

TECNOLOGÍA: RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Modelos de comunicación digital en organizaciones del Tercer Sector para la promoción de la salud

Digital communication models for health promotion

Edición Nº 33 – Diciembre de 2018

Artículo Recibido: Abril 27 de 2018

Aprobado: Octubre 24 de 2018

AUTORES

Alicia Inés Zanfrillo

Doctora en tecnología educativa: aprendizaje virtual y gestión del conocimiento, Licenciada en Sistemas, Magister en Gestión Universitaria, integrante del Grupo de Investigación Tercer Sector, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Nacional de Mar del Plata Mar del Plata, Argentina.

Correo electrónico: alicia@mdp.edu.ar

María Antonia Artola

Magister en Administración de Negocios, Contadora Pública, docente-investigadora integrante del Grupo de Investigación Tercer Sector de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.

Correo electrónico: martola@mdp.edu.ar

Raúl Ernesto de Vega

Magister en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud, Contador Público, Director del Grupo de Investigación Tercer Sector, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.

Correo electrónico: devega@copetel.com.ar

Resumen

La intensiva y extensiva inclusión de los avances tecnológicos en todos los ámbitos de la vida humana los instala en la comunicación del quehacer de las organizaciones tanto en la difusión de sus acciones como en la gestión de los vínculos con sus grupos de interés. En el ámbito de la salud pueden observarse estos avances no solo en la gestión administrativa a través de consultas en línea o recordatorios de turnos sino también en la

proliferación de sitios con información médica, consejos para una vida saludable, así como en el desarrollo de aplicaciones para controlar el bienestar y la condición física.

Se aborda una investigación cuantitativa, de tipo descriptiva desde la teoría conectivista que tiene como objetivo indagar sobre las características de las estrategias que se definen para promover el bienestar de la población en términos de salud. Los resultados de la investigación muestran estrategias prescriptivas de tipo vertical y determinista en las organizaciones asociativas vinculadas con la salud de la ciudad de Mar del Plata donde los recursos de internet no se definen bajo modelos democráticos que contribuyan a la construcción de prácticas reflexivas.

Palabras clave: TIC; salud; promoción; Tercer Sector

Abstract

The intensive and extensive inclusion of technological advances in all areas of human life installs them in the communication of the work of organizations including the dissemination of their actions and the management of links with their interest groups. In the field of health these advances can be observed not only in administrative management through online consultations or appointment reminders but also in the proliferation of sites with medical information, tips for a healthy life, as well as in the development of applications to control well-being and physical condition.

This paper approaches a quantitative investigation of descriptive type from the connectivist theory which has the objective to inquire on the characteristics of the strategies that are defined to promote the well-being of the population in terms of health. The results of the research show prescriptive vertical and deterministic strategies in the associative organizations linked to health in the city of Mar del Plata where internet resources are not defined under democratic models that contribute to the construction of reflective practices.

Keywords: ICT; health; promotion; Third Sector

Introducción

La prevención se ha posicionado como la estrategia más utilizada frente a aquellas problemáticas que generan efectos no solo sobre el rendimiento económico de las organizaciones sino además por su impacto en las dimensiones social y ambiental que componen en la actualidad la tríada de una gestión sustentable. Sin embargo, desde una connotación positiva la promoción de la salud defiende la preservación del bienestar de

las personas sobre los determinantes de su salud y por consiguiente con un rol protagónico en la definición de pautas de comportamiento como una estrategia superadora frente a la prevención (Gómez y González, 2004).

La promoción de la salud se sitúa más allá de un enfoque estatal aislado sino que requiere de los esfuerzos de diferentes tipos de organizaciones. La Organización Mundial de la Salud (2015) define a las entidades gubernamentales en coordinación con otros sectores como las responsables de orientar las políticas públicas a fin de lograr las metas de promoción en el cuidado de la salud. En este sentido, las organizaciones prestatarias de servicios de salud en Argentina colaboran en dicha misión y ofrecen a través de los recursos de internet tanto información como aplicaciones para el desarrollo de una actitud reflexiva y crítica en los usuarios, conscientes de las ventajas de promover estrategias que faciliten la transformación de las conductas actuales por otras que apoyen una mejor calidad de vida y reduzcan los riesgos asociados con hábitos perjudiciales. El propósito del trabajo consiste en determinar los modelos en que puede inscribirse el desarrollo de estrategias de promoción de la salud en organizaciones del Tercer Sector marplatenses.

Desarrollo del trabajo

1. Antecedentes teóricos

El nuevo modelo bio-psico-social de salud propuesto desde una concepción integral se considera un proceso de carácter multidimensional en el cual los individuos interactúan con factores biológicos, psicológicos y sociales desplazándose entre el bienestar psicofísico y la enfermedad según se altere el equilibrio de dichos factores (Kornblit y Diz, 2000). Este modelo pone el énfasis no ya en el tratamiento de las enfermedades y las rehabilitaciones terapéuticas sino en la prevención y promoción de la salud atendiendo a la instalación tanto de hábitos saludables como al fomento de conductas que favorezcan la resistencia a las afecciones o alteraciones en el bienestar de las personas.

Desde la perspectiva del nuevo modelo bio-psico-social la concepción sanitaria de la salud pública sitúa el énfasis en el carácter colectivo antes que en el individual atendiendo a los márgenes que se establecen para considerar el equilibrio entre el bienestar psicofísico y la enfermedad, caracterizada por “tener un enfoque preventivo de los problemas de diversos grupos sociales diferenciados por edad, sexo, nivel socioeconómico” (Kornblit y Diz, 2000:7). La salud pública se reconoce como una

práctica social a cargo de diversos actores con la finalidad tanto de la prevención como de la promoción con un alcance mayor a través de los esfuerzos de la comunidad. Según la Organización Panamericana de Salud (2000) se concibe como un “esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo”.

La promoción puede definirse como la vinculación de los actores con el entorno a través de una actuación comunitaria comprometida. Se representa por una participación activa que involucra a un amplio número de grupos de interés es decir, con “... una perspectiva de trabajo intersectorial, acción coordinada de todos los implicados, como gobiernos, sectores sanitarios, sociedad civil y medios de comunicación” (CICAD, 2013). Esta concepción se plasma en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud la OMS del año 1986, en la cual se elabora la denominada Carta de Ottawa que considera a la salud como un recurso para una mejor calidad de vida de las personas más que un fin en sí mismo (OMS, 1986). Propone una clara connotación positiva que considera de orden prioritario las influencias sociales y ambientales así como las conductuales y físicas relacionadas con ella. En ella se aboga por un esfuerzo colectivo para la mejora de la calidad de vida de la población con la principal intervención de las instituciones de carácter público en estrecha colaboración con el resto de la sociedad.

La promoción de la salud se configura así desde un enfoque positivo, multisectorial y multidimensional sobre los determinantes de la salud y no únicamente sobre la enfermedad o las condiciones nocivas que pueden llevar a dicho estado. Su origen se sitúa a mediados del siglo pasado, a diferencia de la salud pública cuyos orígenes se remontan a la Grecia y Roma antiguas, depende no solo del estilo de vida y las prácticas de consumo de los individuos sino además de las características de su entorno y de las organizaciones donde interactúa (Ministerio de Salud, 2017). Dado el elevado número de horas de permanencia en las organizaciones “... ya sean empresas, lugares de trabajo, universidades, escuelas, etc., constituyen el entorno más propicio para promover la adopción de un estilo de vida saludable que abarque y acompañe todo el ciclo de vida de la persona” (Ministerio de Salud, 2017). Si bien el bienestar de la población se concibe como responsabilidad indelegable de las autoridades nacionales, provinciales y municipales este compromiso bajo la perspectiva de la promoción se define con la participación de las organizaciones de la sociedad civil.

La nueva perspectiva de la promoción de la salud se lleva a cabo a través de acciones de difusión de información, formación y participación en espacios de construcción colectiva de nuevas prácticas. Bajo la premisa de complementariedad a fin de lograr objetivos comunes y con el compromiso de las personas para la modificación de las prácticas como elemento fundante, se reconocen tres modelos en el desarrollo de estas acciones (Kornblit y Diz, 2004; OMS, 1986):

- nivel informativo, difunde contenidos sobre creencias, actitudes y hábitos saludables, de carácter unidireccional donde el destinatario adopta un rol pasivo,
- nivel de empoderamiento, promueve el desarrollo de capacidades para lograr un mayor control sobre las acciones y procesos decisorios así como en su influencia sobre el entorno físico y las condiciones socio-económicas, estilo autoritario y vertical que influencia la adopción de conductas consideradas más favorables,
- nivel comunitario, concibe a la salud como una construcción colectiva a través del compromiso y la participación de las personas, acentúa el diálogo y la interrelación entre los interlocutores privilegiando el carácter grupal, colectivo y horizontal a fin de transformar la realidad a través de la reflexión sobre la práctica.

Sobre estos tres niveles otros autores distinguen dos concepciones, una, centrada en la responsabilidad individual y otra, bajo la responsabilidad colectiva situando el nivel de empoderamiento en uno u otro nivel según el grado de autonomía que se dote al usuario en la selección de contenidos (Kornblit y otros, 2007; Gumucio-Dagron, 2011). Gómez y González (2004) reconocen dos enfoques en la promoción de la salud: (i) uno individualista que refuerza la responsabilidad del sujeto así como su estilo de vida atendiendo a la difusión de información sobre factores de riesgo y el uso de servicios sanitarios para el cuidado personal y (ii) un segundo enfoque basado en la promoción desde una visión holística de los determinantes de salud. La integración de estas dos posturas considera a la promoción como una estrategia que vincula a las personas con su entorno en relación con los determinantes de salud.

2. Metodología para el desarrollo de la investigación

El enfoque metodológico se desarrolla a través de un estudio cuantitativo con un análisis de contenido sobre los instrumentos que posibilitan a las organizaciones del Tercer Sector comunicarse con sus públicos de interés en el ámbito digital: el *website*, los *social media* y aplicaciones para dispositivos móviles llevado a cabo entre los meses de junio a

julio de 2017. Este análisis se efectuó a fin de determinar el nivel de empleo de estos recursos en la promoción de la salud para concientizar a sus afiliados. Las unidades de análisis son las entidades de carácter asociativo vinculadas con los servicios de salud en la ciudad de Mar del Plata bajo el concepto bio-psico-social para el bienestar humano. La adopción de esta concepción implica que se consideraron aquellas organizaciones que financian y/o prestan servicios de salud como las obras sociales incluyendo además las que se orientan a brindar tratamientos terapéuticos, actividades recreativas o formativas para personas con discapacidad o las que proveen estudios médicos específicos para la comunidad.

La selección de fuentes de datos para contemplar la diversidad de formas jurídicas que se inscriben en esta actividad económica procede de la Federación de Fundaciones Argentinas, Confederación Argentina de Mutualidades, Superintendencia de Servicios de Salud e Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social. Estas entidades poseen características comunes para constituir la población en estudio: (i) carácter asociativo, identificada su personería jurídica en el padrón original, (ii) regularidad en su condición de contribuyente consignado en la identificación tributaria para identificar a personas físicas o jurídicas autónomas, (iii) vinculación con la prestación de servicios de salud identificados y (iv) domicilio en la ciudad de Mar del Plata, para la selección de entidades con cobertura nacional se consideran aquellas con una de sus sedes en la localidad.

El modelo propuesto se compone de dos variables que responden a los enfoques conceptuales vertical y democrático (Tabla 1). El estudio emplea el análisis de contenido manifiesto de corte cuantitativo y cualitativo sobre el *website* corporativo. La incorporación de las herramientas a una u otra categoría no resulta taxativa sino que se ha incorporado en relación con: a) las limitaciones propias de las herramientas analizadas y b) los usos a los que se las destinan. Por ejemplo el *Blog* podría ser incluida en la dimensión de *Participación reflexiva* se incorpora en *Interacción* porque su uso no llega más allá de la divulgación de contenidos con los públicos de interés.

Una vez realizado el análisis de contenido sobre los recursos de internet definidos para este soporte, se adopta un análisis descriptivo de los datos obtenidos. El total de 114 entidades asociativas activas vinculadas con los servicios de salud radicadas en la localidad se distribuyen entre cinco formas jurídicas: asociación, cooperativa, fundación –incluido en un sentido amplio–, mutual y obra social –de carácter mixto–. Las fuentes de datos de los *website* corporativos proporcionan además los contenidos informativos

sobre las campañas de difusión, las herramientas de interacción como foros y plataformas de gestión de contenidos junto con aplicaciones para dispositivos móviles.

Tabla 1. Resumen de las variables de investigación

Variable	Dimensión	Indicador	Descripción
Estrategias centradas en la responsabilidad individual	Difusión de información	Existencia de contenidos específicos	Elementos empleados para difundir información
	Interacción	<i>Presencia en social media (blog, YouTube, Facebook, Twitter, Google+)</i> Existencia de <i>App</i>	Herramientas para facilitar las intervenciones de los usuarios.
Estrategias centradas en la responsabilidad colectiva	Formación	Existencia de plataformas de aprendizaje	Espacios digitales para el aprendizaje
	Participación reflexiva	Existencia de foros de opinión online Existencia de comunidades virtuales	Herramientas para la formación de actitud crítica y construcción colectiva de conocimiento

3. Resultados

El punto de partida de la investigación empírica se centra en el reconocimiento del tipo de estrategias digitales empleadas tanto bajo la responsabilidad individual como colectiva. Su distinción implica el aprovechamiento de los social media para acceder a diferentes públicos, en particular a los *millenials* y *centennials* que aprovechan exhaustivamente estos recursos, pues los emplean para su formación y entretenimiento constituyendo su fuente de información primaria (Ruíz y Pérez, 2017).

Estrategias de promoción digitales centradas en la responsabilidad individual

En el análisis de la dimensión *Difusión de la información* se observa que la mayoría de las organizaciones activas vinculadas con los servicios de salud con sede en la ciudad de Mar del Plata disponen de presencia digital a través de un *website* (81,6%). En el desagregado de este amplio porcentaje de inclusión digital para las organizaciones del sector, se observan diferencias significativas basadas en la forma jurídica. Las obras sociales tienen mayor representación (88,2%) junto con las asociaciones (70%) mientras que el sector mutual por el contrario apenas sobrepasa la mitad de entidades (56,3%). Las características para las cooperativas y fundaciones al ser tan escasas no resultan comparables, puesto que las dos fundaciones tienen presencia mientras que la cooperativa se encuentra ausente de este espacio. Notorio resulta que uno de los sectores más alejados de las estrategias digitales corresponde a las mutuales inscriptas en este análisis, considerando que la prestación de los servicios de salud es una de las

principales actividades económicas definidas para su constitución (45% del total de entidades) desaprovechando así los nuevos canales que ofrecen las TIC para establecer estrategias de interacción con sus asociados.

En forma tradicional a partir de los inicios de la *Web 1.0* tiene a la difusión de información como objetivo principal. A partir del año 2004 con la incorporación de los *social media* se ha transformado el rol del usuario de una actitud pasiva y receptora hacia una participativa bajo el rol de “prosumidor” ya que produce y consume información (Pisani y Piotet, 2009). Sin que sea excluyente la incorporación de estas herramientas, la difusión de contenidos es el primer paso en la consolidación del espacio digital y en la presentación de la entidad. Se observa que un gran número de estas entidades (79,6%) ofrecen contenidos específicos ya sea que se trate de campañas, artículos de opinión, foros académicos y científicos o efemérides. En forma singular se registra que el número de mutuales que no ofrece contenidos para la promoción de la salud resulta mayor que aquellas que sí lo hacen. A pesar de la mayor presencia de las obras sociales en el espacio, menos de la cuarta parte de ellas no establece prácticas o información de interés a fin de facilitar una sensibilización en sus grupos objetivo sobre temáticas que promuevan hábitos y conductas saludables.

En la dimensión *Interacción*, la menor participación de estas organizaciones en los *social media* como redes sociales y profesionales junto con otras herramientas de la *web 2.0* – menos del 20% de las entidades ofrece un perfil en dichas redes– representa una primacía de los servicios informativos y de gestión administrativa a través del *website* sin que se observen estrategias que promuevan la definición de instancias de comunicación a través de la amplia gama de recursos de internet. La ventaja registrada por las obras sociales a través de su presencia en el espacio digital no se corresponde con el uso de los recursos de *social media* para la divulgación de información e interacción con sus públicos de interés. El amplio uso de este tipo de herramientas por las organizaciones alcanza escasamente al sector de servicios de salud en la ciudad de Mar del Plata y se presenta aún más lejano para las obras sociales. Respecto del resto de entidades ofrecen una mayor adopción de estos medios e incluso con una diversificación que da cuenta del interés de llegar a sus asociados a través de las tecnologías disponibles en la época. Una situación particular se presenta para las mutuales, cuya actividad se manifiesta en el ámbito digital en forma conjunta con el quehacer sindical implicando por ello: (i) acceso a los contenidos sobre coberturas y prestaciones a través de una

búsqueda específica en el sitio o de un mayor número de clics y, (ii) contenidos diversos ofrecidos a través de la *web 2.0* sin posibilidad de diferenciar la actividad sindical de la mutual.

Se han registrado ocho entidades (7%) que ofrecen aplicaciones móviles para la gestión de trámites, por lo cual es mínima la presencia de aplicaciones para dispositivos móviles que utilicen este medio con el propósito de difundir información y/o brindar herramientas de interacción con los asociados. Dos de las aplicaciones corresponden a asociaciones y seis a obras sociales. Solo una de las aplicaciones –perteneciente a una asociación– tiene como propósito la contención y acompañamiento de personas con una enfermedad específica mientras que el resto se orientan a ofrecer información sobre turnos, trámites administrativos e información genérica sobre promoción de salud. No se registran aplicaciones que permitan la interacción con otros agentes y organizaciones a fin de profundizar sus conocimientos o compartir experiencias sobre las campañas de prevención difundidas en los medios electrónicos. Solo dos de estas aplicaciones tienen como característica la integración con *Google Maps* y la funcionalidad *cómo llegar*.

La dimensión *Difusión de la información* plantea los porcentajes de agregado más altos: 81,6% con presencia en el ámbito digital y el 79,6% de éstas ofrecen contenidos específicos para la promoción de la salud de producción local como los artículos de opinión y otros, generados a nivel nacional o en otras ciudades, como eventos científicos, campañas y efemérides. A diferencia de la dimensión anterior en *Interacción* se ofrecen valores menos significativos con un promedio en los *social media* de 7,9% presentando una mayor participación para la red social *Facebook* y menor para la construcción de contenidos de interés en bitácoras o *blog*. Las *app* por su parte tienen una presencia mínima con un 8,6%. Estas cifras sustentan un modelo basado en información, estableciendo mayoritariamente un rol pasivo para los asociados de estas organizaciones disociando las prácticas colectivas basadas en la reflexión y la contextualización de los contenidos por la primacía de una transmisión vertical de contenidos.

Estrategias de promoción digitales centradas en la responsabilidad comunitaria

Las estrategias diseñadas bajo la responsabilidad comunitaria cuyo objetivo consiste en la transformación de las prácticas de los usuarios no ofrecen herramientas digitales publicadas en las organizaciones analizadas tanto para la dimensión *Formación* como

para la dimensión *Participación reflexiva*. Ya sea que se trate de una actividad formativa a través de plataformas de aprendizaje o la construcción de opinión y conciencia crítica por medio de foros, comunidades y comparación de experiencias en contextos culturales mediados por las redes de colaboración e intercambio, estas estrategias se encuentran ausentes de la población en estudio. La falta de lineamientos limita las conductas del usuario a la reproducción de hábitos difundidos por campañas y eventos sin nutrirse de la capacidad reflexiva o de las características del entorno donde las prácticas tienen lugar.

La propuesta de comunicación desarrollada por las entidades en análisis pone el énfasis en el uso de la información como instrumento para la prescripción de prácticas y conductas sin ofrecer espacios a la diversidad de experiencias así como a la idiosincrasia cultural de la población objetivo para adoptar un rol protagónico en la promoción de la salud. Se limita la construcción de prácticas propias, contextualizadas y emergentes tanto de la problematización como de la reflexión de la situación actual.

Conclusiones

Este trabajo aborda el estudio de la adopción de modelos de comunicación en las organizaciones del Tercer Sector marplatenses a fin de determinar el tipo de estrategias que se desarrollan a través de los medios digitales para el cuidado de la salud. El estudio empírico muestra que las organizaciones analizadas se encuentran centradas en la difusión de información a través de contenidos específicos bajo las estrategias dirigidas a los sujetos y con escaso empleo de las herramientas de interacción. No se considera el trabajo colectivo con otros actores ni otras prácticas situadas y experienciales para el aprendizaje y el debate como instancias de interés para ser expuestas en estos ámbitos como vehículos para contribuir a la adopción de nuevos comportamientos y pautas de conducta para un mejor cuidado de la salud.

Si bien una amplia mayoría dispone de presencia digital (81,6%), la difusión de contenidos es la estrategia básica para una gran proporción de entidades (79,6%). Los recursos dispuestos a través de internet se orientan claramente a la difusión de contenidos y a la provisión de herramientas de comunicación, con escasa penetración de estas últimas, menos del 20%. La menor atención dispensada a los *social media* así como el mínimo interés por el desarrollo de aplicaciones inhibe una de las vías de intercambio entre las organizaciones y sus públicos de interés, reconocida en la

actualidad como uno de los medios para la formación de opinión y participación, en particular para el público joven.

A través del estudio empírico realizado se confirma para las organizaciones asociativas vinculadas con los servicios de salud con sede en la ciudad de Mar del Plata la hipótesis planteada sobre el modelo vertical en la concepción de estrategias digitales para la promoción de prácticas y hábitos sustentables en salud. Mientras un reducido grupo de estas entidades con presencia en la red se destacan por el rol de divulgación de información que cubren para las campañas de prevención por otra parte no se registran aplicaciones interactivas que promuevan otras prácticas. El sector no ofrece diferenciación clara de los públicos de interés con un escaso empoderamiento del usuario visible en la escasez de herramientas de interacción. Las estrategias centradas en la responsabilidad comunitaria expuestas a través de espacios digitales para el aprendizaje o herramientas para la formación de una actitud crítica se encuentran ausentes, potenciando aún más el enfoque de las estrategias en los sujetos antes que en espacios de colaboración y construcción compartida de saberes y experiencias.

La promoción de la salud se asienta para las organizaciones del Tercer Sector marplatenses bajo un modelo verticalista, centrado en la responsabilidad individual del usuario y determinado por la transmisión de información a través de contenidos y formatos predefinidos que acentúa la desarticulación con las acciones de las entidades gubernamentales. No se observa la complementariedad de modelos de formación y construcción compartida de saberes y experiencias, reforzando la estrechez de perspectivas en el sector respecto de profundizar en los cuidados de la salud a través de la adopción de nuevos avances tecnológicos empleados actualmente por la población para la comunicación y particularmente las jóvenes generaciones.

Referencias Bibliográficas

1. Gómez, Rubén, González, Edwin. 2004. Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. Facultad Nacional de Salud Pública, 22(1). Fuente: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12022109> (Consultado en julio 2017).
2. Organización Mundial de la Salud. 2015. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud. OMS: Ginebra, Suiza. Fuente:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf (Consultado en julio 2017).

3. Kornblit, Ana Lía, Diz, Ana María Mendes. 2000. La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales. Buenos Aires: Aique. Argentina.

4. Organización Panamericana de Salud. 2000. La salud y la salud pública en la historia. In: OPS/OMS. Salud pública en las Américas. Capítulo 4: Fundamentos de la renovación conceptual. Washington D. C.: La Organización.

5. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2013). Lineamientos hemisféricos de la CICAD para la construcción de un modelo integral de abordaje comunitario para la reducción de la demanda de drogas. Washington, D.C.: Organización de los Estados Americanos. Fuente: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=2206> (Consultado en julio 2017).

6. Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. In: Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá: OMS.

7. Ministerio de Salud (2017). Señalética para entornos promotores de la salud. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no transmisibles. Buenos Aires: Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación. Fuente: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/senaletica-para-entornos-promotores-de-la-salud> (Consultado en julio 2017).

8. Kornblit, Ana Lía, Diz, Ana María Mendes. 2004. Teoría y práctica en promoción de la salud: el caso del consumo abusivo de drogas. In: A. L. Kornblit (coord.), Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad. Buenos Aires: Biblos.

9. Kornblit, A. L., Diz, A. M. M., Di Leo, P. F., Camarotti, A. C. 2007. Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud. Revista argentina de sociología, 5(8), 11-27. Fuente: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-32482007000100002&script=sci_arttext&lng=en (Consultado en julio 2017).

10. Gumucio-Dagron, Alfonso. 2011. Comunicación para el cambio social: clave del desarrollo participativo. Signo y pensamiento, 30 (58). Fuente: <http://www.redalyc.org/html/860/86020038002/> (Consultado julio 2017).

11. Ruiz, Juan Carlos Morales, Pérez, Ingrid Sulay Tavera. 2017. Millennials, centennials, tecnología y educación superior: El modelo LEKTURE. In: Actas de Virtual

Educa. XVIII Encuentro Internacional sobre Educación, Formación Profesional, Innovación y Cooperación. Bogotá, Corferías 20-23 de junio. Fuente: <http://recursos.portaleducoas.org/virtualeduca> (Consultado en julio 2017).

12. Pisani, Francis, Piotet, Dominique. 2009. La alquimia de las multitudes. Cómo la web está cambiando al mundo. Madrid: Paidós Comunicación. España.