

La salud como patrimonio público

María del Rosario Olarte¹

Resumen

La salud hace parte de los bienes intangibles de los estados democráticos actuales, debe ser administrada por todo el pueblo y cada sujeto debe aportar a la construcción del sistema sanitario para que pueda mantener y recuperar el buen estado físico y mental de la población. Las políticas públicas son una forma de construcción participativa de soluciones de problemas o de alcanzar metas por parte del Estado; deben involucrar a la mayor parte de los sectores de la población para que se dé el empoderamiento social y sean los mismos sujetos, según su rol, quienes controlen la marcha de la sociedad. Si esto sucede, en el ámbito sanitario, el pueblo asumiría la responsabilidad social de crear sistemas sociales acordes a sus necesidades y condiciones de vida que son diferentes para cada sector poblacional. En el departamento de Caldas-Colombia, se ha creado una estrategia de salud orientada en centros de atención social, ellos son espacios comunitarios donde se desarrollan actividades interdisciplinarias benéficas para la salud, enfocadas en estrategias de atención primaria social para evitar situaciones de vida que pueden ser nocivas para el sujeto.

Palabras clave: política pública, comunicación, participación, responsabilidad social.

Health as public heritage

Abstract

Health is part of the intangible assets of the current democratic states. All the people must administer it, and each subject must contribute to the health system's construction to maintain and recover the right physical and mental state of the population. Public policies are a form of participatory design of problem solutions or of achieving goals by the government. They must involve the majority of the population sectors so that social empowerment takes place. It is the same subjects, according to their role, who control society's progress. If this happened, the people would assume their social responsibility in the health field to create institutions according to their needs and living conditions that are different for each population sector. In the department of Caldas, Colombia, a health strategy aimed at social care centers has been created. It consists of community spaces where interdisciplinary activities beneficial to health are developed, focused on primary social care strategies to avoid life situations that can be harmful to the subject.

Key words: public policy, communication, participation, social responsibility.

¹ Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Universidad de Manizales-Cinde. Manizales, Colombia. E-mail: sasayo@hotmail.com  0000-0003-0449-1583. **Google Scholar**

Introducción

Este artículo se estructura en cinco apartados: en primer lugar, se hace una explicación de la democracia como forma política de la administración de los *Estados* modernos; en un segundo momento, se expone la categoría de participación como elemento indispensable para que pueda existir la democracia; posteriormente, se explica el empoderamiento como la capacidad que tiene el pueblo, consiente de sus deberes y derechos, para afectar de forma positiva el sistema sanitario según su rol; a continuación, se habla de la responsabilidad social como ese ejercicio que debe desarrollar la sociedad para construir el Estado que desea según sus necesidades e intereses; y para finalizar, a modo de cierre se plantea una alternativa de cómo alcanzar la tesis central planteada en el artículo de forma colectiva.

Materiales y métodos

El texto parte de una revisión de artículos académicos, desarrollada durante el primer trimestre de 2019, y publicados en diferentes revistas científicas indexadas en bases de datos de las áreas de las ciencias de la salud y ciencias sociales y humanas que en sus palabras claves tuvieran: política pública, sanidad y comunicación, y que se publicaron entre el 2015 y el 2019. Por otro lado, se hizo una revisión de políticas públicas sanitarias colombianas vigentes y documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) donde explícitamente se tocará la categoría de comunicación. El fin de esta búsqueda documental fue comprender cómo los tres elementos planteados, a nivel teóricos científico y político, son importantes actualmente para argumentar la tesis central de este escrito: *la salud en Colombia necesita un cambio en su gestión para que adquiera valor como bien público*.

En total se recopilaron 72 textos, a los que se les aplicó como metodología de estudio el análisis

crítico de discurso (ACD). El ACD posibilita estudiar el lenguaje como practica social y argumentar como se configura un determinado fenómeno, en este caso, el expuesto en la tesis central. Del total de los textos se extrajeron 207 fragmentos, que conforman el 100% de la muestra, y cada uno de ellos hace referencia a una de las tres categorías mencionadas y que son claves para la configuración del fenómeno a estudiar. Una vez recopilados los trozos de los discursos, a cada uno se le hizo un análisis crítico para interpretar el significado de su contenido, esto permitió la emergencia de tres nuevas categorías implícitas en los textos: participación, empoderamiento y responsabilidad social que se desarrollan a lo largo del artículo y exponen una posible forma de elevar la salud a un bien público.

Gregario

“Dicho de una persona: que, junto con otras, sigue ciegamente las ideas o iniciativas ajenas” (1).

Según Aristóteles el hombre es un animal político (2), lo cual le implica pertenecer a una comunidad, una cultura, un momento histórico y unas formas de *tekné* que estructuran *todo* a su alrededor. El *todo* es el Estado, y el arte de cuidarlo y cultivarlo es la política, ella como todas las artes, requiere entendimiento y conocimiento para que la *obra* sea lo más armónica posible. Los elementos que constituyen el Estado, en principio, son el pueblo, el territorio y el poder, y la forma de articularlos para el bien común es la política que cada uno de los estados decide.

La democracia es una de las formas de gestión política de Estado propuesta por Aristóteles y la que él más valora (2, 3) en ella las ideas o iniciativas son las estrategias esenciales para equilibrar la libertad y la equidad social y el poder puede ser ejercido por la población de forma directa o a través de unos representantes elegidos para desempeñar roles públicos bajo directrices ideológicas y políticas de antemano acordadas.

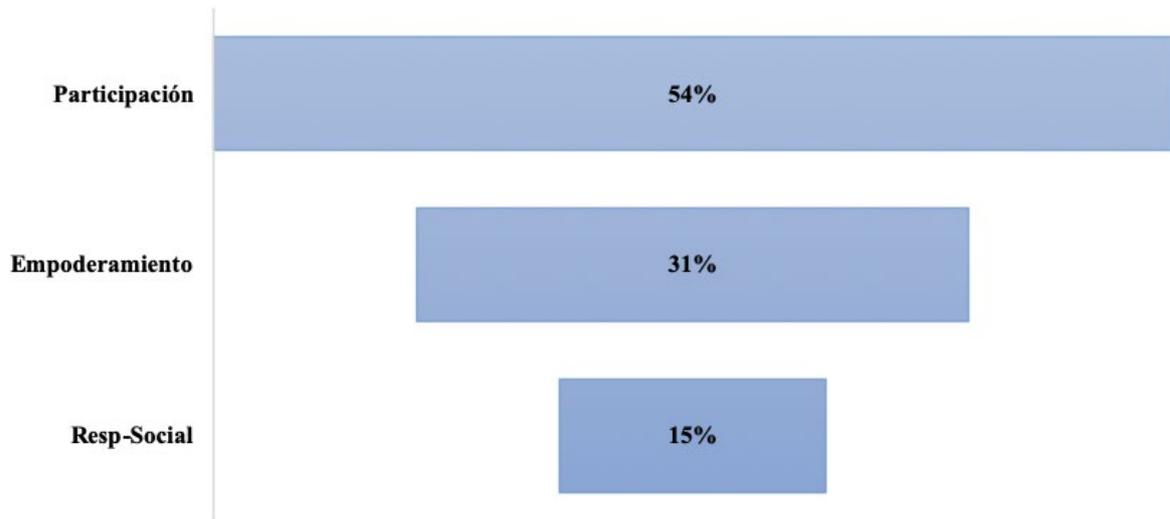


Figura 1. Elaboración propia, porcentajes de la saturación de las categorías emergentes.

Tras la ruina del Imperio griego, el paso de dos mil años, la acumulación de riqueza por parte de unos sectores sociales privilegiados, la caída de la aristocracia, el desplome del racionalismo, se politiza la idea de pueblo y se da su división en clases sociales, se ponen al descubierto las relaciones del modo de ser de la población y renacen los estados democráticos modernos hacia el siglo XVIII (4).

La democracia moderna implica que cada miembro del estado ejerza su derecho al poder, dando a conocer su preferencia ideológica y a que su voz sume a uno u otro ideal político de Estado, el cual se va renovando según las necesidades y condiciones del pueblo y el territorio.

La implementación de políticas de Estado que cubran todos los frentes sociales, de forma equitativa, no es fácil, los ideales políticos se han opacado ante las crisis económicas, los intereses privados, la violencia, el hambre, la inequidad social, la lucha por los recursos naturales, la especulación con materias primas, etc., y se puede “constatar que a pesar de las decisiones tomadas para remediar problemas concretos, estos no se

resuelven (...) aparece lo que se llama brecha de implementación (...), que es la diferencia que existe entre la decisión y la realidad de su aplicación” (5). Esta profunda divergencia entre teoría y práctica se presenta porque el sector político administrativo, que fue delegado por el pueblo, manipula el poder para sacar beneficio particular de éste o beneficiar a terceros.

De ahí que las políticas públicas surjan como un conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lidera el sector político-administrativo, con el fin de solucionar problemas que en algún momento tanto los ciudadanos como el propio gobierno consideran prioritarios. “La política pública no es resultado de un proceso lineal, coherente y necesariamente deliberado de diseño o formulación, sino que es objeto de un proceso social y político” (6) en el que participa el pueblo.

Para que existan políticas públicas se debe presentar una convergencia entre necesidades sentidas de la población e interés y capacidad en solucionarlas por parte de diferentes sectores poblacionales. No es suficiente que haya voluntad política, carencias del pueblo o esfuerzo

privado; estos elementos deben converger en un mismo propósito de solución y escenario social. Debe existir un enlace multinivel y multisectorial para detectar una coyuntura e implementar una determinada estrategia que propenda por generar mayor equidad social, que es una de las principales necesidades de los estados actuales.

A la brecha que existe entre las decisiones ejecutadas y los efectos dispares de ellas en la realidad social (5) se le llama inequidad, la cual hace que el pueblo y el poder, dos de los elementos principales del Estado, entren en contradicción y resquebrajen el territorio, el tercer elemento. Como producto de esta defectuosa mezcla, la gente pierde su fe en la política, se aleja de las buenas prácticas democráticas y se da una *gregarización* de la población hacia iniciativas ajenas de su realidad social.

Las políticas públicas, como escenarios de debate abierto, son instrumentos de reencuentro y negociación de intereses, con la finalidad de redistribuir recursos económicos del Estado para desarrollar intervenciones. Estas no cambian a la sociedad por decreto, sus alcances están en influir sobre el comportamiento de actores sociales con capacidad de producir los cambios (7). Ellas establecen un nexo entre el Estado como el campo de juego donde se crean las políticas; y "la sociedad, como el contexto natural, histórico, socioeconómico y cultural hacia donde se direccionan las políticas para modificarlo y desde donde tendrían que ser orientadas y nutridas para su pertinencia y efectividad" (8).

La creación de escenarios interdisciplinarios de interacción, donde tengan cabida diferentes sectores sociales interesados en una problemática determinada requiere unos líderes políticos y civiles concededores del Estado, sus necesidades y empoderados de su labor como influenciadores; ellos son conscientes de que la participación "convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones, en la definición de prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas" (9).

Participación

Proceso en el que distintos sectores sociales, en función de sus intereses, intervienen directa o indirectamente en la marcha de la vida colectiva con el fin de mantener, reformar o transformar los sistemas vigentes de organización social y política. (7)

La desgregarización despierta la conciencia colectiva del pueblo para la interacción de los sujetos que lo componen desde todas sus posiciones, afectar y dejarse afectar, reconocer la alteridad y la necesidad de encuentro, lo cual lleva a todos los sectores sociales a crear espacios comunes para ejercer el derecho a la participación en el diseño y construcción de los servicios e instituciones públicas y a establecer la "forma de las relaciones entre el Estado y la -población-" (10) que más les conviene según sus circunstancias, dejando en evidencia la importancia de construir colectivamente ideales de calidad de vida de un Estado para consolidar un proyecto común. Todo esto configura el nivel político de la participación social (10).

La política como arte de cuidar y cultivar el Estado, debe resaltar las diferentes realidades en las que vive el pueblo de un territorio, de ahí su potencial aporte a la disminución de la fragmentación que se presenta en los procesos participativos (11) y a la mucha o poca capacidad de afectación sobre los demás que tienen determinados sectores poblacionales.

El pueblo está conformado por personas con diferencias físicas, biológicas, intelectuales y psicológicas que interactúan (12), pero también sujetas a un conjunto de normas preestablecidas. Este planteamiento lleva a clasificar a las personas según su rol por sectores, el cual está determinado por sus preferencias, conocimientos o saberes.

En este caso, dentro de la organización del Estado y específicamente en el sistema sanitario está, en primer lugar, el *-sector político-administrativo-*,

conocedor de la legislación y las formas normativas del Estado para implementar políticas, planes y programas, su saber está legitimado por designio político de otro líder de gobierno o por el pueblo. En el caso de las políticas públicas sanitarias, superar “el planteamiento de una agenda institucional, determinada desde el sector político-administrativo, para pasar a la construcción colectiva de una agenda universal, donde la salud, su estructuración y determinación sean parte de un proceso de diseño, construcción e implementación colectivos” (13). Es un reto, porque la sanidad es uno de esos sistemas estatales donde existe “un privilegio epistémico” (14) que ostenta el sector político-administrativo, que parece no permitir la incorporación activa, propositiva y crítica de otros sectores poblacionales. Este factor debilita los servicios sanitarios al silenciar otras voces clave del sistema, al no incentivar y fortalecer la igualdad de información y formación de las competencias necesarias para que el pueblo interactúe y se rompan “relaciones de poder asimétricas que comprometen el ejercicio de la democracia” (15).

En segundo lugar, está el *sector de la sociedad civil*, que es el conjunto de personas que voluntariamente y sin ánimo de lucro se unen para promover intereses, ideas e ideologías (7), ellos son los usuarios de los servicios de salud y tienen saberes vinculados con adscripciones morales o religiosas legitimados por relaciones interpersonales. En tercer puesto está el *sector público o privado*, que es conjunto de personas que voluntariamente y con ánimo de lucro se unen para promover o vender objetos y servicios, y poseen conocimientos locales legitimados en la experiencia.

Por último, hay que mencionar, además al *sector de los profesionales/funcionarios de la salud*, quienes se pueden ubicar en un punto intermedio entre el sector político administrativo, la sociedad civil y el sector público o privado, ellos poseen saber disciplinar y acervo social, dos elementos que los capacitan como sujetos idóneos para

impulsar una gestión diferente para la solución de problemas sanitarios (16), como también para transformar sus prácticas hegemónicas, verticalizadas y positivistas que les otorgan un poder único (17) para designar lo que es normal y lo patológico, pero también lo que es adecuado y lo inadecuado, aspecto que les da una posición de poder en la sociedad y potestad de emitir juicios (18) y situaciones de vida sobre sujetos que en ocasiones están ajenos a sus condiciones o están a gusto con ellas. Lo anterior, en detrimento de las estrategias de información y formación de la prevención como estrategia de mantenimiento de la salud (19). Los profesionales, además, deben ser ciudadanos con capacidad propositiva llamados a superar el reduccionismo del enfoque clínico patológico (20), para ir más allá de sus funciones y poder influir en todo el espectro de actividades relacionadas con la salud con enfoque multidisciplinario (21).

Esta clasificación de actores con funciones claras es una alternativa para iniciar la construcción de soluciones a problemas colectivos sanitarios, de manera que los diferentes actores implicados en el contexto donde se implementan los servicios ejerzan sus deberes ciudadanos de participación (22), según el sector al que pertenezcan. Entre todos ellos circulan conocimientos y saberes de distinta índole y fuente de legitimación, así como recursos simbólicos o de autoridad relativos a diferentes consideraciones acerca de en qué actor debe constituirse el sujeto de transformación social en salud y cómo esta debe llevarse a cabo (23).

Una transformación sustantiva de la participación en salud, transita por una escucha más sensible y en horizontal de las necesidades de los actores hacia a los actores (10), independiente del sector al que este pertenezca o de su rol social en la comunidad y de la necesidad de políticas, planes y programas que trasciendan la concepción de la salud como algo personal e individual, a un bien público que debe ser tratado con perspectiva de derechos humanos (24), porque ella hace parte de la seguridad social de un Estado y separarla

de este planteamiento tendría un efecto nocivo para la concepción amplia de salud (25), por tanto, la degradaría a un servicio asistencial de reparación de cuerpos individuales (24).

Concebir al pueblo como un actor capaz de plantear soluciones para su bienestar es utilizar diferentes mecanismos tradicionales de la democracia en la esfera política; es crear autonomía en la comunidad para la satisfacción de sus necesidades (25). Es asociar la idea de participación ciudadana, a la de cambio de realidad (26). Es impulsar escenarios de política participativa, benéficos para la democracia (14), y es crear cohesión social e involucrar al pueblo en la planificación y el desarrollo de políticas y servicios de salud a través de propuestas concretas que puedan ser adoptadas por el sector político-administrativo (27) para ayudar a eliminar algunas inequidades sociales sanitarias.

No hay un equipo de profesionales de las ciencias de la salud autosuficiente en la producción del cuidado y capaz de responder a las demandas de la población para ofrecer atención continua e integral (28). Por ende, el cuidado de la salud debe estar guiado por grupos multidisciplinarios para que todas las actividades, públicas y privadas, sean coherentes, interdependientes y tengan un efecto acorde a objetivos comunitarios y a los programas de salud establecidos para producir un efecto deseado y evaluable (29).

Renovar el concepto de atención a la salud “centrada solo en la asistencia, por la concepción de la responsabilidad sanitaria, el establecimiento de vínculos con individuos, familias y comunidades y seguimiento de grupos más expuestos a riesgos sociales” (30) plantea una forma diferente de organizar el sistema sanitario, además que pone el acento en contextualizar los servicios de salud en los niveles locales para que logren un mejor abordaje de los problemas regionales, y animen a las comunidades a participar y expresar sus puntos de vista. Más aún, el modelo sanitario propuesto en la *Política de Atención Integral en Salud* de 2016 supera el

reduccionismo instrumental de la salud como acciones curativas, y las eleva a “medios que propician la expansión de la libertad (...) donde prima la concepción de la persona como sujeto con capacidad de gestión de su propia vida” (31). Por ende, ubica al pueblo en el eje central de intervenciones que propenden por el cierre de brechas entre sus sectores para construir bienestar al interior de un territorio. Para que lo anterior se dé, las ciencias sociales deben hacerse presentes en los sistemas de salud (32), porque es a través de la introducción de nuevos enfoques epistémicos más sociales que el paradigma biologista anatomoclínico puede superarse.

Contextualizar las políticas sanitarias a través de planes, programas y servicios según las condiciones culturales, económicas, biológicas y de infraestructura de cada región, es necesario, porque la inclusión de estos factores y la superación de la “brecha 10/90 en investigación en salud, que hace referencia a que tan solo 10% de las fuentes de financiación en salud son usadas para hallar soluciones del 90% de los problemas de salud” (33). Sería una forma de conseguir información contextualizada, veraz y útil para la toma de decisiones eficientes, por ello, para los sistemas de salud un gran desafío se encuentra en la base del proceso de formación y perfeccionamiento del capital humano, principal recurso para el desarrollo de servicios de salud (34).

Los métodos transdisciplinarios para la construcción de problemas sociales sanitarios y posibles soluciones, le ofrecen a la sanidad una nueva forma de planteamiento del cuidado de la salud para superar la apología a la atención de la enfermedad.

El cuidado de la salud es auténtico cuando el sujeto no solo demanda, sino que desarrolla la capacidad de recibir y de valorar el cuidado como necesario (35). Pero “determinar el grado en que un individuo es responsable de su propia salud es un asunto más complejo, debido a la confluencia de muchos factores, que no siempre

están dentro de su control” (20), y por lo tanto desequilibran su entorno.

Un elemento constitutivo del desbalance es considerar la política de salud como un sistema que debe dar atención de la enfermedad (21). Esto es un error, porque las políticas de salud deben implementar estrategias para aumentar la capacidad de los individuos y las comunidades para controlar la marcha de su calidad de vida y se debe considerar al individuo como un sujeto en relación con la vida y la sociedad (36) y no simplemente como un ser con desequilibrios biológicos, porque el goce efectivo de una buena salud trasciende el bienestar físico y mental, y el mero hecho de no tener enfermedades diagnosticadas no le asegura a un sujeto la alegría de una buena calidad de vida (37).

Asumir concepciones holísticas de la salud pasa por desarrollar actitudes que construyan estilos de vida sanos, que propicien la creación y el mejoramiento de los ambientes donde se desarrolla la vida e implementar estrategias de control de factores de riesgo y de prevención de enfermedades, impulsaría el desarrollo humano y el progreso de un Estado (38).

Empoderamiento

Para la OMS [39] el empoderamiento es un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los sectores poblacionales son capaces de expresar sus necesidades sanitarias, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades de salud.

Para detectar las fallas de un sistema y las posibles soluciones, en este caso del sistema sanitario, este y su información deben analizarse de forma integral para comprender el rol de cada uno de los miembros que lo componen, de sus funciones sociales y de los procesos a seguir para alcanzar un determinado objetivo.

Esto es importante entenderlo en el concepto de empoderamiento, porque no es lo mismo pertenecer al sector político-administrativo, al sector sociedad civil, al sector público o privado, que ser profesional de la salud, cada uno debe cumplir su rol bajo un determinado esquema para que fluya la participación y para garantizar la inclusión de todos los sectores sociales en la toma de decisiones (40), las cuales deben ser asumidas colectivamente.

Para empoderar a los actores conviene crear “procesos de formación y mecanismos que viabilicen el acceso a la información dentro y fuera de las instancias estatales” (15), pero también las académicas, porque con el uso de datos concretos y referencias fiables se proponen soluciones acordes a las necesidades de la población. Que una u otra de estas soluciones se imponga en la deliberación política, no es simplemente un asunto de persuasión, sino, también, de negociación dura con argumentos válidos, porque según la decisión adoptada se da redistribución de autoridad o de recursos (41), los cuales influyen en la salud pública.

Por lo tanto, es necesario construir procesos con recursos culturales propios que le otorguen a cada actor la capacidad de ejercer de forma responsable su papel, para cumplir con su rol en el escenario político, que es donde se deben dar las deliberaciones que impulsan el desarrollo humano (42). Además, con la construcción de nexos estables entre los actores se puede mejorar significativamente “la capacidad de los sistemas de salud para resolver problemas y ayudar a contener costos, ofreciendo productos a precios consistentes con la realidad de cada sociedad y evitando que las poblaciones se conviertan en rehenes de prácticas abusivas” (43), que más que ayudarlas a cuidar su salud, les generan un perjuicio económico que va en detrimento del desarrollo de sus capacidades y libertades.

Para el empoderamiento, los profesionales en el área de la salud deben difundir los resultados de sus trabajos de manera “participativa con

presencia activa de usuarios finales de servicios de salud y responsables de la formulación de políticas para que el nuevo conocimiento tenga impacto” (43). En los últimos años, varios informes de investigación dan a conocer que los profesionales de la salud deben desarrollar nuevas habilidades para establecer vínculos de comunicación y de respeto (44), pero también de empoderamiento de su rol social en la comunidad. Esto, por un lado, mantendrá a las personas interesadas en el cuidado de su salud y la prevención de enfermedades, lo cual se verá reflejado en un mejor funcionamiento de los servicios de salud (45) y, por otro lado, servirá para detectar nuevas necesidades del pueblo y hacer los cambios o desarrollos pertinentes (46). Esto ayudará y superará la desarticulación entre los objetivos de los programas, planes y políticas de los problemas reales de las comunidades, que como es evidente, se mantienen estables al analizar a fondo los perfiles epidemiológicos de la población colombiana.

No es una tarea fácil romper con el discurso asistencialista, biomédico y medicalista propio de los profesionales de la salud, debido a que ellos tienen conocimientos disciplinares que les otorgan socialmente un estatus hegemónico, pero que no les da un conocimiento o saber infinito en el tema. Reconocer este factor, característico también del sector político administrativo colombiano, hace que la voz de la sociedad civil “sirva para avanzar hacia un proceso más coherente entre los deseos teóricos de una educación crítica - alternativa y las prácticas que no logran romper del todo con las amarras de una educación tradicional” (18).

En salud, se debe abogar por implicar a las personas interesadas desde el principio de los procesos sanitarios (27), para que las políticas, planes y programas estén basados en evidencia y no simplemente tengan incorporado conocimiento emergente (47), el cual es desconocido para los sujetos científicamente no formados en el área de las ciencias de la salud y así lograr uno de los desafíos para la utilización

de la investigación en la política de salud, que es el cierre de la brecha de comunicación entre investigadores, usuarios del sistema de salud y responsables políticos (43).

El pueblo, como principal actor debe responsabilizarse por la construcción de una nueva cultura participativa, del monitoreo sobre la implantación de políticas, planes, programas, servicios y sus resultados, porque ello contribuye a la defensa de una gobernanza más inclusiva (48) y al desarrollo de un liderazgo ético que reconoce la capacidad del ser humano para actuar por motivos trascendentes en beneficio del progreso colectivo, requiriéndose trabajo en equipo, capacidad de consenso, sentido de comunidad y un proceso de toma de decisiones compartido (49).

En un esquema de empoderamiento, como el antes descrito, el pueblo dejaría de responsabilizar al sector político por la solución de sus problemas cotidianos, y no se condenaría a situaciones de resignación, conformismo o impotencia; sino que, enfocaría sus esfuerzos en desencadenar acciones que revaloricen sus necesidades y deseos en espacios públicos y colectivos para influir en la construcción de una agenda social sanitaria afín a sus necesidades (50). Así mismo, sustentar políticas, planes, programas y servicios de salud bajo este esquema de empoderamiento social, puede generar prácticas “de abajo hacia arriba que permitan descolocar el esquema *bancario* y paternalista en torno a un Estado benefactor” (51), que no existe en Colombia. Por lo tanto, utilizar herramientas de la salud pública, como la comunicación y la participación social para establecer encuentros que fomenten la inclusión de diferentes actores en la deliberación política sanitaria, impulsa el reconocimiento compartido de problemas y posibles soluciones por parte de un pueblo empoderado y crítico.

Es necesario que la comunicación para el empoderamiento rompa la barrera de la asimetría de la información en salud y cree nuevas

posibilidades de comprensión del fenómeno entre los sectores sociales “comprometidos para crear las condiciones necesarias para la articulación entre ellos, generando una ampliación de la visión intersectorial con mayores posibilidades de acción de una gobernanza exitosa” (40), porque una de las claves del empoderamiento está en entender que “el disenso y la contingencia son favorecedores pues permite la posibilidad de investigar y hacer nuevos acuerdos” (52).

Un intercambio comunicacional de carácter participativo para el empoderamiento “permite el establecimiento de objetivos, misión y visión de un servicio de salud (...) que promueve el intercambio de información y generación de conocimiento, debe operar bajo el principio del trabajo colaborativo en red, cuyos nodos se encuentran interconectados y se garantiza un flujo informativo con todas las partes de la estructura para favorecer la toma de decisiones” (34).

Establecer estos vínculos relacionales para que de una forma respetuosa y un ambiente comprensivo se puedan dar a conocer “las tensiones entre todos los actores sociales e institucionales implica oportunidades y desafíos para una comunicación más igualitaria y participativa. Desde un punto de vista práctico, cabe preguntarse cómo se pueden superar las barreras de la polarización sociopolítica” (53), esto para facilitar los procesos de comunicación educativa sanitaria de forma incluyente.

Según la OMS, desarrollar capacidades de creación de información, comunicación y fomento del trabajo interdisciplinario en el sector salud, ayuda a la construcción de recurso humano científico con capacidad de formulación de políticas públicas (54), para que los planes, los programas y los servicios logren influir eficazmente en el cambio de comportamientos y prácticas de salud de la población (55, 56).

Responsabilidad social

Este concepto se aplica en la sanidad al hacer partícipe a todo el pueblo en la identificación de sus problemas y en la construcción de respuestas políticas que permitan no solo la apropiación social de la salud, sino también de su mantenimiento (40).

Cuando en un territorio el buen estado de salud de la población es producto de la interacción entre la política, la economía y lo social, se dice que es un Estado *desarrollado*, porque los vínculos entre estos tres elementos se hacen evidentes en el bienestar físico y mental del pueblo. Es por lo anterior, que pensar una política pública sanitaria sin tener en cuenta factores sociales y económicos es deslegitimar situaciones físicas, biológicas y psicológicas de la comunidad, las cuales interactúan recíprocamente en la marcha de la sociedad (12).

Según Zafra (57), no reconocer las diferencias como un derecho personal y social lleva a que los Estados desde sus formas de gobierno aumenten las desigualdades y creen servicios sanitarios centralizados, desconocedores de las situaciones de vida del pueblo. Lleva también a desarrollar una fuerte crisis entre la salud y la comunidad y el médico y el enfermo (12), escenarios que contribuyen a la perpetuación de políticas que no propenden por el bienestar social, sino por el bienestar económico de algunos sectores. Una situación de este tipo deslegitima a todos los sectores poblacionales dejando caer las formas de gobierno en la irresponsabilidad al ser ciego y sordo ante las necesidades. De ahí que, la responsabilidad social debe recaer en estrategias de corresponsabilidad de todos los sectores sociales que hacen parte de la sanidad.

Colombia es uno de los países que durante la década del noventa modificó su sistema de salud y eliminó la *atención primaria* del ámbito sanitario. Para 2007, el Congreso colombiano comienza a hacer modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en este

aspecto, con la Ley 1122 y ya para 2011 fue retomada la estrategia con la Ley 1438, que la designa como una forma de atención integral y las “leyes, 1751 y 1753 de 2015, que se orientan a la construcción de un nuevo Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS-, con los enfoques de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria” (58).

La OMS desde 1978 propuso la atención primaria como la “consecuencia de condiciones económicas y características socioculturales y políticas de un país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de resultados de investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y experiencias acumuladas en salud pública” (59). Esta es una estrategia que permite poner en contacto directo el sector sanitario con la comunidad para involucrarla en el desarrollo de habilidades para el cuidado de su salud y el control de enfermedades.

La atención primaria en salud considera la familia como núcleo esencial de socialización y formación del sujeto (60) y la desarrollan grupos multidisciplinarios de expertos centrados en la promoción de la salud con conocimientos, habilidades y actitudes que comprenden aspectos emocionales, sociales y biológicos. No son simplemente una suma de profesionales, son una nueva entidad sanitaria con objetivos compartidos que desarrollan intervenciones colectivas e interdisciplinarias, con el fin de construir relaciones cooperativas para el desarrollo continuo de la autonomía en salud (61).

“Existe suficiente evidencia de que los países que incorporan en sus sistemas de salud la estrategia de Atención Primaria tienen mejores resultados” (62). Esta idea “permite que directamente se hable de desarrollo humano, donde es necesario dialogar constructivamente con las comunidades y reconocer de acuerdo con sus diferencias sus necesidades” (29). Dicha estrategia es eminentemente social y supera al sector salud, por lo tanto “requiere

transectorialidad e intersectorialidad para la intervención del riesgo individual, familiar y comunitario de acuerdo con determinantes sociales que atentan contra las dimensiones del desarrollo como son lo ambiental, social, poblacional y económico” (63).

La intervención del pueblo en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto es básica para poder hablar de corresponsabilidad y poderle pedir a todos los sectores poblacionales que propendan por su autocuidado, el cuidado de la salud de la familia, de la comunidad, del ambiente, del uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que cumplan con los deberes de solidaridad, participación y colaboración (64), elementos indispensables para fortalecer el marco legal que actualmente existe en el país.

Además, hay que tener en cuenta que los servicios de atención primaria por sí solos no responden a las necesidades de la población, ellos deben ser apoyados y complementados por los diferentes niveles de atención especializada en salud, por consiguiente, debe existir una integralidad y mecanismos de coordinación a lo largo de todo el espectro sanitario (9) para que los servicios que se presten en cada comunidad estén en sintonía con las necesidades de la población y con los lineamientos de las organizaciones encargadas del cuidado de la salud.

En consecuencia, la formación de talento humano multi y trasdisciplinar para la solución de problemas específicos debe involucrar a la sociedad civil, a profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos, ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, empelados de las entidades promotoras de salud (EPS) y de instituciones prestadoras de servicios (IPS) (64), entre otras, para lograr el establecimiento de mecanismos y modalidades de coordinación y de cooperación con todas las instancias delegadas para la educación y concertar una mayor convergencia de los

perfiles y competencias del personal con las orientaciones y necesidades del sector (65). Al mismo tiempo que se crean redes de aprendizaje articuladas a los niveles regionales y nacionales para “la producción de recursos de aprendizaje para fortalecer las capacidades de liderazgo y de conducción del sector en temas prioritarios” (65).

Un sistema de salud que brinda cuidados apropiados a la población es un sistema responsable que no se limita a la atención de la enfermedad, sino que se centra en la persona como un todo, en sus necesidades sociales y de salud (9). Para Prieto-Agüero (66), la primera razón a la cual las personas hacen referencia para expresar la satisfacción por la atención recibida en un proceso sanitario es el trato humano que reciben por parte del profesional, por su escucha activa, pero teniendo en cuenta también el intercambio de conocimientos y saberes dentro de una consulta.

En Caldas, desde el 2016 se está implementando la atención primaria con *enfoque social*, una estrategia que “integra las necesidades de la población, la respuesta del Estado y los recursos disponibles en la sociedad como elementos esenciales en la distribución equitativa de las oportunidades y beneficios como factores fundamentales de desarrollo” (63). De la iniciativa participan la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC), quien la lidera; la Gobernación con todas sus secretarías y administraciones municipales; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); el Departamento para la Prosperidad Social, el Sistema Universitario de Manizales (SUMA), el sector privado, las EPS, las empresas sociales del Estado, las IPS, la Policía Nacional, las asociaciones comunitarias, las ONG, las organizaciones sociales y las comunidades beneficiarias de la estrategia [63].

La DTSC promueve encuentros con representantes poblacionales, como principales actores de cada comunidad, para propiciar su participación e impulsarlos a convertirse en gestores de su propio desarrollo, para que ellos

busquen el fortalecimiento de sus espacios de participación y lograr construir redes que velen por el bienestar de la población y sostenimiento de las condiciones mínimas de bienestar sanitario de la comunidad.

La Atención Primaria Social (APS), que se desarrolla en Caldas gira alrededor de estructuras comunitarias llamadas centros de atención social (CAS), los cuales se conciben como espacios para la movilización social y articulación inter y transectorial, ahí se pueden desarrollar muchas actividades propias de la APS y de otros servicios comunitarios como pueden ser: docencia e investigación interdisciplinaria, recreación y deportes, eventos culturales, centros de desarrollo familiar, conferencias estudiantiles, servicios social de estudiantes, atenciones en salud, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, rehabilitación, capacitación a profesionales de la salud, a equipos básicos comunitarios y otros programas orientados al cubrimiento de necesidades de una determinada comunidad (69).

Según el Plan Departamental de Desarrollo de Caldas 2016-2019, Caldas Territorio de Oportunidades, se espera que para 2019 se tengan 16 CAS (67). Se pretende que cada uno de estos centros abrigue diferentes sectores del territorio: zonas rurales, una o varias veredas y en las cabeceras municipales agrupar barrios, así se pueden garantizar las intervenciones intersectoriales, transectoriales e interinstitucionales cercanas a la residencia de los usuarios. La remodelación y reparación que requiera algún CAS para su adecuado funcionamiento estará a cargo de las entidades participantes según convenios interadministrativos o convenios de cooperación con entidades privadas, siempre encabezadas por la administración municipal (63).

El funcionamiento, organización y administración de estos centros depende de cada municipio, ellos son gestionados por estructuras comunitarias de su mismo entorno permitiendo

el empoderamiento del pueblo y la oportunidad de hacer a la comunidad corresponsable de la salud y el bienestar social de sus vecinos. Estos CAS deben estar dotados con unas estructuras básicas de referencia de las personas que estén vinculadas con este, porque ellos son la puerta de ingreso de todas las personas al sistema de salud.

De la buena o mala gestión que la comunidad implemente en los CAS depende la calidad del trabajo que puedan desarrollar los equipos básicos de atención primaria social (EBAPS) (63). En manos de estos equipos está la misión de crear mediaciones sociales en la población para entender la salud física y mental como un bien inmaterial que se debe cultivar a lo largo de la vida, de modo que, los trabajadores de la salud puedan comprenderse como todas aquellas personas que trabajan en el sistema sanitario y apoyan estrategias comunitarias (9).

A manera de discusión

La construcción de política pública sanitaria se debe dar de manera interactiva, y debe ser el resultado de procesos de investigación y co-creación entre todos los actores sociales interesados en el tema.

Propiciar la participación y además conseguir que se adhieran a ella diferentes sectores sociales es un reto, porque no basta con indagar en la población por sus necesidades para la construcción de una política, un plan o un programa y crear un documento que cumpla con todas las normas exigidas por el Estado, para que la comunidad se apropie de ella.

Se deben crear mecanismos de participación permanentes, de tal manera que el pueblo tenga la opción de transformarse, de pasar de ser un simple objeto de estudio a un actor activo vigilante de sus estados de salud o enfermedad.

De esta forma, se reconocen las capacidades de los individuos para autogestionarse y apoyar los sistemas sanitarios e impulsar el desarrollo humano y social de un país, dimensiones que deben ser construidas de forma cooperativa [68]. Hay que mencionar además, que la participación en salud, como se plantea en este documento, permite superar la brecha entre teoría, política sanitaria y prácticas sociales del cuidado de la salud, mediadas por la superación de paradigmas biologists ortodoxos que pretenden mantener las ciencias de la salud como un feudo regido por el Estado y las industrias de servicios, para construir una institución pública que propenda por que los sujetos guíen sus vidas, sus acciones individuales y colectivas.

Utilizar la comunicación como eje fundamental de la participación para plantear procesos de interacción entre los diferentes sectores poblacionales permite crear “interfaces de acomodación de visiones del mundo” (69) y tejer redes entre diferentes sistemas de representación del mundo que permiten construir políticas públicas de forma horizontal entre actores locales, porque es en las pequeñas comunidades donde realmente se puede dar la comprensión de situaciones paradigmáticas y su posible solución.

Plantear soluciones en pequeña escala, que se puedan sistematizar e implementar en otros lugares, permite reconocer el valor que tiene cada actor social para su comunidad en la construcción de diálogos productivos, para revalorizar el derecho a opinar y a que la voz de cada individuo sume a uno u otro ideal político, porque así el pueblo nuevamente recordará que existen formas de edificar proyectos de Estado auto-responsables, viables social, económica y ambientalmente que faciliten estilos de vida propositivos donde cada individuo pueda controlar la marcha de su vida para gozar o padecer de su salud.

Referencias Bibliográficas

1. Real Academia de la Lengua Española. Gregario (Internet). Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=JWNFLFU> Acceso el 19 de enero de 2018.
2. Gaarder J. La cabaña del mayor. En: J. Gaarder. El mundo de Sofía. 1ª. ed. Bogotá: Siruela; 1995. 114 p.
3. Böhmer OA. Diccionario de Sofía. Barcelona, España: Grupo Zeta; 1997.
4. Martín-Barbero J. Afirmación y negación del pueblo como sujeto. En: J. Martín-Barbero. De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía. Barcelona: Anthropos; 2010. p.3-22.
5. Roth-Deubel AN. La implementación de las decisiones. En: AN. Roth Deubel. Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Aurora; 2002. p.107.
6. Fernández-Arroyo N. Planificación de políticas, programas y proyectos sociales. 1ª. ed. Buenos Aires: CIPPEC, UNICEF; 2012. p.125.
7. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. Movilización social para el control del cáncer en Colombia. [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; c2007. p.62. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/Movilizaci%C3%B3n..pdf>
8. Carvajal C, Arias MA, Auneta A, Merchán JC. Articulación de actores para implementar políticas de desarrollo y paz. Bogotá: Puntoaparte; 2016. p.28.
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. [Internet]. Washington, D.C: OPS/OMS; c2007. Disponible en: https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf
10. Sáez R, Rujano R. Aproximación a un modelo para la participación social en salud. Interacción y perspectiva. Revista de Trabajo Social. 2018. Jun; 8(1): 93-110.
11. Jaime SF. Participación social en sistemas de salud fragmentados: ¿una relación virtuosa? Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2016; 15(30): 38-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.psss>
12. Gavilán V, Viguera P, Madariaga C, Parra M. La antropología social y la transdisciplina en el Sur. Compartiendo experiencias en el campo de la salud. Rev. Antro. Ibero. 2018. Ene; 13(1): 69-91.
13. Daza-Castillo L. Poder en la política de salud colombiana: la sociedad civil y la reforma a la salud de 2013. Pap. polít. [Internet]. 22 nov. 2017; 22(1):77-03. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/papelpol/article/view/20534>
14. Castañeda GI, Delgado ME. Barreras, oportunidades y tácticas para participar en salud según asociaciones de usuarios del Valle del Cauca, Colombia. Hacia promoc. Salud [Internet]. Dic. 2015; 20(2):59-76. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772015000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.2.6>.
15. Gonçalves CCM, Bógus CM. Participação social, planejamento urbano e promoção da saúde em Campo Grande (MS) [Internet]. Trabalho, Educação e Saúde. 2017; 15(2):617-640. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00057.pdf>
16. Arcos-Griffiths E, Vollrath-Ramírez A, Muñoz-González L, Sánchez-Segura X. Comprensión de la gestión de la política pública de protección integral de la infancia en Chile. RGYPS [Internet]. 19 ene. 2017; 15(31). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18219>
17. Shimizu HE, Trindade JS, Mesquita MS, Ramos MC. Evaluation of the responsiveness index of the Family Health Strategy in rural areas. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2018; 52: e03316. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100404&lng=en. Epub Apr 12, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017020203316>.
18. Gallego-Osorio G, Peñaranda-Correa F, Molina-Berrío D. Comprensión del proceso de educación para salud en un programa de atención a la primera infancia, Medellín, Colombia (2014-2015). RGYPS [Internet]. 10 nov. 2017; 16(33):102-15. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/20460>

19. Mendoza-González Z. Programa de detección del cáncer cervicouterino: políticas públicas y experiencias de los actores que implementan el programa en el estado de Veracruz, México. *Salud Colectiva* [Internet]. 2017; 13(3): 521-535. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/scol/2017.v13n3/521-535/#>
20. Rodríguez-Villamil, LN, González-Zapata LI, Deossa-Restrepo GC, Carmona-Garcés IC, Monsalve-Álvarez JM, Díaz-García J. Sistematización de una estrategia de información, educación y comunicación para prevención del síndrome metabólico en profesionales del área de la salud. *Perspect Nut Hum* [Internet]. Jun 2015; 17(1): 55-66. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082015000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.penh.v17n1a05>.
21. Heiman HJ, Smith L, McKool M, Mitchell D, Bayer CR. Health policy training: a review of the literature. *Int J Environ Res Salud Pública*. Ene. 2016; 13(1):1-12.
22. Oliver-Mora M, Íñiguez-Rueda L. El impulso de experiencias desde abajo hacia arriba como mecanismo de participación en el diseño de servicios públicos. *Revista de Administração Pública -RAP* [Internet]. 2016; 50(3):377-394. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=241046211003>
23. Di Bello ME. Utilidad social de conocimientos científicos, grupos de investigación académicos y problemas sociales. *Cuestiones de Sociología*. [Internet]. 2015; (12):1-18. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/48170>
24. Gottero, L. Indicadores de derechos humanos en políticas públicas contra el dengue en Argentina: un desafío pendiente. *Población y Salud en Mesoamérica* [Internet]. 2016; 13(2):1-28. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44643207007>
25. Rojas-Rajs S. La representación de servicios de salud en la televisión mexicana: potenciales consecuencias en las subjetividades en salud. *Salud Colectiva* [Internet]. 2016; 12(2):189-201. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73146051004>
26. Vendruscolo C, Do-Prado ML, Kleba ME, Matos IB. Representation and participation in management committees of teaching and service integration. *Inves y Educ en Enfer*, 2016; 34(3), 474-482.
27. Marques-Acosta A, Donszelmann O, Dias da Silva Lima MA. Considerações teóricas do diálogo deliberativo: contribuições para prática, política e pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2017; 26(4):1-10. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71453540039>
28. Nóbrega M, Domingos A, Silveira A, Santos J. Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial Oeste do município de São Paulo. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. Jul. 2017; 70(5):965-972. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500965&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0566>.
29. Martínez-Beleño CA. Una mirada desde la comunicación en salud a los planes de promoción de salud en Sudamérica. Casos: Bolivia, Chile, Colombia. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2015; 6(2): 180-196.
30. Dimas Martins RC, Gouvêa MV, Casotti E. Problemas éticos e justiça social na estratégia Saúde da família. *Revista Bioética* [Internet]. 2017; 25(2):348-357. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361552153016>
31. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. [Internet]. 2016. Bogotá: Minsalud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
32. Paiva V, Ferguson L, Aggleton P, Mane P, Kelly-Hanku A, Giang le M, Barbosa RM, Cáceres CF, Parker R. The current state of play of research on the social, political and legal dimensions of HIV. *Cadernos de Saúde Pública*. [Internet]. 2015; 31(3): 477-486. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25859715>
33. Palencia-Sánchez F, García-Ubaque JC. Innovación e investigación en hospitales universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2016; 64(4): 741-747.
34. Vidal-Ledo MJ, Pujals Victoria NI, Castañeda-Abascal IE, Bayarre-Vea HD. (2017). Propuestas de innovación para la gestión de información y el conocimiento en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*.

- [Internet]. 2017; 43(4): 562-583. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2017/csp174g.pdf>
35. Polo FH, Gollner RC, Rebaza HA, Pretell RM, Sousa AI. Cuidado humanizado como política pública. El caso peruano. Esc. Anna Nery [Internet]. 2017; 21(2):1-8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000200701&script=sci_abstract&tlng=es
 36. Rossetto M, Zielke Hesler L, Maffaccioli R, Famer-Rocha C, De Oliveira DL. (2017). Comunicação para promoção da saúde: as campanhas publicitárias sobre tuberculose no Brasil. Revista de Enfermagem da UFSM. 2017; 7(1):18-28.
 37. Peñafiel C, Ronco M, Echegaray L. Estudio de la comunicación científica en salud para jóvenes y valoración de la calidad de los recursos digitales. Revista Latina de Comunicación Social. 2015; 70(3): 300-321.
 38. López-López M, Pastor-Durango M del P, Arango-Tamayo G. Sinergias y continuidades en las políticas públicas relacionadas con enfermedades cardio-cerebro-vasculares. Medellín, Colombia, 2000-2013. RGYPS [Internet]. Ago. 2017; 16(32):138-49. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/19892>
 39. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud. Glosario. [Internet]. 1998. Ginebra, Suiza: OMS. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=31FADFF3778349B99F526A332825F5AE?sequence=1
 40. Ortega-Bolaños JA, Alba-Muñoz MI. Discursos interpretativos y prácticas deliberativas: propuesta metodológica para formulación de políticas públicas sanitarias en Colombia. Rev. Salud Pública. 2017; 19(3): 386-392.
 41. Hawkes S, Aulakh B, Jadeja N, Jimenez M, Buse K, Anwar I, et al. (2016). Strengthening capacity to apply health research evidence in policy making: experience from four countries. Health Policy and Planning. 2016; 31(2): 161-170.
 42. Velásquez VF, Barreto YM, López AL. Empoderamiento de líderes comunitarias afrocolombianas desde la atención primaria de salud. Avances en Enfermería. [Internet]. 2017; 35(2):133-147. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/54986>
 43. Uzochukwu B, Onwujekwe O, Mbachu C, Okwuosa C, Etiaba E, Nyström ME, et al. The challenge of bridging the gap between researchers and policy makers: experiences of a Health Policy Research Group in engaging policy makers to support evidence informed policy making in Nigeria. Globalization and Health. Nov 4. 2016; 12(67), 1-15.
 44. Salazar LJ, Benavides MR, Boogaard S, Marín Y. Estrategias latinoamericanas para la vacunación contra el virus del papiloma humano - una revisión temática. Hacia promoc. salud. 2017; 22(2): 129-143.
 45. Saldaña-Téllez M, Montero y López Lena M. Barreras percibidas por el personal de salud para la toma de la citología cervical en mujeres zapotecas de Juchitán, Oaxaca. PSIC [Internet]. 2019; 14(2-3):343-364. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/57090>
 46. Neta A, Alves M. (2016). A comunidade como local de protagonismo na integração ensino-serviço e atuação multiprofissional. Trabalho, Educação e Saúde. [Internet]. 2016; 14(1): 221-235. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000100221&script=sci_abstract&tlng=pt
 47. Haq Z, Hafeez A, Zafar S, Ghaffar A. Dynamics of evidence-informed health policy making in Pakistan. Health Policy and Planning. [Internet]. 2017; 32(10): 1449-1456. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29045672>
 48. Ventura C, Miwa M, Serapioni M, Márjore J. (2017). Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. Interface. [Internet]. 2017; 21(63): 907-920. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000400907&script=sci_abstract&tlng=pt
 49. Sánchez-Sanabria M, Romero-Daza A, Hernández-Salas N. Intersectorialidad, interdisciplinariedad y educación en salud: cuestión de responsabilidad social universitaria. US [Internet]. Abr. 2015; 17(2):280-289. Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2714>

50. Fontana-Rosa NS. (2015). La perspectiva relacional de la comunicación en los procesos de e-Salud en Brasil: el proyecto Maluco Beleza. *Revista de Comunicación y Salud*. 2015; 5(1): 54-67.
51. Ponce de León S, Ferrán-Fernández Y, Portal-Moreno R. El cáncer, un desafío común. De la percepción pública a la responsabilidad social. *Revista de Comunicación y Salud*. 2016; 6(1): 42-53.
52. Zuliani L, Bastidas M, Ariza G. La participación: determinante social en la construcción de políticas públicas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]*. 2015; 33(1):75-84. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12033879010>
53. Nahón-Serfaty I, Eid M. Comunicación y empoderamiento ciudadano en salud: un caso de investigación-acción en la Venezuela polarizada. *Iberoamerican Journal of Development Studies*. 2015; 4(2): 5-25.
54. Uneke J, Ebeh A, Uro-Chukwu H, Ezeonu C, Ogbu O, Onwe F et al. Enhancing the capacity of policy-makers to develop evidence-informed policy brief on infectious diseases of poverty in Nigeria. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015; 4(9): 599-610.
55. Peñafiel C, Camacho I, Aiestaran A, Ronco, M, Echegaray L. La divulgación de la información de salud: un reto entre sectores implicados. *Revista Latina de Comunicación Social [Internet]*. 2014; (69):135-151. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81931771022>
56. Moreda-Sánchez E, Martínez-Pastor E, Vizcaíno-Pérez R. Comunicación institucional intercultural para la salud: desarrollo durante la primera década del siglo XXI. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2017; 8(1): 54-78.
57. Zafra-Aparici E. Educación alimentaria: salud y cohesión social. *Salud Colectiva [Internet]*. 2017; 13(2):295-306. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73152115011>
58. Cruz-Libreros LF, Libreros-Arana LA, Cruz-Libreros AM, Castro-Jaramillo HE, Badiel-Ocampo M, Botero-Henao DF, et al. Propuesta para la formación en medicina familiar y comunitaria, desde la percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de salud familiar. *Entramado. [Internet]*. 2017; 13(2): 230-247. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/entramado/article/view/1516>
59. OMS. Atención primaria de salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. [Internet]. 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
60. Velásquez-G VF, Barreto-Zorza YM. Efecto de un programa de atención primaria en salud sobre la funcionalidad familiar desde abuelos y nietos, Guapi - Cauca. *Univ. Salud. [Internet]*. 2016; 18(3):514-524. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000300011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.56>.
61. Friedrich T, Petermann B, Miolo S, Pivetta MF. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. *Interface (Botucatu). [Internet]*. 2018; 22(65):373-385. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005016102&script=sci_abstract&lng=pt
62. Ruiz M, Hormiga CM, Uribe LM, Cadena L, Mantilla BP, Solano S. Voces de la academia y los tomadores de decisiones del Oriente Colombiano ante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud. [Internet]*. 2017; 49(2): 320-329. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072017000200320&script=sci_abstract&lng=es
63. Gobernación de Caldas, Dirección Territorial de Salud de Caldas. ABC de la atención primaria social y en salud para el departamento de Caldas. 1ª. ed. Manizales: Gobernación de Caldas, Dirección Territorial de Salud de Caldas. Editorial Universo; 2015.
64. Colombia. Congreso de la República. Ley1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 47.957*. 19 de enero. 2011. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
65. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud basados en la atención primaria de salud. 146.ª Sesión del Comité Ejecutivo. [Internet]. Washington. 2010. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CE146-FR-s.pdf>

66. Prieto-Agüero O. Comunicación sanitaria del profesional enfermero en mujeres con cáncer de mama. *Revista Española de Comunicación en Salud*. [Internet]. 2016; 7(1):124-134. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3159/1826>
67. Gobernación de Caldas. Plan Departamental de Desarrollo 2016 - 2019. Manizales: Gobernación de Caldas. [Internet]. 2016. Disponible en: https://caldas.gov.co/media/transparencia_new/6.7%20Plan%20de%20desarrollo/PLAN%20DEPARTAMENTAL%20DE%20DESARROLLO%202016%202019.pdf
68. Olarte-Jaramillo M. Salud y enfermedad, dos construcciones culturales. *Biosalud* [Internet]. Ene. 2018; 17 (1): 67-79. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95502018000100067&script=sci_abstract&lng=en
69. Long N, Villarreal M. (1993). Las interfases del desarrollo: de la transferencia de conocimiento a la transformación de significados. En: F. Schuurman, *Beyond the Impasse: New Directions in Development Theory*. Londres: Zed Press; 1993. p. 1-19.