

Salud pública: Límites en la responsabilidad compartida por ciudadanos, medios de comunicación y otros actores sociales.

Autores: MSc. Flor Micaela Ramírez Leyva, Departamento de Psicología del Centro Universitario de la Costa, Universidad de Guadalajara, México, flor.ramirez@cuc.udg.mx. & Dr. Carlos del Valle Rojas, Universidad de La Frontera, delvalleufro@gmail.com

Resumen:

Partiendo de la descripción y propuestas del Proyecto de Comunicación y Salud de la Universidades de Guadalajara, México, y de la Frontera, Chile, (PCS UdeG-UFRO) se plantean límites y atribuciones de responsabilidades conjuntas tanto de los medios de comunicación como del resto de los actores sociales involucrados en salud: autoridades, académicos y ciudadanos, en la reconstrucción, difusión y evaluación crítica de información sobre salud integral biopsicosocial.

Palabras Clave: Salud Pública, comunicación, información y responsabilidades.

Tabla de Contenido:

1. Introducción
2. Antecedentes del proyecto / contextos de salud en la regiones de occidente en México y la región de La Araucanía en Chile.
 - 2.1 Contextos de salud en las regiones de México y Chile
3. Problematización. Breve encuadre teórico-metodológico y líneas de investigación, intervención y prevención en salud en diferentes escenarios.
4. Propuestas en función de los límites y responsabilidades de los actores en sus respectivos escenarios

5. Reflexión y comentarios finales

6. Referencias bibliográficas

1. Introducción

En el trabajo se explica el alcance y los aspectos del proyecto, cuyo objetivo es realizar investigación, intervención y prevención-promoción de salud utilizando los enfoques de estudios socioculturales, de la economía política de la comunicación y la cultura, así como de la retórica, integrando varios actores (políticos, comunidades, grupos culturales, profesionales, usuarios, etc.) principalmente de la Araucanía en Chile y de parte de la costa occidente mexicana, para disponer de información con el fin de incidir en las políticas públicas, en los procesos socioculturales de ambas regiones (identidad, discursos, representaciones, interacciones y prácticas en salud en diferentes niveles) así como en la circulación de mercancías simbólicas de salud.

Se subraya la importancia de trabajar con el modelo investigación-acción, mediante la sistematización e intercambio de información y experiencias que abran espacios para la reflexión crítica, convoquen y promuevan la inclusión/participación de los colectivos correspondientes (comunitarios, interculturales e internacionales) en los medios de comunicación y otros escenarios. Para ello, el proyecto contempla elaborar estrategias derivadas de la aplicación y evaluación de observatorios regionales, diagnósticos participativosⁱ registros y análisis de diferentes aspectos y procesos en salud, que permita establecer compromisos específicos en comunicación y medios, de acuerdo a la capacidad, necesidades y problemáticas de cada contexto.

Entendiendo que el cruce de la comunicación y salud representa un lugar de encuentro de intereses intelectuales animados por objetivos y aparatos conceptuales distintos (Petracci y Waisbord, 2011), debe subrayarse que la doble pretensión del PCS UdeG-UFRO retoma las consideraciones de estos autores, pues apunta a atender pero, a su vez, trascender la visión

instrumental imperante en ópticas de la salud y en ámbitos destinados a la creación y aplicación de las políticas públicas en ese renglón; y a problematizar el campo, elaborando preguntas propias de la disciplina de comunicación vinculadas con debates teóricos y líneas de investigación más amplios.

Asimismo, parte de los fundamentos conceptuales y de las sugerencias del presente trabajo provienen de la argumentación crítica desde el punto de vista de la filosofía social con la que Castiel, Álvarez-Dardett y Vasconcelos-Silva (2010, 2005) analizan aspectos de los sistemas vigentes de producción de conocimientos y tecnologías en promoción de la salud. Los citados investigadores destacan que los discursos hegemónicos de la salud enfatizan sobremanera la responsabilidad individual de las personas por sus riesgos y padecimientos; entre las premisas de dicho discurso mencionan: la forma de pensar y sentir de las personas respecto a su insuficiencia de tiempo para gestionar información para su vida; el constante e incoercible sentimiento de inseguridad; el énfasis en el enfoque racional; los dilemas frente a la virtualidad y las dificultades de descifrar la realidad actual.

Por lo tanto, el punto de nuestra propuesta es reflexionar y sugerir desde la academia tanto las posibilidades de investigación-acción en el campo de la comunicación y la Salud en los contextos de las regiones señaladas en México y Chile, así como las cuestiones relativas a las asignaciones de responsabilidades de los agentes involucrados y los límites de éstas en relación con un paradigma contrahegemónico de promoción de la salud. Este último, siguiendo a Castiel y Álvarez-Dardet, tendría que ir más allá de la política de neohigiene interna, de fuerte contenido moral con vistas a la longevidad que privilegia la productividad, y procura “el imposible equilibrio esquizofrénico entre la búsqueda de satisfacción de deseos propiciados por las múltiples tentaciones ofrecidas paroxísticamente a nuestro alrededor y

una medida responsable para que no nos consumamos en este torbellino" (2010: 76).

2. Antecedentes del proyecto / contextos de salud en las regiones de occidente en México y la región de La Araucanía en Chile.

La salud pública como objeto de estudio, de acuerdo con Castiel y Álvarez-Dardet (2010), pertenece a los tiempos inciertos propios de nuestra época hiper tecnológica. Las condiciones y calidad de vida de la población son cada vez más precarias; la mayoría lidiamos con cuestiones de orden socioeconómico y político que nos van dejando progresivamente más vulnerables, repercutiendo en el bienestar biopsicosocial. Las personas enfermamos con más frecuencia, proliferan mensajes tanto en los medios de comunicación como en la vía pública con referentes de salud y es creciente el número de consultorios, farmacias y expendios de medicamentos en muchas ciudades mexicanas y chilenas, en algunos lugares incluso se han multiplicado los sitios de medicina alternativa e incluso de charlatanes.

En ese orden de ideas, es ilustrativo el argumento de dichos autores acerca de que "el control de nuestras existencias en la actualidad se da por impsiciones biopolíticas basadas en un fuerte contenido moral, entre las cuales las prácticas sanitarias ocupan un lugar destacado, más allá de los mecanismos tradicionales de vigilancia y regulación por mecanismos jurídicos y policiales". (Castiel - Álvarez-Dardet, 2010: 72)

Continuamente aparecen nuevos desafíos para la sociedad y, en particular, para las autoridades gubernamentales, las disciplinas científicas, los medios de comunicación, etcétera; entre esos retos se sitúa de modo prioritario el asunto de la salud pública. Atendiendo a ello, la iniciativa de este proyecto surge, en el año en 2009, como respuesta a la necesidad de contribuir desde la academia con investigación (intervención y prevención/promoción) al abordaje de los asuntos y problemas crecientes del campo sanitario de dos

regiones de México y Chile, particularmente por un interés personal, compartido por profesores de las Universidades de Guadalajara y de la Frontera, en reactivar las líneas de investigación en el ámbito de la Comunicación y la Salud en sus respectivos contextos, dada la carencia de opciones y estudios en éstos.

En el proyecto se asume la co-responsabilidad de atender las consideraciones tanto de los informes oficiales elaborados por las instancias públicas encargadas de ejercer los recursos en el rubro de la salud, como de otros documentos de investigación (académicos y de organizaciones) que sistematizan y reflexionan sobre diversas dimensiones de este complejo campo. Además, creemos necesario discutir, coincidiendo con Menéndez, y Spinelli (2006), a partir de las prácticas y los hechos y no sólo de los discursos y representaciones sobre la participación social, que en algunos casos asume formas frecuentemente dominantes en el nivel local, pero con poco impacto en las condiciones estructurales.

Las regiones de la costa occidente de Jalisco y Nayarit y de la 9ª Región de la Araucanía de Chile son los contextos geográficos contemplados en el proyecto de comunicación y salud. La zona de la costa occidente mexicana integra principalmente algunas localidades de los municipios de Compostela y Bahía de Banderas, en la costa sur del estado de Nayarit; y de Cabo Corrientes, Puerto Vallarta y Tomatlán, localizados en la costa norte (punta oeste) de Jalisco. La región de La Araucanía, en Chile, integra dos provincias, Malleco y Cautín, cuyas respectivas capitales son Angol y Temuco; entre ambas reúnen un total de 32 comunas, su administración local reside en la respectiva municipalidad.

De manera sucinta, la línea de investigación de comunicación y salud, ofrecida a los diferentes programas de posgrado de las universidades de Guadalajara y de la Fronteraⁱⁱ, incluye las dimensiones de los procesos

socioculturales y los impactos psicosociales con enfoque de género; así como las perspectivas de la economía política de la comunicación y la cultura en salud y de la retórica. Más adelante se explica el detalle de estas áreas.

Debe aclararse que el Proyecto de Comunicación y Salud aún se encuentra en proceso de desarrollo, en sus primeras fases, por lo tanto no se han acotado ni jerarquizado las acciones a desarrollar, falta también delimitar los agentes, tiempos, formas, estrategias y recursos para implementarlo. De cualquier manera, se juzga pertinente recuperar las ideas y acuerdos generados hasta este momento con el fin de discutir las implicaciones y límites en las responsabilidades que pudieran asignarse a diferentes actores en el campo de la salud pública.

2.1 Contextos de salud en las regiones de México y Chile

En México, en la región de costa occidente, el servicio de salud es proporcionado por la Secretaría de Salud y el organismo público descentralizado (OPD) Servicios de Salud Jalisco, cuyo Informe de Actividades 2007–2013 enumera las estrategias de trabajo: impulso a la investigación científica, prevención de enfermedades y promoción de la salud; protección a la salud de la población con riesgos sanitarios y ambientales; construcción, conservación, mantenimiento y modernización de la infraestructura de salud; el equipamiento y el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC); mejora de la calidad nutricional y seguridad e inocuidad alimentaria. Cabe acotar que en el documento se propone un indicador específico para cada una de dichas estrategias, sin embargo, no siempre el indicador abarca en su totalidad el carácter de dicha estrategia.

Entre los reportes oficiales recientes que ofrecen un panorama respecto a Nayarit en materia de salud, destaca el *Informe de pobreza y evaluación en el estado* de 2012. En él se mencionan los programas desarrollados por las

dependencias asignadas en materia de salud esa entidad son: Comunidades y Educación Saludable, Escuela y Salud, Salud Ambiental, Prevención y Control de Violencia Intrafamiliar (Perspectiva de Géneroⁱⁱⁱ); Salud Bucal. Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades; Vete Sano, Regresa Sano (En la atención integral de los migrantes de otros estados de la República). Dicho documento indica que el porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud disminuyó de 32.2 a 24.1; la tasa con carencia por acceso a la seguridad social se redujo de 66.2 a 61.5 y el de aquéllos sin acceso a la alimentación aumentó de 18.2 a 23.5.

El servicio de Salud de Chile integra las Garantías Explícitas en Salud, el Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud, la Sección de Orientación Médica y Estadística, entre otras. El modelo de Atención de Salud en las diferentes regiones chilenas se deriva de un proceso de descentralización (Peroni, 2009), mediante el cual cada municipio se hace cargo de la salud comunal, con sus propios recursos. La red se organiza por hospitales regionales, de los cuales se derivan los Centros de Salud Familiar (CESFAM), a su vez están conectados con los Consultorios Locales y, en el último nivel, en las localidades rurales más pequeñas se localizan las Postas.

El Informe de Salud Familiar 2011 del CESFAM Piedra del Águila en Angol, indica que se realizaron entre otras actividades análisis FODA salud familiar, equipos de cabecera y transversales, establecimiento del grado de capacitación en salud familiar de los funcionarios del CESFAM, aplicación de encuesta salud familiar y aplicación Pauta de Acreditación. El equipo de atención lo conforman médico, odontóloga, enfermeras, matronas (es), trabajador social, psicóloga, nutricionista, paramédicos, asistente dental y administrativos. El informe consigna las pautas del Plan de acción Consejo de desarrollo local, dividido en las áreas de capacitación, difusión e Información; así como de Plan de promoción comunal.

En relación con las asignaturas pendientes en materia de salud en México, por ejemplo, en el corto y mediano plazo, el sistema estatal de salud de Jalisco enfrentará los retos producto de las transiciones demográfica, epidemiológica y organizacional. Los escenarios marcan una transición basada en la separación clara de las funciones del sistema estatal de salud. Otro de los desafíos será mejorar la calidad de los servicios para recuperar la dimensión humana de la atención, en vías de optimizar la percepción de calidad y accesibilidad; migrar hacia un modelo de servicios de salud pluralista, con mayor cobertura, incluyente y participativa. La situación no sería muy distinta para el estado de Nayarit.

El discurso parece sensato y justificado, sin embargo se puede discutir su trascendencia y eficacia basados en la tendencia de generalizar demasiado, dejando abiertas las pautas y, sobre todo, omitiendo posibles formas/estrategias/agentes/ tiempos/costos específicos para afrontar esos desafíos. Por lo tanto, parte de la responsabilidad de las instancias gubernamentales sería clarificar y explicitar estas cuestiones.

3. Problematización. Breve encuadre teórico-metodológico y líneas de investigación, intervención y prevención en salud en diferentes escenarios

Retomando la premisa de Castiel y Vasconcellos-Silva (2005) respecto a que las cuestiones de salud colectiva abarcan cada vez más dimensiones estructurantes atravesadas por recursos y objetos comunicacionales, es preciso identificar de qué manera tales aspectos inciden en el campo sanitario, según cada contexto geopolítico (por regiones/países) y cuáles acciones proceden. Para ello, en el Proyecto de Comunicación y Salud se propone efectuar y dar seguimiento a investigaciones con carácter cuali-cuantitativo, interdisciplinario e interinstitucional, con la participación activa de académicos y alumnos de diferentes programas de pregrado y posgrado, colectivos y otros agentes interesados.

Los aportes de dichos autores son muy significativos; recomiendan estar atentos a posibles daños de las manifestaciones de descontrol de las técnicas en salud colectiva, dado que las TICs han producido sectores especializados denominados e-salud, telemedicina, cibermedicina e informática para la salud del consumidor. Observan la transformación del paradigma de la educación sanitaria con énfasis moral-normativo a la (a) moral consumista de informaciones técnicas al servicio de una visión narcisista de la salud, hacen señalamientos sobre la epidemiología de la desinformación, o infordemiología, surgida como alternativa de saneamiento de la web del siglo XXI. Presentan aspectos de la inseguridad, como la relación entre profesionales de la salud e instancias de información y comunicación pública de contenidos vinculados a riesgos para la salud.

Observando dichas recomendaciones, el PCS UdeG-UFRO contempla investigar, en particular, con los enfoques de los estudios socioculturales, de género, retórico y de las economías políticas, en las mencionadas regiones de cada país:

A) Las representaciones socioculturales (en los medios de comunicación), narrativas (de los actores involucrados) y discursos socio-políticos en salud, así como análisis de contenido de los mensajes y los medios.

B) Los procesos socioculturales relacionados con las cosmovisiones – subjetividades, concepciones y metáforas, estereotipos– y prácticas en salud, consumo y estilos de vida (colectivos, por contextos/territorios incluyendo comunidades étnicas y/o extranjeros, con enfoque intercultural: occidental /mapuche (Chile) o huichol (México), vinculadas con la identidad y el género.

C) El seguimiento/evaluación de las acciones, programas, modelos^{IV} y problemáticas detectadas en salud en términos de comunicación y efectividad del modelo de atención, satisfacción del personal responsable y del usuario, identificando beneficios o áreas de oportunidad en procesos, programas y/o modelos de salud a nivel de interacciones individuales,

grupales o sistémicas y en medios de comunicación: impactos-consecuencias, etc.) Sociología de medios y organizaciones: rutinas, roles, cargas de trabajo.

D) Los impactos psicosociales, considerando factores sociodemográficos – género, edad, nivel socioeconómico, etc.–, contextos ideológicos y semánticos con el enfoque retórico en términos de expresiones de logos, ethos y pathos, acompañados de estudios de audiencias universales y particulares: grupos y redes sociales, familias e instituciones.

E) La circulación de contenidos y productos-mercancías simbólicos de salud y comunicación, en diferentes circuitos.

Los estudios específicos entre individuos, grupos o sistemas que contempla el PCS, atienden la clasificación de Aarva, Haes y Visser, (1997), (Ríos, 2012), sobre estudios: de Efectividad (calidad y satisfacción usuaria); de Audiencia (cosmovisiones, prácticas, metáforas, etc. de usuarios); del Comunicador (autoridades, prestadores de los servicios); del Contenido de mensajes (dispositivos electrónicos, gráficos e impresos disponibles en los espacios o unidades de salud hospitales, clínicas, centros de salud familiar, etc.) y estudios culturales (Discurso y poder, exclusión/ inclusión en prácticas de salud).

4. Propuestas en función de los límites y responsabilidades de los actores en sus respectivos escenarios-

Los supuestos de Castiel y Vasconcelos-Silva (2005) así como los aspectos contemplados en el PCS son útiles para perfilar las responsabilidades y los límites de éstas en relación con varios agentes del campo de Comunicación y Salud. Iniciemos el ámbito de competencia de **productores y transmisores de información en los medios públicos**. A ellos concierne:

1. Evitar las exageraciones y la mezcla desmedida de los diversos órdenes de realidad, con el desvanecimiento de las diferencias y contrastes. Esto

se asocia con lo señalado por Savater: "...el problema con internet no es que atrofie nuestra sensibilidad, sino que ahora tenemos que elegir entre una realidad virtual y una realidad presente" (2012, p. 23), y muchas veces, la primera, afirma, nos va acostumbrando a ver la realidad como espectáculo.

2. Reevaluar la utilización consciente y mesurada de las TICs transformadas en elementos/procesos/objetos producidos para ser empleados en el ámbito de las biotecnociencias humanas, vinculadas tanto a las prácticas de la biomedicina como a las de la salud pública.

3. Ofrecer sentidos estructurantes mediante opciones que no sustituyan o desplacen la interacción dialógica. Elaborar retóricas (diseños con intencionalidad razonada, significado y trascendencia de contenidos-mensajes-productos, estrategias individuales, familiares o de grupos) para las actividades de intervención y prevención de acuerdo a los problemas señalados o generados y a un modelo de educación para la salud libre de matices culpocéntricos.

4. Desarrollar un código de ética global orientada hacia problemas de salud pública que integra desigualdades sociales y vulnerabilidad de determinadas porciones de las poblaciones.

A las autoridades de las instancias estatales, regionales y locales del sistema y prestadoras de servicios de salud (incluyendo los profesionales de comunicación), de manera conjunta con académicos,correspondería:

1. Contribuir en los últimos cuatro puntos anteriores, así como delimitar los dilemas de aplicar la idea de responsabilidad individual como técnica de persuasión en los discursos y prácticas de la promoción sanitaria, que generan lo que Castiel (2010) llama "salud persecutoria"^V.

2. Observar continuamente el ambiente de las (sus) organizaciones profesionales de salud, con el objeto de evitar excesos generadores de precariedades como la explosión de impresos o sobreespecialización de campos, falta de seguimiento o de utilidad de la comunicación entre prestadores de servicios y pacientes, o en los sistemas de referencia y contrarreferencia en las unidades de servicios sanitarios.

3. A los agentes involucrados en la epidemiología compete ofrecer una comprensión satisfactoria frente a la compleja dinámica entre la situación de salud de las personas/poblaciones y los acelerados cambios socioculturales y subjetivos.

De igual forma a los **académicos** incumbe, además:

1. Cuestionar “el alcance de concepciones y teorías que impidan pensar en otras perspectivas capaces de superar comprensiones teóricas precarias de las sociedades y de los individuos, e intervenciones insatisfactorias de los procesos de salud/enfermedad/cuidado/prevención”. (Castiel- Álvarez Dardet, 2010, p. 14).

2. Estudiar cómo se manifiestan, en nuestras sociedades modernas, el control social y el establecimiento y la aplicación de normas, las dimensiones morales relativas a la culpa, sobre todo en lo referente a los aspectos de autovigilancia en salud.

3. Específicamente a los de la UdeG-UFRO implementar el PCS, diseñar una operación retórica-analítica en el campo de la salud, contribuir a la formación de los profesionales de la salud y crear conocimiento significativo para la toma de decisiones consciente.

Habría que reconsiderar e incentivar **la participación de los ciudadanos**, según sus capacidades e intereses, quienes -a través de colectivos u otras figuras y mecanismos, diagnósticos, observatorios o

programas y estrategias- gestionen información y conocimiento crítico sobre salud, con el fin de que:

1. Intervengan de manera visible en los procesos de reconstrucción, difusión e interpretación de contenidos (con representaciones dignas) y objetos simbólicos en el campo de la salud.
2. Hagan valer sus preferencias individuales, necesidad de personalización y sensibilidad cultural, para no obedecer sólo a imposiciones ideológicas de la hegemonía, pues no existe un "óptimo" estilo de vida a ser prescrito para todos.

Adicionalmente, para las asignaciones de responsabilidades sería útil no perder de vista las suposiciones de causa y atribución de culpa en el ámbito personal, en virtud de que existen limitaciones para demarcar la incidencia de otros factores no comportamentales, como los determinantes contextuales (Castiel - Álvarez-Dardet, 2010).

Además, se requiere que existan instancias o colectivos cuya función sea dar seguimiento o en su caso, verificar el cumplimiento de dichas responsabilidades, haría falta un consenso para crear una comisión plural integrada por diversos agentes (de medios, de organismos de salud, de la sociedad civil y académicos) comprometidos a estar al tanto de las diversas modalidades e interacciones de los actores sociales de la salud y la comunicación.

5. Reflexión y comentarios finales

La amplitud de circuitos e intereses vinculados con la comunicación y la salud, requiere establecer acuerdos sobre las responsabilidades particulares de los actores socio-políticos involucrados, en los planos jurídico-político y ético, pero también reconsiderar los límites de estas obligaciones -tanto a nivel individual como colectivo, en términos de políticas públicas y de responsabilidades- que en muchos casos se vuelven difusos y confusos por

las inercias en las arenas político-económicas, socioculturales y académicas, pues en la actualidad las formas simbólicas (que incluyen discursos) se multiplican con gran velocidad.

En términos del análisis y reconstrucción de los discursos sobre salud por los investigadores, productores de mensajes en los medios y prestadores de servicios de salud, no debe dejarse de lado los múltiples desafíos que impone la situación actual señalados por Castiel y Álvarez-Dardet, entre ellos la carencia de un estilo de vida ideal; los márgenes de la capacidad de consumo de las personas -cuyos factores son la libertad de elección, el derecho a decidir y la capacidad de agencia-; la incertidumbre de la aceptación pública de nuevas formas y modelos de participación en salud; la eficacia de las intervenciones, el riesgo de que cuando éstas fallen aumente la inequidad, y la relación con la responsabilidad colectiva.

Desde la academia, es preciso permanecer atentos a los cambios y las implicaciones de cada uno de estos aspectos, y haciendo eco de las palabras de Armand Mattelart^{vi}, mantener el pensamiento crítico sin dejar de cuestionarnos sobre el propósito, alcance y utilidad de nuestro trabajo, reunidos en la pregunta "¿a quiénes sirven nuestros conceptos?".

Aplicando los enfoques críticos y las metodologías no circunscritas sólo a paradigmas cuantitativos y evidencias, sino que integren informaciones de carácter cualitativo, sociocultural y psicológico, así como aquéllas referidas a esferas sociopolíticas y de la economía política, el PCS UdeG-UFRO se ofrece como una herramienta que contribuya a diseñar propuestas de investigación, intervención y promoción de la salud en diversos ámbitos, basadas en estrategias lo suficientemente creativas y adecuadas a sus contextos socio-históricos en las regiones de la costa occidente de Jalisco y Nayarit en México y de la Araucanía en Chile.

Queda mucho camino por recorrer para avanzar, financiar y consolidar el citado proyecto interuniversitario, y en su momento, evaluar su pertinencia y eficacia, en términos del cumplimiento de objetivos, aceptación y respuesta por los sujetos involucrados, de aportaciones para la solución y/o generación de problemas que abonen al respeto y mejoramiento de las condiciones de vida de las personas de estas regiones de sus países y al avance del conocimiento en las disciplinas de comunicación y salud, en tiempos de complejas transiciones y dolorosos rezagos sociales.

6. Referencias Bibliográficas:

1. Castiel L. y Álvarez-Dardet C. (2010). *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
2. Castiel, L. y Vasconcellos-Silva, P. (2005). *Precariedades del exceso. Información y comunicación en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
3. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2012). *Informe de pobreza y evaluación en el estado de Nayarit 2012*. México, D.F: CONEVAL.
4. División de Integración de Redes. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2009). *Manual de Procedimientos. Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud. 4ª Versión. Marzo 2009*.
5. Hoyos, J. y Gómez J. (2012). *Información, educación y comunicación para la salud. Documento de información, educación y comunicación – APS-R*. En:
<http://otherwise.com.co/docs/Informacion,%20Educacion%20y%20comunicacion%20en%20salud.pdf>
Centro de Salud Familiar Piedra del Águila. (2011) *Informe Salud Familiar*. Angol.

6. Menéndez, E. y Spinelli, H. (coords.) (2006). Participación social ¿para qué?... Buenos Aires: Lugar Editorial.
7. Petracci, M., y Waisbords. (Comps.) (2011). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía.
8. Andrea Peroni. (2009). El desarrollo local a escala humana: experiencias de desarrollo comunitario en el sector salud. Chile. *Polis* v.8 n.22. Santiago 2009. p. 99-120
9. Ríos, I. (2012). Comunicación en Salud: Algunas Definiciones. <http://ivanrioshernandez.wordpress.com/tag/definicion-de-comunicacion-en-salud/>
10. Savater, F. (2012) *Ética de urgencia*. México: Ariel.
11. Secretaría de Salud Jalisco. Informe de actividades 2007 – 2013
12. <http://visita.jalisco.gob.mx/wps/wcm/connect/9fbc27004e9cfd97996fbb7c5e67fb66/Secretar%C3%ADa+de+Salud.pdf?MOD=AJPERES>

Notas

ⁱⁱ Como el Observatorio Regional de Equidad en Salud, según género y Pueblo Mapuche, en la Región de la Araucanía, y los diagnósticos elaborados por el Departamento de Salud Pública, ambos coordinados por profesores de la Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

ⁱⁱ Por ejemplo, en la UFRO los Magister de Salud Pública y Desarrollo Local, Estudios y Desarrollo de la Familia, Terapia Familiar, Enfermería Mención Gestión del Cuidado, y en la UdeG, la Maestría en Terapia Familiar, entre otros.

ⁱⁱⁱ Por ejemplo, ese programa ofreció, a través de Servicios Especializados de Atención Psicológica, se otorgaron 2 476 consultas a mujeres víctimas de violencia, de las cuales, 1 385 atenciones fueron de primera vez y 1 091

subsecuentes, con los siguientes tipos de violencia: Psicológica 1 728, Física 526, Sexual 167 y Abandono 55.

iv Por ejemplo, el modelo de la zona de Jalisco se conforma, entre otros, por los Consejos Estatales: a) contra las Adicciones Jalisco (CECAJ), b) para la prevención de accidentes (CEPAJ), c) de Lucha contra el SIDA (COESIDA), y d) de Trasplantes de Órganos y Tejidos (CETOT); así como los Institutos Jaliscienses de Salud Mental (SALME), de Atención al Dolor (PALIA), y de Cancerología; así como el OPD Hospital Civil de Guadalajara y la Comisión de Arbitraje Médico (CAMEJAL).

v Formas modernas de regulación moral a través de nuevas estrategias de culpabilización socialmente instituidas que sitúan al lector frente a la compleja tarea de evaluar la efectividad real de las propuestas individualistas hegemónicas de promoción de salud centradas en evidencias científicas.

vi Conferencia de presentación del Libro Por una mirada Mundo, de Armand Mattelart. Facultad de Educación, ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile, 20 de Agosto del 2013.