

# PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO: REFLEXIONES SOBRE LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES

*Natalia Rodríguez Villamil\**  
*Alejandra Valencia González\*\**  
*Paulina Díaz Mosquera\*\*\**

Recibido en octubre 29 de 2012, aceptado en marzo 21 de 2013

## Resumen

**Objetivo:** Reflexionar sobre los retos para la formación de profesionales de la salud, en un contexto de tensiones entre los postulados de la promoción de la salud y su concreción en el sistema de salud colombiano. **Metodología:** Investigación documental; se revisaron artículos sobre promoción de la salud realizados en Colombia entre 2000 y 2010 publicados en revistas indexadas, seleccionados con base en el muestreo intencional. Se realizó análisis de contenido a un total de 37 artículos. Se identificaron unidades de análisis, registro y contexto, estableciendo categorías emergentes, con apoyo del software Atlas.ti 5.2. Se avanzó en la escritura descriptiva y analítica. **Resultados:** Los artículos hacen una lectura de la promoción de la salud en el marco normativo colombiano. El actual sistema de salud en su lógica de mercado constituye un contexto adverso para la promoción de la salud. Se ha priorizado el enfoque orientado a la modificación de los estilos de vida, mientras se dejan de lado acciones estructurales, se prioriza lo que resulte más rentable y se limita la garantía del derecho a la salud. **Conclusiones:** Hay una gran distancia entre la lógica del sistema y los postulados de la promoción de la salud; ésta se confunde en la práctica con la prevención de la enfermedad. Las reformas posteriores a la Ley 100 de 1993 no plantean cambios estructurales. Este contexto demanda de los docentes reflexionar sobre el significado dado a la promoción de la salud y reconfigurar las prácticas que han de concretarse en procesos pedagógicos e investigativos y acciones en salud.

## Palabras clave

Sistemas de salud, promoción de la salud, educación profesional, política de salud, Colombia (*fuentes: DeCS, BIREME*).

---

\* Nutricionista Dietista, Magíster en Salud Colectiva. Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: nataliarodriv@yahoo.com

\*\* Enfermera, Magíster en Salud Colectiva. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Autor de correspondencia. Dirección: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Calle 64 No. 63-09, Medellín, Colombia. Teléfono: 574-2196332. Correo electrónico: aleja\_43@yahoo.com.mx

\*\*\* Odontóloga, Magíster en Salud Colectiva. Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: diazpaolina1@gmail.com

## HEALTH PROMOTION AND COLOMBIAN HEALTH SYSTEM: REFLECTIONS AROUND EDUCATION PROCESSES IN HIGHER EDUCATION

### Abstract

**Objective:** To reflect upon the challenges in education of health professionals in a context of tensions between the postulates of health promotion and their concision in the Colombian health system. **Methodology:** Literature Review. Articles about health promotion written in Colombia and published in indexed journals between 2000 and 2010, selected based on an intentional sampling, were reviewed. The content of a total of 37 articles was analyzed. Units of analysis, record and context were identified establishing emerging categories with the support of Atlas.ti 5.2 software. Descriptive and analytic writing started to progress. **Results:** The articles evidence an overview of health promotion within the framework of Colombian law. The current health system advocates a marketing perspective which constitutes an unfavorable context for health promotion. Priority has been given to the transformation of lifestyles and, while structural actions are left aside, those processes being more profitable are prioritized thus limiting the guarantee to the right to health. **Conclusions:** There is an enormous great gap between the system rational and the health promotion postulates; health promotion is confused in practice with disease prevention. Health reforms after Law 100 issued in 1993 do not postulate structural changes. This context demands from educators to reflect about the meaning given to health promotion, and to redefine their practice in search for concrete pedagogical and inquiry processes, as well as actions in health.

### Key words

Health systems, health promotion, professional education, health policy, Colombia (*source: DeCS, BIREME*).

## PROMOÇÃO DA SAÚDE E SISTEMA DE SAÚDE COLOMBIANO REFLETIR SOBRE A FORMAÇÃO DE PROFISSÕES

### Resumo

**Objetivo:** Refletir sobre os retos para a formação de profissionais da saúde, num contexto de tensões entre os postulados da promoção da saúde e sua correlação no sistema de saúde colombiano. **Metodologia:** Pesquisa documental; revisaram se artigos sobre promoção da saúde realizados em Colombia entre 2000 y 2010 publicados em revistas indexadas, selecionados com base numa mostra intencional. Realizou se analise de conteúdo a um total de 37 artigos. Identificaram se unidades de analise, registro e contexto, estabelecido categorias emergentes, com apoio do software Atlas.ti 5.2. Avançou se na escritura descritiva e analítica. **Resultados:** Os artigos fazem uma leitura da promoção da saúde no marco normativo colombiano. O atual sistema de saúde em sua lógica de mercado constitui um contexto adverso para a promoção da saúde. Tem se priorizado no enfoque orientado à modificação dos estilos de vida, enquanto se deixam ao lado ações estruturais, se priorizam o que resulte mais rentável e se limita a garantia do direito à saúde. **Conclusões:** Há um grão distancia entre a lógica do sistema e os postulados da promoção da saúde; esta se confunde na pratica com a prevenção da doença. As reformas posteriores à lei 100 de 1993 não faz câmbios estruturais. Este contexto demanda dos docentes refletir sobre o significado proporcionado à promoção da saúde e reconfigurar as práticas que vão se concretizar em processos pedagógicos e de pesquisa e ações em saúde.

### Palavras Chave

Sistemas de saúde, promoção da saúde, educação profissional, política de saúde, Colombia (*fonte: DeCS, BIREME*).

## INTRODUCCIÓN

Este estudio surge de las reflexiones en torno de la categoría de análisis promoción de la salud (PS) por parte de un grupo de docentes de las unidades académicas de Nutrición y Dietética, Odontología y Enfermería de la Universidad de Antioquia, que desempeñamos nuestro quehacer en el área de salud comunitaria, en la cual la PS reviste particular importancia. Estas profesiones en común comparten su tendencia formativa en un modelo biomédico de prevención, atención y rehabilitación en el que abrir paso a las tendencias de PS implica romper con las resistencias propias de la formación y del sistema de mercado de la salud en el que se insertan las acciones de PS.

Además, nos convoca la inquietud por comprender en mejor medida cómo se establece el vínculo de la promoción de la salud con la realidad concreta en la que desarrollamos nuestras experiencias, para lograr articulaciones entre la teoría y la práctica. Inicialmente nos reuníamos a discutir temáticas de PS, esto fue avanzando a un grupo de estudio que empezó a preguntarse por la relación de la PS con el ejercicio docente; estos encuentros y cuestionamientos han permanecido por algunos años, así, se emprende una propuesta de investigación para conocer las tendencias y los aportes de la PS en los artículos publicados en revistas indexadas entre 2000 y 2010.

La lectura de las situaciones contextuales que han acontecido en la década 2000-2010 en la que se inscribe este estudio, se enfoca en dos vertientes: la primera describe las tendencias políticas que llevaron al sistema actual de salud, y la segunda presenta los desarrollos de la PS en el plano internacional; finalmente, estas aportan a la comprensión de las dinámicas de la PS en el sistema de salud de Colombia y los retos que se presentan en la formación de los futuros profesionales.

La década del 2000 en la que se inscribe este estudio, permitió cristalizar los cambios iniciados

en los 90 (1) a partir de las consecutivas reformas y orientaciones políticas construidas desde una serie de cambios sociales y económicos, entre ellas la declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2), que se orientaba a los problemas sociales prioritarios de los países, y el Consenso de Washington (3) que presentaba los lineamientos económicos para el paso a la economía de mercado actual. Estas directrices entre otras, según Núñez y González (1) fueron antecedentes esenciales a las reformas en Colombia, empezando por la Constitución de 1991, seguida de reformas a los sectores bandera del desarrollo social del país: la salud y la educación.

En lo que respecta a la salud, la Ley 100 de 1993, inspirada en el modelo de libre mercado y competencia con pretensiones de conciliar la descentralización y la autonomía territorial (4), creó un mecanismo de aseguramiento individual que diferenciaba dos regímenes: contributivo, para personas con capacidad de pago y subsidiado, para las personas más pobres. Para cada uno de ellos definió un paquete diferenciado de servicios. Además, la ley consideró un plan de salud con enfoque poblacional con las intervenciones a colectivos e individuos, centrada en asuntos de información, educación, fomento de la salud, control de consumo de sustancias, complemento nutricional y otras acciones referidas a la prevención de enfermedades (5). Un sistema de estas características deja por fuera las acciones de promoción de la salud o conlleva a una yuxtaposición entre promoción y prevención, ocasionando una pérdida en el sentido de la PS, de acuerdo con García y Tobón (6), produce confusiones de tipo conceptual y operativo.

Además de lo anterior, la estructura del sistema de salud colombiano se ha traducido en una permanente tensión entre esta lógica y el derecho a la salud. Hernández (7) plantea que desde la Ley 100 de 1993, la lógica del mercado que predomina en los servicios individuales lleva a que las personas se vean limitadas a exigir lo establecido

contractualmente y el Estado, a hacer cumplir lo pactado entre los actores, de modo que la salud queda reducida a la atención a la enfermedad y se deja de entender el derecho a la salud como fundamental.

El financiamiento y la rectoría son algunos de los grandes problemas que hacen insostenible el sistema actual de salud que se contradice en todo sentido con el movimiento por el derecho a la salud que viene ampliamente planteándose en los sectores académicos y sociales como proceso de reivindicación de la salud como constitutivo de la dignidad humana, en la que se garantice el vivir bien de los colombianos.

En relación con la PS en la década de la investigación, en el plano internacional continuaban los avances y articulaciones con otras orientaciones de carácter mundial como una forma de posicionar la salud y la vida en la agenda política de los gobiernos a través de las conferencias mundiales dirigidas por la OMS.

La Quinta Conferencia Mundial, Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad, en México en 2000 (8), apuntó a ubicar la PS como prioridad fundamental en las políticas de salud desde lo local hasta lo internacional, enfatizando en el compromiso de los gobiernos. Cinco años después, la Sexta Conferencia Mundial de Bangkok en 2005 (9), planteó los desafíos para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado; en ella se avanzó en la concepción de PS, que desde Ottawa (10) se comprendía como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla; en ese entonces, con el auge de los determinantes sociales de la salud se replanteó la PS como capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorarla (9), para ello enmarcó la salud como un derecho humano fundamental que refleja un concepto positivo e incluyente de esta como determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual. Cerró

el ciclo de conferencias mundiales de la década la Conferencia de Nairobi en 2009 (11), que se orientó en el llamado a los gobiernos para reafirmar el compromiso con la PS como estrategia esencial para mejorar la salud, la calidad de vida, reducir las inequidades y la pobreza.

Este panorama ubica algunos de los hitos en el recorrido oficial de la PS, reflejados a su vez en las orientaciones presentes en documentos académicos y en la normatividad vigente. Es claro que las conferencias internacionales son un referente básico. Sin embargo, en la práctica pareciera que de estas conferencias se han recogido más los planteamientos que tienen que ver con la educación orientada al mejoramiento de prácticas y estilos de vida, los cuales corresponden a la acción individual, y menos aquellos que tienen que ver con las demandas y compromisos que se plantean para los Estados, relacionados con la transformación de condiciones estructurales que posibilitan el disfrute de la salud para toda las personas.

Consecuentemente con lo anterior, Marchiori (12), con base en planteamientos de Sutherland y Fulton, señala que pueden reconocerse dos abordajes en la PS: uno, que ha puesto el énfasis en los comportamientos individuales, de manera que orienta sus acciones a la modificación de estilos de vida; y otro, que propone una relación con los determinantes de las condiciones de salud y por tanto en las acciones orientadas a los colectivos. Este último ha tenido menos desarrollo, lo que se concreta en el énfasis en las prácticas individuales, tales como los estilos de vida saludables con estrategias educativas para modificar comportamientos. Así, es posible que se esté dejando de lado la reflexión sobre las dimensiones: política, social y cultural en que se enmarca la promoción de la salud.

El acercamiento a la mirada de los autores que han abordado asuntos de la PS o la han incorporado a sus trabajos académicos en Colombia en la última

década, condujo en el proceso de la investigación a objetivar una de las categorías que tomó importancia y es la que recoge aspectos de la PS en el contexto del sistema de salud colombiano. De ahí que el presente texto recoja los aspectos más significativos que plantean los autores que abordan el tema, los cuales se nutren con la mirada de otros autores y con las reflexiones de las investigadoras en lo que respecta a la formación de profesionales de la salud, que se debate entre los postulados de la PS y la adversidad del sistema de salud.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se parte de la investigación documental que, según Galeano (13), por su naturaleza no intrusiva permite socavar información de forma intencionada para hacer el seguimiento ordenado y coherente de aspectos del mundo social, que para este caso son las tendencias de la promoción de la salud en Colombia desde los artículos publicados en revistas indexadas en la década 2000-2010.

Se realizó un proceso sistemático de revisión de los artículos existentes en las bases de datos disponibles en las colecciones electrónicas del Sistema de Bibliotecas de la Universidad de Antioquia: Pub Med, Science Direct, Lilacs, Willey Interscience, Ovid, Currents Contents, Springer Link, SciELO, MD Consult, Ebsco Medline, Jstor, las cuales incluyen entre sus áreas temáticas las ciencias de la salud, que para el caso era la de interés. La selección de artículos se realizó en el primer semestre de 2011 bajo la orientación del muestreo intencional para la temática de PS considerando los planteamientos de Minayo (14), para quien lo importante es la profundidad del

contenido y por ello lo central en la búsqueda era que los artículos hicieran referencia explícita a la promoción de la salud en el desarrollo de sus planteamientos y pasaran de solo nombrarlo sin algún desarrollo. Para tal fin, se definieron los descriptores de promoción de la salud – health promotion, promoção da saúde–, para garantizar la ubicación espacial y temporal de los artículos y se utilizaron los filtros de país: Colombia y fecha de publicación: 2000 a 2010. De esta búsqueda se recuperaron 176 artículos, de los cuales por medio de lectura completa se descartaron aquellos que mencionaran el término promoción de la salud sin desarrollarlo en el contenido y por lo tanto carecían de la profundidad requerida para el cumplimiento de los objetivos planteados. En algunos casos fue necesaria la lectura por parte de las investigadoras, de aquellos artículos que generaban duda para la inclusión por la confusión en el desarrollo del concepto de PS y mediante las diferentes miradas y las discusiones se decidió su pertinencia. De este proceso quedaron 37 artículos que cumplían a cabalidad los criterios de selección.

El proceso analítico de las publicaciones partió de la caracterización general de los artículos por año de publicación, por tipo de profesión de los autores, por ciudad de origen del artículo, por instituciones y por los autores dedicados a la producción de PS más citados. Posteriormente, la información se ordenó según la tendencia en el contenido y tipo de publicación en investigación 16 (43%), ensayo 9 (24%), reflexión 9 (24%) y de revisión temática 3 (8%), en este proceso se describieron los contenidos temáticos generales para cada uno de ellos que permitieron el reconocimiento de categorías generales e inclinaciones de la escritura en la década de interés (Tabla 1).

**Tabla 1. Características generales de los artículos según tipo y temática**

Tipo	No.	Descripción temática
Investigación	16	Se dirigen a experiencias, saberes y prácticas de niños, desplazados y profesionales de la salud (15-18); la evaluación en PS de programas (19, 20) y de estrategias de PS como escuelas y municipios saludables (21, 22); y la relación que se estable entre PS y la situación de salud (23, 24); También abordan asuntos de actividad física (25, 26), resiliencia (27), estilos de vida (28, 29) y sistema de salud (30).
Ensayo	9	Se plantean algunas críticas y posturas de los autores en relación con: la PS y el Sistema de Salud centrado en confusiones y diferencias de PS y PE, alcances de las acciones de PS (6, 31-33); crítica a los estilos de vida (34) y algunas estrategias como la comunicación social (35, 36), el <i>marketing</i> social (37), el <i>partnership</i> (38).
Reflexión	9	Se presentan algunos argumentos que parten de reflexiones y cuestionamientos en relación con la política de salud y el modelo de desarrollo (39); la ética en la PS como consentimiento informado y bioética (40, 41); PS y condiciones de vida (42), desarrollo humano (43), participación social (44), alimentación (45) y trabajo (46, 47).
Revisión	3	Se presentan elementos orientadores para la evaluación en PS y PE (48), la importancia de la evidencia científica para la PS (49) y la práctica profesional y PS (50).

*Fuente: elaboración propia.*

Posteriormente, se procedió con el análisis de contenido (13) para producir un texto analítico en el que se conjugan el sentido de los artículos y la interpretación de los investigadores, buscando como lo plantea Galeano (13), descubrir la estructura interna del texto que tiene que ver con la composición, la organización de las ideas en relación con la PS y la dinámica sugerida en estos. Con la lectura cuidadosa de cada texto se empezaron a identificar tendencias y aportes a la discusión en la PS en los cuales las convergencias y contradicciones fueron recurrentes en los textos según las posturas epistemológicas, teóricas o metodológicas encontradas en los diferentes artículos.

En la lógica del análisis de contenido en los artículos, se identificaron unidades de análisis y de registro (13) que fueron palabras o frases que daban el sentido a las unidades de contexto (fragmentos de texto), para este procedimiento se utilizó el software Atlas.ti 5.2, en el que las unidades de análisis y de registro se agruparon según su recurrencia en categorías de orden semántico como conceptos, estilos de vida, asuntos históricos, prácticas, asuntos críticos, aspectos en el sistema de salud, entre otras, que permitían reconocer las tendencias de las publicaciones. Las categorías se complementaron con memos empíricos, teóricos y analíticos fruto de los encuentros entre las investigadoras.

Para las categorías emergentes se construyeron mapas y diagramas que daban cuenta de las relaciones entre unidades de análisis y que fueron un apoyo para la escritura descriptiva. En este punto del proceso fue necesario releer los artículos, afinando la búsqueda de los aspectos más significativos a modo de validación de proceso, lo que implicó volver a las unidades de análisis en su contexto. La revisión documental simultánea y la discusión entre las investigadoras permitieron consolidar las categorías y avanzar en la escritura analítica. Una de las categorías que emergió de las tendencias es la PS en el sistema de salud de Colombia, la cual es el eje de reflexión del presente escrito y se conjuga con el interés de las investigadoras por la formación de profesionales.

## RESULTADOS

La lectura que hacen los autores de los artículos revisados sobre la promoción de la salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, es realizada principalmente a partir del contexto normativo colombiano como referente de la concepción y posibilidades de la PS en el sistema. El análisis se centra entonces en la reflexión que se ha hecho alrededor de las declaraciones de PS, la Ley 100 de 1993, la Resolución 412 de 2000 y la Ley 715 de 2001 y cómo estas han orientado la operativización de las acciones de PS.

En relación con las declaraciones, Eslava-Castañeda (32), Realpe (33) y Suárez (39) resaltan la Carta de Ottawa como referente de la normatividad y acciones en salud, siendo la propuesta de los entornos saludables la que se hace presente con mayor fuerza, quedando el énfasis en la modificación de los estilos de vida. Así, principios como el bienestar y la equidad, que han sido ejes de discusión de las declaraciones, se diluyen en acciones más dirigidas a lo preventivo. En este sentido un autor expresa:

Si nos acogemos a los postulados fijados en la carta de Ottawa para la PS, en la que se conceptúa que ésta tiene que ver con el bienestar de la población y que, para conseguirla se requiere de ciertas condiciones de vida, como son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, la justicia social, la equidad y un ecosistema estable, podemos deducir que son precisamente estas condiciones, las que le hacen falta a la mayoría de los colombianos, por lo tanto, la PS se convierte en una utopía en tanto cada sector, al cual le compete la responsabilidad, no modifique favorablemente dichas condiciones. (33)

Lo anterior permite reconocer que esta lógica del sistema ha llevado a enfatizar en lo individual, mientras se dejan de lado acciones más comprometidas con cambios estructurales que permitan avanzar hacia la construcción de los postulados y propuestas de las declaraciones, entre las que sobresale la posibilidad de incluir procesos participativos (38).

La Ley 100 de 1993 marca un momento de cambio en la manera en que los colombianos vemos y vivimos el sistema de salud y en este sentido los autores (19, 31, 32) evidencian una marcada influencia de la lógica que determina el sistema con el neoliberalismo y el direccionamiento del mercado como rectores. Con base en lo anterior, se consideran las dificultades que representa trabajar alrededor de acciones transformadoras relacionadas con las dimensiones de la PS; teniendo presente que bajo esta lógica, para las aseguradoras privadas prima la rentabilidad, de lo cual se deriva la importancia que cobran el componente curativo-asistencial y la limitación de las posibilidades de aplicación de estrategias de la PS:

Los dineros del Sistema han sido utilizados, en una buena parte, para desarrollar infraestructura asistencial, fortalecer la demanda de servicios

asistenciales y pagar los altos costos que mantiene el mercado farmacéutico. Y en la obsesiva dinámica de la facturación, las actividades asistenciales siguen siendo más rentables y, por eso mismo, más añoradas que las actividades de promoción y prevención. (31)

Así mismo se identifica (38) que el discurso del sistema de salud en relación con sus propósitos de mejorar la eficacia, efectividad, economía, equidad y calidad de los servicios, no se concreta en la práctica y que la aplicación de la normativa a través de los planes de beneficio a cargo de diferentes actores ha llevado a una confusión en la ejecución de actividades relacionadas con la promoción. Adicionalmente, las empresas privadas no muestran su interés en la realización de acciones de promoción de la salud y por el contrario buscan ahorrar los dineros que tienen asignados para este fin, a lo que se suman dificultades técnicas, de control y de participación. Todo lo anterior lleva al fortalecimiento del sistema en lo curativo mientras se limita la provisión de programas de promoción de la salud.

En el análisis de la normatividad, se afirma además (32, 33) que la Resolución 412 de 2000 se convirtió en el máximo a cumplir por parte de las entidades promotoras y prestadoras de servicios lo que la ha convertido en una limitante para el desarrollo de la noción de PS que guía las acciones y hace que prevalezca el enfoque preventivo, desde una mirada que no se orienta a promover la vida, sino a prevenir y controlar los factores de riesgo, en una práctica que tiende a igualar los conceptos de promoción y prevención:

La articulación de estas dimensiones [la PS y la PE] no ha sido fácil y, por momentos, ha estado obstaculizada por la misma concepción del modelo. En particular, la profunda separación entre las acciones individuales y colectivas, organizadas en la lógica de paquetes de beneficios; el gran peso asistencial

curativo que aún tiene el sistema sanitario, la confusión generada por el nombre y el papel de las EPS y la concepción eminentemente preventivista de las acciones desarrolladas tanto en el POS como en el PAB, han impedido que se desarrolle una política de salud realmente integral donde se asuma, de manera complementaria, la especificidad de la PS y la PE. (31)

Derivado de lo anterior, se reitera que las acciones de PS en el caso colombiano, han estado orientadas fundamentalmente a la modificación de estilos de vida de los individuos, lo que en la práctica se traduce en que las acciones de PS se tornen desarticuladas, fragmentadas y fusionadas con las acciones de PE.

Adicionalmente, los autores (33, 39) resaltan la orientación de recorte al gasto público que se hace evidente en la promulgación de la Ley 715 de 2001, en una clara profundización de medidas neoliberales; además, se regresa a los entes territoriales la responsabilidad sobre algunas acciones de PS y de PE. Esta situación hace que la red hospitalaria pública ya en crisis, tenga dificultades para atender la mayor demanda de servicios que se deriva de allí; lo cual acrecienta la posibilidad de desviación de recursos y muestra una desarticulación en la prestación de servicios con la consecuente generación de barreras de acceso para la población.

Para finalizar, los autores coinciden en señalar que la PS mantiene un incipiente desarrollo originado en la falta de concreción y ejecución de las políticas de salud, un concepto de salud centrado en el riesgo y lo asistencial y un escaso control y desinformación de los ciudadanos. Así mismo se evidencian las limitantes relacionadas con la financiación de las acciones, la fusión y confusión entre acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, las limitaciones relacionadas con las responsabilidades locales y nacionales y con la misma normatividad, carente



de posibilidades para cumplir con los postulados del derecho a la salud y de la promoción de la salud.

## DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados se encuentran algunos ejes para la discusión que se relacionan con la promoción de la salud en el SGSSS en Colombia, el derecho a la salud y la responsabilidad de los formadores de los profesionales en esta área frente al reto de mejores condiciones de salud para los habitantes del país.

El debate que se construye desde los artículos analizados sustenta que la aplicación de las propuestas de la PS se ha visto menguada por la presión de un sentido mercantil de la salud que hace que aspectos fundamentales para la vida como la autonomía, la participación, la educación, la equidad y otros que no pueden hacer parte de lo tangible y lo rentable, queden por fuera de las posibilidades reales de vivencia para las personas. Los autores hacen énfasis en cómo los discursos que fundamentan la legislación y las declaraciones de PS, contemplan la transformación de las condiciones de vida pero en la práctica y bajo esta lógica, lo que se vive son las dificultades para el acceso a los servicios, una mirada morbicéntrica de los procesos individuales y colectivos y una orientación a los procesos de curación. Al respecto, Borrero (51) hace referencia a la importancia de abordar el concepto de salud, pues desde ahí se construyen los discursos y prácticas y precisamente un concepto centrado en la ausencia de enfermedad, que es el que ha predominado, ha llevado a que las políticas privilegien los recursos para servicios individuales, especialmente curativos, algunas acciones de protección específica y a la investigación biomédica.

Podría decirse que desde lo expresado en los artículos teniendo en cuenta la Ley 100 de 1993, la Resolución 412 de 2000 y la Ley 715 de 2001, la

tendencia es a expresar principios y acciones que no son posibles en un contexto de inequidad como el que se vive en Colombia, pues luego de casi dos décadas de implementación del sistema, se ha evidenciado que este no responde a las necesidades de salud de la población ni garantiza los principios que la misma ley enuncia (52).

Si integramos al análisis otras normas representativas de los intentos de transformación del sistema, encontramos que afloran aspectos que se articulan a lo ya expresado y dan cuenta de cómo las estructuras sociopolíticas y normativas no logran concreción en el mejoramiento de las condiciones de vida en los sujetos. Una mirada a la Ley 1122 de 2007 (53) en la cual se define un Plan Nacional de Salud Pública centrado en un sistema de prevención de riesgos y promoción de estilos de vida saludables, nos permite evidenciar la permanencia de la confusión entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, reducida en la práctica a “PyP”. En este sentido, Muñoz plantea que esta reforma al SGSSS, no constituye una reforma en salud, pues no introduce cambios estructurales sino que ratifica el sistema de aseguramiento e introduce algunas modificaciones que sin embargo mantienen el modelo, los esquemas de financiación, los actores, los objetivos, las funciones y el flujo de recursos (54).

Si nos acercamos al Decreto 3039 de 2007 (55) por el cual se reglamenta la Ley 1122, identificamos que se amplía la visión sobre la promoción de la salud y la calidad de vida, elevándola a proceso político y social que abarca acciones dirigidas a mejorar la salud como derecho humano inalienable donde se involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto con un enfoque intersectorial. Se reconoce ahí la salud en su sentido positivo como bienestar. Sin embargo, en la parte operativa se ha seguido implementado de forma fragmentada sin lograr la intersectorialidad ni su enfoque de derechos.

Finalmente, la Ley 1438 de 2011 (56) plantea la estrategia de atención primaria en salud (APS)

como marco para la atención en salud en Colombia, plantea la unificación del plan de beneficios, abre la posibilidad de que se pueda contar con atención en cualquier lugar del país y considera la formación permanente del talento humano en APS. Encontramos que a pesar de este enfoque, en sus principios aparece de nuevo la sostenibilidad fiscal, lo que limita las acciones de promoción de la salud a los asuntos financieros del sistema. La mirada que hace Franco (57) a otras experiencias de América Latina, reafirma que en el contexto de las reformas neoliberales prevalece la fragmentación y segmentación de servicios y redes de servicios lo cual da más autonomía a las empresas privadas de salud, y agrega que son aisladas y transitorias algunas experiencias que han aportado a la concreción de la promoción de la salud.

Se hace visible entonces, una lógica que como plantea Hernández (7) no se reduce al debate técnico, que asume que el modelo es bueno y que solo se requiere mejorar su aplicación sino que existen obstáculos estructurales para el logro del derecho a la salud, que se profundizan con el sistema de seguridad social en salud.

En el mismo sentido, Gañán (58) explica cómo el derecho a la salud, reconocido como fundamental y el derecho a la libertad económica, se enfrentan en el actual sistema a una permanente tensión que ha generado múltiples colisiones, en las cuales el derecho a la salud resulta altamente vulnerado, lo que se expresa por ejemplo en la gran cantidad de reclamos a las EPS y de acciones de tutela. La exigibilidad de derechos por esta vía, muestra su vulneración pero exige además una consideración sobre la manera como nos hemos aproximado a lo que llamamos promover la salud. El análisis de la estructura en términos de la lógica del mercado, el subsidio a la demanda, la libre competencia, el interés privado, el desconocimiento de los ciudadanos como sujetos de derecho, la funcionalidad del sistema en términos del inadecuado manejo de recursos, la segmentación de responsabilidades entre actores, la carencia

de sistemas de evaluación, entre otras, son expresiones claramente contrarias a la concreción del derecho a la salud.

La propuesta para avanzar en este análisis la hacemos partiendo de la lectura de los acontecimientos recientes –2012– en el país, en los cuales los diferentes sectores que hacen parte del sistema de salud dan cuenta de su inviabilidad. Este momento evidencia la necesidad de privilegiar las acciones que promueven la salud más allá de la lógica del mercado, y plantea la discusión en torno a la posibilidad de un sistema de salud que no solo atienda la enfermedad sino que incluya componentes como la libertad, la autonomía de las personas, las condiciones de vida saludables, la salud pública, la atención integral y la participación de las personas y las comunidades (59). Este contexto demanda aproximarnos a pensar el significado que damos a la promoción de la salud y a nuestro papel como sujetos que participamos en los procesos de investigación y formación de los profesionales en esta área, reconociéndonos en los lugares epistémicos en que nos ubicamos para participar. Para ello, un reto para la docencia está en afrontar dos cuestionamientos fundamentales: la necesidad de la reflexión filosófica y la reconfiguración de la educación en las prácticas de salud (60).

Si acogemos los análisis de Chapela y Cerda (61) que incluyen la pregunta sobre “¿Cómo justificar una promoción de la salud comprometida con el florecimiento y auge de la hegemonía del mercado?”, podríamos caminar hacia reflexiones que nos permitan pensar en una promoción de la salud que trascienda esta lógica y avance en caminos para su desarrollo, en los cuales los procesos de investigación hagan visibles las acciones que promueven la salud en medio de esta estructura y los procesos de formación se inserten en modelos pedagógicos para la construcción de aprendizajes que permitan a estudiantes y docentes reconocer en los contextos concretos las apuestas teóricas que trabajamos en el aula.

Ubicarnos en la lógica de análisis y crítica de las concepciones y acciones de PS en el sistema, nos compromete además a abrir espacios para la transformación teniendo como eje el establecimiento de relaciones con los otros más allá del conocimiento científico-técnico y con la posibilidad de reconocernos, al decir de Granda (62) como sujetos intérpretes y mediadores, en la búsqueda de la dignidad de la vida. Esto demanda como propone este autor (63), al hablar de la formación de salubristas, modificaciones teóricas y metodológicas orientadas a la interpretación-mediación, trabajar en torno a la salud y no solo a la enfermedad y plantear cambios orientados a apoyar procesos participativos. En la medida en que como docentes nos comprometamos con la formación de sujetos críticos capaces de cuestionar las dinámicas a las que se enfrentan, será posible integrar nuevas miradas a los procesos de investigación y acción en salud que contribuyan a la transformación de las condiciones de vida de los seres humanos y al posicionamiento de la salud como dinamizadora de la vida.

## CONCLUSIONES

Hablar de promoción de la salud en su sentido pleno, implica tener como punto de partida conceptual

la salud y superar la mirada morbicéntrica que tradicionalmente ha orientado las políticas y las prácticas, y que ha llevado a reducir la PS a acciones individuales relacionadas con estilos de vida y a confundirla con la prevención de la enfermedad, perspectiva fundamental, pero distinta en su lógica y en sus acciones. La promoción de la salud remite también a la apuesta por la salud como derecho humano, más allá de la atención, en relación plena y permanente con otros derechos humanos y en últimas con una vida digna. El actual sistema de salud colombiano, como lo evidencian diversos estudios y especialmente la experiencia cotidiana de los ciudadanos, es un contexto adverso para el desarrollo y la práctica de la PS y para la garantía del derecho a la salud.

Lo anterior se convierte en oportunidad para pensar el lugar de la formación en la concreción de la PS, lo que nos exige como docentes e investigadores, ubicarnos en discusiones que trasciendan lo diagnóstico y nos conduzcan a reflexiones epistémicas que puedan confrontarnos frente a nuestras concepciones de salud y nos permitan integrar la multidimensionalidad de la vida para promover una formación de sujetos que piensen sus mundos y se sientan con posibilidades de transformar las realidades en las que viven.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Núñez J, González N. Colombia en el contexto de las metas del milenio: Tropiezos, logros y el camino hacia adelante [internet]. Bogotá: Universidad de los Andes; 2006 [consultado 2012 Oct 10]. Disponible en: <http://economia.uniandes.edu.co/html/cede/cede.htm>
2. Organización de las Naciones Unidas. Declaración del Milenio [internet]. Washington; 2000 [consultado 2012 Sep 16]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
3. Llistar D. El qué, el quién, el cómo y el por qué del Consenso de Washington. Observatori del Deute en la Globalització. Càtedra UNESCO a la UPC. Nov. 2002.
4. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia. Cinco años de la puesta en marcha de la Ley 100. 4 ed. Bogotá: FES; 1999. p. 61.
5. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema general de seguridad social integral en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 1993.
6. García C, Tobón O. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica. ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa? Hacia promc. Salud. 2000;5:7-21.
7. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. La salud está grave. Una visión desde los Derechos Humanos. Bogotá: Antropos; 2000. p. 133-164.
8. Organización Mundial de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad [internet]. Ciudad de México; 2000 [consultado 2012 Oct 16]. Disponible en: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences-/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences-/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf)
9. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado [internet]. Bangkok; 2009 [consultado 2012 Oct 16]. Disponible en: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)
10. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En: Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; Ottawa, Canadá. Geneva; 1986.
11. Organización Mundial de la Salud. Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Un llamado para la acción [internet]. Nairobi; 2009 [consultado 2012 Oct 16]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/index.html>
12. Marchiori P. Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia D, Machado C. (organizadores). Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar; 2003. p.19-46.
13. Galeano E. Investigación documental: una estrategia no reactiva de investigación social. En: Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada. Medellín: La carreta, 2004. p. 113-144.
14. Minayo MC. Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social. En: Investigación Social. Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar; 2003. p. 33.
15. Díaz M, Jaramillo G. La promoción de la salud en el ámbito escolar del colegio José Celestino Mutis. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq. 2005;17(1):34-42.
16. Ríos K, Duarte J, Mesa L, Zapata J, Palacio S. Nociones y experiencias en promoción de la salud y prevención de la enfermedad de bacteriólogos y laboratoristas clínicos egresados de la Universidad de Antioquia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2005;23(1):19-31.

17. Rodríguez LN, Arias B. La alfabetización de adultos: escenario potencial para la promoción de la salud. *Invest. educ. enferm.* 2009;27(2):236-42.
18. Ospina B, Sandoval J, Aristizábal C, Ramírez M. La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud: Antioquia, 2003. *Invest. educ. enferm.* 2005;23(1):14-29.
19. González M, Jaramillo C. Modelo de evaluación para los programas de promoción de la salud desarrollados por las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, Ley 100 de 1993, Manizales 2000. *Hacia promoc. salud.* 2001;6:53-69.
20. Gutiérrez A, Gómez O. Process Evaluation of the Healthy Schools Strategy in the urban area in Cali, Colombia. *Colombia Médica.* 2007;38(4):386-94.
21. Hoyos J, Duvaltier I, Giraldo W. Límites de los programas de promoción y prevención: Una perspectiva Psicoanalítica. *Iatreia.* 2003;16(2):132-9.
22. Salazar L, Díaz C. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. *Ciênc. saúde Coletiva.* 2004;9(3):545-55.
23. Agudelo A, Zapata D, Martínez E. La dinámica familiar y el fomento de la salud bucal en poblaciones desplazadas y destechadas. *CES odontol.* 2007;20(2):23-30.
24. Hernández A. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud y promoción de la salud para la población desplazada, pobre y vulnerable de la zona sur oriental de Cartagena. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2003;2(5):78-106.
25. Martínez E, Saldarriaga J, Sepúlveda F. Actividad física en Medellín: desafío para la promoción de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2008;26(2):118-22.
26. Prieto A. Modelo de promoción de la salud, con énfasis en actividad física, para una comunidad estudiantil universitaria. *Rev. salud pública.* 2003;5(3):284-300.
27. Ospina D, Jaramillo D, Uribe T. La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. *Invest. educ. enferm.* 2005;23(1):78-89.
28. Morales R, Restrepo S. Programas de restaurantes comunitarios. Un proceso dinamizador de la promoción de la salud. Municipio de Caldas Antioquia. *Perspect. nutr. hum.* 2005;(13):31-45.
29. Sanabria-Ferrand P, González L, Urrego D. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med.* 2007;15(2):207-17.
30. Silva L, Herrera V, Agudelo C. Promoción, prevención, municipalización y aseguramiento en salud, en siete municipios. *Rev. salud pública.* 2002;4(1):36-58.
31. Eslava-Castañeda JC. Promoción y prevención en el sistema de salud de Colombia. *Rev. salud pública.* 2002;4(1):1-12.
32. Eslava-Castañeda JC. Rethinking how health is promoted in the Colombian general health-related social security system. *Rev. salud pública.* 2006;8(supl 2):106-15.
33. Realpe C. La Promoción y la prevención en el sistema de salud colombiano. *Hacia promoc. salud.* 2002;7:7-12.
34. Martínez O. La promoción de la salud. *Némesis Médica. Rev. Fac. Med.* 2003;51(3):158-63.
35. Forero JA. La Comunicación Social para la Promoción de la Salud. *Hacia promoc. salud.* 2003;8:59-75.
36. Forero JA. El mix de las comunicaciones: comunicación total en la promoción de la salud. *Hacia promoc. salud.* 2004;9:53-75.
37. Forero Santos JA. El marketing social como estrategia para la promoción de la salud. *La Sociología en sus escenarios* [internet]. 2009(20):1-20 [consultado 2011 Abr 10]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/7021/6440>

38. Molina G. Partnership: una estrategia de asociación para fortalecer la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a escala municipal. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2001;19(2):75-88.
39. Suárez E. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. *Comentarios a la Ley 715 de 2001*. Aquichan. 2003;3(1):9-15.
40. Franco Z. El consentimiento informado como ejercicio de la autonomía en Promoción de la Salud. *Hacia promoc. salud*. 2005;10:48-58.
41. Franco Z. La Bioética en el Marco de la Promoción de la Salud. *Hacia promoc. salud*. 2000;5.
42. Restrepo HE. Experiencia del municipio de Versalles, departamento del Valle: una mirada desde la promoción de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2002;20(1):135-44.
43. Franco Z. Una aproximación contextual del desarrollo humano en Colombia como insumo para promover la salud y prevenir la enfermedad. *Hacia promoc. salud*. 2007;12:25-39.
44. Restrepo HE. Participación social en salud: un reto para la promoción de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2003;21(2):119-26.
45. Restrepo S. La promoción de la salud y sus aportes a la educación en alimentación y nutrición. *Invest. educ. enferm*. 2005;23(1):110-7.
46. García JC. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: una oportunidad por desarrollar. *Av. Enferm*. 2009;27(1):124-9.
47. Pico M. La promoción de la salud en el trabajo: aspectos conceptuales y de reflexión. *Hacia promoc. salud*. 2003;8:21-36.
48. Gómez R, González E. Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2004;22(1):87-106.
49. Buendía J, Sánchez J. Using systematic reviews for evidence-based health promotion: basic methodology issues. *Rev. salud pública*. 2006;8(supl 2):94-105.
50. Prieto A. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desde la Fisioterapia: Revisión conceptual. *Rev. Fac. Med*. 2004;52(1):62-74.
51. Borrero Y. Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2011;29 (3):299-307.
52. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad. saúde pública*. 2002;18(4):991-1001.
53. Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 2007.
54. Muñoz O. Ley 1122: hará camino al andar. *El Pulso* 2007, abril; Sec Debate [internet] [consultado 2011 Abr 5]. Disponible: <http://www.periodicoelpulso.com/html/0704abr-/debate/debate-01.htm>
55. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá; 2007.
56. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 2011.
57. Franco A. Promoción de la salud (ps) en la globalidad. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2012;30(2):193-201.
58. Gañán JL. Los muertos de Ley 100: prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud. Una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo [Tesis doctoral en Derecho]. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2010.
59. Hernández M. Salud: Aclaremos los caminos y abramos el debate. *Semanario virtual Caja de herramientas*. 323 Octubre 5 al 11 de 2012 [Internet]. Medellín: Caja de Herramientas; 2012 [consultado 2012 Oct 15]. Disponible en: [http://viva.org.co/cajavirtual/svc0323/pdfs/-articulo548\\_323.pdf](http://viva.org.co/cajavirtual/svc0323/pdfs/-articulo548_323.pdf)

60. Czernia D. El concepto de salud y las diferencias entre prevención y promoción. En: Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar; 2003. p. 47-63.
61. Chapela MC, Cerda A. Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos. 1ª ed. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana, Serie Académicos CBS número 94; 2011. p. 156.
62. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Rev. cuba. salud pública [internet]. 2004;30(2) [consultado 2012 Oct 17]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es)
63. Granda E. Formación de salubristas. Algunas reflexiones. En: Granda E. La salud y la vida. Vol. 2. Quito: OPS; 2009. p. 143-176.