

PROMOCIÓN DE LA SALUD

ENFOQUES DEL TEMA



MINISTÉRIO DE LA SALUD DE BRASIL
Secretaría de Vigilancia de la Salud
Departamento de Análisis en Salud y Vigilancia
de Enfermedades No Transmisibles

PROMOCIÓN DE LA SALUD

ENFOQUES DEL TEMA



2021 Ministerio de la Salud de Brasil.



Este trabajo está disponible bajo la Licencia Creative Commons - Atribución - No comercial - Intercambio por la misma licencia 4.0 Internacional. Se permite la reproducción total o parcial de esta obra, siempre que se cite la fuente.

La colección institucional del Ministerio de Salud de Brasil se puede acceder, en su totalidad, en la Biblioteca Virtual de Salud del Ministerio de Salud de Brasil: bvsmms.saude.gov.br.

Título original en portugués: Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1

Tirada: 1a edición – 2021 – versión electrónica

Preparación, distribución e información:

MINISTÉRIO DE LA SALUD DE BRASIL

Secretaría de Vigilancia de la Salud

Departamento de Análisis en Salud y Vigilancia de

Enfermedades no Transmisibles

Coordinación General de Vigilancia de Enfermedades y

Agravamientos no Transmisibles

Via W 4 Norte, Asa Norte, Setor de Rádio e Televisão Norte,

700, 6º piso

Código Postal: 70058-900 – Brasília/DF

Correo electrónico: dasnt@saude.gov.br

Preparación:

Danielle Keylla Alencar Cruz

Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha

Mariana Carvalho Pinheiro

Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira

Rafael Dall'Alba

Supervisión General:

Danielle Keylla Alencar Cruz

Eduardo Marques Macário

Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha

Organización:

Danielle Keylla Alencar Cruz

Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha

Maquetación:

Assessoria Editorial/Nucom/GAB/SVS

Milena Hernández Bendicho

Traducción:

Frederico Magalhães Machado

Normalización:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Las recuadros, figuras y tablas en el trabajo, cuando no están indicadas por fuentes externas, son de autorías de los propios autores del texto.

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministerio de la Salud de Brasil. Secretaría de Vigilancia de la Salud. Departamento de Análisis en Salud y Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles.

Promoción de la Salud : enfoques del tema : Cuaderno 1 [recurso electrónico] / Ministerio de la Salud de Brasil, Secretaría de Vigilancia de la Salud, Departamento de análisis en salud y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. – Brasília: Ministerio de la Salud de Brasil, 2021.

58 p. : il.

Traducción del Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1

Modo de acceso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocion_salude_enfoques_tema.pdf.

ISBN 978-65-5993-126-2

1. Promoción de la salud. 2. Enfermedad Crónica. 3. Política de salud I. Título.

CDU 614

Catalogación en la fuente – Coordinación-General de Documentación e Información – Editora MS – OS 2021/0301

Título para la indexación:

Health Promotion: approaches to the theme: Handbook 1

RESUMEN

5 PRESENTACIÓN

8 1 Promoción de la salud: enfoques para comprender y apropiarse del significado del tema

9 1.1 Determinantes Sociales y Promoción de la Salud

13 1.2 Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades

14 1.3 Promoción y Vigilancia de la Salud

16 1.4 Promoción de la Salud y Producción de Cuidado en la APS

20 2 Aplicando la promoción de la salud

20 2.1 Oportunidades y Recursos para la Implementación de la Promoción de la Salud

24 2.1.1 Cómo conocer un territorio?

28 2.1.2 Redes para la promoción de la salud

32 2.1.3 Ciudades inteligentes para la promoción de la salud

35 2.1.4 *Advocacy* para fortalecer la agenda de promoción de la salud en la gestión pública

38 2.1.5 Formación en promoción de la salud: contribuciones de la Educación Permanente en Salud

40 2.1.6 ¿A quién le importa la promoción de la salud?

43 2.1.7 La promoción de la salud es global!

46	3 Cronología: historia y memoria institucional de la promoción de la salud
47	3.1 Cronología de Promoción de la Salud
55	REFERENCIAS

PRESENTACIÓN

Las discusiones sobre la promoción de la salud se remontan a principios del siglo pasado, con una presencia creciente en el debate sobre la salud, especialmente desde la década de 1970, con la publicación del informe Lalond, un hito en la promoción de la salud para Canadá y el mundo. Las construcciones mundiales sobre la promoción de la salud resonaron en la 8a Conferencia Nacional de Salud, en 1986, que presentó las bases para la construcción del Sistema Único de Salud (SUS) Brasileño.

A lo largo de estos años, la promoción de la salud se ha fortalecido en la estructura del Ministerio de Salud, las Secretarías de Salud Estatales y Municipales y el Distrito Federal transcritas en Departamentos, Direcciones, coordinaciones, superintendencias y otras formas de Organización de la gestión de las políticas y programas de salud.

Con la publicación de la Política Nacional de Promoción de la Salud (PNPS), se abrieron frentes para la transferencia de incentivos financieros, capacitación de profesionales, producción de materiales técnicos e informativos, planes nacionales e indicadores que contribuyeron al fortalecimiento y reconocimiento de la Promoción de la Salud en las acciones de vigilancia, asistencia y atención a la salud, especialmente en la Atención Primaria de Salud.

Además del SUS, la promoción de la salud ha ampliado sus objetivos y orientaciones a los planes nacionales para hacer frente a la violencia y los accidentes de tráfico y prevenir el consumo de alcohol y otras drogas, y ha establecido programas intersectoriales dirigidos al público escolar.

La publicación de este folleto inicia las celebraciones de los 15 años de la Política Nacional de Promoción de la Salud, que estableció objetivos, directrices y acciones para la realización de la promoción de la salud en el Sistema Único de Salud. También representa la maduración construida a lo largo de años de debate e implementación de iniciativas de promoción de la salud, lideradas por



cionada con su Desarrollo Mundial, el Capítulo 3 presenta una cronología de su recorrido histórico, a través del cual es posible vislumbrar las transformaciones y avances logrados hasta los tiempos actuales.

Deseamos una excelente lectura y nuevos conocimientos en el proceso de implementación de acciones de promoción de la salud en todo el país.

Firma
Secretaria de la SVS



1 PROMOCIÓN DE LA SALUD: ENFOQUES PARA LA COMPREENSIÓN Y APROPIACIÓN DEL SIGNIFICADO DEL TEMA

Es posible que ya haya leído o escuchado que la promoción de la salud es practicar actividad física, no fumar y comer alimentos saludables, por ejemplo.

En parte, podemos considerar que esas afirmaciones tienen elementos estructurales del concepto de promoción de la salud, pero no lo traducen. Entonces, ¿qué es la promoción de la salud?

Según la Carta de la 1ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, más conocida como la Carta de Ottawa, la promoción de la salud “es el nombre dado al proceso de empoderar a la comunidad para que actúe en la mejora de su calidad de vida y salud, incluida una mayor participación en el control de este proceso” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, p. 1).

Para apoyar la construcción de ese entendimiento sobre la promoción de la salud, tenemos el concepto ampliado de Salud que supera la ausencia de enfermedad y se re-significa a partir de elementos que constituyen las condiciones objetivas de vida, es decir, lo que es fundamental para asegurar el ejercicio de la vida. Son: paz; vivienda; educación; alimentos; ingresos; ecosistema estable; recursos sostenibles; justicia social; y equidad.

La discusión sobre la promoción de la salud implica el reconocimiento de que la salud se construye constantemente. Presupone un entrelazamiento entre las debilidades y potencialidades del individuo y de los colectivos, y la responsabilidad del gobierno de garantizar los derechos, el acceso a los servicios esenciales y las posibilidades para el pleno desarrollo de las personas de manera equitativa. Por lo tanto, los años posteriores a la Conferencia de Ottawa fortalecieron el papel de los gobiernos en la promoción de la salud en cartas posteriores.



Para que la comunidad desarrolle el potencial previsto en 1986, es necesario garantizar los derechos; la libertad de ejercer la ciudadanía plena; el establecimiento de espacios para que las personas puedan participar y decidir sobre las políticas públicas; el acceso a las condiciones necesarias para una vida digna; la protección contra los intereses internacionales depredadores; la garantía de la protección del trabajo; la no adopción de políticas austeras; entre otras, que deben ser encabezadas por los gobiernos locales.

La Promoción de la Salud tiene como principios la equidad, la intersectorialidad, el empoderamiento, la participación social, la sostenibilidad, la autonomía y la integralidad. Estos son buenos marcadores para identificar si una acción o política está dirigida a la promoción de la salud. Se construyen a partir de contextos sociales, económicos, políticos, ambientales y culturales que determinan, de manera dinámica y visceral, la producción de vida. Estos contextos forman las relaciones de poder y producción presentes en los micro o macrouniversos - es decir, en el barrio donde vives, incluso en un país - y son lo que determina la producción de Salud.

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son el foco de la promoción de la salud con miras a superar las desigualdades e inequidades en salud. La relación entre ellos y la promoción de la salud es directamente proporcional, es decir, cuanto peores son las situaciones de vulnerabilidad – como la falta de garantía de los derechos, la no participación de la población en las decisiones políticas y de gestión (políticas “de arriba abajo (top-down), la violencia, el embarazo adolescente, la falta de acceso a los servicios básicos, entre otros -, más fuerte deben ser los principios y acciones de promoción de la salud.

1.1 Determinantes Sociales y Promoción de la Salud

Los Determinantes Sociales de la Salud son las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

La figura 1 dinamiza las interrelaciones del DSS en salud y las consecuencias para individuos y gobiernos. En naranja, se encuentran los determinantes estructurales de la salud relacionados con la posición socioeconómica del individuo

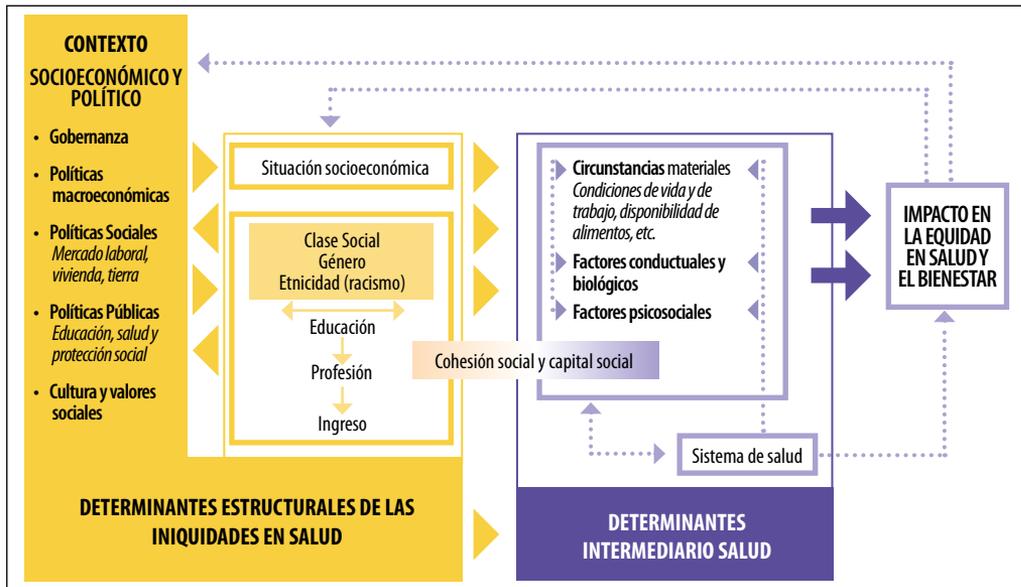


en la sociedad, causa de graves inequidades en salud. Se pueden agudizar las posiciones sociales que ponen al individuo en desventaja y en una situación de vulnerabilidad

por la existencia de racismo estructural, prejuicio relacionado con género, discapacidad y origen; por la falta de distribución adecuada del ingreso y por políticas gubernamentales superficiales o basadas en méritos personales, ignorando que la desigualdad está en la base de las relaciones, como es el caso en Brasil.

Los autores destacan que esta desigualdad social puede ser sostenida por estructuras formales o informales, como la educación, el mercado o la Seguridad social, todos mecanismos estructurales que cambian el posicionamiento social del individuo y que son responsables de las principales inequidades en salud. Cuando estos elementos no actúan positivamente, tenemos un Estado que no produce equidad.

Figura 1 – Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: Solar e Irwin, 2010.

La parte azul de la figura representa los determinantes intermedios producidos directamente por los primeros y que los retroalimentan causando impacto en la equidad en salud y el bienestar.



El ejercicio de reflexión de los autores no es la inversión de gobiernos y sociedades en uno de los determinantes. La orientación desde el modelo conceptual es la intervención en los determinantes estructurales provocar cambios en los demás. Promover la salud implica intervenir en estos determinantes.

Por lo tanto, se dice que la promoción de la Salud hace posible ampliar la realidad y ver los procesos de estructuración que mantienen situaciones despectivas de la salud de los individuos o favorecen su superación. ¿Cómo se puede lograr esto? Ejercer los principios (pilares) de la Promoción de la salud en la práctica diaria, en la formulación de proyectos, programas y políticas y en las decisiones políticas, ya sean locales, regionales o nacionales.

La publicación de la PNPS presentó una agenda prioritaria con acciones de promoción de la salud cubiertas por los objetivos y directrices de esta política. A continuación, ejerceremos esta reflexión en el contexto de la prevención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENT), destacando una de ellas.

Digamos que el problema es la baja prevalencia de actividad física, uno de los factores de riesgo para las DCNT. La primera acción propuesta es revertir esta situación promoviendo el aumento de la práctica de actividad física por parte de la población. Llamamos a esto un aumento en la prevalencia, que se puede lograr cuando los que ya lo hacen continúan haciéndolo y los que no lo hacen comienzan a hacerlo.

Antes de pensar en las estrategias a desarrollar para lograr el objetivo, es necesario conocer los elementos estructurantes que determinan comportamientos, elecciones, posturas y percepciones de individuos y grupos en relación a la acción de practicar actividad física.

Entre los elementos presentados en la literatura que están vinculados al "hacer" en relación a la práctica de la actividad física, se encuentran: años de estudio, ingresos, tiempo libre, color, género, seguridad de las ciudades, distancia de los lugares de prácticas y apoyo social.

Observa, en la siguiente figura, la diferencia en el abordaje de este fenómeno considerando y no considerando sus determinantes estructurales.



Figura 2 – Diferencia de enfoque y relación con la Promoción de la Salud





La iniciativa que abarca los elementos que determinan el proceso de elección - es decir, que pone “hacer actividad física” como una posible opción para toda la población, independientemente de la clase social, el género y el color – es la que más se acerca al concepto de promoción de la salud.

1.2 Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades

Es un hecho que circulan varios entendimientos que a veces resumen la promoción de la salud a la prevención de enfermedades o elevan esta última al nivel de la primera. Lejos de ser una disputa sobre lo más importante, la cuestión aquí es comprender la dimensión y las intenciones de estas dos construcciones fundamentales para la salud y tener claridad a la hora de aplicarlas en acciones, estén estructuradas o no en proyectos o programas.

El siguiente cuadro presenta una comparación entre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades para contribuir a ese entendimiento. Vamos a comprobarlo!

Cuadro 1 – Características comparativas de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud

Características	Prevenção de doenças	Promoção da saúde
Marco Conceptual	Historia Natural de las Enfermedades	Determinantes Sociales de la Salud
Significado del término	Preparar; llegar antes; organizar de una manera que evite daños o perjuicios; evitar que suceda.	Impulsar; promover; originar; generar; cambiar.
Objetivos	Prevenir la aparición o proliferación de enfermedades, prevenir.	Promover el bienestar general a través de la transformación de las condiciones de salud.
Enfoque	Enfermedad (causas, formas de transmisión, comportamiento epidemiológico, factores de riesgo y protectores).	Cambios en los determinantes estructurales que causan inequidades en la salud.
Enfoques	Difusión de información y recomendaciones (campañas) para cambiar hábitos.	Cambios estructurales en las ciudades, políticas económicas y sociales, construcción de espacios de participación.
Operacionalización	Acción puntual, unilateral, intersectorial.	Acción multiestratégica e intersectorial.
Lugar del sujeto	Receptivo, responsable del cambio.	Participativo, corresponsable del cambio.
Expresiones y términos clásicos	Adopción de estilo de vida saludable/ ¡Evite! / ¡Use! / ¡Prevenir es el mejor remedio! / Conocer para prevenir / Factores de riesgo y de protección para la salud / ¡Haz tu parte! / Buscar un Unidad Básica de Salud / ¡Muévase!	Construcción de formas de vida/ ¡Participe! / Sostenible / Saludable / Ocio / Entornos / Calidad de Vida / Equidad / Desarrollo / Políticas / Ciudades.

Fuente: Adaptado basado en Czeresnia, 1999; Santos *et al.*, 2006, Coutinho *et al.*, 2013 y campañas del Ministerio de Salud, 2007 a 2010.



Las diferencias entre prevención de enfermedades y promoción de la salud presentadas en el Cuadro 1 tienen como objetivo aclarar las intenciones de cada una de ellas, esenciales para entender cuándo invertir en una o ambas, de manera integrada. Lo más importante es saber localizar, en el proceso de producción de salud y construcción del cuidado, cuál de los abordajes se está desarrollando. Esta comprensión es fundamental para evitar, por ejemplo, los resultados y desenlaces esperados que no son característicos de un enfoque determinado, o para realizar acciones típicas de uno de ellos con fines establecidos para el otro. Conocer las diferencias es importante para identificar las potencialidades.

Es saludable entender que ambos son esenciales y pueden coexistir en el mismo espacio y tiempo.

1.3 Promoción y Vigilancia de la Salud

La Vigilancia en Salud se define como

[...] proceso continuo y sistemático de recolección, consolidación, análisis de datos y difusión de información sobre eventos relacionados con la salud, con el objetivo de planificar e implementar medidas de salud pública, incluyendo regulación, intervención y acción sobre condiciones y determinantes de salud, para la protección y promoción de la salud de la población, prevención y control de riesgos, enfermedades y enfermedades (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018, Art. 2).

Al centrarnos cuidadosamente en la definición anterior, podemos visualizar una costura organizacional que alinea los diversos procesos que conforman una acción de Vigilancia de la Salud. Lejos de atraparlos en una secuencia burocrática, pero con la intención de demostrar las conexiones necesarias para un trabajo efectivo, partimos de un conocimiento profundo de la situación de salud del territorio para una planificación que tenga como objetivo abordar y superar los problemas, riesgos y vulnerabilidades en salud encontrados, utilizando tecnologías, métodos y recursos relacionados con el conocimiento acumulado para acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades y agravamientos. Este macroproceso se nutre de informaciones que, en nuevos análisis, agregan conocimiento sobre el territorio con medidas para monitorear los resultados de las acciones ya realizadas o los servicios implementados.



Un modelo de atención integral de la salud debe considerar la Vigilancia de la Salud como un componente inseparable de la producción de cuidado.

Para ver el éxito en las acciones de Vigilancia en Salud, necesitamos integrarla en el proceso de producción de salud en el territorio. No se trata de vincularlo o añadirlo a las acciones y servicios que ya se están desarrollando. Como dimensión de la política de salud, requerirá cambios en el modelo de atención a la salud, el proceso de trabajo, la formación de los profesionales y la gestión de las redes de salud.

Pensaremos esto en el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS), a partir de la necesidad de estructurar cinco dimensiones necesarias para la formación de un conjunto:

Integración de los territorios – La integración de los territorios de Vigilancia de Salud y Atención Primaria es un tema recurrente cuando se habla de articular vigilancia sanitaria y APS.

Pasa por la sincronización de las rutinas de los profesionales a la dimensión de la reestructuración de ese nivel de atención a la salud. Sobre este tema, recomendamos leer el material *Guía Política Nacional de Atención Primaria Módulo 1: Integración, Atención Básica y Vigilancia de Salud*, disponible en http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_pnab.pdf

Los puntos centrales que queremos centrarnos en esta discusión son: ·existen varias vigilancias (epidemiológica, sanitaria, ambiental, laboral y nutricional), que deben ser consideradas en la integración del territorio; y, en adición a las enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y las lesiones (violencia y accidentes) también están sujetos a la Vigilancia de Salud – hablamos aquí sobre tecnologías y procesos diferentes que necesitan guiar esa integración. En otras palabras, el “territorio del dengue” no debe ser el único considerado en esta compleja acción de integración.



La Política Nacional de Atención Básica es el principal referente para la organización de acciones en este nivel de atención. Sus principios y directrices están estrechamente relacionados con la promoción de la salud. Además, la promoción de la salud es uno de sus componentes.

La composición del cuidado requiere que las iniciativas sean visibles en el proceso de trabajo y en la organización de las acciones.

Una primera estrategia es organizar las iniciativas de promoción de la salud en el marco de la atención, haciéndolas visibles en el proceso de trabajo y seguimiento. Esto puede favorecer transformaciones con potencial positivo en la producción de cuidado a la salud.

En ese sentido, es pertinente prever acciones de promoción de la salud en los instrumentos de práctica asistencial, tales como los protocolos de salud; en el portafolio de servicios de la unidad de salud en la Atención Primaria de Salud; en la formación continua de los profesionales; en las líneas asistenciales con las que se relacionan; y en el perfil de los profesionales a ser contratados para formar equipos de salud.

Los programas que forman APS no son apéndices, son parte del modelo de este nivel de cuidado y atención a la salud de las personas. Cuando no se integran, revelan fragmentación y dispersión del trabajo, además de favorecer estándares independientes de los profesionales, que son débiles para asegurar la integralidad del cuidado y el trabajo colectivo.

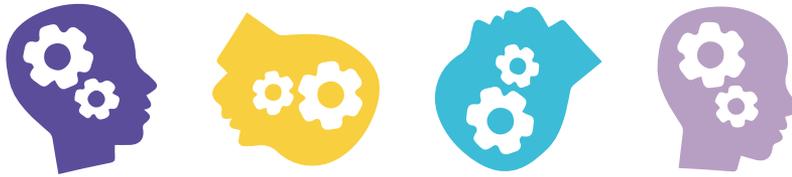
Programas como Salud en la Escuela (PSE) y Academia de Salud deben alimentar el campo de conocimientos y prácticas de salud, enriqueciendo las posibilidades de enfoques y habilidades técnicas de los profesionales de la APS y la Vigilancia de la Salud.

No atrapados en escuelas y polos, el PSE y la Academia de Salud son grandes caminos para construir redes. En el PSE, por ejemplo, el diálogo para acercar la educación debe resignificarse, yendo más allá de los procedimientos y extendiéndose a la preocupación por la garantía de permanencia en la escuela y la continuidad de los estudios lograda con la reducción de la evasión por razones de salud.



en torno a una mayor disponibilidad y acceso a alimentos saludables, y puede conducir a la organización de ferias comunitarias de alimentos orgánicos que, a su vez, pueden resultar en leyes municipales que interfieran positivamente con el acceso de la población a los mismos. ¡Piénsalo!

Hemos llegado al final del capítulo. Ahora que usted sabe lo que caracteriza la promoción de la salud, en su opinión, ¿qué iniciativas y/o estrategias en vigor en el SUS está por delante de esta perspectiva?



¿Se te ocurrió algo? Si es así, ahora piense en lo que llamó su atención en las opciones para considerarlas promoción de la salud.

Continuaremos esta discusión en el próximo capítulo, que aborda los principios de Promoción de la Salud y cómo estos, junto con los ejes previstos en la Política Nacional de Promoción de la Salud, se están estructurando en procesos de fortalecimiento de las acciones de salud para cambios significativos en contextos desfavorables para su pleno desarrollo.

Antes, echa un vistazo al resumen de lo que hemos visto hasta ahora.

Este capítulo abordó el concepto de Promoción de la Salud, su relación orgánica con los determinantes sociales de la salud y las diferencias en la prevención de enfermedades.

Las conclusiones esperadas son:

- La promoción de la salud necesita un concepto ampliado de la salud.
- Hablar de promoción de la salud es abordar los Determinantes Sociales de la Salud. Promover la salud significa provocar cambios positivos en estos determinantes.
- La promoción de la salud está más allá del sector de la salud, pero este debe ser un articulador.
- La promoción de la salud es diferente de la prevención de enfermedades.
- La promoción de la salud es un concepto práctico.

2 PRACTICANDO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

2.1 Oportunidades y Recursos para la Implementación de la Promoción de la Salud

Comencemos esta discusión presentando la publicación más importante del Ministerio de Salud sobre el tema: La Política Nacional de Promoción de la Salud (PNPS).

La PNPS se puso en marcha en 2006 con el objetivo general de promover la equidad y mejorar las condiciones y formas de vida, ampliar el potencial de la salud individual y colectiva y reducir las vulnerabilidades y los riesgos para la salud derivados de los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales (BRASIL, 2006).

El advenimiento de la PNPS trajo a la salud pública el aumento de los estándares relacionados con las ENT, especialmente sus factores de riesgo y protección, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la alimentación saludable y el desarrollo sostenible. Iniciativas como Escuelas Promotoras de Salud, Salud y Prevenciones en las Escuelas, Municipios Saludables, Programa Salud en la Escuela y numerosos proyectos de prácticas corporales y actividades físicas se convirtieron en estrategias en ese momento para fortalecer la promoción de la salud en el País.

En 2014, la PNPS fue revisado para actualizar su contenido frente a los avances y nuevos desafíos para la salud pública y los “compromisos asumidos por el gobierno brasileño” (ROCHA *et al.*, 2014, p. 4315).

La PNPS vigente amplió el alcance de las acciones de promoción de la salud en el sector de la salud, llevaron la educación y la capacitación al centro de discusiones y generó, entre otros elementos, ejes operativos que dialogan con la atención primaria y la vigilancia de la salud de manera integrada, unidos



por el territorio y dinamizados por las Redes de Atención de la Salud (RAS). La estructuración de las acciones de promoción de la salud en el SUS requiere el fortalecimiento de los principios en los ejes operativos.

La Política de Promoción de la Salud presenta ocho temas prioritarios que sirven de agenda para su implementación, que pueden ser ampliados por las entidades federativas de acuerdo con las demandas y desafíos locales que surgen ante el interés de implementar acciones de promoción de la salud.

Los temas abordan la capacitación y la educación continua como una estrategia para fortalecer la acción de los profesionales y administradores de la salud dirigida a promover la salud y el desarrollo sostenible, y los factores de protección contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, la violencia y los accidentes de tránsito, que en conjunto son responsables de casi todas las muertes en el País.

Cabe destacar que, además de la magnitud epidemiológica, los temas fueron definidos considerando las agendas internacionales de las que el País es signatario, la relevancia social y la salud de la población.

Veamos los temas de la PNPS con algunas recomendaciones para su desarrollo en el siguiente mosaico.



Figura 3 – mosaico de temas PNPS con recomendaciones

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA:

Fomentar los alimentos in natura o mínimamente procesados como base de los alimentos; promover medidas fiscales para bajar los precios de los alimentos en la naturaleza y mínimamente procesados y desmotivar el consumo de alimentos ultra procesados; valorar la cultura alimentaria regional; garantizar la alimentación como un derecho.

PRÁCTICAS CORPORALES Y ACTIVIDADES FÍSICAS:

Planificación urbana orientada a la movilidad urbana segura, saludable y sostenible; fomento de prácticas físicas y actividades físicas en el entorno escolar; construcción y recalificación de espacios públicos de ocio; inclusión en acciones de salud del trabajador; inclusión de recomendaciones en acciones y servicios de salud; realización de campañas.

ENFRENTAMIENTO AL USO DEL TABACO Y SUS DERIVADOS:

Aumento de los impuestos sobre los cigarrillos; aumento de la supervisión en puertos, aeropuertos y fronteras para reducir el contrabando; educación sanitaria en la APS y el entorno escolar; plan para sustituir la cultura del tabaquismo por culturas alternativas; difusión de la Ley antitabaco (Ley No.12.546, de 14 de diciembre de 2011); acciones de capacitación con profesionales de los sectores público y privado; oferta de servicios de salud para apoyar el abandono del tabaquismo.

ENFRENTAMIENTO DEL ABUSO DE ALCOHOL Y DE OTRAS DROGAS:

Medidas fiscales para aumentar los precios de las bebidas alcohólicas; regulación de la accesibilidad y disponibilidad física; restricción de anuncios y publicidad; mayor supervisión del cumplimiento de la Ley No.13.106, de 17 de marzo de 2015, por parte de los establecimientos comerciales y de entretenimiento que consumen bebidas alcohólicas.

PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD SEGURA:

Planificación urbana orientada a la construcción de vías de acceso y desplazamiento señalizadas e iluminadas; reducción de la velocidad máxima de los vehículos de motor en las carreteras urbanas y control en las carreteras rurales; desarrollo de acciones para frenar la conducción de vehículos bajo la influencia del alcohol y el uso del teléfono móvil; realización de campañas publicitarias centradas en grupos prioritarios.

PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE PAZ Y DERECHOS HUMANOS:

Formación de la red de prevención y atención a las víctimas de la violencia; organización de servicios de salud para identificar y acoger a las víctimas de la violencia; formación para la notificación responsable; limitaciones del acceso a pesticidas, armas y lugares altos (prevención del suicidio); acciones en las escuelas que involucren a toda la comunidad escolar para prevenir el acoso escolar.

Fuente: Elaboración propia.



Los temas de la PNPS deben operacionalizarse rodeados de los principios y ejes operacionales que se presentan a continuación:

Cuadro 2 – Principios y ejes operativos relacionados para la implementación de acciones de promoción de la salud

Principios de promoción de la salud	Ejes operativos de la PNPS
Equidad, intersectorialidad, empoderamiento, participación social, sostenibilidad, autonomía e integralidad.	Territorialización; articulación y cooperación intra e intersectorial; Redes de Atención a la Salud; Participación y control social; Gestión; Educación y formación; Vigilancia, Monitoreo y Evaluación; Producción y Difusión de conocimiento y saber; Comunicación Social y Medios de Comunicación.

Fuente: Elaboración propia.

Lo que se espera en la aplicación práctica de los temas de la PNPS es que las iniciativas se implementen en torno a los ejes propuestos, es decir, que sean guías desde la elaboración hasta la ejecución.

¿Pero por dónde empezar? Entre los diversos caminos, pensar desde el territorio puede ser una alternativa ventajosa, ya que esa dimensión encierra dinámicas de influencia mutua con la vida de las personas, con los servicios, el proceso de trabajo y el desempeño profesional en salud.

Territorio es claramente un espacio geográfico delimitado. Sin embargo, es un espacio activado por las personas que viven, trabajan o circulan en él. Esto fue traducido por el geógrafo Milton Santos como territorio viviente. En el territorio, la frontera geográfica es importante, pero no debe ser la característica principal, ya que a menudo estos límites son ampliados, reducidos o redibujados por las personas que lo habitan.

Ya la territorialización aplicada a la salud es la “ocupación” del territorio con servicios y acciones ordenadas y organizadas a partir de las demandas de salud mapeadas y conocidas; es decir, es necesario conocer el territorio para realizar la territorialización. Este es uno de los principios que guían la Atención Primaria de Salud, que es el nivel de atención de salud más cercano al sujeto que vive en el territorio. Por lo tanto, se la conoce como la principal puerta de acceso a los servicios de salud.



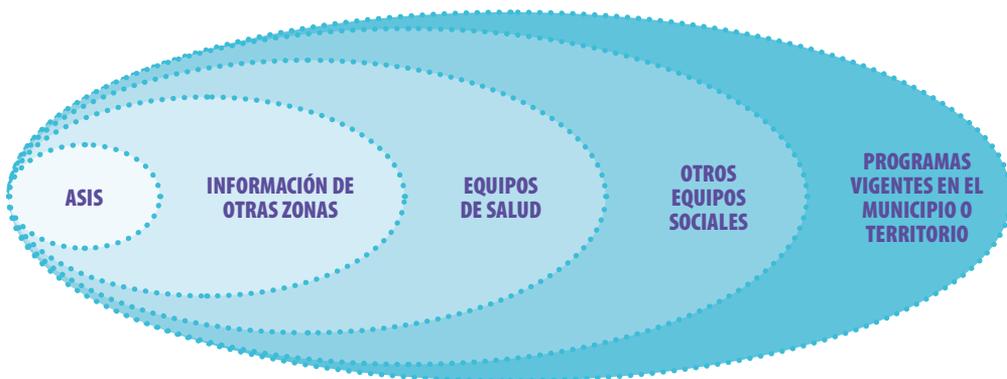
Considerando los DSS, es esencial obtener otra información para conocer más sobre la realidad local.

Además de los equipos de salud, se deben mapear otros equipos sociales, como escuelas, jardines de infantes, Centro Regional de Asistencia Social (Cras), Centro de Referencia especializado de Asistencia Social (Creas), espacios públicos deportivos y de ocio (plazas, parques, plazas o similares) y aquellos que se utilizan para este fin, como calles y campos; espacios religiosos (iglesias, terreros, templos, centros y similares); espacios comunitarios; asociaciones de residentes, Centros Sociales Urbanos; sindicatos; comisarías de policía; entre otros.

Es importante mapear las potencialidades del territorio.

Otra información importante es saber qué programas de salud federales, estatales y municipales y otras áreas relacionadas están vigentes en el municipio o territorio. Esto es fundamental para fortalecer las acciones; aumentar la cobertura; establecer flujos; atraer audiencias que no utilizan comúnmente los servicios de salud de las unidades básicas; cubrir el ciclo vital (niño, adolescente, joven, adulto y anciano); ampliar la difusión de información; y conocer las diversas tecnologías desarrolladas por cada iniciativa que pueden enriquecer el proceso de trabajo individual y colectivo en la lógica de ganancia mutua en la interacción.

Figura 4 – Componentes del proceso de mapeo y conocimiento del territorio desde la perspectiva de la promoción de la salud



Fuente: Elaboración propia.



Territorializar es dimensionar.

En cuanto a las informaciones, es importante reconocer que la vigilancia no es solo prerrogativa de la salud. El levantamiento, el seguimiento y el análisis también se llevan a cabo en otros sectores, pero con diferentes nombres. Por lo tanto, es esencial conocer otra información para componer el perfil del territorio. Por ejemplo: la literatura apunta a la escuela como el lugar con mayor probabilidad de efectividad de acciones de alimentación saludable y actividad física. Así, además de conocer el número de escuelas, es necesario saber cuántas personas están inscritas. Esta misma lógica sirve para mapear a los beneficiarios de programas, pero como la Bolsa Familia y el Beneficio de Prestación Continua, por ejemplo.

El box siguiente muestra las principales direcciones y directrices donde se puede encontrar estas informaciones.



Censo Escolar: se realiza anualmente y presenta, entre otras informaciones, la cantidad de matrículas por municipio en las respectivas unidades y niveles educativos. <http://portal.inep.gov.br/censo-escolar>

Centro Especializado en Población en Situación de Calle (pop Center): tiene información sobre la población en situación de calle.

Centro de Referencia de Asistencia Social (Cras): además de la información sobre las personas sin hogar, pueden informar cuántos son los beneficiarios de los programas Bolsa Familia y el Beneficio de Prestación Continua (BPC).



La ley que creó el programa Bolsa Familia (Ley No. 10.836, de 9 de enero de 2004, art.13) establece que la lista de beneficiarios debe ser de acceso público, con las respectivas cantidades transferidas. Esta divulgación se realiza por medios electrónicos - la relación se puede ver en el sitio web de Caixa Econômica Federal (Caixa) y también en el Portal de Transparencia, responsabilidad del Contralor General de la Unión (CGU). Acceda <http://mds.gov.br/Plone/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/como-funciona/> lista de beneficiarios y averiguar cómo buscar esta información.

Sistema de Gestión del Programa Bolsa Família (PBF) en la Salud: cuenta con información como el número de familias que reciben el PBF; perfil antropométrico (peso y altura) y nutricional de niños menores de 7 años y mujeres acompañadas; acceso de mujeres embarazadas a los servicios prenatales de Atención Primaria; ubicación de las familias en el municipio; población vulnerable (indígena, quilombolas).



En los últimos años, las redes sociales se han convertido en un interés de promoción de la salud por el fuerte potencial mencionado anteriormente, como recursos especiales para ser utilizados para lograr objetivos (MENDES *et al.*, 2013).

La creación de redes requiere tiempo, diálogo y gestión compartida. La intersectorialidad es uno de los ejes operativos de la PNPS y es una condición para la formación de redes.

Contrariamente a lo que muchos creen, la acción intersectorial no significa combinar lo que se hace por separado. No es suma. Es una relación dialéctica que crea algo que pertenece a todos los que lo han hecho. Por lo tanto, presupone esencialmente la horizontalidad de las relaciones, los intercambios de conocimientos y los objetivos comunes.

Se sabe que la práctica intersectorial no es algo natural en la burocracia pública. Por el contrario, la experiencia es la burocracia que actúa como una barrera para la práctica de la intersectorialidad. Además, la conveniencia de las personas en el trabajo monotemático, atrapadas en “cajas” por la burocracia y compensadas con el dominio de un determinado tema, dificulta las propuestas de trabajo intersectoriales. Pero, posiblemente, la resistencia estructural a la intersectorialidad se debe al hecho de que requiere y provoca fuertes cambios en el modelo organizativo y en los procesos de trabajo.

¿En qué medida fomenta o lleva a cabo iniciativas intersectoriales en su trabajo?

La intersectorialidad se ejerce, por ejemplo, en políticas o programas que abordan temas complejos, como el hambre, la pobreza, la violencia y los siniestros, las enfermedades crónicas no transmisibles, las drogas, la evasión y el abandono escolar, entre otros.

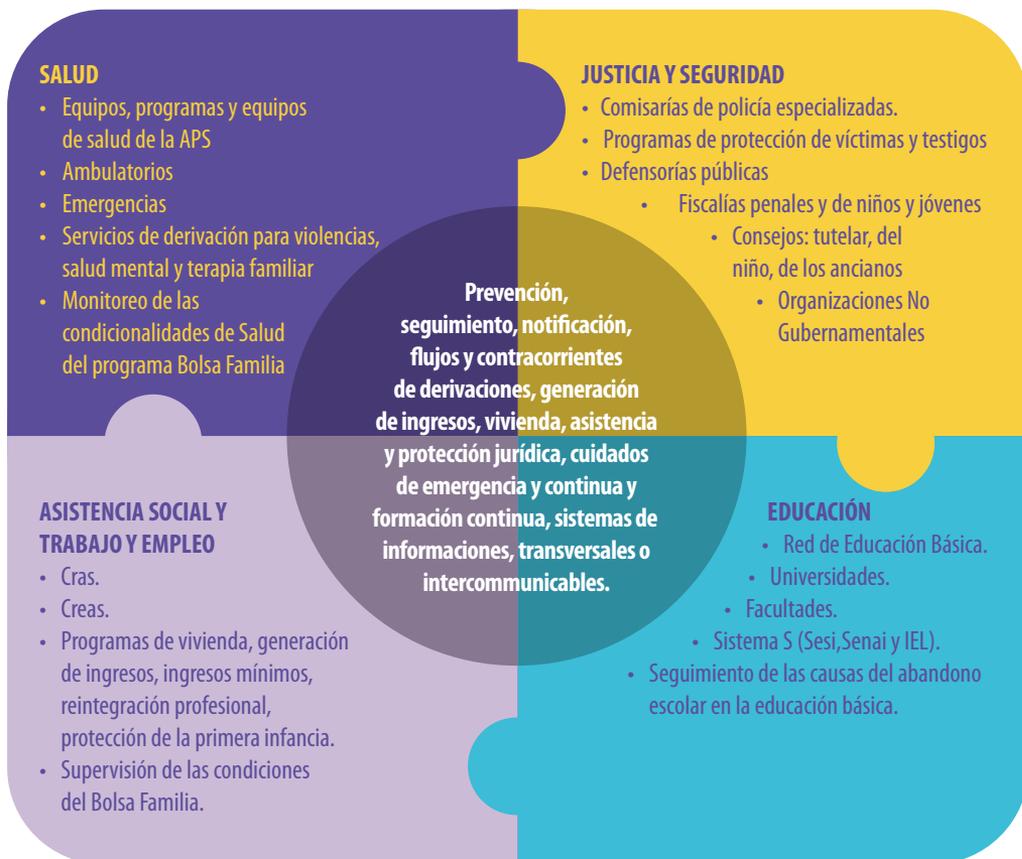
Es un hecho que la salud es una de las áreas más buscadas para desarrollarla. Son numerosos los ejemplos que desmontan la máxima de que “hacer con el otro” es algo que no impide la singularidad de la zona. Por el contrario, agregan nuevos conocimientos y prácticas que fortalecen la construcción de acciones de salud.



Tomemos la violencia como ejemplo. Estructurar una iniciativa intersectorial para enfrentar situaciones de violencia implica construir una red de apoyo que abarque la atención de la salud, la seguridad, la protección jurídica, la asistencia, el trabajo y la educación. Debería prever la articulación entre los puntos de atención mediante sistemas logísticos, de apoyo y de gobernanza.

La Figura 5 muestra las intersecciones necesarias, permeadas por los sistemas que promueven la intercomunicación de puntos y el refuerzo de objetivos comunes.

Figura 5 – Estructuras e intersecciones para el montaje de una red de protección y atención a víctimas de violencia en el contexto de la gestión pública



Fuente: Elaboración propia, actualizada em 2019.



En el contexto de las ciudades, esta discusión llega con las ciudades inteligentes (*smart cities*), que abogan por el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para mejorar la vida de los ciudadanos.

De acuerdo con el *Cities in Motion Index*, desde la Escuela de Negocios de Navarra, en España (UNIVERSITY OF NAVARRA, 2019), las ciudades inteligentes tienen componentes vinculados a los siguientes aspectos:

Capital humano – Vinculado a la valoración de las personas para la innovación, la capacidad de atraer y retener talento, llevar a cabo la construcción de planes para mejorar la educación, fomentar el desarrollo de la investigación y construir nuevos conocimientos.

Cohesión social – Es una dimensión sociológica de las ciudades que retrata el grado de consenso de los grupos sociales o el sentimiento de pertenencia a proyectos y objetivos comunes. Es la interacción social fomentada por la gestión de la ciudad.

Economía – Involucra todos los elementos vinculados al desarrollo económico del territorio: planes económicos, Investigación Industrial, Innovación, fomento de iniciativas empresariales, agricultura local (grandes y pequeños productores).

Desarrollo – La palabra que acompaña este aspecto de las Ciudades Integradas es sostenible. Planes para reducir la contaminación del aire, preservar y aumentar las áreas verdes, edificios sostenibles, jardines urbanos, fomentar el transporte activo, saludable y sostenible, invertir en energías alternativas, uso racional del agua, preservación de los ríos, correcta eliminación de residuos (fin de vertederos de residuos), entre otros.

Movilidad y transporte – Se trata de la facilidad de moverse y acceder con agilidad y seguridad a lugares de interés y servicios públicos. Se ocupa de los planes de infraestructura, con la construcción de carreteras de acceso, el aumento de la cantidad y la mejora de la calidad del transporte público no contaminante.

Planificación urbana – Componente directamente vinculado a la sostenibilidad. Uno debe estar atento al plan para la ciudad y asegurar áreas verdes, espacios para el uso público y la expansión planificada de la ciudad. En Brasil, los Planes Directores de las Ciudades son la principal herramienta para discutir este componente.



Alcance internacional – Se refiere a la implementación de iniciativas que no son referencias al mundo. Ciudades conocidas por su arquitectura sustentable, sistema de movilidad urbana, ecoturismo, entre otros.

Tecnología – Se trata de desarrollo tecnológico para mejorar la vida de las personas. La tecnología debe permitir el desarrollo y la sostenibilidad de otros aspectos en beneficio del colectivo y aumentar la competitividad de la ciudad a nivel local, nacional y mundial. Una acción inicial es la inclusión digital de los ciudadanos.

Governança – Este componente se refiere a la capacidad del gobierno para promover la participación de los ciudadanos en el monitoreo y las decisiones, así como para poder articularse con los actores sociales para el desarrollo de políticas. La gobernanza, en el contexto de las tecnologías, requiere una gran transparencia por parte de los gobiernos (*accountability*) con disponibilidad de procesos en fase de planificación, avance o finalizados, decisiones planificadas o tomadas, uso de recursos públicos y garantía de participación ciudadana, desde la emisión de opinión hasta la solicitud formal de información sobre la acción pública.

En la lógica de las redes, la gobernanza a través de las tecnologías se denomina e-gobernanza (gobernanza electrónica), que permite a los ciudadanos participar a través de Internet (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2015).

¿LO SABÍAS?

En 2011, el gobierno federal creó la Ley N° 12.527, de Acceso a la Información (LAI), que regulaba el derecho constitucional de acceso a la información pública. La Ley se aplica a los tres Poderes de la Unión, los estados, el Distrito Federal, los municipios y los Tribunales de Cuenta y el Ministerio Público. Las entidades privadas sin fines de lucro también están obligadas a dar publicidad a la información relativa a la recepción y asignación de los recursos públicos que reciben (LIBARDONI, 2000).

Acceda <http://www.acessoainformacao.gov.br/> y obtenga más información sobre LAI y cómo solicitar informaciones.

El concepto de ciudades inteligentes es la representación actual de cómo los aspectos estructurales son fundamentales para cambios cuyos objetivos son de amplio alcance, dirigidos a grandes colectivos y dirigidos a resultados duraderos.



El *advocacy* las políticas públicas, que es nuestro recorte de discusión, debe estar dirigido a lo colectivo. Busca elevar la idea, cuestión o propuesta al más alto nivel de decisión, incluyéndola en agendas y agendas políticas importantes. Para ello, además de la excelente información proporcionada por una Asis ampliada, es fundamental que se agreguen experiencias con éxito comprobado, informaciones técnicas y científicas.

Otro elemento central que fortalece el proceso de *advocacy* son los actores sociales, ya comentados aquí cuando hablamos de redes. De hecho, la creación de redes es esencial en este proceso. Las personas que harán el *advocacy* necesitan el apoyo de uno o más grupos de interés en la agenda; de lo contrario, corren un grave riesgo de fracaso. Convencer, en este enfoque, no puede ser una tarea solitaria.

En este contexto, la acción de *advocacy* tiene una línea de construcción probada y utilizada con éxito en el mundo para guiar varios temas en las agendas locales, regionales, nacionales y mundiales (ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO, [201-]).

¡Vamos a conocer!

1. Defina el problema o la cuestión. ¿Qué quieres modificar y por qué? El problema debe alinearse con los objetivos y la misión del sector fuente. Esto aumenta las posibilidades de adhesión interna y apoyo a la iniciativa.
2. Establezca los objetivos y las metas deseables con argumentación. ¿A dónde quieres ir? ¿Cuáles son los puntos centrales en los que la pregunta elegida debe avanzar? ¿Cuál es el plazo para cumplir con los objetivos establecidos?
3. Reunir datos e información sobre el problema o tema – experiencias en otros municipios o incluso países; investigación de opinión, evidencia científica, historias de éxito probadas, documentales.
4. Conocer los contextos políticos locales, estatales y nacionales, especialmente si los objetivos incluyen la elaboración y publicación de una ley. Conocer los planes del gobierno e identificar si ya existe alguna directriz o acción cercana al problema o asunto planteado.
5. Identificar las audiencias de la acción argumental para la promoción de la salud. Los actores sociales son instituciones, grupos o personas clave para convencerse de la agenda y con mayor potencial para ponerla en primer plano en los espacios de toma de decisiones y fortalecerla con la población.



2.1.5 Formación en promoción de la salud: contribuciones de la Educación Permanente en Salud

La formación de profesionales insertados en el SUS y la integración enseñanza-servicio con instituciones de formación profesional para el sector de la salud tienen como orientación principal la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (Pneps) publicada en 2007, reeditada en la Ordenanza de Consolidación N° 2, Anexo XL, Capítulo I (BRASIL, 2017).

Educación Permanente en Salud (EPS) es aprendizaje-trabajo, es decir, tiene lugar en la vida cotidiana de las personas y las organizaciones. Se hace a partir de los problemas enfrentados en la realidad y tiene en cuenta los conocimientos y experiencias que las personas ya tienen. Propone que los procesos de formación de los trabajadores de la salud se hagan a partir de la problematización del proceso de trabajo, y considera que las necesidades de formación y desarrollo de los trabajadores se guían por las necesidades de salud de las personas y poblaciones (CECCIM; FERLA, 2009; BRASIL, 2017).

Los procesos de Educación Permanente en Salud tienen como objetivos la transformación de las prácticas profesionales y la propia organización del trabajo.

La comprensión de la educación continua en la Pneps aborda todas las posibilidades de actualización; la formación en el servicio, para el trabajo; el control social, para las redes; además de abarcar la construcción de subjetividades y el aprendizaje significativo para responder a la complejidad del trabajo en salud. Esta ampliación de la comprensión es característica del sector de la Salud, que sistematizó y construyó el conocimiento para denominarlo Educación Permanente en Salud.

Más que una nueva terminología, la Educación Permanente en Salud tiene elementos a ser considerados en su implementación, tales como: la formación y experiencia de los sujetos; la articulación entre enseñanza-aprendizaje; la interacción con el trabajo para su transformación; el contexto y su interacción con la producción de salud; y la capacidad de responder a los problemas de salud desde la comprensión y apropiación de su génesis (CECCIM, 2005).



La promoción de la salud puede ser el principal núcleo de convergencia de los diversos sectores, gubernamentales o no, para orientar los cambios estructurales que repercuten positivamente en la vida de las poblaciones. Imagine el área de infraestructura contextualizar su planificación en la perspectiva de la promoción de la salud. Ciertamente, las acciones de iluminación, poda de árboles y repavimentación de carreteras, por ejemplo, apuntarían a un proyecto de ciudad limpio, seguro y posible para moverse de una manera activa, segura y no contaminante. Del mismo modo, para la educación, incluir a los equipos de salud de la APS en su planificación y ampliar sus indicadores para “reducir la deserción por motivos de salud” o asegurar la salud como contenido curricular, y no como acciones puntuales en las escuelas.

En salud, la promoción de la salud debe guiar la estructuración de procesos y cuidados. Esto implica, entre otras cosas, cambios en los procesos de trabajo, metas y formas de concebir el cuidado. En la planificación, debe haber espacio para la construcción de redes, con reuniones intersectoriales, incluyendo la comunidad.

Para ello, es necesario cambiar de enfoque, tales como: del sujeto aislado a él y su familia o referencias de apoyo; de la enfermedad al proceso de la enfermedad; de la consulta para construir un vínculo; de los núcleos de conocimiento profesional a los campos de conocimiento y prácticas en salud; de los problemas a los potenciales.

¿Hay espacio para estos cambios en la práctica diaria de hacer salud?

Independientemente de la respuesta, es un hecho que la salud necesita prepararse para comprender, identificar y contribuir a la resolución de problemas complejos que se construyen a partir de las contradicciones de la sociedad moderna. Estas contradicciones cambiaron el perfil de la enfermedad (transición epidemiológica), imprimieron una vida social desfavorable a una alimentación adecuada y saludable (transición alimentaria y nutricional) y al tiempo libre (aumento de la inactividad física), además de construir un perfil de mortalidad con una fuerte presencia de violencia y accidentes, especialmente de tráfico, al tiempo que hacen que las personas vivan más tiempo, pero no necesariamente mejor.



Las contradicciones producen iniquidades - que son factores injustos pero evitables - que persisten en la producción de desigualdades sociales. Estas desigualdades tienen un fuerte impacto en las condiciones de salud de las personas. La equidad sería lo contrario y buscaría garantizar en forma, cantidad y medios lo que es adecuado para ciertas necesidades. No es ofrecer lo mismo a todos, es adaptar la oferta según la necesidad. En este sentido, es diferente de la igualdad. Veamos las Figuras 6.

Figura 6 – Igualdad y equidad



Fuente: Adaptada de Canadá 2015.

La figura de la izquierda muestra la igualdad de acceso al objeto – una caja - para ver el partido de béisbol. En este caso, la solución no resolvió la necesidad de todos. La figura en el centro trae el mismo objeto distribuido adecuadamente a las necesidades para que todos puedan ver el juego.

La tira cómica sobre igualdad y equidad ganó una tercera figura, a la derecha, que trae la equidad representada por la eliminación de barreras.

La reducción de las inequidades y la garantía de la equidad es el papel del Estado a través de mecanismos que garanticen los derechos, aumenten las oportunidades para quienes los necesitan (políticas directas) y ofrezcan servicios públicos con amplio acceso y calidad.

Desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, existe una cuarta figura en el cómic que demuestra la inclusión de los tres sujetos en las gradas para que puedan participar en el juego del lugar apropiado.



Figura 7 – Objetivos de Desarrollo Sostenible



Fuente: <https://nacoesunidas.org/pos2015/>

Para la gestión de los ODS en el municipio o en el estado, existe una recomendación para la formación de comisiones para asegurar el desarrollo de actividades relacionadas con la implementación de la Agenda 2030.

Los siguientes son algunos pasos para la organización local o regional de la gobernanza de la Agenda 2030 de los ODS:

Identificación de las áreas técnicas de Salud y otros sectores gubernamentales relacionados con los ODS y que conformarán la Comisión Local de monitoreo.

Realizar un anuncio público o convocatoria de selección de entidades (universidades, institutos de investigación, etc.) y las organizaciones de la sociedad civil (consejos de política, asociaciones, organizaciones no gubernamentales) interesadas en la composición de la comisión.

Publicación del acto normativo por el que se establece la Comisión Local.

Selección y adaptación de metas e indicadores nacionales a la realidad local.

Incluir y acordar las metas de los ODS en la planificación (PPA) y el presupuesto.

Mapear las políticas públicas relacionadas con los objetivos de los ODS.

Definir las responsabilidades, los flujos, la periodicidad del envío de las informaciones que serán monitoreadas.

Discutir y analizar los indicadores y proponer recomendaciones para los sectores responsables de implementar las políticas relacionadas.



Ante la imposibilidad o demora en establecer una comisión específica para los ODS, se recomienda incluir la discusión y el monitoreo en espacios de gobernanza ya establecidos. Los espacios de gobierno están previstos por ordenanzas nacionales, estatales y locales. Desde la perspectiva de construir redes y vincular los objetivos, se recomienda mapear estos espacios y dialogar para guiar los ODS.

Obtenga más información sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible accediendo a: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>

Terminamos el segundo capítulo con algunos puntos del contenido resumidos a continuación:

- La PNPS es uno de los principales recursos legales para la promoción de la salud en el SUS.
- La promoción de la salud debe ser fortalecida como componente de la atención, tanto en la APS como en la Vigilancia de la Salud.
- Las acciones de promoción de la salud deben hacer uso de estrategias con capacidad para trabajar las complejidades inherentes a los procesos que implican enfrentar los Determinantes Sociales de la Salud.
- La intersectorialidad es una condición para que la acción de promoción de la salud alcance todo su potencial.
- Las redes son procesos organizativos contrarios a la organización piramidal, que promueven la participación, la gobernanza y, por naturaleza, requieren un contexto democrático.
- Salud en Todas las Políticas es un refuerzo de la construcción de campos de convergencia entre políticas para apalancar acciones que, incluso coordinadas sectorialmente, tienen su alcance ampliado para mejorar la calidad de vida de la población.
- La Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es una oportunidad para retomar y fortalecer la promoción de la salud en sus aspectos más amplios, de los macro-determinantes.

3 CRONOLOGÍA: HISTORIA Y MEMORIA INSTITUCIONAL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Contar una historia es una de las acciones humanas más antiguas. Dibujadas, habladas, escritas o traducidas al cine; mundiales, nacionales o locales, las historias nos siguen de por vida. Por lo general, nos inspiran con cuidado, recuerdos y sueños. En esencia, nos enseñan.

Este capítulo presenta hechos que marcaron uno de los relatos más interesantes en la construcción de la salud colectiva: el de la promoción de la salud.

Organizados cronológicamente, por año, los eventos que conformaron la línea de tiempo aquí presentada representan los hitos directa e indirectamente vinculados a la promoción de la salud en el mundo y en Brasil. Incluye eventos, reuniones y acuerdos internacionales, así como políticas, programas y medidas gubernamentales adoptadas para fortalecer su salud.

Lejos de resumir la historia construida hasta ahora, pero cerca del compromiso de crear una memoria institucional, la línea de tiempo busca mostrar cómo los eventos, incluso separados por décadas, se entrelazaron para proporcionar el avance de la promoción de la salud en el mundo y a nivel nacional. Cada uno con su importancia, relacionados como causa y consecuencia, como Eco o aparentemente desconectado, los mosaicos dibujados en el tiempo representan el protagonismo, el esfuerzo y la ideología de personas y grupos que respondieron al “espíritu de su tiempo”.

Le deseamos una buena reviva de esta historia.



3.1 Cronología de la Promoción de la Salud

Década de 1970:

- Brasil: el Movimiento de Salud propuso y orientó, desde el concepto ampliado de salud, cambios en el área que culminaron en la 8a Conferencia Nacional de Salud.

1974:

- El gobierno Canadiense lanzó el documento “A new perspective on the health of Canadians” (“Una nueva perspectiva de la salud de canadienses”), que se conoció como el Informe Lalonde. Propuso que la salud podría clasificarse en cuatro elementos generales: biología, medio ambiente, estilo de vida y organización del cuidado de la salud.

1976:

- Sérgio Arouca presenta la tesis El dilema preventiva - contribución a la comprensión y crítica de la medicina preventiva.
- Creado el Centro Brasileño de Estudios de Salud (Cebes).

1977:

- 30ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzó el Movimiento “Salud para Todos en el Año 2000”.

1978:

- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata y lanzamiento del objetivo “Salud para todos en el año 2000”.

1979:

- Creada la Asociación Brasileña de Estudios de Postgrado en Salud Colectiva (Abrasco).



1984:

- Movimiento de las Ciudades Sustentables, Canadá. Congreso Más Allá de la Asistencia de la Salud.

1986:

- 1ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá. Lanzamiento de la Carta de Ottawa, el documento más famoso sobre la promoción de la salud.
- 8ª Conferencia Nacional de Salud, Brasil.

1988:

- 2ª Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud, Adelaide, Australia. Reafirma las cinco líneas de acción de la Carta de Ottawa.
- Constitución Federal del Brasil (BRASIL, 1988, art. 196):

La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado a través de políticas sociales y económicas dirigidas a reducir el riesgo de enfermedades y otras enfermedades y el acceso universal e igualitario a acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.

1991:

- 3ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Sundsvall, Suecia - Inclusión del tema Salud y Medio Ambiente en la agenda de salud.

1992:

- Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (ECO 92), Brasil - Interface de ambientes de apoyo a la promoción de la salud.
- 9ª Conferencia Nacional de Salud con el tema “La municipalización es el camino”.
- Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud, Colombia - Trata de la Promoción de la Salud en América Latina y lanza la Carta de Bogotá.



1993:

- La Primera Conferencia de Promoción de la Salud en el Caribe, celebrada en Port of Spain Trinidad y Tobago, se centró en el bienestar de la población del Caribe.

1995:

- Congreso del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (Conasems) – Elaboración de la Carta de Fortaleza, documento que expresaba el interés de los secretarios municipales de salud en propuestas de promoción de la salud.

1997:

- 4ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Yakarta, Indonesia – “Nuevos Protagonistas para una Nueva Era: Orientación de la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI”. Inclusión del sector privado en el apoyo a la promoción de la salud.

1998:

- 10ª Conferencia Nacional de Salud - el tema “Atención Integral de la Salud” se incorpora en el conjunto de deliberaciones.
- 1º Encuentro de Municipios Saludables, en Sobral, Ceará. Articulación de una red brasileña de ciudades y municipios saludables de Conasems.
- Proyecto – Programa de Naciones Unidas – Promoción de la Salud, un nuevo modelo de atención.

1999:

- Comisión Nacional para el Control del Consumo de Tabaco del Ministerio de Salud.
- Política Nacional de Alimentación y Nutrición.



2000:

- 11ª Conferencia Nacional de Salud – Destacando los determinantes sociales de la salud en el SUS.
- I Taller de Promoción da Saúde no SUS, Brasil, Ministerio de la Salud y Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud.
- 5ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, México – Enfoque en equidad.
- La Organización de las Naciones Unidas (ONU) lanzan ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, con el apoyo de 191 naciones, que se alcanzarán hasta 2015.

2001:

- Política Nacional para la Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencias (Ordenanza GM/MS N° 737, de 16 de mayo de 2001).

2002:

- Proyecto de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes de Tránsito es implementado en Brasil.
- Documento preliminar de la Política Nacional de Promoción de la Salud - Considerado la primera iniciativa en el ámbito federal de propuesta oficial de política de Promoción de la Salud.
- Creación del Grupo Temático sobre Promoción de la Salud y Desarrollo Sostenible de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (GT PS/Abrasco).

2003:

- Convención-Cuadro de la OMS para el Control del Tabaco - Tratado Internacional de Salud Pública dirigido por la OMS para reducir la epidemia mundial de tabaquismo.
- Publicación de la Política Nacional de Humanización del Sistema Único de Salud (PNH).



2004:

- Implantación de la Red Nacional de Nucleos de Prevención de Violencias y Promoción de la Salud (Ordenanza GM/MS N° 936, de 19 de mayo).
- 12a Conferencia Nacional de Salud, con el tema “Salud: un derecho de todos y un deber del Estado. La salud que tenemos; el SUS que queremos”.
- La Organización Mundial de la Salud lanza la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud.

2005:

- 6° Conferencia de Promoción de la Salud Global, Bangkok, Tailandia.
- Institución del Comité de Gestión de la Política Nacional de Promoción de la Salud (ordenanza GM/MS N° 1.190, de 14 de julio).
- Agenda Nacional de Violencia, Prevención y Control de Accidentes y Violencias (2005 a 2008).
- Ordenanza MS N. ° 2.608, de 28 de diciembre-Descentraliza recursos para que las 27 capitales, Estados y el Distrito Federal desarrollen acciones para prevenir el tabaquismo y promover la alimentación saludable y la actividad física, en línea con la Estrategia Global de la OMS sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud de la OMS.

2006:

- El Ministerio de Salud pone en marcha la Política Nacional de Promoción de la Salud.
- 1° Seminario Nacional de Promoción de la Salud y Brasil Saludable.
- 1° Convocatoria de financiamiento de la Red Nacional de Promoción de la Salud, integrada por las Secretarías Estatales de Salud (SES) y las Secretarías Municipales de Salud (SMS), con participación de 132 estados y municipios.
- Creación de la Comisión Nacional de Determinantes Sociales en Salud.
- Se lanzó el Pacto por la Vida, En Defensa del SUS y de la Gestión, con la promoción de la Salud entre las prioridades.



2007:

- Creación de la línea presupuestaria de promoción de la salud en el gobierno federal.
- Se promulgó el Decreto No. 6.286, de 5 de diciembre, por el que se estableció el Programa de Salud Escolar (PSE) en los ministerios de Salud y Educación.

2008:

- 13ª Conferencia Nacional de Salud con el tema “Salud y calidad de vida: políticas de Estado y desarrollo”.
- Conmemoración del Día Mundial de la Salud y la Actividad Física por parte del Ministerio de Salud.
- Liberada la Ordenanza N° 79, de 23 de septiembre, que se descentralizó recursos para acciones de promoción de la salud a 523 entidades federadas.
- Publicación de la Política Nacional de Vigilancia Sanitaria mediante Resolución No. 588 del 12 de julio de 2018.

2009:

- El Ministerio de Salud lanza el Plan Nacional de Actividad Física.
- Plan de Emergencia de Ampliación del Acceso al tratamiento y la Prevención del Alcohol y otras Drogas (Pead 2009-2010).
- 7ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Nairobi, Kenia.
- Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre los determinantes sociales de la Salud y la igualdad en la salud.

2010:

- Reunión internacional de Salud en Todas las Políticas, Declaración de Adelaida, Australia: en el Camino hacia la Gobernanza Compartida para la Salud y el Bienestar.
- Inicio del proyecto Vida no Tránsito, una alianza entre el Ministerio de Salud y la OMS.



2011:

- Conferencia Mundial de Determinantes Sociales de la Salud, Brasil.
- Decreto N° 7.508, de 28 de junio, expresa en el artículo 3° que:

El SUS está constituido por la conjugación de acciones y servicios de Protección y recuperación de la Salud, ejecutados por las entidades federativas, directa o indirectamente, a través de la participación complementaria de la iniciativa privada, siendo organizados de manera racionalizada y jerárquica.

- Plan de Acciones Estratégicas para hacer frente a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DCNT) en Brasil, 2011-2022.
- Programa Academia de Salud (Ordenanza GM/MS N° 719, de 7 de abril).
- Término de Compromiso del Ministerio de Salud y empresas alimentarias para reducir el contenido de sodio en los alimentos procesados en Brasil.

2012:

- Río + 20 - Cumbre de los Pueblos, Cumbre de Alcaldes.

2013:

- 8ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Finlandia, "Salud en todas las políticas".
- Publicación de la Ordenanza N° 2761, de 19 de noviembre de 2013, por la que se instituyó la Política Nacional de Educación Popular en materia de salud dentro del Sistema Único de Salud (Pneps-SUS).

2014:

- Nueva Política Nacional de Promoción de la Salud (Ordenanza GM/MS N.° 2.446, de 11 de noviembre). Introducción de valores, principios, directrices y competencias de las tres esferas de gestión para su implementación.
- Lanzamiento de la Estrategia Intersectorial para la Prevención y Control de la Obesidad.



2015:

- Lanzada la Agenda 2030 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).
- Los ministerios de Salud y Deportes lanzan la segunda edición del Plan Nacional de Actividad Física.

2016:

- 22ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Curitiba, Brasil, con el tema “Promoción de la Salud y la equidad”.

2017:

- 9ª Conferencia de Promoción de la Salud Global, Shanghai. Analiza los principios de la Carta de Ottawa y lanza la Declaración de Shanghai.

2018:

- Conferencia Global de Atención Primaria de la Salud, Astana, Kazajstán.
- Término de Compromiso entre el Ministerio de Salud, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa) y las Asociaciones de la Industria Alimentaria para el establecimiento de metas nacionales para la reducción del contenido de azúcar en los alimentos industrializados.
- La Oms lanza el Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física y Salud, 2018-2030.

2019:

- Publicación del Informe de la 164ª Sesión del Comité Ejecutivo de la OMS – Estrategia y plan de acción para la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2019-2030.
- Creación del Departamento de Promoción de la Salud en la Secretaría de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

REFERÊNCIAS

ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO. Promoção da Saúde. **Advocacy**. São Paulo: ACT, [201-]. Disponível em: <https://actbr.org.br/advocacy>. Acesso el: 2 jun. 2020.

AVELAR, M. R.; MALFITANO, A. P. S. Entre o suporte e o controle: a articulação intersetorial de redes de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3201-3210, 2018.

BENELLI, S. J. A construção de redes sociais: entre a conexão e a captura na gestão dos riscos sociais. *In*: BENELLI, S. J. **O atendimento socioassistencial para crianças e adolescentes**: perspectivas contemporâneas. São Paulo: Ed. UNESP, 2016. p. 263-315.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso el: 2 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso el: 2 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXL. Acesso el: 2 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf. Acesso el: 2 jun. 2020.



BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Asis - Análise de Situação de Saúde**. Brasília, DF: MS, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf. Acesso em: 2 jun. 2020.

CANADÁ. City for All Women Initiative. **Equity and Inclusion Lens Handbook: A Resource for Community Agencies**. Ottawa: CAWI, 2015. Disponível em: www.cawi-ivtf.org/sites/default/files/publications/ei-lens-community-agencies-2015-es.pdf. Acesso em: 2 jun. 2020.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-177, set./2004 fev./2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação permanente em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, © 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 2 jun. 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Modernização da gestão: E-governança nos municípios brasileiros**. Brasília, DF: CNM, 2015. 68 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 588, de 12 de junho de 2018**. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília, DF: CNS, 2018. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/subidas/2019/02/Reso588.pdf>. Acesso em 23 jun. 2020.

COSTA, M. V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 14-27.

COUTINHO, S. S. *et al.* Discutindo os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças. **FIEP Bulletin**, [s. l.], v. 83, n. especial, p. 1-7, 2013.



CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-710, 1999. Disponible en: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>. Acceso el: 2 jun. 2020.

LIBARDONI, M. Fundamentos teóricos e visão estratégica da Advocacy. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2000. Disponible en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11936/11202>. Acceso el: 2 jun. 2020.

MENDES, R. *et al.* Promoção da saúde e redes de lideranças. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 209-226, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde**: todos pela equidade. Rio de Janeiro: OMS, 2011. 56 p. Disponible en: https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf?ua=1. Acceso el: 2 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Adelaide sobre a saúde em todas as políticas**: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. Genebra: OMS, 2010. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf. Acceso el: 2 jun. 2020.

ROCHA, D. G. *et al.* Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014.

SANTOS, S. M. *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: World Health Organization, 2010. (Social Determinants of Health Discussion Paper 2).



TAVARES, M. F. L. *et al.* A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, 2016.

UNIVERSITY OF NAVARRA. **IESE Cities in motion index**. Espanha: IESE Bussines School, 2019. Disponible en: <https://media.iese.edu/research/pdfs/ST-0509-E.pdf>. Acceso el: 2 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter for Health Promotion**. [Geneva]: WHO, 1986.

Cuéntanos lo que piensas de esta publicación.
Haga **clic aquí** y responda la encuesta

Biblioteca Virtual de Salud del Ministerio de Salud de Brasil
bvsms.saude.gov.br



MINISTERIO DE
SALUD

**Gobierno
de Brasil**