accionar como generador de procesos sociales de salud.

Se cuenta con un marco normativo propicio y alentador, tanto a nivel internacional como nacional, en el cual se sustentan las políticas de promoción de la salud en el país. El tema tiene un buen posicionamiento entre las máximas autoridades del Sector Salud, entre las instituciones de la sociedad civil y cuenta con el respaldo de organismos internacionales. En este contexto llama la atención que, a pesar de que los Lineamientos de Políticas de Promoción de la Salud pasaron por un proceso participativo de consulta en el año 2002, a la fecha no hayan sido aprobados por el Despacho Ministerial.

Durante el presente estudio se han identificado nudos críticos que se concatenan y cruzan, de una u otra forma, cada uno de los lineamientos de políticas propuestos por la Dirección General de Promoción de la Salud. En primer lugar, existe desconocimiento del marco conceptual de promoción de la salud. Se tiende a asociarla con acciones de información, educación y comunicación y a ligarla solo a lo que es la prevención de la enfermedad. Por el contrario, la promoción de la salud 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. 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; privilegia la ciudadanía activa a través de la participación social y el empoderamiento del individuo y de la comunidad.

La promoción de la salud pone de relieve la consideración de que la salud hay que entenderla como una realidad social compleja y como un proceso social-político y no circunscrita solo a una atención médica reparativa. Por tanto, la hipótesis que se sostiene en el presente estudio es que la promoción de la salud trata de romper con el paradigma biomédico aún existente, y acercarse más al nuevo paradigma emergente, por el cual se confiere el poder a la ciudadanía para mejorar y ejercer control sobre su propia salud, enmarcado entonces, en un enfoque de desarrollo y de derechos humanos, en donde se asumen responsabilidades compartidas entre la ciudadanía y el Estado.

La Dirección General de Promoción de la Salud, es percibida como una dirección aislada, con objetivos propios y en competencia con las otras direcciones de línea del Ministerio de Salud, evidenciándose un divorcio entre los responsables del diseño de las políticas de promoción de la salud y los responsables del diseño de las intervenciones sanitarias. A esto hay que añadir que, en el poco tiempo transcurrido, ha existido una alta rotación de directores con el consiguiente cambio de personal al interior de la dirección, lo cual no solo ha retrasado el proceso de planeamiento

sino que ha traído como consecuencia desconcierto en los niveles operativos y un mayor distanciamiento con las otras direcciones de línea a nivel central.

Las directivas dadas desde el nivel central no están siendo claramente transmitidas a los equipos de promoción de la salud. Asimismo, como la organización de los servicios de salud está muy centrada en lo recuperativo, todo su sistema de registro y especialmente la medición del factor de productividad de los trabajadores de salud está centrada en la atención; no tiene una perspectiva de promoción de la salud, es decir, no está centrada en el trabajo hacia la comunidad. Se visualiza a la estrategia *Perú Vida 2012* como una interferencia programática, en la medida en que es un plan adicional al planeamiento estratégico y al plan operativo, elaborado por la Dirección General de Promoción de la Salud.

El presupuesto asignado a la Dirección Ejecutiva y luego a la Dirección General de Promoción de la Salud es insuficiente. Para el ejercicio 2003, el presupuesto asciende a 800,000 nuevos soles. Adicionalmente hay un aporte financiero a través del Programa de Acuerdos de Gestión, equivalente a 1.500.000 nuevos soles, para apoyar al nivel central y periférico, cifra que no alcanza para ejecutar todas las acciones planeadas.

Frente a estos obstáculos, se han podido delimitar en el análisis de los actores claves entrevistados, los principales retos que la Dirección General de Promoción de la Salud debe asumir, en el corto y mediano plazo, para favorecer la viabilidad de las políticas de promoción de la salud en el país. El primer reto es la socialización del modelo de promoción de la salud, promoviendo que en este enfoque innovador los nuevos protagonistas son los ciudadanos. El segundo reto alude a la importancia de lograr que la promoción de la salud sea visibilizada y reconocida como una inversión y no como un gasto. El tercero, resalta la necesidad de establecer una relación franca con la ciudadanía y garantizar que esa relación se de en forma permanente, independientemente de los cambios que ocurran en el Ministerio de Salud y de las visiones particulares que pudieran tener quienes se encuentren en la conducción del sector, del gobierno de turno. Asimismo, es necesario repensar la forma de relación con las diferentes oficinas del Ministerio de Salud y superar el vacío que actualmente se aprecia al no estar cubriendo las acciones preventivo-promocionales de la Dirección General de Salud de las Personas; este constituiría el cuarto reto. El quinto privilegia la acción intersectorial. Una oportunidad inmediata para la Dirección General de Promoción de la Salud lo constituyen los gobiernos regionales, que deben ser los primeros en involucrarse en la estrategia de promoción de la salud en el país. Es así como la descentralización se puede considerar como una política que busca generar capacidad de desarrollo a nivel local, regional y nacional. El sexto desafío considera la necesidad de la formación de recursos humanos, no solo del ámbito de salud sino de los diferentes ámbitos sociales y políticos del país.

El último desafío identificado, y quizás uno de los más importantes, es el concerniente al papel que debe cumplir la Dirección General de Promoción de la Salud, adicional a su papel normativo y rector. Todos los entrevistados coinciden en afirmar que para viabilizar los lineamientos de políticas, el principal papel que le compete asumir es el de ser mediador, promotor y facilitador de los procesos sociales conducentes a la salud de la población.

La reflexión final, y sin restar importancia a los retos expuestos, es el señalamiento de que, para lograr la viabilidad real de la promoción de la salud en el país, se requiere de políticas públicas de Estado y no solo de sector. Esto por el entendido de que la promoción de la salud es la más social de las estrategias de salud y la que menos depende de la acción directa de los servicios de salud por sí solos y que los procesos claves que requiere están centrados, principalmente, en la descentralización, la intersectorialidad, la participación comunitaria y en una efectiva democratización de la salud.

I. INTRODUCCIÓN

La situación sanitaria en nuestro país muestra grandes disparidades en función del género, la edad, el nivel socioeconómico y el lugar de residencia. En el Perú, como en otros países en vías de desarrollo, las políticas de cobertura universal no han tenido los resultados esperados, han fracasado en alcanzar la equidad en salud. Asimismo, las políticas sanitarias han sido orientadas principalmente a la asistencia médica reparativa, primando un enfoque eminentemente biomédico.

No se ha entendido que el concepto de salud sobrepasa la noción de ausencia de enfermedad y debe ser considerada como un derecho humano universal y como un proceso social-político, indisoluble de los otros procesos, sociales, económicos, políticos, culturales, que se producen en una sociedad. Esta mirada holística e integradora de la salud sólo es posible si se aborda desde una perspectiva de promoción de la salud.

La búsqueda de mayor equidad requiere que la sociedad desarrolle sistemas de protección y promoción de oportunidades y de calidad de vida en aquellos aspectos que las propias sociedades consideran de valor social y que permiten que todos los ciudadanos sean partícipes de los beneficios y actores del desarrollo. La marcha hacia la equidad implica la construcción de ciudadanía.

Creemos que un verdadero proceso de reforma sanitaria en nuestro país, que busque el mejoramiento de las condiciones de inequidad y propicie la democratización de la salud, tiene que dar un mayor énfasis a políticas, estrategias e instrumentos de promoción de la salud, en donde se garantice una real participación de la ciudadanía.

Por tanto, el objetivo de este documento es constituirse en un vehículo de reflexión para los hacedores de políticas, los gestores de las intervenciones sanitarias, funcionarios de organizaciones públicas, privadas, así como de agencias de cooperación, a fin de iniciar un verdadero proceso de reforma en salud, que se plasme en políticas públicas de Estado.

II. METODOLOGÍA

La metodología empleada para el presente estudio ha sido netamente de carácter cualitativo, a través del empleo de dos momentos metodológicos que integran datos secundarios y primarios, cuya interrelación sirvió para el análisis de la temática del estudio:

- 1) El primer momento fue desarrollado a través del análisis del contenido de las fuentes secundarias, las mismas que corresponden a: Lineamientos de Promoción de la Salud, Lineamientos del Sector Salud, Plan Estratégico de Promoción de la Salud, entre otros, lo que permitió tener una síntesis de lo avanzado hasta el momento. Asimismo se realizó una exhaustiva revisión bibliografía para tener un manejo conceptual del tema en estudio.
- 2) El segundo momento corresponde al recojo de la información a través de datos primarios. Esto se efectuó mediante el empleo de la técnica de entrevistas a personal clave.

Entre los meses de abril y mayo de 2003, se desarrolló un total de diecisiete entrevistas a personal clave, las mismas que fueron aplicadas a funcionarios de salud del nivel central del Ministerio de Salud y de Direcciones de Salud así como de Redes de Salud del Ministerio de Salud. También se entrevistó a funcionarios de salud vinculados al proceso de transición y a funcionarios de agencias de cooperación, de instituciones u organismos no gubernamentales, que actualmente se encuentran trabajando el tema, y representantes de universidades, quienes nos han dado luces respecto a los ejes centrales del presente estudio.

En todos los casos se pidió el consentimiento de los informantes para realizar la exploración, así como para permitirnos grabar la sesión de entrevista.

El trabajo se desarrolló en cuatro fases. En la primera fase se realizó el trabajo de gabinete, es decir, la compilación de antecedentes e información bibliográfica sobre la temática en estudio, así como las coordinaciones para realizar las entrevistas al personal clave. La segunda fase fue eminentemente de campo, de aplicación de las entrevistas. Es necesario dejar constancia que, durante esta fase, se tomó un poco más del tiempo previsto, requiriéndose algunos días de la siguiente fase. La tercera fase fue la más complicada, pues se iniciaron las transcripciones de las entrevistas simultáneamente a la aplicación de algunas entrevistas faltantes. Asimismo, se realizó el procesamiento de la información de datos primarios y el respectivo análisis de la información, culminando con la redacción del informe final, el mismo que pasó por una fase adicional de revisión del documento a cargo de lectores y de un grupo de participantes de las entrevistas. Durante este proceso de consulta, correspondiente a la cuarta fase, se solicitó autorización para indicar el nombre del entrevistado en algunas citas textuales consideradas relevantes para el tema en estudio.

Cabe señalar que, en un inicio, se pensó realizar un mapa de partes interesadas y el grado de apoyo u oposición a las Políticas de Promoción de la Salud en el país. Sin embargo, en el proceso de recojo de información primaria se observó que todos los actores claves involucrados en la

temática y que pertenecían, a su vez, a diferentes instancias, estaban ampliamente a favor de las Políticas de Promoción de la Salud, motivo por el cual el análisis inicial se descartó. El estudio se ha centrado, más bien, en el análisis de los nudos críticos existentes que podrían limitar la viabilidad de las Políticas de Promoción de la Salud en el país, así como la identificación de los retos que en el corto y mediano plazo debe asumir la actual Dirección General de Promoción de la Salud para viabilizar sus lineamientos de políticas y, por último, el papel principal que debe primar en su accionar.

III. ESTADO DE LA POLÍTICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PAÍS

3.1. Marco normativo

3.1.1. Antecedentes históricos y marco normativo internacional

En 1920, Winslow hizo alusión a la organización de la comunidad para la educación de los individuos hacia su salud personal y el desarrollo de la maquinaria social, a fin de asegurar a cada persona un estándar de vida para el mantenimiento o mejoramiento de la salud.¹

La historia más reciente, que antecedió a la renovación de principios y la construcción teórico-práctica de la promoción de la salud, se inició en 1945, con Henry E. Sigerist, quien definió las cuatro funciones básicas de la medicina: 1) la promoción de la salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) la restauración de los enfermos, y 4) la rehabilitación; y, afirmó que *“la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”*, instando al esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos. Fue el primero en usar el término “promoción de la salud” para hacer alusión a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida y a las acciones basadas en la educación sanitaria. En el listado de los aspectos fundamentales que debe considerar un programa nacional de salud, Sigerist situó en primer lugar a la educación gratuita para toda la población, incluida la educación para la salud, seguida de las mejores condiciones posibles de trabajo y de vivienda. En tercer lugar hace referencia a los mejores medios de recreación y descanso²; en cuarto lugar propone un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado; y en quinto lugar alude al desarrollo de centros médicos de investigación y de capacitación³.

El Informe Lalonde, publicado por el Gobierno de Canadá en 1974 y sustentado por Marc Lalonde, ex Ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá titulado *“Una nueva perspectiva de salud de los canadienses”*, considera a la promoción de la salud como una estrategia gubernamental, dirigida a la resolución de los problemas de salud y proponía acciones que tenían que ver con

¹ Gómez Zamudio, Mauricio, 1998. *Teoría y guía práctica para la promoción de la salud*. Montreal, Canadá. Unidad de Salud Internacional, Universidad de Montreal.

² Terris Milton, 1999. “Conceptos de promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública”, en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, *“Promoción de la Salud: una antología”*. Washington, DC, EUA.

³ Restrepo, Helena, 2001. “Antecedentes Históricos de la Promoción de la Salud”; en Restrepo, Helena; Hernán Málaga. *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional Ltda.

cambios del estilo de vida o comportamientos, como tabaco, alcohol, dieta, comportamiento sexual⁴. De la perspectiva tradicional de que “*el arte o la ciencia de la medicina ha sido el manantial del que han surgido todos los progresos de la salud*”, se pasó a un concepto más amplio de “campo de salud”, que consta de cuatro grandes elementos: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de la atención sanitaria. En el mismo documento se sostenía que lo preventivo debía primar sobre lo curativo⁵.

En 1978, se produjo un evento internacional que introdujo a escala mundial innovaciones en la conceptualización de la salud. Nos estamos refiriendo a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF en Alma-Ata, capital de la República de Kazajstan, entonces Unión Soviética, a la que asistieron 134 países, 67 organizaciones internacionales y muchas organizaciones no gubernamentales. La innovación fue la de proclamar la convicción de que la salud no puede ser un privilegio de pocos pues es un derecho humano universal y fundamental. De no menor importancia en lo doctrinario fue el enunciado que sostiene: “*El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud*”⁶. Ya en 1975, el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, había propuesto la meta “salud para todos”, afirmando que se trataba de alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones, llevar una vida social y económicamente productiva, destacando la relevancia social y política de la salud.⁷

Es altamente reconocido que la Declaración de Alma-Ata constituye uno de los mayores hitos para la salud pública del siglo XX. Hasta ese momento, los países pobres tendían a replicar el sistema de salud de los países industrializados. A partir de Alma-Ata, primó el enfoque sobre las necesidades básicas de salud y sobre la prevención de enfermedades en lugar de la atención eminentemente recuperativa. Fue una estrategia nueva de desarrollo integral de las comunidades para fines de salud y desarrollo, que inserta, además, los principios de equidad, inclusión de los pobres, prevención, promoción y participación social.⁸

El Dr. David Tejada de Rivero⁹, responsable de la coordinación general de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, considera que, guardando ciertas proporciones, las recomendaciones de Alma-Ata hoy en día tienen más vigencia que nunca. Aunque reconoce que, en nombre de la atención primaria, se han cometido muchos crímenes en el campo de la salud, como la creación de programas, sean o no de carácter vertical. El Dr. Tejada enfatiza que: “*la Atención Primaria de Salud hay que entenderla como una forma de cómo conducir el cuidado integral de la salud y no como un programa de tercera clase, muy elemental, muy primitivo, hecho para las zonas periféricas y para los pobres. La Atención Primaria de la Salud es un concepto que debe estar presente desde el instituto más especializado en salud hasta el nivel más periférico*

⁴ Gómez Zamudio, Mauricio, op.cit.

⁵ Terris, Milton, op.cit.

⁶ División de Promoción y Protección de la Salud, OPS-OMS, 1994. *Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina*. Quito, Ecuador: Efecto Gráfico.

⁷ Tejada de Rivero, David, 2003. *Veinticinco años después de Alma-Ata*. Documento publicado por la OPS-OMS en ocasión del veinticinco aniversario de la Conferencia de Alma-Ata.

⁸ Altobelli, Laura, 2002. “Participación comunitaria en la salud: la experiencia peruana en los CLAS”, en Arroyo, Juan *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política*. Lima, Perú.

⁹ El Dr. David Tejada de Rivero, ex Ministro de Salud de Perú, ex Sub Director General de la OMS, miembro de la Asociación de Consultores Internacionales en Salud y actual Presidente de la Academia Peruana de Salud. (Entrevista realizada en abril de 2003).

del cuidado integral de la salud, que no es el puesto de salud sino que es la familia, la escuela, el centro de trabajo”.

En este punto, cabe la aclaración vertida por el Dr. Tejada, en relación a la inadecuada interpretación de los términos del concepto “Atención Primaria de Salud”. En lo referido a la “atención”, la versión original en inglés usó el término “cuidado” (“care”) y no “atención”. En realidad entre ambos conceptos hay una diferencia abismal, “atención” significa relaciones verticales, asimétricas y no participativas; en donde alguien atiende desde arriba y otro es atendido, pasivamente, desde abajo. Por el contrario “cuidado” denota relaciones horizontales, simétricas y participativas de responsabilidades en el que promueve y en el que realiza. El cuidado es intersectorial, a diferencia de la atención que es sectorial, institucional o de programas aislados y servicios específicos. Asimismo, en lo que compete al término “primario” se tienen dos acepciones extremas y opuestas; una se refiere a lo “primitivo, poco civilizado” y la otra a “lo principal o primero en orden o grado”. El espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda. En la Declaración de Alma-Ata se señala que la Atención Primaria de la Salud forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico global (en su sentido multisectorial y no mundial), y es la función central y el núcleo principal de todo el sistema, enfatiza el doctor Tejada.¹⁰

En 1979, el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos publicó el informe “*Gente sana: el informe del Cirujano General sobre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad*”. En este documento se presenta a la promoción de la salud como una estrategia de medidas que estimulen a las personas a adoptar modos de vida sanos. Al mismo tiempo presenta a la prevención como las estrategias tendientes a la protección de las amenazas ambientales a la salud.¹¹ Ambos planteamientos de políticas, el de Canadá y el de Estados Unidos, irían a generar profundos cambios en la práctica de la salud pública en esos dos países.

En la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, llevada a cabo en Ottawa, Canadá, en 1986 y organizada por la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá; se elaboró la Carta de Ottawa en la que se hacen importantes avances en la conceptualización de la promoción de la salud, entendiéndola no concentrada exclusivamente en los estilos de vida y la responsabilidad individual, como inicialmente se definió, sino desde una perspectiva más amplia, planteando la importancia del entorno físico, económico, social, cultural y ambiental como determinantes de la salud.¹² En la organización de dicha Conferencia, pesó la necesidad de reactivar el compromiso de los países miembros de la OMS para alcanzar la meta de “*Salud para todos en el año 2000*”, que no avanzaba como se esperaba. La promoción de la salud surge, como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en el mundo.¹³

Los aportes de la Carta de Ottawa a una concepción más integral de promoción de la salud se sintetizan a continuación:¹⁴

¹⁰ Tejada de Rivero, David, 2003. *Veinticinco años después de Alma-Ata*, op.cit.

¹¹ Gómez Zamudio, Mauricio, op.cit.

¹² OPS/OMS, 1992. *Líneas de Investigación prioritarias en promoción de la salud*. Washington, D.C.

¹³ Restrepo, Helena, 2001. “Conceptos y definiciones”; en Restrepo, Helena; Hernán Málaga, op.cit.

¹⁴ OPS/OMS, 1992, *Líneas de Investigación prioritarias en promoción de la salud*, op.cit.

a) Énfasis en la perspectiva sociopolítica de la salud

Se concibe a la salud no solo como ausencia de enfermedad sino que ésta es el resultado del desarrollo humano, social, económico y político. Plantea que factores de la organización social, en general, y de la estructura económica en particular son las causas de la enfermedad y que las acciones para promover la salud, además de la modificación de comportamientos individuales, van dirigidas a la modificación del ambiente físico y social que a su vez se encuentra inserto y determinado por un contexto político, cultural y económico.

b) Incorpora lo individual y las realidades sociales

Sintetiza los enfoques orientados a individuos como a las colectividades y los enfoques de promoción de la salud, basados en determinantes específicos de la enfermedad con determinantes generales.

c) Redimensiona la participación social como eje central de la promoción de la salud

El aumento de la capacidad de individuos o comunidades para definir, analizar y actuar sobre sus propios problemas de salud, se constituyen como la esencia misma de la participación en la promoción de la salud, tanto a nivel individual como colectivo.

d) Redefine el enfoque tradicional de la educación en salud

Pasa de ser una educación en donde los individuos y grupos tienen un rol pasivo frente a los expertos a un enfoque que promueve la participación reflexiva activa y crítica y el desarrollo de capacidades y habilidades en el control de los individuos sobre su salud y sus determinantes.

e) Redimensiona y orienta el papel del sector salud en la promoción de la salud

Orienta las actividades de los servicios más allá de la atención curativa hacia una atención que contemple la promoción de la salud, no solo como responsabilidad del sector sino también de individuos, comunidades y otros sectores. Da al sector salud un nuevo papel como intercesor, mediador y facilitador de procesos sociales conducentes a la salud.

Como cursos de acción para hacer operativa la promoción de la salud, la Carta de Ottawa propone cinco áreas: 1) elaboración de políticas públicas saludables, 2) creación de ambientes favorables, 3) reforzamiento de la acción comunitaria, 4) desarrollo de habilidades personales y 5) reorientación de los servicios de salud.

En 1988, en Adelaida-Australia, se realizó la Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. En esta conferencia se exploró con mayor profundidad cómo las políticas públicas saludables de todos los sectores inciden en los factores determinantes de la salud y cómo se constituyen en un vehículo esencial para las acciones que reducen las inequidades sociales y económicas. La Declaración de esta Conferencia, definió la política pública saludable como *“la que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable”* y llamó la atención respecto a la necesidad de solicitar cuentas a los que formulan las políticas públicas sobre su impacto en la salud.¹⁵

La Declaración de Sundsvall, suscrita en la Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la

¹⁵ Restrepo, Helena, 2001, op.cit.

Salud, efectuada en Suecia en 1991, destacó la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones: físicas, culturales, económicas y políticas.¹⁶ Específicamente se reconoce que, los conflictos armados, el rápido crecimiento demográfico, la alimentación inadecuada, la falta de medios de autodeterminación y el deterioro de los recursos naturales, son algunas de las influencias ambientales identificadas como factores perjudiciales para la salud.

En 1992 se firmó la declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Santafé de Bogotá, titulada "*La Promoción de la Salud y Equidad*". En esta declaración se definió el significado de la promoción de la salud en América Latina y se debatieron principios, estrategias y compromisos relacionados con el logro de la salud de la población de la Región. Las conclusiones de la Conferencia responden a la problemática específica de las naciones latinoamericanas, tomando en cuenta los aportes de reuniones internacionales previas y experiencias en promoción de la salud de otros países del mundo. Se explicita que "*la promoción de la salud en América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación de mutua determinación entre salud y desarrollo. Por consiguiente, el desafío consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo*".¹⁷

Durante la 13ª Reunión de los Ministros Responsables de la Salud del Caribe, y después de haber tomado conciencia de la pertinencia de la promoción de la salud como proceso importante y significativo, a través del cual los pueblos del Caribe podrían asumir un control mayor sobre su salud y mejorarla, se pidió la elaboración de una Carta para la Promoción de la Salud. En cumplimiento de este mandato, se celebró en Puerto España, Trinidad y Tobago, la Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe, reunión efectuada del 1 al 4 de junio de 1993. En el marco de esta Conferencia se firma la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud, en donde se manifiesta que los problemas de salud están crecientemente ligados a factores sociales, económicos y del comportamiento y urge la necesidad de adoptar un nuevo enfoque. Además por los efectos desfavorables de los programas de ajuste estructural de sus economías.¹⁸

En 1997 tiene lugar la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Jakarta. Esta Conferencia, considerada como la segunda gran conferencia internacional sobre la promoción de la salud después de Ottawa, planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en países en desarrollo. Asimismo, enfatizó respecto a la movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas.¹⁹

En junio de 2000, en México, se desarrolló la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. La Declaración de México 2000, formulada en el marco de la mencionada Conferencia, reconoce que el logro del grado máximo de salud que se pueda alcanzar, es un valioso recurso para el disfrute de la vida y es necesario para el desarrollo social y económico. Asimismo, se concluye que la promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y

¹⁶ Restrepo, Helena, 2001, op.cit.

¹⁷ Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, del 9-12 de noviembre de 1992, en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, "*Promoción de la Salud: una antología*", op.cit.

¹⁸ Carta del Caribe para la Promoción de la Salud, en Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe, del 1-4 junio de 1993, en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, "*Promoción de la Salud: una antología*", op.cit.

¹⁹ Restrepo, Helena, op.cit.

programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos.²⁰

En octubre de 2002, en Santiago de Chile, se realizó el Foro de Promoción de la Salud de las Américas: Empoderando y Formando Alianzas para la Salud. Además de ratificar los principios y valores de la promoción de la salud de la Carta de Ottawa, reconoce la urgencia de abordar los determinantes sociales de la salud, a través del fortalecimiento de los mecanismos de colaboración entre los sectores público, privado y la sociedad civil, en el marco de un proceso de descentralización. Otro de los compromisos asumidos es el establecimiento de políticas públicas saludables que promuevan la calidad de vida y el desarrollo social más allá del sector sanitario, incorporando la promoción de la salud como un componente central en el proceso de reforma del sector salud y como un elemento básico en la reorientación de los sistemas y servicios de salud, mejorando el acceso a los servicios y a los medicamentos esenciales.²¹

Asimismo, en la XXIV Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina realizada en Lima, Perú, los días 28 y 29 de noviembre de 2002, fue aprobado el texto de la Resolución REMSAA XXIV/386,²² comprometiéndose los ministros firmantes a: realizar las gestiones necesarias para incluir la promoción de la calidad de vida y la salud en la Agenda de Políticas de Estado; la inclusión de la promoción de calidad de vida y la salud como eje articulador de las políticas sociales y de salud en la Agenda Social Andina; mejorar los sistemas de información, vigilancia y evaluación de las intervenciones de promoción de la salud; fortalecer en los países el desarrollo de la promoción de la salud en los servicios de salud, especialmente de los cuidados de salud a la familia y de la atención primaria; capacitar recursos humanos del sector de la salud y otros sectores, en promoción de la salud, su vigilancia y evaluación, en alianza estratégica con las universidades y otros centros de excelencia académica; articular y potenciar las iniciativas nacionales de promoción de la calidad de vida y salud en los países miembros, a través de canales de información e intercambio de experiencias, encargándose al Convenio Hipólito Unanue, la coordinación de estos procesos, con el apoyo de la OPS-OMS y de la cooperación internacional.

Cabe señalar que la promoción de la salud no está fuera del marco internacional de los derechos humanos. En 1948, se firman los tres pactos básicos que definen a la salud como un derecho humano fundamental: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos Humanos y la constitución de la Organización Mundial de la Salud.²³ El derecho a la salud está sustentado en innumerables tratados internacionales, de los que el Perú es Estado parte. En el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se alude a que *“la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”*. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que el derecho a la salud se debe interpretar como un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda

²⁰ Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud, Ciudad de México, junio de 2000.

²¹ Ministerio de Salud de Chile. www.minsal.cl. 06 junio de 2003.

²² Certificado en Lima, Perú, el 5 de diciembre de 2002, por el Doctor Mauricio Bustamante García, Secretario Ejecutivo, Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

²³ Carlyle Guerra de Macedo, 2002. *“El Derecho a la Salud en América Latina en los albores del Siglo XXI”*. Ponencia presentada en la I Conferencia Nacional de Salud, Lima-Perú.

adecuada, condiciones de trabajo seguras y sanas, un medio ambiente sano y el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro eje importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.²⁴

3.1.2. Marco Normativo Nacional

La promoción de la salud es un elemento que cobra fuerza en la estructura ministerial durante el gobierno de transición, siendo entonces Ministro de Salud el Dr. Eduardo Pretell. Es así como en Junio de 2001 se crea la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, como parte de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial N° 343 -2001-SA, Dirección que, durante el mandato del Ministro de Salud del actual gobierno, Dr. Luis Solari, es convertida a una dirección de línea, a través de la nueva Ley de Ministerio de Salud N° 27657, aprobada por el Congreso de la República el 17 de enero de 2002, que crea la Dirección General de Promoción de la Salud (Cap. X, Art. 27).

La referida ley reconoce que la Dirección General de Promoción de la Salud es el órgano técnico-normativo en los aspectos de promoción de la salud de la población, encargada de concertar la participación de los agentes y actores técnicos y sociales para lograr el mantenimiento de la salud de la población y las condiciones estratégicas para conseguirlo y de conducir el proceso de promoción de la salud en el Sector. Además, coordina el marco técnico-normativo con los institutos especializados, los organismos públicos descentralizados de salud, los órganos desconcentrados²⁵ y la comunidad científica nacional e internacional.

La Ley de Salud N° 27657 se reglamenta con el Decreto Supremo 013-2002-SA del 19 de Noviembre de 2002, estableciéndose que la Dirección General de Promoción de la Salud está constituida por la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria en Salud, la Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud y la Dirección Ejecutiva de Vida Sana.

En los Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012²⁶ se considera como primer lineamiento el concerniente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; considerando la importancia de promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una Cultura de la Salud, constituyéndose en una prioridad para el Sector por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de los niveles de vida.

Los Acuerdos de Gestión, firmados el año pasado, entre el nivel central del Ministerio de Salud y las Direcciones de Salud, señalan como la primera meta el fortalecimiento de la promoción de la salud. Está orientado principalmente a la organización de las Direcciones de Promoción de la Salud a nivel regional.

En el año 2001, se elaboró un documento de Lineamientos de Políticas de Promoción de la Salud,

²⁴ Naciones Unidas -Consejo Económico y Social, 2000. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14. Ginebra.*

²⁵ Los órganos desconcentrados son las Direcciones de Salud y los institutos especializados

²⁶ Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012 y Fundamentos para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006.

que durante los primeros meses del año 2002 pasó por un proceso de concertación y validación, tanto al interior del Ministerio de Salud, como con otros sectores, colegios profesionales, agencias de cooperación y organizaciones de la sociedad civil. A la fecha estos lineamientos se encuentran en proceso de aprobación por el Despacho Ministerial.²⁷

En el mencionado documento, se postulan seis lineamientos ejes de las Políticas de Promoción de la Salud con sus respectivos objetivos, los mismos que se detallan a continuación:²⁸

Lineamiento 1:

Contribuir al desarrollo humano integral, fomentando una cultura de la vida y de la salud, donde las personas, familias y comunidades tomen decisiones responsables, respetando la dignidad de las personas y tendientes al desarrollo sostenible.

Objetivo:

- Promover la salud como un elemento necesario e imprescindible del desarrollo humano integral tanto para las personas, familias y comunidades.
- Desarrollar habilidades, conductas y actitudes hacia el autocuidado, estilos y modos de vida saludables.

Lineamiento 2:

Crear las condiciones para que las personas, familias y comunidades adquieran una mayor participación en las decisiones y acciones que condicionan su salud, a través de una formación integral tendiente a crear una cultura de salud.

Objetivo:

- Fomentar en la población comportamientos, hábitos, habilidades sociales y estilos de vida saludables que contribuyan con la calidad de vida de la población según la etapa del ciclo de vida.

Lineamiento 3:

Fomentar y fortalecer la participación ciudadana en los aspectos relacionados a mejorar la salud de las personas y las comunidades.

Objetivo:

- Propiciar el compromiso de autoridades políticas, instituciones públicas y privadas y de la sociedad para mejorar las condiciones de salud de su entorno.
- Lograr procesos de participación ciudadana basados en el empoderamiento de la población y con participación activa de los agentes comunitarios en salud.

²⁷ Plan Estratégico 2003-2006, Dirección General de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud.

²⁸ Lineamientos de Políticas de Promoción de la Salud (versión en proceso de aprobación por el Despacho Ministerial).

Lineamiento 4:

Fomentar que las escuelas se constituyan en centros formadores de una cultura de salud en la niñez y en la población en general.

Objetivo:

- Contar con modelos de escuelas promotoras de la salud que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas.

Lineamiento 5:

Reorientar la atención en los servicios y del personal de salud con criterios de promoción de la salud.

Objetivo:

- Promover entre el personal de los servicios una atención con enfoque de promoción de la salud.
 - Revalorar el rol fundamental que desempeña el personal de salud en la defensa y facilitación de la promoción de la salud, fortalecer el trabajo del personal de salud a través de la capacitación continua en promoción de la salud, revalorando las experiencias extramurales de salud locales.
 - Contemplar criterios de adecuación cultural, de acuerdo a cada ámbito local, en la prestación de los servicios de salud. Así como fortalecer el trabajo de los promotores de salud/agentes comunitarios de salud, generando mecanismos de participación activa en las estrategias de salud locales.

Lineamiento 6:

Generar y difundir evidencias de la efectividad de las intervenciones en promoción de la salud a nivel local y regional.

Objetivo:

- Generar resultados basados en evidencias que muestren el impacto de las intervenciones en promoción de la salud.
 - Generar y recopilar evidencias y resultados de la efectividad de las intervenciones en promoción de la salud.
 - Difundir los resultados de las intervenciones en promoción de la salud.

En general, se puede observar la existencia de un marco normativo propicio y alentador, tanto a nivel internacional como nacional, en el cual se sustentan las políticas de promoción de la salud en el país. El tema tiene un buen posicionamiento entre las máximas autoridades del Sector Salud, entre las instituciones de la sociedad civil y cuenta con el respaldo de organismos internacionales. Al respecto el doctor Mauricio Bustamante García²⁹ señala que, “*en lo que se*

²⁹ El Dr. Mauricio Bustamante García es Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue. (Entrevista realizada en mayo de 2003)

refiere a voluntad política, yo he sentido que el introducir la promoción de la salud es una prioridad para el país, expresada en el compromiso de su Ministro de Salud³⁰, uno de los gestores para concretar la resolución a nivel andino”.³¹

En este contexto, llama la atención que, a pesar de que los Lineamientos de Políticas de Promoción de la Salud pasaron por un proceso participativo de consulta en el año 2002, a la fecha no hayan sido aprobados por el Despacho Ministerial.

3.2. Avances en promoción de la salud en el país

En los últimos años se ha venido realizando esfuerzos de promoción de la salud en el país que responden a la necesidad de ir mejorando las condiciones de salud de la población. Para efectos didácticos, estas experiencias se han organizado a nivel de áreas de acción, teniendo como eje, las áreas de Promoción de la Salud delimitadas en la Carta de Ottawa, observándose avances a nivel de: la creación de entornos y ambientes saludables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios de salud.

3.2.1. Entornos y ambientes saludables

Existen dos iniciativas importantes para la generación de entornos saludables en el país. Una de ellas la constituye la Red de Municipios y Comunidades Saludables en el Perú y la segunda, la Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de la Salud.

Municipios y Comunidades Saludables

La estrategia de Municipios Saludables, constituye una propuesta válida para descentralizar la toma de decisiones sobre los servicios de salud a la población. Constituye una propuesta de gran alcance para dar impulso a la promoción de la salud, lo que significa generar un proceso de búsqueda de las condiciones idóneas para una vida sana en el contexto comunitario, buscando la concertación de voluntades y recursos políticos, institucionales y comunitarios.³²

Desde 1996, se viene implementando en el Perú la iniciativa de Municipios y Comunidades Saludables para un desarrollo sostenible, promovida por el Ministerio de Salud, con el apoyo de agencias de cooperación como OPS-OMS, UNICEF, UNFPA, UNESCO, ODA y USAID, con el impulso y asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud-Representación Perú. El 07 de Abril de 1996, Día Mundial de la Salud, mediante una Declaratoria las entidades, municipios y comunidades suscribieron lo siguiente:

“Conscientes de la necesidad de aunar esfuerzos y voluntades para lograr el desarrollo de nuestras comunidades, reafirmamos nuestro compromiso solidario de contribuir al bienestar de nuestra población, dotándola de servicios eficientes, mejorando las

³⁰ Dr. Fernando Carbone, Ministro de Salud del Perú.

³¹ Resolución REMSAA XXIV/386.

³² Alessandro, Laura, 2002. *Municipios Saludables: Una opción de política pública. Avance de un proceso en Argentina*. Organización Panamericana de la Salud-Argentina, Gráfica Laf S.R.L.

*condiciones de vida, trabajo y cultura, estableciendo relaciones armoniosas con el medio ambiente, y revalorando la participación social como eje principal en la construcción de municipios y comunidades saludables”.*³³

En diciembre de 1999, los alcaldes, regidores y autoridades de diversos sectores, representantes de las instituciones y entidades públicas y privadas, representantes de las organizaciones sociales de base, se reunieron con ocasión del Encuentro de Intercambio de Experiencias de Municipios y Comunidades Saludables y suscribieron una Declaratoria de Compromisos para la Acción, reafirmando la necesidad de fortalecer la iniciativa de Municipios y Comunidades Saludables, conformando comités multisectoriales locales y promoviendo el diseño y la implementación de políticas públicas saludables en el ámbito local. Se firmó la Declaración de Compromiso para constituir una instancia nacional de coordinación de Municipios y Comunidades Saludables. En ella, se declara: “Iniciar la formación de una Red de Municipios y Comunidades Saludables en el ámbito local, provincial y nacional, para el fortalecimiento de la comunicación, coordinación y cooperación entre los diferentes procesos”.³⁴

Teniendo como marco la mencionada declaración, se han desarrollado experiencias como la preservación de la arquitectura urbana, contribuyendo al ornato y la generación de entornos saludables; programas de salud orientados a la promoción de la maternidad saludable y segura; campañas integrales en zonas de alto riesgo sanitario, priorizando la atención a los niños y niñas; programas para elevar el nivel nutricional de los comedores populares; cursos y talleres de capacitación con organizaciones de base en lo referido a deberes y derechos ciudadanos y, servicios básicos de calidad. Otros programas importantes son los que se desarrollan en el marco de los derechos humanos, como son las Defensorías Municipales del Niño y el Adolescente, así como los relativos a prevenir la violencia familiar y cultivar estilos de vida saludables. Asimismo, con un nivel de trabajo multidisciplinario, se han iniciado Programas del Adulto Mayor a través de cuatro líneas de acción: Servicios de salud, Participación vecinal, Asistencia social y Estructura del tiempo libre.

Contando con la asesoría técnica de la OPS/OMS, se está realizando un proceso de evaluación participativa de los municipios y comunidades saludables, en el que han participado activamente la Red de Tumbes y Piura, la Red de Arequipa y la Red de Lima y Callao, aunándose todas en este esfuerzo por identificar los logros y las dificultades para conseguir las metas y objetivos a mediano y largo plazo. Uno de los principales obstáculos reconocidos es la falta de financiamiento para el desarrollo de proyectos y programas de promoción de la salud.³⁵

En el contexto del encuentro de la Red de Municipios y Comunidades Saludables del Perú realizado en la Municipalidad de Villa El Salvador-Lima, los días 10 y 11 de abril de 2003, se formula la Declaración de Villa El Salvador; la misma que se orienta a incentivar y fortalecer la estrategia de municipios saludables en el país, con el propósito de lograr un desarrollo integral y humano basado en el principio de equidad y en una cultura de salud y paz. En la mencionada declaración se reconoce que la Red de Municipios y Comunidades Saludables del Perú es un movimiento social de base local que se encuadra en el actual proceso de descentralización y regionalización que el gobierno peruano promueve, contribuyendo a su enriquecimiento y consolidación. Asimismo, se declara que es una responsabilidad insoslayable sensibilizar a las comunidades y a los propios

³³ Plan Estratégico 2003-2006 - Dirección General de Promoción de la Salud. Ministerio de Salud.

³⁴ Plan Estratégico 2003-2006, op.cit.

³⁵ Ibid.

miembros de los gobiernos locales, en la necesidad de construir ciudades y localidades cada vez más saludables.³⁶

Escuelas Promotoras de Salud

Las Escuelas Promotoras de Salud tienen como principal objetivo asegurar el derecho a la salud y la educación de las niñas, niños y jóvenes en el Perú. Esta estrategia implica un esfuerzo de coordinación para el logro de objetivos comunes. En setiembre de 2000, se instaló la Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de la Salud integrada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, así como por diversas instituciones públicas y privadas comprometidas con la temática.

En los dos últimos años se han generado lineamientos de política desde el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación que definen un marco normativo amplio y adecuado para continuar desarrollando la estrategia de promoción de salud en los centros educativos e impulsar una Red de Escuelas Promotoras de la Salud a niveles local, departamental y nacional.

En Agosto de 2002, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, suscribieron el Convenio Marco de Cooperación Técnica, mediante el cual ambas instituciones expresan su voluntad y acuerdo de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del educando en su entorno familiar y comunitario, mediante la promoción de la salud y el óptimo desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales, ampliando la cobertura de atención en educación y salud en zonas rurales dispersas y urbano marginales de alta vulnerabilidad, fomentando el uso del espacio escolar como lugar estratégico para promover una cultura de salud.³⁷

A la fecha se cuenta con una serie de centros educativos que han asumido la propuesta de Escuelas Promotoras de la Salud a partir del trabajo de promoción que han realizado diversas instituciones en zonas urbanas y rurales de la costa, sierra y selva del Perú.

3.2.2. Fortalecimiento de la acción comunitaria

Una de las más importantes experiencias desarrolladas en el país es la cogestión de los servicios de salud. La participación social en las asociaciones CLAS (Comunidad Local de Administración en Salud) consiste en la vigilancia y el control social sobre la administración de los servicios de salud, a fin de garantizar la calidad de los mismos. A través de un contrato formal firmado entre la asociación CLAS y la Dirección Regional de Salud se delimitan responsabilidades para la ejecución de un Programa de Salud Local (PSL) y un plan operativo anual desarrollado por el personal del establecimiento de salud, con la aprobación de los miembros de CLAS. La participación de la sociedad civil da como resultado una mayor transparencia en el manejo de los recursos públicos.³⁸

Por otro lado, en los últimos años se ha creado una serie de mesas de concertación conformadas por representantes del Estado y de la sociedad civil. Entre las más importantes se pueden mencionar: la Mesa de Maternidad Saludable y Segura, la Red SIDA Perú, la Mesa por la Educación

³⁶ Declaración de Villa El Salvador de la Red de Municipios y Comunidades Saludables del Perú, abril de 2003, Lima-Perú.

³⁷ Ministerio de Salud, Boletín No 1 de Promoción de la Salud. Lima, octubre 2002.

³⁸ Altobelli, Laura, op.cit.

de la Niña Rural, la Mesa Nacional Multisectorial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, la Mesa de Promoción de Estilos de Vida Saludable y Prevención del uso del Alcohol y Tabaco, la Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras, la Red de Municipios Saludables, las Mesas de Concertación de Lucha contra la Pobreza, entre otras.

Estas últimas, desarrollan un proceso de planeamiento concertado en función de varios ejes: salud, educación, económico, medio ambiente y cívico institucional. En todos los ejes se encuentran actividades relacionadas con promoción de la salud. Se han elaborado planes departamentales a nivel nacional recogiendo las necesidades desde la base. A la fecha se encuentran en funcionamiento 900 mesas a niveles distrital, provincial y departamental, todas vinculadas a la instancia nacional. En cada una de ellas están participando representantes del sector público, privado y organizaciones de base.

Desde marzo de 2002 viene funcionando la Mesa Interinstitucional de Promoción de la Salud, conformada por la Dirección de Promoción de la Salud y ONGs, entre las que se encuentran: CARE Perú, Asociación Benéfica PRISMA, ADRA Perú, CARITAS, entre otras. Los avances de esta mesa han estado centrados en lograr un mayor reconocimiento del trabajo del agente comunitario en salud. A la fecha se está realizando una sistematización de las experiencias de trabajo con agentes comunitarios en el país.³⁹

3.2.3. Reorientación de los Servicios de Salud

Como se mencionó en el punto anterior, una de las más importantes experiencias de participación de la ciudadanía, desarrollada en el país, lo constituye la cogestión de los servicios de salud, que implicó una reorientación a nivel de la administración de la atención de la salud. El diseño original del Programa de Administración Compartida y las asociaciones CLAS en 1993, fue una respuesta a la difícil situación en que se encontraba el país, después de años de terrorismo e hiperinflación que tuvieron su apogeo a finales de los años ochenta y comienzos de los noventa. En este contexto, las asociaciones CLAS se constituyeron en un nuevo modelo de financiamiento y gestión del primer nivel de atención de la salud, con la participación de la comunidad como componente clave de cogestión.

Otra experiencia de trabajo compartido entre los establecimientos de salud y la comunidad son los SIVICOS (Sistema de Vigilancia Comunitaria en Salud), experiencia desarrollada con CARE Perú. Los SIVICOS constituyen una estrategia de gestión para la participación comunitaria que articula, relaciona los diferentes actores sociales y espacios sanitarios definidos a través de mecanismos que interactúan dinámicamente. Este trabajo de corresponsabilidad se realiza con la finalidad de vigilar y promover el autocuidado de la salud de la persona, familia y comunidad. Esta estrategia ha sido desarrollada de manera exitosa a nivel regional contando con ocho establecimientos considerados “vitriñas” a nivel del corredor Costa, Huaylas y Conchucos. A la fecha esta estrategia se encuentra en proceso de consolidación para iniciar el proceso de expansión.⁴⁰

El Ministerio de Salud señala como uno de sus lineamientos fundamentales para el período 2002-2012, la implementación de un Modelo de Atención Integral. El modelo de atención integral se

³⁹ Información recabada durante la entrevista al Dr. Alfredo Aliaga Calderón, CARE Perú.

⁴⁰ Ibid.

sustenta en la integralidad como principio más importante y éste considera a la persona humana como el centro del modelo y no así los daños y las enfermedades, siendo reconocidas las personas en su carácter multidimensional. Asimismo, propugna un abordaje multisectorial, ligando las intervenciones de los sectores de educación, vivienda, trabajo, transporte y gobiernos locales, como una forma de responder a las causas de los problemas de salud y no solo sus efectos.⁴¹

Un gran aporte de este modelo lo constituye el abordaje en ciclos de vida. Por lo menos en teoría el Modelo de Atención Integral guarda estrecha relación con los objetivos de Promoción de la Salud; sin embargo, es un modelo que se viene desarrollando desde el año 2001 y a la fecha aún no se ha implementado en su totalidad en los establecimientos de salud.

EsSalud como parte de sus objetivos específicos se ha propuesto priorizar y reforzar las actividades de promoción de la salud, para lo cual ha constituido un Comité Técnico de Promoción de la Salud. Una de las primeras acciones del Comité ha sido la realización de una Reunión Técnica "Promoción de la Salud", que se desarrolló en Lima en noviembre de 2002, con el apoyo de la OPS/OMS- Representación Perú y la participación del MINSA a través de la Dirección General de Promoción de la Salud. El objetivo de esta reunión fue que los funcionarios del nivel central, de los órganos descentralizados y su plana operativa, se involucren en la importancia de la promoción de la salud como herramienta para incrementar la eficacia y eficiencia institucional, pero fundamentalmente como un medio para mejorar la salud y la calidad de vida de los asegurados.⁴²

3.3. Nudos Críticos

En concordancia con los testimonios de nuestros informantes claves, quienes reconocen la importancia de que exista una Dirección General de Promoción de la Salud, que dirija el proceso de promoción de la salud en el país; aún en la práctica, se evidencian nudos críticos que están obstaculizando y reduciendo las posibilidades de la viabilidad de las políticas de promoción de la salud. Estos nudos críticos se concatenan y cruzan de una u otra forma cada uno de los lineamientos propuestos por la Dirección General de Promoción de la Salud los mismos que son abordados en los siguientes puntos.

3.3.1. La no precisión del concepto de promoción de la salud, producto de la hegemonía del enfoque biomédico de la salud

"Todavía no hay un consenso, no hay una homogeneidad de lo que es promoción de la salud; todavía se le confunde con la prevención clásica de la escuela preventivista. En la promoción de la salud el eje está en las condiciones sociales"

(Dr. Fernando Rocabado Quevedo)⁴³

⁴¹ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. La Salud Integral: Compromiso de todos - El Modelo de Atención Integral de Salud.

⁴² Ministerio de Salud, Boletín No 2 de Promoción de la Salud. Lima, marzo 2003.

⁴³ El Dr. Fernando Rocabado Quevedo es Asesor de Promoción de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud-Representación Perú. (Entrevista realizada en abril de 2003).

“La estructura de la salud, ha estado muy sesgada a trabajar sobre el daño, algunas veces irreparable, con costos muy altos”

(Dr. Alejandro Llanos Cuentas)⁴⁴

El problema de desconocimiento del marco conceptual de promoción de la salud no es potestad solo del Perú sino que este mismo fenómeno se suscita a nivel mundial, según se registra en numerosos artículos de los expertos en la temática. Generalmente, se tiende a asociar la promoción de la salud con acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) y a ligarla solo a lo que es la prevención de la enfermedad. Al respecto, Labonte sostiene que “la promoción de la salud sigue vinculada con un enfoque de prevención de la enfermedad, es decir que la atención médica para curar, controlar y prevenir la enfermedad continúa siendo acción dominante” en Canadá; por lo que no se ha logrado consolidar un enfoque “democrático-participativo” de la promoción de la salud.⁴⁵

Y es que es difícil, por no decir imposible, la consolidación de la democracia participativa en salud con la coexistencia de un enfoque biomédico que privilegia el acto médico, la diagnosis y el tratamiento; el no entendimiento de la dimensión política y social de la salud y, especialmente, el poder de decisión del profesional médico sobre lo que “le conviene a la paciente” (ahora denominada usuaria), posibilitando el desarrollo de una ciudadanía pasiva en salud: el Estado decide. Al respecto, el doctor David Tejada de Rivero⁴⁶ afirma “*el que trabaja en salud, principalmente, el médico que se cree el único dueño hegemónico en salud, él no tiene conocimiento de lo que son procesos políticos, no tiene cultura general que le permita ubicar la salud dentro del contexto de todas las acciones que significan el desarrollo de una sociedad como ciudadanía. Hemos sido deformados por una educación profesional que nos cuadricula, nos encierra, exclusivamente biomédica*”.

Efectivamente, una serie de investigaciones realizadas en la última década en nuestro país confirman la predominancia del enfoque biomédico vertical que sigue siendo asumido por los prestadores de los servicios de salud del Ministerio de Salud dentro del marco de la atención,⁴⁷ pero que es común en diversos países del mundo. Entre los que destacan:

- Modelo de comunicación vertical, el personal de salud es el que indica, da instrucciones, los usuarios solo tienen que aceptar y acatar lo que se les indica. No se escuchan ni recogen opiniones de los clientes de los servicios respecto a su satisfacción con la atención recibida.
- Poca comprensión de la cosmovisión del poblador de la sierra o selva, e incluso de las zonas urbano-marginales de la costa y sus concepciones respecto a los temas de salud, dejando de lado el enfoque de interculturalidad.

Estos problemas han venido siendo relativamente abordados por el Ministerio de Salud y organizaciones no gubernamentales, con apoyo de la cooperación internacional, a través de

⁴⁴ El Dr. Alejandro Llanos Cuentas es Decano de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. (Entrevista realizada en mayo de 2003).

⁴⁵ Cerqueira, María Teresa, 1997. “Promoción de la salud y educación para la salud”, en Arroyo, Hiram; María Teresa Cerqueira, 1997. *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial*. San Juan de Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.

⁴⁶ Dr. Tejada de Rivero, entrevista, op.cit.

⁴⁷ Investigaciones realizadas en el marco de proyectos financiados por USAID (Proyecto 2000), Banco Mundial (Proyecto de Salud y Nutrición Básica), en la década de los 90.

proyectos de intervención desarrollados en diferentes ámbitos del país. Se han hecho esfuerzos desde la oferta por mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de salud, mejorando la competencia técnica del personal de salud, mejorar cantidad y calidad del equipamiento e infraestructura e implementar modelos de mejora continua de la calidad y hacerlos más amigables a las comunidades, en particular a las poblaciones indígenas. Son avances, pero no constituyen la solución, pues el problema es de fondo, tiene que ver con el enfoque aún prevalente, que además cuenta con toda una estructura orgánica de funcionamiento, claramente consolidada hacia el tratamiento de la enfermedad y, en algunos aspectos, hacia la reducción de los factores de riesgo, prevención de la enfermedad.

La hipótesis que se sostiene en el presente estudio es que la promoción de la salud trata de romper con este paradigma biomédico y acercarse más al nuevo paradigma emergente, por el cual se confiere el poder a la ciudadanía para mejorar y ejercer control sobre su propia salud, enmarcado en un enfoque de desarrollo y de derechos humanos. El Dr. Tejada de Rivero en la siguiente cita resume muy claramente la trascendencia de este nuevo paradigma “*vamos a devolverle lo que le hemos robado a la ciudadanía, devolverle el poder político, la participación, nosotros somos solamente siervos*”. Entonces, son las personas quienes son sujetos de decisión, en coparticipación con el Estado.

Para entender mejor la trascendencia social y política de la promoción de la salud, es necesario dar una clarificación conceptual y una diferenciación clara entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aunque reconocemos el carácter de complementariedad de ambas. No nos detendremos de manera exhaustiva en el concepto de prevención en salud pública, porque es un tema manejado ampliamente por la comunidad científica en salud; pero sí intentaremos delimitar claramente el marco conceptual de la promoción de la salud.

La prevención en salud pública disminuye la incidencia o la prevalencia de una enfermedad. Por ende, sus objetivos están relacionados con los problemas de salud y son esencialmente correctivos. La prevención alude a la reducción de los factores de riesgo o protección contra los agentes agresivos.⁴⁸ Es una estrategia de carácter reactiva y defensiva.

Es preciso aclarar que el concepto de promoción de la salud no es un concepto acabado, sino que sigue siendo revisado y ajustado permanentemente a las distintas realidades de los países. La OPS/OMS ha elaborado y difundido una serie de documentos al respecto y ha organizado reuniones internacionales para el debate y la reflexión. Es así como la definición ha ido sufriendo un proceso acumulativo producto de cada una de las conferencias internacionales sobre promoción de la salud realizadas, cuya sistematización aparece detallada en el acápite correspondiente al marco normativo internacional.

La promoción de la salud 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 de la comunidad es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.⁴⁹

⁴⁸ Gómez Zamudio, Mauricio, op.cit.

⁴⁹ Organización Mundial de la Salud, 1998. *Promoción de la Salud: Glosario*. Ginebra.

La promoción de la salud toma en consideración todos los determinantes de la salud, es decir, las condiciones que permiten que las personas estén sanas, ya sean individuales o ambientales, poniendo el acento en la interacción entre los dos. Un buen ingreso conduce a una buena salud, no solo porque el individuo puede alimentarse, vestirse, habitar mejor y cubrir sus necesidades básicas, sino también porque el individuo tiene más opciones y más dominio sobre su vida. Este sentimiento de dominio es esencial para una buena salud.

La promoción de la salud se sustenta en los modelos ecológico y ambiental. Estos modelos se basan en los postulados de la multicausalidad de los determinantes de la salud y la enfermedad y sobre las interacciones de los factores. Las intervenciones que se plantean en un modelo ecológico buscarán simultáneamente alcanzar al individuo (en sus hábitos de vida), a su medio de vida o entorno (casa, trabajo, amigos), las condiciones de vida más amplias (estructuras socioeconómicas, valores sociales, culturales, políticos y públicos). Las intervenciones que se planeen en un enfoque ambiental tendrán en cuenta los ambientes bio-psico-comportamentales (la biología, la psicología y el comportamiento) y además, los ambientes físico-sociales (geográficos, socio-culturales, arquitectónicos y tecnológicos).⁵⁰

Los factores determinantes que se abordan desde la promoción de la salud son: ingreso y posición social, redes de apoyo social, educación, empleo y condiciones de trabajo, entorno físico, características biológicas y dotación genética, hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación, desarrollo del niño sano, servicios de salud. Estos factores determinantes pueden agruparse en cinco categorías que forman un marco conceptual que se deberá tener en cuenta para la definición de políticas saludables:⁵¹

1. **Ambiente socioeconómico.-** El ingreso, el empleo, la posición social, las redes de apoyo social, la educación y los factores sociales en el lugar de trabajo.
2. **Entorno físico.-** Las condiciones del lugar de trabajo, la vivienda y el entorno general natural y construido por el ser humano.
3. **Hábitos personales de salud.-** Comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud.
4. **Capacidad individual y aptitudes de adaptación.-** Características psicológicas de la persona tales como competencia personal, aptitudes de adaptación y sentido de dominio y control, al igual que las características genéticas y biológicas.
5. **Servicios de salud.-** Servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

Como cursos de acción para hacer operativa la promoción de la salud en la Carta de Ottawa se propone cinco áreas, las mismas que a la fecha continúan teniendo vigencia: a) elaboración de políticas públicas saludables, cuyo principal objetivo es crear un ambiente de soporte que permita a la gente conducir su vida de manera saludable; b) creación de espacios y entornos saludables pues éstos ofrecen a las personas la protección frente a las amenazas para su salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía frente a éstas; c) reforzamiento de la acción comunitaria, referida a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y por tanto mejorarla; d) desarrollo de habilidades

⁵⁰ Gómez Zamudio, Mauricio, op.cit.

⁵¹ Alessandro, Laura, op.cit.

personales, que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y contribuir a que éste cambie; e) reorientación de los servicios de salud; esto debe conducir a un cambio de actitud y organización de los servicios sanitarios para que se centren en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de la población.

La promoción de la salud hace énfasis en la estrecha relación existente entre bienestar y desarrollo, coloca la participación individual y social como el eje central de la estrategia y redimensiona el papel del sector salud reconociendo la necesidad de vincularse con otros sectores en el mejoramiento de la salud.⁵² Al respecto la Lic. Jennie Vásquez Solis sostiene que *“la promoción de la salud busca que cada una de las personas o instituciones –actores-, responsables de ó influyentes en una determinada situación que afecta la salud de las personas, cumplan con su responsabilidad o tomen acción para cambiar esa situación, mejor aún, en acción concertada con otros actores”*.⁵³

Existen principios básicos que debe contemplar cualquier intervención de promoción de la salud:⁵⁴

1. Empoderar a individuos y comunidades para asumir mayor poder sobre los determinantes que afectan la salud: personales, socioeconómicos y ambientales.
2. Participativo, involucrando a todos los interesados en las diferentes etapas del proceso.
3. Holístico, promoviendo la salud física, mental y social.
4. Intersectorial, involucrando la colaboración de los diferentes sectores.
5. Equitativo, orientado por el interés de la equidad y justicia social.
6. Sostenible, llevando cambios que los individuos y comunidad puedan mantener.
7. Multiestratégico, usando una variedad de enfoques incluyendo el desarrollo de políticas, cambios organizacionales, desarrollo comunitario, legislación, abogacía, educación y comunicación.

Para explicitar la diferencia entre las acciones de prevención y promoción de la salud, Gómez Zamudio toma como ejemplo una curva de distribución normal de un fenómeno de salud cualquiera. En el extremo izquierdo de la curva encontramos a las personas que están más en riesgo, hacia el centro de la curva está la mayoría de la población con menos riesgo. La prevención se ocupa de trabajar con los individuos que se sitúan en el extremo izquierdo de la curva y expuestos a los factores de riesgo. La promoción trata de mover toda la curva de la población hacia la derecha, alejándola del riesgo por medio de un cambio de condiciones de vida o los determinantes que afectan a todas las personas.⁵⁵

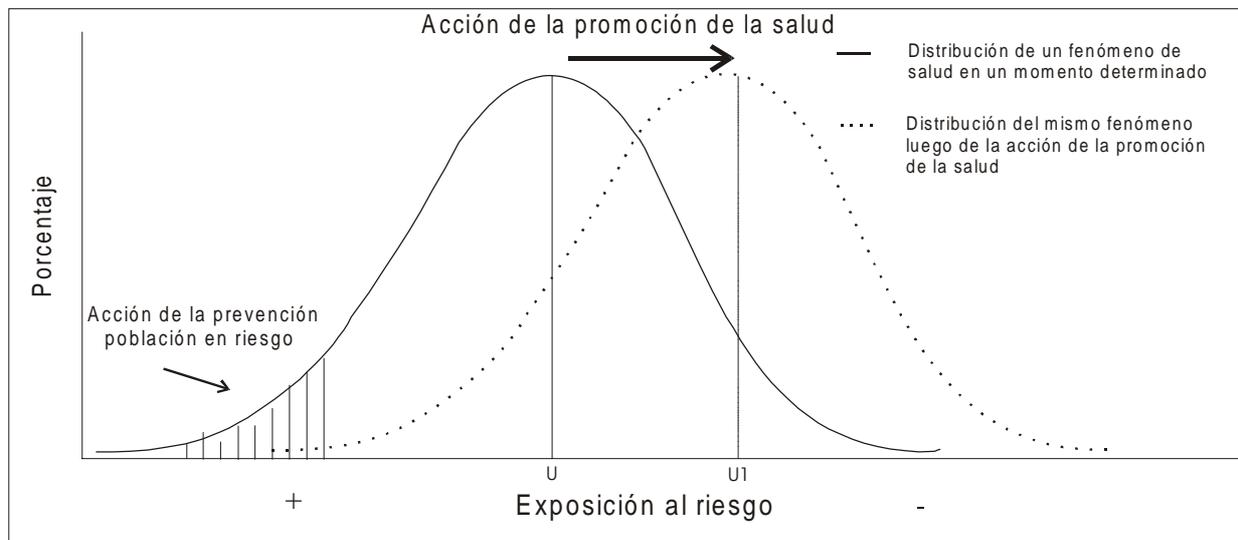
⁵² OPS/OMS, Programa de Promoción de la Salud, 1992; op.cit.

⁵³ La Lic. Jennie Vásquez Solis es Coordinadora de Comunicación para la Salud de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud-Representación Perú. (Entrevista realizada en abril de 2003).

⁵⁴ Rootman, Irving edited, 2001. *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*. WHO Regional Publications, European Series, N° 92

⁵⁵ Gómez Zamudio, Mauricio, op.cit.

Desplazamiento de la curva de distribución del riesgo de un fenómeno de salud de la población, por la acción de la promoción de la salud.



Fuente: Gómez Zamudio, Mauricio; 1998.

A continuación se presenta un cuadro que describe claramente las diferencias y las similitudes que pueden existir entre prevención y promoción de la salud. Las dos estrategias se demarcan claramente en lo concerniente a sus objetivos, sus blancos de intervención y los modelos teóricos en los cuales se inspiran. Sin embargo, el enfoque de prevención primaria presenta similitudes con el enfoque promocional, a nivel de las estrategias y el papel que asigna a sus actores. Estas similitudes hablan por tanto de la necesidad de concebir a la prevención y a la promoción de la salud como procesos complementarios más que opuestos.

Distinción entre la prevención y la promoción de la salud

	Prevención			Promoción
	Terciaria	Secundaria	Primaria	
Objetivos	-Reducir los problemas de salud y los factores de riesgo. -Proteger a los individuos y los grupos.	-Reducir los problemas de salud y los factores de riesgo. -Proteger a los individuos y los grupos en riesgo.	-Reducir los problemas de salud y los factores de riesgo. -Proteger a los individuos y los grupos.	-Actuar sobre los determinantes de la salud. -Desarrollar condiciones favorables para la salud.
Blancos	-Individuos enfermos y en riesgo de recaer. -Grupos en riesgo.	-Individuos en riesgo y enfermos. -Grupos en riesgo y enfermos.	-Individuos en riesgo. -Grupos en riesgo.	-Población en general, incluyendo grupos particulares. -Condiciones fundamentales que influyen la salud.
Modelos	-Salud pública: Acción dirigida hacia los grupos con problemas.	-Salud pública: Acción dirigida hacia los factores	-Salud pública: Acción dirigida hacia los factores de riesgo.	-Ecológico: Acción dirigida a los sistemas múltiples e interdependientes.

Continúa

	-Clínica: Acción dirigida hacia la erradicación de los problemas y la restauración de la normalidad.	de riesgo. -Clínica: Acción dirigida hacia la erradicación de los problemas.	-Clínica: Acción dirigida evitar los problemas.	-Ambiental: Acción dirigida a cambiar el medio ambiente social, físico, biogenético, psicológico y comportamental.
Estrategias	-Tratamiento -Rehabilitación -Prevención de recaídas	-Diagnóstico precoz.	-Educación sanitaria. -Comunicación social y marketing social. -Organización y desarrollo comunitario. -Acción política. -Cambio organizacional.	
Papel de quienes intervienen (operadores)	-Rehabilitar -Importancia de la competencia*	-Tratar -Importancia de la competencia	-Redefinición del papel de quienes intervienen. -Compartir las responsabilidades y los roles entre la comunidad y los interventores. -Poder de acción de los individuos y de las comunidades. -Enfoque intersectorial.	
Papel de la comunidad			-Empoderamiento. -Participación comunitaria.	

Fuente: Gómez Zamudio, Mauricio; 1998.

Modificada de: Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Promotion de la santé mentale, collection Santé et Société: 1990.

* Entendiendo la competencia como la habilidad para hacer algo y el deseo de realizarlo.

3.3.2. Divorcio entre el objetivo inicial de la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud con una lógica de IEC y el objetivo de convertirla a Dirección General con una lógica de Promoción de la Salud

“Hubo una discusión muy fuerte si ponerla (DEPROMS) fuera o dentro de Salud de las Personas... Algunos decían que esté dentro, otros que esté fuera. Al final ganó y quedó como una Dirección Ejecutiva de la DGSP porque se veía más como IEC que como promoción de la salud”

(Funcionaria de salud del nivel central del MINSA durante el período de transición)

Como ya se dijera en el marco normativo, fue en la época del gobierno de transición cuando se gestó la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, que luego pasó a conformarse en Dirección General de Promoción de la Salud. En este sentido, resulta interesante analizar cuáles fueron las motivaciones iniciales de su creación y la percepción actual que se tiene de esta Dirección.

Inicialmente, la oficina se gestó no desde una perspectiva de promoción de la salud, sino desde una perspectiva de posibilitar que una dirección se hiciera cargo del componente preventivo promocional y comunicacional de los diferentes programas verticales existentes en el Ministerio de Salud.

La década pasada, entre 1990 y 2000, fue el auge de 17 programas verticales, cada uno de los cuales establecía las medidas específicas a asumir para evitar contraer determinada enfermedad. En caso de adquirirla, la medida estaba direccionada a cómo atenuar la gravedad de ese daño.

En este sentido, cada uno de los programas desarrolló sus acciones, enfatizando en los aspectos de Información, Educación y Comunicación (IEC). En realidad, estas acciones de IEC se circunscribían mayoritariamente al componente informativo, produciéndose gran cantidad de material: dípticos, cartillas, afiches, folletos, los mismos que no seguían los pasos metodológicos para producir un elemento de comunicación que tuviera impacto en la población. Esto fue observado por algunos proyectos que venían desarrollando intervenciones de comunicación y promoción⁵⁶ en coordinación con el Ministerio de Salud y es a partir de ahí que se introduce una serie de conocimientos y metodologías cualitativas para llegar a los “comportamientos esperados”. La adquisición de nuevas capacidades tanto en IEC como en mercadeo social por parte del prestador de servicios de salud, posibilitó realizar el salto de pasar de ser un diseñador de dípticos, cartillas, etc., a establecer cuáles son las conductas esperadas para prevenir los daños y preparar las estrategias y los materiales comunicacionales en función de esto.

Es así como durante la gestión del Dr. Pretell, se empieza a debatir con directores y equipo técnico del Ministerio de Salud de aquel entonces, respecto a la necesidad de crear una oficina responsable de ver todo el tema de comunicación comunitaria y educativa, que no estuviera adscrita a la Dirección de Comunicaciones, pues esta última, está más orientada a imagen institucional y que se inserte dentro del modelo de atención integral. Inicialmente, fue barajada la idea de crear una Dirección de Mercadeo Social, nombre cambiado por Promoción de la Salud en reunión sostenida con asesores ministeriales y directores. La otra discusión estuvo centrada en si esta nueva dirección debía formar parte de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) o ser autónoma. La decisión en un inicio fue crear la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud en el seno de la DGSP porque, para tener una Dirección General se requería una nueva ley del Ministerio de Salud, ley que salió recién en febrero del 2002. Como esta decisión fue enmarcada durante una gestión de transición, una de las acciones inmediatas fue nombrar un director interino, representado por el Dr. Julio Castillo.

En concordancia con el planteamiento inicial, la dirección interina, debía responder a las necesidades de la DGSP y dirigir sus acciones básicamente hacia actividades de IEC, ya no segmentada en programas sino en forma integral y así se hizo hasta que se convierte oficialmente en Dirección Ejecutiva. Esto ocurre al iniciar su mandato ministerial el Dr. Luis Solari, siendo nombrado oficialmente como Director Ejecutivo Edwin Peñaherrera, quien le da una orientación más dirigida hacia el enfoque de promoción de la salud. Este viraje consolida un accionar más autónomo de la nueva dirección y la introducción de nuevos objetivos que tienen que ver con el desarrollo de conductas y entornos saludables; pero a su vez origina una brecha, como algunos de los entrevistados mencionan, un vacío, en relación a las expectativas iniciales; es decir, se dejan de lado las acciones de IEC para disminuir la incidencia o la prevalencia de determinadas enfermedades, que antes eran asumidas por cada uno de los programas verticales existentes.

En abril del 2002, durante la gestión del Dr. Fernando Carbone, ingresa como Director Ejecutivo el Dr. Héctor Pereira, quien es reemplazado posteriormente por el Dr. Carlos Contreras Ríos, actual Director General de Promoción de la Salud.⁵⁷ Como se puede apreciar, en corto tiempo se ha tenido una alta rotación de directores con el consiguiente cambio de personal al interior de la dirección; lo cual no solo ha retrasado el proceso de planeamiento, sino que ha traído como

⁵⁶ Proyectos del Banco Mundial, Agencia Internacional de los Estados Unidos para el desarrollo-USAID y Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS-Representación Perú, principalmente.

⁵⁷ El Dr. Carlos Contreras Ríos, Director General de Promoción de la Salud, de la Dirección General de Promoción de la Salud, Mayo 2003.

consecuencia desconcierto en los niveles operativos y distanciamiento con las otras direcciones de línea a nivel central.

Se reconoce que el rango de Dirección General asigna un peso mayor a un tema que siempre ha sido marginal, dándole la posibilidad de tener prioridad, no solo política-técnica sino económica, que aún no la tiene esencialmente en el financiamiento asignado. No obstante, la Dirección General de Promoción de la Salud, es percibida como una dirección aislada, con objetivos propios y en competencia con las otras direcciones de línea del Ministerio de Salud. Sienten que existe un divorcio entre los responsables del diseño de la política de promoción de la salud y los responsables del diseño de las intervenciones sanitarias.

3.3.3. Las directivas dadas por la Dirección General de Promoción de la Salud no están siendo claramente transmitidas a los niveles operativos

“Se sigue con los programas verticales, acá (en la red) no se han desactivado como supuestamente se cree en el MINSA para que todo ese componente promocional esté en esta nueva oficina”

“En el nivel operativo los mensajes de promoción de la salud no están llegando claros. Estamos haciendo lo que interpretamos, lo que creemos que es correcto, pero también respondemos a muchas órdenes de cumplir con actividades puntuales que no te permiten a veces organizar un trabajo”

(Funcionario de Red de Servicios de Salud, Lima)

Funcionalmente, las Direcciones de Promoción de la Salud se crean en el año 2002. Se cuenta con un total de 34 Direcciones Regionales de Promoción de la Salud, conformados al igual que en las redes y establecimientos de salud, por personal perteneciente a IEC, participación comunitaria, salud mental, nutrición, principalmente.

La percepción es que estos equipos aún no se integran a la lógica de promoción de la salud debido a que las directivas no están siendo claramente transmitidas. A esto hay que agregar la no claridad en el concepto y el hecho de que durante años, el personal ahora adscrito a la oficina de Promoción de la Salud, ha venido realizando actividades que respondían a la lógica de los programas verticales.

Algo parecido estaría pasando con lo que es atención integral de la DGSP; está dada la parte legal y normativa en el nivel central del Ministerio de Salud pero en la parte regional y local, consideran que las instrucciones no son lo suficientemente claras para que el personal tenga una idea precisa de lo que se quiere a nivel central. El corolario es que se continúa trabajando bajo un esquema de programas verticales, por lo que se evidencia un divorcio entre lo que se quiere hacer a nivel nacional, según las directivas existentes y lo que realmente se está haciendo a nivel local y regional. A la fecha, los equipos de promoción de la salud están respondiendo básicamente a órdenes para cumplir actividades puntuales, que no permiten la organización de un trabajo sostenido ni un planeamiento coordinado. Estas directivas han sido por ejemplo: reunir a un grupo de 80 personas (número pedido por el nivel central) para la caminata por el Día Mundial de la Salud, celebrada el domingo 7 de abril; reunir otro número de personas para la caminata por el Día Mundial de la tuberculosis y así sucesivamente.

3.3.4. Sistemas de registro de información y protocolos del Ministerio de Salud responden al enfoque biomédico y no constituyen un incentivo para la promoción de la salud

“Desde la Dirección General de Promoción de la Salud, el trabajador de salud tiene un doble mandato, paradójico además, debe salir a la comunidad y coordinar acciones con actores locales, pero solo puede reportar como factor de productividad sus atenciones”

(Mg. Edwin Peñaherrera)⁵⁸

Como la organización de los servicios de salud está muy centrada en lo recuperativo, todo su sistema de registro y especialmente la medición del factor de productividad de los trabajadores de salud, está centrada en la atención (número de atenciones realizadas); no tiene una perspectiva de promoción de la salud, es decir, no está centrada en el trabajo hacia la comunidad. Se evidencia así una paradoja: los documentos de promoción de la salud señalan que el proveedor de salud debe ir a la comunidad, pero estas actividades no son consideradas productivas.

Es de esperar, entonces, que el proveedor de salud desobedezca el mandato que le indica realizar acciones en la comunidad porque no va a tener cómo mostrar que éstas son un producto-resultado. Ejemplifiquemos para entender la figura. Un prestador de salud puede hacer una estupenda relación con el alcalde de su distrito y lograr convencerlo de que monte una política de promoción de la salud; pero, si ha invertido su tiempo en hacer esto y no tiene ninguna atención, no le van a pagar, y es probable que reciba una sanción por incompetencia.

El HIS (Sistema de Información Gerencial del MINSA) no tiene un indicador para acciones comunitarias y esto es una gran traba en dos sentidos. El primero, como ya se explicó, tiene que ver con el factor de productividad del proveedor de salud y el segundo, está referido al hecho que, de crearse un protocolo distinto que de soporte a acciones diferentes, como las de promoción de la salud, debe cambiar todo: el sistema de asignación de presupuesto, los protocolos de registro, el uso del software. Por lo que se debe tener un buen nivel de relación con las otras oficinas para poder negociar estos cambios.

3.3.5. Presupuesto insuficiente

“Es una dirección que realmente nace sin presupuesto. No solo recoge lo de IEC, sino también recursos humanos, pero no está realmente incorporado como Promoción de la Salud”

(Dr. Oscar Ugarte Ubillus)⁵⁹

El presupuesto otorgado a la Dirección Ejecutiva y luego a la Dirección General de Promoción de la Salud es insuficiente. Para el ejercicio 2003, el presupuesto asignado por la Oficina General de Administración del Ministerio de Salud asciende a 800,000 nuevos soles. Adicionalmente hay un

⁵⁸ El Psicólogo Edwin Peñaherrera, ex Director de la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud. (Entrevista realizada en abril de 2003).

⁵⁹ El Dr. Oscar Ugarte Ubillus es Consultor en Salud Pública y ex Vice Ministro de Salud de Perú. (Entrevista realizada en mayo de 2003).

aporte financiero a través del Programa de Acuerdos de Gestión, equivalente a 1.500.000 nuevos soles, para apoyar al nivel central y periférico.⁶⁰

Según nos explicara el Dr. Ugarte Ubillus, el presupuesto del año 2003 se definió entre mayo y junio del 2002, cuando todavía no se había desarrollado la propuesta técnica de promoción de la salud, por tanto, éste no recoge sus necesidades. En igual situación se encuentra el Seguro Integral de Salud, el mismo que requería 300 millones de nuevos soles este año y solo le han aprobado 163 millones de nuevos soles, según nos refiere el Dr. Ugarte.

El año pasado se trató de modificar el presupuesto para ajustarlo en función de las prioridades de promoción de la salud, pero no se pudo hacer por la rigidez en las formas como se establecen las pautas para hacer el presupuesto, las mismas que son dadas por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Para resolver esto, se acordó revisar el presupuesto 2003 y reajustarlo para que a fines de marzo de este año, el gabinete aprobara una modificación presupuestaria. El problema es que eso no se ha hecho. A esto hay que añadir que, las partidas que da el MEF para el MINSA, están muy ligadas a la atención; constituyéndose en otra de las evidencias para señalar que aún prevalece el enfoque biomédico. Se tiene estimado para vacunaciones, inmunizaciones, banco de sangre, compra de medicinas, principalmente.

Existe aún otro problema, el cómo está repartido el presupuesto. Del cien por ciento, los aspectos de IEC siempre han ocupado un fragmento menor. El darle otro peso a promoción de la salud no necesariamente generaría un aumento sobre el presupuesto actual, sino que supondría disminuir el presupuesto de otra área; y esto además generaría mayor fricción con las otras oficinas de línea, principalmente con la DGSP; la que se puede acrecentar por no existir un adecuado nivel de relación y de posicionamiento en el nivel central del Ministerio de Salud.

3.3.6. Escasa formación del recurso humano en promoción de la salud

“Veo poca gente capacitada en promoción de la salud. En algunos equipos más en otros menos, pero falta gente capacitada en las DISAS, en las redes”

(Funcionaria de Red de Servicios de Salud, Lima)

Para una dirección que tiene la necesidad de cambiar paradigmas es fundamental contar con equipos técnicos capacitados, tanto a nivel central como a nivel de las Direcciones de Salud, Redes de servicios y obviamente en los establecimientos del primer nivel de atención. La percepción que se tiene es que existen pocos profesionales de salud, que están ocupando cargos tanto a nivel central como regional, que manejan el enfoque de promoción de la salud.

En el nivel central, se ha contado con el apoyo técnico del personal de la Organización Panamericana de la Salud, quienes han facilitado el proceso de planeamiento estratégico, por lo que se ha garantizado que en el documento elaborado se establezcan las líneas de acción claramente identificadas por el enfoque de promoción de la salud. No se da la misma situación a nivel de las Direcciones de Salud y las Redes, en donde aún falta dar una capacitación a los equipos de promoción de la salud para insertarlos en la lógica de promoción de la salud.

La escasa formación del recurso humano en promoción de la salud, no se da solo en el ámbito de salud, ocurre también a nivel de los otros ámbitos del Estado y a nivel de la ciudadanía.

⁶⁰ Esta información fue recabada directamente de las entrevistas realizadas.

3.3.7. Sistema gerencial ineficiente del Ministerio de Salud

“El sistema está diseñado de tal forma que es imposible avanzar, gerencialmente es un caos”

(Funcionaria del nivel central del MINSa durante el gobierno de transición)

El Ministerio de Salud arrastra décadas de funcionamiento de gestión inadecuado, con características difíciles de cambiar en el corto plazo. Una de estas características es que la información tiende a ser muy fragmentada. No existe un adecuado nivel de rectoría, frecuentemente se tienen presiones políticas, se realizan acciones paralelas, no se cuenta con un sistema de información gerencial eficiente que recoja información para la toma de decisiones, los presupuestos para realizar las acciones tienen una demora significativa y a veces llegan después de muchos meses de haberse solicitado formalmente, como ocurrió con la campaña del dengue, encargada a la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, la misma que no pudo concretarse por razón de que el presupuesto se aprobó recién ocho meses después.

3.3.8. Interferencia programática: Estrategia Perú Vida 2012

La estrategia “Perú-Vida 2012” fue promulgada el 24 de enero del 2003.⁶¹ Está considerada como una estrategia nacional con carácter de Política de Estado, que busca asegurar el logro de metas que influirán de manera significativa en la salud y la vida de las personas, la familia y la comunidad. El hecho de habersele encargado a la Dirección General de Promoción de la Salud es visualizada como una interferencia programática, en la medida en que es un plan adicional al planeamiento estratégico elaborado y al plan operativo que se viene ejecutando. De ahí la necesidad de demarcar bien los ámbitos de trabajo al interior del Ministerio de Salud.

“Perú Vida 2012” incorpora no solo la promoción de la salud, sino también la prevención de la enfermedad y el aspecto curativo. La incongruencia se suscita cuando al hablar de estrategia nacional y de Política de Estado, se ha lanzado sectorialmente y no se ha incorporado a los otros sectores, si se quiere tener realmente impacto social.

⁶¹ Resolución Ministerial No 101-2003-SA/DM.

IV. RETOS PARA GARANTIZAR LA VIABILIDAD DE LAS POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

A continuación, se presentan los principales retos que se han podido delimitar en el análisis de los actores claves entrevistados. Retos que no solo la Dirección de Promoción de la Salud tiene que asumir en el corto y mediano plazo para garantizar la viabilidad de las Políticas de Promoción de la Salud, sino también retos que son de competencia del Sector Salud en su conjunto y del Estado.

4.1. Socializar el enfoque de promoción de la salud

“Yo creo que el principal reto de esta Dirección es entender qué es promoción de la salud, entender cómo la promoción de la salud puede llegar a tener sostenibilidad. Tener una película clara para luego extender este concepto a otras instancias”

(Dr. Alejandro Llanos Cuentas)⁶²

“Debemos promover, socializar que la salud es un tema y problema de todos y no solo del Sector Salud. El gran reto es pasar de una cultura de enfermedad que dice que la salud depende del médico, del hospital y de los medicamentos a una cultura de la salud que concibe que la salud está fuera del ámbito del hospital, está en la comunidad”.

(Lic. Jennie Vásquez Solis)⁶³

La necesidad de socializar el enfoque de promoción de la salud, surge por el entendido de la inexistencia de una conceptualización clara de lo que implica la promoción de la salud. Entender que en este enfoque innovador los nuevos protagonistas son los ciudadanos; los nuevos espacios son los municipios, las escuelas, los ámbitos de trabajo, etc., y que depende necesariamente de la concertación intersectorial; pero sobre todo, entender que pasa de un sistema de salud enfocado en el daño y riesgo a un sistema que interviene en la dimensión social y política de la salud. Y, como menciona la Lic. Jennie Vásquez Solis, el gran reto es pasar de una cultura de enfermedad a una cultura de salud, donde todos asumamos la responsabilidad de la salud y no solo el sector.

Resulta vital conseguir que los funcionarios del nivel central del Ministerio de Salud conozcan bien el enfoque de promoción de la salud. No solo que entiendan conceptualmente sino que operativicen; es decir, asumirlo como una forma de trabajo permanente. Esta operativización puede permitir que los funcionarios, tanto del nivel central como de las Direcciones de Salud y de las Redes, emitan directivas claras a los niveles operativos.

⁶² Dr. Llanos Cuentas, entrevista, op.cit.

⁶³ Lic. Vásquez Solis, entrevista, op.cit.

Pero la tarea de socialización no debe quedarse solo en el ámbito de salud sino que debe trascender a otros ámbitos, partidos políticos e instancias de la sociedad civil. Dado que nos encontramos inmersos en un proceso de descentralización resulta clave que el enfoque de promoción de la salud sea ampliamente manejado por los gobiernos regionales y locales, pues ellos constituyen actores claves dentro de este proceso de construcción de entornos saludables.

4.2. Visibilizar a la promoción de la salud como inversión

“Es necesario poner en la agenda pública que promoción de la salud es una inversión. En primer lugar, porque con seguridad se reducirían los gastos evitados por daños, por control de determinantes y, en segundo lugar, porque los impactos logrados con las actividades de promoción de la salud significarían una mayor asignación de recursos a mediano plazo”.

(Dr. Alfredo Aliaga Calderón)⁶⁴

Es importante lograr que la promoción de la salud sea visibilizada y reconocida como una inversión y no como un gasto. Jake Epp⁶⁵ sostiene que *“el enfoque de promoción de la salud tiene la capacidad de retrasar, a largo plazo, el incremento de los costos de la atención en salud”*. De ahí la necesidad de realizar una incidencia política a nivel de los tomadores de decisión política para conseguir que sea puesta en la agenda de todos los sectores. Favorablemente, se cuenta con un acuerdo recientemente firmado por los Ministros de Salud de los países de la Región Andina, en el que se comprometen a realizar las gestiones necesarias para incluir la Promoción de la Calidad de Vida y la Salud en la agenda de Políticas de Estado, pero además, garantizar su inclusión como eje articulador de las políticas sociales y de salud en la Agenda Social Andina.

El enfoque de promoción de la salud *“exige situar los intereses de la salud pública en los planes de trabajo de una amplia gama de campos de acción política”*⁶⁶. Efectivamente, las medidas de promoción de la salud deben formar parte de los planes de trabajo de muchos campos del terreno político, incluidos: vivienda, empleo, economía, transporte, agricultura, trabajo, educación, a fin de lograr un desplazamiento de los recursos de la tierra, los alimentos, las instalaciones y la energía humana del país hacia un uso más saludable.

4.3. Establecer una nueva forma de relación con la ciudadanía

“Se deben garantizar mecanismos e instancias de participación, de tal manera que pueda ser estable la participación de la sociedad civil respecto a las acciones que conlleven al cuidado de la salud”

(Dr. Oscar Ugarte Ubillus)⁶⁷

⁶⁴ El Dr. Alfredo Aliaga Calderón es Asesor Nacional de Salud y Nutrición-Programa REDESA TITULO II-USAID, de la institución CARE Perú. (Entrevista realizada en mayo 2003).

⁶⁵ Epp, Jake, 1999. “Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud”, en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, *“Promoción de la Salud: una antología”*, op.cit.

⁶⁶ Milio, Nancy, 1999. “Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud”, en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, op.cit.

⁶⁷ Dr. Ugarte Ubillus, entrevista, op.cit.

Uno de los retos, clave e imprescindible para hacer viables las políticas de promoción de la salud en el país, es el establecimiento de una relación franca con la ciudadanía y garantizar que esa relación se de en forma permanente, independientemente de los cambios que ocurran en el Ministerio de Salud y de las visiones particulares que pudieran tener quienes se encuentren en la conducción del Sector. Por ende, debiera existir una visión de largo plazo, que garantice el establecimiento de los mecanismos de relación con la ciudadanía, incluidas las instituciones de la sociedad civil en el trabajo de Promoción de la Salud. La ciudadanía espera que por lo menos las autoridades pongan las reglas del juego en términos de garantizar la relación Sociedad–Estado y que se tenga la posibilidad de negociar esos términos de relación.

Es importante en este punto delimitar claramente la concepción de ciudadanía. Al respecto, Saúl Franco postula que *“la ciudadanía implica la conexión de uno a un colectivo específico en una unidad de territorio, espacio temporal determinado. Se podría decir que la ciudadanía es una segunda naturaleza. Así como uno tiene una naturaleza biológica individual, determinada por ser hijo de mi padre y mi madre, así tengo mi naturaleza de ciudadano, por el hecho de nacer como ser humano, en determinada cultura, en determinado país y en determinado momento. Podríamos decir, extremando los argumentos, que la ciudadanía es como la identidad política de cada uno de nosotros... La ciudadanía nos vincula a un colectivo especial, específico mediado por un estado, y ahí somos los componentes fundamentales de la ciudadanía: sociedad, estado, sujeto.”*⁶⁸ Por tanto, el ciudadano es el sujeto político, sujeto de derechos y de responsabilidades. Sin ciudadanos el Estado no existe.

El Dr. Alejandro Llanos Cuentas introduce la reflexión respecto a que la promoción de la salud solo puede ejercerse en tanto que *“la gente sea consciente que tiene que ejercer derechos en salud, que la gente sienta que la salud es un derecho y por lo tanto, no es una obligación solo del Estado, sino que ellos son copartícipes en el proceso de generar salud. Hacer una política de salud sin conseguir la participación de la comunidad desde una base amplia de ejercicios de derechos ciudadanos y ejercicios de derechos en salud, no puede conducir a nada”*.⁶⁹

El establecimiento de una nueva forma de relación con la ciudadanía lleva implícita la necesidad de superar el paradigma de la “participación colaborativa” de la población, aquella versión desvirtuada de la democracia sanitaria en que se participa ayudando al Ministerio de Salud en la ejecución de actividades, pero no se participa en la planificación ni en la evaluación; incentivando así una ciudadanía pasiva y no una ciudadanía activa.

Para el Dr. Carlyle Guerra de Macedo *“construir ciudadanía es quizás, el desafío más importante de estos tiempos e implica la organización de la sociedad civil y la democratización del conocimiento que posibilite que la población se mantenga informada y deje de ser un objeto pasivo del ejercicio del poder”*.⁷⁰

La Promoción de la salud privilegia la ciudadanía activa, a través de la participación social y el empoderamiento del individuo y de la comunidad. El empoderamiento comunitario se refiere a características de organización social, contactos y alianzas entre grupos de presión, influencia en los niveles políticos y de decisión económica, de tal forma que se logre un interés del grupo o la comunidad. La participación social nace ante la necesidad de lograr la equidad y justicia social

⁶⁸ Franco, Saúl, 2002, *“La Salud Pública como espacio de construcción de sociedad y ciudadanía”*, ponencia presentada en la I Conferencia Nacional de Salud, Lima-Perú.

⁶⁹ Dr. Alejandro Llanos, entrevista op.cit.

⁷⁰ Carlyle Guerra de Macedo, 2002, op.cit.

y tiene como eje la construcción de capacidades, la capacidad de la comunidad para analizar y priorizar sus necesidades, formular y negociar sus propuestas.⁷¹

Respecto a la real participación social, el Dr. Alfredo Aliaga Calderón nos comenta que en la experiencia de CARE Perú, con las Redes para la Seguridad Alimentaria Sostenibles (REDESA), uno de los ejes claves es la consideración de la ciudadanía como socios en el proceso, la institución solo asume un rol facilitador. El tener socios en el trabajo implica un nivel de relación horizontal y facilita la sostenibilidad de la propuesta.⁷²

Para el Dr. Oscar Ugarte Ubillus, la verdadera participación de la sociedad se consigna a través de tres mecanismos claramente delimitados. El primer mecanismo tiene que ver con garantizar la información a la ciudadanía, a las diversas instituciones de la sociedad civil. Esto es básico pues considera que sin información no hay capacidad de articulación. La información se convierte en un elemento de rectoría de cualquiera de los campos. El segundo mecanismo es garantizar instancias de participación, de tal manera que pueda ser estable la participación, no solo en el momento que se requiere una acción coordinada, sino instancias en las cuales representantes de la comunidad organizada participen regularmente. El tercer factor hace alusión a la necesidad de que desde la propia sociedad civil hayan condiciones necesarias como: la iniciativa, la capacidad de propuesta, etc, para aprovechar esos espacios, a fin de garantizar que existan si es que no existen, o que se mantengan permanentemente abiertos.⁷³

4.4. Impulsar la acción intersectorial y la formación de alianzas en el marco de la descentralización

“La mejor forma de establecer estilos de vida saludables en las mujeres pasa por ver realmente cómo mejora su nivel educativo. Es interesante que promuevan la salud programas de otros sectores, como el de generación de empleo o los programas de préstamo que están apareciendo o van a desarrollarse en el país. Entonces la promoción de la salud debe estar en realidad como una acción intersectorial. Es la única forma como esto puede tener éxito”

(Dr. Mario Tavera Salazar)⁷⁴

Entendamos por intersectorialidad la integración de distintos ámbitos y de los distintos actores de la comunidad en el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones. La acción intersectorial permite aunar fuerzas, conocimientos y medios para comprender y resolver problemas complejos que no pueden ser resueltos por un solo sector, y puede materializarse en forma de iniciativas comunes, alianzas, coaliciones o relaciones de cooperación.⁷⁵ La justificación de la acción intersectorial de la promoción de la salud responde justamente a la comprensión de la relevancia de los determinantes fundamentales de la salud, los cuales dependen de diferentes sectores y la necesidad de reducir las brechas persistentes en el estado de salud de la población.

⁷¹ Cerqueira, María Teresa, op.cit.

⁷² Dr. Alfredo Aliaga, entrevista, op.cit.

⁷³ Dr. Ugarte Ubillus, entrevista, op.cit.

⁷⁴ El Dr. Mario Tavera Salazar es Oficial de Salud del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF Perú. (Entrevista realizada en mayo de 2003).

⁷⁵ Alessandro, Laura, op.cit.

La descentralización, según sostiene el Dr. Tejada de Rivero, *“es un proceso político de transferencia total, no reversible, de poder político para tomar decisiones; y de los recursos necesarios para que esas decisiones no se queden en el papel sino que se cumplan”*.⁷⁶ Para Gaviria C.: *“la descentralización es un instrumento para fortalecer la democracia y consolidar el desarrollo económico y social en los países de América Latina”*.⁷⁷ La descentralización permite hacer de la educación y la salud ejes de desarrollo para superar la pobreza y las grandes diferencias sociales, haciendo que las políticas se sustenten en estrategias que incrementen las capacidades y hagan posible el ejercicio de los derechos de los ciudadanos, dejando de lado viejas prácticas clientelistas con la población.⁷⁸

El país actualmente se encuentra inmerso en un proceso de descentralización, en el cual el Sector Salud no puede quedarse al margen y por ende, la línea de promoción de la salud tampoco. El Dr. Bustamante García reconoce que en el Perú existe una especificidad respecto al sistema establecido, *“el hecho de ser un Sistema Unificado y Descentralizado de Salud hace que el proceso de descentralización, no conduzca necesariamente a una desarticulación, sino que, a pesar de que las competencias vayan al nivel local, haya una conducción política y unas estrategias claras para abordar el tema de salud en cada uno de sus componentes, incluido el eje de promoción de la salud”*.⁷⁹

La promoción de la salud no tiene que estar solo dentro ámbito de salud; necesariamente tiene que movilizarse hacia los otros ámbitos y lograr involucrarlos en el logro de objetivos comunes; solo así es posible conseguir el resultado de entornos saludables: escuelas saludables, municipios saludables. Esto implica hacer planes conjuntos, donde se delimiten claramente los ámbitos de intervención y donde se optimicen los recursos, evitando así duplicidades. Una oportunidad inmediata lo constituyen los gobiernos regionales y los gobiernos locales, quienes deben ser los primeros en involucrarse en la estrategia de promoción de la salud. Es así como la descentralización se puede considerar como una política adecuada que busca generar capacidad de desarrollo a nivel local, regional y nacional.

Hay que reconocer que, a la fecha, existen avances por impulsar la acción intersectorial. Uno de ellos es justamente el convenio marco entre los sectores Salud y Educación. Asimismo, se vienen realizando foros intersectoriales de Promoción de Salud, cuyo objetivo es sensibilizar y comprometer a las más altas autoridades de la región y así generar el compromiso de realizar acciones concretas para promover la salud.

4.5. Formación de recursos humanos en promoción de la salud

“Los conceptos nuevos o renovados de Promoción de la Salud, no son compartidos por todos. La gente tiene necesidad de capacitarse a nivel de Lima, pero sobre todo en las regiones”

(Dr. Luis Bacigalupo Cavero)⁸⁰

⁷⁶ Dr. Tejada de Rivero, entrevista, op.cit.

⁷⁷ Gaviria, C. Discurso en el Seminario sobre *“Desafío de la descentralización: la experiencia Europea y Latinoamericana”*. París, 12 de marzo 1999.

⁷⁸ Proyecto Participa Perú, marzo 2003. *“Participa Perú, por el país que soñamos”*. Distribución gratuita con el diario La República.

⁷⁹ Dr. Bustamante García, entrevista, op.cit.

⁸⁰ El Dr. Luis Bacigalupo Cavero Egúsquiza es Presidente del Consejo Directivo del Consorcio de Universidades. (Entrevista realizada en mayo de 2003).

El otro desafío es la formación de recursos humanos. En la medida en que no hayan recursos humanos que entienden el enfoque de promoción de la salud, no se van a poder cumplir las metas que se persiguen. El reto es cubrir necesidades tanto a nivel gerencial para que las Direcciones de Salud manejen el enfoque de promoción de la salud, como a nivel profesional para que sepan cómo organizar sus intervenciones y a nivel técnico de establecimientos de salud para que sepan cómo operar en el campo.

Sin embargo, la formación del recurso humano no debe ser tarea solo de la Dirección General de Promoción de la Salud, ni solo del ámbito de salud, sino que debe ir involucrándose a otros ámbitos, como las universidades, para que éstas comprendan la importancia de capacitar a profesionales de diferentes ramas, médicas o sociales, en el enfoque de promoción de la salud.

Es interesante resaltar que ya se vienen haciendo esfuerzos desde el Consorcio de Universidades⁸¹ y desde la Universidad Peruana Cayetano Heredia. En el 2001 el Consorcio de Universidades fue convocado por USAID para trabajar el tema de formación de recursos humanos, encargándosele la responsabilidad de realizar un análisis de necesidades en recursos humanos a fin de establecer un programa de capacitación formal, sea para el pregrado como a nivel de postgrado. Particularmente, la Escuela de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia está embarcada en el desarrollo de un diploma-maestría de promoción de la salud.

El Dr. Luis Bacigalupo Cavero asumiendo una autocrítica reflexiona que la universidad, en general, ha estado muy de espaldas a lo que ocurre en el país. *“El reto ahora es corregir esto, en el convencimiento de que los recursos humanos, académicos, técnicos, científicos que hay en las universidades tienen muchísimo que aportar al desarrollo de las regiones y que la cercanía, el trato con las problemáticas regionales, es un factor que va a enriquecer el trabajo de las universidades”*. De esta forma las universidades deben cumplir además de los objetivos de docencia e investigación, el de responsabilidad social.

Existen otros retos que tienen que ver con aspectos organizativos del Ministerio de Salud y de la línea de reorientación de los servicios de salud de la Promoción de la Salud. Estos retos se detallan a continuación:

4.6. Replantear el nivel de relación de la Dirección General de Promoción de la Salud con las otras direcciones de línea del Ministerio de Salud

“Es que tiene que estar asociado con las direcciones del MINSA, si no va de la marcha como que va a intentar correr una maratón y cuando voltee va a estar solito. Tiene que lograrse internalizar en todas las direcciones para que nosotros sepamos de una vez por todas que todos hacemos promoción de la salud. Es una estrategia de todos”.
(Funcionario del nivel central del Ministerio de Salud)

“Desde el punto de vista de acciones programáticas creo que no se puede hacer promoción de la salud si desde el MINSA no se está trabajando con los servicios. Y ahí viene la necesidad de que haya una perfecta correlación con Salud de las Personas,

⁸¹ Formado por la Pontificia Universidad Católica del Perú, la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Universidad del Pacífico.

o sea con la dirección de servicios. Creo que la única posibilidad de tener éxito es que los dos vayan de la mano”

(Dr. Mario Tavera Salazar)⁸²

Como lo explicáramos en la sección referida a los nudos críticos, la percepción de los funcionarios del Ministerio de Salud es que la actual Dirección General de Promoción de la Salud está alejada de las otras direcciones de línea, por lo que es necesario repensar su forma de relación con las mismas, socializar los objetivos estratégicos propuestos y sobre todo, buscar el enganche con la DGSP para superar el vacío que actualmente se siente al no estar cubriendo las acciones preventivo-promocionales, que fue el planteamiento inicial.

4.7. Organizarse para poner en práctica la promoción de la salud

“No solamente hay que tener la idea clara, de lo que es promoción de la salud, sino tiene que ver con la capacidad de organizarnos para hacer determinadas acciones que hemos planeado”

(Dr. Fernando Rocabado Quevedo).⁸³

La Dirección General de Promoción de la Salud a la fecha tiene desarrollado un plan estratégico y un plan operativo, lo cual constituye un avance importante. Pero surge otro reto también importante, conseguir que esta dirección logre organizarse de tal forma que todo lo planeado en el papel se pueda ejecutar. No solo tener profesionales capacitados en promoción de la salud va a resolver el problema de operativizar el enfoque, sino el tener un adecuado nivel de gerencia, con la consiguiente delimitación de los ámbitos de trabajo de los recursos humanos que integran la oficina y el desarrollo de un trabajo en equipo.

4.8. Ajustar los sistemas de Registro de Información y protocolos del Ministerio de Salud al enfoque de promoción de la salud

Aplicar el enfoque de promoción de la salud, requiere ajustes de estructura en el Ministerio de Salud; por ende, surge la necesidad de adecuar los protocolos ya existentes y los sistemas de registro de información, para que se incorporen actividades extramuros. En la medida que la estructura actual esté centrada en la atención, no se va a poder convencer al personal operativo para hacer actividades extramuros si éstas no van a ser reconocidas como trabajo; se le pondría entre la espada y la pared.

Para lograr esto se requiere una alta capacidad propositiva para ajustar el sistema actual de registro de información a los requerimientos de promoción de la salud, pues son los responsables de esta oficina quienes conocen cuáles van a ser los indicadores de medición de sus propuestas estratégicas. Pero también se requiere tener el posicionamiento adecuado frente a las otras direcciones para tener niveles de negociación con las mismas.

⁸² Dr. Tavera Salazar, entrevista, op.cit.

⁸³ Dr. Rocabado Quevedo, entrevista, op.cit.

4.9. Asumir como principal papel el ser facilitador y promotor de procesos sociales en salud

“Nada me garantiza que crear una estructura específica para promoción de la salud, vaya a contribuir con los objetivos que persigue, salvo que esa estructura no sea independiente y aislada para producir algunos servicios de tipo vertical, sino que sea la promotora de la difusión de esta conceptualización y sea la que esté planteando qué medidas de política pública de Estado se necesitan, que obligue a todos los ministerios, a toda la ciudadanía, a todos los niveles a hacer contribuciones efectivas para crear condiciones saludables para la población”

(Dr. David Tejada de Rivero)⁸⁴

Es tácito el papel normativo y rector que tiene el Ministerio de Salud y, por ende, la Dirección General de Promoción de la Salud. Sin embargo, todos los entrevistados coinciden en afirmar que para viabilizar los lineamientos de políticas, el principal papel que le compete asumir es el de ser mediador, promotor, facilitador de los procesos sociales conducentes a la salud, coincidiendo así con lo planteado en la Carta de Ottawa. Por tanto, su acción principal debe ser el de generador de intersectorialidad, involucrando a otros ámbitos, dando una dimensión más política a la salud y por tanto, impulsando políticas públicas de Estado que contribuyan a reducir las inequidades en salud y a generar entornos saludables.

Es probable que en el proceso de descentralización a los gobiernos locales o regionales les toque asumir el rol de liderazgo en la promoción de la salud, al cual tendría que sumarse el Sector Salud como un actor social con grandes fortalezas, que deben ser puestas al servicio de intereses que van más allá del sector; teniendo como perspectiva el desarrollo local, regional y nacional. En la ley de regionalización se establece muy claramente que los gobiernos regionales tienen autonomía para aprobar sus planes regionales, en concordancia con las políticas y la normatividad del nivel nacional. Por ende, la Dirección General de Promoción de la Salud debe impulsar la inserción de la promoción de la salud en sus planes regionales de desarrollo.

⁸⁴ Dr. Tejada de Rivero, entrevista, op.cit.

V. REFLEXIONES FINALES

La promoción de la salud pone de relieve la consideración de que la salud hay que entenderla como una realidad social compleja y como un proceso social-político, y no circunscrita solo a una atención médica reparativa. Ya en 1945, Henry E. Sigerist utilizó el término de promoción de la salud para hacer alusión a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida y a las acciones basadas en la educación sanitaria; instando al esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos. En 1975, el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, propuso la meta “salud para todos”, afirmando que se trataba de alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones, llevar una vida social y económicamente productiva. En 1978, en la Conferencia Internacional de Alma-Ata, se proclamó la convicción de que la salud no puede ser un privilegio de pocos pues es un derecho humano universal y fundamental. En 1986, en el marco de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, se elaboró la Carta de Ottawa en la que se hacen importantes avances en la conceptualización de la promoción de la salud, planteando la importancia del entorno físico, económico, social, cultural y ambiental como determinantes de la salud. La promoción de la salud surge como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en el mundo. Se reitera así, que la salud es el resultado del desarrollo humano, social, económico y político. La explicitación de estas afirmaciones se encuentran detalladas en la sección correspondiente a los antecedentes históricos y marco normativo internacional; solo quisimos traerlas a colación para ratificar la relevancia socio-económica y política de la salud.

Existen innumerables estudios que consideran la interrelación entre la evolución económico-social de la sociedad y la salud, haciendo hincapié en que las condiciones de pobreza e inequidad globales influyen cotidianamente sobre los parámetros de salud. Al respecto Go Brutland asevera que *“existen importantes factores determinantes de una mejor salud que se encuentran fuera del sistema sanitario. Entre ellos cabe mencionar una mejor educación, un ambiente más limpio y sin riesgos y la reducción constante de la pobreza.”*⁸⁵

La promoción de la salud, por ser la más social de las estrategias de salud, es la que menos depende de la acción directa de los servicios de salud por sí solos. Los determinantes de la salud, es decir, las condiciones que determinan la situación de salud varía de un país a otro, de región a región dentro de un mismo país, por lo que se requieren estudios que partan de categorías sociales para tener un abordaje más realista de los problemas de salud.

El Dr. Tejada de Rivero sostiene que siendo la salud una realidad social, *“su ámbito es imposible de ser separado nítidamente de otros ámbitos sociales y económicos y que, por tanto, no debe*

⁸⁵ Kliksberg, Bernardo, 2002. *“Hacia una economía con rostro humano”*. Fondo de Cultura Económica.

*circunscribirse a un sector administrativo burocrático del Estado... Como proceso político, hay que tomar decisiones políticas no solo sectoriales sino de Estado, capaces de comprometer obligatoriamente y sin excepciones a todos los sectores”.*⁸⁶

Por tanto, se desprende que la promoción de la salud no tiene que ser una competencia solo del ámbito de salud; necesariamente tiene que movilizarse hacia los otros ámbitos responsables de la mayoría de los determinantes de la salud (educación, vivienda, trabajo, desarrollo humano, entre otros) e involucrarlos en el logro de objetivos comunes; sólo así es posible conseguir el resultado de entornos saludables (escuelas saludables, municipios saludables).

Siendo la salud un proceso social-político, los procesos claves que requiere la promoción de la salud están centrados en los procesos de descentralización, intersectorialidad, participación comunitaria y, especialmente, en el logro de una efectiva democratización de la salud. Por tanto, para que la Promoción de la Salud sea realmente viable en el país, se requiere de Políticas Públicas de Estado, en el entendido de que, políticas son grandes direcciones hacia una situación ideal que se quiere alcanzar en un tiempo determinado, pública significa que son de aplicación obligatoria para todos, y de Estado, que es de responsabilidad de todos los órganos del Estado, pero también de la sociedad en su conjunto. Esa situación ideal que se quiere alcanzar es lograr el máximo nivel posible de salud en nuestro país. Y así lo han comprendido los Ministros de Salud del Área Andina, incluida el Perú, cuando el año pasado han firmado el compromiso de realizar las gestiones necesarias para incluir la Promoción de la Calidad de Vida y la Salud en la Agenda de Políticas de Estado y como un eje articulador de las políticas sociales de sus países. Esto probablemente conllevará al desarrollo de una estrategia sub-regional de promoción de la salud.

Nos ratificamos en la hipótesis lanzada en el presente estudio, respecto a la consideración de que la promoción de la salud trata de romper con el paradigma biomédico aún persistente en nuestro país (y en otros países) y acercarse al nuevo paradigma emergente, por el cual se confiere el poder a la ciudadanía para mejorar y ejercer control sobre los determinantes de su propia salud, enmarcado en un enfoque de desarrollo y de derechos humanos, requiriendo una coparticipación de Estado y ciudadanía. Se privilegia, de este modo, la ciudadanía activa, a través de la participación social y el empoderamiento del individuo y de la comunidad, así como la consolidación de la democracia participativa en salud que no es compatible con un enfoque exclusivamente biomédico.

La cooperación y complementariedad entre el Estado y la ciudadanía son particularmente relevantes en lo que se refiere a la consolidación de la democracia. En general, los mecanismos habituales de la democracia no garantizan la representatividad, ni la confianza de la ciudadanía. Por tanto, el Estado debe ampliar espacios de concertación estratégica con actores sociales para legitimar el ejercicio de las funciones de regulación en el desarrollo social. En este sentido, uno de los grandes retos, no solo del Sector Salud sino también del Estado, es la construcción de una nueva forma de relación entre Estado y ciudadanía; es decir, un nuevo pacto social, con canales de participación efectiva de la ciudadanía. Los procesos participativos conllevan la confianza como elemento básico para dar sostenibilidad a los mismos. Asimismo, urge que el Estado integre la descentralización con las políticas sectoriales y sociales, para favorecer la acción intersectorial en la promoción de la salud.

Entender la trascendencia social, económica y política de la salud, nos lleva a considerar que la

⁸⁶ Tejada de Rivero, David, 2003. “Veinticinco años después de Alma-Ata”, op.cit.

promoción de la salud tiene que estar inmersa dentro de un proceso de desarrollo humano de país, que aún no está claramente definido. La teoría de desarrollo “Desarrollo a Escala Humana” diseñada por Max Neef y su equipo (1986) señala que el *“mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas; ésta dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.”*⁸⁷ Si se aborda desde un enfoque de desarrollo humano, la promoción de la salud a través del control de los determinantes sociales, políticos y económicos que tienen impacto negativo sobre la salud, buscaría elevar la calidad de vida de la población y por ende, facilitar el cumplimiento del derecho a la salud, es decir, al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita a la ciudadanía vivir dignamente.

⁸⁷ Neef, Max, 1986. *Desarrollo a Escala Humana: una opción para el futuro*. Fundación Dag Hammarskjod, Santiago de Chile.

BIBLIOGRAFÍA

Alessandro, Laura, 2002. *Municipios Saludables: Una opción de política pública. Avance de un proceso en Argentina*. Organización Panamericana de la Salud-Argentina, Gráfica Laf S.R.L.

Altobelli, Laura, 2002. "Participación comunitaria en la salud: la experiencia peruana en los CLAS", en Arroyo, Juan *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política*. Lima, Perú.

Carlyle Guerra de Macedo, 2002. "*El Derecho a la Salud en América Latina en los albores del Siglo XXI*". Ponencia presentada en la I Conferencia Nacional de Salud, Lima-Perú.

Carta del Caribe para la Promoción de la Salud, en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, "*Promoción de la Salud: una antología*", Washington, DC, EUA.

Cerqueira, María Teresa, 1997. "Promoción de la salud y educación para la salud", en Arroyo, Hiram; María Teresa Cerqueira, 1997. *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial*. San Juan de Puerto Rico: Universidad e Puerto Rico.

Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, del 9-12 de noviembre de 1992, en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, "*Promoción de la Salud: una antología*", Washington, DC, EUA.

Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud, Ciudad de México, junio de 2000.

Declaración de Villa El Salvador de la Red de Municipios y Comunidades Saludables del Perú, abril de 2003, Lima-Perú.

División de Promoción y Protección de la Salud, OPS-OMS, 1994. *Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina*. Quito, Ecuador: Efecto Gráfico.

Epp, Jake, 1999. "Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud", en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, "*Promoción de la Salud: una antología*", Washington, DC, EUA.

Franco, Saúl, 2002, "*La Salud Pública como espacio de construcción de sociedad y ciudadanía*", ponencia presentada en la I Conferencia Nacional de Salud, Lima-Perú.

Gaviria, C. Discurso en el Seminario sobre "*Desafío de la descentralización: la experiencia Europea y Latinoamericana*". París, 12 de marzo 1999.

Gómez Zamudio, Mauricio, 1998. *Teoría y guía práctica para la promoción de la salud*. Montreal, Canadá. Unidad de Salud Internacional, Universidad de Montreal.

Kliksberg, Bernardo, 2002. *Hacia una economía con rostro humano*, Fondo de Cultura Económica.

Milio, Nancy, 1999. "Búsqueda de Beneficios económicos con la promoción de la salud", en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, *"Promoción de la Salud: una antología"*, Washington, DC, EUA.

Ministerio de Salud, Boletín N° 1 de Promoción de la Salud. Lima, octubre 2002.

Ministerio de Salud, Boletín N° 2 de Promoción de la Salud. Lima, marzo 2003.

Ministerio de Salud de Perú, Dirección General de Salud de las Personas. La Salud Integral: Compromiso de todos - El Modelo de Atención Integral de Salud.

Ministerio de Salud de Perú, Dirección General de Promoción de la Salud. Plan Estratégico 2003-2006.

Ministerio de Salud de Perú. Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012 y Fundamentos para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006.

Ministerio de Salud de Perú, Dirección General de Promoción de la Salud. Lineamientos de Políticas de Promoción de la Salud, abril 2003 (Aún no aprobada por el Despacho Ministerial).

Ministerio de Salud de Chile. www.minsal.cl. Foro de Promoción de la Salud de las Américas: Empoderando y Formando Alianzas para la Salud.

Naciones Unidas -Consejo Económico y Social, 2000. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14. Ginebra.*

Neef, Max., 1986, *Desarrollo a Escala Humana: una opción para el futuro*. Fundación Dag Hammarskjod, Santiago de Chile.

OPS/OMS, 1992. *Líneas de Investigación prioritarias en promoción de la salud*. Washington, D.C.

Proyecto Participa Perú, marzo 2003. *"Participa Perú, por el país que soñamos"*. Distribución gratuita con el diario La República.

Resolución REMSAA XXIV/386.

Resolución Ministerial N° 101-2003-SA/DM.

Restrepo, Helena, 2001. "Antecedentes Históricos de la Promoción de la Salud"; en Restrepo, Helena; Hernán Málaga. *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional LTDA.

Rootman, Irving edited, 2001. *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*. WHO Regional Publications, European Series, No.92.

Tejada de Rivero, David, 2003. *"Veinticinco años después de Alma-Ata"*. Documento a ser publicado por la OPS-OMS en ocasión del veinticinco aniversario de la Conferencia de Alma-Ata.

Terris Milton, 1999. "Conceptos de promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública", en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, *"Promoción de la Salud: una antología"*. Washington, DC, EUA.