



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
E INMUNOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA MÉDICAS

TESIS DOCTORAL
FACTORES DETERMINANTES EN SALUD RELACIONADOS
CON LA EFICACIA Y SOSTENIBILIDAD DE INTERVENCIONES
EN PROMOCION DE LA SALUD

Autora:
Ingrid Gómez Duarte

Directora:
Profa. Dra. Dña. Carmen Gallardo Pino

Madrid, Junio 2013

**CARMEN GALLARDO PINO, DOCTORA EN MEDICINA, PROFESORA
TITULAR DE MEDICINA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA E INMUNOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA
MÉDICA
DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS**

CERTIFICA:

Que el proyecto de tesis doctoral titulado "*Factores determinantes en salud relacionados con la eficacia y sostenibilidad de intervenciones en promoción de la salud*", ha sido realizado bajo mi dirección por la licenciada en Medicina D^{ña}. Ingrid Gómez Duarte, y reúne todos los requisitos científicos y formales para ser presentado y defendido ante el tribunal correspondiente

Y para que así conste a todos los efectos, firmo el presente certificado en Madrid, a veinticuatro de junio de 2013.



Fdo.: Dra D^{ña} Carmen Gallardo Pino

A mi familia por su amor y apoyo.
A los promotores de salud que en el cumplimiento fiel y dedicado a su
labor me han inspirado a lo largo de este camino.

A la profesora que con su guía, apoyo, paciencia y conocimiento profesional, ha hecho posible la conclusión de esta investigación:

Profa. Dra. Dña. Carmen Gallardo Pino

Al profesor Demetrio Gacía de León Solera por su valiosa ayuda y consejos sobre la investigación cualitativa.

A los profesores y profesoras del Máster en Epidemiología y Salud Pública por su apreciado aporte académico.

A los agentes sociales que participaron en este trabajo de investigación por su invaluable ayuda y cooperación en la fase de producción de los datos.

A la Sra. Alicia Martín por su inestimable apoyo y valiosas coordinaciones. A Silvia Jiménez Sánchez por su generosa disposición y ayuda.

A la Universidad de Costa Rica por el apoyo brindado para mi formación académica en el exterior y en particular a la Escuela de Salud Pública por creer en mi propuesta académica y brindarme un espacio como profesional.

A todos y todas mi más sincero agradecimiento.

TABLA DE CONTENIDOS

Páginas

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES GENERALES.....	3
2.1 Aproximaciones a las nociones de Salud y Enfermedad	3
2.1.1 <i>Etimología de salud y enfermedad.....</i>	<i>4</i>
2.1.2 <i>Significaciones destacadas en las nociones de salud y enfermedad.</i>	<i>6</i>
2.2 Determinantes del estado de salud y enfermedad.....	26
2.2.1 <i>Enfoque tradicional (ecológico, biológico, biomédico) de los</i>	
<i>determinantes del estado salud-enfermedad</i>	<i>26</i>
2.2.2 <i>Enfoque holístico (integral) de los determinantes del estado salud-</i>	
<i>enfermedad.....</i>	<i>29</i>
2.2.3 <i>Enfoque de la “Nueva Salud Pública” (o de promoción de la salud) de</i>	
<i>los determinantes del estado salud-enfermedad.....</i>	<i>39</i>
2.3 Aproximaciones a la noción de Promoción de la Salud	45
2.3.1 <i>De la perspectiva curativa a la preventiva de las enfermedades</i>	<i>45</i>
2.3.2 <i>De la perspectiva preventiva de las enfermedades a la promotora de</i>	
<i>salud.....</i>	<i>48</i>
2.4 Organizaciones, eficacia y sostenibilidad	53
2.4.1 <i>Definición y clasificación de las organizaciones.....</i>	<i>53</i>
2.4.2 <i>Teoría de la Organización y su evolución</i>	<i>55</i>
2.4.3 <i>Organizaciones como sistemas</i>	<i>61</i>
2.4.4 <i>Organizaciones como sistemas de significados.....</i>	<i>68</i>
2.4.5 <i>Eficacia y sostenibilidad desde las organizaciones.....</i>	<i>73</i>
3. JUSTIFICACION.....	88
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	93
5. OBJETIVOS.....	93
Objetivo General.....	93
Objetivos Específicos	93
6. METODOLOGÍA.....	94
7.1 Perspectiva metodológica.....	94
7.2 Población	96
7.2.1 <i>Universo de referencia</i>	<i>96</i>
7.2.2 <i>Universo de trabajo y unidad de muestreo-análisis.....</i>	<i>96</i>
7.3 Muestreo.....	97
7.3.1 <i>Diseño muestral</i>	<i>97</i>
7.3.2 <i>Perfiles</i>	<i>98</i>
7.3.3 <i>Captación.....</i>	<i>98</i>
7.4 Técnicas	99
7.4.1 <i>Recogida de los datos.....</i>	<i>99</i>
7.4.2 <i>Entrevistas</i>	<i>99</i>
7.4.3 <i>Conformación de las entrevistas.....</i>	<i>100</i>
7.4.4 <i>Desarrollo de la entrevista.....</i>	<i>101</i>
7.4.5 <i>Estrategia de análisis de los datos.....</i>	<i>102</i>
7. RESULTADOS.....	108

7.1. Aspectos sobre los que saben los agentes sociales en relación a su experiencia en intervenciones en promoción de la salud	108
7.1.1 <i>Forma de entender las intervenciones: “en promoción de la salud es elemental la prevención!”</i>	108
7.1.1.1 Representa una actividad de la medicina.....	108
7.1.1.2 Resultado esperado: cambio en el estilo de vida de las personas	112
7.1.2 <i>Forma de hacer las intervenciones: prevenir y dar Educación para la Salud</i>	114
7.1.2.1 Nivel individual, grupal y colectivo	114
7.1.2.2 Valor agregado de las intervenciones	118
7.1.3 <i>Forma de entender otros componentes de las intervenciones</i>	121
7.1.3.1 La fragmentación: los problemas son sociales o de salud.....	121
7.1.3.2 La coordinación deber ser “cooperativa-coparticipativa”.....	122
7.1.3.3 El efecto multiplicador como resultado de la coordinación	125
7.1.3.4 El bienestar del conjunto sobre los intereses individuales.....	126
7.1.3.5 Abordaje biopsicosocial desde una concepción integral de la salud.....	129
7.1.3.6 La equidad en promoción de la salud	131
7.1.3.7 El cuidado y el aprendizaje.....	133
7.1.4 <i>Forma de entender la evaluación de las intervenciones: ¿realmente sirven o no?</i>	140
7.1.4.1 Evaluación de las intervenciones: antes y después.....	140
7.1.4.2 Monitoreo y Evaluación de las actividades.....	143
7.1.4.3 El efecto a largo plazo es difícil de establecer.....	144
7.1.4.4 Debe evaluarse el trabajo interinstitucional.....	148
7.2. Estructura y transmisión de lo que saben los agentes sociales en relación a las intervenciones en promoción de la salud.....	149
7.2.1 <i>Fuentes para seleccionar los temas de las intervenciones en promoción de la salud</i>	149
7.2.1.1 Actualidad.....	150
7.2.1.2 Demanda de los usuarios	152
7.2.1.3 Instituciones oficiales y estudios científicos	154
7.2.1.4 Instituciones extraoficiales en la comunidad	155
7.2.1.5 Enfoque biopsicosocial.....	155
7.2.1.6 Diagnóstico formal sobre la situación local de salud	156
7.2.2 <i>Escenarios seleccionados para desarrollar las intervenciones en promoción de la salud</i>	157
7.2.2.1 Centros de salud, educativos y culturales	158
7.2.2.2 Centros cívicos y de mayores	158
7.2.2.3 Asociaciones.....	159
7.2.3 <i>Componentes para construir las intervenciones en promoción de la salud</i>	159
7.2.3.1 Fase de planeación.....	159
7.2.3.2 Programa de las sesiones.....	161
7.2.3.3 Selección de contenidos de forma participativa.....	161
7.2.3.4 Técnicas grupales según componentes biopsicosociales.....	162
7.2.3.5 Talleres y charlas	163
7.2.3.6 Cursos, seminarios y grupos de trabajo.....	164
7.2.3.7 Terapias, simposios y excursiones.....	164
7.2.3.8 Mobiliario	165
7.2.3.9 Programas informáticos.....	166
7.2.3.10 Material impreso.....	166
7.2.3.11 Coordinador como figura fundamental.....	167
7.2.3.12 Toma de actas.....	167
7.2.3.13 Difusión de su trabajo desde atención primaria.....	168
7.2.3.14 Uso adecuado de los recursos.....	169
7.2.4 <i>Colectivos a los que dirige de forma predominante las intervenciones en promoción de la salud</i>	171
7.2.5 <i>Captación de los participantes en las intervenciones en promoción de la salud</i>	172
7.2.5.1 Consulta, carteles, derivación y difusión de usuarios	172

7.2.5.2 Correo electrónico, citas y página Web	174
7.2.5.3 Usuarios del servicio	175
7.2.6 Perfiles de los agentes sociales que participan en las intervenciones en promoción de la salud	176
7.2.6.1 Equipo de atención primaria	177
7.2.6.2 Equipo de la Mesa de salud escolar	177
7.2.6.3 Equipo de la Asociación	179
7.2.7 Iniciación de los agentes que desarrollan intervenciones en promoción de la salud	180
7.2.7.1 Interés personal	180
7.2.7.2 Especialización en un tema	181
7.2.7.3 Apoyo de compañeros	181
7.2.7.4 Oportunidades laborales	181
7.2.7.5 Cambio hacia un enfoque biopsicosocial	182
7.2.7.6 Relevo de un compañero	183
7.2.7.7 Reconocimiento a la colaboración	183
7.2.7.8 Familiar afectado	184
7.2.7.9 Jubilación	184
7.2.8 Necesidades de formación de los agentes que desarrollan intervenciones en promoción de la salud	186
7.2.8.1 Trabajo con grupos en la universidad	186
7.2.8.2 Habilidades para tratar problemas sociales en la comunidad	187
7.2.8.3 Habilidades sociales de planificación, administración y trabajo en equipo	189
7.2.8.4 Aspectos científicos, culturales y ambientales	190
7.2.9 Colaboradores de los agentes sociales que participan en las intervenciones	192
7.2.9.1 Mesa de salud escolar local	192
7.2.9.2 Atención primaria	193
7.2.9.3 Asociaciones y sus Federaciones	194
7.2.9.4 Industria farmacéutica y laboratorios	194
7.2.9.5 Promoción de la salud en la Comunidad de Madrid	194
7.2.9.6 Ayuntamientos y redes	195
7.2.9.7 Universidades	197
7.2.9.8 Policía y Servicios sociales	198
7.2.9.9 Hospitales	198
7.2.9.10 Voluntarios	199
7.2.9.11 Cajas de ahorro	200
7.3. Valoración afectiva y actitud de los agentes sociales ante las intervenciones en promoción de la salud	202
7.3.1 Experiencia con los usuarios en las intervenciones en promoción de la salud	202
7.3.1.1 El trabajo con grupos	202
7.3.1.2 El trabajo con colectivos	206
7.3.1.3 El trabajo en la sociedad actual	208
7.3.2 Experiencia de los agentes sociales en las intervenciones en promoción de la salud	212
7.3.2.1 Una intervención representa	212
7.3.2.2 Los balances y recompensas	215
7.3.2.3 Disparidad entre esfuerzo y resultados	219
7.3.3 Obstáculos para realizar las intervenciones en promoción de la salud	231
7.3.3.1 En el ámbito organizacional	231
7.3.3.2 En el ámbito intersectorial	236
7.3.3.3 En el ámbito cultural	244
8. DISCUSIÓN	249
8.1. Aspectos sobre los que saben los agentes sociales en relación a su experiencia en intervenciones en promoción de la salud	249
8.1.1 La salud y la promoción de la salud desde la perspectiva de la enfermedad	249

8.1.1.1 Promoción de la salud como tarea esencial de la medicina e historia natural de las enfermedades	249
8.1.1.2 Confusión sobre el uso del término "promoción de salud"	251
8.1.1.3 Formación desde la práctica de la biomedicina	253
8.1.1.4 Educación para la Salud como forma de operacionalizar las intervenciones en promoción de la salud	257
8.1.2 Integralidad, equidad y cuidado en salud	259
8.1.2.1 Visión y abordaje fragmentado de los problemas frente a la integralidad	259
8.1.2.2 Enfoque biopsicosocial de los determinantes de salud	266
8.1.2.3 Cuidado y aprendizaje	271
8.1.3 Intervención en promoción de la salud: realmente sirve o no sirve	274
8.1.3.1 Estudios experimentales: inadecuados, engañosos e innecesariamente caros	274
8.1.3.2 Contexto sanitario: Evaluación con indicadores biomédicos	276
8.1.3.3 Un único estudio definitivo es ilusorio	278
8.1.3.4 Nueva disciplina, nuevos métodos	279
8.1.3.5 Evaluación que ilumine el porqué y el cómo, en promoción de la salud	281
8.2. Estructura y transmisión de lo que saben los agentes sociales en relación a las intervenciones en promoción de la salud	282
8.2.1 Agentes sociales que realizan las intervenciones	282
8.2.1.1 Formación	282
8.2.1.2 Iniciación	284
8.2.1.3 Colaboradores	284
8.2.2 Gestión de las intervenciones en promoción de la salud	285
8.2.2.1 Gestión contemporánea	285
8.2.2.2 Planificación convencional	292
8.2.2.3 Planificación basada en el empoderamiento	300
8.3. Valoración afectiva y actitud de los agentes sociales ante las intervenciones en promoción de la salud	305
8.3.1. El cambio de conducta de los beneficiarios	305
8.3.1.1 Factores relacionados con el paciente	306
8.3.1.2 Factores relacionados con el profesional	313
8.3.1.3 Factores relacionados con la estructura organizacional	317
8.3.1.4 Mejorar la salud a través de los cambios de conducta	322
8.3.2 Participación de beneficiarios, colaboradores y agente sociales	328
8.3.2.1 Participación de los agentes sociales legos	328
8.3.2.2 La participación de algunos colectivos es complicado	333
8.3.3 Colaboración y coordinación con otros agentes sociales	335
8.3.3.1 En la práctica es difícil la colaboración	335
8.3.3.2 Colaboración interprofesional	338
8.3.3.3 Colaboración intersectorial	341
8.3.4 Estructura organizacional en las intervenciones	350
8.3.4.1 Inversión en promoción de la salud, beneficio social y productivo en una comunidad	350
8.3.4.2 Un trabajo voluntario espera al menos reconocimiento y recursos	352
8.3.4.3 Necesidad de un marco común en promoción de la salud	353
8.3.5 Eficacia de las intervenciones en promoción de la salud	359
8.3.5.1 Evaluar la eficacia: importante pero complicado	359
8.3.5.2 Se ignora la complejidad: los elementos que la integran y su interacción	361
9. CONCLUSIONES	363
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	377
11. ANEXOS	393
ANEXO 1: PERFILES DE LOS INFORMANTES	395
ANEXO 2: GUÍA DE PREGUNTAS	397
ANEXO 3: CATEGORIZACIÓN SEGÚN OBJETIVOS	398
ANEXO 4: CATEGORÍAS CONCEPTUALES	401

LISTA DE CUADROS

Páginas

CUADRO 1: ORÍGENES DE LA PALABRA SALUD	4
CUADRO 2: PALABRAS RELACIONADAS CON SALUD	5
CUADRO 3: MODELO DE SISTEMA ABIERTO.....	64
CUADRO 4. INTERVENCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD (IPS) SEGÚN AGENTES SOCIALES.....	109
CUADRO 5. ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN AGENTES SOCIALES.	110
CUADRO 6. FORMA DE HACER LAS INTERVENCIONES DE LOS AGENTES SOCIALES...	116
CUADRO 7. FUENTES DE LOS TEMAS EN LAS INTERVENCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	150
CUADRO 8. SITIOS PARA LOS TEMAS EN LAS INTERVENCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	159
CUADRO 9. COMPONENTES PARA CONSTRUIR LAS INTERVENCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	170
CUADRO 10. COLECTIVOS A LOS QUE SE DIRIGEN DE FORMA PREDOMINANTE LAS INTERVENCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD	172
CUADRO 11. CAPTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES A LOS QUE SE DIRIGEN DE FORMA PREDOMINANTE LAS INTERVENCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	175
CUADRO 12. PERFILES DE AGENTES EN LAS INTERVENCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	176
CUADRO 13. INICIACIÓN DE LOS AGENTES EN LAS INTERVENCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD	185
CUADRO 14. FORMACIÓN DE LOS AGENTES QUE DESARROLLAN INTERVENCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD	191
CUADRO 15. COLABORADORES EN LAS INTERVENCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD	201

LISTA DE ACRÓNIMOS

APA/AMPAS: Asociación de Madres y Padres

APHA American Public Health Association (Asociación Americana de Salud Pública)

ECA: Ensayos Controlados Aleatorios

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

IPS: Intervenciones en promoción de la salud

LOGSE: Ley de Ordenación General del Sistema Educativo Español

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RAE: Real Academia Española

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud

UIPES: Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud

WHO: World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)

1. INTRODUCCIÓN

Con un panorama de cambio, en donde las enfermedades infecciosas han descendido varios escalones dentro de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en el perfil que caracterizaba la primera mitad del siglo pasado, la dinámica salud-enfermedad de los habitantes en países como España, devela una transición epidemiológica que abre paso a otras formas de morir y enfermar de la población.

Esta transformación ha sido posible no solo a los avances en microelectrónica, informática, telecomunicaciones, biotecnología, robótica, inteligencia artificial, vacunas y medicamentos que han mostrado un ascenso vertiginoso, sino a la inversión sobre otros determinantes de la salud como el saneamiento ambiental, abastecimiento de agua potable, tratamiento de aguas residuales, el mejoramiento en la educación y vivienda, de forma que las personas viven más que a principios del siglo pasado y se ha pasado de un perfil básicamente infeccioso, a uno en donde los padecimientos de tipo crónico, se han hecho un espacio en el avance que caracteriza el proceso salud-enfermedad de los países desarrollados (Benach J y Muntaner C, 2005).

Es en este contexto, en donde los investigadores en salud pública, particularmente en el campo de la prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud, han cambiado su enfoque de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas como principales causas de muerte, o de lo meramente individual a lo comunitario, se requiere de nuevas estrategias que ayuden a comprender mejor el estrecho vínculo entre los comportamientos y prácticas de una población y los padecimientos que los caracteriza (Navarro, Voetsch, Liburd, Giles y Collins, 2007).

Es así que, reconociendo una creciente contribución de las ciencias sociales a mejorar la comprensión de dichas relaciones se plantea este estudio, el cual pretendió mejorar el conocimiento acerca de los factores de producción de las intervenciones en promoción de la salud, desde los determinantes en

salud, específicamente desde las organizaciones que brindan servicios en salud y promoción de la salud, y desde la representación social de los “*agentes sociales*” sobre su experiencia en intervenciones en promoción de la salud, relacionados con la eficacia y sostenibilidad de estas intervenciones, desarrolladas en el Área de Salud 8 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid

2. ANTECEDENTES GENERALES

“Cuanto más atrás puedas mirar, más adelante verás”.

Winston Churchill

(1874-1965)

2.1 Aproximaciones a las nociones de Salud y Enfermedad

Thomas Kuhn (1922-1966) consideró que el estudio histórico de los fenómenos es necesario para entender cómo se han desarrollado las teorías científicas y para conocer por qué en ciertos momentos unas teorías han sido aceptadas antes que otras, habría que agregar, que no es desconocido para muchos pensadores, críticos, investigadores, intelectuales y profesionales que han interactuado con el objeto salud-enfermedad, que el desarrollo del conocimiento generado por el ser humano a lo largo de su existencia, es la revisión del curso temporal y trascendente de sus acciones (Haby y Bowen, 2009).

No obstante, al considerar la premisa de que la “historia de las ciencias es, básicamente, la historia de las ideas” y aunque las ideas guardan relación con la estructura social que las generó, su historia no se corresponde fielmente con la búsqueda de sus orígenes (Arouca, 2008) porque según señala Foucault, M. (1971), citado por Arouca (2008): *“la historia de un concepto es la de sus diversos campos de construcción y de validez, de sus reglas sucesivas de uso, de los múltiples medios teóricos con los que se prosiguió y se llevó a cabo su elaboración”*.

Desde esta perspectiva y con base en el *principio metodológico* que plantea no solo el conocimiento de los contenidos y formar actuales, sino además el recorrido de los *“peldaños constructivos o epigenéticos”* por los cuales las sociedades humanas, como sistemas complejos, los han construido (Samaja, 2007), y sin pretender un exhaustivo recuento histórico de las nociones sobre salud y enfermedad, se describen algunos puntos esenciales

que marcaron cambios en la concepción y construcción teórico-práctica en torno a dichas nociones y en las que ambos, pueden considerarse como fenómenos que se experimentan no solo en el cuerpo de cada individuo que compone la sociedad, sino en la sociedad humana que los contiene “*como un todo*”, pero la actitud ante la salud y la enfermedad cambia con el carácter del individuo y con la índole del grupo social a que éste pertenece (Laín Entralgo, 1978).

2.1.1 Etimología de salud y enfermedad

La palabra “salud” tiene su origen del latín “*salûs, salûtis*”, que significa “salud, salvación” y también “saludo”, de la expresión “*salutem dicere*” (ver cuadro 1). De estas formas deriva el verbo “*salutare*” que se entiende como “saludar, desear salud” y el adjetivo “*salutaris*” que significa “saludable, salvadora” (Diccionario etimológico, 2012). Actualmente se registran diferentes acepciones del término salud, referido al estado de un organismo (que le permite realizar todas sus funciones con normalidad), o a las condiciones físicas del mismo en un momento determinado; también se interpreta como una expresión de cortesía, como un bien público o particular de cada uno y asociada al terreno espiritual, esto es, salvación, gracia o inmunidad de quien se “acoge a lo sagrado” (Real Academia Española, 2008).

Cuadro 1: Orígenes de la palabra salud

Origen del latín	Palabra	Significado:
Salud , sustantivo	“salûs, salûtis”	“salud, salvación, saludo”
verbo:	“salutare”	“saludar, desear salud”
adjetivo:	“salutaris”	“saludable, salvadora”

Fuente: elaboración propia

El adjetivo “*salvus, a, um*”, significa “intacto, a salvo”, usado en la expresión “*sanus salvus*” (“sano y salvo”). “*Salvus*” tiene una raíz “*sárvah*” (sánscrito) que significa “entero” y en el griego “*holos*” que significa “entero, total”. De ahí el verbo “*salvere*” como “saludar, estar bien de salud” (Diccionario etimológico, 2012). La palabra sano (del latín “*sanus*”) es el adjetivo que

implica librarse o estar fuera a del alcance de factores negativos como “riesgo, daño, corrupción, error o vicio, roto, estropeado” y ganar en aspectos positivos como “recto, saludable moral o psicológicamente, sincero, de buena intención, entero, perfecta salud, seguro, bueno para la salud” (Real Academia Española, 2008) (ver cuadro 2).

Otros sustantivos relacionados con la palabra salud como “sanidad” (del latín “*sanitas, -ātis*”), aluden a los servicios del gobierno dirigidos a preservar la salud de los habitantes de una nación, provincia o municipio, mientras que la “salubre” (del latín “*salūbris*”) hace referencia a “bueno para la salud”. El adjetivo “saludable” hace referencia al fin (“conservar, restablecer la salud corporal”) o a la apariencia (“aspecto sano”), mientras que el adjetivo “sanitario” (del latín “*sanitas, -ātis*”) se refiere los servicios o profesionales que trabajan en los cuerpos de sanidad o también a las instalaciones higiénicas de una casa o edificio.

Cuadro 2: Palabras relacionadas con salud

Origen del latín	Palabra	Significado:
Sano (adj.):	“ <i>sanus, salvum</i> ”	Sin riesgo, daño, corrupción, error o vicio, roto, estropeado; es sincero, entero, seguro
Sanidad (sust.).	“ <i>sanitas, -ātis</i> ”	Servicios del gobierno para preservar la salud de los habitantes
Salubre (adj.):	“ <i>salūbris</i> ”	bueno para la salud
Saludable (adj.):	“ <i>salūtaris</i> ”	apariciencia o para conservar la salud
Sanitario (adj.)	“ <i>sanitas, -ātis</i> ”	servicios o profesionales que trabajan en los cuerpos de sanidad

Fuente: elaboración propia

La palabra “enfermedad” también tiene su origen del latín “*infirmitas, -ātis*” formada por “*in*, negación”, “*firmus*, fuerte” e “*itat*, cualidad”, que significa “falta de solidez, firmeza” (negación de la firmeza, solidez) (Diccionario etimológico, 2012). La enfermedad en el sentido actual se describe como “una alteración de la salud física, moral o espiritual, así como un mal funcionamiento de una institución o colectividad” (Real Academia Española, 2008).

La forma “*morbus*” también proviene del latín “*mors*, muerte” y “*bo*, fuerza”, lo que indica la “fuerza de la muerte” que deriva de la enfermedad (Diccionario etimológico, 2012). La palabra “*morbo*” significa también “alteración de la salud o interés malsano por personas, cosas o acontecimientos desagradables” (Real Academia Española, 2008). El otro término “*pathos*” proviene del griego y significa “enfermedad, daño” (Diccionario etimológico, 2012), de ahí que cuando algo es caracterizado como “patológico” se refiere a la posibilidad de “convertirse en enfermedad” (Real Academia Española, 2008).

2.1.2 Significaciones destacadas en las nociones de salud y enfermedad

Se ha planteado que la noción de salud no es un concepto, sino una experiencia que se vive, asociada al proceso de la vida y la muerte de los seres vivos y que desde la perspectiva filosófica, conduce a reflexionar sobre las acciones y el lenguaje en que la salud se dice y del mundo que evoca (Flores González, 2001). En su estudio, dicha noción puede implicar la participación de otras disciplinas del conocimiento humano como la antropología, la sociología, la psicología, la epidemiología, la historia y desde esta última, el estudio de la evolución histórica del “*fenómeno vital salud*”, ha comprendido desde la aproximación a los métodos para abordarla, hasta las variaciones en el valor que les atribuyen los diversos pueblos, culturas y sociedades en las distintas etapas de la historia (Gómez López y Rabanaque Hernández, 2000), siendo un elemento constante durante muchos siglos en el devenir del ser humano, que el conocimiento en torno a la salud se ha unido, casi de forma indisoluble, a la noción de enfermedad .

Las formas de abordar el conocimiento relacionado con la salud y la enfermedad, constituyen un amplio acervo de propuestas, modelos, y aproximaciones teóricas y operativas que intentan describir sus significados, componentes y relaciones, con el fin de mejorar su comprensión y facilitar su análisis. En este devenir, se han planteado diversos modelos explicativos como el mágico-religioso, sanitarista, social, unicausal, multicausal, epidemiológico,

geográfico, ecológico, histórico-social, económico e interdisciplinario entre otros, que pretenden aclarar los condicionantes de las relaciones entre la salud y la enfermedad, describiendo sus variables, hipótesis, periodos de desarrollo y sus más característicos representantes, aunque se sabe que esto sigue en continua evolución.

Periodo prehistórico

Según Laín Entralgo (1978), se desconoce como el hombre prehistórico (10.000-5000 a.C), enfrentó la realidad de sus enfermedades, pero sí se ha estudiado lo que hacen hoy día los llamados “pueblos primitivos”, que son aquellos grupos humanos cuya vida se puede aproximar más a los del periodo prehistórico, por lo que se recurre a extrapolar a la prehistoria, la experiencia de estos pueblos.

Desde los pueblos primitivos, según Clements (1932), citado por (Laín Entralgo, 1978), en la “*interpretación de la enfermedad*” podía considerarse el azar como origen de algunas de las alteraciones de la salud que padecían los individuos. Este era el caso de heridas generadas en el quehacer de su vida cotidiana, cuyas causas podían ser comprendidas por la relación directa con el trauma padecido, pero en otras circunstancias, la causa no era de dominio evidente para los sujetos, lo que podría hacerles suponer la existencia de entidades o fuerzas invisibles, un estado de “*impureza*” o “*castigo de los dioses*”, como consecuencia de la infracción de una ley moral. En este último caso, el origen poco evidente de la enfermedad podría dar lugar a las interpretaciones mágicas sobre las causas de ésta, y asumir la convicción de que la acción de esas entidades o fuerzas invisibles, podrían ser neutralizadas en alguna medida, mediante la implementación de rituales que actuaran eficazmente para protegerlos, mostrando así, una disposición a intervenir en el curso de las afecciones que les aquejaban (Laín Entralgo, 1978).

En culturas arcaicas extintas como la Sumeria, Asiria, Babilónica, la del antiguo Egipto e Irán, también se mantenía la concepción mágico-religiosa de la enfermedad y el tratamiento empírico-mágico de los enfermos e individuos

versados en las prácticas terapéuticas para sanar. Lo anterior contrasta con otras culturas arcaicas como la China, que extienden su herencia hasta la actualidad, en donde el fundamento de la enfermedad se relacionaba con el desequilibrio en la dinámica entre el Yan (el cielo, la luz, la fuerza, la dureza, el calor, la sequedad, lo viril) y el Yin (la tierra, la oscuridad, la debilidad, la blandura, el frío, la humedad, lo femenino), y los cinco elementos (agua, tierra, fuego, madera y metal) (Laín Entralgo, 1978). Las causas de la enfermedad se relacionaban con cambios en el clima, la dieta, relaciones afectivas, cambios de temperatura en el cuerpo, los venenos y los espíritus malignos, pero la terapéutica china asentó sus bases principalmente en la farmacoterapia y la acupuntura.

La medicina de la China, India, Israel y Japón antiguos, así como la de pueblos de la América precolombina, en las que se puede conocer su pasado por medio de documentos escritos, todas han contribuido en mayor o menor medida con el legado de ciertas creencias y algunas costumbres, que prevalecen hasta nuestros días (Laín Entralgo, 1978). Es así que, nombres de drogas procedentes de India, Egipto y la América precolombina, la acupuntura y variolización china, y otras prácticas de la medicina menos especializada, han sobrevivido la extinción de varias culturas arcaicas, y han influenciado de forma enérgica, el mundo occidental actual.

Edad Antigua

Según este mismo autor, la comprensión acerca de las causas de la enfermedad que atribuyen los griegos de la Edad Antigua, en los siglos IX y VIII a.C, incluyen una concepción dual, por un lado, que abarcan causas traumáticas-ambientales, con heridas resultantes principalmente de acciones bélicas en donde el agente causal es evidente: flechas, lanzas, golpes de calor, frío y alimentos, así como el fundamento *divino-punitivo*, en donde ciertas entidades sobrenaturales, molestas por la conducta de algunos hombres, les extienden castigos al quebrantar determinada ley. En relación al tratamiento de la enfermedad, la terapéutica descrita incorpora al uso empírico de procedimientos quirúrgicos, medicamentosos o dietéticos, así como el uso de

ciertos rituales, lo que pone en evidencia la prevalencia de una concepción religioso-mágica del enfermar, que perdura en el mundo homérico, al igual que en los pueblos primitivos y en el periodo arcaico de las culturas descritas.

Sin embargo, alrededor de los siglos VI-IV a.C, en la llamada *etapa presocrática*, se puede situar la transición de la práctica primordialmente empírica, a la medicina técnica basada en el conocimiento científico, cuando una serie de pensadores griegos elaboran la noción de *physis* (“de su naturaleza”) y con su obra, facilitaron la tecnificación y racionalización de la medicina griega. Hacia el año 500 a.C, en la *etapa hipocrática*, médicos de varias escuelas profesionales comienzan a construir una medicina fundada sobre la ciencia natural de los presocráticos y dejan el legado de su obra que fijará importantes sucesos en la historia. Entre estos exponentes cabe destacar al médico, Alcmeon de Crotona, que con su obra marca el inicio de la historia universal de la patología científica, así como Hipócrates de Cos, cuya eminencia es reconocida en la llamada “*medicina hipocrática*”, que da el asentamiento a la concepción técnica del “oficio de curar”, así como el conjunto de cincuenta y tres textos anónimos, compilados por seis siglos a partir del V a.C, en temas de medicina (fundamentales, metódicos éticos, anatomo-fisiológicos, dietéticos patológicos, terapéuticos, quirúrgicos, ginecológicos, obstétricos, pediátricos), que comenzaron a ser reunidos en Alejandría y reciben el nombre de *Corpus Hippocraticum*.

Asclepios (Esculapio para los romanos, 124 a.C), uno de los primeros personajes diestros en el manejo de medicinas a base de hierbas que narra la historia, se constituye en un representante de la línea de pensamiento que consideraba a la salud, como la ausencia de enfermedad (Gómez y Rabanaque, 2000), cuya influencia hundiría sus raíces hasta la primera mitad del siglo XX, y desde él se favoreció el verdadero arte de la medicina en Roma. En este sentido, la penetración de la medicina griega en Roma, favorece la convivencia de la prestigiosa ciencia griega con la célebre tradición política y económica de los romanos, lo que da lugar a creaciones como la *escuela metódica*, incitada por las ideas de Asclepios y reforzada con obras como la de Galeno, caracterizada por su extenso conocimiento en varios ámbitos del saber

médico, compilaba textos desde Hipócrates, Platón, Aristóteles, hasta el siglo II y que se concreta en un genuino modelo científico-técnico, “*el galénico*” (Laín Entralgo, 1978).

Fue hasta la Edad Antigua en Grecia, donde se pudo contemplar por primera vez la conjunción de los requisitos considerados pertinentes para constituir un conocimiento verdaderamente científico, como fue “*la sistematización*”, saberes ordenados según ciertos principios ciertos y racionales, la condición de “*lo metódico*”, saberes obtenidos mediante un método que garantice su verdad y gradual aproximación y el requisito de “*la teoría*”, que permite responder de forma apropiada a la cuestión “*del ser*” en estudio y conocer la cualidad de su *physis* (“su naturaleza”). En este pensamiento se han reducido notablemente la evocación de la mentalidad mágica y el empirismo ha sido sustituido por un pensamiento racional, en donde la salud y la enfermedad son entendidas como la pérdida de equilibrio que acontece en un “lugar” concreto, la *physis* del hombre, y la impureza es entendida en el ámbito físico y no moral. Se conciben las enfermedades como desórdenes que incluían causas externas (alimentación, aire, traumas, parásitos, venenos) y las causas internas (raza, sexo, edad), como un trastorno en la buena mezcla de los *humores* que tienen sentido solo en la *physis* individual de la persona que la padece.

Edad Media

En la Edad Media destacan culturas como la bizantina, cuya noción de enfermedad convivía con una conciencia técnica, según la tradición de la escuela de Hipócrates y Galeno, y otra menos técnica, con matices más populares y supersticiosos, ambas coexistiendo de una forma menos desprendida que la concebida por los griegos. En el caso de la tradición islámica, muchos de los textos griegos fueron traducidos por musulmanes en su ávida busca del saber y sobresalen brillantes médicos como Avicena (980 d.C), quien dejan tras de sí, más de 200 obras entre las que destacan el *Canon*, donde expone el saber médico de su tiempo y la noción de enfermedad

basada en los fundamentos galénicos relacionadas con causas externas y causas internas de la misma.

Los conocimientos que se desarrollan en la Europa medieval entre los siglos V y XI, cuentan con una mezcla **empírico-mágica** y algunos vestigios de la etapa helénica que perduraron en esta área, a pesar de la caída de Imperio Romano de Occidente. Este hecho conllevó la destrucción de las escuelas científicas en el sur de Italia y la Galia, que a su vez, implicaron un debilitamiento de la cultura, hasta ese momento establecida en la región europea del medievo. A pesar de que pocas eran las personas que en el siglo V podían leer un manuscrito griego y fueron los monasterios los sitios donde de forma predominante se atendió el saber sobre salud y enfermedades, surgieron algunos pensadores como Boecio (480 d.C), que difundieron el conocimiento griego al mundo medieval. La idea griega de la *physis* se había relegado a un plano nimio en esta época y se anteponían las supersticiones y “*el milagro sanador*” como formas elegidas para la curación de los enfermos (Laín Entralgo, 1978).

En el siglo XI comienza la tecnificación del conocimiento médico en Occidente, impulsado por la introducción del saber médico greco-árabe. Es así como en varios lugares, Toledo, Sicilia y Salerno, se instala sucesivamente el saber greco-árabe, y en esta última, se funda una importante casa de enseñanza formadora de médicos, la Escuela de Salerno, y de cuyo seno, surgen pensadores que traducen al latín gran cantidad de manuscritos médicos árabes. Alrededor del siglo XII, se conoce la creación de varias escuelas de medicina, Bolonia, París y Montpellier, dentro de estructuras formales de Instituciones de enseñanza superior, las universidades, en donde el médico obtiene una titulación oficial y la reglamentación de su formación científica. En esta era se afirma una considerable estimación personal y social de la enfermedad, la lucha contra la enfermedad y la prevención de ésta, empiezan a ser importantes en la vida social. La asistencia al enfermo se organizó según tres niveles sociales: *el de los poderosos* (realeza, eclesiásticos y señores feudales), *el de la burguesía*, (artesanos y comerciantes) y *el de los pobres* (esclavos, siervos e indigentes). Los dos primeros contaban con servicios

médicos a domicilio, mientras que el último nivel, recurre a los hospitales, en donde el objeto de la atención clínica se orienta hacia existencias individuales, o sencillamente apelaba a la curandería o prácticas supersticiosas (Laín Entralgo, 1978).

Durante el siglo XIV se conoce la existencia de una epidemia, “*muerte negra*”, que afectó principalmente el Occidente Europeo y causó una alta mortalidad, calculada en unos 25 millones de personas que fallecieron debido a la peste. Estos acontecimientos incitaron a la creatividad de los europeos para dirigir y concentrar la práctica médica en el tratamiento y la prevención de la enfermedad, curando al enfermo y conservando la salud del sano, como los primordiales fines del arte médico (Laín Entralgo, 1978).

Edad Moderna

A partir de los siglos XV-XVI, se registra una transición hacia una era que intenta romper con los modelos establecidos, la Edad Moderna, caracterizada por la constante creación de obras, líneas de pensamiento e invenciones en un mundo que estaba acostumbrado a digerir concepciones dogmáticas sobre las distintas realidades del ser humano, su creación y relación con la naturaleza. La primera fase de esta modernidad, denominada “Renacimiento”, está asociada a eventos tan relevantes como un mayor acceso a textos griegos, consecuencia de la caída de Constantinopla (1453), así como la invención de la imprenta (1455), que condicionan particularmente en Europa, un cambio en la *situación social del saber*. Esto trae consigo una serie de transformaciones sociales, como un rápido desarrollo del estrato burgués, una mayor conciencia posicionada en la individualidad, reflejada en el manejo de valores y menos en la posesión de bienes, y el mayor valor que se otorga a la consigna de: “Saber es poder” (Bacon, XVII), situación que también es capitalizada por los monarcas, quienes fortalecen sus cortes con pensadores ilustres y la fundación de academias reales (Laín Entralgo, 1978).

Hechos como el descubrimiento de América, dotan de mayor poder y hegemonía a la cultura europea sobre la producción en sus más diversas

formas. Surgen brillantes pensadores y científicos como Da Vinci (1452-1519), Copérnico (1473-1543), Vesalio (1514-1564), Galileo (1564-1642), Harvey (1578-1657), Hobbes (1588-1679), Descartes (1596-1650), Boyle (1627-1691), Locke (1632-1704), Spinoza (1632-1677) Newton (1643-1727), Leibniz (1646-1716), Franklin (1706-1790), Hume (1711-1776), Rousseau (1712-1778), Kant (1724-1804), Watt (1736-1819), Laplace (1749-1827), Galvani (1737-1798), Volta (1745-1827), Lavoisier (1743-1794), y muchos otros grandes eruditos de la época que con su obra en diversas áreas del conocimiento humano, revolucionarían de forma dramática el mundo hasta entonces conocido.

Para médicos de la época como Paracelso (1493-1541), las enfermedades internas procedían de “*semillas*” alojadas en el organismo humano por eventos nocivos del ambiente, tóxicos, alimentos, la influencia perjudicial del pensamiento, la voluntad y la imaginación sobre el mismo organismo y también, las enfermedades causadas por castigo divino (Laín Entralgo, 1978). El mundo de los facultativos se encuentra bajo la influencia de un empirismo racionalizado en los siglos XVI al XVIII, en el cual se desarrolla la descripción metódica y las maniobras experimentales como fuente del saber científico, en forma paralela con la adopción de expresiones como “*nuevas enfermedades*” que son descritas en forma sistemática y cabe la posibilidad de conocer en qué consiste el hecho de enfermedad epidémica, combatirla con recursos nuevos y prevenirla antes de padecerla.

Bajo esta misma línea, médicos como Thomas Sydeham (1624-1689), describen la enfermedad haciendo distinción entre síntomas perseverantes y aquellos que son particulares de cada modo de enfermar, de forma que define cada estado morbozo según los síntomas percibidos a través de los sentidos, los cuales constituyen cada una de las enfermedades observadas. Así mismo realiza una distinción metódica entre enfermedades agudas, aquellas que tienen a Dios como autor, mientras que las crónicas lo tienen en cada organismo específico. También categoriza los estados de enfermedad en “*epidémicos*”, relacionados con la particular condición de quien la padece, “*las estacionarias*”, por alteraciones en la misma tierra, y “*anómalas*”, las que no

parecen ajustarse a ninguna norma establecida o conocida (Laín Entralgo, 1978).

El afinamiento de la observación clínica trae consigo el surgimiento de una cierta especialización médica, condicionada por un nivel socioeconómico que permite la existencia de médicos dedicados solo a un tipo de pacientes y un saber técnico que establece con rigor las características del cuadro morboso que corresponde a cada enfermedad. Según Laín Entralgo (1978), uno de los máximos exponentes de la epidemiología moderna, Girolamo Fracastoro (1478-1553), impulsó la idea de que las enfermedades epidémicas se propagan por obra de “*gérmenes vivos invisibles*”, que serían los agentes causales de las enfermedades contagiosas, que pasan de un individuo a otro y se propagan por todas las regiones.

La mayoría de enfermedades que el médico atiende en la Edad Moderna, son las mismas que en épocas anteriores pero los cambios experimentados en la forma de vivir a nivel individual y como sociedad, condicionan nuevas formas de enfermar. Como ejemplo de lo anterior, la frecuencia de enfermedades, derivadas de una vida más sedentaria, sufre un incremento progresivo y con la acumulación de personas en los centros urbanos, el auge de enfermedades propias de la miseria socavan con más fuerza a la sociedad occidental y reflejan los modos de enfermar relacionados con este estilo de vida.

Edad Contemporánea

A partir de la Revolución Francesa (1789) y durante el siglo XIX, el estamento que se ve más fortalecido y asume el poder social es el burgués, cuyos integrantes constituyen una de las clases más beneficiadas con la Revolución Industrial y el paso hacia el capitalismo. Estos hechos traen aparejado entre otros fenómenos sociales, la asignación de valor a las cosas por lo que económicamente representan, significado y empleo de la vida de las personas con fines competitivos y una despersonalización progresiva que convierte a los individuos, en aquellos entes al servicio de las cosas (Laín

Entralgo, 1978). No son pocos los científicos que comienzan a observar una relación entre algunos efectos de la Revolución Industrial: accidentes laborales, el empobrecimiento en las ciudades y las enfermedades nuevas, con las condiciones que imperaban en ese entonces: escasa alimentación, edificaciones precarias e insalubres, comunidades sin planificación urbana, jornadas laborales excesivas, trabajo en estratos de menores, todo esto acompañado de una mayor morbilidad y mortalidad a causa de enfermedades que ya eran habituales y la producción de nuevas formas de enfermar.

Con este panorama, se abre paso la Edad Contemporánea, en el que surgen corrientes de pensamiento dentro de la teoría del evolucionismo, el cual, procura dar cuenta del origen de las relaciones socioculturales, cimentando sus premisas sobre la base de una **teoría general de la humanidad, alejada de aspectos espirituales o religiosos**, así como el positivismo, cuyo consideración del conocimiento auténtico pasa por el filtro del conocimiento científico, y que éste se manifiesta con el reconocimiento positivo de las teorías a través del método científico. En esta época también se discute las teorías sobre los principios de la mecánica clásica y se favorece una dinámica experimental que se concreta entre otros grandes hallazgos, como la teoría de la relatividad de Albert Einstein. Pensadores como Montesquieu (1689-1755), Voltaire (1694-1778), Lamarck (1744-1829), Dalton (1766-1844), Hegel (1770-1831), Avogadro (1776-1856), Gay-Lussac (1778-1850), Berzelius (1779-1848), Faraday (1791-1867), Darwin (1809-1882), Marx (1818-1883), Virchow (1821-1902), Mendeleiev (1834-1907), Becquerel (1852-1908), Planck (1858-1947), Curie (1867-1934), entre otros, configuran con sus invenciones y descubrimientos en gran medida, la visión científica de la era actual.

En relación a la enfermedad, tienen auge la mentalidad *anatomoclínica* orientada hacia a lesión anatómica, la *fisiopatológica* en correspondencia con anormalidades funcionales del organismo y la *etiopatológica* donde toma gran relevancia la causa externa del proceso morboso. Estos aspectos determinaron en buena parte, las “*bases científicas*” del tratamiento de la enfermedad y según Cl. Bernad (1865), citado por Laín Entralgo (1978), el “templo” de la

ciencia médica se concibe “no en el hospital, sino en el laboratorio”. La enfermedad se considera una perturbación morbosa de la materia y la energía de un organismo vivo, por tanto una actividad dinámica que puede ser estudiada a través del conocimiento científico con el empleo de recursos analíticos de la física, la química y la aplicación metódica de la patología experimental.

Siglo XIX

Representantes de esta línea, Pasteur (1822-1895), Klebs (1834-1913) y Koch (1843-1910), asientan las bases del concepto de “*especificidad etiológica*”, en el que establecen ciertas reglas para determinar con exactitud, cual microorganismo es el causante de una determinada enfermedad infecciosa. En consecuencia, la enfermedad entra a formar parte de una lucha entre el organismo afectado y el microbio que lo ocupa y se extendió la creencia de que se podría conseguir una rápida extinción de las enfermedades infecciosas. Se consideró además el estado de salud: “no solamente como una diferencia gradual, sino como un contraste biológicamente cualitativo” (Laín Entralgo, 1978).

A fines del siglo XIX y comienzos del XX se sirven los cuestionamientos hacia la mentalidad anatomoclínica, fisiopatológica, y etiopatológica, y se apela a una nueva noción en la que el enfermo se piensa como un *todo*, que además es componente de un grupo social y en cuya expresión individual, se considera su constitución típica y el papel de la herencia, elementos ahora tomados en cuenta para establecer el cuadro sintomático de la enfermedad. Se da continuidad a la división de la sociedad occidental que previamente se había fortalecido desde el siglo anterior, solo que ahora transformado en un estamento liberal y neocapitalista, uno socialista y el resto categorizado en un heterogéneo grupo denominado “tercer mundo”.

Medicina Social

Louis Rene Villermé (1782-1863), médico francés cuya investigación sobre la mortalidad en los distintos barrios de París lo llevan a considerar la posible relación entre “pobreza y enfermedad” y en 1840 publicó su trabajo: *“Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie”*, en el que evidenciaba la relación entre las condiciones de vida de los trabajadores de las fábricas de algodón, lana y seda y las causas de su muerte prematura (OPS, 1996).

El *“Informe sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia”* (1848), del médico patólogo nacido en Prusia, Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902), conocido como el “Padre de la Patología” y considerado como uno de los fundadores del campo de la “Medicina Social”, marca un punto de referencia en el conocimiento de las relaciones entre salud, enfermedad y condiciones de vida de las personas. Este médico, comisionado por el Ministro de Educación, junto a otros connotados expertos de la época, investigó las condiciones que daban origen a una devastadora epidemia de tifus que asolaba la región de la Alta Silesia, caracterizada por ser una *“área rural, pobre, bajo control prusiano”* y que había afectado hasta el 14% de la población en distritos como el de Rybnik, de los cuales fallecieron alrededor del 20% en un solo año (Virchow, 2006).

Dicho informe de aproximadamente 190 páginas, realiza un profundo análisis de las condiciones de vida en las que habitaban los pobladores de la Alta Silesia, que incluyó descripciones detalladas sobre su geografía, historia, religión, situación social, política, el lenguaje comúnmente usado, sus hábitos de higiene, la alimentación, el consumo de alcohol y tabaco, entre otras muchas agudas observaciones que llevaron a Virchow a plantear ideas sobre una posible *“causalidad social de la enfermedad”*. Termina en sus últimas 30 páginas, describiendo una serie de recomendaciones a los responsables políticos del gobierno, más vinculadas con aspectos económicos, sociales y culturales, destinadas a mejorar la condición de vida de forma global de los habitantes, y menos relacionadas solo con el tratamiento médico de una

enfermedad como el tifus (Brown y Fee, 2006). Este análisis planteó un “revolucionario programa de reconstrucción social” que incluía medidas para mejorar los salarios, el empleo, creación de cooperativas agrícolas, universalización de la educación, la implementación del polaco como lengua oficial, un gobierno democrático y la separación entre la Iglesia y el Estado, entre otras medidas que se ubican dentro del “Movimiento de Reforma Médica de 1848” y que influyen el desarrollo posterior de la Medicina Social (Taylor y Rieger, 1985).

En otras ciudades, otros científicos también se planteaban la relación entre enfermedad y condiciones de vida de las personas, como ejemplo de ello, en 1854, la ciudad de Londres se enfrenta a otra epidemia de cólera y en esta ocasión, el médico anestesiólogo inglés, John Snow (1813-1858), consigue la oportunidad de investigar y poner a prueba su teoría sobre la transmisión del cólera en el ser humano, a través del agua y alimentos contaminados, propuesta que se oponía radicalmente a la creencia vigente en aquel momento, en donde las enfermedades, incluido el cólera, se transmitían por la “*inhalación de vapores contaminados*” (Snow, 1855). Este observador médico marcó en un mapa de la ciudad, el domicilio de los fallecidos por cólera y evidenció que la mayor concentración de estas defunciones se encontraba en la región de la ciudad abastecida por la compañía que suministraba el agua río abajo a partir del río Támesis. Después de que las autoridades inglesas modificaron ésta fuente por las sospechas de contaminación con las aguas residuales de la ciudad, la epidemia fue contenida y se reforzó no solo el argumento planteado por Snow, sino además, la relación entre condiciones higiénicas deficientes y enfermedad, así como la implementación de medidas sociales para favorecer la salud a nivel poblacional (Snow, 1936).

Otros ingleses de la época, como el abogado y reformador social, Sir Edwin Chadwick (1800-1890), se interesaron por investigar las condiciones de vida de la población para favorecer mejorías en el ámbito social. Fue llamado a participar en una comisión para conocer la efectividad de la “*Ley de los Pobres*”, y su trabajo contribuyó en las modificaciones realizadas a ley en 1834. En el curso de su investigación, se centró en las condiciones de vida de

los pobres, y estaba convencido de medidas como la higiene, el drenaje y la ventilación adecuadas en las ciudades, contribuía a que la gente estuviera más sana y dependiera menos de la asistencia social (Hamlin, 1995). Luego con las epidemias de cólera (1831) y las de tifus y influenza (1837-1839), se le convocó a una nueva investigación sanitaria y en su publicación: "*Report on The Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain (1842)*", Chadwick usa métodos cuantitativos y técnicas estadísticas para investigar la relación entre las pobres condiciones de vida, la enfermedad y la expectativa de vida de la población inglesa, así como el impacto que tenía el deterioro del medio urbano británico sobre la salud de sus habitantes y abogaba por la intervención de las autoridades públicas de saneamiento en las ciudades (Chadwick, 1842).

Siglo XX

En esta etapa ya se ha transitado desde una Revolución Científica y una Revolución Política, como resultados entre otros acontecimientos de la Revolución Francesa y una Revolución Industrial (siglos XVIII-XIX), pero es a partir de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) que se registra una profunda Revolución Social, donde se pretende la autonomía de las personas para actuar según su propia conciencia, con el amparo de una justicia social y que abre el paso a una Revolución Técnica, en la cual se concretan logros como la energía atómica, la exploración del espacio extraterrestre y la automatización de la vida. Acompañan el comienzo del siglo XX, un crecimiento demográfico lineal que se gestaba desde hace dos siglos atrás, la transformación de la pobreza de las urbes industriales al "*proletariado*" que se establece en la población; el fortalecimiento de la "*sociedad de consumo*" y la "*empresa multinacional*", la exploración del espacio sideral, un gran avance en materia de transportes y comunicación, así como, la utilización de la energía atómica con usos industriales y bélicos. En alguna medida, esta "*tecnificación de la vida*", conlleva por un lado, comodidad, con el uso doméstico de invenciones como los computadores y los "*plásticos*", en donde la vida se facilita y se organiza el tiempo de las personas para favorecer el desarrollo de una nueva "*cultura del ocio*", pero en otro sentido, también se promueve la industrialización

organizada y una limitación en la extensión de las personas (Laín Entralgo, 1978).

Se concibe en este siglo, dos modos principales de entender la enfermedad: la enfermedad como desorden orgánico y la enfermedad como modo de vivir. El primer criterio deriva de la asociación de las tres mentalidades científicas surgidas en el siglo anterior (etiopatológica, anatomoclínica y fisiopatológica), que han tratado de entender los diversos aspectos de la enfermedad humana, desde el sujeto, que reviste una realidad subjetiva, biológica y temporal. Cuando se asume la enfermedad como modo de vivir, se entiende como una situación en la cual se integran, un desorden del organismo de quien lo padece y un “*modo de haber vivido y estar viviendo*” la persona que padece ese estado morboso (Laín Entralgo, 1978).

Posterior a los avances y descubrimientos de otros científicos como Jenner, Pasteur y Koch, crece la importancia de la prevención de la enfermedad, y ya desde el siglo XIX, se concebía la idea de “*un mundo libre de enfermedades en razón de los avances de la ciencia y de la organización social*”, pensamiento también extendido a través del siglo XX. Tras una primera fase predominantemente curativa, y una segunda de influencia puramente negativa, se instaura una tercera fase de “prevención positiva”, caracterizada por valoraciones como la relación entre medicina preventiva y medicina curativa, la contemplación del rasgo social de la higiene y la sanidad, y la introducción del concepto de “*salud positiva*”. Estas nociones se expresaron a través de acciones que actúan sobre el individuo (higiene infantil, escolar y de trabajo), sobre el medio ambiente y social (contaminación atmosférica, vivienda, urbanismo, alimentación) y que actúan sobre ambos (epidemiología, bioprofilaxis, quimioprofilaxis, educación sanitaria), (Laín Entralgo, 1978).

Consecutivo a la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), se genera un ambiente de gran seguridad en el poder de la ciencia y la técnica médica, así como una preocupación de la sociedad por salvar y rehabilitar vidas humanas. Con estos elementos se trasmite una concepción en la que se comprende la “salud como derecho” (y no solo como un “don recibido”), que busca una

asistencia médica bien calificada y se generaliza la actitud del individuo a “*estar sano*” (Laín Entralgo, 1978). El 26 de junio de 1945, representantes de cincuenta países del mundo, reunidos en la ciudad de San Francisco (Estados Unidos), firmaron la Carta de las Naciones Unidas en la que se comprometían a mantener una organización de carácter universal, cuyos objetivos fueran “*mantener la paz y la seguridad mundiales y promover la cooperación internacional en los aspectos económico, social y cultural*”; este acuerdo fue ratificado y entró en vigor oficialmente, el 24 de octubre de 1945, fecha en la que a partir de ese momento se celebra el Día de la Naciones Unidas (Naciones Unidas, 1945).

Posterior a la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), y con la firma de la *Carta de las Naciones Unidas* en 1945 por representantes de cincuenta países del mundo, que se comprometían a mantener la paz, la seguridad y la cooperación internacional en los aspectos “económico, social y cultural” (Naciones Unidas, 1945), se abre un espacio propicio para la reflexión y la evolución desde concepciones de la salud entendidas como un “don recibido”, al establecimiento de la idea de “salud como derecho” (Laín Entralgo, 1978).

La definición de salud que se fija en la Carta Constitutiva de la Organización Mundial de la Salud (1946), marca un hito en el desarrollo de su concepción, que dominaría la segunda mitad del siglo XX y extiende sus influencias hasta nuestros días. La definición de salud entendida como: “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”... (OMS, 2009), describe por primera vez la salud, a nivel de un organismo internacional especializado en la salud, en términos positivos.

Un año más tarde, en la Conferencia Sanitaria Internacional en Nueva York (Estados Unidos), se adopta la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y promulgan la Carta Magna en la que uno de sus principales objetivos es “*lograr que todos los pueblos alcancen el nivel de salud más elevado posible*”. La misma es firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados Miembros de las Naciones Unidas y entra en

vigor el 7 de abril de 1948, fecha que marca la celebración anual del *Día Mundial de la Salud*. El documento de la Constitución incluye dentro de sus principios, una particular definición de salud, que intenta desmarcar este concepto de lo opuesto a enfermedad:

...“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”...

Además incluye un enfoque de la salud, como un derecho fundamental de todo ser humano:

...“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”...

Así mismo, señala que la responsabilidad de esa garantía, recae sobre los gobiernos: *“Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”* (Organización Mundial de la Salud, 2009).

El máximo exponente de esta perspectiva amplia de la concepción de la salud es la definición de la OMS recogida en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946 y concebida originalmente por Stampar (1945): *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Este particular concepto que propone la OMS en 1948, incluye elementos particulares como:

- **Dimensión positiva:** una organización de reconocimiento internacional expresa por primera vez la salud en términos positivos, más allá de la “ausencia de enfermedades o afecciones”.
- **Principio de integralidad:** en alusión al “completo bienestar” incluye las áreas mental y social como componentes de la salud y no solo el componente físico clásico.

- **Expresión dinámica:** apunta la influencia de factores cambiantes del entorno que influyen en su condición.

Esta expresión contempla la salud en términos de una dimensión positiva, es decir, la salud es definida no solo como el resultado de una concepción antagónica (salud-enfermedad), de una reducción de componentes opuestos de una misma noción o de su existencia en función de la ausencia de su contrario: “paz no solo como ausencia de guerra; riqueza no solo como ausencia de pobreza, salud no solo como ausencia de enfermedad”. No obstante, este nuevo tratamiento que se le da a la salud y la enfermedad, ha sido objeto de varios señalamientos que destacan sus limitaciones (Gómez López et al., 2000).

- **Igualar la idea de “bienestar con la salud”:** lo que no ocurre siempre en todos los casos.
- **Elemento “utópico”:** porque expresa un deseo “imposible de alcanzar”, más que una realidad que defina acciones concretas para su logro.
- **Definición estática”:** que se opone a la esencia de cualquier fenómeno biológico en constante cambio.
- **Término “completo”:** cuando en realidad se pueden experimentar varios grados de bienestar y salud.
- **Condición Subjetiva:** menciona solo “bienestar” y no la capacidad de funcionamiento (objetivo).

Otros científicos, como el microbiólogo y ambientalista, René Jules Dubos (1901-1982), de origen francés y nacionalizado estadounidense, dedicaron gran parte de su vida profesional al estudio no solo de las enfermedades microbianas, sino también al análisis de los factores ambientales y sociales que afectan el bienestar del ser humano (Moberg, 2005). En 1956, Dubos presenta su concepto de salud como:

"...estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado...".

En esta definición, Dubos no solamente refleja los componentes físico y mental que había expresado la OMS en 1948, sino que además, resalta de forma clara un componente central en la definición de salud: *"la funcionalidad"*, elemento en el que relacionaría otras variables como el dolor, la incomodidad y el tiempo. Para este autor, la noción de salud no puede reducirse solamente a aspectos físicos o mentales, sino que además, debe considerarse "su medida real", a través de la "capacidad del individuo para funcionar o comportarse de manera aceptable para sí mismo y para el grupo del cual forma parte" (Dubos, 1959).

Para este autor, el estado de salud que el ser humano ambiciona, no se circunscribe a aspectos físicos, anatómicos, fisiológicos, mentales sensación de bienestar o longevidad, sino como:

...“habilidad de un individuo para funcionar de una manera aceptable para él mismo y para el grupo del que forma parte...” (citado por Gómez López et al., 2000).

...“la condición más adecuada para alcanzar las metas que cada individuo se propone para sí (...) metas que no guardan relación solo con necesidades biológicas, sino más bien, con demandas de carácter social...” (Dubos, 1959).

En este sentido, Katherine Mansfield, citada por Dubos (1959), también concuerda en que la salud es:

...“el poder llevar una vida plena, adulta viviente, alentadora, en íntimo contacto con todo lo que amo, la tierra, sus maravillas, el mar, el sol”...

Ambos coinciden en que el objetivo buscado es concretar las aspiraciones humanas, en donde la vida es considerada un “proceso dinámico” que exige esfuerzos de adaptación y en donde la enfermedad “seguirá siendo una manifestación insoslayable de sus luchas”.

En las décadas siguientes, se continúa con la tendencia hacia una aproximación social del concepto salud. Milton Terris (1915-2002), médico norteamericano, profesor de medicina preventiva y epidemiología, y fundador de la Revista de Política de Salud Pública (*Journal of Public Health Policy*), propone una nueva concepción de salud como:

...”un estado de bienestar físico, mental y social, con una capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (citado por Gómez López et al., 2000).

Esta definición, toma en cuenta dos componentes en el concepto de salud, uno subjetivo o de bienestar, y uno objetivo, relacionado con la capacidad de funcionamiento. Esta propuesta viene a reforzar la idea de una relación dinámica entre salud y enfermedad, en donde ambos forman parte de un “proceso continuo salud-enfermedad”, que integra diferentes “grados o niveles”; el grado máximo de enfermedad estaría representado por la muerte, y en el otro extremo, estaría el nivel óptimo de salud. Se señala además una “zona neutra” central, donde podría resultar difícil distinguir lo normal de lo patológico, ya que este autor no los concibe como absolutos separados o “estáticos”, y agrega que la salud no significa “estar libre de enfermedades o incapacidades”, lo que contrasta con la creencia anterior de “salud como ausencia de enfermedad” o producida por un solo agente (Terris, 1987).

La región europea de la OMS define la salud como: “el grado en que una persona o grupo es capaz de realizar sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y de enfrentarse adecuadamente al ambiente”, lo que también evidencia una expresión positiva, que reúne capacidades físicas, recursos

personales y sociales, que acentúan su consideración como “un recurso más de la vida y no como el objetivo de la vida” (Starfield, 2001).

Posterior al reconocimiento del “derecho a la salud”, el siglo XX también se acompaña del fenómeno de la “*colectivización de la ayuda médica*”, que permite a la población trabajadora acceder a un sistema de seguridad social, que garantiza la asistencia médica cuando el Estado o una entidad aseguradora sufragan los gastos derivados de la enfermedad. No obstante, esta colectivización de la medicina genera efectos singulares como largas esperas para la realización de procedimientos técnicos, relaciones contractuales entre médicos y enfermos como parte de la exigencia de un derecho, profesionales de la salud actuando más como funcionarios que como clínicos, así como los crecientes costes económicos que genera la necesidad de contar con nueva tecnología diagnóstica, contratación de más personal, construcción de un mayor número de hospitales, equipos técnicos y burocracia; se hablaría de una cuarta fase, tras la curativa, la preventiva y la rehabilitadora, en las nociones de salud y enfermedad, en donde se intenta la mejora de la naturaleza humana, abordando los significados para el ser humano de bienestar, felicidad, perfección y calidad de vida (Laín Entralgo, 1978).

2.2 Determinantes del estado de salud y enfermedad

El estudio de los factores que influyen en el estado de salud (individual, grupal, colectivo y poblacional) o “*determinantes del estado de salud*” (Nutbeam, 1998b), pueden ser abordados observando distintos enfoques:

2.2.1 Enfoque tradicional (ecológico, biológico, biomédico) de los determinantes del estado salud-enfermedad

Modelo ecológico (1900)

Hasta el siglo XIX, los investigadores trataban de conocer el origen de ciertas enfermedades basándose en la búsqueda de la alteración “*anatómica*” o

la disfunción “*fisiológica*” subyacente a una enfermedad determinada , pero es en este siglo y en el contexto de los efectos de la Revolución Industrial, que se conocen importantes avances científicos en la llamada “*Primera Revolución Epidemiológica*”, en la que gracias a investigadores como Pasteur, Klebs y Koch, quienes con sus investigaciones y aportes, sentaron las bases para la investigación “*etiológica*” y permitieron identificar con exactitud el microorganismo causante de determinada enfermedad infecciosa y en función de ello, algunos de los factores biológicos que influyen sobre el estado de salud de una población (Laín Entralgo, 1978).

En la segunda mitad del siglo XIX e inicios del siglo XX, las principales causas de enfermedad y muerte se atribuían a enfermedades infecciosas, instaurando la idea de “*relación causal*”, y un “Modelo de causa única-efecto único” (“*single cause/ single effect pattern*”) como explicación a la aparición de los procesos mórbidos de la época (Dever, 1984). Esta idea se basaba en la premisa de que un solo agente infeccioso era suficiente para producir un único efecto o enfermedad y los esfuerzos estaban dirigidos a eliminar o minimizar el efecto de dicho agente (Rodríguez Artalejo y Abecia Inchaurregui, 2000).

Esta forma de comprender los factores que determinan el estado de salud y enfermedad de una población, cuyo origen se ubica en los siglos XIX-XX, es conocido ahora como el *Modelo Ecológico*, cuyos componentes: el agente, el huésped, el entorno (y su interacción), determinaban la aparición de enfermedad (Rodríguez Artalejo et al., 2000):

1. *Agente*: pueden ser tipo biológico (microorganismos infecciosos), físico (frío, calor) o químico (tóxicos).
2. *Huésped*: elementos intrínsecos del individuo que lo hacen susceptible, en mayor o menor grado, a la acción del agente.
3. *Entorno o ambiente*: elementos extrínsecos que pueden condicionar la exposición al agente.

En respuesta a este abordaje, los síntomas del enfermo respondían a una alteración anatómica, fisiológica o la invasión por un microorganismo, por

lo que su respuesta estaba dirigida a tratar de solventar la alteración funcional, destruyendo al microorganismo o la cirugía que reparara la lesión (Laín Entralgo, 1978).

Modelo Socio-ecológico (1957)

El Modelo Socio-Ecológico propuesto en 1957 por Jeremiah Noah Morris (1910-2009), médico epidemiólogo británico, ofrece una modificación sobre el Modelo Ecológico en el que reemplaza el agente por factores personales relacionados con la conducta; es decir, considera la influencia de muchos factores sobre la salud de las personas y no un único agente etiológico específico (causa múltiple/efecto único) para una enfermedad (Dever, 1991).

Desde esta perspectiva, se asienta una nueva forma de entender la enfermedad, en la cual no solamente influye el carácter biológico derivado de la herencia del individuo, sino que se considera la pertenencia de éste a un grupo social determinado, lo que constituye un factor “social” que influenciará su estado de salud general. Esta nueva forma de considerar la enfermedad, encuentra su fundamento en las observaciones desarrolladas por investigadores como Virchow, Villermé, Snow, y Chadwick, entre otros, quienes al constatar el impacto que produce el deterioro del entorno físico y social sobre la salud de un grupo o clase social, consideraron el posible “*origen social*” de muchas enfermedades prevalentes en la época y con sus investigaciones establecieron una relación entre “condiciones higiénicas deficientes de la población y enfermedad” (Virchow, 2006; Snow, 1936; Chadwick, 1842; OPS, 1996).

Esta relación entre “pobres condiciones de vida y enfermedad de la población” considera que además de las causas específicas de enfermedad (“factores nocivos”), existían otras causas generales denominadas “condiciones de vida” del entorno físico y social, que determinaban el estado de salud de un grupo o clase social (OPS, 1996). En este sentido, estos investigadores recomendaban a las autoridades del gobierno, medidas más relacionadas con factores económicos, sociales y culturales, destinadas a mejorar la condición

de vida de los habitantes, y no solo aquellas medidas destinadas al tratamiento médico de la población (Brown y Fee, 2006).

2.2.2 Enfoque holístico (integral) de los determinantes del estado salud-enfermedad

Posterior a los avances científicos y tecnológicos del siglo XIX y primera mitad del siglo XX, se conoce una “*Segunda Revolución Epidemiológica*”, en la que se advierte un cambio en el patrón de las principales causas de muerte, enfermedad y discapacidad (Rodríguez Artalejo et al., 2000). Este cambio puede encontrar su razón en la transformación de una sociedad agraria a una industrializada: la primera se caracteriza por una alta tasa de fertilidad (la población joven puede alcanzar más de la mitad del total y los mayores un bajo porcentaje), y una alta tasa de mortalidad infantil favorecida por la desnutrición y falta de tratamientos específicos para las enfermedades infecciosas y parasitarias; por otro lado, la sociedad industrializada trae consigo una serie de cambios en los valores y formas de uso del tiempo, que se ven reflejados en las bajas tasas de fertilidad y mortalidad, con el aumento de los grupos de mayor edad y las enfermedades propias de este segmento de población (Dever, 1984).

Hacia la década de los setenta del siglo XX, ya se contabilizaba para este periodo una baja tasa de fertilidad en países industrializados, el grupo de jóvenes representaba tan solo el 40% de la población, mientras que los mayores de 65 pasaron de un 3% a un 8%, con el subsecuente aumento en las enfermedades crónicas y más de la mitad de la mortalidad total de la población se concentraba en el grupo de mayores (Dever, 1984). Este cambio en el patrón demográfico se acompañó de cambios en dos importantes esferas:

1. El patrón epidemiológico de la época: caracterizado porque las enfermedades infecciosas pasan a otro plano menos relevante y en su lugar, surgen enfermedades crónicas-degenerativas como la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la

cirrosis hepática, la enfermedad mental y el cáncer que, junto a lesiones por accidentes no intencionados (tráfico), se consideran como las entidades que ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en estos países. Entre las causas de estos padecimientos se consideraron no solo los factores físicos (microorganismos, radiaciones, químicos, agentes carcinógenos) sino que además se incluyeron otros aspectos de tipo social (fumado, alcohol, dietas ricas en grasa, y sedentarismo), concibiendo un “Modelo de causas múltiples-efectos múltiples” (“multiple *cause/ multiple effect pattern*”), como forma de explicar la generación de estos padecimientos en la población, basados en la idea de que varias causas puede producir varios efectos, como la contaminación del aire, el fumado y ciertas formas de radiación pueden producir, enfisema, bronquitis y cáncer de pulmón (Dever, 1984).

2. La forma de comprender los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad: en esta época se relacionan más con la idea de holismo, integralidad y bienestar; el énfasis se pone en la salud y el bienestar: las personas están más concientes sobre su condición física y mental y desean alcanzar altos niveles de bienestar; las organizaciones sanitarias se dirigen más hacia una aproximación orientada a la prevención de enfermedades y fomento de la salud, así como la creación de espacios donde la gente puede transformar su vida y el bienestar empieza a ser parte típica de su desarrollo (Dever, 1984).

También hacia la década de los setenta, Hubert L. Laframboise, quien fue director general del departamento de Planificación de la Salud, en el Ministerio de Sanidad y Bienestar de Canadá (*Long-Range Health Planning Branch, Health and Welfare, 1973*), publicó un artículo en el que, ante la falta de un marco común que facilitara el análisis de todas las actividades, problemas e ideas relacionadas con la salud, propone una especie de “mapa de la salud”, con subdivisiones que integran cuatro elementos: el estilo de vida, el ambiente, la organización de la atención sanitaria y la biología humana básica, elementos fundamentales que integraban lo que él llamó el “Campo de la Salud” (*Health Field*) (Laframboise, 1973). Según este modelo, Laframboise intenta que cada problema de salud pudiera ser ubicado en uno o más, de los

cuatro elementos descritos, de forma que pudieran centrarse rápidamente en las cuestiones claves del problema, facilitando su análisis y propuestas de mejora. Este modelo brindaba, según sus propias manifestaciones, oportunidades no solo para incidir en los problemas de salud (estilos de vida, medio-ambientales y otros), sino que además balanceaba la importancia de la prevención, frente al esquema tradicional de intervenciones dirigidas solo a la curación (Laframboise, 1973).

Basado en el modelo de Laframboise y los aportes de otros investigadores que intentaron mejorar el conocimiento en torno a los factores determinantes sobre el estado de salud de la población, el entonces Ministro de Sanidad en Canadá, Marc Lalonde, publica el Informe “*A New perspective on the Health of Canadians*” (1974), en el que retoma el concepto de “*Campo de la Salud*” de Laframboise (1973), como un nuevo marco conceptual para abordar la salud desde sus principales componentes: la biología humana, el ambiente, el estilo de vida, y la organización del cuidado de la salud, lo que les permitiría analizar en mejores condiciones los problemas de salud desde un modelo que incluía las causas, determinaba las necesidades de la población y elegir las mejores vías de solución para resolver estos problemas (Lalonde, 1974).

Henrik L. Blum (1916-2006), considerado el “*padre de la planificación en salud*”, propone en 1974 el modelo “Ambiente del Sistema Sanitario” (“*Environment of the Health System*”), que luego llamó “Paradigmas de Salud del Campo de Fuerza y Bienestar” (“*Force Field and Well-Being Paradigms of Health*”). Blum propone que los cuatro componentes primarios (a los que llamó *Campos de Fuerza*) que contribuyen con el estado de salud de un individuo o una población son: el ambiente, el estilo de vida, la herencia y el cuidado médico. Estos cuatro componentes se relacionan y afectan entre sí, a través de una matriz que abarca el llamado “Ambiente del Sistema Sanitario” y contiene a la población, los sistemas culturales, el bienestar mental (satisfacción humana), el equilibrio ecológico y los recursos naturales. El campo de fuerza más importante de acuerdo a este modelo era el ambiente, seguido de los

estilos de vida y la herencia, mientras que el cuidado médico tenía el menor impacto sobre la salud y el bienestar (Dever, 1984).

Dever consideraba que el modelo propuesto por Lalonde, no abordaba adecuadamente las enfermedades crónicas y propone el “*Modelo epidemiológico para el análisis de una política de salud*” (1976), en el cual realiza subdivisiones de los cuatro componentes primarios en segmentos más “manejables” (Dever, 1976):

1. Biología humana:
 - Herencia genética: desórdenes genéticos, malformaciones congénitas y retardo mental.
 - Sistemas internos complejos: desórdenes del sistema digestivo, músculo-esquelético, cardiovascular y endocrino.
 - Maduración y envejecimiento: factores que contribuyen a enfermedades como la artritis, diabetes, aterosclerosis y cáncer;
2. Ambiente: eventos externos al cuerpo sobre los cuales hay escaso o nulo control
 - Físico: contaminación del agua, aire y acústica, y sus enfermedades resultantes como pérdida auditiva, enfermedades infecciosas gastroenteritis, cáncer, enfisema y bronquitis.
 - Social/Psicológico: modificación de conductas, problemas de percepción y relaciones interpersonales, factores como el aislamiento, las multitudes, y la rápida y acelerada tasa de cambio puede contribuir al homicidio, suicidio, estrés y sobreestimulación ambiental.
3. Estilo de vida: el agregado de decisiones hechas por individuos, las cuales afectan su salud y sobre los cuales tienen más o menos control.
 - Riesgos derivados del ocio: carencia de recreación y ejercicio físico
 - Modelos de consumo: comer en exceso, ingesta de colesterol y azúcares, consumo de alcohol y alcoholismo, fumado, uso social de drogas y drogodependencia.

- Participación en el empleo y Riesgos ocupacionales: presiones en el trabajo, conducción poco cuidadosa, promiscuidad sexual
4. Organización de la atención sanitaria: consiste en la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos destinados a la provisión de los servicios de asistencia sanitaria.
- Rehabilitador: clínicas de reposo, hospitales, ambulancias
 - Curativo: fármacos, tratamientos dentales, profesionales médicos
 - Preventivo: insumos muy reducidos en esta área

Además de ampliar el modelo descrito por Lalonde, Dever (1976) también aplicó su modelo epidemiológico en el estado de Georgia en los Estados Unidos de América: enlistó las enfermedades que eran de alto riesgo y contribuían sustancialmente con la mayor parte de la mortalidad y morbilidad de esa localidad, asignó de forma proporcional los gastos totales en salud y los factores que contribuían en cada enfermedad a los cuatro elementos de su modelo epidemiológico (biología humana, ambiente, estilos de vida y organización del sistema sanitario) y por último determinó las diferencias en proporciones entre las dos anteriores; con esto logra demostrar que aunque la organización del sistema sanitario tenía un limitado impacto (11%), como determinante en las primeras causas de mortalidad (cardiopatías, enfermedad cerebrovascular, cáncer y accidentes de tráfico), a diferencia de los estilos de vida (43%), el ambiente (19%) y la biología humana (27%), era el factor que concentraba la mayor parte de los recursos económicos (90%) que el gobierno federal asignaba del gasto sanitario total en dicho estado (Dever, 1976).

El Informe *Lalonde* también señala que la concepción tradicional, que igualaba la salud como sinónimo del sistema sanitario, genera que la mayoría del gasto en salud sea del tipo “*médico-centrista*”, es decir, aunque existía acuerdo en la comunidad internacional acerca de la importancia de la prevención, la investigación y sus beneficios, se continuaba aportando una cantidad excesiva de recursos en tratar la enfermedad, situación que no ocurría con el gasto dirigido a las estrategias de prevención e investigación. En este sentido, las evidencias que se tenían hasta el momento en Canadá sobre el análisis de las causas de enfermedad y muerte, indicaban que la mejoría al

menos en los componentes del ambiente y estilos de vida de las personas, por ejemplo, constituirían prometedoras formas de obtener grandes beneficios en salud de la población, así que en su informe recomienda la implementación de una serie de estrategias para mejorar la salud de las personas, que incluyera medidas como la regulación del Estado, investigación, eficiencia y ajuste de metas, así como la promoción de la salud, para asistir a individuos y organizaciones para que adoptaran una posición más responsable y activa en asuntos relacionados con su propia salud mental y física (Lalonde, 1974).

Con el modelo Lalonde y los aportes de otros investigadores como Blum y Dever sobre los determinantes del estado de salud-enfermedad, se establece una nueva forma de comprender estos fenómenos y un modelo integral (biopsicosocial) que toma en cuenta no solo los aspectos biológicos que moldean el estado de salud de una población, sino que además intenta explicar las interrelaciones entre diferentes factores que generan distintos efectos, como los ocurridos en las enfermedades crónicas y degenerativas que ocupan las primeras causas de morbi-mortalidad en este periodo, pero también aquellos relacionados con el entorno en el que se desarrollan éstos, como el estilo de vida de las personas, el ambiente cultural, social y político, así como la organización de los sistemas sanitarios, lo que permite orientar los recursos y políticas de salud para actuar de forma directa sobre los factores de riesgo que influyen en cada problema de salud (Rodríguez Artalejo et al., 2000).

Modelo Holístico

El concepto de salud propuesto por la OMS en 1948 se ha considerado como una extensión del modelo socio-ecológico, en el que se mantiene las dimensiones física y social de aquel y se agrega una nueva: la dimensión de bienestar mental; esta nueva aproximación impulsa el desarrollo de modelos multidimensionales sobre lo que constituye la salud y pueden ser descritos como *holísticos* (Dever, 1991). Según Dever (1991), holístico significa: "...situar a la persona y su bienestar desde varias perspectivas, tomando en cuenta aquellas características que impulsen su crecimiento hacia el equilibrio,

tratar a la persona no a la enfermedad, promover la interrelación y la unidad de cuerpo, mente y espíritu...”.

Esta perspectiva holística no es sinónimo del seguimiento de una terapia “alternativa”, no se trata de una nueva opción a la práctica médica convencional, sino de un nuevo modelo que adopta decisiones en una era de nuevos patrones de enfermedad partiendo de una premisa básica que visualiza la salud en sus muchas dimensiones y cuatro atributos fundamentales: ambiente, estilos de vida, biología humana y sistema de atención sanitario. Blum lo llamó “Ambiente de la Salud”, Lalonde “Campo de la Salud” y Dever, sobre la base del modelo Lalonde, lo denominó: “Modelo epidemiológico para el análisis de las políticas de salud” (Dever, 1991).

Se ha considerado que los determinantes del estado de salud de un individuo o una población en un momento dado, pueden seguir una secuencia en la que en primera instancia, los factores biológicos y ambientales influyen su estilo de vida, condicionando la aparición de enfermedad, y a partir de este momento, el sistema sanitario interviene como factor de restauración (Pineault y Daveluy, 1989). No obstante, los mecanismos de acción por los cuales operan los determinantes de la salud implican una cadena causal compleja, en la que algunos factores actúan de manera directa (contaminación del agua) y otros de forma indirecta por medio de factores (conducta, acceso de la atención médica), pero la secuencia en que actúan estos determinantes se cree que incluye diversas formas, muchas de ellas aún desconocidas (Starfield, 2001). En este sentido, la salud es un concepto relativo y multifactorial, y la variedad de interacciones entre sus determinantes, condiciona las múltiples formas de intervenir que se plantean en la planificación sanitaria (Pineault et al., 1989).

Modelo Biopsicosocial

Desde el año 1951, el médico estadounidense George Libman Engel (1913-1999), realizó estudios para desarrollar un modelo explicativo de la enfermedad, más amplio e inclusivo que el aportado por la perspectiva “dualista y reduccionista” del modelo biomédico; las sucesivas revisiones e

investigaciones parecen culminar con la publicación de un artículo en 1977, en donde Engel plantea el “*Modelo Biopsicosocial*” (Ader y Schmale, Jr., 1980). Engel utilizó por primera vez en 1961 el término “bio-psico-social-cultural”, luego acortado a “biopsicosocial” para simplificarlo, un modelo que en su dimensión social abarcaba aspectos más amplios como los culturales, espirituales y de comunicación personal (Smith, 2002).

Al momento de publicar su artículo, Engel reconoce que el modelo dominante que explicaba la salud y la enfermedad era el biomédico, que a su vez incluye dos visiones particulares: la reduccionista y la dualista; la primera ubica los fenómenos biológicos bajo un *principio primario único*, el cual establece que las únicas herramientas conceptuales y experimentales para estudiar y caracterizar los sistemas biológicos deben expresarse en términos de principios físico-químicos, es decir, los principios de la química y la física en la naturaleza, explicarían en última instancia y de manera suficiente, todos los fenómenos biológicos (Engel, 1977).

Este investigador destaca que según el modelo biomédico, la enfermedad se aplica “a todos los grupos sociales, en todos los tiempos de la historia de la humanidad y está centrada en la persona” y proponía una medicina sujeta a los principios de las ciencias naturales, esto es, la biología molecular como su disciplina científica básica, en donde la enfermedad se expresa como una desviación respecto de la norma de aquellas variables biológicas sujetas a medición y cualquier fenómeno que no sea capaz de explicarse bajo estos principios, debe ser excluida de la categoría de enfermedad. Este autor agrega que el modelo biomédico ha venido a establecerse como un “dogma biomédico”, que establece que todas las enfermedades, incluyendo las mentales, sean conceptualizadas en términos de desviaciones de mecanismos físicos y químicos subyacentes (Engel, 1977).

Engel indica que los orígenes de este modelo hunden sus raíces en principios tan antiguos como los enunciados por Galileo, Newton y Descartes, en donde se asumía que la totalidad de los fenómenos en la naturaleza podían ser entendidos, material y conceptualmente, reconstituyendo sus partes. Así la

otra visión que domina el modelo biomédico, considera al ser humano dentro de un *dualismo mente-cuerpo*, relación del cuerpo y de la mente, amparado bajo la impronta de la Iglesia y desde la ciencia clásica que fomentaba la noción de cuerpo semejante a una *máquina*, la enfermedad como una consecuencia del daño de esa *máquina* y el objetivo de los médicos dirigido a reparar esa *máquina*. La aproximación científica a la enfermedad se centra de forma predominante sobre la base de procesos biológicos que ignoran lo conductual y lo psicosocial; el modelo biomédico plantea no solo que la enfermedad sea vista como una entidad independiente de la conducta social, sino que además, las desviaciones de conducta sean explicadas sobre la base de trastornos somáticos (biomédicos, neurofisiológicos), trabajando fuera de las dimensiones social, psicológica y de conducta de la enfermedad. En este modelo, la demostración de una desviación bioquímica específica es generalmente aceptada como criterio de enfermedad, pero Engel observó que en enfermedades como la diabetes o la esquizofrenia, la presencia de alteraciones bioquímicas no constituye una condición suficiente para explicarlas en su totalidad (Engel, 1977).

En este sentido, Engel explica que por ejemplo en la diabetes, se evidencian al inicio ciertas manifestaciones clínicas (poliurica, polodipsia, polifagia y pérdida de peso), y luego es confirmada por parámetros de laboratorio, pero la experiencia de cómo esta enfermedad es vivida y expresada por un individuo y cómo le afecta en su vida diaria, requiere considerar otros factores adicionales como el psicológico, el social y el cultural, ya que las variaciones cuantitativas en los defectos bioquímicos específicos, constituyen uno de los muchos factores en la compleja interacción que puede culminar con enfermedad activa o padecimiento no manifiesto, pero no son capaces de explicar la amplia variabilidad en la expresión clínica de la diabetes, así como la expresión personal de este padecimiento en los individuos (Engel, 1977).

Es así como este autor, apunta hacia varias debilidades o inconsistencias del modelo biomédico: la alteración bioquímica no es posible encontrarla en todas las enfermedades; si la enfermedad es definida en

términos de parámetros somáticos, los médicos no necesitarían investigar aspectos psicosociales, los cuales quedarían fuera de sus responsabilidades; este modelo es insuficiente para conocer y abarcar las necesidades en salud; “el reduccionismo en salud” es perjudicial cuando no permite ver más allá de los procesos biológicos involucrados en la enfermedad; existe una imposibilidad de analizar el significado de lo que los pacientes expresan en términos psicológicos, sociales y culturales; un modelo de enfermedad que no parece lo suficientemente adecuado para compatibilizar los objetivos científicos y las responsabilidades sociales de la medicina. Además, la forma en cómo los profesionales en medicina conceptualizan la enfermedad, establece lo que es considerado dentro de los límites apropiados de la responsabilidad profesional y a la vez, influencia las actitudes y conductas con los pacientes, es decir, si la enfermedad es definida en términos de parámetros somáticos, los médicos pueden prescindir de aspectos psicosociales, los cuales quedan fuera de las responsabilidades médicas (Engel, 1977).

Según Engel desde la “Teoría de Sistemas” se ha proveído la posibilidad de acceder a explicaciones más holísticas sobre el fenómeno salud-enfermedad que la aportada hasta ese momento por el modelo biomédico dominante; esta teoría sostiene que todos los niveles de una organización están vinculados a los otros en una relación jerárquica, de forma que un cambio en un nivel, afecta a los otros; es decir, se ha hecho posible que a lo largo de diferentes niveles de organización como las moléculas, las células, los órganos, el organismo, la persona, la familia, la sociedad o la biosfera, se pueda estudiar la enfermedad, el paciente, su contexto social y la atención médica como procesos interrelacionados (Engel, 1977).

Desde esta perspectiva, la alteración bioquímica en la diabetes puede influir en ciertas respuestas fisiológicas o ciertas características de la enfermedad, pero no necesariamente en el momento de la aparición, la severidad y el curso de la enfermedad así como el momento en el que las personas aceptan el rol de la enfermedad, el estado de paciente y los resultados del tratamiento, porque éstas constituyen variables sociales y psicológicas. En este sentido, las condiciones de vida en las que se desarrollan

las personas, constituyen variables significativas del entorno que determinan la forma en como se manifiesta el padecimiento. Se argumenta que para proveer una base para el entendimiento de los determinantes de la salud-enfermedad y llegar a modelos racionales de tratamiento y atención sanitaria, el modelo biomédico debería tomar en cuenta el contexto social en el cual vive el paciente, así como el rol médico y el sistema de atención sanitario; el conocimiento básico de un profesional en medicina y sus habilidades deben abarcar los aspectos social, psicológico y biológico que expone el Modelo Biopsicosocial, considerando que la salud y la enfermedad, se ven determinadas por la interacción de factores biológicos, sociales y psicológicos (Engel, 1977).

2.2.3 Enfoque de la “Nueva Salud Pública” (o de promoción de la salud) de los determinantes del estado salud-enfermedad

Posterior a la Primera y Segunda Guerras Mundiales, en la primera mitad del siglo XX, surge un periodo de concentración de poder entre dos bloques de países distintos: el “*Occidental-Capitalista*” liderado por los Estados Unidos de América y el “*Oriental-Comunista*” representado por la Unión Soviética, y aunque nunca hubo enfrentamientos de forma directa, sí se generó entre ellos una serie de conflictos y tensiones o “Guerra Fría”, en los ámbitos político, ideológico, económico, social, tecnológico, militar, entre otros. El fin de este periodo pasa por una reestructuración (“*Perestroika*”, 1985) con reformas en distintos niveles (incluyendo el económico y posterior disolución de la Unión Soviética (1991), aunque es representado en general con la caída del Muro de Berlín, el 9 de noviembre de 1989).

El fin de esta etapa también representa el comienzo del proceso denominado “*Globalización*” o “Nuevo Orden Económico Mundial”, dominado por el surgimiento de nuevos bloques o potencias económicas como los Estados Unidos de América, Europa y Japón. Algunos autores ubican el inicio de la *Globalización* en tiempos tan remotos como el descubrimiento y conquista del “*Nuevo Mundo*” por parte de Europa en 1492 (Ferrer, 1996), y otros lo fijan

en tiempos de la Era Contemporánea con la explosión de la bomba atómica en Hiroshima en 1945, la invención del chip en 1958, , la llegada del hombre a la Luna y primera transmisión vía satélite en 1969, el desarrollo de redes de comunicación en 1961 (Mc Luhan, 1985), que se interconectaron por medio de ordenadores a partir de 1969, o la creación de Internet ese mismo año.

La *Globalización* se considera como un “*proceso económico, tecnológico, social y cultural en el que se generó una creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países del mundo, unificando sus mercados, sociedades y culturas a través de una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas que les dan un carácter global*” (Diccionario, 2012). Uno de los mayores inconvenientes o efectos perjudiciales de la globalización es que “*gran parte del mundo en desarrollo no participa en el proceso*”, es decir, las potencias económicas que dominan el panorama económico mundial (Estados Unidos, Europa y Japón), concentran su inversión en países de bajos ingresos que son más “cercanos” a sus intereses, mientras que el resto de países tienen un escaso o nulo crecimiento económico, lo que agrava su situación en salud, educación y acentúa aún más la desigualdad entre ricos y pobres, entre países desarrollados y subdesarrollados, y a lo interno de cada uno de ellos (Sachs, 2001).

Bajo este escenario, la OMS y UNICEF organizan la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, del 6-12 de setiembre de 1978 en Alma Ata, capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazakhstan, en la cual se produce la “*Declaración de Alma-Ata*” y la consigna de “*Salud para todos en el año 2000*” (OMS, 1978). La conferencia examinó la relación entre la salud y el desarrollo socio-económico, y la interdependencia entre ésta y las condiciones y la calidad de vida de las poblaciones.

En la “*Declaración de Alma-Ata*” se reconoce que más de la mitad de la población mundial no recibía asistencia de salud adecuada, existía una injusta distribución de los recursos de salud entre los países y dentro de ellos, y el estado de salud de millones de personas en el mundo era inaceptable, especialmente en los países en desarrollo. Bajo las consideraciones de que la

salud es un derecho fundamental, un objetivo social para el mundo entero, y que el desarrollo socio-económico, basado en un “Nuevo Orden Económico Internacional”, constituye un elemento esencial para lograr el mayor grado de salud para las personas, la Declaración consideró como una obligación y una acción prioritaria por parte de todos los gobiernos, la protección de la salud de sus pueblos mediante la adopción de estrategias como la promoción de la salud y la atención primaria de salud, como herramientas claves para que todas las personas del mundo alcanzaran en el año 2000, *“un nivel de salud que les permitiera llevar un desarrollo económico y social sostenido”*, que contribuyera a mejorar la calidad de vida de las personas (OMS, 1978).

La Declaración de Alma Ata define los componentes y alcances de la atención primaria de salud como:

“...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria...” (OMS, 1978)

En 1977 el Secretario de Estado de Servicios Sociales del gobierno laborista de Reino Unido, David Ennals, comisiona al entonces presidente del Colegio de Médicos (*Royal College of Physicians*), sir Douglas Black, para realizar un estudio que analizara la evidencia existente sobre las “diferencias en el estado de salud entre clases sociales y sus determinantes”, y realizara

recomendaciones al gobierno en esta materia (Smith, Bartley y Blane, 1990). En 1980 entregaron el estudio titulado: “Desigualdades en Salud: Informe del Grupo de Investigación” (“*Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*”), también conocido como el Informe Black (“Black Report”), en el cual se evidenciaron grandes diferencias en las tasas de mortalidad entre las clases profesionales (clase I) y aquellas menos cualificadas (Clase IV-V), en ambos sexos, en todas las edades y muy superiores en comparación con otros países industrializados como los nórdicos; las desigualdades también se observaron en la menor utilización de los servicios de salud de prevención de enfermedades por parte de la clase obrera, con una oferta insuficiente y desmejorada para las zonas de residencia de estas clases (Black D, Morris JN, Smith C y Townsend P, 1980). De esta forma, entre sus conclusiones figuran el reconocimiento de la “*naturaleza multicausal*” de las desigualdades en salud, entre los que destacan aspectos específicos como el entorno socio económico y los servicios de salud, en particular los de prevención de enfermedades (Black D et al., 1980).

De forma paralela a estos acontecimientos, se gestaba una “*Tercera Revolución Epidemiológica*” en la década de los ochenta del siglo XX, caracterizada por un aumento en la prevalencia de depresión a nivel mundial y mortalidad por fármacodependencia, muertes violentas y suicidios, así como una marcada “*polarización*”, en donde los padecimientos que aquejan a los países desarrollados se relacionaban con la llamada “*epidemia de obesidad*”, VIH/-SIDA y escaso éxito en el combate de ciertos tipos de cáncer de pulmón (broncogénico), mientras que en los países de bajos ingresos se registraba un aumento en la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, mortalidad por VIH/SIDA, tuberculosis y enfermedades transmitidas por vectores (Villanueva Domínguez, 2007).

En 1986, la OMS junto a la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, organizaron la “*Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*” donde fue emitida el día 21 de noviembre de 1986, la “*Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*”, la cual tomaba en cuenta los progresos alcanzados a partir de la *Declaración de Alma*

Ata sobre la Atención Primaria de Salud (1978), y exhortaba hacia la movilización de los recursos para alcanzar el objetivo de "Salud para Todos en el año 2000" (OMS, 1986). En este sentido, la Promoción de la Salud surge como "*una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo*" (OMS, 1986) y además como una nueva forma de impulsar los procesos políticos y de acción intersectorial, necesarios para mejorar las condiciones de salud en el mundo (Restrepo y Málaga, 2001).

La Carta de Ottawa representa una integración de los enfoques orientados hacia las causas o determinantes generales y particulares del estado de salud de los individuos y las poblaciones observados desde el siglo XIX por investigadores como Virchow, Snow, Villermé y Chadwick, quienes además de evidenciar un "*origen social*" de muchas de los padecimientos de su época, recomendaron a sus gobiernos pautas para mejorar la salud de la población, que fueron retomadas en la época contemporánea a través de los requisitos para la salud que describe la Carta de Ottawa: "paz, educación, vivienda, alimentación, renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad" (Terris, 1996).

Este documento alude no solo a los singulares avances propuestos por los investigadores de la "medicina social" del siglo XIX, sino que también plasma referentes del siglo XX como los trabajos de Thomas McKeown (1912-1988), de forma que sus gestores apuntaban hacia un abordaje que tomara en cuenta no solo las acciones curativas y actuaciones preventivas sobre conductas individuales que se popularizaron en los años cincuenta, sino que introducen un nuevo punto de análisis en donde la salud pasaba de ser "un estado de bienestar completo" o el resultado del "impacto de los determinantes de la salud", a ser considerado un elemento en sí mismo o "un recurso para vivir" (Kickbusch, 2007).

Desde esta perspectiva, la Carta de Ottawa y su concepto de salud se han considerado como parte de la "Tercera Revolución en Salud" (Breslow, 1999), al plantear que la promoción de la salud toma en cuenta la perspectiva del anterior enfoque de la salud basado en los llamados *determinantes de la*

salud, pero también destaca el *empoderamiento individual y comunitario* como parte del "Nuevo Enfoque de Salud" que considera los entornos sociales y el empoderamiento de los sujetos como herramientas fundamentales para generar salud (Kickbusch, 2007).

La Organización Mundial de la Salud en respuesta a las crecientes inequidades en salud en el mundo, ha organizado la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2005), para reunir, revisar y sintetizar la evidencia que se genera en el mundo sobre los *Determinantes Sociales de la Salud* (DSS), sus efectos y generar propuestas que los aborden de una manera eficaz, ya que constituyen las razones de la mayor parte de inequidades sanitarias o diferencias injustas y evitables, que se establecen entre los países y en su interior, en relación con el estado de salud que cada uno registra (Marmot M et al., 2008). Estos DSS, que son el conjunto de los "determinantes estructurales y las condiciones de vida", se refieren a las circunstancias en que las personas desarrollan su ciclo vital (nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen), incluyendo el sistema de salud, que son consecuencia de la forma en como se distribuyen los recursos (dinero, poder) en los distintos niveles (mundial, nacional, local), que se ven sujetas a la vez, por las políticas adoptadas (Marmot M et al., 2008).

En el Informe Final que la Comisión sobre los DSS publica en el 2008, reconoce que el *gradiente social de salud* dentro de los países y las grandes *desigualdades sanitarias* entre los países, resultan de una "distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes, los servicios y por las injusticias que influyen las condiciones de vida de la población (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación condiciones de trabajo, de tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades)", que son a la vez consecuencia de "programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una inadecuada gestión política". Ante esta situación hacen un llamado prioritario a la comunidad internacional para subsanar esta situación y plantean tres estrategias para abordarlos (Marmot M et al., 2008):

1. *Mejoramiento de las condiciones de vida*: con la formulación de políticas de protección social dirigidas a toda la población.
2. *Luchar contra la distribución desigual* (del poder, dinero y recursos): con la aplicación de un estilo de “*gobernanza*” que fomente la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales.
3. *Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones*: con “sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria” que favorezcan la investigación, formación de profesionales sanitarios y responsables de la formulación de políticas y sensibilización a la población sobre los DSS; además que permitan medir la magnitud de la inequidad sanitaria, evaluar los efectos de políticas e intervenciones en la equidad sanitaria y darles seguimiento sistemático.

2.3 Aproximaciones a la noción de Promoción de la Salud

2.3 1 De la perspectiva curativa a la preventiva de las enfermedades

Promoción de la salud como parte del esfuerzo de una comunidad organizada. En la primera mitad del siglo XX, el bacteriólogo y salubrista estadounidense Charles-Edward Amory Winslow (1877-1957), enfoca la atención sobre una estrategia denominada “*promoción de la salud*”, en la que describe elementos constitutivos primordiales que formarían parte de la concepción desarrollada a lo largo del siglo XX y hasta la actualidad (Buss, 2006). Esta concepción alude a que la mejoría en las condiciones de salud de la población puede lograrse con el “*esfuerzo de una comunidad organizada*”, capaz de generar políticas que incidan en la propia e individual salud de los sujetos que conforman la comunidad y a su vez, en el desarrollo de una serie de recursos sociales relacionados, a los que llamó “*maquinaria social*”, que provean de mecanismos para permitir el avance y mantenimiento de la salud (Winslow, 1920).

Promoción de la salud como parte de las funciones esenciales de la medicina. Otro autor, que también se considera como uno de los primeros en hacer referencias al término “*promoción de la salud*”, fue Henry E. Sigerist

(1891-1957), médico francés e historiador de la medicina, quien utiliza el término para referirse a la mejoría en las condiciones de vida de la población, a través de la educación sanitaria y acciones del Estado (Restrepo, 2001). Este autor asienta a la promoción de la salud dentro de las cuatro funciones esenciales de la medicina, junto con la prevención de la enfermedad, la recuperación del enfermo y su rehabilitación, pero también comprende que para promover la salud, y simulando a Winslow en el principio de una comunidad organizada, se requiere la participación de “*especialistas en salud*”, de los sectores políticos, sindicales, empresarios, educadores y médicos, cuyo esfuerzo coordinado, genere “*buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, formas de ocio y descanso*” (Buss, 2006).

En este sentido, además de los dos órdenes de médicos ya conocidos, generales y especialistas, con su requerida eficacia terapéutica y preventiva, se extiende la idea de los médicos “*promotores de la salud*”, dotados de autoridad para dirigir y organizar los equipos de trabajo, con una preparación en aspectos generales de psicología, sociología y antropología, documentación científica, dirección de centros hospitalarios, estadística médica, epidemiología, entre otras disciplinas, que plantea la convicción de que los profesionales en medicina pueden colaborar de manera amplia, en el progreso de la sociedad actual para mejorar el desarrollo del ser humano (Laín Entralgo, 1978).

Promoción de la salud como parte de una medida de prevención de enfermedades. El profesor emérito de la Escuela de Salud Pública de Harvard, Hugh Rodman Leavell, escribió junto a Edwin Gurney Clark, la primera edición del libro “*Medicine for the Doctor in his Community* (1953)” en el que describen su particular modelo sobre la “historia natural de las enfermedades”, y uno de los modelos explicativos más extendidos en la actualidad sobre el “proceso salud-enfermedad”; estos autores, definen un *periodo pre-patogénico*, en el que relacionaban un agente causal de enfermedad, el individuo que lo *hospedaba* (“hospedero”) y el ambiente en el que se desarrolla esta interacción, como resultado del contacto con el agente causal, el individuo puede “retornar al equilibrio”, o ingresar a una fase ulterior, el

“*periodo patogénico*”, en el que puede terminar con un defecto o daño, una discapacidad o la muerte (Clark, 1954).

Bajo este marco conceptual, Leavell y Clark, describen la intervención preventiva de las enfermedades como “*una acción temprana, basada en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad para hacer improbable su progreso subsecuente*”, y cuyo propósito se dirigía a impedir la aparición de enfermedades específicas (prevención primaria), o proveer la curación y limitar el daño (prevención secundaria) y finalmente a rehabilitar al individuo cuando el perjuicio alcanzara cierta extensión en el organismo (prevención terciaria) (Figueira, Ferreira, Schall y Modena, 2009).

En este sentido, describen cinco medidas preventivas para interrumpir los procesos que llevarían a lesiones mayores en el individuo: *promoción de la salud, protección específica, reconocimiento temprano y tratamiento oportuno, limitación de la discapacidad y rehabilitación*. Las dos primeras medidas son aplicadas en el “*periodo pre-patogénico*”, y es así como estos autores entienden a la promoción de la salud como una de las cinco prácticas preventivas que pretenden favorecer “*el mejor estado de bienestar físico, mental y social posible*” a través de acciones concretas como la educación para la salud, el procurar una adecuada alimentación en las diferentes etapas de desarrollo de la vida, atención al desarrollo de la personalidad, provisión de adecuada vivienda, recreación, condiciones de trabajo, educación sexual y exámenes médicos periódicos (Clark, 1954).

Los planteamientos de Leavell y Clark sobre la prevención de las enfermedades resultarían esenciales en este periodo del desarrollo y evolución del concepto promoción de la salud, porque fortalecían la idea de dirigir intervenciones hacia los comportamientos de los individuos transformando sus estilos de vida a nivel individual, en el escenario familiar y en la comunidad en la que se desenvuelven. De este modo, los programas en promoción de la salud de este periodo toman un matiz en el que se trata de prevenir los efectos de ciertas conductas de riesgo adoptadas por los individuos, y que pueden ser cambiados por ellos mismos con la ayuda de programas educativos entre los

que destacan, la lactancia materna, la cesación del fumado, la dieta equilibrada, la actividad física para contrarrestar los efectos del sedentarismo y la conducción responsable de vehículos en la vías públicas (Buss, 2006).

2.3.2 De la perspectiva preventiva de las enfermedades a la promotora de salud

Promoción de la salud como parte de una estrategia para que individuos y organizaciones tomen una posición activa en relación a su propia salud. Se ha citado que con el Informe Lalonde publicado por el gobierno de Canadá en 1974, se dio un viraje desde la perspectiva que situaba a la medicina como “*el principio exclusivo del que han surgido los progresos en salud*”, hacia una orientación en donde la producción de salud se concibe a través de la integración de cuatro grandes dimensiones: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de la atención sanitaria (OPS, 1996). Desde este enfoque se plantea que los servicios asistenciales sanitarios forman parte de la fórmula que genera salud en una población y no constituye el único instrumento que tienen a su disposición los habitantes para mejorarla, por el contrario, se proponen otras estrategias como son: establecimiento de objetivos, regulación, investigación, eficiencia sanitaria y promoción de la salud.

En la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (OMS, 1986), reunida en Ottawa, Canadá, el 21 de noviembre de 1986, se emitió la “*Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*” en la que se define la promoción de salud en los siguientes términos:

...“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente...”

La *Carta* posiciona la salud no como un objetivo, sino fuente de riqueza de la vida cotidiana; la define como un “concepto positivo” que resalta no solo los recursos sociales y personales, sino también las “aptitudes físicas” y además como considera que es un concepto que trasciende las “formas de vidas sanas” (estilos de vida saludables), por lo que la promoción de la salud no puede desarrollarse solamente con la participación del sector sanitario que sería incapaz de proporcionar todas las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud; requiere la “acción coordinada” de otros sectores de la sociedad como los gobiernos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria, medios de comunicación, sector económico y sector social como individuos, familias y comunidades (OMS, 1986).

En este documento, la promoción de la salud tiene como objetivo prioritario conseguir que los factores que influyen en el estado de salud (políticos, económicos, sociales, culturales, medio ambiente, de conducta y biológicos) puedan ser favorables para el desarrollo del potencial máximo de las personas, es decir, contribuir en la reducción de las diferencias en el estado actual de la salud de los individuos o grupos (o “equidad sanitaria”), lo que requiere que ellos tengan oportunidades y acceso a la información, así como el desarrollo de aptitudes para elegir opciones que les permita asumir “el control de todo lo que determine su estado de salud” (OMS, 1986):

1. La elaboración de una política pública sana
2. La creación de ambientes favorables
3. El reforzamiento de la acción comunitaria
4. El desarrollo de las aptitudes personales
5. La reorientación de los servicios sanitarios
6. Irrumpir en el futuro

Algunos autores consideran la Carta de Ottawa como el documento de máxima excelencia, tanto en lo conceptual como en lo instrumental, en el tema de Promoción de la Salud (Restrepo, 2001). Esta definición abre un espacio de reflexión en torno a la relación entre prestatarios-usuarios de los servicios de salud, al enfocarse sobre la necesidad de dotar a la población de los “medios

necesarios” (no solamente los asistenciales sanitarios) para que en conjunto todos los colaboradores de la comunidad, puedan identificar y satisfacer sus necesidades, así como *“mejorar y ejercer un mayor control sobre su salud”*.

En la Carta de Ottawa también se exhorta a la ponderación de que la responsabilidad de llevar a cabo esta tarea no debe recaer de forma exclusiva sobre el sector sanitario, por el contrario, estos profesionales deben coordinar sus acciones con otros sectores y *“actuar como mediadores”* entre los obstáculos y facilitadores del proceso de salud y específicamente en la promoción de la salud.

En este documento también se plantea un aspecto remodelador de la relación entre el rol sanitario y su entorno a través de la estrategia denominada *“Reorientación de los Servicios Sanitarios”*, que alude al papel cada vez mayor de los servicios sanitarios en la promoción de la salud. La fórmula incluye una integración de la función clínica, con la promotora de salud en la cartera de actividades de atención primaria y la coordinación de estas responsabilidades, con los *“individuos, grupos comunitarios, instituciones y gobiernos”*, así como con los *“sectores sociales, políticos y económicos”*, trabajando todos estos colaboradores en conjunto por la consecución de un sistema de protección de la salud.

Este conjunto de circunstancias, en donde se reconoce que fuera de los servicios de salud, se *“producen acciones que inciden en la salud”* (López y Aranda, 1990), abre la puerta a reflexiones teóricas sobre la existencia y responsabilidad que tienen otros colaboradores en los resultados en salud de una población determinada. En este sentido y según la Carta de Ottawa, para poder proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su potencial de salud se debe exigir la acción coordinada de todos los sectores implicados.

La *colaboración* intersectorial (Nutbeam, 1998b), en la que se relaciona *“distintos sectores de la sociedad para emprender acciones en un tema”*, tiene como fin coordinar acciones y lograr resultados de salud de manera más

eficaz, eficiente o sostenible, que aquellas promovidas por el sector sanitario actuando en solitario.

Esta coordinación requiere de una infraestructura adecuada (recursos humanos, materiales, estructuras organizativas, administrativas, políticas, reglamentaciones e incentivos) que faciliten una respuesta organizada de la promoción de la salud a los problemas y necesidades de la población.

Promoción de la salud como parte de un programa nuevo o Proyecto Regional. La Oficina Regional de la OMS para Europa, bajo el mandato de su entonces Director General Hafdan Mahler, encarga en 1980 a algunos de sus colaboradores la misión de elaborar un programa nuevo en promoción de la salud que contara con su propia filosofía, estrategias, personal y presupuesto, con el fin de determinar el lugar que ocupaba la promoción de la salud entre sus Estados Miembros y todas sus Regiones. Este planteamiento denominado: *“Proyecto Regional/Interregional de Promoción de la Salud”*, surge de forma relacionada con el movimiento de promoción de la salud, iniciado en Canadá en la década de los setenta, que los había llevado a generar programas, políticas y proyectos exitosos en esta materia y además, ser el único país que contaba con una Dirección General de Promoción de la Salud en aquel momento (Kickbusch, 1996).

Este equipo de trabajo produce en 1984 un documento de discusión en torno al concepto y los principios de la promoción de la salud, y que según Kickbusch (1996), señala el punto de partida del Programa de Promoción de la Salud de la Oficina de la OMS para Europa. En este documento se describe la promoción de la salud como: “...el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo, mejorar esa salud...” (Kickbush, 1996), concepción que derivó de la posición de la OMS Europea frente a la salud como “...el grado en que una persona o grupo es capaz de llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y de enfrentarse con el ambiente...”, es decir, la salud es considerada en este contexto como un recurso mas de la vida cotidiana y no como un objetivo en la vida; no como ausencia de enfermedad, sino como el alcance de un potencial de rendimiento

máximo para enfrentarse a los retos de la vida, de la forma mas productiva posible...” (Starfield, 2001).

También enunciaron algunos principios básicos de la promoción de la salud:

1. Afecta a la población en el contexto de su vida diaria y no se centra en las personas que corren el riesgo de sufrir determinadas enfermedades.
2. Pretende influir en los determinantes o causas de la salud.
3. Combina métodos o enfoques distintos pero complementarios.
4. Se orienta a conseguir la participación concreta y específica de la población.
5. Los profesionales de salud, especialmente de atención primaria, deben actuar en su defensa y facilitarla.

Así mismo, manifestaron cinco áreas temáticas para la promoción de la salud:

1. Acceso a la salud.
2. Desarrollo de un entorno facilitador de salud.
3. Refuerzo de la redes y apoyos sociales
4. Promoción de los comportamientos positivos para la salud de las estrategias de afrontamiento adecuadas, un objetivo esencial para la promoción de la salud.
5. Aumento de los conocimientos y difusión de la información relacionada con la salud.

Este equipo se plantea casi de forma consecutiva, si sus concepciones sobre promoción de salud serían aplicables en contextos de otros países menos industrializados, por lo que al año siguiente organizan un grupo internacional de estudio con representantes de todo el mundo para dilucidar esta y otras cuestiones; el grupo concluye que el documento básico sobre promoción de la salud que habían elaborado, podría aplicarse a otros países en

desarrollo y aunque su filosofía sería la misma, las estrategias y actores sociales serían distintos en cada entorno (Kickbush, 1996).

En este sentido visualizan como una oportunidad el que los sistemas de atención en salud de algunos países en desarrollo no estuvieran tan consolidados, de forma que podrían incorporar desde el principio la promoción de la salud en sus políticas y atención primaria de salud, mientras que en países desarrollados, esta propuesta significaría un reto a los sistemas asistenciales médicos, debido a la posición fortalecida que goza la prevención y medidas de salud pública en estos últimos. Además, el grupo también manifestó la necesidad de organizar un evento en donde pudieran reunir las experiencias de países industrializados, relacionados con los programas y políticas sobre promoción de la salud, de forma que establecen el compromiso de constituir la primera “Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud”, reunida en Ottawa en 1986, y en la cual se facilitó en intercambio de experiencias entre más de 200 participantes de todo el mundo sobre los programas y políticas de promoción de la salud concretando en aspectos como la creación de políticas públicas saludables, el fortalecimiento de los recursos de salud comunitarios, creación de entornos favorables, aprendizaje, afrontamiento y reorientación de los servicios de salud (Kickbush, 1996).

2.4 Organizaciones, eficacia y sostenibilidad

2.4.1 Definición y clasificación de las organizaciones

Las palabras *organizar* y *organización* derivan de la palabra *órgano*, cuyo origen del latín *orgánum*, significa instrumento, sin embargo, el significado de organizar como “disponer el órgano para que esté acorde y templado”, se registra actualmente en desuso por la Real Academia Española y en su lugar, se señala la definición de organizar como: “*Establecer o reformar algo para lograr un fin, coordinando las personas y los medios adecuados*” y la definición de organización como: “*Asociación de personas regulada por un conjunto de normas en función de determinados fines*” (Real Academia

Española, 2008). Según esta perspectiva, la organización es concebida con una intención "*instrumental*", es decir, como una actividad que implica la creación de un *instrumento* para conseguir determinados objetivos.

Los criterios utilizados para clasificar las organizaciones pueden ser de diversa índole, e incluir criterios económicos: según el sector de actividad (primario, secundario o terciario), según la dimensión (micro, pequeña, mediana o grande), según el ámbito de actuación (Nacional o Internacional), así como criterios jurídicos: según la propiedad del capital (pública o privada) y según la forma jurídica (individuales, sociedades, mutuales, fundaciones) (Iborra Juan, Dasí Coscollar, Dolz Dolz y Ferrer Oretga 2010). También suelen utilizarse pautas de tipo biológico (dominios, reinos, filos, clases, órdenes, familias, géneros y especies), así como clasificaciones de tipo social humanas: No formales (comunidad, grupo, tribus, familia, casta y otros), Formales (comerciales, de servicios, productivas, administrativas, políticas y normativas, entre otras) e Instituciones (Fernández-Ríos y Sánchez, 1997).

Otros términos frecuentemente relacionados con el de las organizaciones son el de *empresa* e *institución*; ésta última hace referencia a "*mecanismos de tipo social que se concretan en elementos estructurales del sistema social (roles, valores, ideas, creencias, normas) y condicionan la interacción de los miembros de una colectividad*" (Fernández-Ríos et al., 1997), mientras que la *empresa*, hace alusión a un "*conjunto de personas que transforman recursos en bienes y/o servicios, que satisfagan necesidades humanas, con el fin de obtener beneficios para distribuir entre sus propietarios*", en las organizaciones los fines se relacionan más con propósitos educativos, culturales, humanitarios, ecológicos, sociales, médicos o económicos, mientras que en las empresas se persigue una intención eminentemente económica (Iborra Juan et al., 2010).

2.4.2 Teoría de la Organización y su evolución

La *Teoría de la Organización* es un “conjunto de conceptos, principios e hipótesis, que intenta explicar la interacción existente entre los distintos componentes que constituyen una organización”; en su aspecto *descriptivo*, la *Teoría de la Organización* intenta explicar porqué y cómo sucede algo dentro del entorno organizativo y para ello, por medio del enfoque sistémico, especifica la naturaleza de las relaciones entre los distintos subsistemas de la organización y su entorno; en su aspecto *prescriptivo o normativo*, esta teoría persigue delinear los elementos para mejorar la organización a través de las nociones de eficiencia, eficacia, efectividad, satisfacción laboral, adaptabilidad, entre otros (Hodge, Anthony y Gales, 1998).

No hay un consenso sobre una única forma de agrupar y designar las principales corrientes que marcan la evolución del pensamiento organizativo, por esta razón, se encuentran diversas propuestas que ordenan los principales enfoques teóricos y van desde aquellos que centran el énfasis en los exponentes más destacados o cuerpo de conocimientos desarrollados, hasta una perspectiva cronológica en el último siglo. Según exponen Ramió y Ballart, (1993b), se puede entender su evolución siguiendo las corrientes del *Administrativismo*, *Estructuralismo*, *Psicologismo*, *Racionalismo* y *la Organización y el Entorno*:

A. Enfoque del Administrativismo, Escuela Clásica o Corriente Científica.

En la primera mitad del siglo XX se consolida la llamada *Escuela Clásica*, con teóricos que proponían una *única forma idónea* de gestión y el desarrollo de *técnicas racionales* que fortalecieran la estructura y los procesos en las organizaciones, de modo que se facilitara la coordinación interna de sus actividades. Uno de sus representantes fue Frederick Winslow Taylor (1856-1915), ingeniero y economista estadounidense, quien le da *un carácter racional al trabajo* mediante estudios de los “tiempos y movimientos” de los trabajadores en una organización, en la que analiza y desagrega los puestos de trabajo en sus elementos esenciales, y fija una relación entre el “hombre y la máquina”, de forma que se logren acoplar

para lograr el mínimo gasto de recursos y el máximo rendimiento laboral. Así mismo, establece cinco principios de su denominado “*Sistema de dirección científica*” (Ramió y Ballart, 1993b):

- 1) El trabajador delegará toda la responsabilidad de la organización del trabajo en el nivel directivo
- 2) Se implementarán métodos científicos para conocer la forma más eficiente de realizar el trabajo
- 3) Cada trabajo específico, estará a cargo de la mejor persona seleccionada
- 4) Se formará al trabajador para hacer el trabajo de manera eficiente
- 5) Se controlará el rendimiento del trabajador, asegurando que ha seguido los procedimientos establecidos del trabajo y se ha conseguido los resultados deseados.

Taylor consideraba que la dirección eficiente y las relaciones laborales positivas se podrían conseguir mediante el estudio científico de las actividades realizadas por los trabajadores, de modo que se interviniera aquellas acciones que evidenciaran un claro desvío de los objetivos de la organización. Por otro lado, un importante representante de la *Escuela Clásica* fue Henry Fayol (1841-1925), francés, ingeniero y técnico de la administración quien instaura las tareas básicas de la gestión como proceso (la planificación, la organización, el mando o dirección, la coordinación y control), establece algunas técnicas de organización que aún se utilizan (dirección por objetivos, sistemas de planificación, programación, presupuestación y control racional); dispone un modelo de trabajo organizado de forma jerárquica, a través de líneas de mando, que intentan explicar el funcionamiento de los niveles administrativos en las organizaciones, y propone dos funciones directivas esenciales (Hodge et al., 1998):

1. *Coordinación*: ésta se manifiesta a través de cuatro principios que son:
 - a. Principio escalar: la autoridad y el control deben tener una distribución jerárquica, en una estructura piramidal.

- b. Unidad de mando: cada empleado debe responder solo a un supervisor, para evitar potenciales conflictos
 - c. *Ámbito de control*: identifica el número de subordinados que cada supervisor debe controlar de forma eficiente y eficaz.
 - d. Principio de excepción: lo rutinario debe encargarse al trabajador de nivel básico y lo excepcional, asumido por niveles de mando superiores.
2. *Especialización*: basada en la forma de agrupación de los departamentos y los trabajadores. Se rige por los principios de:
- a. *Departmentalización*: agrupar en un mismo departamento las funciones similares
 - b. *Diferenciación funcional*: las funciones de *línea o ejecutivas*, contribuyen de forma directa con el alcance de las metas primarias de la organización y las funciones de *staff o apoyo* son de soporte (legal, información, etc).

B. ***Enfoque del Estructuralismo o corriente burocrática***. Según Hodge et al. (1998), una de los primeros aportes al desarrollo de la Teoría de la Organización, proviene del economista y filósofo escocés Adam Smith (1723-1790), quien entre otras contribuciones demuestra el gran impacto de la *división y especialización del trabajo sobre la producción*, pero es a través del filósofo, economista, jurista, politólogo y sociólogo alemán Max Weber (1864-1920), considerado como uno de los promotores de la sociología moderna y la administración pública, y quien consideraba la burocracia como la organización ideal, es quien sienta además las bases del paradigma *Estructuralista* y del *Modelo Burocrático*, declarando varios enunciados constitutivos (Hodge et al., 1998):

1. En la *división del trabajo*, cada trabajador tiene claramente definida y legitimada sus responsabilidades
2. Se establece una *cadena de mando*, cuando los puesto se organizan en una jerarquía de autoridad
3. Se seleccionan los empleados según su *competencia técnica*, verificado por la formación o educación

4. *El rendimiento individual* se guiaba por reglas estrictas, disciplina y controles.

Al igual que en la *Dirección Científica*, el *Modelo Burocrático*, también estudia la administración eficiente, considerando la división sistemática del trabajo (especialización y departamentalización). En este modelo se considera que ningún individuo en la organización posee la *propiedad de los medios de producción* (son técnicos, profesionales, especialistas y asalariados) por lo que su poder es adquirido a través del cargo que desempeña, el cual a su vez, está sujeto al control de un puesto superior en un escalafón de orden jerárquico establecido. Un superior jerárquico realiza la selección de los trabajadores en cada cargo, el cual representará su actividad principal en la organización, y toman en consideración la formación especializada que reporta el aspirante, así como los méritos demostrados en su carrera profesional que ha gestado desde su incorporación en la organización (Ramió et al., 1993b).

Esta corriente progresa hacia un modelo *Neoestructuralista* (Etzioni, Blau, Scott, Crozier, Mayntz y Thoenig) que hace visible la falta de realismo del modelo Weberiano, a través de estudios sobre el poder de la burocracia (Ramió et al., 1993b). Este nuevo modelo centra su análisis en todos los niveles de la organización (a diferencia de Taylor), estudian los objetivos de la organización (participación de los trabajadores), los tipos de organizaciones (en función de sus objetivos, estructuras y sistemas de relación con su entorno), los conflictos y las relaciones sociales en la organización (entre individuos, grupos y con el medio ambiente social), de forma que se puede considerar la integración de las corrientes de la administración científica y relaciones humanas que reúne las dimensiones estructural y personal de las organizaciones.

C. Enfoque del Psicologismo o Escuela de Relaciones Humanas. La *Escuela de Relaciones Humanas* reacciona ante el lugar preponderante que otorga el modelo de la *Administración Científica* (Taylor-Fayol) y la *Escuela Burocrática* a la estructura formal, en detrimento del componente humano en las organizaciones; en este sentido, el factor humano cobra gran

relevancia con este paradigma y los investigadores diseñan concepciones, técnicas e instrumentos para mejorar el conocimiento de las variables psicosociales en los sistemas organizativos (Ramió et al., 1993a). A partir de los experimentos en la empresa estadounidense “*Western Electric Company*”, en la población de Hawthorne-Chicago, llevados a cabo por los sociólogos Elton Mayo y Roethlisberger, se centra el interés en los grupos y procesos sociales que ocurren en el interior de las organizaciones, a las que consideraron como: “*coaliciones cambiantes con necesidades divergentes y múltiples*” (Hodge et al., 1998). Estos teóricos ponen de manifiesto la importancia de las interacciones grupales y del clima social sobre el rendimiento de las personas en la organización y no solo los factores considerados por la *Escuela Clásica* como el sistema de incentivos relacionado con los períodos de descanso, jornadas laborales y de pago.

Otros autores, relevantes en esta corriente (Leavitt, Parkinson, Peter, McGregor, Likert, Herzberg, Fiedler, Maslow y Argyris), concentran sus posiciones teóricas en algunos planteamientos básicos (Ramió et al., 1993b):

1. El trabajo es considerado como una actividad esencial del ser humano, que influye en la presencia (o ausencia) de su satisfacción.
2. El trabajo y el capital tienen una relación dialéctica, el capital tiene el poder y, aun cuando depende del trabajo, tiene la capacidad de tomar decisiones.
3. El trabajador no encuentra satisfacción solamente en aspectos materiales de su entorno laboral (mejores recursos, prestaciones, ambiente o seguridad), porque también depende de otros elementos como su participación en la vida social y el reconocimiento dentro de la misma organización.
4. La participación en la vida laboral significa una mayor satisfacción, estabilidad y reducción de conflictos para el trabajador.
5. La mejor forma de control de la actividad humana en la organización es corresponsabilizar a todas las personas de los objetivos de la organización para que los incorporen como sus propios objetivos

Algunos investigadores consideran que Chester I. Barnard, junto con M. Weber, son los autores que dominan la producción en el campo de la Teoría de la Organización, y al primero se le considera como uno de los precursores de las corrientes *Neoestructuralista*, *Escuela de Relaciones Humanas* y el *Neorracionalismo* y fundador del “*Sistema Cooperativo*”. Barnard manifiesta que los directivos son un elemento fundamental en las organizaciones cuya esencia es la cooperación, es decir, constituyen *sistemas cooperativos* en donde los diversos elementos que la componen, se unen para formar una “personalidad organizativa”, que va más allá de la conducta individual y forman una lógica que atiende a metas comunes (Ramíó et al., 1993a).

D. Enfoque del Racionalismo o Teoría de la Toma de Decisiones. La *Teoría de la Toma de Decisiones* se opone a la consideración del ser humano como un actor racional, capaz de buscar y conseguir la *alternativa óptima* (Teoría de la Elección Racional del Modelo Económico), en vez de ello, plantea que en la toma de decisiones en una organización, el ser humano parte de una racionalidad limitada, porque su “capacidad de conocimiento, cálculo y anticipación de las alternativas” resultan en un acto “complejo, incompleto y fragmentado”, de forma que en lugar de una elección óptima, se inclina por una elección satisfactoria; posteriormente esta teoría evoluciona hacia el “*Incrementalismo*”, que supone solo una mejora de la decisión anterior, y continua con el “garbage can”, donde la elección es el resultado de un proceso casual, dentro de un entorno ambiguo, cargado de *complejidad* y *pluralidad de racionalidades* (Ramíó et al., 1993a).

E. Enfoque de la Organización y el Entorno o Teoría de las Contingencias. La *Escuela Contingente* sostiene que debe realizarse una evaluación de las condiciones del contexto para seleccionar el diseño y la estructura adecuada en la organización, es decir, las características de la organización son contingentes o dependientes del contexto. Su concepción teórica se vincula a la *Teoría General de Sistemas*, que visualiza la organización como un conjunto de sistemas que a su vez, pueden subdividirse en otros sistemas o subsistemas, en una red compleja de

relaciones de interdependencia: subsistema ambiental (entorno de la organización), subsistema estratégico (metas, objetivos y valores del sistema), subsistema tecnológico (tecnología, sistemas de información, recursos materiales, etc.), subsistema humano o psicosocial (recursos humanos de la organización), subsistema estructural (puestos de trabajo, órganos, criterios de diferenciación y de integración) y subsistema de proceso administrativo (Ramió et al., 1993a).

Otras corrientes que estudian las organizaciones han sido las *Escuelas Contemporáneas* que cuentan con la *Escuela de la Economía Organizativa*, la *Teoría Institucional*, los *Enfoques Culturales* y los *Enfoques Ecológicos*. La primera considera la organización como una serie de transacciones entre trabajadores y directivos, donde el ser humano siempre actúa de forma interesada y oportunista, por lo que la acción principal de los directivos es asegurar un contexto que no facilite estas conductas. La Teoría Institucional señala las semejanzas entre las organizaciones y que sus integrantes conforman una “*realidad social*” que se manifiesta con acciones establecidas y reiteradas, que dan significado al entramado de su entorno, por lo que sus directivos tienen tendencia a ajustarse a creencias convencionales y desarrollar prácticas tradicionales. A diferencia del Enfoque Institucional, el *Enfoque Cultural* considera que cada organización es única y las normas, los valores y creencias orientan las acciones y comportamientos de los trabajadores. Dentro de los enfoques *Ecológicos*, destaca el de la *Ecología de la Comunidad*, el cual sostiene que las organizaciones son capaces de controlar la incertidumbre del entorno si actúan en equipo; en contraposición con el Enfoque de la población, que afirma lo contrario y es el entorno, el que selecciona aquellas organizaciones que permanecerán activas (Hodge et al., 1998).

2.4.3 Organizaciones como sistemas

El biólogo y filósofo austriaco, Ludwig von Bertalanffy (1901-1972), ante la necesidad de “explicar los fenómenos esenciales de la vida” y las carencias percibidas en la investigación y teorías biológicas clásicas que en su opinión,

no lograban dilucidarse a través de los enfoques mecanicistas, enunció en 1947 la llamada "*Teoría General de los Sistemas (TGS)*", en la que consideraba al organismo como un "*todo o sistema*", y a las ciencias biológicas como medio para descubrir "los principios de organización, a sus diversos niveles". Este investigador generaliza algunos modelos, principios y leyes, que se aplicaban en el ámbito físico (átomos y moléculas), a otras entidades tan disímiles como los fenómenos biológicos, de ciencias sociales y del comportamiento humano, independientemente de su *género, naturaleza de sus componentes y relaciones entre ellos*; esto fue posible al observar la aplicación de ciertas leyes matemáticas que resultaban iguales, en el estudio de poblaciones tan diversas como las bacterianas, de animales, de humanos, o el progreso de investigación científica (Bertalanffy, 1976).

Según Bertalanffy (1976), esta correspondencia es factible cuando las entidades consideradas se ven como "*sistemas complejos de elementos en interacción*", en el cual se considera que las características constitutivas no son explicables a partir de las características de los elementos aislados, por el contrario, si se conoce el total de partes contenidas en un sistema y la relación que hay entre ellas, el comportamiento del sistema es deducido a partir del comportamiento de las partes. Además señaló que en un *sistema cerrado*, no entra ni sale materia de él, mientras que un *sistema abierto*, se mantiene en continua incorporación y eliminación de materia, produciendo y eliminando componentes.

Este autor también manifiesta que ciertas características de la organización y algunos conceptos, modelos, y principios de la TGS como el "orden jerárquico, el crecimiento, la diferenciación progresiva, dominancia, control, competencia y la retroalimentación", son aplicables a sistemas materiales, psicológicos y socioculturales; como ejemplo de aplicación de la TGS a la sociedad humana cita el libro del economista inglés, Kenneth E. Boulding (1910-1993), titulado "*The Organizational Revolution*", que parte de un modelo general de la organización y enuncia leyes válidas para cualquiera de ellas. Este último ofrece una clasificación o esquema de los principales niveles en la jerarquía de los sistemas, que inicia en el nivel 1 de "*Estructuras*

Estáticas”, como átomos y moléculas, un nivel 7 de “Humanos” que incluye al ser humano y su *autoconciencia*, así como un nivel 8 de “*Sistemas socioculturales*” que contiene a las poblaciones de organismos (englobando también las humanas) y comunidades determinadas por culturas.

La adaptación de los conceptos de la TGS al campo de las organizaciones ha generado un amplio marco de referencia, “el enfoque estratégico de sistemas o enfoque sistémico”, que identifica la existencia de elementos clave en las organizaciones y además, que la organización está constituida por: “*partes que interaccionan entre sí para alcanzar objetivos comunes*” y esto a la vez supone, que las organizaciones están integradas por varios subsistemas (Hodge et al., 1998):

1. *Contacto con el exterior*: que incluye las “*entradas o inputs*”, que es todo tipo de recurso que recibe la organización del entorno (recursos materiales, humanos, financieros e información), y las “*salidas o outputs*”, que son los productos de la actividad de la organización.
2. *Producción*: la “*producción o throughputs*”, es el subsistema responsable de que las entradas se transformen en salidas.
3. *Mantenimiento*: responsable del funcionamiento adecuado de los otros subsistemas.
4. *Adaptación*: identifica nuevas oportunidades y amenazas en el entorno, como investigación y desarrollo.
5. *Dirección*: dirige, controla y coordina las acciones de los restantes subsistemas, señala las metas y estrategias organizativas a seguir.

Cuadro 3: Modelo de sistema abierto.

Dirección, Adaptación y Mantenimiento		
Entradas (Inputs)	Producción (throughputs)	Salidas (outputs)
Recursos humanos, materiales, financieros e información	Administración (toma de decisiones, planificación, control y estructuración) Producción Mantenimiento Adaptación	Entrega de productos

Adaptado de Hodge et al. (1998).

Aunque Hodge et al., (1998), indican que las organizaciones: *“están compuestas por personas (...) subdividen el trabajo entre sus individuos y (...) persiguen metas compartidas”*, reconocen que las organizaciones no se caracterizan por ser simples, por lo que amplían su concepto a uno que incluye como referencia el término “sistema”, como parte de la definición de organización: *“...sistemas humanos de cooperación y coordinación, integrados dentro de límites definidos, con el fin de alcanzar metas compartidas...”*.

La *estructura organizativa* según el enfoque sistémico incluye las nociones que describen la división del trabajo, las relaciones internas y los medios para coordinar las actividades (Hodge et al., 1998):

- a. Grado de centralización: dónde se toman las decisiones
- b. Diferenciación: cómo se divide el trabajo y se forman los departamentos
- c. Formalización: hasta qué punto las normas, políticas y procedimientos dan sentido a las actividades de la organización.

Estructura y diseño de las organizaciones. La *estructura* de una organización según Mintzberg (2005), puede definirse como: *“...el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas, consiguiendo luego la coordinación de las mismas...”*, generalmente se representa en el organigrama que evidencia las relaciones de jerarquía y autoridad entre todos

sus integrantes, las vías de comunicación formales y responsabilidades y los equipos de trabajo, departamentos y divisiones, mientras que el *diseño* de la organización incluye no solo la estructura, sino también otros elementos de proceso como son: los sistemas de planificación y control, sistemas de formalización de conductas (reglas, políticas y procedimientos) y centralización-descentralización de la toma de decisiones(Hodge et al., 1998).

Según Hodge (1998), la estructura de las organizaciones comprende dos elementos fundamentales: *la diferenciación y la integración*. La diferenciación supone la división de trabajo en una serie de unidades llamadas *tareas* que son distribuidas entre los trabajadores, mientras que los medios usados para coordinar esas tareas y alcanzar las metas generales de la organización se denomina integración; de ésta última, se han descrito tres tipos: la *horizontal*, con posiciones distintas en un mismo nivel, la *vertical*, con un número determinado de jerarquías, y la *espacial*, con un número de situaciones distintas, dispersas en distintos espacios. Los medios que utiliza una organización para llevar a cabo su *integración*, o coordinación de actividades, pueden ser del tipo *estructural*, e incluye la formalización, la centralización, los ámbitos de control y la estandarización, o *no estructurales* como los roles de enlace, los equipos, los sistemas de información y la cultura.

Los medios estructurales de *integración* se definen como:

1. *Formalización*: se refiere a la coordinación de tareas altamente diferenciadas a través de reglas, políticas y procedimientos formales, que pretenden guiar la conducta de los trabajadores para coordinar adecuadamente sus actividades. Se considera que si una organización usa de forma excesiva la formalización, sus trabajadores carecen de la información, conocimientos, habilidades o autocontrol para coordinar las distintas actividades.
2. *Centralización*: se refiere al *lugar* donde se toman las decisiones dentro de la jerarquía de una organización, si ésta ocurre en la alta dirección, se dice que es una toma de decisiones centralizada, pero cuando la autoridad se distribuye entre los trabajadores de niveles inferiores, se denomina, descentralizada. Los directivos de organizaciones

descentralizadas suponen que los trabajadores poseen los conocimientos y habilidades para solucionar adecuadamente los problemas, por lo que recurren al *empowerment*, dotando de más responsabilidades al personal para gestionar el dinero, cambiar diseños, reglas y procedimientos, con el fin de ajustarse de mejor forma y satisfacer las necesidades de sus usuarios.

3. *Ámbito de Control*: se manifiesta como el número de subordinados inmediatos que coordina un supervisor, lo que puede depender a su vez de la habilidad y experiencia de directivos y subordinados, así como del tipo de tareas y la diferenciación espacial del personal. Se ha expresado que cuanto mayor sea el ámbito de control, los supervisores y subordinados deben ser más competentes y más rutinaria será la tarea del subordinado, pero subordinados altamente especializados, también pueden requerir estrechos ámbitos de control para garantizar una interacción rápida con sus supervisores para tomar decisiones rápidas.
4. *Estandarización*: se puede estandarizar los *procesos*, para garantizar que todas las tareas se hagan siempre de la misma forma, se puede estandarizar las entradas (*inputs*), para reducir la incertidumbre y variabilidad del trabajo a realizar, por ejemplo al formar o seleccionar de forma estricta a los empleados se estandarizan las entradas de recurso humano y por último, se puede estandarizar las salidas (*outputs*), al delegar mayor poder de evaluación y decisión en los trabajadores y equipos de trabajo, para que sean estos colaboradores quienes verifican la calidad del producto y del servicio.

Por otro lado, los medios no estructurales de *integración* se detallan como:

1. *Roles de enlace o puestos horizontalmente vinculados*: unen dos unidades del mismo nivel en la organización, lo que facilita la mediación de conflictos y la interacción entre los dos equipos enlazados.
2. *Equipos*: los trabajadores piensan y actúan como una unidad, compartiendo información y responsabilidad colectiva de forma que

mejora la comunicación, la coordinación y el control y pueden ver como sus esfuerzos afectan a los otros miembros del equipo.

3. *Sistemas de información*: método que utilizan las organizaciones para reunir, procesar, analizar y presentar la información para facilitar el mejor funcionamiento de la organización.
4. *Cultura*: constituye los valores, normas y patrones de comportamiento de carácter informal, aceptados y observados por los miembros de una organización, que les permite intervenir en los diversos aspectos de la organización, desde un marco común de referencia.

Metas de las organizaciones. Las metas de una organización se pueden definir como:

...”*principios generales* seguidos por los miembros de una organización, que establecen el estado futuro deseado que la organización intenta alcanzar, proporcionan una *legitimidad*, o razón fundamental para la existencia de la organización, así como, los *estándares* con los que desea contrastar el rendimiento organizativo”...Etzioni (1964), descrito por Hodge (1998)

El desarrollo y la adopción de metas puede resultar un *proceso político*, más que un proceso totalmente racional que no resulta claro, preciso ni uniforme para todos los integrantes en una organización, porque además, los individuos y *grupos de interés (stakeholders)* pueden argumentar y rebatir las metas establecidas por los directivos según sus propios intereses, conveniencias y sobre cuál sería las metas más oportunas para ellos, en vez de pensar sobre las metas más apropiadas para la organización, por lo que es frecuente encontrar diversas metas o prioridades organizativas, metas que pueden entrar en conflicto o contradecirse, e inclusive, los mismos directivos pueden discrepar sobre la importancia de algunas metas porque siguen intereses propios o particulares, de forma que los responsables de sus formulación pueden implementar ciertas técnicas para la adecuada gestión e implantación de metas conflictivas en una organización (Hodge et al., 1998):

1. *Negociar o transaccionar*: para resolver diferencias, que puede resultar con el abandono, la adopción o el cambio en la naturaleza de algunas metas de forma que las partes queden satisfechas.
2. *Generar satisfacción*: se acuerda por parte de los diversos grupos de interés, directivos y trabajadores, aceptar un nivel *satisfactorio* de resultados y no el nivel máximo, con el fin de generar satisfacción en los grupos involucrados, ya que algunas de las metas establecidas, pueden resultar imposibles de alcanzar completamente o se dañaría otras áreas de la organización que tienen un buen funcionamiento.
3. *Prioridades y secuenciar*: todas las metas se alcanzarán, solo que unas antes que otras, estableciendo un orden para la consecución y tomando en cuenta a los diversos grupos involucrados y su peso o poder de presión, en la organización.

2.4.4 Organizaciones como sistemas de significados

Desde la Teoría de Sistemas, que puede aproximarse a la organización como un sistema físico constituido por elementos que se interrelacionan entre sí y con otros sistemas, y dotadas de aspectos relacionados como su estructura, diseño y metas, se plantea otra perspectiva acerca de las organizaciones, que la relaciona con un sistema de significados; según Fernández-Ríos et al. (1997), aunque existen muchas definiciones de organización, los autores más reconocidos en esta materia tienden a expresar sus definiciones en términos de las características o elementos constitutivos, *directamente observables*, que a su juicio, representan algunos componentes básicos y habituales que incluyen en sus definiciones, como son los individuos y su relación, los objetivos que persiguen, la especialización y diferenciación funcional, la coordinación racional y la continuidad temporal:

...“grupo corporativo (o relación social) en el que está cerrada hacia fuera o delimitada mediante reglas y disposiciones de admisión de personas ajenas”... (Weber, 1992)

...“algo más que la estructura del edificio. Se refiere a todo el cuerpo con sus funciones correlativas (...) las funciones que van apareciendo en acción (...) por decirlo así, de la unidad organizada (...) Se refiere a la coordinación de todos estos factores en cuanto colaboran para el fin común”... (Mooney, 1947)

...”Están basadas en determinados principios como la especialización de tareas, la cadena de mando, la unidad de dirección y la racionalidad”... (Argyris, 1957)

...”es un sistema de actividades o fuerzas conscientemente coordinadas por dos o más personas”... (Barnard, 1959)

...”compuestas por individuos o grupos, en vistas a conseguir ciertos fines y objetivos, por medio de funciones diferenciadas que se procura que estén racionalmente coordinadas y dirigidas y con cierta continuidad a través del tiempo”... (Porte, Lawler y Hackman, 1975)

...”formaciones sociales complejas y plurales, compuestas por individuos o grupos, con límites relativamente fijos e identificables, que constituyen un sistema de roles, coordinado mediante un sistema de autoridad y comunicación y articulado por un sistema de significados compartidos (que incluye interpretaciones de la realidad, normas y valores) en orden a la integración del sistema y a la consecución de objetivos y fines (...) coaliciones de poder en lucha, a veces por cómo conseguir los objetivos, y a veces por la fijación de los objetivos mismos (...) esta formaciones sociales e hallan inmersas en un medio ambiente con el que mantienen mutuas relaciones de influencia”... (Diaz de Quijano, 1993)

No obstante, la mayoría de las propuestas sobre lo que es una organización responden a la descripción de sus caracteres o propiedades genéricas, o el *modo o apariencia en que se manifiesta*, sin que estas descripciones integren o logren trascender más allá de cada elemento que la compone, el conjunto de todos ellos, o las funciones que desempeñan. Así,

Fernández-Ríos (1997) en un intento de establecer los constructos que explican las “*propiedades esenciales de la naturaleza de la organización*”, la concibe desde un nivel de abstracción mayor como un “*sistema de significados que no es, inmediatamente ni equivale a una realidad objetiva de naturaleza física*”.

En este sentido, Katz y Kahn (1977), citado por Fernández-Ríos et al., (1997), expresan que la equiparación de un modelo físico con uno de tipo social para entender las estructuras sociales y debido a una necesidad de contar con formas más precisas y sencillas de entender el mundo, constituye una “*falacia amplia y persistente*”, en donde las partes físicas del cuerpo humano o incluso el de las máquinas, en cuyo análisis se puede separar la estructura de su funcionamiento, tiende a compararse con las del sistema social, en donde la estructura no está separada de su función, y cuando la función cesa, también lo hace su estructura.

En su opinión, esta comparación lleva a diversidad de autores a analizar las organizaciones sociales humanas con base en la “*teoría de la máquina*”, lo que eventualmente puede resultar en una interpretación de resultados de carácter social, como si fueran decisiones aisladas de los elementos que constituyen la organización. Esta tendencia, relacionada desde mediados del siglo XX con el estudio de las organizaciones desde el enfoque de la Teoría de Sistemas, implica que para comprender el funcionamiento de un objeto dado, se trata de explicar no solo en términos de sus partes constitutivas, sino que además, se intenta acceder a las relaciones entre sus partes y de éstas con otros sistemas (Iborra Juan et al., 2010).

Con el propósito de expresar una definición que integre los elementos fundamentales que a su juicio componen la esencia de lo que es una organización, Fernández-Ríos et al., (1997) plantea una “reconceptualización” en la que incluye doce propiedades, tres elementos y al menos cuatro tipos de relaciones que explican el *sistema de significados* que caracterizan a la organización:

Propiedades de la organización como sistema de significados. La organización como sistema de significados tiene un principio, con la creación y diseño por parte de las personas que la conciben (*Origen*), pero también puede experimentar el cese de funciones cuando sus creadores abandonan o transforman el sistema en otro completamente diferente al inicial (*Fin*), así como una amplitud variable según el número de elementos e interrelaciones que incluya el sistema (*Extensión*). Los elementos y relaciones que conforman la organización son creadas por el ser humano (*Artificialidad*), como instrumento para conseguir el objetivo que impulsó su creación (*Instrumentalidad*), de forma que este sistema puede incluir una gran cantidad de elementos y relaciones diferentes que “nunca se agotan”, así como la interdependencia con otros sistemas que la dificulta el conocimiento profundo y total de sus componentes e interacciones (*Complejidad*).

Este sistema puede ser transformado en un *sistema de significados compartidos* y en una *realidad objetivable* (*Convertibilidad*) lo que se facilita con la invitación de otras personas para que conozcan, aporten y apoyen el proceso en la organización creada (*Participación*). La presencia de cierto elemento, requiere la existencia de otro determinado al igual que cierta relación, necesita que se establezca otra, todo esto con el fin de relacionar o conectar unos elementos con otros (*Coherencia*). Este sistema está sujeto a las actitudes, percepciones, hábitos motivaciones, expectativas y experiencia de las personas que lo conciben, que a su vez están inmersos en el sistema biológico y social del que proceden (*Integración*).

Un sistema de significados surge de forma inacabada en una primera etapa con los conocimientos pasados y presentes, pero sufre transformaciones a lo largo del tiempo en relación a necesidades actuales, así como expectativas presentes y futuras (*Profundidad temporal*). Tanto los elementos de un sistema, como sus relaciones, advierten una experiencia de creación, adición, establecimiento, transformación y eliminación, en constante movimiento y cambio de un estado a otro (*Estabilidad relativa*).

Elementos de la organización como sistema de significados. En el sistema de significados, Fernández-Ríos (1997) propone tres elementos que constituyen parte de la organización: papeles, normas y valores. Los *papeles* pueden existir antes de su representación por un individuo en la organización y los define como:

...“*pautas de conducta que se espera de toda persona que desempeña una tarea en una relación funcional determinada (...), son representaciones de secuencias plausibles de actividad humana que se estiman como inexcusables para conseguir algo*”...

Por otro lado las *normas* componen elementos de ordenamiento de otras unidades básicas, como los papeles, y según Katz y Kahn (1977), citado por Fernández-Ríos et al., (1997), se refiere a “*las expectativas generales que se preestablecen y que serán de cumplimiento obligatorio*”, mientras que los *valores* refieren a la justificación de las actuaciones de los individuos.

Relaciones en la organización como sistema de significados. Se han identifican cuatro posibles tipos de relaciones que se pueden establecer en una organización: *de identidad, de serialidad, de correlación y de causalidad* (según Weick y Bougon,1986; citado por Fernández-Ríos et al.,1997). Las relaciones de *identidad* se establecen cuando ocurre entre dos elementos iguales al mismo tiempo, pero si acontecen en momentos distintos, son de tipo *serial*. Si los dos elementos son diferentes y sus relaciones se fijan al mismo tiempo, se trata del tipo de *correlación* y si se establecen en momentos distintos se habla de *causalidad*. Con las propiedades, elementos y relaciones descritas, Fernández-Ríos et al., (1997), restablecen una representación básica de lo que es una organización en el contexto de un *sistema de significados*:

...“*conjunto de significados (papeles, normas, valores) entre los que se establecen determinadas relaciones (identidad, serialidad, correlación y causalidad) que los conexionan y hace interdependientes, constituyendo un verdadero sistema*” (Fernández-Ríos et al., 1997).

2.4.5 Eficacia y sostenibilidad desde las organizaciones

Definición y Diferencias entre Eficacia, Eficiencia y Efectividad. Una de los problemas más complejos en el estudio de la eficacia es su propia definición porque al parecer, no existe un consenso generalizado entre los diversos investigadores (De la Fuente Sabate, García-Tenorio Ronda, Guerras Martín y Hernangomez Barahona, 2002; Hodge et al., 1998), ya que según apuntan, la eficacia puede adoptar diferentes significados según los distintos criterios que manifiesten los grupos de interés a lo interno de una organización, o aquellos que se relacionan con la misma. La eficacia desde esta perspectiva, no es un *concepto* en el que se pueden observar y medir directamente una serie de sucesos, por el contrario, se ha denominado como un *constructo* o construcción teórica, formada por “*conceptos que surgen de inferencias, no relacionadas con un suceso específico de la realidad*” (De la Fuente et al., 2002).

Algunas de las referencias que se registran acerca de las palabras eficacia, eficiencia y efectividad no aportan grandes diferencias en su significado y por el contrario, se puede extraer que son utilizados como sinónimos (eficacia y efectividad; eficacia y eficiencia) y definidos casi de manera indistinta, citando el “efecto” como una de sus partes constituyentes. Este es el caso de la Real Academia Española (2008), donde la palabra *eficacia* (del latín *efficacia*), significa “*capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera*”, la *eficiencia* (del latín *efficientia*), como la “*capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado*”, y la *efectividad* (del verbo latino *efficere*), como la “*capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera*”.

El problema del estudio de la eficacia es debido en parte al desarrollo teórico y científico de las diferentes conceptualizaciones de lo que es una organización, y por otro lado, de lo que constituye en sí la eficacia organizacional; esto incluye la diversidad en el uso de los términos eficacia y efectividad, la amplitud de su constructo y en el especial, la diversidad de marcos disciplinares en los que es utilizado y la diversidad de criterios utilizados para su evaluación; el consenso sobre el uso de estos constructos es

improbable debido a las necesidades de cada colectivo (Fernández-Ríos et al., 1997).

Si se parte desde una conceptualización de la organización como un sistema de significados, la eficacia puede entenderse como “el grado de cumplimiento del sistema de significados”, en este sentido, la eficacia no son los objetivos ni los resultados por sí mismos, sino el “grado de correspondencia que existe entre la organización, en cuanto a sistema de significados, y el resultado de transformar dicho sistema en una realidad objetiva, el reflejo de la organización en la realidad”, los resultados son consecuencia de los elementos, la interacción entre sí y con el sistema, de ahí la necesidad de entender la naturaleza evolutiva de estos y los indicadores de la eficacia (Fernández-Ríos et al., 1997).

Enfoques para la evaluación de la eficacia organizativa. No se vislumbra una manera única, clara o bien definida de evaluar de forma íntegra y total la eficacia y en su lugar, existen múltiples aproximaciones para medirla en una organización. Esto podría responder al uso frecuente de uno o varios enfoques según los fines que persigue cada organización, la perspectiva o interés de quienes integran o se relacionan con la misma, y la valoración que realizan aquellos investigadores que parten de orientaciones teóricas, objetivos y planteamientos diversos. No obstante, cada una de estas perspectivas o *formas de medir la eficacia*, puede tener una base común que se dirige en una primera etapa a “*identificar y valorar sus dimensiones*”, que suelen derivar de la naturaleza y objetivos trazados en cada organización; luego se determinan los *factores de éxito* que inciden en cada una de esas dimensiones, y esto finalmente permite redirigir los esfuerzos en la organización, con el fin de aumentar los beneficios (De la Fuente Sabate et al., 2002).

Esta diversidad de enfoques proporciona una visión *parcial o limitada en la medición de la eficacia* (De la Fuente Sabate et al., 2002; Hodge et al., 1998), porque habitualmente cada una valora solo un componente de la cadena, que inicia con la asignación de recursos hasta la obtención de resultados o beneficios (recursos, objetivos, personal, productos, usuarios, comunidad y resultados), se valora un área específica de las interrelaciones

que acontecen en la organización: económica-financiera, organizativa y social, así como el uso de un determinado enfoque teórico que intenta explicar la eficacia organizativa pero que parte generalmente desde un aspecto concreto en la organización: enfoque de los objetivos o metas, enfoque de sistemas, enfoque de los grupos participantes y el de los valores que compiten entre sí (De la Fuente Sabate et al., 2002).

Eficacia desde un componente de la cadena recursos-resultados

a. Eficacia desde los *Sistemas de Recursos*. Este modelo propone que la eficacia es “*el grado en que una organización obtiene del entorno los recursos necesarios para conseguir sus fines*”, pero está claro que la sola presencia de los recursos (inputs) de alta calidad, no garantiza la función, ni la mejor utilización de los recursos, ni el desempeño eficaz y satisfactorio en una organización (Hodge et al., 1998).

b. Eficacia desde la *dimensión del personal según niveles de análisis*. Este enfoque intenta abordar los factores de la eficacia (causas), disponiendo de indicadores en tres niveles de análisis: el individual, el grupal y el organizativo. La eficacia individual se relaciona con las tareas que desempeña cada individuo en la organización, las cuales a su vez pueden estar condicionadas por *su capacidad, habilidades, conocimientos, actitudes, motivaciones y grado de estrés* que experimenta. La eficacia grupal no solo estará construida sobre la adición de las eficacias individuales, sino que además incluye los “efectos sinérgicos”, que introduce el grupo como parte de su propia mecánica de interacción y elementos como *la coherencia, el liderazgo, la estructura, la jerarquía, las funciones y normas* propias de cada organización. Por tanto, la eficacia organizativa tampoco resulta de la sola integración de las eficacias individuales y grupales, sino que además se verá influida por factores como el entorno, la tecnología, las elecciones estratégicas, la estructura, el proceso, la cultura, el tipo de organización, el trabajo y la tecnología de implementan (Gibson, Ivancevich y Donnelly, (1994), citados por De la Fuente Sabate et al., 2002).

c. Eficacia desde la perspectiva de los trabajadores según su Satisfacción o Salud afectiva- emocional. Según la Escuela de Relaciones Humanas de la Teoría de la Organización, el estrés, y la tensión internos pueden funcionar como indicadores de la eficacia, en este sentido, la organización eficaz está caracterizada por vías adecuadas de comunicación, confianza, equidad y casi ausente de conflictos, en donde los trabajadores están “*felices y satisfechos*”. No obstante, se ha comprobado que la satisfacción de los trabajadores no implica necesariamente el aumento en la producción y la eficacia en una organización (Hodge et al., 1998).

d. Eficacia desde la dimensión de productos y resultados según el plazo en que se obtienen. En esta perspectiva, De la Fuente Sabate et al, (2002) se aproximan a la eficacia a partir del tiempo en que obtienen los resultados, definiendo dos posibles indicadores: resultados a corto plazo y resultados a largo plazo. Los resultados a corto plazo puede expresarse en términos de la producción, la eficiencia y la satisfacción, mientras que los resultados a largo plazo involucran variables como la adaptabilidad, el desarrollo y la supervivencia. La producción señala la *capacidad de la organización para producir la cantidad y calidad de resultados que demanda el entorno*, la eficiencia expresa la *relación entre entradas y salidas*, es decir, los resultados basados en el control y ajustes entre tecnologías y procedimientos de trabajo, y la satisfacción considera los *beneficios o resultados que reciben sus participantes* (trabajadores y usuarios). Por otro lado, la adaptabilidad incluye la capacidad de la empresa para percibir los cambios del entorno (a lo interno y externo de la organización), y responder de manera satisfactoria a los mismos. El desarrollo expresa la medida en que la organización moviliza sus recursos para afrontar demandas futuras de forma adecuada y la supervivencia señala el mantenimiento de la organización en el tiempo.

e. Eficacia desde la perspectiva de productos según el uso de recursos y producción (Eficiencia). Esta forma de estudiar la eficacia según Hodge (1998), proviene del área de la ingeniería industrial y los *estudios de métodos y tiempo* de Frederick W. Taylor, quien midió el uso eficiente de los recursos y consideró la *eficacia organizativa* como “*la medida en que se maximice los*

resultados en relación a los costes de las entradas y los costes de la transformación de inputs en outputs”, es decir, una organización es más eficaz en la medida en que sea más eficiente en la transformación de recursos en productos (*inputs en outputs*).

Eficacia desde la cadena de generación del valor público

a. Eficacia como transferencia de valor a los destinatarios: Según Hintze (2011), la medición de la eficacia y sostenibilidad en las organizaciones y programas que producen valor público, encuentran su sustrato desde la *Teoría de la Organización Pública* en la cual, no solo se indaga sobre el destino de los recursos públicos, sino que también se valora la satisfacción de necesidades humanas, es decir, se involucra el planteamiento de soluciones de compromiso a la tensión entre el logro de eficacia en la producción de los resultados que la sociedad espera y la eficiencia en el uso de los recursos que esta le confía; la esencia del valor es la satisfacción de necesidades humanas mediante el esfuerzo humano organizado, esfuerzo que alude al uso de recursos (materiales y trabajo de las personas), en donde en un extremo del proceso de creación de valor están los recursos y en el otro los destinatarios de dicho valor.

Desde esta perspectiva en las organizaciones prestadoras de salud, los pacientes son *usuarios* con necesidades específicas que la asistencia pretende satisfacer y en la medida en que estos reciben el tratamiento o valor de uso más inmediato de la asistencia, dicho tratamiento forma parte de unos bienes y servicios también llamados *productos*, que son un medio para alcanzar el fin perseguido (el curarse o la satisfacción de una necesidad), es decir, los bienes y servicios son *productos* mediante los cuales se logra satisfacer necesidades o conseguir *resultados*. Es así que cuando los usuarios consumen el valor de uso de los productos y gracias a ello también se satisfacen necesidades, estos también se consideran *beneficiarios directos*, o dicho de otra forma, los pacientes son usuarios de los servicios de salud y al mismo tiempo beneficiarios directos cuando se curan (Hintze, 2011).

Por otro lado, cuando los pacientes se curan y gracias a ello sus familiares también mejoran su calidad de vida y los empleadores cuentan con la disponibilidad del trabajo evitando eventuales costos, tanto los familiares y los empleadores, pueden ser considerados *beneficiarios inmediatos*, entendidos como aquellos que ven satisfecha alguna necesidad gracias a la satisfacción de la necesidad primaria de los *usuarios de productos*. Así mismo, se pueden visualizar otros *beneficiarios mediatos* a estos últimos y *efectos*, a las condiciones creadas que dan lugar a la satisfacción de sus necesidades.

Los productos físicos que se obtienen al hacer uso de los recursos pueden designarse como *outputs*, mientras que las consecuencias producidas a partir de los mismos como *outcomes*. *Bajo este contexto, la eficacia se plantea como la medida en que los productos efectivamente contribuyen al logro de los resultados y la efectividad como la medida en que los resultados inciden en el logro de los efectos buscados*, es el indicador último del desempeño institucional (Hintze, 2011).

Eficacia desde un área específica de la organización

a. Eficacia desde la dimensión económico-financiera. Esta aproximación proporciona información sobre aspectos de naturaleza económica en la organización y expresa la eficacia en términos de los indicadores de productividad, rentabilidad, logro de objetivos y calidad de los productos (De la Fuente Sabate et al., 2002; Hodge et al., 1998).

b. Eficacia desde la dimensión organizativa. Contempla el funcionamiento de la estructura organizativa interna y emplea indicadores como el estilo de dirección, la coordinación de actividades y las relaciones entre unidades o departamentos.

c. Eficacia desde la dimensión social. Expresa el grado de participación de los trabajadores en la organización. Utiliza indicadores como la tasa de rotación del personal, la tasa de absentismo, el clima organizativo.

Eficacia desde un Enfoque Teórico

a. Eficacia desde el Enfoque de Objetivos o Metas Racionales. Esta toma en cuenta el grado en que una organización alcanza sus metas, en otras palabras, una organización será más eficaz, cuanto más cerca esté de conseguir las metas establecidas. Sin embargo, bajo este enfoque podría llegarse a conclusiones falsas cuando las metas se han definido de forma deficiente, ambigua o contradictoria, o no representan los planteamientos de los diversos grupos de interés (stakeholders), lo que puede llevar a que una organización que alcanza sus metas, no sea eficaz en un sentido global (Hodge et al., 1998).

Para que esta propuesta pueda funcionar, se asume que las organizaciones son “*entidades racionales*”, donde sus integrantes actúan de manera racional y establecen objetivos bien definidos, entre los cuales, existe un consenso general, y la forma de evaluar la eficacia, incluye criterios medibles que orientan sobre el grado en que se han alcanzado los objetivos (De la Fuente Sabate et al., 2002).

Este enfoque como medida única de la eficacia, puede resultar de escaso valor porque parte de la existencia de un consenso y compatibilidad sobre los múltiples objetivos de una organización, lo cual, muchas veces resulta difícil de obtener en la práctica diaria, así como el conocer y medir el cumplimiento fiel de los objetivos, especialmente si los productos o bienes producidos tienen un componente *intangibile*. Además, su medida toma en cuenta solo los resultados, los cuales pueden interferir unos con otros, cuando prevalecen criterios como el largo o corto plazo (De la Fuente Sabate et al., 2002).

b. Eficacia desde el enfoque de Sistemas. De acuerdo con este enfoque, la eficacia en una organización responde no solo al logro de los objetivos, sino también a los medios para conseguirlos, por lo tanto, se toma en cuenta las distintas fases del proceso *entradas-producción-salidas*, es decir, evalúa la capacidad de la organización para adquirir los recursos, procesarlos y

entregarlos al medio modificados, así como la adaptación al entorno mediante un mecanismo de retroalimentación, que permite un ajuste continuo en las distintas fases de dicho proceso.

En este sentido, se consideran indicadores de la eficacia aquellos que relacionan las entradas, salidas y resultados (relación salidas-entradas, transformaciones-entradas, transformaciones-salidas, entradas-entradas) y los factores de la eficacia, aquellos que controlan esos procesos: asegurar el flujo continuo de recursos (entradas), verificar la obtención de productos de forma óptima (salidas), eficiencia en la fase de transformación de recursos-productos (entradas-salidas), flexibilidad para responder a los cambios del entorno, verificar el nivel de conflicto entre los grupos internos y evaluar la satisfacción del personal en la organización (De la Fuente Sabate et al., 2002). No obstante, puede tener los mismos inconvenientes que el enfoque de objetivos/metás cuando intenta evaluar este componente.

c. Eficacia desde la *Satisfacción de los grupos de interés (stakeholders.*

Según esta propuesta, la organización es eficaz en la medida en que los grupos clave (aquellos con un interés inmediato y definido en el resultado de la organización), están al menos “*mínimamente satisfechos*” (Hodge et al., 1998), o cuando satisface los “*objetivos e intereses de los grupos que inciden en la supervivencia*” de la organización (De la Fuente Sabate et al., 2002).

Entre ellos se encuentran los directivos, los trabajadores y sindicatos, acreedores, proveedores, usuarios, reguladores, miembros de la comunidad y el Estado, cada uno de ellos evaluará la eficacia según el cumplimiento de sus propios objetivos e intereses en la organización.

Este planteamiento considera que las organizaciones no son racionales sino “*arenas políticas*” o sistemas políticos donde los grupos que ostentan diversos grados de poder, compiten por el control de los recursos a través de la *confrontación, las alianzas y la dialéctica política* (De la Fuente Sabate et al., 2002). Con la diversidad de grupos involucrados es difícil satisfacer al mismo tiempo los objetivos de cada uno, por lo que generalmente, los objetivos de la

organización resultarán del proceso de negociación entre los grupos, en función de su cuota de poder a lo interno de la organización.

d. Eficacia desde el enfoque de los Valores que compiten entre sí. Este enfoque considera la idea de que no existe un “*criterio único o mejor*” para evaluar la eficacia y los objetivos que se eligen en una organización, dependen de los valores personales de aquellos integrantes o directivos responsables de construirlos. No obstante, tomando en cuenta los criterios de Campbell (1977), los investigadores Quinn y Rohrbaugh (1983), citados por De la Fuente Sabate (2002), identificaron la existencia de elementos comunes en estudios generados por teóricos de la eficacia y de las organizaciones que permite clasificar los criterios de medida de la eficacia en tres dimensiones: personas-organización, control-flexibilidad y medios-fines.

La primera dimensión contrasta el desarrollo de las personas con el desarrollo de la organización, es decir, si se pone el interés en los individuos, la organización dirigirá sus esfuerzos para satisfacer las necesidades de los individuos que integran la organización y de sus destinatarios, pero cuando el interés se centra en la organización, se intenta alcanzar las metas definiendo tareas para mejorar la productividad, la eficiencia y la competitividad en la organización. La segunda dimensión aborda el control y la flexibilidad, de forma que, cuando el énfasis se pone en el control, se optará por “*la autoridad, el orden, la predicción y la coordinación*”, mientras que cuando se pondera la flexibilidad, se promoverá “*la diversidad, la iniciativa, la innovación y la adaptabilidad*” en la organización. Por último, la tercera dimensión, se refiere a los medios y fines organizativos cuando se pondera los medios, se pone mayor atención a los procesos internos y a largo plazo, como la planificación o establecimiento de objetivos, mientras que cuando predomina el interés en los fines, los criterios de la eficacia relevantes serán los resultados y el corto plazo, como la productividad y la eficiencia.

El *enfoque de los valores que compiten entre sí*, establece los tres conjuntos de valores citados, los cuales tratan de identificar las variables más importantes en la definición de la eficacia y conocer como se relacionan entre

sí, ofreciendo a los directivos, la posibilidad de elegir los más relevantes para la organización Hodge et al., 1998). En este sentido, los aportes de Quinn y Rohrbaugh (1983), permiten la integración de los enfoques anteriores bajo un único marco conceptual desde el que se establecen cuatro modelos para evaluar la eficacia (De la Fuente Sabate et al., 2002; Hodge et al., 1998):

1. *Modelo de Relaciones Humanas*: las organizaciones que emplean este modelo están orientadas hacia la flexibilidad y el *medio interno*, es decir, centran su atención en el desarrollo de su recurso humano, a través de la satisfacción, moral alta y cooperación del personal, logran que los trabajadores alcancen su capacidad más alta y contribuyan con el logro de la eficacia en el entorno laboral. La eficacia puede medirse logrando a través de la cohesión y habilidades generadas en las personas. Se aproxima al enfoque de Relaciones Humanas.
2. *Modelo de Procesos Internos*: también son organizaciones orientadas hacia el *medio interno*, pero a diferencia del modelo anterior, éstas se dirigen hacia el *control*, buscando el orden, estabilidad y regularidad en sus operaciones internas. La medida de la eficacia puede implementarse a través de la gestión de canales de comunicación que facilitan información a las personas (medio) y por su estabilidad o continuidad en el desarrollo del trabajo (fin). La eficiencia sería la medida de eficacia en este caso. Se acerca al enfoque de Eficiencia.
3. *Modelo de Sistemas*: esta perspectiva se encauza hacia la organización (*entorno externo*), y considera la eficacia en función de la capacidad de la adquisición de recursos para promover el crecimiento (fin) y la adaptación al entorno (medio), Recurre a la flexibilidad y disponibilidad. Se conduce hacia el enfoque de Sistema de recursos.
4. *Modelo de Objetivos o Metas Racionales*: la orientación está enfocada hacia la organización (*medio externo*) y al *control* por medio de la planificación estratégica y establecimiento de metas, la medida de eficacia se relaciona con la consecución de estas metas (medio) y el logro de productividad y eficiencia (fin). Se aproxima al enfoque de metas.

Cada modelo encuentra su modelo opuesto, así, el modelo de relaciones humanas (personas-flexibilidad), contrasta con el modelo de Objetivos Racionales (organización y control); mientras que el modelo de Sistemas (organización y flexibilidad), es opuesto al modelo de Procesos Internos (personas y control). No obstante, también comparten valores en común: el modelo de Relaciones Humanas y el de Sistemas, ponen el énfasis en la flexibilidad, los de Objetivos y Sistemas en la organización, los modelos de Procesos y Objetivos ponen énfasis en el control y los modelos de Relaciones y Procesos comparten la orientación a las personas (De la Fuente Sabate et al., 2002; Hodge et al., 1998):

e. Eficacia desde el Modelo de contradicciones. Al definir la totalidad de la organización como eficaz (o ineficaz), puede conllevar de forma implícita el adentrarse en una posición *contradictoria*, ya que simultáneamente pueden existir sectores de la organización que observan un rendimiento totalmente eficaz, mientras que otros departamentos pueden experimentar lo contrario y tener dificultades para acercarse a lo que se considere en ese momento en la organización como un desarrollo eficaz. De esta forma, el *Modelo de contradicciones* expone que algunas limitantes de este fenómeno deberían examinarse en la determinación de la eficacia de una organización (Hodge et al., 1998):

1. *Entornos complejos y cambiantes*: esta característica puede hacer inviable la posibilidad de adaptarse a todos los problemas, limitaciones, demandas diversas y a veces contradictorias, que experimenta una organización en un momento determinado
2. *Metas múltiples y contradictorias*: lo que a veces puede impedir la consecución de todas las metas de forma sincrónica.
3. *Diversos Grupos de interés (stakeholders)*: también agregan numerosas demandas y a veces contradictorias, que alejan la posibilidad de satisfacerlos en un mismo momento a todos.
4. *Plazo de gestión*: el largo o corto plazo, puede generar un desempeño subóptimo al satisfacer o posponer ciertas demandas diversas y contradictorias a favor de otras.

Eficacia en las organizaciones sanitarias

- a. **Eficacia desde un enfoque Experimental.** Esta perspectiva plantea que la evaluación de los resultados de una intervención sanitaria pueden considerarse en dos niveles: el individual y el poblacional. Cuando se evalúa una intervención sanitaria aplicada a individuos en *condiciones ideales*, se trata de una evaluación de la eficacia, es decir, la eficacia según este enfoque “evalúa los efectos sanitarios en los individuos realmente alcanzados por la intervención, la cual fue aplicada en condiciones óptimas e ideales, de forma que la medición de la eficacia debería valorarse de forma *“experimental y mediante ensayos clínicos aleatorizados”*. Por otro lado, cuando se evalúa los resultados de una intervención sanitaria, en la población a la que pertenecen esos individuos o “población objeto de la intervención”, se habla de *evaluación de efectividad*, porque es aplicada en condiciones reales, características de la “práctica clínica diaria y de los programas sanitarios”. En ambos casos, cuando se toma en cuenta los recursos utilizados para poner en funcionamiento las intervenciones, se habla de una *evaluación de la eficiencia* (Salleras Sanmartí, Domínguez García, Navas Alcalá E y Canela Arqués, 2008).

La eficacia desde este enfoque, analiza las ventajas que obtienen los individuos a los que se ha ofrecido la participación en una intervención sanitaria, la han aceptado y han llevado a cabo sus recomendaciones (“cumplidores”), mientras que la efectividad se fundamenta en las ventajas que proporciona a la población objeto de la intervención que se aplica (“cumplidores y no cumplidores”). En este sentido, cuando se valora la eficacia de una intervención sanitaria, deben excluirse los sujetos no cumplidores, ya que si incluye ambos, “cumplidores y no cumplidores”, se trata de una evaluación de efectividad. De ahí se deriva por un lado que la eficacia valora el *beneficio sanitario potencial*, mientras que la efectividad mide el *beneficio sanitario real* y por otro lado, que algunas intervenciones pueden resultar altamente eficaces, valoradas en condiciones óptimas, pero con una efectividad más baja porque en condiciones reales, influyen otros factores como la *adherencia* a un

tratamiento, la *cultura general y sanitaria* en una población determinada, así como *las costumbres y prácticas locales* (Salleras Sanmartí et al., 2008).

En ámbitos sanitarios se puede definir estos términos haciendo referencia a condiciones experimentales, en contraposición con las condiciones habituales en que se desarrolla una intervención. Así la efectividad puede describirse como el “*beneficio obtenido en las condiciones reales en que se aplica la intervención*”, mientras que la eficacia alude al “*efecto de una intervención o servicio que es capaz de conseguir un beneficio en condiciones ideales o teóricas*”. Cuando se relacionan los costes de los recursos y los beneficios de dicha intervención se habla entonces de la eficiencia: “*valoración del coste en términos monetarios de los recursos empleados y tiempo por la intervención efectuada en relación con los beneficios obtenidos*” (Rey Calero y Gil de Miguel, 2005).

La eficacia de una intervención definida como “*impacto que tiene en circunstancias óptimas*”, y la efectividad como “*el impacto en la práctica cotidiana*”; expresa con mayor énfasis que el entorno en que se desarrolla la intervención, como un “*hospital de alta tecnología versus uno tipo beneficencia*”. marca la pauta del enfoque, ya que ésta puede ocurrir en un ambiente que cuenta con un mayor nivel de recursos humanos o materiales, que un servicio típico o habitual (Muir Gray, 1997).

Sostenibilidad en las organizaciones

Para algunos, el concepto de sostenibilidad en promoción de la salud se refiere a la continuidad de los programas y aunque por lo general, los agentes sociales que participan desean saber si sus intervenciones se “mantendrán en el tiempo”, para algunos autores esta característica esta relacionada con otros elementos de las rutinas organizativas como la memoria, la adaptación, los valores y normas, mas que el factor tiempo por sí mismo, es decir a mayor grado de “rutinización” mayor es la sostenibilidad de un programa; la memoria entendida como interpretaciones compartidas de experiencias pasadas que se ejercen sobre las actividades actuales, se operativizan a través de las redes

sociales, manuales impresos y memoria digital; las actividades rutinarias se adaptan en función de su contexto, y a la vez, reflejan los valores y creencias colectivas, que se concretan en los objetivos que se formulan, códigos, símbolos, rituales y jerga que utilizan; por último las actividades rutinarias se ajustan a normas que rigen la toma de decisiones y las intervenciones o en su expresión: “como se hacen las cosas aquí” (Pluye, Potvin, Denis y Pelletier, 2004).

Otros estudios evidencian una falta de consenso sobre las definiciones conceptuales y operacionales de la sostenibilidad en relación con las intervenciones en promoción de la salud, en tanto que pueden hacer referencia a los efectos de las intervenciones o a los programas (o medios) por los cuales estos se producen, algunos autores indican la necesidad de tomar en cuenta los niveles en los cuales las intervenciones son desarrolladas, es decir el nivel individual, organizacional, comunitario e institucional, y aunque estos se encuentran uno dentro del otro, cada uno implica procesos sociales diferentes; la mayoría de estas intervenciones en promoción de la salud están dirigidas a proveer información a través de la educación para modificar el conocimiento, las actitudes y creencias como precursores de los cambios de comportamiento a nivel individual; no obstante y debido a que las consecuencias ambientales y sociales para las intervenciones sanitarias no se contemplan directamente en el trabajo con individuos y grupos pequeños, el cambio de comportamiento sostenible es difícil de lograr, con lo cual, las intervenciones dirigidas al cambio de comportamiento en individuos, a menudo requieren financiación continua y recursos para que puedan tener un impacto sostenido (Swerissen y Crisp, 2004).

También se conoce el desarrollo de intervenciones en promoción de la salud en una serie de organizaciones y entornos que incluyen las escuelas, lugares de trabajo, la comunidad, organizaciones deportivas y recreativas, en donde se trata de abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud; la sostenibilidad en el nivel de las organizaciones esta relacionado con los cambios en las reglas de la organización y las prácticas, en lugar de la conducta de los individuos particulares; el modelo de intervención supone que los cambios en las normas de organización y prácticas tienen un impacto directo en el comportamiento de los individuos, pero el cambio necesita plazos

más largos, habilidades y recursos distintos que las estrategias de cambio a nivel individual con el fin de producir cambios sostenibles en la práctica; el nivel de intervención comunitario requiere el uso de la planificación social y modelos de acción social que pueden tener un impacto significativo sobre los determinantes físicos y sociales de la salud, a través de las organizaciones y de las comunidades involucradas, sin embargo, suele haber una resistencia significativa a la redistribución de los recursos y los cambios en las relaciones sociales y las prácticas existentes, por lo que requieren mas recursos y apoyo a largo plazo para que puedan mantenerse, y si se retiran en una fase muy temprana, los primeros efectos del programa pueden desaparecer rápidamente (Swerissen et al., 2004).

El nivel institucional se centra generalmente en los principales tomadores de decisiones sociales y su atención se centra en lograr un cambio de política importante, la redistribución de los recursos, y la creación o reforma de la legislación y la regulación; las estrategias de intervención que se utilizan son en gran parte los de promoción social, que por lo general incluye el suministro de información, cabildeo, y la demostración de apoyo de la comunidad, que pueden implicar la creación de nuevas organizaciones y redes para este fin, con lo que requieren importantes recursos en un período prolongado de tiempo para alcanzar el éxito; el cambio institucional una vez logrado, tiene efectos generalizados en las comunidades, organizaciones e individuos, pero el cambio no se mantiene sin el apoyo continuo institucional (Swerissen et al., 2004).

3. JUSTIFICACION

Se ha reconocido que una atención primaria “selectiva” se concentra en el tratamiento de las enfermedades, entiende que la atención médica por sí misma crea salud, es mantenida solo por los profesionales sanitarios y asume que la salud es la ausencia de las enfermedades y por tanto, se centra en la prevención y erradicación de enfermedades, lo que a la vez, conlleva a focalizar las intervenciones sanitarias dentro del ámbito de especialistas entrenados para tratar la enfermedad y se ignora la necesidad de tomar en cuenta la equidad y justicia social, las cuales son las raíces de muchos de los problemas de salud; bajo este contexto, se establecen además intervenciones médicas como la parte mas importante de la atención primaria y se ignora la importancia de todas aquellas intervenciones no médicas, como la educación, la vivienda y la alimentación, que según la literatura especializada, tienen mayor peso sobre la salud que los servicios sanitarios por sí mismos (Talbot y Verrinder, 2010).

En contraste, una atención primaria “integral” hace énfasis en los principios de equidad, justicia social y empoderamiento para trabajar por los cambios sociales que impacten y mejoren la salud, tal como fue descrito en la Carta de Ottawa (1986), en la cual se señala que para conseguir un proceso de empoderamiento y aumento del control de las personas sobre todo aquello que influencia e impacta la salud, debe hacerse énfasis sobre los determinantes de la salud, reconociendo la experiencia y el derecho de las personas a participar y ejercer un control sobre las acciones que afectan sus propias vidas (Talbot et al., 2010).

Especialmente en las organizaciones sanitarias, se pretende que dichas acciones produzcan unos efectos determinados y cuando en una organización se tiene claro cómo actuar para alcanzarlos, se considera que es eficaz, no obstante, cuando se evalúa la eficacia, a menudo se abordan criterios guiados por la conveniencia, la oportunidad, el azar, mas que por razones teóricas o metodológicas de consenso en la comunidad científica; la eficacia supone un

avance importante que impulsa el progreso y el desarrollo social, pero para conseguir los objetivos que se plantea una organización sanitaria, es decir ser eficaz, es necesario conocer los elementos e interrelaciones que inciden en los resultados y su estudio se considera como el referente de la validez del diseño de una intervención, y el funcionamiento de una organización en la realidad (Fernández-Ríos et al., 1997).

Algunos investigadores plantean que en el estudio de la eficacia de las intervenciones se debe analizar los criterios que consideran lo agentes sociales y miembros de la organización sanitaria como válidos para configurar la eficacia en la organización, es decir, se debe reconocer el carácter multivariante de la eficacia; desde esta perspectiva, la eficacia de la intervenciones estaría relacionada con una dimensión estructural, que incluye aspectos relacionados con un rendimiento efectivo, como la planificación y el establecimiento de objetivos, una dimensión de procesos, relacionada con la adaptación, la participación en la toma de decisiones, la interacción con el medio ambiente y uso de los recursos; finalmente, una dimensión de resultados centrada en los “outputs”, como el cambio de conocimiento, conducta y actitudes de los usuarios, así como la satisfacción y motivación de los miembros de la organización (Fernández-Ríos et al., 1997).

La existencia de aspectos estructurales, de proceso, y de resultados, pone de manifiesto que es necesario evitar el valorar la eficacia desde un enfoque único; centrarse solo en los resultados es en definitiva una visión parcial de la eficacia; conocer todos los eslabones como la estructura, los procesos y los resultados, y establecer el reconocimiento de una gran variedad de factores que inciden en la eficacia de una organización, conlleva al planteamiento de que la evaluación de la eficacia requiere emplear un enfoque multidimensional un enfoque integrador, holista, sobre el funcionamiento organizacional, lo que significa establecer los patrones de relación y funcionamiento entre todos los niveles de la organización, algo mas que un enfoque simple o unidimensional (Fernández-Ríos et al., 1997).

En este sentido, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) estableció la promoción de la salud y el programa de actividades de prevención (PAPPS) en 1988, para ser desarrollados en los centros sanitarios, por profesionales en el nivel de atención primaria de salud, desde entonces, los servicios de salud han incorporado diversas estrategias para supervisar su aplicación, pero la puesta en práctica y evaluación de la eficacia de las intervenciones en promoción de la salud No ha estado exento de grandes dificultades, como su limitada incorporación en las actividades habituales de la practica clínica, la falta de tiempo, las cargas de trabajo excesivas y el papel secundario e insatisfactorio que señalan los profesionales que desarrollan estas intervenciones, así como dudas con respecto a su efectividad, su posible interferencia en la relación médico-paciente, la importancia del contexto social y cultural, la existencia de barreras de comunicación entre usuarios de los servicios y profesionales, como los factores más frecuentemente mencionados (Calderon, Balague, Cortada y Sanchez, 2011).

Algunos investigadores han señalado que se requiere un marco teórico y metodológico adecuado para diseñar y evaluar este tipo de intervenciones que además, son consideradas complejas (Grandes et al., 2008); el incorporar nuevas aproximaciones metodológicas acordes a la complejidad que presentan las intervenciones en promoción de la salud en atención primaria, es un requisito fundamental en su gestión (Calderon et al., 2011); se reconoce cada vez más que el uso de enfoques cualitativos de investigación, pueden "llegar a los lugares que otros métodos no pueden llegar" (Bradley, Wiles, Kinmonth, Mant y Gantley, 1999).

Otros autores han sido mas contundentes y manifiestan que solo a través del análisis de lo que las personas expresan cuando "hablan de su mundo", es que pueden entender el significado práctico de sus experiencias y que precisamente el significado de estas experiencias, es un elemento de reflexión ausente en la investigación científica más convencional; por todo esto en la actualidad, hay un renovado interés en este tipo de recursos como un medio importante para entender el significado de las experiencias de los

agentes sociales involucrados en actuaciones sanitarias, que permita aproximarse desde otro enfoque, a los elementos y sus relaciones, considerados esenciales, en el desarrollo eficaz y exitoso de las intervenciones en promoción de la salud (Labonte, Feather y Hills, 1999).

La aplicación de un enfoque cuantitativo, o un análisis multinivel en los ensayos aleatorizados con grupos, a diferencia del enfoque cualitativo, aporta escasos elementos para valorar aspectos complejos de producción relacionados con la calidad de la intervención, lo que se relaciona más con la utilización de modelos teóricos conductuales, individuales o grupales, y de planificación del desarrollo de intervenciones (Rueda et al., 2008), es así que, la investigación cualitativa también se puede utilizar para mostrar cómo funciona la intervención y encontrar posibles obstáculos en aquellas intervenciones que buscan modificar el comportamiento del usuario o del profesional que las aplica (Campbell et al., 2000).

La investigación cualitativa aborda las perspectivas de las personas involucradas en la planificación y aplicación de las intervenciones, es decir, permite entender cómo la intervención fue aplicada, si algunos de los elementos considerados por el personal resultaron particularmente importantes o problemáticos, la adecuación de la teoría subyacente, así como el contexto en el que los datos se producen; el análisis de estos fenómenos puede proporcionar información sobre el proceso de implementación de la intervención y ayudar a comprender el proceso por el cual determinados resultados se concretan, por tanto, puede permitir una definición más específica de lo que hay que hacer y examinar, así como el poner a prueba los fundamentos teóricos de la intervención y cuestionar o reafirmar los principios en los que las tareas y procesos se han basado, todo esto con el fin de dar lugar a pautas sobre los cambios logísticos necesarios, para optimizar la realización de las tareas y procesos en un contexto local determinado (Bradley et al., 1999).

Ante esta realidad, se requiere el diseño de nuevos modelos de intervención y evaluación, mejor adaptados y capaces de tomar en cuenta la

diversidad de factores que entran en juego a la hora de gestionar una intervención en promoción de la salud; para esto, algunos autores han señalado la necesidad de mejorar el entendimiento de las experiencias de desarrollo de dichas intervenciones, lo que permitirá definir un marco para explicar los discursos de los agentes sociales e identificar los principales factores que deben considerarse en el futuro en la aplicación de intervenciones en promoción de la salud, en el nivel de atención primaria de salud (Calderon et al., 2011).

Es así que bajo este contexto, en el presente trabajo de investigación se ha planteado la necesidad de conocer los factores de producción de las intervenciones en promoción de la salud, desde los determinantes en salud y desde la representación social de los “*agentes sociales*” sobre su experiencia en intervenciones en promoción de la salud, relacionados con la eficacia y sostenibilidad de estas intervenciones, desarrolladas en el Área de Salud 8 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de producción de las intervenciones en promoción de la salud, desde los determinantes en salud y desde la representación social de los “*agentes sociales*” sobre su experiencia en intervenciones en promoción de la salud, relacionados con la eficacia y sostenibilidad de estas intervenciones, desarrolladas en el Área de Salud 8 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid?

5. OBJETIVOS

Objetivo General

1. Conocer los factores de producción de las intervenciones en promoción de la salud, desde los determinantes en salud y desde la representación social de los “*agentes sociales*” sobre su experiencia en intervenciones en promoción de la salud, relacionados con la eficacia y sostenibilidad de estas intervenciones, desarrolladas en el Área de Salud 8 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Objetivos Específicos

- 1.1 Conocer cuánto saben, sobre qué aspectos saben y cómo entienden, los agentes sociales, sobre su experiencia en intervenciones en promoción de la salud.
- 1.2 Conocer cómo se estructura y cuáles son los sistemas de transmisión de lo que saben, los agentes sociales, sobre su experiencia en intervenciones en promoción de la salud.
- 1.3 Conocer qué valoración afectiva y cuál es la actitud de los agentes sociales, ante su experiencia en intervenciones en promoción de la salud.

6. METODOLOGÍA

7.1 Perspectiva metodológica

Se ha planteado un estudio de carácter cualitativo con un enfoque fenomenológico.

El origen de este enfoque puede situarse en la escuela de pensamiento filosófico creada por Husserl (1859-1938) en los primeros años del siglo XX; la fenomenología puede considerarse *ciencia* en sentido amplio como un saber sistemático, explícito, autocrítico e intersubjetivo; su énfasis se sitúa sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva; en este sentido, la investigación fenomenológica se interesa por el estudio de la “*experiencia vital, del modo de vida, de la cotidianidad*”; se cuestiona por la verdadera naturaleza de los fenómenos y plantea que la esencia de un fenómeno es “un universal o un intento de desvelar las estructuras significativas internas del mundo de la vida; la fenomenología intenta explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana y no en las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables; intenta explorar sobre el significado del ser humano, sobre los significados que los individuos dan a su experiencia, el aprehender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia; intenta “...ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando...”; como resultado, se obtiene una narración que presenta un modelo, una descripción de los *componentes estructurales* de un determinado tipo de experiencia (Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez, 1999)

Esta perspectiva intenta ver las cosas desde el punto de vista de las otras personas, la comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente; las personas actúan respecto de las cosas sobre la base de los significados que estas cosas tienen para ellas, estos significados son productos sociales que surgen durante la interacción entre las personas con las cosas que se tratan (Taylor y Bogdan, 1987).

Los agentes sociales asignan significados a situaciones, personas o cosas a través de un proceso de interpretación que se desempeña como intermediario entre los significados y los modos de actuar de las personas. Así expuesto, las personas no responden simplemente a estímulos, es el significado que tiene para ellas lo que determina la acción.

Para este caso, se intentó que los hallazgos aporten conocimiento sobre el significado subjetivo que tienen las intervenciones en promoción de la salud para los agentes sociales que han participado en ellas, así como el clarificar la diversidad de perspectivas de los distintos agentes sociales involucrados.

Este tipo de abordaje permite conocer cómo las personas implicadas asumen, se organizan y hacen frente a los retos que conlleva su participación en intervenciones en promoción de la salud, asimismo, facilitan el conocer que ha originado su participación, ideas, metas, rutinas y también su conocimiento, prácticas y satisfacción en dichas labores (Taylor y Bogdan, 1987).

El estudio de los fenómenos a los que pretende aproximarse este método, está constituido por distintas fases: una primera de descripción que parte de la experiencia concreta y la describe de una forma libre pero trascendiendo lo superficial, tratando de obtener información desde diferentes perspectivas y fuentes; a partir de la reflexión, el investigador intenta captar las estructuras del fenómeno objeto de estudio, las relaciones entre las estructuras y dentro de las mismas, luego profundiza más en el examen de la estructura, centrándose en cómo se forman las estructuras de un fenómeno en la consciencia; a partir de aquí, el investigador toma distancia de la actividad para contemplarla sin restricciones teóricas, al tiempo que recoge información para familiarizarse con el objeto de estudio; finalmente, a través de la interpretación, trata de sacar a la luz los significados ocultos, esto es, a través de la reflexión extrae una significación que trascienda los significados superficiales de la información acumulada a lo largo del proceso (Rodríguez Gómez et al., 1999)

7.2 Población

7.2.1 Universo de referencia

Comprende a los agentes sociales que han participado en intervenciones en promoción de la salud.

7.2.2 Universo de trabajo y unidad de muestreo-análisis

El universo de trabajo contiene aquellos agentes sociales que han participado en la planificación, elaboración, ejecución y/o evaluación de intervenciones en promoción de la salud, que podían ser gestionadas en colaboración con atención primaria y desarrolladas en el Área de Salud 8 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (localidades de Móstoles y Alcorcón). La unidad de muestreo ha sido representada por los grupos adscritos en el Área de Salud 8 (atención primaria, otras instituciones y organizaciones de la sociedad civil) de los cuales se extrajo cada una de las unidades de análisis o personas informantes que han participado en dichas intervenciones y han sido seleccionados como caso para el estudio.

Los criterios de inclusión/exclusión comprenden agentes sociales que pertenecen a uno de los siguientes grupos adscritos al Área de Salud 8:

- a) **Profesionales de atención primaria:** entre los que podían incluirse profesionales sanitarios como los médicos de Medicina General, Puericultura, Medicina de Familia y Comunitaria, Pediatría, Ayudantes Técnicos Sanitarios o titulados en Enfermería, Matronas y Practicantes y Auxiliares de Clínica, farmacéuticos, veterinarios y trabajadores sociales adscritos al Área de Salud 8 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.
- b) **Profesionales de otras instituciones:** incluyendo funcionarios del Estado radicados en el Área de Salud 8 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, que laboran de acuerdo a criterios operativos establecidos en su estatuto y régimen de funciones, (funcionarios de los ayuntamientos,

centros de enseñanza, políticos etc) y también integran en sus labores intervenciones de promoción de salud en colaboración con los profesionales de Atención Primaria del Área de Salud 8.

c) **Organizaciones de la sociedad civil:** entidades de carácter privado cuyos miembros son voluntarios, su asociación puede tener actividades que influyen sobre la salud propia o de la población, adscritos a la zona que cubre el Área de Salud 8 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, como son:

- *Grupos de apoyo:* personas vinculadas por una necesidad similar, con la expectativa de que la dinámica grupal, les ayude a mejorar aspectos de su vida personal (obesidad, actividad física, alcoholismo, etc).
- *Asociaciones:* personas que se unen por un fin común y cuyas actividades tienen repercusiones en la salud de la colectividad, por ejemplo: asociaciones de padres de alumnos, amas de casa, deportivas, de vecinos, de carácter religioso, prevención de la violencia de género, apoyo a inmigrantes, madres adolescentes, etc)
- *Redes sociales:* sistema de relaciones que vincula a grupos sociales en el entramado de relaciones sociales identificables en una comunidad determinada que permiten poner en marcha iniciativas encaminadas a producir cambios en salud en la población (interprofesionales, familiares, comunitarias, etc).

Otros criterios deseables considerados fueron: Informantes con tiempo para dedicar a la entrevista, buena voluntad y capacidad para hablar sobre sus experiencias y sus sentimientos, conocen muy bien su organización o comunidad.

7.3 Muestreo

7.3.1 Diseño muestral

Se trata de un diseño de tipo estructural, por comprensión de perfiles intencionados.

7.3.2 Perfiles

Con el fin de representar la diversidad discursiva en torno a las intervenciones en promoción de la salud, se establecieron categorías que incluyeran criterios de:

- *Heterogeneidad*: se contó con la participación de agentes sociales que trabajaban como profesionales de atención primaria al momento de su captación, también con agentes que laboraban como profesionales de otras instituciones y por último aquellos cuyo ámbito de trabajo es el de las organizaciones de la sociedad civil. Esto permitió conocer los distintos patrones discursivos, de los distintos agentes que participan en torno a las intervenciones en promoción de la salud.
- *Homogeneidad*: a lo interno de cada grupo, se buscó uniformar por el ámbito en el cual trabaja en intervenciones en promoción de la salud, pero resaltando aquellas características como género, formación en promoción de la salud y experiencia en intervenciones en promoción de la salud (ver anexo 1)

7.3.3 Captación

La captación de los informantes se realizó a través de contactos clave en la Gerencia del Área de Salud 8, que a su vez nominaron informantes de acuerdo a los perfiles y contextos mencionados. A este informante se le contactó y manifestó el interés en mantener una entrevista con él (ella), debido que parece probable que tuviera experiencias interesantes y cosas importantes que decir y se coordinó una cita.

Las entrevistas se realizaron de previo acuerdo, en el lugar, hora y fecha de mayor conveniencia para cada informante, en donde no existiera la posibilidad de interrupciones y que el mismo se sintiera relajado, no sobrepasando las 2 horas de duración cada una.

Se grabaron las entrevistas completas realizadas a cada informante con una grabadora digital y se transcribieron en procesador de texto Word de Microsoft Office® para su posterior redacción del informe de análisis.

7.4 Técnicas

7.4.1 Recogida de los datos

Se hizo mediante entrevistas abiertas. De acuerdo a los objetivos planteados en este trabajo de investigación, se eligió la entrevista abierta (Taylor y Bogdan, 1987), ya que al facilitar el aprendizaje sobre acontecimientos, actividades y el modo en que las informantes perciben los diversos aspectos de un proceso (hechos, escenarios y personas), permite recoger los aspectos más relevantes, sobre experiencias, escenarios y agentes sociales, en torno a las intervenciones en promoción de la salud desarrolladas para este caso, en el Área 8 de Atención Primaria.

7.4.2 Entrevistas

La entrevista abierta se entiende como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, siguiendo un modelo de conversación entre iguales, donde el rol implica no solo obtener respuestas sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas (Taylor y Bogdan, 1987).

El desarrollo de la entrevista se apoya en la idea de que el informante no es un organismo que responde solo a estímulos, sino que da significado a la realidad, en este sentido, va a generarse una comunicación de significados en donde una persona va a intentar explicar su particular visión de un problema y la otra va a tratar de comprender o interpretar esa explicación (Rodríguez Gómez et al., 1999)

El entrevistador avanza tratando de establecer rapport (comprensión y acuerdo) con los informantes, formulando inicialmente preguntas no directivas y

aprendiendo lo que es importante para los informantes antes de enfocar los intereses de la investigación (Taylor y Bogdan, 1987).

En este tipo de entrevistas se desea obtener información sobre determinado problema, el conocimiento del punto de vista de los miembros de un grupo social determinado, acceder al conocimiento, las creencias, los rituales, la vida o cultura de dichos grupos, no es el conocimiento de los sujetos *per se*, sino las explicaciones que dan en el propio lenguaje de los sujetos; se desarrollan en una situación abierta, donde hay mayor flexibilidad y libertad, por lo que se establece una lista de temas (o guía de preguntas), pero se desea profundizar en ciertas ideas hasta encontrar explicaciones convincentes al fenómeno de estudio o reconstruir lo para que para el informante significa el problema objeto de estudio (Rodríguez Gómez et al., 1999).

7.4.3 Conformación de las entrevistas

Cada entrevista se conformó de la siguiente manera:

- **Perfil y número de entrevistas:** siguiendo el criterio de saturación, esto es, cuando las informaciones empezaron a ser redundantes y no aportaban aspectos nuevos constatándose el agotamiento de nuevos datos por parte de los distintos informantes, se completaron doce entrevistas, de las cuales cuatro se realizaron a profesionales de atención primaria, otras cuatro a profesionales del ayuntamiento y las últimas cuatro se hicieron a representantes de asociaciones. Los perfiles de estos agentes sociales se establecieron según las variables de género, formación específica en promoción de la salud, ámbito de trabajo de los informantes y experiencia (anexo 1).
- **Lugar de la reunión:** se coordinó un lugar cómodo, tranquilo y accesible para los informantes. La mayoría accedieron a facilitar un lugar privado dentro de su ámbito laboral, lo que evitó que el contexto limitara su participación.
- **Entrevistador:** la investigadora actuó como entrevistadora de los informantes, tratando de dinamizar la entrevista pero sin participar con

juicios de valor, e intervino solamente en situaciones que dificultaran el desarrollo de la entrevista (silencios, tensiones o desvíos del tema).

7.4.4 Desarrollo de la entrevista

Cada entrevista se desarrolló según el siguiente formato:

- **Bienvenida y agradecimiento:** se dio la bienvenida y se agradeció al entrevistado su asistencia a la cita.
- **Propósito de la entrevista:** se explicó al entrevistado que la motivación de la entrevista estaba relacionada con el aporte de conocimientos al campo de la promoción de la salud y el progreso profesional que supone este valioso aporte al Trabajo Final de la investigadora en el Doctorado en Epidemiología y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid). También se agregó que se trataría de publicar los resultados generales como parte de la disertación de tesis.
- **Encadre de la entrevista:** se le comunicó a cada informante que se trataba de una entrevista en la se consideraba muy importante sus experiencias respecto al tema de estudio y la toma del contacto se esperaba en un tiempo no mayor de dos horas.
- **Consentimiento informado:** A cada sujeto se le hizo saber que su participación era voluntaria y éste debía dar su plena aprobación a la misma. Si una persona no deseaba participar solo debía comunicarlo.
- **Confidencialidad:** Se les manifestó a los entrevistados que se le daría un trato confidencial a la información obtenida, solo con los fines expuestos, de tal forma que los participantes no podrían ser identificados y sintieran libertad de expresar sus opiniones de una manera franca y abierta. Además podrían acceder a los resultados generales, pero no así a los datos específicos, como las otras entrevistas realizadas, ya que dicha información solo sería utilizada para el análisis de los resultados por parte de la investigadora responsable de este trabajo.
- **Grabación:** Se solicitó el permiso de cada informante para grabar la conversación.
- **Guía de la entrevista:** se había realizado un listado de campos temáticos para asegurar que los temas clave, fueran explorados y

cubiertos con cada informante (ver anexo 2). La investigadora decidió cómo y cuándo formularía las preguntas, según la interacción que se desarrollaba con cada informante.

- **Breve resumen de las aportaciones:** la investigadora elaboró una síntesis de los asuntos abordados.
- **Aportaciones finales:** se le planteó al entrevistado si quería añadir alguna cosa más antes de acabar.
- **Se agradeció la participación.**

En total se entrevistó a doce agentes sociales, en reiterados encuentros con una duración no mayor a dos horas en cada cita, entre los meses de octubre 2009 a febrero del 2010. Los perfiles de los informantes se establecieron tratando de emparejar la misma cantidad de categorías en cada variable: sexo (seis hombres, seis mujeres), lugar de trabajo (cuatro de atención primaria, cuatro de ayuntamiento y cuatro de asociaciones), formación específica (seis con formación y seis sin ella) y experiencia en promoción de la salud (seis con poca y seis con alguna experiencia).

7.4.5 Estrategia de análisis de los datos

El análisis de datos cualitativos constituye una tarea en sí misma de carácter complejo dada la naturaleza verbal de los datos, su irrepitibilidad y el gran volumen de datos que suelen producirse en la etapa de “campo”; los modos de llevar a cabo el análisis se caracterizan por su gran variedad y singularidad, entre un amplio número de tradiciones investigativas, pero en donde la mayoría de autores coincide en que la idea del análisis es el “proceso de extraer sentido a los datos” (Rodríguez Gómez et al., 1999).

Dicho análisis no constituye la fase final posterior a la producción de los datos, semejante a lo que ocurre desde posiciones positivistas en las que sí puede apreciarse una linealidad temporal; este carácter lineal se “rompe” en la investigación cualitativa en la que los distintos momentos del proceso de investigación se superponen y reiteran a lo largo del proceso; no obstante, es

posible distinguir una serie de tareas básicas que constituyen el proceso analítico de los datos cualitativos que no siguen necesariamente una linealidad, sino que pueden darse de manera simultánea a lo largo del proceso (Rodríguez Gómez et al., 1999).

En el presente estudio se trabajó con un análisis del discurso que aborda el lenguaje como producción social y se orienta a identificar y entender el proceso de comunicación y construcción del mismo en el contexto social de los informantes. En este sentido, en una primera aproximación se intentó comprender el sentido global y contextualizado del texto y después se analizó con detalle por partes (Taylor y Bogdan, 1987).

Para conseguir lo anterior se trabajó en las siguientes fases:

1. **Preparación del cuerpo del texto:** Se realizó una transcripción literal de todas las entrevistas realizadas a los distintos informantes, tarea que llevó gran cantidad de tiempo y esfuerzo; y se elaboraron copias de seguridad para proteger los datos primarios.
2. **Preanálisis:** se efectuó una primera lectura global de todo el texto de las entrevistas para conseguir una idea general de su potencialidad. A continuación con lecturas repetidas se consiguió encontrar temas que emergieron de los datos, y se elaboró un listado de temas y un plan de análisis transitorio (Anexo 3).
3. **Análisis:** se marcaron segmentos de texto que tuvieran sentido o dijeran algo sobre el tema de estudio (unidades de sentido o citas). A cada cita se le codificó con un nombre (que remitiera a un concepto que emanaba del texto) y se realizó una categorización abierta (incluyendo un primer número para el número de entrevistado, luego el número de página, seguido del número de párrafo del texto), según iban emergiendo del texto los elementos conceptuales relacionados con los objetivos de la investigación (lugares, opiniones, comportamientos, sentimientos o perspectivas sobre las intervenciones en promoción de la salud de los entrevistados). Esto permitió agrupar conceptualmente los códigos bajo categorías y a la vez fragmentar el texto por categorías, para estudiar sus características, propiedades, tendencias de forma que se pudo establecer el tipo, dirección y relación

entre estas categorías (Anexo 4). Finalmente, se contrastaron los hallazgos con las transcripciones originales para comprobar que los resultados se correspondían con los textos primarios y se había logrado dar respuesta a los asuntos planteados en los objetivos de este estudio.

Dicho análisis convocó una serie de actividades, siguiendo un proceso sistemático próximo al análisis comprensivo propuesto por Taylor y Bogdan (1987) y Rodríguez Gómez et al., (1999), que se detallan a continuación:

- Reducción de datos: En esta reducción dada la gran cantidad de datos producidos, se optó por las tareas de categorización y codificación, identificando unidades y los elementos de significado que engloban:
 - b. separación en unidades de registro: la idea de la separación es la de desagregar un todo en sus partes, en este caso, se incorporaron no solo *criterios espaciales* para constituir bloques con determinado número de líneas del texto que podían tener relación con otros bloques en otras páginas; sino *criterios temáticos* relacionados con unidades en función de conversaciones, ideas, sucesos y actividades que hablaban de un mismo tema, así como *criterios sociales*, en donde los sujetos que ocupaban un mismo rol, podían plantear un desacuerdo o postura distinta a la que se venía desarrollando, situación que sirvió para identificar y contrastar las distintas posiciones e ideas en relación con un tema.
 - c. Identificación y clasificación de unidades: la categorización para clasificar conceptualmente las unidades que se relacionaban con un mismo tópico y que entrañan un significado o tipo de significados han sido definidas a medida que se examinaban los datos, a través de un proceso inductivo, así, surgieron un conjunto de categorías que constantemente fueron ampliadas, modificadas, redefinidas y readaptadas en función de las nuevas unidades que iban surgiendo en la categorización, hasta agrupar determinados códigos en uno solo o en otras ocasiones,

dividiendo aquellos que representaban categorías distintas, cumpliendo los criterios de *exhaustividad* (todas las unidades podían ser ubicadas en una categoría), *exclusión mutua* (no pertenecen a más de una categoría) y el *único principio clasificadorio* (unidades elaboradas desde un único criterio ordenación). Estos se establecieron de acuerdo a los objetivos de la investigación (anexo 3) y su codificación como se ha mencionado, se relaciona con un concepto surgido del mismo texto y una numeración sujeto al perfil de los informantes, párrafo y línea del texto (Anexos 1 y 3).

- Disposición y transformación de los datos: en este caso se utilizaron gráficos para presentar los datos y advertir relaciones y su estructura profunda; diagramas con el fin de representar de una manera gráfica las relaciones entre conceptos; y matrices en cuyas celdas se aloja una breve información verbal relacionados con aspectos específicos en las citas y columnas.
- Obtención y verificación de conclusiones: las conclusiones intentaron recoger la relación compleja encontrada entre las distintas unidades de análisis, de forma que se pudieran enmarcar los conocimientos establecidos a lo largo del proceso de investigación. Según Rodríguez Gómez et al., 1999, las conclusiones son conceptos de segundo orden, constituidos a partir de los datos o conceptos de primer orden o interpretaciones que hacen los propios informantes; en este sentido, aquí se ha tratado de usar estos conceptos de segundo orden para explicar el modelo que configuran los datos a través de afirmaciones sobre las interpretaciones que hacen los informantes. Para el caso, las conclusiones han emanado de la comparación, contextualización y contraste de los propios hallazgos con los resultados de investigaciones que han realizado otros autores en otros escenarios, casos y situaciones similares; así como la confrontación con otros marcos teóricos más generales en los que se intentó integrar los datos, haciendo posible la generalización de resultados y estableciendo analogías con el fin de establecer conexiones entre los resultados y la teoría.

Siguiendo algunos criterios básicos de referencia en la valoración de calidad de las investigaciones cualitativas descritos por Calderón (2002), Gómez et al., (2010) y Rodríguez Gómez et al., (1999), se describen las utilizadas en este estudio:

1. *Adecuación epistemológica*: esta queda reflejada a partir de la definición de la pregunta y en la exposición de las etapas del objeto que se pretendió investigar y que fueron descritos en los objetivos de este estudio, así como en la coherencia y el modo en el que se ha de desarrollo la investigación en congruencia con la complejidad que conlleva el tratar de acceder al significado que tienen las intervenciones en promoción de la salud para los agentes sociales que han participado en ellas y el contraste de su correspondencia con los presupuestos teóricos manifestados en esta investigación. En este sentido, se intentó establecer una congruencia entre la pregunta del problema y el tipo de investigación planteada; así como la intención de generar y contribuir a mejorar el conocimiento de los significados, actuaciones y del contexto en que se desarrollan los agentes sociales abordados.

2. *Relevancia*: la amplia descripción sobre la situación de partida o antecedentes del estudio, junto con la justificación y sus razones, han sido detallados en el apartado bajo ese mismo título en el presente trabajo; estos conducen a establecer la necesidad de actuar sobre nuevas vías de estudio que permitan una aproximación para entender el significado de las experiencias de los agentes sociales involucrados en actuaciones sanitarias, que a la vez, facilite la aproximación desde otro enfoque, a los elementos y sus relaciones considerados esenciales para lograr un desarrollo eficaz y exitoso de las intervenciones en promoción de la salud. Así mismo, este informe cuenta con una amplia abstracción y profundidad en la interpretación y análisis de los resultados, así como una descripción minuciosa del medio y las circunstancias en las que han desarrollado las intervenciones de los informates y los medios utilizados para llegar a ellos, que permite comparar su aplicabilidad en diferentes contextos.

3. *Validez*: esta ha justificado la conveniencia de llevar a cabo diferentes procedimientos de validación como la *triangulación* con el fin de corroborar y contrastar los hallazgos con los de otros investigadores; en virtud del objeto de estudio, se procedió con la *triangulación temporal o de momentos*, específicamente la producción de datos procedentes de los mismos informantes en distintos momentos y encuentros, también datos inscritos a procesos relacionados con el tiempo de grupos distintos en un momento determinado, así como datos de los sujetos que provienen de sus experiencias en momentos distintos desde su inicio en las intervenciones en promoción de la salud hasta la forma de desarrollarlas en la actualidad; lo anterior facilitó contrastar resultados obtenidos en los distintos momentos con el fin de detectar cambios y evoluciones en los procesos desarrollados y por los distintos grupos implicados. Por otro lado, también se implementó la *triangulación de informantes y sujetos*, en la cual se pretendió identificar y contrastar los múltiples puntos de vista que se expresaban en una misma circunstancia con el objetivo de aproximarse a un entendimiento profundo de la realidad de dichos informantes y desarrollar interpretaciones justificadas. En este sentido, se desarrolló la triangulación de informantes, en la que se analizaron perspectivas, opiniones y juicios ofrecidos por los principales grupos de información implicados (ayuntamientos, asociaciones y atención primaria); y la triangulación de sujetos, supuso contrastar los puntos de vista manifestados por los sujetos dentro de un mismo grupo de informantes (por ejemplo, el contraste de opinión de enfermeros con mayor experiencia y aquellos con menos experiencia en intervenciones en promoción de la salud). Lo anterior representa la visión de sujetos que desarrollan intervenciones en promoción de la salud desde distintas organizaciones sociales y sanitarias, en función de su pertenencia a un determinado grupo y el grado de experiencia y formación en intervenciones en promoción de la salud, criterios por los cuales fueron seleccionados. Estos procesos de triangulación se contruyeron a través del sistema de categorías y códigos asignados en la fase previa de categorización y codificación, al identificar las unidades y elementos de significado relacionadas.

Desde febrero 2010 a diciembre 2012 se realizó el análisis del discurso y construcción de este informe.

7. RESULTADOS

7.1. Aspectos sobre los que saben los agentes sociales en relación a su experiencia en intervenciones en promoción de la salud

7.1.1 Forma de entender las intervenciones: “en promoción de la salud es elemental la prevención!”

7.1.1.1 Representa una actividad de la medicina

Para los agentes sociales de atención primaria, ayuntamientos y asociaciones, las intervenciones en promoción de la salud representan una actividad de la medicina que incorpora en el caso del primero, tareas preventivas, curativas y de rehabilitación, para el segundo tareas de prevención y para el tercero, actividades de rehabilitación propias del ámbito médico, y de recuperación cercanas a las terapias físicas y psicológicas. Los agentes de atención primaria y ayuntamientos, visualizan dichas actividades con un propósito predominantemente preventivo, en el que tratan de evitar que determinada enfermedad se presente de nuevo o se desarrolle estadios más avanzados de la misma, mientras que para el agente de asociaciones, se intenta restablecer una actividad física, psicológica o social, alterada por una enfermedad o una situación difícil que haya tenido una persona en algún momento de su vida (ver cuadro 4).

“...en el ámbito de Atención Primaria, siempre estás promocionando la salud, tanto a nivel de una revisión de hipertensión simplemente o en una cura...” (4.31.2). “...En nuestro ayuntamiento, se remitió al domicilio de cada uno un folleto de prevención de caídas, la mayoría de personas que formamos parte en ese grupo, somos gente ya con experiencia en trabajar en promoción de la salud...” (5.50.2). “...nosotros la Asociación la enfocamos más para lo que es la rehabilitación del enfermo....” (10.127.3).

El relación al significado de la promoción de la salud, los agentes sociales se ciñen a un sentido más literal de los términos y lo comprenden como cualquier actividad que contribuya a promover o impulsar la salud de las personas, actividad que en el caso de atención primaria puede ir desde una intervención clínica en la consulta hasta una intervención quirúrgica en la sala de curaciones; para los agentes de asociaciones incluyen todas las terapias que gestionan desde su asociación, y para los agentes de ayuntamientos, todas las intervenciones preventivas que realizan con los colectivos metas que han establecido. Esta situación contrasta con el sentido definido en la Carta de Ottawa (1986), más relacionado con el empoderamiento y la participación de los beneficiarios en el mismo proceso de la intervención.

Cuadro 4. Intervenciones en promoción de la salud (IPS) según agentes sociales

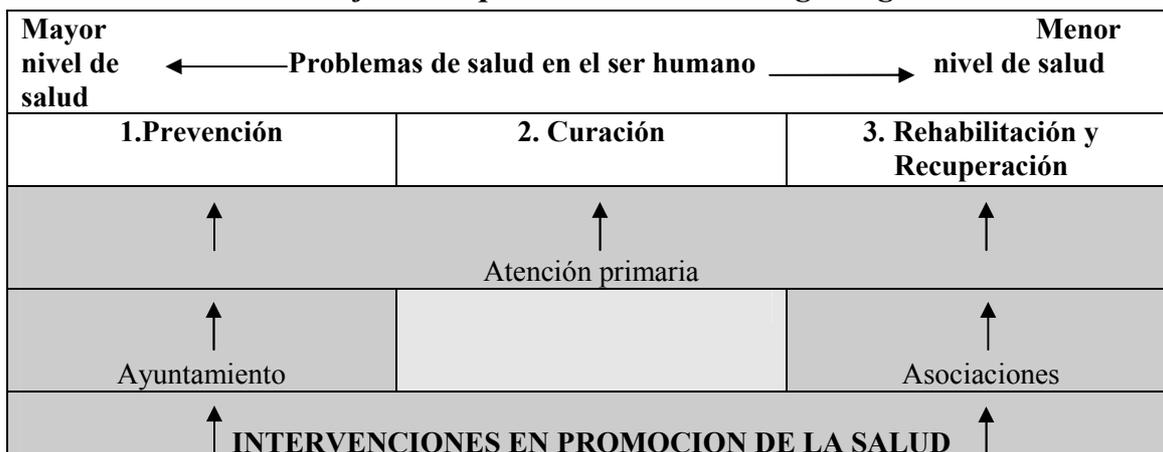
IPS	Atención primaria y Ayuntamientos	Asociaciones
Representa	Una actividad de la medicina	
Contenido	Prevención, Curación, Rehabilitación	Rehabilitación Recuperación
Se operacionaliza (aplicación en la práctica)	Medidas preventivas y Educación para la Salud	Terapias (Física, Psicológica, etc)
Resultado	Cambios en el Estilo de Vida	
Propósito	Prevenir (el progreso o reaparición de enfermedad)	Restablecer (la actividad alterada por enfermedad o crisis)
Fin	Mejorar calidad de vida de las personas	

Fuente: elaboración propia

El operativizar o aplicar las intervenciones en promoción de la salud en la práctica diaria, también tiene sus particularidades para los diversos agentes sociales; por un lado, mientras que los de asociaciones parten predominantemente desde el enfoque de la rehabilitación, la limitación de la discapacidad y la reinserción de las personas en sus actividades cotidianas, aplicando terapias físicas o psicológicas, los profesionales de atención primaria lo hacen de forma predominante desde la curación, la detección temprana y tratamiento oportuno de las enfermedades, y tienden a operativizar sus intervenciones en promoción de la salud aplicando medidas preventivas y de educación para la salud. Los profesionales del ayuntamiento realizan

actividades de promoción de la salud partiendo de forma predominante desde el enfoque preventivo, por lo que también aplican medidas preventivas y de educación para la salud, pero van más dirigidas a colectivos de enfermos crónicos, mujeres, inmigrantes y mayores entre otros (cuadro 5).

Cuadro 5. Abordaje de los problemas de salud según agentes sociales



Fuente: elaboración propia

Los agentes sanitarios consideran que las actividades habituales que realizan en Atención Primaria como las curaciones, consultas de control por enfermedades crónicas y el brindar información y consejos para que apliquen en su vida diaria, son todas formas en las que hacen promoción de la salud, porque al influir en el estilo de vida cotidiano de las personas, les ayudan a prevenir que vuelva a ocurrir el problema por el cual consultaron en el centro de salud.

“...a nivel de promoción de la salud, yo creo que sobretodo, a la hora de relacionarte con el paciente y a la hora de atender en su propia salud, ya estás promocionando la salud, sus intervenciones y el influir en sus actividades de la vida diaria, tanto en consulta como en sala de curas, porque al fin y al cabo siempre, para que no vuelva a pasar...” (4.31.2)

Los profesionales del ayuntamiento a pesar de que conciben la prevención como uno de los ejes fundamentales de sus intervenciones en promoción de la salud, reconocen que no es una solución capaz de resolver

todos los problemas de salud de la población y aceptan que los resultados de esas actividades algunas veces no coinciden con los resultados esperados. De hecho, consideran que es adecuado abordar las intervenciones que realizan con una mirada crítica, considerando los posibles resultados en caso de no ejercer ninguna intervención y mejorando aquellas intervenciones en los puntos que han presentado fallos, porque aunque hay equipos que llevan mucho tiempo realizando intervenciones para prevenir los perjuicios de ciertas conductas, como es el caso de la drogodependencia, tienen la sospecha de que el problema no se ha reducido y por el contrario aumenta.

“...en los temas de salud, decimos que una de las cosas elementales es la prevención, entonces hay que prevenir!, y hay que intervenir!, aunque luego a mediano o largo plazo, los resultados de esas intervenciones puedan ser muy discutibles!, pero siempre se puede hacer una crítica sobre lo que falte o sobre lo que haya que mejorar y también, pues sobre que sino se hubiera intervenido que hubiera pasado!, me refiero que, creo que hay muchos problemas que se lleva previniendo de mucho tiempo, y da la sensación de que cada vez hay más!, no quiero señalar temas, pero desde el tema de drogas...” (6.83.1). “...No digo, que hacer a la gente pensar que en un determinado momento, pues la prevención, que entendemos que es una de las cosas fundamentales que hay que hacer, pues no están, no es una panacea desde luego!, llevamos con temas de drogas, por ejemplo interviniendo 20 años y da la sensación de que hay bastante más que antes, no es que de la sensación, es que es real!...” (6.83.3)

En opinión de los agentes sociales, cuando la Asociación recibe a personas que padecen una enfermedad o una limitación específica, trabajan desde el enfoque de la rehabilitación más cercano a los métodos utilizados en el ámbito médico y desde la óptica de la recuperación, en donde las personas que han logrado reintegrarse a sus actividades cotidianas después de un proceso de enfermedad, desean compartir sus experiencias y ayudar a otros a mejorar, como ellos mismos lo han comprobado. Es así que, estos agentes realizan intervenciones a través de los enfoques de rehabilitación física, con

terapias individuales o grupales para disminuir el deterioro que sufren a raíz de su enfermedad, y el enfoque de recuperación social, en el que desarrollan actividades para que los usuarios tomen una actitud positiva ante su padecimiento, se les impulsa a salir de su aislamiento al compartir experiencias con otros asociados y se anima para poner de nuevo en marcha sus proyectos de vida, integrándose en la dinámica de la sociedad en la que se desarrollan. A muchas personas de estas asociaciones cuando se les presenta la enfermedad, tienden a retraerse de su medio social porque se sienten incapaces de realizar sus actividades cotidianas, y en este caso, los colaboradores tratan de llevar y compartir la mejoría que ellos mismos han experimentando a través del enfoque de recuperación que trabajan en la Asociación.

“...Claro, ves que no es lo mismo, ves que no puedes ir a trabajar, hacer las cosas de la casa y eso te hunde y te va hundiendo, ya no eres la misma persona activa, que te encargabas del trabajo, de la casa, de los niños, de estar en el APA, o de estar en un club deportivo, cosas así, entonces ves como tu vida se ha acorta totalmente, y eso te hace retroceder y encerrarte en ti misma, entonces eso hace la asociación, sacar a la gente del huequecito del sofá, entonces como nosotras lo hemos recuperado, pues hacerlo llegar...” (10.138.4)

7.1.1.2 Resultado esperado: cambio en el estilo de vida de las personas

Los agentes sociales tratan de generar cambios en los hábitos y prácticas, así como en la conducta, actitudes, pensamientos o afectos de las personas, y en ambos casos, estas acciones pretenden influir en el estilo de vida de las personas para contribuir en el mejoramiento de su calidad de vida (cuadro 4).

“...a la hora de relacionarte con el paciente y a la hora de atender en su propia salud, ya estás promocionando la salud, sus intervenciones y el influir en sus actividades de la vida diaria...” (4.31.2). “...eso hace la asociación, sacar a la gente del huequecito del sofá, entonces como nosotras lo hemos recuperado, pues hacerlo llegar...” (10.138.4). “...en

esta Asociación lo que hacemos es, todas las terapias que nos mejora y nos lleva a una mejor calidad de vida....” (10.127.3). “...el dolor no se nos quita, pero la calidad de vida les mejora mucho...” (10.137.3). “...terapia ya es el salir de casa, el levantarte, y pensar que ya tienes algo que hacer (...) es combatir y decir: -Tu no vas a poder conmigo, yo voy a trabajar y voy a luchar lo máximo que pueda, hasta ver lo que puedo conseguir!...” (11.140.3).

En el caso de la recuperación, aunque la limitación o enfermedad puede no desaparecer, desde la Asociación se anima a las personas para que recuperen sus actividades sociales cotidianas, que se incorporen de nuevo a las actividades de la sociedad y de esta forma se favorece el mejoramiento su calidad de vida.

“...Pues los objetivos más importante son, que el afectado, el enfermo, esté ocupado la mayor parte del tiempo, hacen las terapias y darles calidad de vida!...” (11.141.4) “...nosotros la Asociación la enfocamos más para lo que es la rehabilitación del enfermo, entonces con esa idea es la que se ha creado esta Asociación y con esa es la idea con la que trabajamos....” (10.127.3). “Es importante que no sea solo el pago en una asociación, sino que funcione para el beneficio del enfermo y esa es la perspectiva de trabajo que nosotros llevamos desde aquí, recuperar al enfermo, que no se quede en casa, que no se quede en el rinconcito del sofá...” (10.137.3)

Muchos socios que se han incorporado a las terapias en asociaciones han experimentado el gran progreso que significa este hecho en su vida; y como puede tener algunos síntomas que no se pueden controlar con medicamentos, también les enseñan técnicas para poder superarlos, ya que cada persona puede tener distintas formas de presentación de los síntomas y diversos grados de evolución en su padecimiento.

“...entró aquí con andador (...) y ya va sin andador, no quiere decirse, claro, cuando se queda bloqueado, los bloqueos son una cosa y las caídas, que como dice la neuróloga, no hay solución, hay medicación, te enseñan técnicas para salir de ese bloqueo, pero es difícil (...) Los síntomas son diferentes en unos que en otros, hay personas que tienen unos movimientos tremendos, otros es la rigidez, otros el habla, que hay diferentes formas de diagnóstico y la enfermedad ésta!...” (11.147.2)

En este sentido, también le ayuda a las personas a dar el primer paso para integrarse de nuevo en la dinámica de la sociedad en la que viven, después de estar varios años en una misma rutina de vida o tras un periodo de enfermedad, su experiencia les ha demostrado que las personas se benefician mucho de este tipo de intervenciones.

“...Sin ser centro de estudios para adultos, pero no son personas que estén para hacer nada de centro de adultos, sino solamente para dar el primer paso y salir un poco del automatismo que tienen, sabes!, entonces también, hay personas que por accidente cardiovascular, o sea que han tenido alguna cosa, pues necesitan estar también un poco con la vocalización y el aprendizaje y eso les viene muy bien! Porque tenemos experiencia de otros años y funciona, les viene bastante bien!, entonces también son gentes de ese tipo...” (12.153.4)

7.1.2 Forma de hacer las intervenciones: prevenir y dar Educación para la Salud

7.1.2.1 Nivel individual, grupal y colectivo

En los grupos de agentes sociales abordados se aprecia una tendencia a desarrollar intervenciones en promoción de la salud (IPS) en las que se transmite de forma predominante, contenidos de Educación para la Salud y prevención de enfermedades, que son desarrollados habitualmente en dos niveles: el individual y el grupal. El nivel individual opera en atención primaria con usuarios que acuden voluntariamente a la consulta diaria, y el nivel grupal

con pacientes que ellos mismos invitan al centro de salud. El profesional del ayuntamiento actúa más con colectivos de personas como son los mayores, crónicos, escolares y mujeres; mientras en las asociaciones se trabaja regularmente con grupos, y el nivel individual se implementa cuando las personas requieren un abordaje particular (cuadro 6).

Esta tendencia se observa de forma más acusada en el personal sanitario de atención primaria que desarrolla los contenidos a través de intervenciones individuales, logrando el espacio de consulta que ha solicitado el usuario para resolver una patología aguda, así como en intervenciones grupales dirigidas a personas que han evolucionado con patologías crónicas o tienen hábitos tóxicos como el tabaquismo. Cuando este personal realiza las intervenciones en promoción de la salud a nivel individual, combina un abordaje concreto en donde primero desarrolla los temas de prevención a través de consejos para favorecer la cesación de conductas que consideran no saludables como el “disminuir el consumo de dulces o dejar de fumar”, y a continuación, abordan el espacio de la Educación para la Salud por medio de información sobre la enfermedad que padece este colectivo y consejos para fomentar conductas provechosas como el ejercicio físico y la alimentación balanceada. Es decir, los contenidos se desarrollan en dos momentos operativos definidos: el preventivo, a través de consejos que pretenden modificar conductas que consideran no saludables y el momento educativo, con Educación para la Salud en el que ofrecen consejos para promover hábitos que entienden como saludables. Algunos de estos profesionales que han laborado en hospitales, también han concretado proyectos en promoción de la salud a través de la Educación para la Salud.

“...encabezado por dos enfermeras que dirigen todas las situaciones no solamente a eso, a dejar de fumar o a dejar de comer dulces y comida que no sea propicia para la diabetes, sino que también hacen junto con eso un refuerzo y una promoción de la salud, en educación diabetológica, en el caso de las charlas de la diabetes... (1.2.1). En proyectos de promoción de la salud, también hacíamos cosas de educación para la salud, a otro nivel diferente pero siempre hacíamos cosas...” (2.10.1)

Cuadro 6. Forma de hacer las intervenciones de los agentes sociales

IPS	Atención primaria	Ayuntamientos	Asociaciones
Nivel	Individual: usuarios captados en la consulta y dos momentos operativos: 1° Preventivo: consejos para cesar conductas no saludables 2° Educativo: consejos para fomentar conductas saludables Grupal: usuarios invitados al centro de salud: fumadores, crónicos, mayores y otros	Colectivos: mayores, crónicos, mujeres, escolares y otros	terapias individuales terapias grupales
Responsable	enfermería	equipo	profesionales contratados
Valor agregado	ahondar más en los determinantes de sus problemas de salud	desarrollar intervenciones de buena calidad	compartir la posibilidad de recuperación con otros

Fuente: elaboración propia

Este ciclo se reproduce en la siguiente generación de individuos sanitarios con la trasmisión de estas pautas a los alumnos universitarios de carreras sanitarias, que acuden al centro a desarrollar sus prácticas académicas. Los agentes sanitarios que reciben alumnos en su práctica profesional universitaria, manifiestan una valoración muy positiva de esta experiencia al contar en su equipo con estudiantes cuyo plan de estudios incluye la Educación para la Salud como asignatura (EpS), lo que les permite no solo ayudar a estos futuros profesionales en sus prácticas académicas, sino al centro de salud a contar con un valioso recurso para colaborar en intervenciones de promoción de la salud cuya expresión se realiza a través de la Educación para la Salud con grupos captados por sus tutores de forma previa, especialmente en el tema del tabaco. Estos alumnos son tutelados por estos profesionales sanitarios, quienes asumen el rol de profesores que dirigen las prácticas de los estudiantes en el centro de salud.

“...tenemos la suerte de que a través de la universidad, los alumnos tienen una asignatura de Educación para la Salud y vienen a hacer unas rotaciones en el centro, que se dedican a hacer Educación para la Salud, muy dirigida a grupos que nosotros queremos (...) Nosotros hacemos

una precaptación, y en el rotatorio que son 15 o 20 días hacen de todo, nosotros también a nivel de profesionales les acompañamos a ellos...(3.19.2). Aquí se ha estado haciendo sobretodo de tabaco, y después, aquí están funcionando mucho con el tema de los alumnos, y aquí funciona mucho con EpS de alumnos...” (3.20.1)

A nivel individual, la consulta de atención primaria se ha organizado en dos momentos distintos, con profesionales y actividades que predominan en cada caso: 1) el médico diagnostica y recomienda los tratamientos que faciliten la curación y/o rehabilitación de los pacientes, 2) el personal de enfermería aborda mayoritariamente, la prevención de las enfermedades a través de los temas de Educación para la Salud, es decir, las intervenciones en promoción de la salud son aplicadas de forma predominante por el personal de enfermería, mientras que los médicos se ocupan más de la parte curativa de la enfermedad. En el caso de enfermedades crónicas, el personal de enfermería se encarga además de incluir al usuario en un control con citas periódicas en donde se le da un seguimiento con mediciones clínicas, a la vez que se le brindan temas de Educación para la Salud con consejos básicos que fomenten un estilo de vida saludable.

“...el médico lleva una cosa y la consulta de enfermería lleva otra, y la consulta de enfermería hace mucho más: la que es individual, pues entonces cuando el médico detecta una hipertensión, pues le pone el tratamiento, pero después le deriva a la consulta de enfermería, que se encarga cada mes o cada dos meses de pesarle, medirle y darle los consejos básicos de cómo tiene que ser la alimentación, cómo tiene que hacer el ejercicio, lo que hace es Educación para la Salud y prevención, aprovecha la consulta de manera individual para hacerlo...” (8.103.3).
“...de Atención Primaria ahora mismo, quien está llevando todo lo de Educación para la Salud son las enfermeras (...) (los médicos) solamente a lo mejor en algún caso que queremos, a lo mejor en una charla especial sí, pero realmente quien está haciendo toda la Educación para la Salud en la organización de Atención Primaria, recae en Enfermería...” (8.102.4)

El equipo de enfermería generalmente es el que organiza y desarrolla la educación grupal en el centro de salud, aunque también muestra buena disposición para realizar intervenciones fuera de su centro de salud.

“...cuando tú detectas un problema, un problema de la sociedad, lo que haces es que lo pones en común en el Equipo de Enfermería básicamente, porque es Enfermería la que hace Educación Grupal, y bueno, se piden voluntarios, es decir, yo puedo tener una idea, pero el formar un grupo, hacer una precaptación, hacer todo el trabajo, es muy complicado!, lleva mucho tiempo...”(3.20.3).

7.1.2.2 Valor agregado de las intervenciones

El profesional de enfermería ha reconocido dentro de su práctica laboral que puede hacer promoción de la salud no solo en la consulta individual con los usuarios, sino también a través de las intervenciones grupales. La dinámica con grupos le resulta a estos profesionales una herramienta valiosa porque les facilita a los usuarios compartir su realidad de una forma más abierta, al tener a personas más cercanas o afines a ellos, lo que se transforma en una oportunidad para el agente sanitario que le ayuda a profundizar en los determinantes de sus problemas, principalmente en aquellos que los usuarios no habían manifestado con anterioridad en la consulta individual.

“...Pues me he dado cuenta que al fin y al cabo, tu puedes hacer promoción de la salud tanto a nivel individual como a nivel de grupo, salen dentro del grupo problemas individuales que a lo mejor no te cuentan en forma individual, porque el simple hecho de hablar entre personas, porque muchas veces en todo el grupo, se conocen entre ellos, da la casualidad!, porque no deja de ser un barrio!, o son vecinos, o son amigos, entonces digamos que salen problemas, tu a lo mejor ya vas tratando con ellos cinco años y no te lo habían contado!, no porque

no te lo hayan querido contar, sino porque ellos a lo mejor, no lo han visto importante, y a lo mejor es muy importante!...” (4.40.1)

Los agentes del ayuntamiento también implementan actividades de Educación para la Salud y prevención de enfermedades como la forma predominante para desarrollar intervenciones en promoción de la salud y como núcleo en torno al cual se desarrolla su trabajo. Debido a que el municipio pueden contabilizar gran cantidad de grupos y subgrupos como son los mayores, que contienen al conglomerado de crónicos y estos a su vez incluyen el grupo de diabéticos, se han organizado para abordar los diversos colectivos sociales de una manera paulatina y realizan actividades de prevención con cada colectivo, se acercan a uno específico y luego abordan los otros grupos relacionados.

“...Esperamos ir paso a paso, porque hemos empezado a trabajar, no podemos abarcar demasiado!, es que claro!, los disléxicos o los diabéticos, tanto los diabéticos hay jóvenes y mayores, entonces no puedes hacer la división!, entonces es otro programa diferente, los mayores son una cosa, con sus enfermedades crónicas, que todos tienen muchas, y luego si queremos hacer otro programa de prevención para diabéticos, pues será para diabéticos, pero para cada uno lo suyo!, sino, es que es mezclas de muchas cosas también...” (8.104.5)

Así mismo, estos agentes han trabajado temas de prevención de caídas con el colectivo de adultos mayores, la revisión de esquemas de vacunación de los niños y la captación de inquietudes de padres y profesores sobre los alumnos en el ámbito escolar. En estas intervenciones, consideran que han acumulado una gran experiencia como equipo del ayuntamiento que trabaja en temas de promoción de la salud, lo que consideran como ventajoso porque les ayuda a desarrollar intervenciones de muy buena calidad al abordar los temas preventivos en la población.

“...En nuestro ayuntamiento, se remitió al domicilio de cada uno un folleto de prevención de caídas, la mayoría de personas que formamos parte en ese grupo, somos gente ya con experiencia en trabajar en promoción de la salud y desde el ámbito local y se dio un producto de muy buena calidad...” (5.50.2). “...En aquel momento hicimos el control vacunal de toda la población y luego a nivel psicológico pasábamos más encuestas a los padres, a los profesores para que nos señalaran las dificultades que a nivel psicológico podían tener los chicos o sus alumnos...” (6.72.2)

Bajo la premisa de la rehabilitación, los agentes de asociaciones organizan intervenciones como las terapias individuales para aquellos que requieren un abordaje particular, o las grupales en donde asisten personas con afectaciones de abordaje colectivo. A las personas que llegan por primera vez, se les apoya y se anima para que adopten una actitud positiva y de lucha ante los problemas. También se les explica que las actividades de la Asociación constituyen una terapia que les favorece mucho en su proceso de recuperación, principalmente porque los impulsa a salir de casa y estar en actividad.

“...Que cuando vienen personas por primera vez, de lo que les decimos que, quieras o no, es una terapia muy buena, terapia ya es el salir de casa, el levantarte, y pensar que ya tienes algo que hacer, porque de otra forma, no salen, no andan y cada vez van peor, porque lo que necesitan es estar activos, es combatir y decir: -Tu no vas a poder conmigo, yo voy a trabajar y voy a luchar lo máximo que pueda, hasta ver lo que puedo conseguir!...” (11.140.3).

7.1.3 Forma de entender otros componentes de las intervenciones

7.1.3.1 La fragmentación: los problemas son sociales o de salud

El profesional de atención primaria hace una distinción en cuanto a los asuntos que enfrenta cotidianamente en su ámbito laboral, y se aproxima a ellos mediante dos categorías específicas: sociales o de salud. En su opinión, los problemas sociales son responsabilidad del personal del ayuntamiento, en un nivel comunitario, mientras que en el caso de los problemas de salud, los encargados son los profesionales sanitarios en el centro de salud. Estos agentes consideran que las actividades grupales realizadas con usuarios intentan promover su salud, pero creen que aquellas realizadas por personal del ayuntamiento forman parte de actividades de información a la población. Estos profesionales señalan que su quehacer en los servicios de atención primaria sí constituye un trabajo en el ámbito de la salud, mientras que otros problemas como el de higiene comunitaria, drogodependencia y chabolismo, que habitualmente aborda el personal de ayuntamientos, lo relacionan más con un trabajo del ámbito social y no con el de salud que ellos cotidianamente abordan.

“...Las actividades grupales para nosotros son actividades de salud y nos beneficia a nosotros, y para ellos (ayuntamiento), son actividades de población, de información a la población...” (1.5.3). “... y luego he ido a la Laín Entralgo a un curso, que hubo de comunitaria, que ya no trataban temas a nivel de taller y grupos, sino a nivel comunitario, pues para trabajar con ayuntamientos, trabajar más problemas de tipo sociales, no a nivel de problemas relacionados con la salud, pues a nivel de higiene comunitaria, a nivel de problemas del barrio, a nivel de drogodependencia, de chabolismo, sí, problemas más a nivel social...” (4.43.3)

El agente social de atención primaria expresa una visión y un abordaje fragmentado de los problemas que experimentan los individuos en una

comunidad, donde cada agente social se encarga de resolver, de forma aislada y con sus propios recursos, los problemas según su tipo: sociales o de salud.

7.1.3.2 La coordinación deber ser “cooperativa-coparticipativa”

En contraste con lo anterior, para los profesionales del ayuntamiento uno de los componentes fundamentales de la promoción de la salud lo constituye la “coparticipación”, entendida como el trabajo que realizan en conjunto con otros agentes sociales, como las administraciones públicas, organizaciones sin ánimo de lucro y la ciudadanía (por medio de asociaciones), para desarrollar las intervenciones en promoción de la salud. Desde su perspectiva, los otros agentes sociales actúan como “multiplicadores” del trabajo en promoción de la salud en la comunidad, lo que favorece un uso eficiente de los recursos y una vía para poder llegar a más colectivos con el capital que poseen.

“...la promoción de la salud no se puede entender, sino es con una coparticipación por un lado de todas las administraciones y por otro lado de todas las entidades, organizaciones sin ánimo de lucro, distintas fundaciones (...) tienen también el objetivo de promover, pero también la participación de la propia ciudadanía, algunas veces a través de sus asociaciones, cuando son asociaciones de vecinos, así generales, culturales, deportivas, es una manera que hagan de altavoz y otras veces son asociaciones ligadas a lo sanitario, o lo de mayores, o los que tienen algún tipo de patología concreta...” (5.50.5) “...hemos trabajado promoción de la salud con asociaciones, en el concepto de que la promoción de la salud cuando la trabajas con unos agentes activos en la sociedad, pues la difundes más, te hacen de altavoz (...) los recursos que somos, no somos como para poder estar con todas las asociaciones que hay en el municipio haciendo talleres de 17 horas...” (5.51.1)

En este sentido, la *coordinación* con otros agentes sociales incluye dos rasgos importantes: 1) la *coparticipación*, interpretada como la asociación que

realizan con otros agentes sociales (administraciones públicas, entidades privadas y ciudadanía) en el desarrollo de las intervenciones en promoción de la salud para obtener un “efecto multiplicador”: llegar a más colectivos, e identificar las capacidades o talentos de estos colaboradores, y 2) la *cooperación*, entendida como el aporte de recursos (materiales e inmateriales) que realizan estos agentes desde su campo de acción hacia un objetivo común: procurar el mayor bienestar y protección al colectivo del que son responsables, evitando la duplicidad de esfuerzos y por tanto, favoreciendo el uso eficiente de los recursos.

Es así que estos profesionales entienden la importancia de coordinar los proyectos en promoción de la salud con otros agentes sociales, que también incluyen dentro de sus competencias el tema de la salud y de la promoción de la salud y cuyo objetivo común es el de procurar el máximo bienestar y protección del colectivo del que son responsables. Ellos han asumido la tarea no solo de difundir la evidencia de estudios que informan sobre los factores de mayor riesgo para la salud, como lo dictamina las disposiciones de su marco normativo, sino que también han asumido la responsabilidad de realizar una coordinación efectiva de los recursos propios, y otros que les asignan desde otras administraciones, con el fin de proporcionar el mayor beneficio a su población.

“...Entonces si miras la ley, resulta que nosotros como ayuntamiento tenemos una responsabilidad de aplicar cosas, entonces por ejemplo, la función que entiendo yo que tenemos, de que todo lo que me venga de otras administraciones, mi municipio se beneficie! y tengo la función de promover lo que me dice la ciencia y lo que dicen los estudios y lo que dice salud pública y lo que hay!, de qué son factores de mayor riesgo...”(5.47.1). “...como ayuntamiento incluso, trabajamos coordinadamente, distintas áreas, sanidad con medio ambiente, con igualdad, con juventud, con mayores, pues todas esas concejalías cuya finalidad es el máximo bienestar o la mayor protección, y el mejor estar de su colectivo, como puede ser igualdad con mujer, o como puede ser juventud o pueden ser los mayores (...) Pues digamos que una parte del

cometido que tienen esas concejalías tiene que ver con salud, tiene que ver con promover la salud, entonces trabajamos cooperativamente con ellos...” (5.47.3)

El trabajo cooperativo en el área de la promoción de la salud no se limita solamente a conseguir el aporte de recursos materiales, sino que también comprende la posibilidad de potenciar una participación en la que puedan ofrecer otro tipo de aportes inmateriales, como aquellas habilidades, capacidades y experiencias, que permitan desarrollar a los agentes sociales, actuaciones que aborden otros componentes como el de índole psicoafectivo y social en los colectivos de la comunidad donde trabajan.

“...otra parcela dentro de promoción de la salud pues entiendo yo, que son esos trabajos cooperativos y conjuntos con los ayuntamientos y con otras entidades, que ha habido cosas que se han trabajado durante años como campañas que ha tenido distintos materiales que se realizaron, hasta afectivo social en los sitios de ese proyecto...” (5.63.4).

Este es el caso de las mesas de salud escolar, donde han tenido la capacidad de asumirlas como un espacio para unir los esfuerzos de diversos sectores de la sociedad: ayuntamiento, educación, la comunidad y organizaciones no gubernamentales, para coordinar las acciones en el escenario escolar, lo que evita duplicar los esfuerzos y recursos que invierten los agentes sociales que comparten estas tareas.

“...el tema de la Mesa de Salud Escolar, una mesa en la que están todas la instituciones: Dirección Territorial, de Educación, Comunidad, Ayuntamiento con sus distintas Concejalías: Educación, Servicios Sociales, Juventud, está también la Cruz Roja (...) la Mesa de Salud Escolar pretende de alguna manera canalizar todo lo que sobre salud vaya dirigido a la Comunidad Educativa, con vistas a que no se dupliquen las intervenciones, a que haya la adecuada coordinación...” (6.72.3)

En las asociaciones gestionan las actividades de índole administrativo con representantes del ayuntamiento, la Comunidad de Madrid, entidades públicas y bancarias, pero las de planificación con entidades como Federaciones y Consejos Municipales como el de salud, comercio, industria; también acuden como representantes ante entidades como la Comisión de Usuarios, otras asociaciones del Área, la coordinadora del Área de Salud local y el jefe de distrito de cada municipio.

“...si tengo que ir a algún sitio, a reuniones del ayuntamiento, la Comunidad de Madrid...” (11.140.1). “...ir a la caja de ahorro, hacer dos gestiones, eso es casi a diario...(9.115.1). “ ...también representar a la Asociación en todos los organismos allá donde estemos representados, llámese la Federación, que aglutina todas las asociaciones de la Comunidad de Madrid, el Consejo Municipal de Salud, que en el municipio hay 13 Consejos Municipales, referidos a Sanidad, a Comercio, a Industria, etc,... (9.114.1). “...nos reunimos los representantes de las Asociaciones, la Coordinadora de Área y cada uno de los jefes de los tres municipios, cada trimestre...” (9.114.2). “...también, lo que son esos consejos sectoriales, que es el máximo organismo que hay, que no sea de carecer político, un organismo consultivo donde estamos representados...” (9.114.3).

7.1.3.3 El efecto multiplicador como resultado de la coordinación

Los agentes de atención primaria reconocen que el trabajo con grupos de la comunidad impacta de forma más amplia que la intervención individual: se resuelven dudas que en la consulta no se hacen y un efecto de aprobación o “*poder de arrastre*”, en donde el grupo moviliza a las personas a realizar cambios de conducta al ver el ejemplo de sus vecinos.

“...Es mucho más efectivo trabajar con la comunidad en talleres, en forma grupal, que en la consulta en forma individual, porque la pregunta que no te hace la persona en forma individual, te la hace la de al lado, genera más curiosidad, más información y porque somos así, mira lo que hace ella que yo no lo hago, jolín!, si lo hace ella, lo puedo hacer

yo!, el poder de arrastre que tiene el grupo, no lo tiene esa persona...”
(1.8.1)

Los agentes de ayuntamiento consideran que trabajar coordinadamente con otros agentes sociales favorece el desarrollo de agentes multiplicadores del trabajo en salud, así como un efecto multiplicador de las estrategias que plantean en promoción de la salud y llegan a más personas que si trabajaran aisladamente sin coordinar acciones, pero debe evitarse el sobrecargar a los colaboradores y dotarles de recurso humano e infraestructura adecuada para colaborar en buenas condiciones con el desarrollo en promoción de la salud.

“...con las distintas concejalías municipales, pensamos que se multiplica el hacer de altavoz, también entendemos que las otras administraciones, como los servicios de salud de atención primaria, o los servicios de salud pública... (5.48.1). “...dentro de la Mesa de Salud Escolar, pues nos coordinamos con muchísima gente, tanto de muchas instituciones y muy diferentes profesionales...(8.99.1). “...siempre hemos pretendido hacer a los profesores como agentes de salud, a ti profesora decirte que participes, que eres agente de salud para prevención de drogas, del tema de alimentación, para el tema de piojos, para el tema de limpieza e higiene, para el tema de violencia, el tema de la violencia escolar y el bullying...” (6.75.3). “...creo que se cargan muchas cosas en la escuela, sin poner los medios para poder desarrollarlas se pretende que las desarrollen en los propios centros y muchas veces tampoco se les dan los materiales, tanto humanos como de infraestructuras, para que puedan desarrollar esas cosas, por tanto, eso es otro de los problemas que surgen...” (6.75.5)

7.1.3.4 El bienestar del conjunto sobre los intereses individuales

Para los agentes sociales de ayuntamientos, el trabajar bajo el enfoque de promoción de la salud implica que se debe tomar en cuenta no solo la diversidad de factores determinantes que puede intervenir en un problema de

salud, sino que es fundamental la idea de que los recursos para resolverlo también son múltiples y variados; por esta razón, es necesario el trabajo cooperativo de los agentes sociales, que aporten su experiencia y recursos en la resolución de los problemas de salud, con una actuación que se aleje del protagonismo individual o institucional y se trabaje desde la sinergia para potenciar los recursos que cada uno aporta.

“...la promoción de la salud tiene una riqueza de factores determinantes tan grande!, y unos recursos, considerando los recursos en sentido amplio, unos recursos tan extensos que lo que hace falta es favorecer que cada cuestión ruede, que cada cuestión haga su parte, de la manera más completa posible (...) hay que tener esa filosofía de que no hay Reinos de Taifaz, de que no eres más dueño de nada!, sino que eres copartícipe y además es muy importante esta filosofía de cooperación, de pleno derecho, porque si se trabaja cooperativamente pero se percibe actitudes de “mayor poder y gloria”, pues dificultas mucho que la sinergias se den...” (5.54.4)

Desde la óptica de estos agentes, el trabajo en promoción de la salud requiere que los agentes sociales estén sensibilizados sobre la necesidad de trabajar coordinada y cooperativamente, logrando un balance entre las demandas de representación institucional y la demandas de la población; cuando los participantes que planifican las intervenciones trabajan en la misma línea para alcanzar una cooperación y una coparticipación justa y honesta, en donde prima el bienestar del conjunto sobre los intereses individuales, se genera un clima de confianza que favorece una participación continuada y comprometida de los agentes sociales en el desarrollo de estas intervenciones.

“...conseguir unas conductas o de una manera de vivir la ciudad y laEl e participación de los distintos estamentos que participan, si cada una somos una administración, habrá que ver de qué manera nos conjugamos y de qué manera tenemos la suficiente representación de nuestra propia institución, para que eso se pueda trabajar cooperativamente...” (5.55.3). “...Los términos de cooperación equitativa

razonable con justicia incluso de la coparticipación (...) cuando es una experiencia honesta con distintas ONGs o entidades, hay una confianza que se genera con el trabajo continuado, confianza en que cada uno de los miembros va a ir a favor del conjunto, aunque no tengamos un contrato escrito de esa colaboración...” (5.59.1)

No obstante, algunos sectores tienen intenciones alejadas del beneficio de la población y cuando facilitan sus recursos al servicio de los profesionales que trabajan en promoción de la salud en la administración pública del sector salud, solo persiguen el beneficio individual a costa de riesgos para la población.

“...es importantísimo ser crítico con las intencionalidades y los posibles mensajes ocultos que pueda haber, pongo por ejemplo cuando vas a trabajar aspectos de alimentación, a veces los patrocinios tienen muchos intereses, entonces hay que ser cuidadoso para no caer como pasaba con el alcohol o con el tabaco que las actividades deportivas son estupendas y patrocinadas por las distintas marcas (...), han encontrado la manera de difundirse ampliamente en el colectivo que querían, entonces al ser administraciones públicas, tenemos esa misión, de velar por el bienestar de nuestra comunidad y no favorecer las cosas engañosas...” (5.48.2)

Los agentes sociales de ayuntamientos consideran que cuando prima un deseo de protagonismo y de atribuirse logros a título personal o institucional, se genera una desmotivación y poco compromiso en los otros agentes sociales para dar continuidad al trabajo en promoción de la salud

“...Cuando el pensamiento está en esa línea, los lazos que se generan entre la gente que trabaja es menor, tampoco ganas mucho con una cosa de este estilo y el año que viene, de ninguna porque alguien ha tenido una intervención más egoísta...” (4.34.4)

Sobre el protagonismo individual debe imperar un uso eficaz de los recursos, lo que se puede lograr cuando se capta a la población pensando en llegar a la mayor cantidad de personas con la menor cantidad de recursos, por

ejemplo, el coordinar la distribución de material informativo en sitios y momentos de mayor congregación de la población meta, disminuye los costos de su difusión.

“...si pienso que la mayoría de esos inmigrantes tienen hijos pequeños escolarizados, y que en cada centro tengo 50 familias, y tienen un momento en el trimestre donde tengo 12 directores juntos, puedo con cuatro reuniones distribuir paquetes y además va a ser una distribución más selectiva que si la pones en la puerta de la iglesia o en la puerta de un supermercado, tienes que pensar cómo distribuirla...” (5.70.4)

7.1.3.5 Abordaje biopsicosocial desde una concepción integral de la salud

Desde el *enfoque integral de la salud*, los profesionales del ayuntamiento plantean un abordaje de los problemas con una orientación de tipo biopsicosocial, es decir, además de los factores biológicos tradicionales que dan énfasis a las actuaciones que parten de las enfermedades de los individuos, ellos integran aquellos de carácter sociocultural que también condicionan la manera de enfermar de la población, de forma que generan intervenciones desde una perspectiva positiva de la salud, es decir, no desde los factores de riesgo de la enfermedad, sino desde de los factores protectores, para que las intervenciones en promoción de la salud se adapten de forma más adecuada a los problemas de salud de la comunidad.

Para ellos, el abordaje biopsicosocial desde una concepción integral de salud posibilita una mejora global en la salud de la población, al desarrollar los recursos que cada cual puede aportar desde su campo de acción y cuando se trabaja de manera cooperativa con otros agentes sociales. Este enfoque favorece la identificación e integración de los diversos factores socioculturales que condicionan la manera de enfermar de la población, lo que permite a estos agentes trabajar sobre cada uno de ellos para ofrecer un producto que brinde

soluciones a los problemas en salud, tomando en cuenta los diversos aspectos del entorno donde se desarrollan.

“...por ejemplo, el taller de mediadores en salud, la juventud, un taller que hacemos de mujer y salud también intentando lo mismo ese potencial, la mejora de la salud que está derivada precisamente por la condición de género, en esta concepción integral de salud biopsicosocial, tenemos que aparte de que las mujeres pueden tener cáncer de mama o de útero, pues hay muchos condicionantes socioculturales que condicionan la manera de enfermar, que se puede trabajar sobre ellos y que se puede tener una mirada diferente con lo psicoafectivo...” (5.47.4)

Para estos agentes, las personas que trabajan promoción de la salud en su municipio, tratan de cambiar el modelo tradicional de abordaje de las intervenciones en promoción de la salud, donde se habían impulsado intervenciones centradas de forma predominante en los aspectos biológicos de los problemas de salud y se ha dado mayor énfasis a las actuaciones que parten de las enfermedades que padecen los individuos o ciertos colectivos en la sociedad, hacia una concepción en donde su equipo fomenta el diseño de intervenciones en promoción de la salud desde un enfoque positivo de la salud, resaltando la importancia de los factores protectores en salud.

“...en general cuando diseñamos o planificamos lo que vamos a hacer, pues tenemos en cuenta que se diseñen actuaciones donde no se vea solo lo biológico, solo la enfermedad, donde no se vea lo que, la trayectoria cultural está haciendo ver de la salud, donde esto que estamos diciendo que se puede ganar salud, que los factores protectores existen, que todas esas cosas hay que, trasladarlas, a la sociedad en general, un poco todo lo que estamos haciendo en salud vamos por esa línea...” (5.51.3)

Estos agentes que unen sus esfuerzos y trabajan en conjunto, parten de una concepción integral de la salud donde toman en cuenta los componentes biopsicosociales de la salud para incidir en ellos y favorecer un uso óptimo de los recursos para alcanzar el beneficio de la población local de la que son responsables. Algunos profesionales del ayuntamiento cuentan con la experiencia de tener un equipo conformado por profesionales de diversas disciplinas como médicos, trabajadores sociales, enfermeras y psicólogos, organizados para realizar un abordaje de los problemas de salud con un enfoque biopsicosocial que identifica los posibles factores involucrados y trabajan de manera coordinada todos estos profesionales.

“...el objetivo de nuestro equipo, va a ser nuestra población porque somos equipo local, pero por otro lado, así en esencia, optimizando todos los recursos que pueden venir desde diversos sitios, siempre que el criterio para unir las fuerzas y para potenciarlo pues suele ser que la percepción de la salud sobre la que trabajamos sea una dimensión pues con todos los componentes biopsicosociales...” (5.49.1) “...trabajando en un equipo multidisciplinar para trabajar el tema de la salud escolar y entonces era un grupo que estaba formado por médicos, trabajador social, enfermera, psicólogos, intentábamos ya, ver la salud desde el punto biopsicosocial, que trabajáramos todos los factores de manera coordinada y bueno, así fue como se inició aquello...” (6.72.1).

7.1.3.6 La equidad en promoción de la salud

Además de la coordinación “cooperativa-coparticipativa”, y la “concepción integral de la salud”, el profesional del ayuntamiento ha ido incorporando otro elemento que considera fundamental en las intervenciones en promoción de la salud: la equidad. Esta es entendida como el “favorecer el acceso a los servicios asistenciales sanitarios, especialmente de aquellos colectivos más vulnerables o con menos oportunidades de promover su salud en la comunidad” (ciertos grupos de mujeres, inmigrantes, mayores, discapacitados y otros); el ámbito de acción ha pasado de estar dirigido a colectivos tradicionales (escolares), a

otros de la comunidad en los que se favorece la equidad desde la atención en salud.

Estos profesionales han ido marcando una tendencia desde etapas muy incipientes en su trabajo para fomentar la equidad desde la atención en salud, brindando a los colectivos menos favorecidos, como algunos grupos de inmigrantes y sus familias, la posibilidad de acceder a servicios asistenciales de salud. Desde ese momento lo hacían pensando en el gran impacto que generaban sobre el ámbito social de la comunidad, ya que estas personas no podían acceder de manera formal a la seguridad social y así facilitaban el acceso a aquellas que más lo necesitaban y que menos oportunidades tenían por barreras culturales o del entorno.

“...el ayuntamiento hacía un poco la cobertura de gente, sin tener como el derecho, porque no tenían cartilla, le llamaban beneficencia (...) nosotros tuvimos como un equipo activo para la equidad, en el sentido de que personas de otras procedencias que no tenían derecho a la asistencia, que lo iban teniendo cuando ya se puso la cartilla universal y la seguridad social (...) lo que se hacía era las revisiones y el seguimiento de los inmigrantes que iban llegando y de su familias de una manera integral, pensando que así hacíamos también una labor social importante de dar oportunidades a gente que a lo mejor por lo cultural o por las circunstancias tenían menos acceso...” (5.46.3)

En adición, cuando en el ayuntamiento empiezan a trabajar con otros grupos como el de mujeres, mayores y personas con algún tipo de discapacidad, el ámbito de acción de los agentes sociales en promoción y educación para la salud se amplía, porque dirigen sus recursos a otros colectivos que podían resultar socialmente más vulnerables o con menos oportunidades de promover la salud en la comunidad y no solo a la comunidad escolar con la que trabajaban habitualmente.

“...y ya fue creciendo mucho lo que era la promoción de la salud y la educación para la salud como herramienta y en vez de ser solamente ya el colectivo de la comunidad educativa, pues empezamos a tener la comunidad en general, como éramos ayuntamiento, pues ya se empezaron a realizar talleres para mujeres, para mayores, para el colectivo de personas con algún tipo de discapacidad...” (5.46.2).

Estos agentes promueven que las intervenciones tengan carácter gratuito, con el fin de favorecer una igualdad de oportunidades en el acceso a las intervenciones, para los diversos colectivos en la comunidad.

“...en promoción de la salud, si tu te apuntas en un curso, es gratuito, es algo que hasta ahora defendemos a capa y espada para que haya igualdad de oportunidades, en nuestro caso, los cursos siempre son gratuitos...” (5.68.4)

7.1.3.7 El cuidado y el aprendizaje.

El agente social que participa en asociaciones tiene como premisa en las intervenciones que desarrolla: *el cuidado y el aprendizaje*. El *cuidado* es administrado en tres direcciones: dirigido a sí mismo, a las otras personas y a su entorno; en este sentido, al tiempo que promueven oportunidades para hacer un uso provechoso de los recursos de su comunidad, también fomentan la participación de las personas para que colaboren en su propia mejora, así como el cuidado de otros colectivos, especialmente aquellos más vulnerables. Bajo la premisa del aprendizaje se preparan para modificar su estilo de vida: aprenden a cambiar de actitud y aceptar ayuda cuando se presenta una enfermedad, a cambiar la forma en cómo realizan ciertas tareas cuando experimentan deterioro por enfermedad, a cómo ayudar y tratar a otras personas con enfermedades específicas para luego también informar y sensibilizar otros agentes sociales, a aumentar la confianza e independencia para realizar trámites cotidianos, a trabajar solidariamente para obtener no

solo crecimiento personal sino como colectivo, a adquirir herramientas para mejorar no solo sus condiciones laborales sino sus condiciones de vida.

Estos agentes sociales en su concepción de Asociación, fomentan valores como la solidaridad, el autocuidado y el cuidado y la ayuda a las demás personas, especialmente en los momentos más difíciles de sus vidas, haciendo énfasis en grupos de mayor vulnerabilidad en la sociedad. Además, propician oportunidades para que las personas mejoren el conocimiento de su entorno y de los recursos que les ofrece su municipio, brindándoles la posibilidad de realizar un uso provechoso de los mismos y a la vez se fomenta el involucramiento y la participación de las personas en favor de las mejoras de su ciudad, lo que disminuye algunas carencias personales que puedan tener y facilita el crecimiento personal de sus integrantes.

“...una asociación tiene que tener conciencia de unión y de que la unión hace la fuerza, de solidaridad, de ayudar a las personas que puedan necesitar una ayuda en su vida, en cualquier momento, desde una persona que se ha separado, o que se ha quedado viuda o que tiene un problema con los hijos, sí suelen tirar de las asociaciones porque se sienten perdidas... (12.158.3). “...A mí como persona me ha hecho crecer y me ha dado la oportunidad de estar al día en donde vivo, en mi medio ambiente, quiero decir que me sé el movimiento que hay donde yo vivo en todos los aspectos, desde el cuidado que yo doy a los niños, a los ancianos, a lo que hace el ayuntamiento en todos los sentidos, de las oportunidades que hay y de la no oportunidades que hay y como crece mi ciudad, los defectos que tiene!, las mejoras que se pueden hacer y como es la población mas o menos que vive aquí en el municipio...” (12.161.2)

Cuando estos agentes experimentan un deterioro físico o psíquico por su padecimiento, la Asociación promueve el aprendizaje para cambiar la forma en como realizan las tareas y modificar el estilo de vida que tenían, dándole prioridad a otras más importantes, según la etapa de la vida en la que se encuentran.

“...Tienes que intentar cambiar tus hábitos de vida, tu sigues siendo una persona válida, aunque no seas la misma persona, tan válida de hace 20 años, y no por la vejez!, porque nosotras tenemos una edad, evidentemente, pero tampoco nos sentimos a lo mejor abuelas, como sí somos!, es el decir, vamos a ver: -No estoy tan mal por mi edad genética, porque yo no me siento una persona de 60 años, pero si es verdad, que yo no puedo hacer ahora mismo, lo que hacía hace 20 años, porque con esta enfermedad me ha pillado el toro!, bueno, pues vale, no lo voy a hacer de esa manera, lo voy hacer de otra, y voy a dar prioridades a esto y lo otro...” (10.139.1)

Las personas experimentan un cambio de actitud con su estancia en la Asociación, ya que al principio muestran aversión para unirse a esta entidad a pesar de que en los hospitales se les insta a participar. Aunque al principio se integran de forma paulatina, posteriormente mejora mucho la colaboración y hasta se integran en roles directivos, lo que constituyen una gran distracción en su ritmo cotidiano de vida. En este sentido, cuando aprenden a aceptar la ayuda de personas que antes no admitían porque se consideraban autosuficientes, se les facilita la posibilidad realizar otras tareas de manera progresiva.

“...Nosotros llevamos como unos siete años, porque al principio mi marido era reacio, le hablaban en los hospitales de venir a alguna asociación, él no quería, en cambio, cuando empezamos a venir pues poquito a poco y ahora está integrado, te diré que también está en la Junta de gobierno, que colabora muchísimo, que para él es una distracción muy grande...” (11.140.2). “...Cuesta!, no es tan fácil la teórica como la práctica!, porque es muy bonito explicártelo así, yo misma, y luego llevarlo a cabo, porque luego surge el día a día y llegas a casa y ya empiezas con carreras y no se qué!, pero por ejemplo, si hemos cambiado el chip de decir: -Bueno yo necesito una persona en casa para que me ayude-, y por eso no me siento que ya no puedo hacer nada, esa persona en casa ha venido y como tu estabas tirada en un sillón, pues imagínate!, viene porque estoy hecha una pena!, pero

luego poco a poco esa persona sigue viniendo, sigue haciéndote la limpieza y tu vas haciendo la comida o vas planchando o vas estando en el ordenador haciendo las cosas de la oficina...” (10.139.1)

Las personas que atienden a socios con este tipo de enfermedad, deben conocer acerca de esta, para saber como tratarlos y cómo deben actuar en caso de situaciones especiales, es por esta razón que la Asociación trata de realizar una labor de información y sensibilización a otros agentes sociales para que puedan conocer mejor sobre su realidad y dificultades, así como para que puedan aprender a tratar y ayudar a las personas con este tipo de padecimiento.

“...Y cuando me dijo eso, es que dice él, que es un enfermo difícil, dice que está parado y que luego arranca y yo dije claro!, si nadie le pone el pie delante o le ayuda, claro que se queda bloqueado! (...) se quedan bloqueados, pegados, y en vez de echar las manos al suelo porque se caen, quiere llegar y claro, se da con los postes, tiene heridas por todos los lados y moretones, entonces hay que saber un poquito, como tratarlos!...(11.147.1). “...No que no la conociera!, sino que no la sabían tratar, porque da la casualidad, que aquí un afectado, tiene a la suegra aquí también, porque son de un pueblo de al lado, y van todas las semanas a ver su suegra y decía que el director había hablado con él, que quería conocerlo y preguntó, y le explicó poco a poco que había estado en la asociación y decía que era un hombre muy difícil porque se queda bloqueado, y que no anda y que no anda y que cuando quiere arranca! (...) Entonces lo llamé por teléfono, le dije que íbamos a sacar a Juan, le llevamos información y revistas, estuvimos hablando con el director y le dijimos que por favor, cuando él decía que se bloqueaba y que se le quedaban los pies pegados, es porque efectivamente se le quedan!, se bloquean y a veces hay que ayudarles a salir del bloqueo y entonces nos gustaría que usted se lo leyera detenidamente...” (11.146.4)

En la Asociación ofrecen cursos de alfabetización, especialmente para personas mayores, o que no han tenido la oportunidad de formación, o viudas cuyos maridos no les favorecían el estudio. Este curso les permite ganar más confianza en si mismas e independencia al realizar trámites bancarios, operar un móvil y escribir documentos.

“...Y también la clase de alfabetización que también tenemos muchas personas que son personas de éstas que son ya más mayores, o que no han tenido oportunidad de hacer en la vida y entonces están un poquitín atrasadas o viudas que las ha tenido el marido un poco bajo su protección y ahora mismo dicen que van al banco y no tienen ni confianza para firmar, entonces las animamos para que vengan y se les da un poquito de, pues en faltas de ortografía, un poco de dictado para que si tienen que manejar el mismo móvil ya sepan un poco, para que estén un poquito al día porque lo tienen olvidado y entonces les viene muy bien!...” (12.153.2)

Aunque la Asociación brinda cursos para que las personas también puedan experimentar crecimiento personal, su idea no es fomentar el individualismo y por el contrario, es promover la solidaridad y la idea de que la unión hace la fuerza y de que el trabajo en conjunto puede ayudar a las personas en muchos de los problemas que les acontecen en las diversas etapas de sus vidas.

“...Pero claro nuestra idea no es el crear individualismo, sino que una asociación tiene que tener conciencia de unión y de que la unión hace la fuerza, de solidaridad, de ayudar a las mujeres que puedan necesitar una ayuda en su vida, en cualquier momento, desde una mujer que se ha separado, o que se ha quedado viuda o que tiene un problema con los hijos, sí suelen tirar de las asociaciones porque se sienten perdidas...” (12.158.3)

No obstante, estos agentes reconocen que hoy día, la lucha por las reivindicaciones sociales no llama la atención de la personas, no los motiva a

participar, por el contrario, muestran mayor interés en actividades individuales que les generen crecimiento personal y en ese contexto, la Asociación trata de adaptarse y organizar cursos en donde las personas puedan adquirir conocimientos y destrezas que les ayude a solventar problemas personales, así como la posibilidad de recibir afecto y reconocimiento de las otras personas, sin involucrarse en movimientos grupales que conlleven un gran aporte personal, que no están dispuestos a brindar.

“...Hoy día eso ya no vende, entonces la gente lo que quiere es saber informática, estar haciendo unos trabajos manuales que luego son bonitos y son agradables si los has hecho tú, cursos como estos del Reiki y que todo ha evolucionado muchísimo porque el contexto es de crecimiento personal, porque estamos faltos de eso, a ver como hacemos para ver como conseguimos el cariño de los demás, de que no me hagan daño, o sea, estar un poquito interesado en el mundo actual pero sin enfocarlo de que tu te vas a pringar mucho, pero que me haga lo menos daño posible...” (12.157.5)

Los usuarios en la Asociación experimentan un crecimiento personal a través de la realización de cursos que tienen mucha demanda y les permite estar actualizados, situación que consideran muy importante en la actualidad. Esto contrasta con el pensamiento de desarrollo que se tenía hace unos años, en donde las personas percibían un crecimiento personal a través de reivindicaciones sociales que alcanzaban ante las autoridades de gobierno local.

“...Sí, sí, sí, porque la asociación continuamente está haciendo cursos actuales, quiero decir que no es tanta, que por ejemplo la informática pensamos que hoy en día es muy importante!, y entonces evoluciona, sabes, nosotras estamos al día en todos los sentidos, no se puede tener el pensamiento de hace unos años, que había otro pensamiento revolucionario de conseguir cosas en el municipio...” (12.157.4)

Por otro lado, han manifestado que aunque el ayuntamiento no les ofrece cursos para desarrollar en la Asociación, si les han ofrecido la oportunidad de asistir a conferencias donde comparten sus experiencias con socios y voluntarios de otras entidades similares. En este sentido, también promueven su crecimiento personal a través de la autoformación, asistiendo a cursos que se imparten en su propia Asociación, lo que a su vez contribuye con la divulgación de las actividades con los otros socios.

“...cursos no, más bien conferencias, pero ellos ofrecernos cursos que nosotras podamos dar aquí no, ni tampoco formación para nosotras, nosotras nos formamos por sí solas, a través de que vamos a conferencias, estamos siempre en contacto, solemos asistir también a los cursos que damos, mi compañera está en Reiki, yo estuve en el de inteligencia emocional y la verdad que muy bien, hice el de relajación y crecimiento cuando empezó, por eso sé explicarle a las socias de que van los cursos he estado con la informática aquí porque ha sido una de las primeras alumnas, o sea que procuro estar al día en todo y mi compañera igual...” (12.159.1)

En la Asociación también tratan de brindar a la comunidad una oferta variada pero estratégica, con cursos que dotan de herramientas a las personas para ayudarles a mejorar sus opciones laborales, así es que, varios cursos permanecen casi siempre con la cuota de alumnos completa y acuden personas que trabajan en diversos ámbitos como clínicas y en rehabilitación.

“...Sí siempre estamos a ver que ofrecemos, a ver que a la gente le vaya bien!, por ejemplo ahí ya hemos metido todos cursos que tienen demanda y ya te digo!, porque al Reiki hay dos grupos: uno por la mañana y otro por la tarde y están hasta arriba!, y no es un recurso barato, es un recurso muy valioso, lo cursos (...) tienen también futuro para trabajo, quiero decirte que también vienen personas que están trabajando en clínicas, en rehabilitación o sea que les ayuda...” (12.159.1).

7.1.4 Forma de entender la evaluación de las intervenciones: ¿realmente sirven o no?

7.1.4.1 Evaluación de las intervenciones: antes y después

El profesional de atención primaria evalúa las intervenciones en promoción de la salud por medio de “encuestas de satisfacción” para conocer la opinión de los participantes sobre la dinámica de los talleres y usualmente, obtienen una respuesta muy favorable de los usuarios. Estos agentes implementan una evaluación antes de la intervención para conocer cual es la actitud, expectativas y conocimientos previos sobre el tema que van a desarrollar y otra al finalizar las intervenciones; lo anterior les permite determinar si la intervención ayudó a los participantes y en qué medida, así como para identificar errores cometidos por ellos y enmendarlos para que en los siguientes talleres los usuarios reciban un producto mejor y completen la asistencia al ciclo de sesiones con un mayor éxito.

“...normalmente cuando terminamos el taller, solemos pasar una encuesta de satisfacción y normalmente suele salir bien...” (4.40.4).
“...realizamos dos preguntas, cómo se sienten ellos ante el reto de dejar de fumar, y otra foto es, qué se espera del taller, y luego al final del taller lo volvemos a hacer y comparamos, porque así podemos ver como estaban antes y que ayuda han tenido, si realmente sirve o no sirve, entonces esto también sirve, porque ha habido talleres donde hubo mucha gente que lo ha dejado, y ha habido otra gente que no le ha dejado tanto, entonces eso sirve también, un poco, no solo a nivel de ésta técnica, que vamos pasando en determinadas sesiones, vemos nuestros propios errores...” (4.34.3)

Consideran además que entre mayor participación en intervenciones tengan, mayor es la experiencia que adquieren en la organización de este tipo de actividades, lo que favorece una mejor identificación del perfil de usuarios a quienes les puede generar más beneficio esta intervención, así como

establecer el grado de motivación necesario para iniciar las sesiones del taller, lo que puede traducirse en un aumentado éxito para el personal y usuarios.

“...cuantas más veces hagas el taller, vas viendo tus fallos y también vas sabiendo que tipo de pacientes, puede serles más útil o no, quienes son los que realmente están motivados para dejar de fumar, vas marcando más el perfil...” (4.34.4)

El profesional del ayuntamiento también realiza una evaluación de su trabajo al finalizar cada periodo escolar con el fin de identificar los problemas que impidieron un mejor desarrollo e incorporar ese aprendizaje en la planificación de actividades, tomando en cuenta además, sus fortalezas y lineamientos institucionales que les solicitan cumplir. Si no han cumplido con los objetivos planteados, entre todos tratan de crear nuevas estrategias para adaptarse a los problemas detectados. Así mismo, reconocen que cuando se modifican los siguientes talleres en función de los resultados de intervenciones anteriores, su equipo ofrece a los usuarios un producto de mayor calidad en cada entrega, porque adquieren la capacidad de adaptar la forma y los contenidos de su trabajo, en relación con lo que demanda su entorno y los propios participantes de estas intervenciones.

“...trabajamos casi por curso escolar, pues lo que se hace es una valoración de todo lo que ha habido, una estimación de donde han estado las barreras y las fortalezas, hacia donde podemos ir, intentando siempre respetar las directrices de lo que se quiere...” (5.65.2) “...Pues cada año nos inventamos una estrategia nueva, eso es imaginación!, cada año por ejemplo, la evaluación final decimos: ¿Qué hemos hecho este año?, no, no hemos llegado, entonces cómo empezamos aportar y entonces intentamos un poco adaptarnos a las circunstancias... (8.109.4)

“...Hay veces que la siguiente edición del taller sale con algunas modificaciones en función de lo que hemos recibido, se basa en el trabajo de equipo en ese acción-redacción de trabajo y en función de lo que salga vamos modificando y vamos haciendo, que también, que yo creo que en esto tan disperso, tan variado, de por dónde puedes cargar

las tintas pues es muy importante el que seas capaz de tener esa flexibilidad de reacción en función de las valoraciones que te puedan hacer los propios participantes...” (5.66.2)

En este sentido, las evaluaciones de los programas les permite conocer si van cumpliendo adecuadamente con sus objetivos o si deben cambiar algunos aspectos para llegar a las metas, aunque para lograr que una intervención consiga lo que se habían propuesto, reconocen necesaria la participación de otros agentes como las administraciones y personas que van variando en los equipos, por lo que se vuelve una tarea compleja el conseguir éxito en las intervenciones para los integrantes del equipo.

“...hay evaluaciones que te dicen hacia donde vas o si hay cosas que tienen que cambiar o no, pero bueno, que te digo que son cosas complejas que intervienen muchos factores, muchas administraciones, muchas personas distintas, que van variando año a año y etc, y que bueno pues, a veces llevar una tarea conjunta es complicado...” (6.84.1)

El agente social del ayuntamiento reconoce que cada equipo de trabajo que aborda temas en salud, tiene la obligación de evaluar sus programas para determinar si se han conseguido los objetivos planteados o cambios de conducta en la población a la que se dirigen las intervenciones. En este sentido, señala la responsabilidad que cada equipo en el ayuntamiento debe asumir de forma inherente al desarrollar sus programas, así como elaborar las memorias del trabajo realizado durante el año, de forma que se constituya en un documento de carácter público en el que se puede consultar los pendientes, las personas que participaron de las reuniones y actividades, los temas tratados y el programa del siguiente año.

“...Bueno, pues cada uno tiene que hacer sus memorias y evaluar todo eso y presentarlo, por tanto son documentos públicos y todo mundo puede ver lo que ha hecho la Mesa de Salud, lo que ha hecho este año o lo que ha dejado de hacer, están las actas de las reuniones, las personas que han venido, los temas que se han tratado, una vez al año

se le da a nuestro jefe, el Concejal, todo lo que hemos hecho, y el programa de lo que vamos a hacer para el año que viene...” (6.84.2). “...Por eso, te digo que cada uno de los programas en principio, cada uno en su servicio, tiene la obligación de evaluar esos programas y para ver la incidencia, uno que ha tenido de cambio de comportamiento o de lo que se pretenda con ese programa!...” (6.84.1)

7.1.4.2 Monitoreo y Evaluación de las actividades

Los agentes de asociaciones establecen reuniones periódicas de carácter mensual con el equipo directivo y trimestrales o anuales con otros colaboradores para dar seguimiento a las actividades; en esos espacios además, realizan un balance de los procesos y actividades que han resultado exitosos, así como de las necesidades que aún requieren resolver y los recursos disponibles para llevarlos a cabo; de esta forma, encauzan los esfuerzos para resolver los problemas y modificar las actuaciones para mejorar su servicio.

“...nos reunimos los representantes de las Asociaciones, la Coordinadora de Área y cada uno de los jefes por cada municipio, y esa reunión la tenemos cada trimestre (...) entonces ahí tratamos de cómo va cada servicio en general... (9.114.2). “...mensualmente nos reunimos la Junta Directiva y colaboradoras, pues para ver como llevamos el día a día... (10.128.4). “...todas las colaboradoras y la Junta Directiva, pues ahí damos la opinión, hemos hecho esto más, se puede corregir aquello, podemos mejorar lo otro, se van haciendo cambios sobre la marcha... (10.129.1). “...hacemos como todas las asociaciones al año, una Asamblea general, luego las extraordinarias y también reuniones de socios, cuando se acaba el año hacemos una comida y les decimos un poco las novedades que han surgido estos tres meses después del verano, como un informe...” (12.155.3).

Se consulta la opinión no solo de los directivos y colaboradores habituales, sino que también se incluye la opinión de usuarios y familiares beneficiados con las intervenciones. Para evaluar la introducción de una actividad en el programa de actividades regulares en la Asociación, los directivos evalúan en conjunto y consideran no solo las necesidades manifestadas por los usuarios, sino que también consideran los recursos disponibles en la entidad.

“...tenemos un taller de memoria para afectados y familiares, pero primero hacemos una hora de los familiares, para evaluar lo que notamos en ellos, o sacamos cualquier tema, los familiares y a continuación, ya tenemos un taller...” (11.140.1). “...Esto está pedido por algunos enfermos (terapia ocupacional) y luego también lo hemos estado evaluando la Junta que está llevamos un poquito mejor, porque también nos tenemos que adaptar a lo de las subvenciones, nosotros funcionamos a través de subvenciones y de la cuota anual de socios...” (11.142.3).

7.1.4.3 El efecto a largo plazo es difícil de establecer

Aunque el agente social sanitario pueda contabilizar una experiencia satisfactoria al participar en las distintas etapas de organización de las intervenciones en promoción de la salud (detección del problema, planificación de actividades y su ejecución), les resulta difícil visualizar el efecto que tienen esas intervenciones porque reconocen que el equipo sanitario no realiza evaluaciones a largo plazo, entre otras razones por la carga laboral ya establecida, lo que les impide conocer si se han logrado cambios en la conducta de las personas para que adopten medidas que mejoren su vida.

“...Mi experiencia ha sido buena, satisfactoria!, que realmente sea, claro!, todo esto tiene un fin, es decir, tu montas un taller, unas charlas, vas a darlas con un fin, es decir, ves este problema e intentas hacer una intervención, e intentas que el resultado sea bueno, entonces todo lo que

es el inicio, el planteamiento, el hacerlo y tal, es satisfactorio!, que realmente después sea eficaz!, ahí ya queda!, ¿Básicamente porqué?, porque cuando tu haces un taller de estos, no tenemos todavía la conciencia del después, el valor lo que después ha pasado, tu puedes hacer una valoración de la intervención al mes, dos meses o tres meses, pero, llega un momento en que lo dejas, lo dejas porque, es que estás trabajando!, es que no puedes, que lo ideal es hacer esa intervención y evaluarla a los dos, tres, seis, incluso al año a ver que tal, pues sí!, pero que se haga, pues salvo talleres muy, muy concretos como tabaco y tal, los demás, es difícil...” (3.25.2)

Los agentes sanitarios no logran establecer el efecto de dichas intervenciones y señalan que el seguimiento a los usuarios que han participado en los talleres les puede resultar una actividad tediosa e incómoda, no obstante reconocen los múltiples beneficios que obtienen con el desarrollo de las intervenciones como el agradecimiento y reconocimiento por parte de los usuarios y además, admiten que les ayuda a compartir observaciones, experiencias y sugerencias para superar los errores cometidos en las intervenciones y mejorar su desempeño en el desarrollo de estas actividades.

“...si el taller está bien montado, está bien dado la gente es muy gratificante, la gente lo agradece, y ya te digo, después que sea efectivo, ya es otra cosa...” (3.25.4) “...Lo hacemos normalmente a los dos y seis meses (seguimiento) y nos vamos turnando mi compañera y yo, lo que pasa es que vas viendo una serie de...vas viendo tus fallos, entonces hay veces que los llamas y no los localizas, es el fastidio!...” (4.38.1)

Por otro lado, el profesional del ayuntamiento procura hacer un uso óptimo de los recursos y de generar con su interacción un “efecto multiplicador” de los beneficios para que lleguen al mayor número de beneficiarios posible y aunque apoyan la evaluación de los efectos de sus intervenciones, también reconocen que su medición no siempre resulta fácil. Considera que para medir el efecto de su trabajo con intervenciones en promoción de la salud, requieren que al

menos las entidades públicas faciliten un mínimo de datos de forma obligatoria a un sistema de información que favorezca la construcción de adecuados indicadores de resultados. Así mismo, señalan que aunque el trabajo en promoción de la salud se fortalece con la participación de otros agentes sociales, incluyendo a los ciudadanos, éstos últimos pueden no estar en condiciones de ofrecer un registro, con todos los datos necesarios para incluirlos en un sistema de información que evalúe las intervenciones en promoción de la salud.

“...Pues tiene que ir por no malgastar ninguno de los que haya (recursos), por optimizar todos los que tienes para recibir, porque la interacción de unos con otros, sea multiplicadora de los efectos de cuánta gente llega o de la cantidad de lo que pueda producir, no es muy fácil medir todo, yo estoy siempre en la línea que es importante la evaluación...” (5.59.4). “...Pero yo entiendo que a veces para tener unos buenos marcadores de todo esto, nos haría falta un buen sistema de información de distintas entidades y se convierten en posible cuando las entidades no todas, al menos las administraciones públicas, que dando un mínimo de información que es obligatorio (...) cuando ya consideramos que la participación ciudadana tiene que estar, pues hay indicadores que no puedes pedirle peras al olmo, porque verdaderamente, estás trabajando con asociaciones, con gente que bastante tiene con estar de pie...” (5.59.5).

En adición, estos profesionales advierten sobre la existencia de una barrera entre la evidencia que puede brindar los estudios científicos en promoción de la salud y la implementación de sus recomendaciones en la práctica cotidiana, lo que atribuyen a un sistema de información que no opera en forma adecuada. Por esta causa, visualizan como esencial la participación del sector académico representado por las universidades, en el desarrollo de un sistema de información que permita implementar buenas evaluaciones en promoción de la salud.

“...Y luego tenemos que ser capaces de las cosas que ya están científicamente probadas, pues quererlas poner en la palestra y utilizarlas de manera permanente, pero yo llevo bastante tiempo y todavía creo que es una asignatura pendiente, de que el sistema de información opere...” (5.60.3). “...sería necesario, (...) que de los indicadores, bueno que también esa parte de la ciencia que estudia y da oportunidades de buenas evaluaciones en promoción de la salud, también hay apoyos, ahí yo veo esencial lo que puedes hacer desde la universidad, que también a pesar de todo tiene sus limitaciones, que no es fácil...” (5.60.4)

En el caso de la prevención, estos agentes indican que la evaluación de las intervenciones no es sencilla y en muchos casos se aleja de los resultados esperados. La perspectiva que tienen de los años de trabajo en prevención de toxicomanías, es que el problema aumenta a pesar de su trabajo, y aunque pudiera cuestionarse la efectividad de la prevención, reconocen la existencia de múltiples factores que influyen en los resultados y el hecho de que no alcancen resultados llamativos, no obstante, no renuncian a la intervención.

“...Evidentemente, yo digo que hay temas de prevención en donde, pues desde la evaluación que se hace es difícil de realizar o cuando se hace, los resultados que se ven, no sé si son, los que se pudieran esperar, te pongo un ejemplo: si hace 20 años había dos millones de personas que tomaban drogas, y llevamos 20 años haciendo prevención, y al día de hoy hay 5, que podemos decir, que no es efectivo, y si te digo que hace 20 años había equis, y ahora hay equis más 3, después de prevenir mucho, como se está previniendo!, entonces que pasa, que no es efectiva?, bueno pues sí, lo que pasa es que todos los temas estos de salud, debido a múltiples factores, pues son delicados y a veces no se consiguen resultados espectaculares, no, pero hay que seguir interviniendo!...” (6.83.4)

7.1.4.4 Debe evaluarse el trabajo interinstitucional

Los profesionales del ayuntamiento evidencian la necesidad de desarrollar una evaluación especial que logre captar la dinámica que llevan a cabo en espacios de trabajo común como las mesas de salud escolar. En este sentido, apuntan hacia la necesidad de evaluar el grado en que se relacionan las instituciones (sanitarias y educativas) con las actividades locales, la representación real y efectiva en los espacios de trabajo común, la evolución acorde a las demandas del entorno, así como la disposición y colaboración de las instituciones responsables y otras que pudieran vincularse con su trabajo.

“...Lo primero es que ya te digo, funcionan por cierta inercia, entonces en algún momento dado se crearon, pero luego a lo mejor se olvidaron las propias instituciones que ellos representan, entonces alo mejor ahí habría que retomar a un nivel más alto, si las propias instituciones tienen relaciones: sanitarias con educativas, educativas con las actividades locales y hasta que punto está la mesa representativa de esas instituciones y si esas instituciones siguen pensando en colaborar, o tienen alguna colaboración que deba tener su cauce a través de una Mesa de Salud Escolar...” (7.94.2)

En su opinión, cada actividad que coordina una institución integrada al espacio de trabajo común, debe ser evaluada por esa misma entidad, mientras que el conjunto de las instituciones debe evaluarse como un todo en su propio funcionamiento, la forma en que han realizado las coordinaciones y las mejoras que pueden hacer a futuro con la intencionalidad de potenciar sus acciones. De esta forma, asumen un funcionamiento autónomo, que coordina sus propias actividades y les dan seguimiento, sin que ninguna entidad externa los supervise o emita las directrices por las cuales se debe regirse este espacio común de instituciones.

“...Normalmente cada actuación tiene su propia evaluación, pero la tiene la entidad que la realiza, porque cuestionarios y evalúa su actividad, pero luego la Mesa lo que evalúa un poco es la actividad real de la

Mesa, no evalúa las actividades de las Instituciones, la Mesa evalúa en el sentido de cómo se han coordinado, que se puede hacer en un futuro, pero el pensamiento es cómo potenciar la Educación para la Salud en el ámbito escolar, entonces ahí entra un poco la creatividad de cada Mesa, pero no hay una entidad superior que diga: ésta Mesa funciona bien o no, no hay una línea común, no hay directrices que no fueran las de la creación, tampoco cada año vienen nuevas directrices, simplemente la Mesa es la que va proponiendo, va tomando el pulso...” (7.96.1)

7.2. Estructura y transmisión de lo que saben los agentes sociales en relación a las intervenciones en promoción de la salud

7.2.1 Fuentes para seleccionar los temas de las intervenciones en promoción de la salud

Los agentes sociales de ayuntamiento y atención primaria coinciden en todas las fuentes que utilizan para seleccionar los temas de las intervenciones en promoción de la salud, además todos coinciden al incluir los aspectos de actualidad y las demandas de su entorno como insumos para desarrollar dichas intervenciones. El diagnóstico formal sobre la situación local de salud es una herramienta que ninguno utiliza de forma habitual para planificar estas intervenciones y los agentes de asociaciones, se apoyan en fuentes extraoficiales en la comunidad como profesionales por contrato e Internet (cuadro 7).

Cuadro 7. Fuentes de los temas en las intervenciones en promoción de la salud

<i>Tema</i>	Atención Primaria	Ayuntamientos	Asociaciones
Actualidad	X	X	X
Demanda de los usuarios	X	X	X
Instituciones oficiales y estudios científicos	X	X	
Enfoque biopsicosocial	X	X	
Diagnóstico formal sobre la situación local de salud	X	X	
Instituciones extraoficiales en la comunidad			X

Fuente: Elaboración propia

7.2.1.1 Actualidad

Tanto el profesional sanitario como el de ayuntamiento señalan que si el tema no ocupa la atención de los beneficiarios, éstos manifestarán que ya poseen suficiente información sobre el tema o anteponen sus actividades cotidianas para no participar en estas actividades, es así que, la participación en las intervenciones en promoción de la salud depende en gran medida de que los temas sean de actualidad y resulten de interés a los participantes, es decir, los temas de actualidad constituyen un medio para llamar la atención y facilitar la participación efectiva de los usuarios a quienes se dirigen las intervenciones.

“...pensamos que lo sabemos o que no necesitamos saber más, entonces llama la atención poner una charla de algo actual...” (1.4.2).

“...la participación en este tipo de cosas depende de los temas!, de la importancia que tengan los temas en ese momento, pues me refiero a temas como anorexia, las drogas, cuando cogen un momento, pues todos los centros quieren hacer algo de esas intervenciones...” (6.75.2).

“...Porque continuamente está saliendo información, conseguir que un padre deje de a sus niños en el colegio y se meta en una charla en vez de hacer la compra!, creo que llamándoles la atención sobre un tema de actualidad, que puedan entrar en algún tipo de duda...” (1.4.3).

“...convencer al mayor de que tiene que ubicarse dentro de los grupos, pues que vaya el vecino, pero yo ya me lo sé todo!, entonces, son muy rebeldes para eso!...” (8.102.1)

Los temas de actualidad que preocupan a la población y en los que podrían tener un familiar en riesgo, resultan atractivos para la comunidad, de forma que el interés en participar y la satisfacción con las intervenciones son mayores.

“...los talleres que hemos hecho hoy, las preguntas han sido igual, sobre la actualidad, es lo que más preocupa...” (1.4.1). “...el tema de la obesidad infantil es un tema que preocupa, el tema de la gripe porque es un tema puntual, muy relevante, de mucha actualidad, a veces se reavivan por algún motivo, pero suele estar de moda, el consumo de tabaco, alcohol o el de droga...” (7.95.5).

En el caso de las Asociaciones, los temas de actualidad que les resultan más interesantes son los cursos que promuevan el crecimiento personal en el campo de la psicología, la medicina alternativa y la actividad física complementarias. Estas inclusive atraen a gran cantidad de personas fuera de la misma Asociación.

“...Al curso de Reiki me parece que ninguna de las que vienen son socias, ni al curso de Reflexología tampoco!, nuestras socias a lo que más vienen son a los cursos de la psicóloga porque son de autoestima, que es lo que tiene que ver con el crecimiento personal, entonces les gusta mucho porque están al día “en sentimiento” como dicen ellas!...(12.153.2) “...danza del vientre gusta mucho, siempre está a tope, viene mucha gente joven que le sirve como gimnasia... (12.161.1) “...hacen Tai Chi, tienen cerámica, logopedia, musicoterapia, masajes...”(11.141.4).

7.2.1.2 Demanda de los usuarios

Los agentes sanitarios también seleccionan los temas en función de los grupos de usuarios que más consultas realizan, de los temas más demandados por estos y de los diagnósticos más observados por el personal; por ejemplo, las mujeres y crónicos son de los colectivos que con mayor frecuencia acuden al centro de salud, y entre los temas más solicitados figuran la alimentación, la relajación, la educación sexual, la prevención y cesación del fumado y drogas, de modo que la atención de sus necesidades moviliza al personal sanitario a desarrollar intervenciones en estos temas específicos. Estos profesionales ponen en común los problemas vistos a diario en la consulta de atención primaria, y cuando observan que el problema también le ocurre a varios profesionales con sus pacientes, establecen una relación causal entre un mismo problema detectado por varios profesionales y una sola causa sospechada por todos, de esta forma, deciden que es un tema relevante y organizan una intervención para corregir el problema detectado.

“...yo he llevado algunos (grupos) de alimentación y relajación, sobretodo con colectivos de mujeres, no porque los haya elegido sino porque son los que más vienen...” (2.13.3). “...suelen pedir en alimentación, educación sexual, drogas, tabaco...” (2.11.2) “...se ve por el día a día en la consulta, la población crónica tu la vas a ver unas seis, siete veces al año!, entonces ahí vas a detectar problemas...” (3.21.1). “...nosotros vimos dentro del Síndrome Metabólico que reunía, el problema más mayoritario que había dentro de la población...(4.43.1). “...y aquí mismo tu puedes detectarlos, es decir, les preguntas: -¿Estas usando el inhalador?...-Bueno, a ver como lo pones!, ves que no!, entonces, si tu eso lo comentas en petit comité, y oye: -Pues mira, yo he detectado esto!, y con que dos o tres profesionales del equipo hagan eso y vean, ya tienes montado un tema!, o sea ya estás viendo una necesidad (...) Dices: -Pues sí, hay una reagudización de los procesos crónicos, porque no saben utilizar los inhaladores, entonces bueno: -Vamos a montar un taller!...” (3.21.2)

El profesional del ayuntamiento toma en cuenta las demandas que surgen de su entorno, escuchan las opiniones y necesidades de la ciudadanía, de los políticos, de las asociaciones de salud pública locales y la experiencia acumulada por el recurso humano capacitado con el que cuenta el municipio, así, aseguran que el producto final lleva implícitas las demandas de los participantes, de otros agentes sociales y los recursos que disponen, con el fin de hacer coincidir la realidad de los problemas que vive la localidad y la oferta de temas que ofrecen y puedan mejorar esa realidad que viven estos colectivos.

“...Entonces yo creo que las entradas vienen de la propia ciudadanía, de los dirigentes políticos y de los programas o proyectos que puedan tener...” (5.66.3). “...Si, en algunos casos, pueden pedirlos al ayuntamiento ellos, ya sabes que esto es como todo...”(6.75.1). “...La localidad es normalmente la que hace las propuestas, que conoce su realidad y luego salud hace propuestas mas genéricas (...) la propuestas suelen coincidir con la realidad y los problemas de una localidad...” (7.95.5).

En los centros educativos, identifican los contenidos de educación para la salud que están presentes en el currículo escolar con el fin de emparejar las actividades que se ofertan y las necesidades de los centros educativos, lo que facilita a los responsables en el ámbito escolar, los medios para coordinar el desarrollo de estas actividades.

“...se establecieron que contenidos de educación para la salud están en el currículo escolar y que actividades se ofertan desde las distintas entidades que complementen esa parte del currículum...(7.88.3). “...miramos todos los objetivos que tenían por cada nivel para todos los niños y estuvimos encajando todos los cursos o actividades que podemos hacer en Educación para la Salud con los objetivos que les están pidiendo, para que a cada uno le fuera más fácil...” (8.110.1).

7.2.1.3 Instituciones oficiales y estudios científicos

Los agentes sociales sanitarios y de ayuntamientos también utilizan las directrices técnicas que emanan de organismos internacionales en salud como la OMS o locales como el Ministerio de Sanidad y Consumo, Colegios profesionales, el municipio, el centro de salud y la evidencia de los estudios científicos como los estudios epidemiológicos de análisis poblacionales. Por otro lado, los de ayuntamiento consultan otros agentes sociales sanitarios con experiencia y opinan que el personal médico constituye una fuente para los organizadores cuando se requiere abordar algún tema especializado, aunque también pueden asumir un rol de facilitador para los agentes de asociaciones que desarrollan intervenciones.

“...recopilo material en el Ministerio de Sanidad y Consumo, y en el Colegio de Enfermería, algún estudio actual sobre el tema que voy a dar, y si en ese momento tenemos alguna información actualizada en el centro sobre recomendaciones para niño sano o alimentación, pues también lo saco... (1.2.3). “...en gran medida viene de lo que técnicamente se considere lo apropiado, por lo que dice la bibliografía, lo que dice la experiencia, lo que dicen los estudios... (5.66.3). “...tenemos la línea de la OMS, los distintos análisis que se hace de las poblaciones de los estudios epidemiológicos, que dan directrices y las mismas asociaciones de salud pública que existen aquí, que muchas de ellas participan, te van dando pistas de por dónde van las necesidades...” (5.52.1). “...lo que me apoyo más es en los demás (...) de atención primaria ahora mismo...” (8.102.4). “...yo tengo tarea en informar que tienes estos componentes para que cuando tú solicites algo o con tu participación hagas intervención con conocimiento de causa, dar oportunidades, dar ideas...” (5.55.1)

7.2.1.4 Instituciones extraoficiales en la comunidad

En el caso de las Asociaciones, buscan servicios y profesionales de la comunidad que ofrezcan servicios de su interés y optan por aquellos que promueven un enfoque integral de salud del ser humano y su entorno.

“...buscamos a través de conocimientos de aquí, de la población, unos los buscamos a través de Internet o por teléfono, a nivel personal y profesionales que vienen a ofrecer sus servicios, un curso para mejorar la salud en todos los aspectos: desde la alimentación, cuidados personales, higiénicos, de medio ambiente, un englobado que la salud no se compone de: “procuro tomar una dieta sana”, hay más cosas, tener conciencia de que es el ser humano y su entorno...” (12.159.2)

7.2.1.5 Enfoque biopsicosocial

Particularmente los agentes de ayuntamiento, tratan de abordar las intervenciones con un carácter biopsicosocial y desde un enfoque positivo que conlleva no solamente la transmisión de información para prevenir enfermedades, sino además el trabajo de las emociones, la dependencia, las relaciones y su enlace con la salud, la reflexión sobre la percepción de riesgo, el asumir una actitud de responsabilidad y de respeto, así como el abordaje del escenario cultural y psicoafectivo que viven los colectivos en su comunidad, todo esto con el objetivo de conseguir una perspectiva más amplia de la salud y no solo aproximarse desde el enfoque tradicional que trabaja la promoción de la salud desde la enfermedad.

“...para que el concepto biopsicosocial de la sexualidad quede claro, y no se trabaje sobre los miedos a las infecciones de transmisión sexual, sino que se trabaje en un enfoque positivo, respeto, ese ejercicio de la sexualidad positiva y responsable, haga que se prevengan la enfermedades pero que se reflexione sobre la percepción de riesgo, que se trabaje lo cultural, lo psicoafectivo...” (5.63.2). “...intentamos que tenga componentes biopsicosociales cada uno de los talleres, trabajar la

emociones y la salud, las relaciones y la salud, la alimentación, la actividad física, tener una visión amplia de la salud y de las temáticas que elegimos...” (5.60.6).

Otros temas como el de alimentación y vejez saludable, se consideran ejes temáticos tanto para la formación continuada del personal que desarrolla las intervenciones, así como para los colectivos de su municipio; estas intervenciones son encauzadas desde un enfoque positivo, en donde se parte desde una posición para “ganar salud” y no solo desde el enfoque tradicional de enfermedad; es así como el tema de la vejez se aborda desde una vejez saludable con talleres para mejorar la memoria y no desde las enfermedades y su cuidado.

“...la alimentación es siempre un tronco temático donde interesa siempre incidir (...) una perspectiva de una vejez saludable, con componentes de todo lo que se puede hacer es una prioridad...” (5.52.2). “...lo que hacemos es pensar un poco sobre todo lo que puede hacer ganar salud y también pensar donde más se puede conseguir, trabajamos más el de vejez saludable y un taller de habilidades en memoria...” (5.52.4)

7.2.1.6 Diagnóstico formal sobre la situación local de salud

Por otro lado, el diagnóstico formal sobre la situación local de salud no es una herramienta de uso habitual, ni actualizada, sobre la que los agentes sociales planifiquen las intervenciones en promoción de la salud; éstas se desarrollan principalmente a partir de los problemas más demandados por los colectivos a los que se dirigen y por los problemas más frecuentes observados a diario. Los agentes con mayor experiencia trabajan la promoción de la salud a partir del conocimiento de las necesidades de la población, los de menor experiencia, han tenido escaso o nulo contacto con herramientas formales de diagnóstico de necesidades en la población.

“...está hecho de hace tiempo, no sé si alguien de nosotros participó, el diagnóstico de salud yo creo que ya se hizo hace tiempo, pero trabajamos sobretodo en demanda de los colegios o institutos y también alguna cosa que se ve...” (2.11.1) “...como todo lo que es la promoción de la salud, se trata de ver las necesidades que hay en la población que cubrimos y a través de eso vemos lo que realmente la población necesita, lo que la población demanda, y a partir de ahí, hacemos la intervención...” (3.19.1) “...Me imagino que sí, vamos!, no te puedo decir a ciencia cierta, porque no lo he visto (diagnóstico de salud), yo creo que sí, porque además se sacan, se explotan datos, hay un programa que explota datos continuamente, esa información viene de la gerencia...” (1.9.2).

Cuando el personal del ayuntamiento utiliza en alguna ocasión el diagnóstico formal de necesidades en la población, realiza una encuesta a los usuarios sobre sus necesidades; así mismo, la periodicidad de estos diagnósticos, puede ser muy dilatada en el tiempo.

“...si se hace un estudio previo de necesidades para ver, cosa que en el pasado hemos hecho, pero tampoco creas que es algo decisivo!, yo creo que hace más de 20 años que hicimos algo de ese tipo, se le decía que tipos de cursos quería la gente, en qué tipo de horario...” (6.75.1).

7.2.2 Escenarios seleccionados para desarrollar las intervenciones en promoción de la salud

Los agentes de ayuntamientos se desplazan a un mayor número de sitios en la comunidad para desarrollar las intervenciones en promoción de la salud, comparado con los profesionales sanitarios que salen a centros educativos, cívicos y culturales, mientras que los de asociaciones trabajan de forma predominante en su sede.

7.2.2.1 Centros de salud, educativos y culturales

Para el agente sanitario, quien habitualmente desarrolla las intervenciones en su centro de salud, éste reúne las condiciones adecuadas para su trabajo, sin embargo, también las realiza en centros educativos y culturales de la comunidad que congregan colectivos específicos de su interés.

“...se han hecho talleres (...) todos aquí en el centro de salud...” (3.19.4). “...Pues normalmente, cuando son para dejar de fumar, lo hacemos abajo (centro de salud), es un salón bastante grande, que está bastante bien acondicionado, (...) son salas bastante grandes, bien iluminadas...” (4.35.4). “...Hice dos charlas en dos colegios...” (1.3.3). “...hicimos una charla para alumnos de la escuela de danza, del centro cultural...” (1.1.1). “...se hizo alguna intervención a nivel desde el Instituto...” (3.20.2).

7.2.2.2 Centros cívicos y de mayores

Por su parte, el profesional del ayuntamiento realiza las intervenciones en asociaciones y centros educativos, de salud, de mayores y cívicos del municipio; estos últimos les ofrecen la oportunidad de realizar charlas a grupos numerosos en un salón con instalaciones adecuadas.

“...Y los centros de mayores, y los centros cívicos municipales, son escenarios donde lo que se quiere es promocionar, todas las actividades culturales, de salud, cogemos los centros cívicos, que es donde hay un salón, hay una serie de instalaciones más adecuadas para convocar a más población...” (8.104.1). “...han venido en alguna ocasión, monitores del ayuntamiento a darnos unas charlas, unos cursillos, que fue con grandísimo éxito (...) y sí, el grado de colaboración es muy bueno...” (9.121.3)

7.2.2.3 Asociaciones

Cuando la Asociación cuenta con un local solo para sus actividades, desarrolla sus cursos y terapias en su misma sede, pero cuando comparte con otras asociaciones el espacio, coordinan con el ayuntamiento un espacio dentro del local para acordar el día, la hora y así poder hacer divulgación de la actividad en la comunidad (cuadro 8).

“...Todo eso lo tomamos en cuenta, el horario, el sitio que tengamos aquí, que nos concedan el espacio del centro, que eso viene a través de cultura, entonces tenemos que hacer un escrito solicitando el espacio aquí dentro, el día, la hora para que quede coordinado, tenemos que contactar, poner anuncios, en la calle...” (12.160.1)

Cuadro 8. Sitios para los temas en las intervenciones en promoción de la salud

<i>Sitios</i>	Atención Primaria	Ayuntamientos	Asociaciones
centros de salud	X	X	
centros educativos	X	X	
centros cívicos y culturales	X	X	
centros de mayores		X	
asociaciones		X	X

Fuente: Elaboración propia

7.2.3 Componentes para construir las intervenciones en promoción de la salud

7.2.3.1 Fase de planeación

Los agentes sanitarios desarrollan una fase de planeación en la que determinan el colectivo al que va dirigido, el tema, la justificación, los objetivos, la metodología y los recursos necesarios para desarrollar las intervenciones en promoción de la salud; en el caso de los agentes del ayuntamiento, incluyen además el momento de la evaluación de las actividades. Algunas veces, aunque todos conocen los objetivos que han planteado al organizar una

intervención, ese objetivo puede cambiar en el desarrollo de las actividades en función de la respuesta y necesidades del entorno.

“...lo primero que haces es un preproyecto: a quién va dirigido, cuál es el tema, porqué, qué objetivos tienes, cómo los vas a hacer, cuántas sesiones, los medios, ese es el planteamiento de un preproyecto en una reunión de equipo...” (3.27.1). “...entre todos hacemos la programación, con unos objetivos generales, unos específicos, para conseguir los objetivos específicos hemos hecho un cronograma para ver en que época del año tenemos que hacer cada actividad y luego vamos a hacer una evaluación...” (8.100.1). “...las actividades se programan cuando empieza el curso para todo el año, nos reunimos y vemos que actividades son las que conviene hacer y con que profesionales contamos...” (10.128.3). ...los miembros que componen ese equipo lo tienen que tener claro, tú tienes claro que el objetivo de hacer este taller es éste, lo que pasa, en un taller de estos, los objetivos son dinámicos, cuando tu te planteas un objetivo al principio, y acabas el taller con otro objetivo...” (3.26.4)

En algunas asociaciones se comparte la planificación de las actividades con profesionales de apoyo como la trabajadora social, la psicóloga, la monitora y sus ayudantes, por que consideran que tienen mayor conocimiento, no obstante, intentan tomar las decisiones de forma participativa, se reúnen para decidir sobre un tema e invitan a socios que han mostrado interés en ayudar en la dinámica de la Asociación; cada persona expresa su opinión respecto a un tema o proyecto y aunque la última palabra la tiene el presidente, respetan las opiniones y gana la propuesta que tenga mayoría de votos a favor.

“...nos reunimos con esas compañeras, la trabajadora social, la psicóloga y la monitora, con las dos ayudantas, a planificar... (9.117.1). ...invitamos a las que tenemos como socias que participan y a la Junta Directiva y tenemos una reunión y contamos los proyectos y los vamos diciendo a ver que les parece, todas pueden opinar y la mayoría gana!,

la última palabra la tiene la presidenta, pero respeta la opinión de las demás personas...” (12.155.3)

7.2.3.2 Programa de las sesiones

Las sesiones incluyen un programa que define las pautas en cuanto a número, frecuencia, duración, distribución de los temas por sesión y técnicas más adecuadas según la población beneficiaria; si lo consideran necesario, pueden agregar sesiones para complementar la información y ajustarlas a las necesidades o demandas específicas de los usuarios.

“...en el taller anterior hicimos esta cuatro semanas y luego hicimos la quinta a los quince días, porque según las necesidades del grupo, luego te das cuenta de que te están pidiendo otras cosas (...)que se ajuste a las necesidades del grupo y de las personas nivel general...” (4.33.2).
“... haces el programa, cómo lo vas a hacer, cómo vas a distribuir las sesiones, cuántas sesiones vas a dar a la semana, la duración, qué vas a hacer en cada sesión, cómo vas a dinamizar esa sesión, pues con técnica de rejilla, así hasta que vas montando todo el taller...(3.22.3).
“...se hace en cuatro sesiones, una sesión, normalmente de hora y media a dos horas, una vez a la semana, y luego hacemos otra a los quince días y otra al mes, sería cuatro sesiones...” (4.33.1)

7.2.3.3 Selección de contenidos de forma participativa

Cuando programan los contenidos del tema que desarrollarán en una intervención en promoción de la salud, los agentes de asociaciones toman en cuenta la opinión de los colectivos meta, es decir, los desarrollan de forma más participativa, mientras que los profesionales sanitarios enlistan los diversos aspectos que puede contener un tema como son: conceptos sobre la enfermedad, identificación de signos y síntomas, actuación en crisis, enfermedades y complicaciones asociadas, su prevención, correcto uso de dispositivos y medicamentos, relajación y finalmente seleccionan los que

consideran más relevantes; de esta forma, no suelen incluir los colectivos en esta fase, lo hacen de forma menos participativa y desde el enfoque de la enfermedad.

“...hubo una reunión con los propios alumnos del taller y decidieron de qué forma se iba realizar, cada dos meses se realizan distinto tipo de talleres, con la finalidad de que la monitora pueda dar abasto y si cada uno tiene una diversidad, a algunos les tiene que dar una explicación en la misma especie ese taller...” (9.116.4). “...un tema, no es ceñirte solo a un tema de uso de broncodilatadores, sino que puedes ayudar a mucho más, desde cuál es el uso, qué tipo de inhaladores, cómo hacerlo, hasta llegar a técnicas de relajación para saber controlar una crisis aguda (...) hablarles un poco del proceso de la enfermedad, cómo es la sintomatología, qué hacen en caso de un ataque agudo, la medicación crónica...” (3.22.1).

7.2.3.4 Técnicas grupales según componentes biopsicosociales

Cuando los profesionales consideran que el tema de la intervención tiene un mayor componente social y psicológico, a diferencia de otros padecimientos en donde predomina el aspecto físico, eligen técnicas que favorecen la expresión de los sentimientos de los participantes, con el fin de facilitar la dinámica de grupo, el que se conozcan y se promueva la participación espontánea.

“...el tabaco no es como otro tipo de problema a nivel físico, es más a nivel de sentimientos, a nivel más social y psicológico, con una serie de imágenes, como es muy difícil poder explicar como se sienten con esta droga, pues que se identifiquen con una imagen, o dos...” (4.34.2). “...son una serie de sesiones, en las que nos ayudamos por varias técnicas, ya sería pues a nivel de pantalla, a nivel de audiovisuales, luego utilizamos muchas técnicas, puede ser el roll-playing (...) el 6.6 que también es una serie de determinadas técnicas que hay para poder

que colabore todo el grupo, más participativo, para poder romper un poco el hielo, para quitar la timidez...” (4.34.1)

7.2.3.5 Talleres y charlas

Los agentes sanitarios desarrollan las intervenciones habitualmente a través de la modalidad de taller, conformando grupos de usuarios captados en el mismo centro que comparten ciertos problemas como enfermedades crónicas, hábitos como el tabaquismo, padecimientos de gran relevancia en la actualidad como la obesidad, o personas con las mismas dificultades cotidianas; esto los impulsa a organizar una intervención para abordar los problemas y poner en funcionamiento medidas que ayuden a estas personas a mejorar su vida. Los grupos conformados se orientan para que una vez terminada las sesiones, los participantes se hagan autónomos y funcionen de forma independiente al personal sanitario.

“...Los grupos educacionales que se hacen van encaminados a las enfermedades crónicas que nosotros detectamos aquí, o sea si lo que más tenemos es diabetes, hipertensión, sobrepeso, tabaquismo, alcoholismo, hacemos charlas sobre eso, la charla va a ir encaminada a ese problema, el enlace es ese, la detección precoz y actuación!...” (1.9.1). “...se han hecho talleres de hipertensión, de obesidad en adultos y niños, alimentación, talleres de tabaco, dolor de espalda, manejo de inhaladores, en pacientes con EPOC...” (3.19.4). “...se juntan personas con las mismas dificultades de la vida diaria, las mujeres que tienen que hacer comida para toda la familia y para ellas aparte, y luego como por ejemplo para dejar de fumar, pues también se forma un grupo de apoyo...” (1.2.1). “...lo que no podemos es tener un grupo toda la vida!, eso es como un hijo, crece y luego lo tienes que dejar en algún momento y formamos otro grupo que viene solo!...” (2.17.1)

Fuera del centro de salud, también desarrollan intervenciones en forma de charlas dirigidas a alumnos, profesores y padres en los centros educativos,

en donde la promoción de la salud puede representar un tema más dentro de los contenidos que se brindan a este colectivo.

“...se hacen en muchos centros, charlas de promoción para la salud, se hacen fuera del centro a los colegios...” (1.1.3). Luego también hicimos una charla sobre alimentación, promoción para la salud, hábito sano y deporte para alumnos de la escuela de danza, del centro cultural, a profesores alumnos y sus padres...” (1.1.1)

7.2.3.6 Cursos, seminarios y grupos de trabajo

Además de los talleres y charlas, el profesional de ayuntamientos realiza cursos con la población de los centros educativos, formación para padres y habilidades sociales con niños y adolescentes e implementan seminarios y grupos de trabajo.

“...hacemos unos talleres de alimentación en los centros de salud y luego un taller de Andropausia en un centro de mayores...” (8.101.4).
“...damos charlas en los colegios, cursos a los profesores...” (6.72.5).
“...hacemos de formación de padres, a través de seminarios o de grupos de trabajo o de charlas, o todo lo de grupos en temas de formación en habilidades sociales, para niños, chicas y chicos...” (6.73.1)

7.2.3.7 Terapias, simposios y excursiones

Bajo la premisa de la rehabilitación, los agentes de asociaciones organizan intervenciones que contribuyen a mejorar la calidad de vida, como terapias individuales o grupales, incluyen talleres que tratan de mejorar su capacidades mental y física para disminuir la repercusión del deterioro cognitivo en la vida cotidiana. También organizan simposios anuales para compartir sus experiencias de trabajo en la Asociación, y excursiones como actividad cultural y lúdica, que favorecen la interacción entre los socios con

personas de la comunidad, promoviendo la unión y redes de contacto y apoyo social.

“...nosotros la Asociación la enfocamos más en la rehabilitación del enfermo, hacemos todas las terapias que nos mejora y nos lleva a una mejor calidad de vida, pilates, Tai Chi, yoga, psicóloga, talleres de memoria, fisio con sus masajes, higiene postural...” (10.127.3). ...en esos simposios le explican a la población en general lo que se hace y lo que es, y tiene bastante aceptación!, lo hacemos una vez al año nosotras como asociación, (...) traemos cuatro o cinco ponentes, y luego hacemos excursiones, vienen socios y gente de la población...” (12.163.2). “...esas salidas sirven para unir, viene gente de la asociación, con gente que no lo es, que haya una interacción entre unas y otras, o sea que sirven en ese sentido de unir al barrio!, mejoran les redes...” (12.163.4)

7.2.3.8 Mobiliario

El mobiliario se distribuye para facilitar el acceso a los recursos audiovisuales de una manera equitativa y favorecer que todos tengan la misma oportunidad de intervenir, lograr una relación más simétrica entre los usuarios y organizadores, y promover una participación sin temor a manifestarse, ante la figura de poder tradicional del personal sanitario.

“...ponemos las sillas en forma de abanico, para que todos tengan una visión espacial y que ellos puedan colaborar de igual manera, intentamos no sentarnos más alto que ellos, un poco al mismo nivel (...) intentamos que ellos colaboren, es un poco el arte, a la hora de tú poner dar la promoción y prevención para la salud, que todos colaboren, que uno no se quede rezagado, porque hay gente más tímida y otra gente menos tímida, para que todos ellos puedan colaborar, que sea muy participativo...” (4.35.4)

7.2.3.9 Programas informáticos

Utilizan programas informáticos para presentar datos de forma rápida y que logren atraer su atención, ganar tiempo para aclarar los contenidos sobre un tema y contrastar la información que tienen los usuarios a partir de fuentes como la televisión o sus vecinos. Además, organizan demostraciones para diversos colectivos como empresas y centros educativos.

“...como son charlas que tienen que ser rápidas, en una hora, tiene que ser más bien visual, porque hay que dar más bien cabida a todas las dudas y preguntas de todo lo que has visto en la televisión y lo que te cuenta la vecina, pues lo hago con power point...” (1.2.3). “...se llevan allí los productos y se hace un desayuno, y luego también se hace a nivel de las empresas que van a dar de desayunar, también se forma al personal...” (2.11.3)

7.2.3.10 Material impreso

Los agentes sanitarios se apoyan con folletos facilitados por la gerencia, que resumen los datos presentados en las charlas para que los usuarios puedan consultar, recordar y aplicar las recomendaciones en casa; los de ayuntamientos se apoyan materiales que elaboran para los diversos colectivos, producen libros en el ámbito de salud para las concejalías y los centros educativos, destacan los temas de mujer e igualdad, educación para la salud y el consumo.

“... me ayudo con folletos que reparto a lo gente, los pido a la gerencia, los folletos están hechos para llegar, para tener una guía resumida básica en casa, y en alimentación la información correcta, bien estructurada...” (1.3.2). “...tenemos una serie de libros que editamos (...) aparte de colgarlo en la red...” (6.74.2). “...hacemos agendas para darles a cada uno de ellos para que sepan...” (6.74.3). “...editamos una agenda donde se ponen todos los programas, agrupados por tema: “mujer:

apoyo a la integración en el principio de igualdad”, “Educación para la salud y el Consumo”, pues todos estos llevan programas que en el ámbito de la salud se realizan desde el ayuntamiento, desde las distintas concejalías del ayuntamiento...” (6.74.4)

7.2.3.11 Coordinador como figura fundamental

El coordinador asume un rol dinamizador en las reuniones, administra las actas, convoca las reuniones, las anima, lleva unas ideas en consonancia con las directrices que deben cumplir, y los integrantes van aportando sus ideas para la toma de decisiones en forma colectiva; esta figura reúne, dirige y moviliza a los otros integrantes y recursos, que cuando se mantiene en el tiempo, funciona de una mejor manera.

“...Sí, la coordinadora sí, la que lleva las actas, las que las convoca, la que me toca dinamizar al grupo sí, soy yo!... (8.100.2).

“...En las reuniones tomamos actas y entre todos, pues damos cada uno su opinión y sus aportaciones y tomamos una decisión de manera colectiva, no hacemos una cosa individual, el coordinador lleva un poco las ideas, para que todo mundo aporte sus ideas bajo una directriz que ya tenemos...” (8.108.3). “....hay personas que son más el “alma” de la mesa, por ejemplo, la coordinadora, sin ir más lejos!, de hecho que yo no creo que hubiera mesa de salud si no estuviera...” (6.82.1)

7.2.3.12 Toma de actas

Particularmente los agentes de ayuntamiento, designan una persona en el equipo para tomar notas y constituir un acta que resume lo sucedido, tratado o acordado en cada reunión y luego, esa misma persona, envía copia de la información a cada integrante para recordarle las tareas pendientes y el orden de la próxima cita; esto facilita a los participantes aclarar y rectificar acuerdos,

así como retomar los puntos discutidos en la reunión anterior y avanzar sobre el siguiente punto del orden del día.

“...nos reunimos una vez al mes, se lleva un acta, que luego nos manda a cada uno y nos permite decir: -no, no, esto yo no lo entendí así, a bueno pues lo cambiamos!, en la siguiente reunión, porque nos reunimos con un orden del día y el primer punto es aprobar el acta anterior, vamos avanzando sobre lo que se ha trabajado en la reunión anterior...” (2.15.4). “...una persona lleva nota de lo dicho, para que sepan de que se ha hablado, y de que se va hablar en la próxima...” (6.82.1)

7.2.3.13 Difusión de su trabajo desde atención primaria

Para comunicar el trabajo que realizan en promoción de la salud, los agentes de ayuntamientos utilizan los grupos de ayuda mutua y medios de comunicación como espacios radiales y notas de prensa informativas, lo que permite hacer llegar información sobre actividades realizadas e información sanitaria a la mayoría de la población; no obstante reconocen que son los servicios de atención primaria, los escenarios estratégicos para esta actividad, ya que algunos colectivos acuden a menudo a estos servicios.

“...la parte de promoción del salud en los medios de comunicación y eso lo trabajamos desde dos vertientes, primero una emisora de radio que tenemos (...) pero también las notas de prensa y a través del gabinete de prensa del ayuntamiento, también aprovechas para lanzar información sanitaria... (5.62.3). “...hablamos de unas patologías que pasan por el servicio de salud asistencial, ahí es donde, se puede hacer la verdadera cuña, creo que seguramente SERMAS, pues también tiene promoción de la salud y los talleres esos están muy a su mano...” (5.53.4).

7.2.3.14 Uso adecuado de los recursos

Los agentes sociales de ayuntamientos, tratan de hacer un uso adecuado de los recursos que poseen, así como de aquellos recursos potenciales que podrían disponer a través de la coordinación con otros agentes; cuando son conscientes de su papel como facilitadores, impulsores y organizadores de los procesos relacionados con las intervenciones, son capaces de transformar una misma oportunidad para generar el mayor beneficio a la población destinataria, además, son conscientes de que tienen el deber de procurar ese beneficio a la población, al constituirse en funcionarios públicos al servicio de la ciudadanía.

“...en la coordinación es donde tienes más que, balancear un equilibrio de lo que hay y estar alerta, porque muchas cosas solamente necesitan, el hacerse consciente de que está para aprovecharlos...” (5.70.3). “...Pensar en lo que hay, hace que la misma oportunidad, genere mas beneficios, hay que tener esta mirada de que eres un facilitador!, de que se muevan las cosas, eres un organizador de que desarrollen armónicamente, eres una administración pagada por la ciudadanía...” (5.71.2)

En síntesis, los tres grupos de agentes incluyen una fase de planeación, una de programación de actividades y la figura de un coordinador o presidente como elementos en común para la construcción de las intervenciones en promoción de la salud. Todos coinciden al elegir los talleres y charlas como formas de presentación habitual de las intervenciones, aunque los de ayuntamientos recurren además a cursos, seminarios, grupos de trabajo y los de asociaciones a terapias, simposios y excursiones.

Los agentes de ayuntamiento y asociaciones hacen seguimiento de su programación por medio de reuniones de equipo y toma de actas, a diferencia de los profesionales sanitarios que lo comentan en espacios de carácter informal; por otro lado, aunque los agentes de asociaciones suelen seleccionar los contenidos de las intervenciones de forma participativa, los de

ayuntamientos y sanitarios utilizan más los elementos del enfoque biopsicosocial para desarrollarlas. En el caso de los recursos, los agentes de ayuntamientos y sanitarios reconocen la atención primaria como un escenario estratégico para hacer difusión del trabajo en promoción de la salud; ambos utilizan de forma ordinaria los recursos de ofimática, material impreso y mobiliario para realizar las intervenciones, pero son los agentes de ayuntamiento quienes hacen un particular énfasis en el uso adecuado de los recursos que administran (cuadro 9).

Cuadro 9. Componentes para construir las intervenciones en promoción de la salud

<i>Componentes:</i>	Atención Primaria	Ayuntamientos	Asociaciones
Fase de planeación	X	X	X
Programación de las sesiones	X	X	X
Coordinador como figura fundamental	X	X	X
Selección de contenidos participativa			X
Técnicas grupales según componentes biopsicosociales	X	X	
Talleres y charlas	X	X	X
Cursos, seminarios y grupos de trabajo		X	
Terapias, simposios y excursiones			X
Mobiliario	X		
Programas informáticos	X	X	
Material impreso	X	X	
Toma de actas		X	X
Difusión de su trabajo desde atención primaria	X	X	
Uso adecuado de los recursos		X	

Fuente: Elaboración propia

7.2.4 Colectivos a los que dirige de forma predominante las intervenciones en promoción de la salud

Los tres grupos de agentes sociales trabajan con colectivos de enfermos crónicos, mujeres y mayores, así mismo, los agentes sanitarios y de ayuntamientos dirigen intervenciones a centros educativos y culturales, mientras que los de asociaciones y ayuntamientos a los colectivos con discapacidad.

“...talleres de ancianos, porque es la población que puede venir por la mañana (...)”(3.20.4). “...por la mañana se hacen las intervenciones dirigidas a mayores y crónicos...” (3.20.4). “...la mayoría siempre han sido mujeres, los realizamos aquí en el centro y el que hicimos de alimentación, pues también vinieron unos pocos hombres pero más mujeres...(2.13.4). “...Hice dos charlas, en ambos colegios eran para los profesores y luego otras dos charlas las hice para el APA, y luego la otra fue dirigida a padres, alumnos y profesores de la escuela de danza... (1.3.1). “...las Mesas serían de salud escolar, entonces los únicos colectivos serían con los padres, las AMPAS, la Escuela de Padres, las actividades que afectan a niños, niñas y familiares, hay actividades de nutrición, de drogas, de prevención...” (7.94.1)

Por otro lado, los agentes sanitarios se especializan en intervenciones con fumadores y los de ayuntamientos en el trabajo con los usuarios de asociaciones.

“...típico el taller de tabaco, que se acostumbra hacerlo siempre por la tarde...” (3.20.4). “...la demanda de formación por parte de asociaciones de enfermedades crónicas como la fibromialgia o la fatiga crónica, el Parkinson, hemos tenido solicitudes y hemos trabajado cooperativamente con asociaciones de mujeres, con asociaciones que trabajan con discapacitados físicos o discapacitados psíquicos...” (5.51.3). “...semanalmente por aquí pasan 400 personas en actividades y

las actividades se hacen todas las semanas, todos los días, y a todas las horas, porque no tenemos más...” (10.135.4)

De esta forma, todos los agentes dirigen intervenciones en promoción de la salud a colectivos de personas con enfermedades crónicas, mayores y mujeres, pero solo los de ayuntamientos y sanitarios incluyen población de centros educativos o culturales de forma ordinaria en su programación. De forma predominante, los agentes de atención primaria desarrollan actividades con los grupos de fumadores y los de ayuntamientos con las asociaciones, mientras que estas últimas junto con los de ayuntamiento, trabajan con el colectivo de personas con discapacidades (cuadro 10).

Cuadro 10. Colectivos a los que se dirigen de forma predominante las intervenciones en promoción de la salud

<i>Colectivos:</i>	Atención Primaria	Ayuntamientos	Asociaciones
Personas con enfermedades crónicas	X	X	X
Mayores	X	X	X
Mujeres	X	X	X
Centros culturales	X	X	
Centros educativos	X	X	
Discapacitados		X	X
Fumadores	X		
Asociaciones		X	

Fuente: Elaboración propia

7.2.5 Captación de los participantes en las intervenciones en promoción de la salud

7.2.5.1 Consulta, carteles, derivación y difusión de usuarios

El personal sanitario capta la población meta de las intervenciones por medio de la consulta clínica diaria, por derivación de colegas que les envían usuarios y con carteles colocados en el centro de salud; también realizan

difusión las mismas personas en su comunidad, al comentar las actividades con familiares y vecinos. Los agentes del ayuntamiento coordinan con el personal sanitario para captar a los mayores de la misma forma: invitaciones a través de la consulta de atención primaria, carteles en los centros de salud, de salud mental y de mayores.

“...población que hemos captado a partir de patologías crónicas que tenemos aquí en el Centro...” (1.1.4). “...Se pone abajo un cartel, contacta con tal, la gente va viniendo y al final hacen grupos grandes!, la gente pregunta, se corre la voz...” (1.5.1). “...lo pueden derivar tanto médicos como nuestros propios compañeros de Enfermería y nosotros valoramos...” (4.32.2). “...Tampoco te lo demandan mucho porque cuando no conocen que existen esos talleres, no demandas una cosa que no sabes lo que es...” (4.42.2). “...colocas un cartel, y tanto los Médicos de Familia y las Enfermeras, lo dicen a las personas mayores que vayan a las charlas (...) y luego también, por todas las instituciones que tenemos, por ejemplo, Salud Mental, hemos puesto dos carteles (...) Centros de Mayores...” (8.102.1)

En las actividades para cesar el hábito del fumado, es particularmente compleja la etapa de captación de los usuarios porque requiere una preparación mental y esfuerzo importante para adoptar la decisión para dejar de fumar. En esta etapa, los profesionales de atención primaria consideran de vital importancia que el usuario realice un ejercicio de introspección, para determinar si está en condiciones para integrarse a este tipo de talleres, ya que la decisión para dejar de fumar conlleva una gran preparación individual y requiere de días o meses, aunque se le brinda apoyo con pautas de promoción, de prevención y acompañamiento hasta que deciden en conjunto que se encuentra listo para integrarse al proceso.

“...el dejar de fumar tiene que ser una preparación individual, porque no deja de ser una droga y tiene que hacer una preparación mental antes de hacer el primer paso para dejar de fumar, una preparación un poco, hablar consigo mismo, convencerse y hablar con ellos, porque necesitan

un tiempo de días y de meses para dar ese paso, que es muy duro...(4.32.3). “...se da una serie de pautas de promoción y prevención para, digamos que él pueda ir tomando el buen camino para en un futuro, tomar esa gran decisión que es dejar de fumar, y bueno, pues abrirle las puertas ya en el caso de que vea que se siente capaz, sino, esperamos a que llegue ese momento para que empecemos a ayudarles para dejar de fumar...” (4.32.4)

Cuando dirigen una intervención a usuarios que no son los habituales del centro de salud, realizan mayor difusión con carteles y folletos colocados en hospitales, farmacias y espacios publicitarios en la radio local, aunque los resultados pueden no ser satisfactorios.

“...el tema de accidentes es un tema mucho más abierto, tampoco vas a precaptar gente, se publicitó a nivel de radio en el ayuntamiento, en hospitales, en farmacias, en el centro de Salud con carteles, folletos y no vino nadie!, vamos!, tuvimos que suspender porque no había nadie!...” (3.23.2).

7.2.5.2 Correo electrónico, citas y página Web

El personal del ayuntamiento utiliza el correo electrónico para brindar consulta en temas como la sexualidad, consultas personalizadas por medio de cita y la página web del ayuntamiento, aunque esta última puede ser una valiosa herramienta de difusión en educación para la salud, el acceso de la población puede ser limitado.

“...tenemos una asesoría de sexualidad, que tiene atención por vía email, y tiene las consultas personalizadas, hay que pedir cita...(5.63.3). “...otra línea es la página Web, que es un espacio de salud, que también intentamos que sea una herramienta de educación para la salud a la población, que sabemos que no tiene acceso el cien por cien, pero bueno que va teniendo usuarios...” (5.62.3)

7.2.5.3 Usuarios del servicio

La junta directiva invita a los socios a participar y estos a la vez divulgan a otras personas sobre las actividades que organiza la asociación o en las que han participado ellos mismos. El periódico local les facilitaba un espacio de publicación gratuita a todas la Asociaciones del municipio para que anunciaran sus actividades, pero en la actualidad ese servicio se tiene que pagar.

“...siempre hay socias que vienen y están informadas, éstas se lo dicen a las otras, o sea que hay un contacto, porque nosotras desde aquí tenemos una política de que cada invitación que tengamos, se llama a las socias y se las informa...” (12.156.2). “...antes salíamos en el periódico, nos hacían una página para todas las asociaciones y ponían todos nuestros cursos y la gente se enteraba, pero últimamente ya no!, y un pequeñín anuncio de nada, vale un dinerall!...” (12.154.1)

Es así que, los agentes de ayuntamiento destacan por utilizar la mayor variedad de medios para captar a los participantes en las intervenciones en promoción de la salud, a diferencia de los agentes sanitarios que utilizan menos los medios de comunicación electrónicos y los de asociaciones recurren esencialmente a la divulgación con los mismos usuarios de su sede (cuadro 11)

Cuadro 11. Captación de los participantes a los que se dirigen de forma predominante las intervenciones en promoción de la salud

<i>Medios:</i>	Atención Primaria	Ayuntamientos	Asociaciones
difusión de usuarios en la comunidad	X	X	X
consulta clínica en el centro de salud	X	X	
derivación de usuarios por colegas	X	X	
carteles y folletos en centros de la comunidad	X	X	
correo electrónico		X	
cita telefónica		X	
página Web		X	

Fuente: Elaboración propia

7.2.6 Perfiles de los agentes sociales que participan en las intervenciones en promoción de la salud

Las intervenciones en promoción de la salud son desarrolladas en atención primaria fundamentalmente por el personal de enfermería, en los ayuntamientos por profesionales en medicina, psicología o trabajo social y en las asociaciones por jubilados y amas de casa. Los otros profesionales de atención primaria constituyen fuente de consulta o referencia para el personal de enfermería que desarrolla las intervenciones, así mismo, los psicólogos y trabajadores sociales orientan a lo agentes de las asociaciones y los docentes de centros educativos colaboran con el personal del ayuntamiento (cuadro 12).

Cuadro 12. Perfiles de agentes en las intervenciones en promoción de la salud

Agentes:	Atención Primaria	Ayuntamientos	Asociaciones
médicos		X	
enfermeros	X		
psicólogos		X	
asistentes sociales		X	
amas de casa			X
jubilados			X
Personal de Apoyo:			
médicos	X		
matronas	X		
fisioterapeutas	X		
psicólogos	X		X
asistentes sociales	X		X
docentes universitarios	X		
docentes de primaria o secundaria		X	
monitores		X	

Fuente: Elaboración propia

7.2.6.1 Equipo de atención primaria

En función del tema que se aborde, la integración de un equipo multidisciplinar puede implicar la colaboración de otros profesionales, a parte del personal de enfermería para organizar la intervención. Algunas veces estos otros profesionales, les puedan brindar información sobre el tema, contactos o lugares para conseguir los recursos, porque su disponibilidad en el centro de salud puede ser limitada.

“...depende del taller que se dé, solicitamos la asistencia de la Asistente Social, médicos, psicólogos, matrona, fisio en el caso del Taller de Espalda, como es un equipo multidisciplinar el que trabajamos, siempre intentas echar mano del profesional, del compañero que está al lado que te pueda decir (...) simplemente para lo que es información, es decir, muchas veces se echa mano del compañero para que te de información, qué recursos hay para esto, información, dónde, teléfonos y a quién acudir...” (3.23.5)

7.2.6.2 Equipo de la Mesa de salud escolar

La mesa de salud escolar es una entidad de carácter público, que tiene su origen con la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo Español (LOGSE), cuando se creó un convenio entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación, en el que se incluyó la Educación para la Salud de manera transversal en los contenidos curriculares de la comunidad educativa. Estos equipos están conformados por representantes de instituciones relacionadas con los temas sanitarios en el ámbito escolar, como son la Comunidad Autónoma de Madrid, los sectores de Educación, Sanidad y Ayuntamiento, los profesionales coordinan las intervenciones en salud y desarrollan la Educación para la Salud en el entorno escolar.

“...participan la Consejería de Sanidad, los Ayuntamientos, y cualquier otra institución que tenga una atribución en Educación para la Salud en el ámbito escolar...” (7.87.4). “...somos una serie de profesionales enviados por cada concejalía o por distintos ámbitos de la administración para canalizar los temas de salud que vayan a los coles... (6.77.2). “...fue un convenio entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación, con la LOGSE, se creó la educación para la salud de manera transversal, todas las comunidades autónomas crearon como unas mesas de comunidad, unas mesas territoriales, de salud escolar y luego se fue extendiendo a nivel municipal...” (8.107.5). “...cada municipio cuenta con su Mesa de Salud Escolar, donde estamos representados todos, comunidad de Madrid, Consejería de Educación, Consejería de Sanidad, está igual los de Atención Primaria, Salud Pública y luego a nivel del ayuntamiento, está la Consejería de la Mujer, los Servicios Sociales y la Consejería de Juventud...” (8.108.1)

También pueden integrarse profesionales en psicología y asistencia social lo que facilita la atención de problemas sociales y psicológicos en la población escolar. Esto les ha permitido abordar no solo los temas tradicionales como higiene y alimentación saludable, sino que han podido trabajar en temas como los hábitos de vida saludable.

“...los perfiles que estamos de las instituciones representados, somos de muy diferente ámbito, entonces no solamente físico, sino psicológico y social, entonces como también hay trabajadores sociales, atendemos también los problemas sociales y los problemas psicológicos, entonces muchas veces no solamente es que el que el niño esté bien alimentado y limpio podemos decir, con hábitos higiénicos, sino también que tenga unos hábitos de vida, unos hábitos de vida saludable...” (8.109.2)

Cuando acude un solo representante de cada sector, el aporte del detalle de la realidad que vive cada localidad puede resultar escaso, por lo que consideran adecuado integrar a otros agentes sociales que hagan visible las diversas dimensiones de la realidad en su municipio-

“...Estamos pensando, que bien o representación de los directores o de los orientadores o de los equipos en algún momento, pudiesen integrarse en la Mesa, que conocen más la realidad local!, por que en mi caso, no puedes ir al detalle de en que están haciendo, en el Centro, en concreto, más que algunas veces...” (7.94.4).

7.2.6.3 Equipo de la Asociación

La junta directiva está conformada habitualmente por la figura de un presidente, un vicepresidente, un secretario, un tesorero y vocales; la secretaria se encarga del trabajo de despacho, el tesorero de las cuentas, asesorado por un contador, y el presidente toma decisiones, representa a la asociación en reuniones con funcionarios de otras entidades, así como funciones de despacho en conjunto con los otros miembros.

“...unas somos presidenta, otra secretaria, otra tesorera, pero el trabajo va conjuntamente el trabajo mayor de oficina lo hace la trabajadora social y lo hace la secretaria son las dos personas encargadas de llevar la oficina, lo que es trabajo de despacho, luego está la tesorera que es la que se encarga de lo que se dice facturas y más, aunque luego hay un gestor o sea, que es el que lleva toda la contabilidad...” (10.127.1).

“...como presidenta, en reuniones, las decisiones que haya que tomar, las reuniones que haya que hacer, las entrevistas que tengamos que hacer de cara al ayuntamiento, Comunidad de Madrid, mi función es de despacho conjuntamente o ellas y sobretodo de funcionamiento de la Asociación...” (10.127.2)

Otros profesionales, brindan su apoyo técnico tanto a los miembros de la junta directiva y asociados; algunas asociaciones cuentan con el asistente social y psicólogo, que apoyan tanto en labores directivas, como en su campo terapéutico y profesional.

“...la Trabajadora Social, lleva el Programa de Información y Orientación, ya sea nueva o sea socio, y quieren saber que

tramitación tienen que realizar (...) una psicóloga, que trabaja aquí en la asociación o también realiza un Programa de Ayuda a Domicilio, en función de los pacientes y familiares...” (9.115.3)

7.2.7 Iniciación de los agentes que desarrollan intervenciones en promoción de la salud

7.2.7.1 Interés personal

Los profesionales sanitarios manifiestan un gusto particular al compartir y transmitir datos e interactuar con personas de la comunidad en intervenciones en promoción de la salud; estos agentes pueden ser designados de manera informal por los compañeros o de manera formal por sus jefaturas, según las habilidades, capacidades y preferencias que manifieste cada profesional, tratando de equilibrar las carencias de uno con las habilidades de otro al desarrollar dichas intervenciones.

“...siempre suele haber un encargado, por decirlo de alguna forma, a una persona le gusta más y es el que va a los colegios...” (1.1.3). “...a lo mejor al que no le gusta hablar, puede intervenir más en la parte teórica de elaborar el proyecto, se buscan compensaciones siempre de un lado para el otro...” (3.27.2). “...me involucré en esto por que me gusta, (...) yo creo que es una de las cosas que llevo dentro, me gusta salir y dar charlas en la comunidad, yo todavía en los cinco o seis años de carrera que llevo no me veo aquí todo el día...” (1.7.1). “...me llama la Dirección y me dice: -¿Te apetece dar estas charlas?-, y a mi me encanta y le digo que sí (...) como se que te gusta el tema de alimentación, pues te invité y todo lo que ha salido en relación a charlas sobre alimentación, yo le he dado...” (1.1.3).

7.2.7.2 Especialización en un tema

Otros eligen participar en las intervenciones relacionadas con los cursos o estudios adicionales que han realizado; el interés en un tema específico y el apoyo que pueda recibir de otros profesionales que comparten sus mismas preferencias, puede determinar la apertura que tenga el profesional sanitario de atención primaria para desarrollar una intervención.

“...a mi lo que mas me gusta dentro de la consulta es hacer dietas, y digamos que no he llegado a especializarme en ello, pero si he estudiado mucho sobre ello, he hecho muchos cursos y bueno, poco a poco...” (1.2.1).

7.2.7.3 Apoyo de compañeros

Es importante el apoyo y motivación que reciben de sus compañeros de equipo para iniciarse en la experiencia de realizar intervenciones.

“...en otro centro de salud estoy con una persona que también le gusta bastante, digamos que ahí, la he ido metiendo...” (1.4.1) “...yo entré dentro del taller un poco para, porque yo quería también hacer talleres, pues un poco para poder ayudarla, también ella (compañera) me metió dentro de lo que es el mundo de los talleres...” (4.35.2)

7.2.7.4 Oportunidades laborales

Las expectativas laborales que tenían estos profesionales sanitarios al concluir sus estudios universitarios, se limitaba a continuar ejerciendo labores en el entorno clínico asistencial, y por razones de oportunidad laboral, solo algunos se iniciaron en actividades de salud pública o promoción de la salud.

“...dentro de las expectativas que podemos tener los profesionales sanitarios, cuando yo terminé la clínica, lo asistencial era lo se llevaba el 99% de las expectativas de mi profesión, y verdaderamente si no se dan las circunstancias de que empiezas a trabajar en la administración, pues lo probable era haberte desarrollado en un campo clínico con especialización...” (5.67.3)

De igual forma, los agentes del ayuntamiento, se inician en la experiencia de temas de salud, cuando se movilizan a laborar en ámbitos clínicos como el hospital o desempeñar labores clínicas en centros educativos.

“...estaba como maestro de aula hospitalaria, dando continuidad a la programación de su centro, y luego actividades más socializadoras, más lúdicas que complementan el tiempo que está... (7.89.4). “...surgió este trabajo para el ayuntamiento, que le llamaban para las “revisiones escolares” y contrataron a unos cuantos médicos con esta finalidad, el ayuntamiento decidió montar un equipo de salud escolar, donde se trabajara las distintas cosas de educación para la salud con la comunidad educativa...” (5.44.3)

7.2.7.5 Cambio hacia un enfoque biopsicosocial

Sin embargo, esta preferencia de lo clínico-asistencial sobre la salud pública y promoción de la salud entre los agentes sanitarios ha ido evolucionando, porque entre otras razones, la formación de los profesionales del sector salud cambia desde una perspectiva donde primaba solamente el aspecto biológico en su relación con los usuarios, hasta la actualidad en donde un grupo creciente de profesionales intenta abordar los problemas de salud no solo desde sus patologías, sino desde el análisis de los diversos componentes que limitan o facilitan una mejora en su vida, como son además de los factores biológicos, los factores sociales y psicoafectivos.

“...cuando pensamos en la filosofía diferente de cómo a veces se enfocaba (la promoción de la salud), cuando la formación era solamente

sanitaria, pensabas, tengo una persona diabética, lo voy a enseñar a pincharse para que tenga más autonomía, pero ahora piensas, tengo un niño con diabetes, y tiene estos componentes sociales que le limitan en el colegio o en la vida, tiene componentes psicoafectivos, que se ve diferente, tiene sus componentes biológicos...” (5.53.5)

7.2.7.6 Relevo de un compañero

En la Asociación puede resultar de un cambio de puesto, cuando alguno de sus integrantes requiere un descanso por el tiempo y cantidad de trabajo que llevan prestando a esa entidad y aunque aceptan el nombramiento de forma temporal, pueden desempeñarse durante varios años en este trabajo, sin encontrar su relevo en el puesto.

“...el grupo que había, la presidenta, que estamos cansados, que ya llevamos varios años, venga! Que tu nos tienes que relevar y bueno!... (9.119.2).. “...la persona que dirigía, era la presidenta anterior, pues necesitaba un descanso y nadie quería coger el trabajo, porque la verdad es que lleva muchísimo trabajo!, entonces me lo propusieron y dije: -Acepto, mientras que se vaya preparando otra persona-, pero ya ves, aquí estoy después de tres años...(10.132.2). ...pero no, no había relevo, así que nada, aquí estamos, aguantando el chaparrón!...” (9.119.3)

7.2.7.7 Reconocimiento a la colaboración

Otros agentes sociales reciben la oferta de incorporarse como un reconocimiento a la colaboración desinteresada que han brindado a la Asociación.

“...yo entré como socia, estuve unos años y como veían que era colaboradora, un día el equipo que había aquí, la Junta Directiva me dijo: -pues, quédate con nosotras como secretaria y te encargas un poco, pues en fin, aquí estás...” (12.151.1)

7.2.7.8 Familiar afectado

En el caso de los agentes sociales de asociaciones, cuando se presenta la enfermedad de un familiar, pasan a formar parte del grupo de personas con un padecimiento específico, de cual hasta ese momento conocían poco y ante esto, les surge la necesidad de informarse y conocer más sobre la enfermedad que aqueja a su familiar y más tarde de apoyar en las intervenciones de la organización.

“...Yo empecé a trabajar cuando un familiar se convierte en una persona con enfermedad, entonces empiezas ir a los sitios en donde crees que vas a sacar información, que vas a tener más conocimientos para poder ayudar principalmente...” (9.119.2).

7.2.7.9 Jubilación

Otros agentes de asociaciones se interesan en participar cuando buscan alguna actividad para ayudar en la comunidad y terminan por involucrarse en este tipo de centros socio-culturales.

“...yo empecé con la necesidad de salir un poco de casa, de ver a otras mujeres, de ver en el municipio lo que había, que hacían, pasas del trámite de la crianza de los hijos y luego te sobra tiempo y tienes curiosidad y me vine para acá, al Centro que es sociocultural, a ver si había algo, que a mí me gustase como mujer, para hacer algún curso y encontré la Asociación de este centro...” (12.150.1)

En resumen, los agentes de atención primaria tienden a iniciarse en el desarrollo de intervenciones en promoción de la salud por elementos particulares de su entorno laboral, como el apoyo de sus compañeros, una oportunidad laboral o interés personal en un tema específico. Los agentes de ayuntamientos también responden a oportunidades laborales y a la influencia del cambio desde el enfoque biologista al biopsicosocial, que determinan los problemas de salud que abordan. Sin embargo, los agentes de asociaciones reflejan más la dinámica interna de la junta directiva como la necesidad de relevo de sus integrantes o el reconocimiento a su labor en la asociación, o bien, cuando disponen de más tiempo en su jubilación o el deseo de colaborar cuando además tienen un familiar afectado por una enfermedad (cuadro 13).

Cuadro 13. Iniciación de los agentes en las intervenciones en promoción de la salud

<i>Iniciación por:</i>	Atención Primaria	Ayuntamientos	Asociaciones
Interés personal	X		
Especialización en un tema	X		
Apoyo de compañeros	X		
Oportunidades laborales	X	X	
Cambio hacia un enfoque biopsicosocial		X	
Relevo de un compañero			X
Reconocimiento a la colaboración			X
Familiar afectado			X
Jubilación			X

Fuente: Elaboración propia

7.2.8 Necesidades de formación de los agentes que desarrollan intervenciones en promoción de la salud

7.2.8.1 Trabajo con grupos en la universidad

Los agentes sanitarios señalan una escasa práctica para el trabajo con grupos durante sus estudios de grado en la universidad, porque aunque habían adquirido ciertos conocimientos teóricos sobre los contenidos y las dinámicas de grupo durante el periodo de formación, les resultó complicado asumir las intervenciones al carecer de un periodo práctico que les permitiera estar en contacto, prepararse y participar de estas actividades para desenvolverse en público. No obstante, señalan que actualmente este tipo de cursos si está incluida dentro de la oferta académica universitaria.

“... si hubiera habido talleres por la mañana, le hubiera perdido el miedo, antes de tomar la decisión de hacer un taller, ver un poco, verlo físicamente, la dinámica de un taller!...” (4.38.2). “...Pues yo en cuanto al tabaco, hice un curso en la universidad, de determinadas técnicas para poder realizar este tipo de talleres, (...) dentro de la carrera, un poco te lo van marcando, ahora, actualmente, está totalmente instaurado en la carrera, yo cuando lo hice se comentaba un poco las determinadas técnicas, pero realizar algún trabajo o aplicar esas técnicas, no lo había hecho...” (4.35.1).

La necesidad de adquirir ciertas competencias y la sensación de temor que podían experimentar al plantearse el reto de participar en intervenciones grupales, al parecer, fueron algunos factores que movilizaron a estos agentes a explorar distintas opciones de formación; algunos optaron por realizar cursos de posgrado universitario que les facilitara, no solo la adquisición de conocimientos sobre técnicas grupales, sino también, el ganar confianza y seguridad personal para asumir el desarrollo de intervenciones grupales en forma de talleres en su centro de salud.

“...yo hacer un taller, sin que haya estado dentro de la dinámica de un taller, me parecía un poco arriesgado, para que me fuera a quitar ese miedo, porque yo creo que el hacer el taller es romper el miedo a lo desconocido!, tu cuando das un paso, te da como un poco de reparo, un poco intentas familiarizarte con ella...” (4.38.3). “...Lo oías, pero realmente no lo veías como algo tangible en el que tú pudieras utilizar, entonces fue tomar la decisión de hacer este curso, y que realmente me pudiera ser útil, a la hora de realizar un taller que me sirviera... (4.35.2). “...por que quería ver para que me pudiera un poco quitar el miedo a la hora del taller, y lo vi en mí y en compañeros míos!, por eso hicimos este curso, y luego ya vas con más seguridad, porque ya sabes lo que haces y para qué lo haces y sabes realmente que técnica aplicar, porque a lo mejor estás aplicando la técnica, crees que es la más adecuada y no lo es!... (4.39.3)

También es el caso del agente de ayuntamiento que cuando tiene poco contacto con temas de salud y debido a la reducida práctica en estos temas, intenta conocer en su entorno laboral, de qué forma se organizan las actividades con los colectivos de interés.

“...estaba viendo que tipo de actividades se hacen, los desayunos saludables, la parte de alimentación, pues un poco también saber, en qué consisten, cuando lo hacen, cómo lo hacen, cómo se organizan con los centros, para mí era nuevo!... (7.95.1). “...me interesaba por conocer también el funcionamiento y la realidad próxima, no solamente como un título de un programa, por lo mismo!, me falta conocer digamos, las actividades que se están llevando a cabo...” (7.95.2)

7.2.8.2 Habilidades para tratar problemas sociales en la comunidad

La Gerencia de atención primaria promueve la participación y facilita los medios para que los agentes sanitarios accedan a formación continuada

profesional, especialmente aquellos que dotan de herramientas para desarrollar talleres, grupos en promoción de la salud y el trabajo a nivel comunitario; los profesionales que participan como tutores de alumnos de la universidad, también reciben formación en Educación para la Salud.

“...ellos facilitan, de hecho siempre nos piden pues eso, temas de interés para cursos, entonces ahí tenemos dos vertientes: una que es, la que hace la formación a través de la Gerencia, y nosotros a través de la universidad también, a los tutores de alumnos, se les da un curso de formación de EpS, evidentemente se fomenta porque interesa...” (3.26.3). “...en este curso me fue muy bien, sobretodo para quitar el miedo y aprender a utilizar esas técnicas, ellos nos lo facilitaron, y ya llevan como dos o tres años haciendo este curso, y luego he ido a la Laín Entralgo a un curso, que hubo de comunitaria, que ya no trataban temas a nivel de taller y grupos, sino a nivel comunitario...(4.43.3) “...hemos tenido mucho apoyo en ese sentido, de parte de la Dirección que nos proporciona cursos, da el tiempo para hacerlos, siempre que sepas que hay algún curso y tal puedes acceder a hacerlo...” (2.18.2)

En estos cursos aprenden a abordar no solo problemas de salud, sino también a nivel social, como problemas del barrio, higiene comunitaria, drogodependencia y chabolismo.

“...y luego he ido a la Laín Entralgo a un curso, que hubo de comunitaria, que ya no trataban temas a nivel de taller y grupos, sino a nivel comunitario, pues para trabajar con ayuntamientos, trabajar más problemas de tipo sociales, no a nivel de problemas relacionados con la salud, pues a nivel de higiene comunitaria, a nivel de problemas del barrio, a nivel de drogodependencia, de chabolismo, sí, problemas más a nivel social...” (4.43.3)

7.2.8.3 Habilidades sociales de planificación, administración y trabajo en equipo

Por otro lado, el agente social del ayuntamiento reconoce que el trabajo en promoción de la salud se ve favorecido con la integración de profesionales que cuenten con gran capacitación en los temas de diseño y planificación de proyectos, así como habilidades sociales para lograr intervenciones muy interactivas con la población beneficiaria. Para mantener estos conocimientos y habilidades consideran que es necesario contar con oportunidades de capacitación continuada, que incluya reforzamiento en los temas de actitudes, participación, flexibilidad y adaptación en función de las propuestas y trabajo en equipo.

“...es un equipo bueno, el equipo es muy capacitado, tiene un alto grado de capacitación individual... (5.65.1). “...la escuela conviene que tenga personas con una capacitación grande, la formación es muy importante y la capacidad para el diseño, adaptación para lo que hay para hacer, unas sesiones verdaderamente interactivas pues es necesaria la formación y capacitación y por eso yo siempre defiendo la actualización técnica, trabajar las actitudes y que el trabajo interno sea en equipo y con participación de con flexibilidad en función de las propuestas...” (5.62.1)

Para estos profesionales, la formación del recurso humano en su municipio es un factor de gran relevancia, ya que incide en la calidad del trabajo que ofertan a los colectivos con los cuales trabajan; por otro lado, algunas veces los profesionales pueden tener contratos de trabajo en una categoría que no se corresponde con su alto grado de formación.

“...un elemento es la capacitación de tus recursos, (...) ahora está un poco más limitado por el tema presupuestario, nosotros le damos mucha importancia a la formación, consideramos que unas horas de formación anualmente no nos deben faltar, la formación personal repercute en el colectivo...” (5.52.2). “...la capacitación de los monitores está en un

grado alto de formación, pero oficialmente y los contratos que tienen, sería eso, monitoras que están en la categoría B y dos en la C...” (5.61.5).

En el caso de las asociaciones, son pocas las personas que cuentan con alguna práctica o conocimientos básicos en el área de administración de empresas, lo que puede resultar en una gestión voluntaria, con gran empeño y disposición para asumir los retos del trabajo, pero con grandes esfuerzos, dificultades, un manejo ajustado y menos eficiente para las personas que asumen estas tareas, sin una preparación o asesoría adecuadas.

“...me dijeron que la asociación iba bien, pero cuando fui al banco a cambiar las firmas y todos esos trámites que hay que hacer, pues la asociación estaba en números rojos (...) yo entiendo que cada uno lo lleva lo mejor que puede y como sabe... (11.145.1). “...ellos habían sido amas de casa, o sea que demasiado hicieron por la asociación!...” (11.145.2)

7.2.8.4 Aspectos científicos, culturales y ambientales

En la Asociación procuran la formación continuada y desarrollo más integral de sus socios, por lo que promueven la divulgación de actividades organizadas por entidades públicas como la Comunidad de Madrid, municipios y otras asociaciones que incluye una oferta variada en diversas disciplinas: científicas, culturales, religiosas o ambientales; los socios manifiestan acompañamiento y reconocimiento por su trabajo cuando el ayuntamiento les facilita este tipo de actividades, pero cuando la oferta disminuye, experimentan una falta de compensación por todo el esfuerzo que realizan con su trabajo.

“...muchas conferencias y congresos organizados desde otras asociaciones, entidades públicas, la Comunidad de Madrid, investigadores, el Hospital, que se organizan conferencias, congresos y

demás, por lo menos una vez al año están esas actividades ...(10.129.3) ...ver lo que es el centro de Madrid en todos sus aspectos, de religiosos, culturales, arquitectónicos, que nos gusta estar al día y si podemos asistir a alguna, en el Círculo de Bellas Artes o en fin, solemos estar un poquito en todos los niveles...(12.151.3). ...los cursos que manda el ayuntamiento se anuncia a todos los socios, el ayuntamiento realiza diferentes cursos, reflexología, talleres de memoria, cosas así...” (10.129.3) ...nos mandaban de vez en cuando algún curso y claro las socias se sienten protegidas, sienten que cuentan con ellas, que reciben un poco de lo que dan, porque también llegas a aburrirte de solo ayudar, entonces también quieres un poco de compensación!...” (12.162.3).

En conclusión, los agentes sanitarios y de ayuntamiento gestionan una formación de posgrado en los temas de trabajo con grupos y habilidades para tratar problemas sociales en la comunidad que les permita desarrollar adecuadamente las intervenciones en promoción de la salud; los de ayuntamiento además, incluyen otras habilidades sociales, de planificación, administración y trabajo en equipo, mientras que los agentes de asociaciones consideran como relevantes los aspectos culturales, ambientales y aquellos científicos relacionados con su enfermedad (cuadro 14).

Cuadro 14. Formación de los agentes que desarrollan intervenciones en promoción de la salud

<i>Formación</i>	Atención Primaria	Ayuntamientos	Asociaciones
Trabajo con grupos	X	X	
Habilidades para tratar problemas sociales en la comunidad	X	X	
Habilidades sociales, de planificación, administración y trabajo en equipo		X	
Aspectos científicos, culturales, ambientales			X

Fuente: Elaboración propia

7.2.9 Colaboradores de los agentes sociales que participan en las intervenciones

7.2.9.1 Mesa de salud escolar local

Los agentes sociales sanitarios constituyen un integrante más de la mesa de salud escolar, además de personal del ayuntamiento, juventud y educación entre otros; esta entidad brinda un enlace entre las diversas instituciones representadas en la localidad y a partir de este insumo, coordinan esfuerzos, ofertan productos y atienden demandas del sector educativo, de forma que al surgir una necesidad en un tema específico, se pueden dirigir al responsable de ese tema en la mesa, para que coordine recursos de su institución y puedan abordar el problema detectado.

“...En la mesa de salud local, hay un representante de cada institución que tiene que ver con la escuela, el SERMAS, ayuntamiento, juventud, educación...” (2.10.2). “...lo que hacemos es intentar coordinarnos todas las áreas, y que en la mesa tengamos información de todo lo que se hace en las diferentes áreas de esta localidad, con respecto a la salud y a la educación, conseguir eso ha sido nuestro trabajo, a partir de ahí hemos hecho algunas cosas y hemos ofertado algunas cosas y hemos respondido a las demandas (...)Por ejemplo si ven una necesidad en salud me lo dicen a mí, si es en drogas, se lo decimos a la responsable de drogas, ese responsable moviliza recursos de su institución para hacerlo...” (2.13.1)

Esta coordinación evita duplicidad en el trabajo y recursos y facilita la ayuda de una entidad a otra, por lo que no hay dos mesas de salud escolar iguales, depende de los representantes, instituciones, municipios, ofertas y necesidades en cada comunidad.

“...Cada Mesa se organiza un poco en función de los miembros que la forman, son distintas, no hay dos Mesas iguales (...) la función de la Mesa es de coordinación, que organizan las actividades que se ofertan a la Escuela desde las distintas entidades, cada entidad aporta sus propias actividades, lo único sería un disponer para que no se solapen o estén repetidas, si son complementarias...(7.88.1). “...la mesa no planifica proyectos que van a cada comunidad, porque el ayuntamiento tiene definidas sus actividades...” (7.89.2). “...uno pertenece a esa Mesa de Salud Escolar intentando aportar, lo que cada uno dentro de su concejalía lleva a la escuela...” (6.73.1)

7.2.9.2 Atención primaria

Tanto los agentes de ayuntamiento como los de asociaciones, coordinan actividades con los profesionales de atención primaria; los primeros identifican las diversas entidades en su municipio que pueden colaborar con recursos y agentes sociales para trabajar en los temas de salud, los segundos trabajan por medio de consultas y charlas con los profesionales sanitarios de los ambulatorios y atención primaria, para tratar la dinámica de trabajo de la Asociación y lograr un cambio en la perspectiva que se tiene de su padecimiento.

“...a nivel de Salud, interviene también la Atención Primaria, que tenemos todos los Centros de Salud, tanto los Médicos de Familia, como las enfermeras... (8.99.4). ““...hemos hecho unas consultas a todos los ambulatorios, explicarles como se trabaja desde la Asociación y un poquito la problemática del enfermo, tenemos pendiente unas charlas con todos los médicos de primaria y explicarles nuestra problemática como enfermos, que no somos enfermos mentales, que somos personas que sí, vivimos con mucho dolor y eso nos llega a deprimir en un determinado momento, pero que realmente desde las asociaciones podemos aliviar nuestro problema...” (10.131.1)

7.2.9.3 Asociaciones y sus Federaciones

Los agentes sanitarios también trabajan con asociaciones locales pero sin incluirlos en la planificación y ejecución de las intervenciones, por otro lado, las federaciones de asociaciones, brindan asesoría y apoyo técnico para iniciar y desarrollar un taller de ayuda a la familia y los usuarios de la Asociación.

“...a lo mejor si hay alguna Asociación de Vecinos que es potente, en el sentido de que nos pueda ayudar a captar gente, pues se le suele comunicar también...” (3.24.3). ““...se está haciendo el Taller de Ayuda a la Familia, había una persona experta de ahí de la Federación, que vino a ponerlo en marcha, a aconsejarnos y lo dejó más o menos montado...” (9.117.3).

7.2.9.4 Industria farmacéutica y laboratorios

Los agentes sanitarios eventualmente acuden a los representantes de laboratorios o la industria farmacéutica cuando requieren algún material o dispositivo especializado para ilustrar conceptos o prácticas a los usuarios, estos otros colaboradores siempre han mostrado interés en contribuir y además perciben beneficios publicitarios.

“...y como último recurso llegamos a utilizar a los propios laboratorios (...) les dije que me mandaran tres inhaladores vacíos para que los pacientes hicieran las pruebas allí, aparte de que a ellos les interesa también, todo eso es un poco de propaganda...” (3.24.2)

7.2.9.5 Promoción de la salud en la Comunidad de Madrid

Los agentes de promoción de la salud en la Comunidad de Madrid han desempeñado un papel importante en la asesoría y seguimiento porque actualizan y orientan a los diversos agentes sociales, por medio de estudios que de otra manera sería difícil acceder por su costo, e informan sobre las

tendencias, pautas e investigaciones en este tema, de forma que la gran beneficiada es la población con esta interacción y sinergia entre instituciones.

“...pues promoción de la salud en la comunidad de Madrid, tiene publicaciones, profesionales excelentes, para el asesoramiento y el seguimiento de cosas que a lo mejor podrían pedirse o podríamos orientar hacia dónde ir (...) el ayuntamiento no puede abarcar todo lo que hay que estudiar al respecto porque son estudios costosos (...) la Comunidad de Madrid, tanto en el área de sanidad como en el de educación, tiene mucha importancia lo que podemos interactuar y unir sinergias para dar un mayor servicio a la población nuestra...” (5.48.2)

7.2.9.6 Ayuntamientos y redes

Los ayuntamientos de la Comunidad de Madrid han establecido un trabajo en red para el sector salud, en la cual asisten los técnicos en salud de cada municipio, y participan en la elaboración de contenidos de la publicación que hacen en promoción de la salud.

“...La Red Municipal de Salud forma parte de 25 a 30 ayuntamientos y vamos los técnicos de salud e hicimos una publicación de promoción de la salud (...) participamos en el contenido los técnicos de los distintos ayuntamientos que formamos parte de ese grupo de trabajo...” (5.48.4)

En el propio municipio se integran a los agentes de otras Concejalías como la de Mujer, de Mayores y de Servicios sociales, así como, Salud Pública de la Comunidad; los equipos intentan organizar el trabajo de forma coordinada y consensuada y dan seguimiento a los proyectos, pero también, cada concejalía se encarga de un asunto particular según su campo de conocimiento y experiencia.

“...luego a nivel de municipal, pues interviene tanto la Concejalía de la Mujer, luego interviene la Concejalía de Mayores, la Concejalía de Servicios Sociales y Salud Pública también está!...los de Salud Pública de la Comunidad también están... (8.99.4). “...hemos formado parte del plan local de acción en adicciones, eso ha sido también una cosa consensuada, trabajada por todos...” (5.61.1). “...Luego viene cada programa que lo lleva cada persona que es responsable de esos programas, los de deporte llevan lo de deporte, los de cultura llevan lo de cultura, los de empleo llevan lo de empleo, los de servicios sociales lo suyo, los de mujer los suyos, los de salud los suyos, los de educación los nuestros, los de juventud los suyos...” (6.80.4)

La Concejalía de Salud coordina intervenciones en prevención de enfermedades y promoción de la salud, de esta forma logran que los diversos sectores del municipio que trabajan el tema de alimentación saludable para mayores, como son Atención primaria, la Concejalía de Mayores y la Universidad Popular, unan esfuerzos y trabajen de manera coordinada a través del grupo de trabajo que han creado, en el cual todos participan y realizan su aporte

“...la Concejalía de Salud municipal, coordina las actividades de prevención y promoción de la salud, por ejemplo, Atención Primaria hace alimentación, la Concejalía de Mayores también la Universidad Popular, también hace alimentación para mayores, entonces vemos que en este tema interviene muchísima gente, pero sin una manera coordinada!, entonces nuestra misión como Concejalía de Salud, es dinamizar y coordinar todas las actividades que hacemos en materia de salud, para eso hemos creado un grupo de trabajo en el que intervenimos todos...” (8.99.2)

7.2.9.7 Universidades

El trabajo con universidades les puede aportar a estos agentes una oferta académica con profesionales en medicina, fisioterapia, terapia ocupacional y psicología que representan un aporte valioso de recurso profesional cualificado para atender las necesidades de los mayores en su comunidad.

“...La universidad nuestra, tiene Ciencias para la Salud, el año que viene va a tener la Facultad de Medicina, este año tiene Facultad de Fisioterapia, y de Terapia Ocupacional!, o sea que para los mayores nos viene muy bien, y de Psicología también, por eso llamamos a la universidad para que también participe en el grupo de trabajo...” (8.99.4)

Por su parte, los agentes de asociaciones, han trabajado con agentes de la universidad, no como colaboradores en proyectos conjuntos, sino a través de profesores que les ofrecen cursos en temas particulares o como pacientes de estudiantes que hacen sus prácticas supervisadas por un tutor profesional o como pacientes en investigaciones científicas, aunque algunas veces, al no recibir los resultados de su participación se desmotivan a seguir cooperando en otros estudios.

“...hemos tenido a estudiantes que vienen a realizar sus prácticas, pero necesitan un profesional siempre... (11.148.2). “... trabajamos con la Universidad para hacer musicoterapia o convenios, para la investigación genética y de ADN, y también, es la primera vez que tenemos este tipo de alianzas...” (10.130.1). “...hemos colaborado en cuanto a los estudios que hacen...(9.125.1). “...los primeros que fueron, sí los mandaban a la asociación en sobre cerrado, pero el último grupo que fue no hemos recibido nada... (11.148.1)

7.2.9.8 Policía y Servicios sociales

Para atender temas como la prevención del acoso escolar, integran agentes especializados como la policía, el Servicio de Atención a la Víctima y servicios sociales, para trabajar en conjunto los casos, y efectúan reuniones del equipo general, al menos una vez al mes para coordinar los programas.

“...mis compañeras que llevan el tema de la prevención del acoso escolar pues se reúnen con policía, con los del Servicio de Atención a la Víctima, servicios sociales, para trabajar los casos que nos mandan, para ver como se interviene, la reunión de equipo general que puede ser pues cada 15 días, una vez al mes, para ver un poco como van los programas, en la mesa de salud escolar voy yo en representación de mi equipo, pues vamos una vez al mes...” (6.81.2)

7.2.9.9 Hospitales

En el caso de los agentes de asociaciones, la relación con los hospitales, se dirige principalmente a los servicios de rehabilitación para los socios que tienen una enfermedad específica; imparten terapias, desarrollan investigaciones clínicas y les ayudan con gestiones administrativas. Así mismo, han mostrado interés en crear una unidad multidisciplinar integrada por diversos profesionales, que les ayuden a evaluar a los pacientes, darles seguimiento con un mismo protocolo para evitan duplicidades y tener acceso a su historia clínica.

“...la musicoterapia, la logopedia, la fisio, la psicóloga que tenemos, la psicóloga que tenemos es neuropsicóloga!, están en investigación en el hospital del municipio con la doctora, nos ayudan con el papeleo, la documentación...(11.140.4). “...Estamos tratando de crear la Unidad Multidisciplinar, con un protocolo para que se nos evalúe por ese grupo de médicos, que cada médico nos manda una prueba diferente y nos

van repitiendo los mismos médicos, entonces es llevar nuestra historia médica...” (10.130.2).

7.2.9.10 Voluntarios

Los profesionales en trabajo social, fisioterapia y psicología, cuentan con un trabajo remunerado, pero algunos familiares de socios y otros vecinos de la comunidad, realizan un trabajo de voluntariado en la Asociación; muchas de las actividades que ofrecen a los usuarios de la Asociación, las desarrollan personas voluntarias de forma gratuita, algunas veces consiguen subvenciones para desarrollar talleres con profesionales por medio de contrato por horas, pero la mayoría de actividades son cubiertas con cuotas de los socios y subvenciones del ayuntamiento, entidades bancarias y donaciones.

“...aquí tenemos trabajadores contratados, como es la trabajadora social, como es el fisio, la psicóloga...” (10.127.2). “...el taller de manualidades lo lleva una compañera, es de forma voluntaria, ella tiene dos ayudantas más, también de forma voluntaria, aunque a veces conseguimos una pequeña subvención y hacemos un contrato por varias horas... (9.116.1) “...tenemos una voluntaria que hace el Taller de Pintura y Dibujo y otra que viene a hacer uno de informática... (9.116.2). “...hay personas que aunque no son de la Junta también colaboran (...) somos todos voluntarios, o familiares o los propios afectados, o estas tres señoras que colaboran muchísimo y son viudas, que ya llevan varios años...” (11.141.1). “...nos movemos a través de subvenciones, primero el ingreso por cuota mensual y cuota anual de socio y luego las subvenciones que recibimos del ayuntamiento y de distintas entidades bancarias...” (10.128.2). “...los colaboradores pagamos también...” (11.142.2). “...algo muy módico, las personas de los cursos también las tenemos que llamar, las tenemos que informar, o sea que tenemos un gasto con ellas...” (12.154.5)

Aunque otras entidades prestan servicio de voluntariado a las Asociaciones, no han establecido vínculos de esta naturaleza con la universidad por falta de iniciativa y las gestiones respectivas.

“...estamos deseando que vengan voluntarios para hacer cualquier otro tipo de taller, no lo hemos dirigido a través de la universidad, posiblemente en ese aspecto nos hemos dormido!, pero a través del voluntariado de la Cruz Roja o del Ayuntamiento sí solicitamos los medios de comunicación, solicitamos los voluntarios... (9.125.1)

7.2.9.11 Cajas de ahorro

Varias entidades públicas como la Comunidad y el ayuntamiento, les brindan ayuda a las asociaciones a través de subvenciones, pero cuando estas entidades dejan de brindar ayuda porque atraviesan situaciones económicas difíciles, surgen otras como las Cajas de Ahorro que apoyan en esos momentos.

“...Si el ayuntamiento, la Comunidad de Madrid también y alguna Caja, que este año por ejemplo ha sido Caja Madrid, que hacía muchísimos años que no nos ayudaba, este año si porque la Comunidad nos ha dado menos, de hecho la Comunidad del mayor, no sabemos que va a pasar, porque todavía no nos ha dado nada, han cambiado de Director y de Concejal y no sabemos que va a pasar!...” (11.142.1). “...En cuanto a las programaciones en general y demás, pues dependemos un poco de las subvenciones que se nos dan, si hay subvención, pues podemos emprender un taller!, sino hay, no hay, por ejemplo ...” (9.117.3)

Algunas Cajas organizan actividades en espacios públicos que les permite a las asociaciones darse a conocer y llevarles información acerca de su trabajo a la población.

“...la caja ha puesto unos stands en los jardines de la Plaza España para darnos a conocer, cada uno hemos llevado nuestros trípticos y a la gente que se ha acercado les hemos hablado de la enfermedad y les hemos dado revistas...” (11.144.3)

A modo sumario, todos los agentes cuentan con las universidades como un colaborador para desarrollar las intervenciones en promoción de la salud, mientras que los de ayuntamiento y los sanitarios integran además al personal de la mesa de salud escolar y los centros educativos. Los profesionales de atención primaria integran a los de ayuntamientos y asociaciones para colaborar en las intervenciones que organizan, pero no en la fase de planificación de las mismas, lo mismo ocurre el caso de los ayuntamientos y las asociaciones. Los agentes de ayuntamientos cuentan con entidades como la comunidad de Madrid y la Policía, mientras que las asociaciones acuden al personal de hospitales, voluntarios y Cajas de Ahorro (cuadro 15).

Cuadro 15. Colaboradores en las intervenciones en promoción de la salud

<i>Colaboradores:</i>	Atención Primaria	Ayuntamientos	Asociaciones
Universidades	X	X	X
Mesa de salud escolar local	X	X	
Centros educativos y consejos escolares	X	X	
Asociaciones y sus Federaciones	X	X	
Industria farmacéutica y laboratorios	X		
Atención primaria		X	X
Promoción de la salud de la Comunidad de Madrid		X	
Ayuntamientos y sus Redes		X	X
Policía y Servicios sociales		X	
Hospitales			X
Voluntarios			X
Cajas de ahorro			X

Fuente: Elaboración propia

7.3. Valoración afectiva y actitud de los agentes sociales ante las intervenciones en promoción de la salud

7.3.1 Experiencia con los usuarios en las intervenciones en promoción de la salud

7.3.1.1 El trabajo con grupos

7.3.1.1.1 Muy participativos, pero siempre hay pérdidas

Desde la experiencia de los profesionales sanitarios, los usuarios muestran una actitud muy receptiva hacia las intervenciones en promoción de la salud; la mayoría de personas que participan en los talleres convocados por estos profesionales, suelen estar muy satisfechos y los pocos que no participan, asumen que es por timidez. Sin embargo, cuando se enfrentan a la progresiva ausencia de personas en una actividad, especialmente cuando iniciaron la intervención con un grupo grande de personas y en el transcurso se quedan con pocos participantes, estos agentes atribuyen la deserción a varias razones, entre ellas un fallo a nivel personal en la forma en como desarrollaron las intervenciones, o a un problema en la planificación de las mismas.

“...muy participativos e incluso muchas veces se quedan con ganas de que vayamos más días (...), pero le puedes tirar hasta tres horas y media de preguntas...” (1.3.3). “...Normalmente suelen salir bastante contentos, ellos lo piden, también hay algún paciente, pocos, que no han querido hacer este tipo de talleres, pues porque son muy tímidos...” (4.41.3). “...el problema es que tu empiezas y evidentemente siempre hay pérdidas, pero es que al final acabas con dos!, entonces si tu inicias un grupo con 15 y te quedas con 2, entonces dices: -Joé, pues algo he hecho mal!...” (3.28.4)

Por otro lado, cuando estos agentes desarrollan intervenciones complejas como el dejar de fumar, también pueden enfrentarse a una mayor deserción de participantes, lo que en su opinión puede también deberse a la

falta de una mayor motivación o porque los participantes aún no han tomado esa importante decisión.

“...la primera sesión suelen venir todos, cuando van en la cuarta sesión lo dejan un 25-30%, pues porque es muy complicado el dejar de fumar, entonces, o no están lo suficientemente motivados, o no han tomado esa decisión tan importante... (4.37.4). “...en la tercera empezamos a decirles que ya tienen que dejar un día para dejar de fumar (...), tomar la determinación y que para que no sea tan drástico, le dejás a lo mejor una semana, o tres, para que ellos ya, dentro de un calendario, pongan el día y la fecha...” (4.36.4).

7.3.1.1.2 Faltan por culpabilidad pero ganan herramientas a futuro

En el caso de intervenciones complejas, los agentes sanitarios aplican estrategias para facilitarles el cambio a los usuarios y que la modificación sea menos complicada; les aconsejan mecanismos no farmacológicos o apoyo psicológico para ayudarles a superar la difícil etapa que significa el cambio de hábitos, y se muestran comprensivos al manifestarles que entienden lo complejo del proceso, no obstante, algunos usuarios no continúan con las sesiones del taller. Aunque el personal sanitario trata de motivarlos y les insta a no desistir porque puede llegar otro mejor momento donde consigan el cambio de hábito, los usuarios pueden experimentar sentimientos de culpa y vergüenza muy intensos, al comprobar que otros compañeros sí lo han conseguido, lo que en su opinión, puede actuar como un impedimento para que regresen al taller y completen todos los ciclos programados

“...las pastillas, los parches, los chicles, o simplemente ayuda psicológica, hay mucha gente que esa decisión le cuesta mucho, entonces faltan por arrepentimiento, porque tienen un sentido de culpabilidad, para dejar de fumar muy grande, entonces les da como vergüenza el volver al taller, ya lo mejor, compañeros suyos lo hayan dejado y ellos no....” (4.37.1). “...es un sentido de culpabilidad tan grande que para ellos, aunque se los digamos: -Oye mira, que ni pasa

nada!, de que han fracasado, incluso habiendo ido a las sesiones y se lo hayan propuesto pero que no lo hayan conseguido, se siente tan mal!, que no vienen!, y tú muchas veces: -Mira, pues no te preocupes, para eso estamos, para ayudarte!-, -El que no lo dejes no quiere decir que hayas fracasado, es una lucha, has perdido la lucha, pero bueno, la guerra está ahí!, tienes que seguir luchando, a lo mejor este no es tu mejor momento para dejarlo!-...” (4.37.2)

Los profesionales sanitarios reconocen que cambiar ciertos hábitos como el fumado, puede representar un complejo proceso en el que las personas necesitan tiempo para poder prepararse, poder afrontar este reto y saben que aunque en ese momento el usuario no lo consiga, las herramientas y conocimientos adquiridos en las sesiones del taller los pueden capitalizar en el medio plazo para realizar un nuevo intento, cuando tenga mejores condiciones personales y en su entorno.

“...no lo vemos como que lo tienes que dejar ya!, sino esto es como una ayuda, una herramienta para que ellos puedan dejar de fumar no en ese momento, porque a lo mejor no es el momento más adecuado como para dejarlo, porque a lo mejor tiene en este momento un periodo de su vida muy ansioso, en el que tiene muchos problemas familiares o personales y no es el mejor momento para dejarlo!, a lo mejor al cabo de un año, esas herramientas, las puede utilizar y poder dejar de fumar...” (4.37.3).

7.3.1.1.3 Muy cerrados y les cuesta “desengancharse”

Así mismo, estos agentes también han observado que algunas veces los grupos crean fuertes vínculos afectivos en el transcurso de las sesiones del taller, por lo que al concluir el ciclo los profesionales encuentran un grupo con relaciones de compañerismo, amistad, apoyo mutuo, consolidado como un grupo autónomo que se reúne por cuenta propia, pero en el que a la vez, se limita la participación de más personas y que el beneficio se extienda a otros usuarios, a pesar de que media la petición del personal sanitario para hacerlo.

“...es un grupo autónomo, se reúnen por su propia cuenta, ellos definen cómo, cuando, pero no reclutan más gente, es un grupo muy cerrado!, yo luego he querido introducir más gente y no!, porque ya se conocen y tal y no admiten más gente de fuera!, no dicen que no, pero la otra persona se termina yendo (...), se han mantenido cerradas!...” (2.17.5)

Los profesionales sanitarios esperan que una vez concluido el ciclo de sesiones, las personas retornen a su rutina de vida diaria y apliquen los conocimientos aprendidos en los talleres, sin embargo, algunas veces pueden enfrentar un fenómeno en el que los participantes no solo han creado vínculos afectivos entre ellos, sino también con el personal organizador de la intervención, de forma que manifiestan el deseo de continuar participando en los talleres y recibir el apoyo del personal sanitario. Esto resulta muy irregular para los profesionales, que se ven enfrentados a una situación en donde el grupo no desea romper los vínculos afectivos establecidos y demanda el apoyo de los profesionales sanitarios para continuar con la dinámica de las reuniones; así, mientras los usuarios continúan con las demandas hacia el personal, estos pretenden dar por concluida su relación profesional con el grupo, pero el proceso de desapego les puede significar un esfuerzo adicional a estos profesionales y para solventar la situación, tratan de brindar el apoyo necesario para que el nuevo grupo funcione de forma independiente.

“...le costaba a la gente, mucho trabajo desengancharse! (...) siempre decían: ¡ay, pero es que yo todavía no he aprendido!, pero claro no queríamos que el grupo se hiciera siempre con las mismas personas, que fueran grupos nuevos cada vez...” (2.17.5).

7.3.1.1.4 Rol menos “ilustrado”, más participativo

Los profesionales sanitarios distinguen dos tipos de abordaje que se aplican en las intervenciones en promoción de la salud, por un lado, el abordaje que se realiza en intervenciones complejas como el dejar de fumar en donde el carácter participativo es esencial, ya que la dinámica gira en torno a las

manifestaciones que experimentan los usuarios antes, durante y después de cesar el fumado, toman un papel más activo y deben tomar ciertas decisiones en ese momento; mientras que el rol asumido en los talleres de alimentación saludable, manejo y prevención de la obesidad o enfermedades crónicas como la hipertensión, los profesionales consideran que las personas tienen un rol más pasivo, limitándose a recibir información y aunque en algunos momentos pueden participar, la dinámica es más de tipo instructivo o explicativo sobre los consejos que deben aplicar para mejorar su vida.

“...esto del tabaco como es algo de ansiedad, de problemas personales, un rato al fin y al cabo individual, de querer dejar de fumar, no era tan ilustrado como puede ser el de obesidad, de hipertensión, que a lo mejor puede ser también participativa al ver lo que cada uno come, pero en el tabaco, es más participativo porque te cuentan sus ansiedades, sus problemas...” (4.39.1).

7.3.1.2 El trabajo con colectivos

7.3.1.2.1 Movilizar algunos colectivos es complicado!

Los agentes sociales reconocen que la participación de los colectivos en las intervenciones en promoción de la salud, tiene relación con los temas que les resulta de mayor interés a dichos colectivos de la comunidad. Por ejemplo, su experiencia con el colectivo de madres es que manifiestan un gran interés en participar en las intervenciones sobre el tema de alimentación saludable, ya que les genera mayor seguridad cuando tienen la posibilidad de confrontar la información que tienen de fuentes no oficiales, con aquella que les brinda el personal sanitario; de esta forma se genera una interacción muy positiva con el profesional y manifiestan su deseo de prolongar y generar más encuentros de este tipo, en donde se les facilite más información.

“...siempre están muy participativos y muy interesados en ese tema, sobre todo, en la alimentación, a lo mejor porque son madres y siempre

tienes la sensación de no estar haciéndolo bien, si te lo dice una persona, o te sale en la televisión, que si no le das cuatro botellitas chiquititas, eres mala madre porque no estás reforzando las defensas, pues es lo primero que preguntan: -¿Oye mira, sino le doy tal, pero le doy yogures?-, pues yo les digo que tienen componentes activos igual, es como desmitificar las cosas que les meten en la cabeza, las dudas o información que no tienen contrastada y que siempre te da más seguridad que una persona del mundo sanitario te lo refuerce...” (1.3.4)

Otro caso es el caso de los mayores, que según los profesionales del ayuntamiento, muestran una mayor receptividad para los temas de alimentación saludable y actividad física, lo que supone que en este municipio es uno de los colectivos que se alimenta mejor y realiza actividad física regular. En las intervenciones en temas de salud con el colectivo de mayores, han obtenido muy buenos resultados, porque consideran que son personas muy participativas.

“...las personas mayores son muy agradecidas, además son muy participativas...” (8.101.1). “...los cambios de alimentación lo aceptan mejor, porque de eso sí se han concienciado!, que tienen que comer más fruta, y caminar!, esas tres cosas sí que las han aceptado muy bien, porque caminar, ves a todos los mayores caminando, los tenemos caminando por todos los municipios!...” (8.101.3)

En contraste, el trabajo en los centros educativos les resulta menos sencillo que con el colectivo de mayores a estos agentes, ya que a los docentes les piden cumplir con los objetivos establecidos en el currículo educativo, pero no así con los temas de prevención y promoción de la salud que parecen no tener exigencias de cumplimiento; esto representa un mayor esfuerzo a estos agentes, para movilizar a los colegios a participar en los temas de Educación para la Salud.

“...movilizar a los colegios para que hagan Educación para la Salud dentro de su centro, eso sí que es complicado!, más complicado que los

mayores, los mayores son más sencillos, porque claro los profesores están para dar clase, a últimos de curso le van a pedir unos objetivos, pero no les van a pedir que tengan que saber nada de prevención ni de promoción de la salud!, solamente les van a exigir lo que son los temas educativos...” (8.109.1)

7.3.1.3 El trabajo en la sociedad actual

7.3.1.3.1 Hay un cambio, hacerse conciente de la situación de la salud

Los agentes de ayuntamientos han podido constatar un cambio de actitud de la población en relación a su propia salud, porque antes, cuando empezaron a trabajar en promoción de la salud, la población consultaba a los profesionales sanitarios solo cuando necesitaban resolver alguna enfermedad y al ofrecerles alguna intervención en promoción de la salud sin estar enfermos, lo percibían como un “regalo de la institución”, pero en la actualidad han observado que la población ha cambiado su manera de responder frente a las intervenciones sanitarias, han ampliado su concepción de salud y son más reflexivos en torno al tema de cómo vivir una vida saludable, por que muestran mayor interés en participar de actividades que abordan temas para mejorar su vida, reflexionan sobre su propia conducta para realizar los cambios necesarios y redescubren los sentimientos asociados a determinadas pautas de comportamiento.

“...cuando empecé a trabajar, claro, la mirada que tenía la población era que: ¡yo tengo anginas, voy al médico y me tiene que tratar!, pero si yo no estoy malo, ni me pasa nada y me llaman (...) lo perciben como algo que te regala la institución (...) las personas vienen ya ante ese hacerse conciente de cómo están viviendo la vida, y la situación de la salud, entre esa ampliación del horizonte, la mirada que puedan tener, hay un cambio!, y como son tan vivenciales, estás trabajando alimentación y tienes que reflexionar: ¡porqué te alimentas así!, (...) Entonces son

talleres para la vida!, es que la gente lo vive muy cercano y en su manera de sentir, cuando trabajas las emociones positivas a la salud ...” (5.68.3)

7.3.1.3.2 Sin conciencia de Asociación

Los agentes de asociaciones han reconocido que algunos socios colaboran de forma muy activa y retribuyen con su trabajo, particularmente después de recuperar sus funciones físicas o cognitivas tras un estado crítico de su enfermedad, el apoyo que les ha brindado la Asociación; no obstante, también han experimentado un descenso en el número socios y colaboraciones, algunas veces porque las personas se han hecho mayores y se han marchado, pero en otras, porque no han desarrollado el sentimiento de identidad con la organización y en su opinión, solo les interesa recibir los servicios pero sin afiliarse, ni contribuir de otras formas.

“...la página web la ha creado una compañera que estaba encamada totalmente, (...) y poquito a poco, la hemos ido acogiendo en la asociación (...) se ha ido sintiendo más cómoda, total que ahora está trabajando y colaborando cuando puede, y ha confeccionado la página web y la tiene actualizadísima...(10.133.4). “...muchas socias de las que habían aquí se han hecho mayores y se han marchado, luego la problemática: las socias ya no tienen ese “sentido de socia”, sino que la gente va cada uno a lo suyo y entonces en nos hemos quedado pocas socias...(12.152.3). “...los cursos sí tienen mucha demanda pero no hay muchas socias, por ejemplo, en el de informática puede haber unas doscientas personas a lo que es la semana, pero no son socias todas, sino que es un servicio que nosotras damos, van socias nuestras, pero las menos, más de fuera!... (12.153.1). “...no podemos hacer la lotería aquí con su recargo para tener un pequeño beneficio para la asociación, porque íbamos a vender cuatro papeletas porque la gente, no puede colaborar tampoco, entonces no la hacemos...” (9.118.3)

Desde su experiencia, las personas en la actualidad no están dispuestos a involucrarse más allá de sus intereses personales en la problemática de la comunidad, tan solo satisfacen sus necesidades individuales sin querer participar en la dinámica social que les ofrece la organización. Esta situación contrasta con la experiencia vivida por algunos de ellos, en donde sus primeras gestiones en la Asociación, representadas en forma de lucha social, pretendían mejorar la vida de todas las personas en la comunidad, sin embargo, este tipo de luchas ya no tienen cabida en la dinámica actual de la Asociación, por lo que tratan de ajustarse a una demanda que ha cambiado.

“...a mujer independiente que tiene su trabajo, que no quiere mucha historia, sino hacer un cursito de estos de nivel y listo...” (12.158.4). “...entendemos que ya no se puede estar en el movimiento que hubo sociológico...” (12.164.2). “...Me ha tocado luchar con los vecinos, con el ayuntamiento, con todo!, porque aquí no había planificación familiar para las mujeres, ni centros culturales para adultos, ni bibliotecas (...) y tienes que luchar por conseguirlo y nadie te lo daba así por las buenas!... (12.165.3). “...ahora se habla muy bien de estos sitios, esto lo hemos sufrido nosotras ahí en la piel (...) Hemos pasado toda la evolución desde que no había ni tren de cercanías, ni autobuses ni agua (...), hasta que ya al poco tiempo el Canal de Isabel II hizo el enganche y ya nos dio el agua que viene de la Comunidad de Madrid, pues todo eso lo hemos sufrido muchas de nosotras aquí en nuestra propia piel!...” (12.164.4).

7.3.1.3.3 Que puede hacer el país por ellos!

Conforme la experiencia de estos agentes sociales, han vivido un patente cambio social, un cambio en el que antes se creaba una “conciencia de Asociación” a raíz de la participación en movimientos sociales y donde las personas luchaban por reivindicaciones colectivas para el bienestar de toda la comunidad, a una forma que prevalece en la actualidad, en donde las personas responden con una actitud poco activa ante los retos y necesidades de las otras personas en su comunidad, solo esperan que lleguen los beneficios porque consideran que tienen el derecho de recibirlos y las instituciones la

obligación de dárselos. Las personas no piensan ahora en promover acciones para mejorar su país, por el contrario, esperan de una forma indiferente que el país les brinde todos los beneficios a los que consideran tener derecho y las instituciones la obligación de brindárselas, en su opinión, ahora prevalece el interés individual de cada persona, por encima del bienestar general de la comunidad.

“...Luego toda la lucha que hubo, pues claro vino la democracia, con los centros socioculturales, planificación familiar, o sea yo he estado en todos los movimientos que han surgido en el pueblo desde que llegué, por eso tengo una conciencia de asociación, porque me he movido en todo este mundo desde que llegué!... (12.165.2). “... aquí hemos hecho manifestaciones de todo tipo, al ayuntamiento, para los colegios, para viviendas!, pero creo que la gente ya no tiene sentido de que hay que luchar por las cosas!, todo quieren que se lo den ya hecho!, o creen que tienen los derechos de tenerlo, o la obligación de que se lo den!, ahora hay un movimiento como que ya no es la pregunta que se hizo Kennedy: pregúntate que puedo hacer por mi país!, ahora no!, ahora es: que puede hacer el país por ellos!...” (12.165.4)

7.3.1.3.4 Un mundo más individual

Desde su perspectiva, este cambio en la sociedad define una población cuyos integrantes tienen un pensamiento más individualista, en el que se ofrece el mínimo esfuerzo exigido y no se quiere dar más allá de ese límite, las personas no están dispuestas a realizar grandes aportes de trabajo, esfuerzo y sacrificio por el bienestar de la colectividad, sino que se centran en obtener solo beneficios personales. La colaboración en una Asociación hoy día se limita a la posibilidad de percibir una mejoría en su condición individual, renunciando a las actividades que le demanden importantes contribuciones personales; según estos agentes, las personas en la sociedad actual han evolucionado hacia un estado más “egoísta”, y aunque no son malas personas, priva el bienestar personal, sin apoyar con esfuerzos para alcanzar el bienestar

colectivo, interesa más el realizar cursos que mejoren la inteligencia emocional y generen crecimiento personal.

...”colaboro hasta donde puedo, pero siempre que a mí no me afecte personalmente, cosa que hace unos años no se ponían ni en el pensamiento, porque no tenías pensamientos de que yo siempre iba a sacar de los cursos algo para mi sola, sino que colaborabas siempre aun nivel más bien general, y hoy día la gente tiende a ser más individualista, a que no le hagan daño las cosas, apartar de su camino lo que le sea nocivo...” (12.158.1). “...Sí ha evolucionado hacia un mundo más individual, más a lo personal, voy siempre y cuando haya un crecimiento hacia mi parte, el egoísmo más bien por decirlo de alguna manera, no digo que sean malas personas ni muchísimo menos, que también tu tienes que ser un poco listo y para eso hemos hecho cursos de crecimiento personal y de inteligencia emocional...” (12.158.2)

7.3.2 Experiencia de los agentes sociales en las intervenciones en promoción de la salud

7.3.2.1 Una intervención representa...

7.3.2.1.1 Un espacio divertido que facilita el poder ayudar

Para ambos agentes, sanitarios y de ayuntamientos, el realizar intervenciones con grupos resulta una actividad muy satisfactoria y divertida, especialmente si comparten las experiencias con el personal y entre los mismos usuarios quienes además, se muestran muy agradecidos con estos agentes por el trabajo realizado, lo que a la vez les refuerza el sentimiento de estar haciendo las cosas bien, aunque son conscientes de que siempre hay posibilidades de mejora. También visualizan dichas iniciativas, como otra manera distinta de hacer las cosas, otra forma que les permite conocer aspectos de los usuarios que habitualmente no surgen en la consulta individual; en este contexto, el trabajo con grupos en promoción de la salud les ayuda a

conocer de forma más cercana la dinámica de vida diaria de los usuarios, que también facilita el abordaje de sus problemas de salud.

“...a la gente le gusta mucho, es muy agradecida, trabajar con grupos es muy divertido tanto para los organizadores como para el personal (...), todas las personas aportan algo, vivencias, tal, está muy bien!... (2.14.3).

“...la propia población destinataria es muy agradecida, y te gratifica mucho el trabajo y el enfoque que has tenido, y dices: has acertado, tienes estas posibilidades de mejora, pero es muy satisfactorio...(5.69.2)

“...ese espacio facilitó el que yo pudiera ayudarle!, entonces a mi me supone mucha mayor satisfacción porque puedo ayudarle más!, te van contando su dinámica de la vida y sus problemas de salud, de hábitos alimentarios, y entonces tienes mucho más fácil el poder ayudarles!... (4.40.2). “...a mí por lo menos me parece un espacio más rico!, no dejaré el espacio a nivel individual, pero el promocionar de otra manera, hacer sacar al paciente otros aspectos en los que a lo mejor, no puedes llegar a nivel individual!...” (4.40.3)

7.3.2.1.2 Un trabajo efectivo que va cambiando las cosas

Aunque las personas valoran y agradecen las iniciativas que los agentes emprenden, consideran que el trabajo en promoción de la salud no lo hacen por el agradecimiento de los beneficiarios, sino porque están convencidos de que el trabajo conjunto y coordinado es realmente efectivo y van cambiando las cosas, sin embargo, también reconocen una dificultad histórica para visualizar la eficacia o efectividad de las intervenciones a medio y largo plazo. También, estos agentes perciben gran satisfacción de su trabajo en promoción de la salud al ser conscientes de que, aunque brindan un servicio que involucra cierta cantidad de recursos, la administración se ha organizado para ofrecerlo, especialmente a los usuarios que pueden tener más necesidades; en este sentido, tanto los organizadores como los beneficiarios de las iniciativas, valoran la importancia de este trabajo y lo consideran como una atención especializada y personalizada para los beneficiarios.

“...si consigues de manera coordinada con todo mundo, ver como van por el mismo camino todos haciendo lo mismo, pues realmente ves que la gente te lo agradece!, (...) pero todo tu trabajo realmente es efectivo porque vas cambiando cosas!...(8.107.3). “...yo creo que a medio y largo plazo, el trabajo ha resultado positivo, aunque en todos estos temas sabes que es muy difícil ver la eficacia o la efectividad de esas intervenciones... (6.83.1). “...lo vives como raro, que la Administración aporte unos recursos para eso, porque al fin y al cabo es algo caro, entonces se suele vivir también bastante positivamente!... (7.97.3). “...Y luego pues si hay resultados, pues más!, pues los resultados son de continuidad, son positivos, pues lo valoran muy bien!... (7.97.4)

7.3.2.1.3 Un trabajo que hace que otras personas se levanten

Aunque las personas que trabajan en la junta directiva de las asociaciones no cobran un salario por su trabajo, sino que lo realizan en forma voluntaria, estas labores les genera gran satisfacción a nivel personal, cuando logran que los enfermos se levanten y afronten de nuevo los retos de la vida, logrando incorporarse a sus trabajos y sus vidas cotidianas de nuevo. Así mismo, a pesar de que experimentan grandes problemas y dificultades en su quehacer cotidiano, no se desaniman y continúan con sus iniciativas, porque han podido constatar los beneficios de las intervenciones que desarrollan en la Asociación, por lo que desean compartir ese beneficio con las demás personas, aunque ellos mismos no sean los beneficiarios sino otros enfermos en el futuro.

“...hay una gran satisfacción cuando logras que otras personas se levanten!, empiecen de nuevo la vida y empiecen a trabajar!, es muy solidario, es muy altruista, porque aquí, la Junta Directiva no cobra sueldo, estamos aquí trabajando altruistamente, es voluntariado puro!...” (10.139.4). ““...por muchos palos que nos estén dando, no se nos quitan las ganas de trabajar, porque estamos viendo el beneficio que nos produce que la asociación funcione así, y eso queremos llevarlo con las personas que puedan verse beneficiadas, por ejemplo, lo de la universidad, para nosotras ya no va a ver ningún beneficio, a nosotros

no nos va a llegar ya, pero si es verdad que va a llegar a mucha gente...” (10.137.4).

7.3.2.2 Los balances y recompensas

7.3.2.2.1 La recuperación es la recompensa

Para los agentes de asociaciones, la enfermedad les supone un duro revés en su vida, con una interrupción inesperada de sus actividades, y un lento, pero progresivo trabajo para recuperar sus actividades habituales. Sin embargo, estos agentes también experimentan una gran satisfacción con el trabajo que desarrollan en la Asociación, porque en un primer momento, tienen la oportunidad de brindar apoyo en los momentos más críticos que pasan los socios, justo cuando recién han sido diagnosticadas con su enfermedad, y les transmiten la esperanza de poder llevar sus actividades cotidianas con una relativa calidad de vida; pero además, esta satisfacción aumenta cuando pueden constatar el cambio que experimentan los socios, desde un estado crítico tras conocer el diagnóstico de su enfermedad, hasta un estado físico y emocional muy activo en el que participan de las actividades que oferta la Asociación, esa es una gran recompensa para estos agentes sociales por su trabajo.

“...nuestra vida ha sido más o menos normal hasta (...) que se te ha presentado la enfermedad y has empezado a tener un bajón, hasta que ha llegado un momento en donde estás en el pozo, ves muy difícil salir, que no es depresiva sino hundida y ves que no puedes hacer cosas que hacías...” (10.138.3). “...Mi satisfacción personal es bastante grande, y creo que está siendo bastante positivo para el enfermo, pues viene destrozado!, le han diagnosticado, no sabe muy bien lo que es la enfermedad, los médicos nos los remiten y tratamos de explicar lo que es la enfermedad, para aclararle y que llevando todo este tipo de terapias puede llevar una vida relativamente, una buena calidad de vida!... (10.133.1). “...le vemos en la tercera, cuarta o quinta semana de

estar aquí en la Asociación, haciendo las actividades que le vengán bien, le vemos como le ha cambiado el semblante, le vemos una sonrisa en la cara, entonces eso es, vamos, una satisfacción muy grande, porque es la recompensa que recibimos, ves que el enfermo recupera y se encuentra cómodo... (10.133.1)

Estos agentes pueden experimentar una gran satisfacción por las muestras de afecto que reciben de los integrantes de Asociación, así como por la posibilidad de constatar el entusiasmo y el esfuerzo que realizan los socios al participar en las iniciativas que organizan.

“...Después la satisfacción de ver a la gente aquí:-Hola, hola esto, hola el otro!, la ilusión con la que van al viaje!, ir al Hospital a formar parte del Certamen de Dibujo y Pintura!, porque claro!, no en todos los lados hay estos talleres que tenemos aquí, porque el grueso se nutre de aquí, de lo que tenemos en la Asociación!....” (9.126.4)

7.3.2.2.2 Balance positivo para unos

Los profesionales sanitarios realizan un balance positivo de su experiencia de trabajo en promoción de la salud, en el que no solo representan las intervenciones como un trabajo útil y divertido, sino que además, consideran que es un campo en el que aún tienen un gran potencial por desarrollar como profesionales sanitarios. Valorán además que en las iniciativas grupales se puede llegar a más personas, por lo que si en lugar de dedicar el tiempo a resolver problemas individuales en la consulta, donde en su opinión una buena parte de ellos surgen por falta de información de los usuarios, en vez de ello se pudiera concienciar e informar más a la población, se podría reducir el tiempo de consulta y dirigirlo a problemas de mayor complejidad.

“...El balance que hago es un balance lógicamente positivo porque a mí me gusta, porque me parece útil, me parece divertido!... (3.16.3). “...mi impresión es esa, buenísima por un lado, porque me encanta, y me ha encantado todo lo que he hecho y por mí me he quedado con ganas de hacer muchísimo más, y luego por otro lado, que ahí hay un campo súper importante sobre todo para el personal de enfermería que es súper importante y que podríamos explotar... (1.7.4). “...habría muchísimas cosas que podríamos dar, muchísima concienciación para la salud, para la docencia, mucha más información que nos quitaría mucha demanda, mucha consulta, mucho hueco para cosas importantes que ocupamos en cosas livianas que se pueden solucionar dando información, previniendo a toda la población, cosas absurdas que pensamos que son, hay mucha gente que es muy sencilla y no la sabe...” (1.7.3)

Por su parte, los profesionales del ayuntamiento también señalan un balance muy positivo de su trabajo en promoción de la salud porque por un lado, les ha permitido ampliar su visión al trabajar con un enfoque positivo de la salud y por la posibilidad de unir esfuerzos con otros profesionales no sanitarios que trabajan sobre los factores determinantes de los problemas en salud, y por otro lado, porque han tenido la oportunidad de participar en todas las etapas de un proyecto, desde la creación, el desarrollo y los resultados, hasta la aplicación por parte de otros grupos al constituirse en proyectos exitosos; esto ha fomentado un vínculo afectivo al tener la oportunidad de formar parte de la evolución del mismo proyecto, verlo desarrollarse y tener éxito.

“...Mi balance es muy positivo en promoción de la salud, con esta visión de que puedes hacer algo en positivo y de que tienes que trabajar con otras disciplinas, pues la riqueza fundamental ha sido esa ampliación de la mirada tan grande que te da, cuando ya eres capaz de interiorizar y de vivirlo de verdad, la riqueza de la coparticipación de otras disciplinas, cuando trabajas con los psicólogos, con los sociólogos, ha sido una mirada diferente, ser capaz de tener esa mirada con los factores

determinantes de las cosas y qué determinantes son modificables, y cuáles no... (5.67.3). "...Para mí es positivo!, haber estado allí desde que se iniciaron, y luego ya se incorporaban otros municipios, entonces digamos que lo he conocido casi desde el inicio, entonces hay un lazo afectivo que llaman!, cuando se inició, aquí fue piloto, iba a ver como se instalaba el modelo en esta sección, para luego exportarlo a las demás..." (7.96.2)

Para algunos agentes de asociaciones el balance de su experiencia de trabajo también es muy positiva, porque han logrado verificar de manera directa los beneficios que experimentan ellos y los socios con las intervenciones que organizan en la Asociación, así como, al ser parte de la junta directiva y tener una exigencia mayor que un socio normal porque deben tomar decisiones importantes, han tenido la oportunidad de mejorar la gestión administrativa que implica el buen funcionamiento de su organización. Aunque recomiendan la experiencia a otras personas, también reconocen la necesidad de un relevo después de muchos años de trabajo.

"...la Junta que hemos estado es muy positiva!, hemos sido muy positivos, hemos puesto terapias que no habían!.... (11.148.4). "...Pues muy positivo!, yo se lo recomiendo a todas, lo único que yo digo es que yo ya llevo aquí más años de los que me corresponderían porque también tengo la necesidad de ser socia y estar con mis amigas socias y dejar un poco, pero tengo la responsabilidad distinta a la que tiene una socia!, estoy en la Junta Directiva y tengo que tomar decisiones, referente a todo lo que se hace, porque claro nosotras somos la cabeza central, como el presidente de cualquier gobierno, es el que tiene las obligaciones...(12.161.3)

No obstante, otros agentes de asociaciones pueden experimentar una escasa satisfacción con las iniciativas realizadas en la Asociación por que en general, algunas veces los problemas de salud de los usuarios les generan una carga emocional que les resulta difícil de sobrellevar, y particularmente, por la limitada participación que muestran algunas familias de socios, a pesar de las

subvenciones, los servicios, las ayudas y otras oportunidades que se les brindana los usuarios; de ahí que aunque este fenómeno se repite en otras Asociaciones, estos agentes pueden experimentar culpa, asumiendo parte de la responsabilidad de este fenómeno y un balance de trabajo pobre.

“...tienes la satisfacción de estar colaborando, pero por otro te vas un poco angustiado y con la cabeza muy caliente por los pequeños problemas, de alguna cuando tienen sus malos ratos, te llevas ese sinsabor de boca!, ha venido fulano, mengano y leche!, yo entiendo que no se mejora y entonces, pues esa preocupación te la llevas!... (9.119.4). “...mi balance la verdad es que es bastante pobre!, si yo no veo una participación de la familia, aunque me consta que es generalizado en todas las asociaciones...” (9.126.1). “...la participación de los familiares es escasísima, es lamentable, habiendo un taller aquí que les sirve de apoyo!, les manda carta a todos, los propios usuarios lo saben, se lo dicen a sus familiares, pues apenas viene alguien, es algo incomprensible...(9.118.1). “...hay más subvenciones, más ayudas y más servicios, ahora salta la duda de hasta que punto estaré haciéndolo mal de cara a que la gente, haga un rechazo, esa es mi gran preocupación!...” (9.126.3)

7.3.2.3 Disparidad entre esfuerzo y resultados

7.3.2.3.1 Tienen toda la información, pero no dan el paso

Desde la perspectiva de los agentes sanitarios, aunque la opinión de los usuarios sobre las intervenciones sea muy favorable, aquellos manifiestan una insatisfacción personal con el resultado de las mismas debido a que las enseñanzas y la información que transmiten no han logrado que se mantengan más allá de la duración de las intervenciones; desde su punto de vista, los beneficiarios ven estas iniciativas solamente como una distracción y han podido comprobar que no aplican en su vida cotidiana las recomendaciones ofrecidas, alegando entre otras razones, la falta de tiempo, de compañía o simplemente el olvido.

“...su opinión sobre la actividad han sido muy positivas, porque a la gente eso le parece bien, reciben información y les parece el distraerse cuando pueden venir aquí, pero sacarlo de aquí, que eso cambie, modifique, de alguna manera su vida, eso no lo hemos conseguido!, los grupos de relajación duraban tres meses hasta que aprendían la técnica pero a lo largo del tiempo he comprobado si lo hace alguien, llamando por teléfono y no lo hace nadie!, y las razones que alegaban era: porque se me olvida, porque no tengo tiempo, porque lo dejo, porque yo sola no lo hago...” (2.14.1)

Reconocen que particularmente las personas con enfermedades crónicas, tienen los conocimientos básicos sobre dieta, alimentación y ejercicio físico, reciben información a través de los medios de comunicación y en el centro sanitario para mejorar su salud, sin embargo, no los aplican en su dinámica de vida cotidiana; poseen toda esa información pero no realizan un cambio de actitud que les permita poner en práctica lo aprendido y con ello disminuir los factores que aumentan el riesgo de desarrollar otras enfermedades crónicas asociadas. En este sentido y a su modo de ver las cosas, existe una distancia entre lo que saben y lo que hacen, entre sus conocimientos y su puesta en práctica, y ellos como profesionales sanitarios no logran aún comprender a fondo, las causas de esta diferencia.

“...no sé es como hacer para que eso tenga resultado, o sea yo a un diabético le puedo explicar la dieta que tiene que hacer, lo importante que es, que tiene que hacer ejercicio, lo importante que es que se mantenga en su peso, toda esa información la doy, y me consta que lo saben!, pero también me consta que no lo hacen!, hay un cortocircuito entre lo que se recibe y lo que hacen...(2.14.2). “...eso se lo digo yo, y eso lo dicen en la tele, pero no doy el paso!, tengo toda la información, pero no doy el paso a hacer lo que tengo que hacer para solucionarlo!, es un cambio de actitud!, yo creo que eso es lo más difícil...” (2.14.3)

Estos agentes suponen que la mayoría de personas que asisten a los grupos y a las consultas de atención primaria asumen una actitud pasiva, donde solo se limitan a recibir información sin realizar los cambios en la conducta que mejoren su calidad de vida; a la vez, esta reflexión los conduce a valorar el considerable esfuerzo que realizan al poner en marcha las intervenciones y la capacidad real de las mismas para producir el efecto deseado, revelándose una diferencia para este personal, entre el esfuerzo realizado y los cambios logrados por los beneficiarios de las intervenciones. Al examinar críticamente los resultados de sus esfuerzos y meditar sobre el posible resultado, aún más deficiente en la calidad de vida de los usuarios si no realizaran dichas intervenciones, reconocen que aunque no logran el objetivo de generar un cambio de conducta en la mayoría de personas, creen que al menos su trabajo, no permite que la condición de los usuarios empeore.

“...muy pocas personas que asisten a los grupos logran dar ese salto, la mayoría sigue recibiendo información, con lo cual el esfuerzo que se hace no se amortiza, también insistes en la consulta individual, es donde más insistes porque el grupo tiene un periodo de tiempo que empieza y se acaba, pero en las consultas individuales se está continuamente incidiendo sobre lo mismo, algo falta, yo creo que es algo que a todos nos pasa...” (2.15.1). “...todo este esfuerzo que se hace, a lo mejor si no se hiciera estábamos peor, pero para pasar de esa información a que eso sea efectivo...” (2.12.3). “...lo que tenemos es el consuelo de que si no lo hacemos, estaría peor!, porque por ejemplo los de drogas, llevan ya haciendo muchos años prevención y todavía hay problemas de drogas, mucho!, entonces suponemos que el trabajo no es inútil porque sino estaría peor!...” (2.15.3).

También señalan que desde los inicios de su trabajo en promoción de la salud partieron del supuesto de que la enfermedad en las personas podría atribuirse a la falta de información y formación de las mismas en temas de salud, por lo que durante años se han dado a la tarea de intentar solventar esta supuesta carencia, pero al día de hoy, aunque su balance de trabajo es positivo

por que declaran que es un trabajo útil, divertido y que les gusta, reconocen que no han logrado obtener los resultados esperados.

“...El balance que hago es que no se obtienen los resultados que se esperaban, un balance lógicamente positivo porque a mí me gusta, porque me parece útil, me parece divertido, pero yo cuando empecé a hacer todo esto, pensaba que la gente enfermaba más y tenía más problemas porque no tenía información y formación!, entonces yo he intentado paliar esa carencia y el resultado no es el que yo esperaba!...”
(3.16.3)

7.3.2.3.2 Mucho esfuerzo, mínimo resultado

Desde la perspectiva de estos agentes, la sociedad y el sistema sanitario y no solo los profesionales sanitarios, no consiguen que las personas apliquen los consejos para mejorar su vida y disminuyan el riesgo de sufrir enfermedades o sus complicaciones; a pesar del gran esfuerzo que realizan en este campo, los cambios de conducta no surgen, los resultados son mínimos e incongruentes con el gran esfuerzo realizado.

“...No conseguimos, no yo como persona, la sociedad y el sistema, no consigue que se produzca ese cambio!, que es el objetivo porque claro el objetivo no es solo divertirse!, sino que sepan los beneficios que se obtienen con la relajación, que sepan comer bien, que sepan hacer una dieta si es diabético, o no consigas aumentar de peso si eres hipertenso, entonces claro, ahí es donde está el fallo!, se hace mucho esfuerzo en eso y luego el resultado es mínimo!...” (2.16.4).

En relación a las intervenciones en promoción de la salud, estos agentes pueden tener sentimientos encontrados cuando por un lado manifiestan ilusión y motivación al organizar una intervención dirigida a un colectivo específico, pero por otro lado, experimentan una gran desilusión cuando después de dedicar mucho tiempo y trabajo, incluso de su tiempo de descanso personal, a la planificación y aplicación de una intervención que desarrollan a través de

talleres, resulta con la ausencia total de usuarios a la actividad, lo que promueve que muchos de estos profesionales quieran evadir la participación en dichas intervenciones. Por otro lado, aunque el esfuerzo que dedicaron para conformar un grupo no se vea compensado con el alcance del objetivo que esperaba el equipo de salud, reconocen que se generan otros beneficios relacionados, como el establecimiento de un grupo con una función de apoyo social, que incide al menos, en que las personas se sienten bien.

“...el tema de talleres, al final te puedes llevar muchas desilusiones!, que eso es lo que echa quizás más para atrás a la gente, porque tu montas un taller con mucha ilusión, estás muy motivado, has captado gente y dices: -Jó, esto va ir fenomenal-, entonces claro, después de estar meses, porque esto tienes que tomar en cuenta que tanto en el trabajo como en la casa, te lo llevas a casa y estás dándole formas en casa, entonces claro, pues si esto es mucho esfuerzo y después ves que no tiene salida...(3.23.1). “...ellos han formado ahí como un grupo de amigas, pero me consta que esas personas ni utilizan la relajación como para bajar la ansiedad ni nada de eso!, (...) ellas obtienen otros beneficios de ese grupo, se cuentan sus cosas, a esta edad los problemas que más hay son los maridos, que están jubilados!., que claro yo también creo que eso es salud, pero claro fuera del objetivo inicial, pero bueno andan muy contentas, les viene muy bien! (...) El esfuerzo que emplea el equipo de salud, de repente no consigue lo que esperaba el equipo pero se producen otros beneficios que muchas veces no se miden...” (2.17.2)

Para los agentes de asociaciones la disparidad entre el esfuerzo realizado y los resultados obtenidos, también se representa a través del trabajo que desarrollan de forma voluntaria con el fin altruista de movilizar los recursos para crear intervenciones que beneficien a las personas de la comunidad y sin percibir salario, sin embargo cuentan con unas condiciones en las que hay un escaso apoyo, tanto en el aporte económico como en la dotación de recurso humano cualificado por parte del ayuntamiento, que no les facilita su trabajo en la Asociación.

“...las asociaciones se han quedado un poquito colgadas en el aspecto económico, es muy poca la compensación económica para todo lo que mueve, entonces claro a nosotras nos demanda la población mucho trabajo!, y lo tenemos que hacer voluntariamente, en el ayuntamiento tienen su sueldo, trabajan pero cobran!, nosotras aquí, somos voluntarias y empleamos muchas horas, pero también queremos mejores condiciones!, que nos dieran un poco más si pudieran, uno sería el aporte económico, otro sería el recurso humano: personas cualificadas para darnos cursos ya que es el ayuntamiento que no nos lo cobrara...” (12.162.1)

7.3.2.3.3 Dificultad para visualizar la eficacia o efectividad de las intervenciones

Los agentes de ayuntamientos también consideran que invierten muchos años trabajando en intervenciones en promoción de la salud, pero tienen dificultad para visualizar la eficacia o la efectividad de las intervenciones que desarrollan y viven la incertidumbre de si esa labor ha logrado cambiar algunas conductas poco saludables en la población. Así mismo, a pesar de sus esfuerzos, perciben que algunas veces el problema no disminuye, y por el contrario aumenta, como es el caso de las intervenciones desarrolladas en el tema de las drogas.

“...en todos estos temas sabes que es muy difícil ver la eficacia o la efectividad de esas intervenciones (...) los resultados de esas intervenciones puedan ser muy discutibles! (...) Me refiero que, creo que hay muchos problemas que se lleva previniendo de mucho tiempo, y da la sensación de que cada vez hay más!, no quiero señalar temas, pero desde el tema de drogas....” (6.83.1)

7.3.2.3.4 No entienden que todo el mundo tiene que ir por el mismo camino!

Estos profesionales señalan que la coordinación con agentes sociales que proceden de otras instituciones y que responden a sus propias instancias de autoridad, habitualmente supone un esfuerzo adicional a su jornada ordinaria de trabajo, ya que deben lograr que todos trabajen en equipo y actúen en conjunto para alcanzar un mismo objetivo. Esto les significa un reto importante y una mayor inversión de recursos para desarrollar intervenciones que logren integrar los aportes y diferencias de los agentes colaboradores, por lo que tratan de que su equipo funcione como un ente que vincula y organiza todas las actividades relacionadas con los temas de salud que desarrollan en diversos escenarios de actuación.

“...Cuesta muchísimo trabajo, sobre todo (...) coordinar todas las instituciones que tienes alrededor, porque no son instituciones que dependen de tu municipio, dependen de otra institución diferente, entonces convencer a todas las instituciones de que esto es bueno trabajar en equipo y que todos vayamos por el mismo camino, pues es muy difícil!..(8.105.1). “...cada uno tiene un perfil diferente, no todos son médicos o enfermeras, unos son psicólogos, pedagogos, cada uno tiene un perfil, entonces entre todos lo que intentamos es coordinar todas las actividades, es muy difícil y muy complejo, lo que se intenta es que, si un colegio tiene una demanda en educación para la Salud, por lo menos, que venga a la mesa y entre todos tratar de darle la mejor respuesta posible, pero es muy difícil...” (8.108.2)

La diversidad de agentes sociales que trabajan sobre un mismo colectivo y la variedad de mensajes que les transmiten cada uno de ellos en su opinión, también constituye otro desafío porque cada agente social que desarrolla intervenciones con un colectivo específico, muchas veces al no trabajar de forma coordinada, cada uno les transmite su propia versión o mensaje sobre un tema, lo que podría reducir no solo la posibilidad de producir un efecto multiplicador en la población, cuando cada grupo ha recibido un mensaje

distinto al de otros colectivos con los que interactúa, sino que también se reduce la posibilidad de lograr un cambio de conducta en ese colectivo, al recibir distintos mensajes sobre un mismo tema, o no integrar los diversos puntos de vista existentes.

“...si todos hacemos el mismo mensaje, llegas a más población y entonces, a lo mejor puedes cambiar la conducta!, pero cuando en un sitio están diciendo una cosa, al otro te están diciendo otra, cada vez tenemos un mensaje diferente, pues entonces no se llega y entonces no se cambian los hábitos, ¿Qué me entienda todo el mundo?, es muy difícil!, a cada uno le gusta hacer un cursito, aunque vaya un día no más!, pero se hacen la foto y se van y todos contentos!...” (8.106.1)

En la práctica, este efecto puede verse agravado cuando algunos agentes políticos obstaculizan el desarrollo de planes acordados por los agentes sociales del ámbito técnico, ya que los primeros suelen responder preferentemente a intereses partidistas o institucionales, por encima de acuerdos previos establecidos por los agentes sociales del nivel operativo. En este sentido, la clase política puede responder con una conducta que gira en torno a estamentos gubernamentales y administrativos, en contraste con el trabajo unificado que los agentes sociales tratan de desarrollar en los temas de Educación para la salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud, lo que representa mayores inconvenientes a los agentes sociales que desarrollan las intervenciones.

“...muy difícil porque los políticos les gusta mucho llevarse las medallas de cada uno!, entonces es muy difícil!, en lo técnico muchas veces estamos todos de acuerdo, (...) pero cuando lo pasamos a nivel político entonces ya, se nos queda parado o se nos resquebraja la cosa!...(8.106.2). “...es una cosa muy difícil, convencer a los políticos o a los jefes, a los que tengas tu por encima, de que todo el mundo tiene que ir caminando, realmente para prevención y promoción de la salud, Educación para la Salud, es que todo el mundo tiene que ir por el

mismo camino!, que te da lo mismo el grupo con el que estés, el fin es ese!...” (8.106.3)

Ante este panorama, los agentes asumen su trabajo en promoción de la salud a modo de lucha, una lucha por conseguir recursos, una lucha por convencer a otros agentes sociales, colaboradores y políticos de las ventajas que brinda el trabajar todos unidos con un mismo mensaje y un mismo objetivo, tratando de armonizar las diversas posiciones, recursos y formas de trabajar las intervenciones que se llevan a cabo en la población. Así mismo, las intervenciones en promoción de la salud representan para los agentes sociales un reto, porque entienden que deben asumir una función de vinculación entre varios agentes sociales, es decir, facilitar la coordinación con agentes sociales diferentes instituciones y diversos perfiles profesionales, enfrentarse a una dificultad persistente para visualizar los resultados de sus actuaciones y además, la necesidad de convencer a los colaboradores y colectivos de participar en estas actividades.

7.3.2.3.5 Promoción de la salud siempre está bastante mal definida

Los agentes de ayuntamientos también señalan que en diversos lugares del mundo existen diversos responsables, instituciones, organizaciones, o administraciones que comparten la misión u obligación de ejercer la promoción de la salud, pero generalmente sus competencias, límites y responsabilidades se desarrollan sin un marco legal, político o administrativo común que regule, unifique y dirija en conjunto todas las acciones de los agentes sociales en este tema. En la Comunidad de Madrid cada ayuntamiento puede trabajar las intervenciones en promoción de la salud de una forma distinta, ya que algunos municipios no poseen técnicos designado en este campo, y algunas veces la función se asigna al concejal electo en el municipio, quien decide si participa en los temas de promoción de la salud y para lo cual puede tener o no, una formación específica en este campo de conocimiento.

“...cada ayuntamiento tiene una manera de enfocar lo que puede hacer, entre otras cosas, porque los recursos dedicados a la promoción de la salud son muy diversos, a veces hay ayuntamientos muy pequeños con un solo técnico y se dedica a las tareas de inspección, las tareas que tiene de promoción, a veces no tienen ni siquiera técnico, y el propio concejal que es electo, que no tiene necesidad de tener conocimientos específicos de estas cosas, es que el que acoge o no acoge cosas que planteen desde la comunidad...” (5.50.3)

Ante esta situación, los agentes de ayuntamientos han establecido una entidad que aglutine y establezca de manera formal las relaciones, competencias y coordinaciones en torno a las intervenciones que desarrollan en la comunidad. En adición, los diversos agentes municipales que trabajan en el ámbito de promoción de la salud también han elaborado un documento que reflejara las mejores prácticas del trabajo en promoción de la salud debido a la diversidad de formas que existen para trabajar este tema y en la cual, cada municipio adopta una en particular. Con el colectivo de mayores decidieron incluir el tipo de coordinaciones, los enfoques usados para abordar el tema, fuentes comunes utilizadas para obtener los recursos, así como los modelos de buenas prácticas que pueden implementar.

“...En promoción de la salud aquí y en todo el mundo lo que ocurre es que, distintas administraciones tienen competencias en ello, además es una cosa que siempre está bastante mal definida de quien son las competencias y hasta dónde...” (5.46.3). “...había mucha diversidad y se pensó que sería bueno conocer las mejores prácticas con cada uno de los colectivos y fue lo que hicimos el equipo de trabajo, el aglutinar y plasmar, como se podía trabajar bien con el colectivo de mayores, que coordinaciones y que sinergias se podían unir, que tipo de enfoques podríamos tener, de donde podíamos sacar los distintos recursos y cosas de ese estilo y también los modelos de buenas prácticas que podemos conocer...” (5.50.3)

En este sentido, otros profesionales indican que el modelo de trabajo en el ayuntamiento se ha visto influenciado por los cambios atravesados en el país, en el periodo de transición hacia la democracia. En un inicio, la intervención de los profesionales del ayuntamiento en promoción de la salud era muy amplia, pero con la reorganización política, muchas de sus competencias, específicamente en el ámbito escolar, las retomaron en la Comunidades Autónomas, aunque aún continúan coordinando ciertas intervenciones con otros agentes sociales en los centros educativos.

“...hemos pasado por varias etapas, una en la que el ayuntamiento en sus inicios cuando llegó la democracia a España y empezaron los primeros ayuntamientos democráticos, pues con una intervención en un tipo de programas bastante grande, por parte del ayuntamiento a otra en la que se perdieron todas las competencias en educación que hoy son de la Comunidad de Madrid y entonces claro, quien debe realizar más intervenciones en la escuela pues evidentemente la Comunidad de Madrid porque es la que tiene las competencias, no obstante, nosotros seguimos aportando programas a la escuela...” (6.74.1).

7.3.2.3.6 Promoción de la salud, no se invierte porque no cree en ello

En adición, según los agentes de ayuntamientos, esta concepción encuentra poco apoyo en la misma población beneficiaria, ya que no muestran un interés y compromiso real por trabajar en estos temas, optando por resultados más tangibles y a corto plazo que sí produce la atención asistencial sanitaria, en comparación con la promoción de la salud, en la cual, los efectos son difíciles de apreciar en un tiempo inmediato. Para estos agentes, la mayor demanda de su población se orienta hacia la atención curativa en los servicios asistenciales de salud y no hacia las actividades de promoción de la salud, de forma que les resulta difícil cuando los mismos usuarios les reclaman, el que les hagan recomendaciones sobre cambios de algunos hábitos poco saludables.

“...lo que la gente muchas veces en esto de promoción no se invierte tanto como realmente se tiene que invertir porque no se cree en ello, cuando tu estás enfermo vas al hospital y fenomenal, ya está te curan, a nivel asistencial se invierte mucho, a nivel de promoción, no se invierte casi nada...” (8.106.4). “...La gente lo que pide es que se le cure, pero la parte de promoción, ni tan siquiera, ni por los usuarios tampoco, porque muchas veces te increpan, diciendo que te metes en su vida!, de porqué tiene que cambiar su alimentación!...” (8.107.1)

Desde la perspectiva de estos agentes, la cantidad de recursos que se dirigen a los servicios asistenciales es mayor que lo invertido en promoción de la salud porque la gente no cree en esta última, debido a que las mejoras que se pueden atribuir a las intervenciones en promoción de la salud, no son tan evidentes para las personas, como sí son los efectos cuando una persona que está enferma, acude a un centro asistencial sanitario. No obstante, aunque los responsables de administrar los recursos en salud, dirigen la mayoría de estos al nivel asistencial curativo más que a la promoción de la salud, al parecer han ido cambiando de posición y ahora invierten más en prevención porque tienen claros los beneficios en el tema de vacunas, pero no así en las actividades de promoción de la salud donde aún se invierte menos. En los programas institucionales se da prioridad a la parte asistencial más que a la educación en salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud y cuando deben reducir recursos en las instituciones, los jefes lo hacen primero en los programas educativos antes que los asistenciales.

“...Date cuenta que ellos invierten muchísimo más en una asistencia que en lo que es promoción!, no en prevención, en promoción que es diferente!, en prevención ya por lo menos van entendiendo!, sobre todo en vacunas, vacunas los tienen clarísimo!, pero lo que es en promoción se invierte mucho menos...(8.107.2). “...hay otras cosas mucho más prioritarias que promoción de la salud, la parte asistencial en salud, pero si hay que recortar algo, no recortan en la asistencia, te recortan en todos los programas educativos que puedan tener, o sea si hay que recortar algo, recortas todo eso!...” (8.113.1)

7.3.3 Obstáculos para realizar las intervenciones en promoción de la salud

7.3.3.1 En el ámbito organizacional

7.3.3.1.1 Lo más difícil es dar el primer paso

Uno de los obstáculos que enfrentan los profesionales sanitarios con poca experiencia en el desarrollo de intervenciones en promoción de la salud, es la responsabilidad que significa para ellos el dirigirse a un grupo de usuarios al que habitualmente atienden de forma individual y en privado, pero que en ese momento deben hacerlo de forma colectiva y pública. Algunos de estos agentes pueden experimentar una situación de alarma y estrés importantes, cuando deben hablar en público ante un grupo de usuarios y permanecer más de una hora desarrollando la intervención, aunque otros al parecer, lo asumen como un reto que conlleva un cierto esfuerzo al inicio, pero que una vez puesto en marcha, genera grandes beneficios para los usuarios y el mismo personal sanitario.

“...darse cuenta que lo más difícil es dar el primer paso para dar la charla pero que luego es muy enriquecedor para todos y para nuestra profesión sobretodo...” (1.8.3). “...El problema muchas veces de esto, de los talleres y de las charlas, es enfrentarte realmente al público que tienes delante, entonces hay gente que tiene un pavor extremo!, al meterse en una habitación con quince personas y hablar, y estar una hora, hora y media con técnicas de actividad...” (3.27.3)

7.3.3.1.2 El cambio de actitud es difícil, nos pasa a todos

Por otro lado, los agentes sanitarios reconocen una gran dificultad para conseguir el cambio de actitud en los usuarios que participan de las intervenciones en promoción de la salud porque aunque saben que estos tienen el conocimiento básico o la información sobre los temas que les han informado y sobre el perjuicio que puede causar conductas no saludables como el fumado o el conducir bajo los efectos del licor, desde su óptica, los usuarios y las personas en general, no logran poner en práctica las recomendaciones en

su vida diaria, no logran realizar un cambio de conducta a menos que exista una sanción; son conscientes de que operan ciertos “mecanismos” para aproximarse al punto decisivo donde la persona cambia de conducta, y aunque que no son muy bien comprendidos por estos profesionales, lo explican como un fenómeno natural, consustancial al ser humano.

“...La captación cuando das una charla no es excesivamente difícil, lo que sí es difícil es que las charlas les calen!, y hagan lo que tu les dices en la charla, o sea, ahí hay un proceso, el conocimiento ellos lo tienen, pero el cambio de actitud para que esa información revierta en algo útil, ahí es donde falla, eso nos pasa a todos!, forma parte de la humanidad...(2.12.1). “...no lo sé, como se puede abordar, porque creo que en eso hay mecanismos, y cosas, que es difícil de abordar, porque pasa con todo, por ejemplo, el tabaco, pues todo el mundo sabe que es malo fumar y tal, sin embargo la gente sigue fumando, todos sabemos que correr o coger el coche cuando has bebido es peligroso, pero de ahí y que lo sepas, al paso de no darlo, o hay una conducta punitiva o muy difícil, yo creo que ahí está la clave...” (2.12.3)

Así mismo, hay colectivos como el de los mayores que representan una dificultad adicional para el cambio de hábitos, no solo porque llevan muchos años con la misma dinámica establecida, sino que además, algunos manifiestan una mayor resistencia a aceptar su condición de persona mayor, lo que supone un reto para convencerlos de dicha condición y que por ello, deberían realizar los cambios que les sugieren.

“...Que quite las alfombras de su casa porque ya son mayores, y que se pueden tropezar y caerse, pues es muy difícil porque sus hábitos están creados!, entonces tienes que convencerla de dos cosas: que se puede caer y que es mayor!, y que es mayor es difícil!, realmente que acepte su condición de mayor!, por que sí lo entienden muy bien, pero para el vecino que tiene al lado, porque el vecino es muy mayor, pero yo no!...” (8.101.2)

7.3.3.1.3 La consulta es monótona, automática, no llegan a responsabilizarse

Para estos agentes, las intervenciones tradicionales que se ofertan a nivel individual en las consultas de atención primaria pueden resultar un mecanismo poco atractivo y repetitivo, tanto para el personal sanitario como para el usuario, y en el que la rutina de esta intervención, incide poco en el cambio de hábitos y el empoderamiento de los usuarios.

“...he hecho un taller referente a los problemas que tiene el pueblo a la hora de no colaborar en la dieta, a la hora de que no cumplen higiénico-dietéticas, y (...) ha sido duro, fueron ocho sesiones también, que es para hacer una serie de pasos, que deben ir cumpliendo para que ellos hagan ese tipo de talleres, ir trabajando con ellos...” (4.35.3). “...yo creo que la rutina a nivel de citarles cada dos o tres meses, en el caso de que ellos estén bien controlados, ya yo creo que se convierte en una dinámica que a lo mejor no les ayuda, por mucho que tu le promociones, e intervengas en su salud, no llegan a responsabilizarse!...” (4.40.4)

Ante la dificultad de alcanzar el cambio, los agentes sanitarios se han organizado para desarrollar intervenciones en forma de talleres y el respectivo seguimiento de los participantes, como dos estrategias que facilitan a los usuarios el identificar y superar los obstáculos en el cumplimiento de las recomendaciones que habitualmente les hacen en las consulta de atención primaria. En este sentido, los talleres que imparten a grupos los visualizan como una estrategia que facilita a los usuarios un espacio más dinámico, que incluye la posibilidad de compartir sus sentimientos y el asumir una actitud más proactiva de su parte; así mismo, el seguimiento constituye un mecanismo en el que los usuarios, aunque no hayan podido alcanzar aún los cambios en sus hábitos, se les continúa alentando para que no desistan, lo intenten de nuevo y lograr concretar el cambio en otro momento.

“...se convierte en una monotonía, que si en un principio ellos no habían intervenido en su salud, pues no lo van hacer!, cosa que si lo haces en el

taller, digamos que se implican un poco más porque digamos que se quedan, a lo mejor tu le haces la consulta, se van a su casa y se han olvidado de la consulta!, cosa que al tener un dinamismo, que tu llegas más a nivel de sentimientos, desgraciadamente hay muchas veces que cuando tu le empiezas a echar la charla dentro de la consulta, es una cosa como monótona, como automática!... (4.41.1). "...hay algunos que han caído, otros que han seguido sin dejar de fumar, les seguimos motivando, y otros que bueno, aunque sabemos que no han dejado de fumar, pero les volvemos a llamar, para que se le "salte el gusanillo", y al fin y al cabo, el cargo de conciencia que no lo deje de lado, de que tiene que tomar esa decisión antes o después..." (4.38.1).

7.3.3.1.4 Cerrar consulta todos los días, no puede ser!

Para los agentes sanitarios y de ayuntamientos el desarrollo de intervenciones representa un gran reto en el ámbito organizacional, relacionado con la dificultad que tienen de compatibilizar el tiempo empleado en el desarrollo de las intervenciones y su carga laboral habitual. Los aspectos de planificación, aplicación y evaluación de las intervenciones les significa una inversión importante de tiempo y recursos a estos agentes, pero también, el realizar las iniciativas para los grupos de pacientes crónicos u otros colectivos en la comunidad, significa particularmente para los profesionales de atención primaria, el cerrar la consulta individual en el centro de salud, situación que no pueden permitirse de manera frecuente.

En este contexto, el atender la consulta diaria en el centro de salud lo visualizan como un obstáculo que reduce la posibilidad de dedicar mayor tiempo y recursos profesionales al desarrollo de las intervenciones en promoción de la salud, por lo que reconocen la necesidad de contar con más tiempo para la puesta en marcha de una intervención y han señalado como posible alternativa, la designación de una persona que tenga la jornada asistencial reducida para que pueda dedicar ese tiempo a gestionar las intervenciones.

“...la consulta básicamente, esto te lleva mucho tiempo!, o sea, esto no se puede hacer de un día para otro, un taller hay que montarlo durante mucho tiempo...(3.22.4). “...Pues tener una persona más bien, dedicada a eso!, una persona más liberada de carga asistencial, más dedicada a la labor educativa y más disponibilidad, que no haya problemas en darle más charlas a esos colegios, lo que pasa es que no te dejan de bombardear, entonces tampoco puedes coger y cerrar consulta todos los días, o un día por semana para ir a dar una charla pues porque no puede ser!...” (1.8.2)

Por su parte, los agentes de ayuntamientos plantean que la tarea de llevar a cabo intervenciones coordinadas con diversos agentes sociales es una tarea compleja, debido a que cada agente social tiene además un rol de trabajo establecido en su propia institución, lo cual no solo le demanda una cuota importante de tiempo y esfuerzo, sino que además, la disponibilidad de los representantes designados pueden ir variando en función de las necesidades y demandas de cada institución, lo que finalmente, también afecta las intervenciones que los otros agentes sociales intentan desarrollar.

“...porque todo esto tiene muchas dificultades!, desde pertenecer a instancias distintas como son la comunidad, el ayuntamiento, con las dificultades que eso en algunos momentos puede tener, problemas de coordinación, distintos intereses que hay, porque además hay personas que van cambiando...” (6.82.2)

7.3.3.1.5 No haces nada y no pasa nada!

Otro reto en el campo de la organización se relaciona con la necesidad de mejorar la coordinación y motivación de otros compañeros de trabajo y el apoyo de entidades estatales que logren involucrar más a estos profesionales en el desarrollo de intervenciones en promoción de la salud. Los agentes sanitarios y de ayuntamientos pueden experimentar un gran descontento porque por un lado, algunos compañeros y colaboradores muestran un bajo nivel de participación, cumpliendo con el mínimo básico que les exige su

trabajo y no se involucran en otras actividades que implican intervenciones grupales con colectivos, y por otro lado, hasta el momento ha existido una falta de iniciativas a nivel estatal para involucrar y motivar a estos profesionales en el desarrollo de más proyectos e intervenciones en salud, al punto de que se puede elegir no participar en ninguna de estas iniciativas y no se afecta su productividad, por lo que en algunos casos, solo les queda la estrategia de convencerles y sensibilizarles sobre el beneficio que conlleva estas iniciativas no solo para la población meta, sino además, del beneficio personal que obtienen al facilitarles parte de los objetivos de su programa de trabajo.

“...Hay gente que desgraciadamente a lo único que viene es a trabajar y a poner la mano para cobrar todos los meses y ya está!... (3.30.2). “...a nivel estatal no hay motivación, tu no porque hagas más proyectos de salud en un año, tienes una productividad mayor, de momento, eso creo que lo van a cambiar, a nivel de productividad, pero yo puedo hacer ahora mismo tres proyectos de salud y bueno!, el año que viene no haces ninguno y no pasa nada!...yo me imagino que cuando haya un reparto de productividad variable, que según lo que tú trabajes así tengas una recompensa económica o en días libres, pues a lo mejor estimularías a la gente, pero ahora mismo no hay ningún tipo...(3.30.1). “...tienes que convencer al colegio y al profesor, que se apunte al curso de desayunos, porque claro!, si el profesor no se apunta ni el colegio se apunta, no puedes llegar a los niños...(8.110.3). “...cómo puedes convencer al profesor, pues diciéndole que para ese curso todo eso les va a venir muy bien, que nosotros les digamos como tienen que desayunar es un concepto que está relacionado!...” (8.110.4)

7.3.3.2 En el ámbito intersectorial

7.3.3.2.1 A los políticos les gusta llevarse las medallas

Pero los profesionales del ayuntamiento no solo tienen dificultad de convencer a los colaboradores y compañeros de participar, sino que además,

una de las mayores dificultades que enfrentan es convencer a los agentes sociales de otras organizaciones, particularmente jefes y políticos de mayor cargo, que trabajar en equipo resulta mejor y que todos deben reunir sus esfuerzos para alcanzar los mismos objetivos de salud en beneficio de la población.

Los primeros tienen claro que para lograr avances en las intervenciones de prevención de las enfermedades, promoción de la salud y educación para la salud, es necesario coordinar y trabajar todos juntos por el mismo objetivo, lo que ayuda a evitar discrepancias en temas que solo pretenden un protagonismo individual.

“...Cuesta muchísimo trabajo, sobre todo lo que es, coordinar todas las instituciones que tienes alrededor, porque no son instituciones que dependen de tu organización por decirlo así, de tu municipio, dependen de otra institución diferente, entonces para convencer a todas las instituciones de que es bueno trabajar en equipo y que todos vayamos por el mismo camino, pues es muy difícil!... (8.105.1). “...para hacer una cosa, los sellos de los folletos, eso es de lo más complicado!, es una cosa muy difícil convencer a los políticos o a los jefes, a los que tengas tu por encima, de que todo el mundo tiene que ir caminando, realmente para prevención y promoción de la salud, Educación para la Salud...” (8.106.2)

Además, estos agentes distinguen una separación entre los niveles técnico y político, en donde el nivel técnico en el que su equipo trabaja muy bien la planificación de las intervenciones sanitarias, les resulta más sencillo encontrar consenso entre los diversos agentes sociales, pero cuando deben coordinar con el nivel político, muchas veces las discrepancias entre sus perspectivas y los intereses de los políticos, terminan por obstaculizar y complicar la gestión eficaz de dichas intervenciones. En consecuencia, el reclamo de protagonismo de algunas entidades se convierte en una gran dificultad para lograr que los representantes de todas las instituciones trabajen en conjunto por un mismo objetivo. Como cada agente social debe acatar las

directrices de su institución, la cual en algunas ocasiones depende a su vez de un grupo político, se genera una presión hacia el equipo de trabajo en donde cada entidad quiere para sí misma, el protagonismo ante los medios de comunicación de los proyectos que trabaja todo el equipo.

“...a los políticos les gusta mucho llevarse las medallas de cada uno! (...) en lo técnico muchas veces estamos todos de acuerdo: fenomenal!, pero cuando lo pasamos a nivel político: puag!, entonces ya, se nos resquebraja la cosa... (8.106.2). “...a veces cada institución depende de un grupo político diferente, pues le gusta ir más de manera individual por su camino, pero llevarse los premios, un premio muy tonto!, como salir en la prensa diciendo que hemos hecho no se cuánto...” (8.105.2)

A pesar de esta situación, la mayoría de participantes reconoce y asume que el trabajo en promoción de la salud debe ser cooperativo y lo que debe procurar cada participante es buscar un equilibrio entre las necesidades de la institución que representa y las necesidades de la población a la que se dirige las intervenciones. Cuando todos unifican su trabajo y brindan el mismo mensaje, no solo se logra que llegue a más población, sino que también favorecen el cambio de hábitos y conducta; sin embargo, el que todos los agentes sociales acepten esta forma de trabajo cooperativo, les resulta difícil porque algunos continúan con la postura de que solo colaboran en el momento del protagonismo en los medios de comunicación.

“...no todos los que están de responsables entienden la promoción de la salud de la misma manera, yo entiendo que cuando en un informe, hemos podido colaborar universidad y salud y sanidad y el ayuntamiento o hemos participado veinte instituciones que tenemos competencias en la materia, es una riqueza y así lo entiende la mayoría, pero (...) algunas instituciones, algunos grupos (...) y tienes que responder a las expectativas y necesidades de esa institución, entonces una barrera que te puedes encontrar en esta forma de trabajar que por necesidad y por definición tiene que ser cooperativa, que se aquilaten bien...(5.58.3).

“...a cada uno le gusta hacer un cursito, aunque vaya un día no más!, pero se hacen la foto y se van!, y todos contentos!...” (8.106.1)

En este sentido, con el fin de neutralizar el protagonismo que promueven algunas entidades, estos agentes procuran enviar a la población un mismo mensaje, no solo porque están convencidos de que llegan a más personas y el mensaje es mejor recibido por la población, sino que además, el reconocimiento por la labor realizada se comparte con todos los agentes sociales e instituciones que colaboraron en la planificación y desarrollo de las intervenciones.

“... el premio por decirlo así, de si el ayuntamiento ha hecho algo, no es solamente una institución!, sino que somos muchos los que hemos hecho algo!, y convencer de que muchos haciendo una cosa se llega a más población, con el mismo mensaje!...” (8.105.3)

Además, experimentan satisfacción personal cuando los agentes sociales que participan en su equipo de trabajo, van cambiando de postura porque conforme van trabajando, van dejando de lado un poco la relevancia de su representación institucional y se implican más en los proyectos que construyen en conjunto. También manifiestan que quizás esta transformación se deba a que consideran que la institución que los ha enviado a representarlos, no les brinda un reconocimiento por su representación, y esto puede responder a que las instituciones no consideran importante el tema de la promoción de la salud.

“...lo bueno es que la gente que está participando en tu grupo de trabajo, pues al final se lo cree, se queda un poco aparte lo que es su institución y se implica en el grupo de trabajo donde estás, la institución que le deja venir a participar no te lo reconoce, porque realmente esto de promoción de la salud, no lo interiorizan como tal!, y entonces no lo consideran como muy importante, es más importante la labor que tiene la institución...” (8.112.3)

7.3.3.2.2 El espacio, el obstáculo más importante

En el caso de las asociaciones, los agentes sociales viven la paradoja de contar con una variada oferta de actividades, porque así lo requieren y pagan una cuota como asociados que les da derecho a participar, pero carecen de un adecuado espacio físico para desarrollarlas. Este problema les impide atender a los socios con un mínimo de condiciones adecuadas como privacidad, infraestructura cómoda y ajustada a sus necesidades, por lo que constituye unos de los mayores obstáculos que atraviesan en la actualidad los agentes de asociaciones.

“...Pues el obstáculo más importante es el centro, o sea el espacio!, porque se da la paradoja que tenemos muchas actividades porque nos lo requieren los socios, todos los socios tenemos el mismo derecho y lo necesitamos!.... (10.134.2). “...hay gente que se queda fuera porque no hay plaza, porque no tenemos suficiente espacio, son grupos reducidos y tiene que acabar uno y empieza otro a los tres meses, entonces con ese tenemos ahí una problemática...”(12.152.3)

En este contexto, dada la condición de su enfermedad y el alcance del diluido beneficio que tendrían las terapias impartidas, se abstienen de organizar grupos numerosos de personas porque el espacio es limitado y además se reunirían personas con distintas condiciones físicas y sociales, lo que podría resultar inconveniente para una adecuada convivencia y desarrollo de las actividades cuando las personas irrespetan los espacios de las otras. Ante esta problemática, estos agentes han recurrido a estrategias como la creación de grupos pequeños, cursos no mayor de tres meses para darle la oportunidad a otras personas de participar, así como jornadas extendidas atendidas por el mismo profesional.

“...el fisio tiene horarios ininterrumpidos, cualquier cosa que el paciente tenga que comentar con el fisio, casi inevitablemente se transfiere porque imagínate esa habitación separada solo por un biombo!....

(10.136.1). “...no podemos hacer clases que sean más de 15 o 20 personas, no es conveniente una psicóloga dando la terapia grupal a 20 señoras o señores de diferentes ámbitos sociales, edades, sintomatologías y patologías, porque luego somos tan irrespetuosos, a poner nuestra cosa personal, hay un desbalance entre la oferta y la demanda en este caso...” (10.134.4)

Este inconveniente también les ha reducido la posibilidad de participar en proyectos de investigación que en algunos casos les proporcionaría tecnologías avanzadas para tratar su enfermedad, y aunque le han manifestado al ayuntamiento la importancia de contar con este recurso para realizar sus actividades, las autoridades del municipio argumentan escasez de recursos y otras Asociaciones con mayores necesidades. Esta situación ha impulsado a estos agentes a buscar otras posibilidades de ayuda en entidades fuera del municipio, debido a que el ayuntamiento aún no les ha podido facilitar un espacio físico adecuado por la rebaja en el presupuesto debido a la crisis económica que atraviesa el país, a pesar de que reconocen que es una de las Asociaciones que más actividades desarrollan porque atienden la recuperación de los enfermos.

“...Es un tratamiento a base de ondas magnéticas (...) pero claro, para eso necesitamos mínimamente un despacho, dos camillas, y la zona aislada por las ondas magnéticas...” (10.136.4). “...carecemos del espacio de poder llevarlo a cabo, cuando es algo que al enfermo le va a beneficiar mucho, por que no nos quita la enfermedad pero sí nos alivia bastante, el ayuntamiento conoce de esta necesidad pero nos dice que no tiene espacios, ni recursos, y que hay otras asociaciones de otros sitios que tienen prioridad... (10.137.1). “...Desde el ayuntamiento tampoco hay espacio ni presupuesto para poder dotar de otra infraestructura y estamos haciendo a nivel de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid...(10.136.2). “...la rebaja del presupuesto con la crisis que estamos sufriendo, aquí estamos compartiendo con cinco asociaciones, es que nos desborda!...”(10.137.2)

7.3.3.2.3 Siempre a la cola de todos los servicios

Estos agentes consideran que la administración pública trabaja de manera lenta sobre los problemas que tienen las Asociaciones y si ellos no se organizan para ejercer presión en la pronta resolución de sus problemas, entonces la prioridad que les asignan es mínima, quedando relegados a los últimos puestos de atención. Ejemplo de ello ha sido los obstáculos generados por parte de la administración pública en el impulso de algunos proyectos organizativos que han solicitado los agentes de asociaciones y que a pesar de que les generaría un gasto económico menor y menos atenciones sanitarias a las personas con esta enfermedad, aún no han logrado concretarlas.

“...por desgracia, las administraciones en general, en función de la presión que se le ejerce, así actúa!, lamentablemente es así, y si no tenemos capacidad de presionar, siempre vamos a la cola, de todas las colas de todos los servicios...” (9.122.1). “...nos tenemos que pasar la vida peleando con Comunidad de Madrid, porque esto de la Unidad Multidisciplinar es algo muy bueno y es algo que les quitaría mucho gasto económico a la seguridad social y a nosotros nos evitaría muchos paseos inútiles al médico y pruebas médicas, nos está costando una pelea enorme en la Comunidad de Madrid...” (10.133.3).

Consideran que el sistema de relaciones en la sociedad ha ido evolucionando hacia uno en donde predominan los intereses económicos sobre las necesidades de las personas, en este contexto, las entidades como asociaciones ven más difícil cada día el sobrevivir y llevar a cabo su labor, cuando los otros agentes sociales de la comunidad les colaboran poco y se ven supeditados solamente a las subvenciones del ayuntamiento o las cuotas de las cada vez más escasos socios. Como Asociación, perciben apoyo del ayuntamiento en su gestión, sin embargo, consideran que la subvenciones que reciben de los ayuntamientos, Comunidad y Cajas, es escasa y está asignada en función del número de asociados, no sobre las necesidades de las personas, lo que puede perjudicar a aquellas como menos socios activos.

“...lo que más necesitamos es ayuda económica para atender a más personas, satisfechos de que vengan personas que lo están necesitando, y que acudan a la asociación a hacer estas terapias...” (11.147.4). “...el sistema va evolucionando cada vez más a la parte económica y entonces claro nuestras asociaciones, contamos nada más con lo que es el ayuntamiento, que nos da una subvención que nos cubre un poco (...) nos mantenemos con la subvención del ayuntamiento y con el aporte de las socias, que ahora está más pequeña, entonces no llega a cubrir...” (12.154.1). “...Si, el ayuntamiento a las asociaciones la verdad es que para todo lo que los necesitamos están allí, luego tenemos una subvención, siempre nos parece poco!, creo que depende de la cantidad de socios, así ellos, como la Comunidad y las Cajas, te dan la ayuda, es proporcional...” (11.145.4)

Las limitaciones económicas que experimentan los agentes de asociaciones, afecta no solo aspectos relacionados con el espacio físico y las mejoras en los servicios, sino que también se ven afectados rubros como el de transporte, en el que los desplazamientos que realiza la Junta Directiva los sufraga con sus propios recursos, así como las pocas horas que tienen para los socios en el servicio de transporte de afectados, lo que limita también el tiempo de las terapias para los afectados. Aunado a lo anterior, al adquirir cada comunidad autónoma la responsabilidad de administrar los recursos destinados a sanidad, se ha hecho evidente una desigualdad de la gestión entre varias comunidades, donde unas llevan gran ventaja en la cantidad de profesionales sanitarios disponibles para atender a las personas con trastornos mentales, comparadas con los destinados en otras comunidades.

“...Nos gustaría tenerla más tiempo, porque los que vienen, se tienen que adaptar al horario del coche y van un poco de prisa con todas las cosas...” (11.143.2). “...te tienes que desplazar al centro y a muchísimos sitios y tenemos que pagarlo nosotras mismas de nuestro bolsillo...” (12.154.4). “...ya cada una fue cogiendo la cuota que le correspondía autonómica de la sanidad, y eso se durmió un poco, en algunas comunidades han avanzado más en otras menos, hay una diferencia

tremenda, por ejemplo con relación a Navarra, para nosotros aquí en la Comunidad de Madrid tremenda!, allí hay un porcentaje de enfermeros, de trabajadores sociales, de psicólogos con relación aquí...” (9.123.1)

7.3.3.3 En el ámbito cultural

7.3.3.3.1 Lo más urgente es la participación!

Según los agentes de ayuntamientos, un desafío importante lo constituye el conseguir que tanto los colaboradores como la población, se involucren en estas actividades. En el primer caso, han observado que los colaboradores responden de manera positiva cuando se implementa la práctica del reconocimiento por su trabajo, mientras que para el caso de la población, el asunto se relaciona más con el tema de la motivación, es decir, deben motivar a los usuarios aplicando intervenciones que les resulten atractivas. Desde su punto de vista, esto ocurre porque la receptividad e interés de las personas para trabajar en temas de promoción de la salud es bajo mientras no padezcan la experiencia de enfermar, ya que por lo general, las personas no tienen conciencia de que pueden enfermar, piensan que gozan de cierta protección contra las enfermedades, por lo que para estos agentes resulta fundamental abordar el tema de la prevención en sus intervenciones para evitar que la población enferme.

“...salud mientras se tiene la gente no piensa, pensamos que somos inmunes o que somos inmortales, hasta que no se producen determinadas cosas concretas, pues la gente no toma conciencia de ello y es cuando nosotros sabemos que el tema fundamental es el de la prevención, pero para hacer participar a la gente hay que motivarla, porque si yo no estoy motivado no, y para motivar a la gente para que haga una cosa, hay que reconocerle su trabajo, bien económica o bien de otra forma...” (6.82.3)

Por otro lado, los agentes de asociaciones destacan que antes los socios tenían claro la idea de colaborar en la Asociación, había que ayudar y

no solamente recibir los beneficios de las actividades que organizan, pero en la actualidad consideran que la situación ha cambiado y los socios muestran una participación muy limitada en actividades de gestión interna y de representación de la Asociación ante otras entidades en la comunidad. Desde su experiencia, los socios muestran una actitud dispuesta a recibir todos los beneficios posibles derivados de la Asociación y a exigirle un trabajo de calidad, es decir, sienten que la solidaridad se ha ido perdiendo con los años y en vez de ello, se ha instalado una actitud individualista donde cada persona exige para sí misma los beneficios, pero no está dispuesta a retribuir a la Asociación la colaboración ofrecida más allá del pago de su cuota de asociado.

“...hemos estado con lo de la semana contra la Violencia de Género y ha habido conferencias de todo tipo, como asociación teníamos una invitación para acudir, fuimos tres en representación de la Asociación, muy poquitas, para que entiendas como está la cosa...” (12.156.1). “...en la práctica las socias no quieren participar en nada, ellas lo único que quieren es cosas gratis, bien hechas, muy lúdicas y muy bonitas pero gratis!, pero que se ocupen otros!, entonces no hay la conciencia que había hace unos años de asociación, de un poco doy y recibo...” (12.155.1).

Esta situación se repite con las familias de los socios y consideran que dentro de sus necesidades más apremiantes también están aquellas relacionadas con alcanzar mayor participación de los familiares de los socios. Han observado que esta situación no solo ocurre en su Asociación, porque en otras asociaciones señalan la misma experiencia y aunque pueden cuestionar el peso de sus actuaciones, consideran que la escasa participación de los familiares responde a la negativa de éstos participar, a que el sentimiento de asociacionismo ha avanzado poco, y no tanto a la falta de acciones por parte los directivos de estas entidades. No obstante, los agentes de asociaciones han desarrollado estrategias para que las personas acudan a las actividades que organizan, como llamadas, invitaciones, actividades más atractivas y la sensibilización, al explicarles la necesidad e importancia de colaborar en las actividades que organiza la Asociación y sumar esfuerzos que mejoren los

servicios que se brindan en esta entidad, pero al parecer aún no han logrado un éxito en este tema.

“...La más urgente como Asociación es la participación de los familiares y la concienciación de la gente de que una Asociación es un sitio, donde la gente que tiene un problema debe participar a través de la demanda lógica y civilizada, hacer que los servicios se mejoren, porque los servicios tienen muchísimas carencias... (9.122.1). “...por más llamamientos, por más atractivos que les hemos tratado de decir y la necesidad de se implique, de que es conveniente, pues al final de cuenta la gente decide no participar, no ocurre aquí solo, todas las asociaciones nos quejamos de los mismo!... (9.123.3). “...se han involucrado muy poquitas personas, muy poquitas familias, entonces el asociacionismo en ese sentido, la verdad es que ha avanzado poco...” (9.124.1).

También señalan que la escasa participación se traslada a los jóvenes debido al poco involucramiento de estos como integrantes y directivos de Asociaciones. Los jóvenes al parecer, participan más en actividades de voluntariado en otro tipo de Asociaciones, y por esta razón no encuentran relevo generacional, lo que propicia que se encuentren personas de edad avanzada dirigiéndolas.

“...somos de una edad ya avanzada y que no hay relevo generacional, los jóvenes no quieren involucrarse!, no quiere decir que los consideremos insolidarios, no!, lo que es ya coger las riendas de una determinada Asociación y de estar participativo como miembro permanente en una directiva, no!...” (9.124.3).

7.3.3.3.2 No se comprende el estigma, el miedo que tiene la gente!

También observan una escasa participación de voluntarios dispuestos a trabajar en la Asociación, lo que atribuyen principalmente al desconocimiento

sobre el tema de las enfermedades mentales y la necesidad de una formación especializada, de las personas que atienden a los pacientes.

En su opinión, la forma en como la sociedad trata a las personas con enfermedades mentales ha cambiado mucho en los últimos años, ya que en otros tiempos, los trastornos mentales fueron asumidos por la sociedad como padecimientos en los cuales se aislaba a las personas y se les internaba en centros especializados de por vida, pero ahora las intervenciones muestran mayor eficacia, la administración pública ha gestionado proyectos de ley como la abolición de manicomios, que han mejorado la situación de los colectivos con enfermedades mentales y les ha facilitado la oportunidad de integrarse a la sociedad en la medida de sus posibilidades.

“...los enfermos mentales estaban en los manicomios, donde aparcaban al enfermo y ahí se quedaría de por vida, sin ninguna rehabilitación, después se ha ido avanzando muchísimo en los últimos años, y son de una eficacia, que comparada con las anteriores ha mejorado muchísimo...” (9.122.2). “...se ha entendido que un enfermo tampoco puede estar encerrado en un manicomio porque es condenarlo de por vida, tiene que estar abierto conforme la posibilidades que le van surgiendo, tiene que irsele abriendo camino para su inserción e integrarse en la sociedad y eso no ocurría, con la Ley General de Sanidad, los manicomios quedaron abolidos y se crearon una serie de recursos, que abrían el enfermo a la sociedad para que se fuera integrando...” (9.122.3).

Por un lado, desde la experiencia de estos agentes aún prevalece en nuestra sociedad un limitado conocimiento sobre las enfermedades mentales, lo que favorece el temor a estas y a no saber desenvolverse en este medio, elementos que terminan por disuadir a los voluntarios a colaborarles , a diferencia de lo que ocurre en Asociaciones que se ocupan de enfermedades degenerativas en las que a pesar de que se exige un mayor esfuerzo físico, se encuentra un mayor número de voluntarios dispuestos a colaborar; y por lado, el hecho de que sean los servicios sociales los encargados de atender las

necesidades de las personas con trastornos mentales le da al abordaje de su padecimiento un carácter de tipo benéfico, situación que a su juicio no debería de ocurrir porque quien debería encargarse de personas con enfermedad mental, son los responsables de sanidad.

“...y no se comprende el estigma de esta enfermedad, el miedo que tiene la gente un poco a no saberse desenvolverse en este medio, yo lo justifico ahí, que si fuera otro tipo, por ejemplo en Esclerosis Múltiple, tienen una cantidad de voluntarios enorme, van a tener que trabajar mucho porque esas personas tienen un grado de impedimento a su movilidad natural (...) y sin embargo ahí si hay mucho voluntario, no les da miedo arremangarse y ayudar físicamente...” (9.125.3). “...muchos de los servicios se dan a través de los servicios sociales!, es para que sanidad le preste apoyo y todas las atenciones que sean necesarias, no a través de los servicios sociales!, que son una cosa, ahí un poco benéfica y no tiene porqué ser así...” (9.123.2).

8. DISCUSIÓN

8.1. Aspectos sobre los que saben los agentes sociales en relación a su experiencia en intervenciones en promoción de la salud

8.1.1 La salud y la promoción de la salud desde la perspectiva de la enfermedad

8.1.1.1 Promoción de la salud como tarea esencial de la medicina e historia natural de las enfermedades

Las intervenciones en promoción de la salud para los agentes sociales representan una actividad de la medicina que incorpora tareas preventivas, curativas y de rehabilitación. Esto recuerda la concepción de Henry E. Sigerist (1891-1957) expuesta en la primera mitad del siglo XX, donde la prevención de las enfermedades, la curación, la rehabilitación y la promoción de la salud, formaban parte de las “cuatro tareas esenciales de la medicina” y la promoción de la salud implicaba la mejoría en las condiciones de vida de la población por medio de instrumentos como la educación sanitaria y las acciones del Estado (Restrepo et al., 2001).

Como el propósito de estas intervenciones para los agentes sociales es principalmente preventivo, es decir, sus intervenciones en promoción de la salud giran en torno a un eje que consideran fundamental, la prevención, sus esfuerzos se concentran en implementar acciones que intentan neutralizar la enfermedad, esto es, tratan de impedir la aparición de nuevas enfermedades (el caso de los profesionales de atención primaria y ayuntamientos), proveer la curación y limitar el daño (el caso de atención primaria), o rehabilitar al paciente cuando el daño ha alcanzado cierta extensión en el organismo (personal de atención primaria y asociaciones).

Este propósito predominantemente preventivo, asemeja en gran medida al modelo de la “Historia natural de las enfermedades” descrito por Leavell y Clark, en el cual, cada una de estas intenciones se corresponde con la prevención primaria, secundaria y terciaria respectivamente, y la promoción de

la salud formaba parte de cinco acciones preventivas (promoción de la salud, protección específica, reconocimiento temprano-tratamiento oportuno, limitación de la discapacidad y rehabilitación), con la idea de dirigir intervenciones hacia los comportamientos de los individuos y obtener como resultado un cambio en sus estilos de vida a fin de mejorar la calidad de vida de las personas (Clark, 1954).

En este sentido, las intervenciones en promoción de la salud de los agentes sociales coinciden en el propósito, los resultados y fines esperados, al igual que fueron descritos en el modelo de “La Historia Natural de las Enfermedades” propuesto por dichos autores en la segunda mitad del siglo XX. Esto sitúa el quehacer de estos agentes, su concepción de salud y de promoción de la salud, desde el enfoque de la enfermedad, que a su vez determina una forma particular de abordar los problemas de salud, con intervenciones y resultados que corresponden a una forma específica de entender la salud y que desde la perspectiva de otros investigadores, el aceptar cierto concepto o posición frente a la salud, implica dirigir ciertas intervenciones sobre la vida de los sujetos y redefinir el espacio donde se “ejerce el control administrativo de la salud de los individuos” (Caponi, 1997).

No obstante, aunque los agentes sociales desarrollan sus acciones en promoción de la salud dentro del quehacer de la medicina, es decir, en un ámbito sanitario o biomédico, los agentes sociales del ayuntamiento en mayor grado y los de atención primaria y asociaciones en menor grado, implementan acciones en donde colaboran con otros agentes sociales, otros colectivos e intentan que las personas cuenten con recursos propios para mejorar su vida; en este sentido, aunque su quehacer parte en forma predominante desde el enfoque de la enfermedad o enfoque tradicional biomédico, han ido incorporando, especialmente los profesionales del ayuntamiento, otros conceptos del enfoque biopsicocial o integral-holístico de los determinantes del estado salud-enfermedad (Rodríguez Artalejo et al., 2000).

8.1.1.2 Confusión sobre el uso del término “promoción de salud”

La promoción de la salud es una expresión frecuentemente mencionada pero a menudo descrita en términos de enfermedad e históricamente también se ha concebido como un término “sombrija” que es sinónimo e intercambiado por la Educación para la Salud, por el enfoque de cambio en los estilos de vida y de conducta, particularmente entre los profesionales de enfermería y primariamente entendido como una forma de “mercadeo o vender” la idea de salud y consejos saludables a los pacientes (Macleod Clark y Maben, 1998).

Aunado a esto, la mayoría de estudiantes sanitarios reciben una formación académica sustentada en modelos de promoción de la salud de tipo médico y educativo, confinados a una salud física, que indica la necesidad del uso de nuevos paradigmas mas progresistas, ya que la forma en como los profesionales de enfermería entienden el concepto de promoción de la salud es crucial en su práctica, porque este personal está llamado a tomar un papel preponderante en promoción de la salud, y por ello es vital que estén mas expuestos a una teoría que va más allá de las actividades de la medicina relacionadas con la prevención y curación de las enfermedades (Macleod Clark y Maben, 1998).

Bornstein y Stotz (2008), hicieron una revisión de más de 500 artículos sobre los conceptos que intervienen en los procesos de trabajo y formación de agentes sanitarios en el marco de reforma de un modelo tradicional de atención a la salud y orientado desde los servicios curativos de enfermedades, hacia uno que privilegia la atención en la familia, su entorno físico y social. Entre sus hallazgos resalta que las responsabilidades de estos agentes normalmente tienen un marcado carácter biomédico, con un nivel de actuación predominantemente individual, y aunque se mencionan las acciones educativas y colectivas, éstas últimas no quedan claramente definidas para los agentes (Bornstein y Stotz, 2008; Nunes, Trad, Almeida, Homem y Melo, 2002).

En otro estudio cualitativo con 31 enfermeras en Fortaleza, Brasil, señala que en su discurso, la promoción de la salud se entiende como el establecimiento de medidas preventivas y curativas, centradas en el proceso de la enfermedad y que reflejan más las prácticas habituales de su lugar de trabajo, es decir, las prácticas en promoción de la salud estaban guiadas por un modelo biomédico, con la aplicación de procedimientos para la prevención y curación de enfermedades (Aguiar et al., 2012). Estos resultados apuntan hacia la existencia de una confusión entre los conceptos de promoción y prevención (promoción de la salud y prevención de las enfermedades), en donde la aplicación de la promoción de la salud parece estar limitado a seguir las reglas y rutinas de la estructura de su lugar de trabajo, medidas dirigidas a la enfermedad, sin la posibilidad de ofrecer una atención que promueva la salud en una concepción más amplia, que tome en cuenta otros aspectos como el psicológico, social, cultural y el trabajo interdisciplinario, y no solamente el biológico (Aguiar et al., 2012).

Otros autores consideran que la existencia de una “confusión en el uso del término promoción de salud”, es atribuible en parte a la publicación del informe en 1979 llamado: “Gente saludable: Informe del Cirujano General sobre la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad” (*Healthy People: The Surgeon-Generals Report on Health Promotion and Disease Prevention*), en el cual, la promoción de la salud se definió en términos de “estilos de vida” y la prevención de la enfermedad como la “protección de la población de los riesgos ambientales” (Restrepo, 2001). Este planteamiento ha favorecido la concepción de la promoción de la salud hacia un papel dirigido de forma preponderante, al cambio de estilos de vida, que ha influenciado a su vez las acciones en promoción de la salud en el ámbito de las organizaciones sanitarias (Terris, 1992; citado por Restrepo, 2001).

Por otro lado, unos se preguntan si la promoción de la salud es “una ciencia, una disciplina o una política” (Restrepo et al., 2001), otros plantean si es “un concepto, un principio, una perspectiva, una estrategia, una meta, un movimiento o una fuerza social” (WHO, 1984). Algunos la consideran como una “disciplina académica” cuyo marco *teórico-práctico* se nutre de otras

disciplinas como la Política Social, la Educación, la Sociología, la Psicología, la Epidemiología, la Comunicación, el Mercadeo Social, la Filosofía y la Economía, lo que genera a su vez, una nueva disciplina con identidad propia, o síntesis más potente, capaz de generar “bienes sociales” de la forma más efectiva, ética y equitativa posible (Restrepo et al., 2001).

Finalmente para otros, la promoción de la salud constituye una nueva forma de desarrollar la salud pública, también llamada “Nueva Salud Pública”, que toma los conceptos, estrategias y métodos de la promoción de la salud, con un rasgo distintivo, caracterizado por la participación de profesionales en diversos campos de conocimiento, que difunden una nueva forma de actuar para lograr una mayor justicia social (Kickbusch, 2007).

8.1.1.3 Formación desde la práctica de la biomedicina

En su formación, muchos agentes sociales asumen la responsabilidad de dominar ciertos conocimientos y prácticas de la biomedicina que consideran mejor valorados que el conocimiento popular y les confiere mayor prestigio social (Bornstein et al., 2008; Nunes et al., 2002). Los materiales para apoyar el proceso de formación de estos agentes incluye un concepto de salud muy amplio que incluye cuestiones relacionadas con vivienda, trabajo, educación, ocio, cultura, el medio ambiente, la tierra, la participación popular, solidaridad, los principios del Sistema Nacional de Salud, los conceptos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud; sin embargo, el concepto de riesgo asociado a la enfermedad, es clave en la formación de estos agentes y se observó su presencia en los manuales de entrenamiento, de forma que la identificación de riesgos es la primera de las acciones sugeridas para estos agentes y en el diagnóstico de la comunidad se habla de individuos, familias, grupos en situación de riesgo, y que estos serán el objetivo prioritario de los servicios sanitarios (Bornstein et al., 2008).

El concepto de riesgo asociado a la enfermedad, se encuentra estrechamente relacionado con los cambios en los patrones de morbilidad y

mortalidad experimentados por la población de países desarrollados en la segunda mitad del siglo XX, donde una sola causa no podía explicar el nuevo patrón epidemiológico de las enfermedades crónicas y fenómenos como los accidentes de tráfico y los epidemiólogos empezaron a utilizar un concepto más amplio de causalidad, basado en las “*probabilidades (riesgo) de la ocurrencia de una cosa (estado de salud o enfermedad) asociada con la ocurrencia de otra (factor de riesgo)*”; así, en los accidentes de tráfico, la bebida alcohólica en los conductores puede tomarse en cuenta, pero no es suficiente como causa que lo explique en su totalidad, de este modo, constituye un factor de riesgo dentro del fenómeno de los accidentes de tráfico, que se corresponde con el modelo de “causa múltiple-efecto múltiple, el cual fue adoptándose a partir de la década de los setenta para ampliar la explicación de la salud y la enfermedad en la población (Dever, 1984).

Bornstein et al., (2008), demuestran que en la práctica profesional de los agentes en salud, se han establecido dos dimensiones claramente definidas, una de tipo técnico relacionada con los servicios asistenciales a los individuos y familias, prevención de enfermedades y seguimiento de problemas específicos, así como, la dimensión política, donde la salud se entiende en un contexto más amplio, e incluye la organización de la comunidad y la transformación de las condiciones de vida. Señalan que estas dos dimensiones, técnica y política, representan un conflicto permanente para los agentes comunitarios, porque por un lado, manifiestan una falta de herramientas y conocimientos para brindar un enfoque basado en la familia que evalúe sus condiciones de vida, y por otro, el agente sanitario tiene dificultad para conciliar su rol de actividades asistenciales, destacado por el servicio asistencial curativo y las de organizador social, donde se trata de identificar las necesidades de la comunidad en su conjunto; aunado a lo anterior, otros estudios resaltan que los conflictos que se presentan en los agentes comunitarios no derivan de descripciones contradictorias de sus funciones, sino por las diferencias en las concepciones de la dimensión política, de cómo la salud puede ser promovida en el espacio entre la organización comunitaria y los sistemas asistenciales curativos (Bornstein et al., 2008),

Se conoce propuestas que han pretendido educar al personal sanitario para impulsar la promoción de la salud en todos los niveles, en este sentido, en 13 distritos de Inglaterra fue introducido como prueba en 1989 y ampliado en 1992 a otras localidades, el “Proyecto 2000”, cuyo objetivo a pesar de la confusión de los términos, constituía la mayor innovación en educación para enfermería y una reorientación a gran escala en el entrenamiento de estos profesionales más allá de las instituciones de educación superior, donde los estudiantes de enfermería desarrollaran su práctica no solo en entornos clínicos de instituciones sanitarias, sino también en entornos comunitarios, con un currículum más dirigido hacia la salud y un énfasis sobre las personas como miembros de una amplia sociedad (Macleod et al., 1998).

Según Macleod et al., (1998), en el marco de este proyecto se reconoce que las aproximaciones utilizadas para enseñar la promoción de la salud, enviaban a los estudiantes por la perspectiva individualista, por el enfoque de “culpabilizar-victimizar” a los pacientes y por la ruta del cambio en los estilos de vida, mientras que los aspectos políticos y económicos eran ampliamente excluidos de cualquier definición de promoción de la salud, y ésta se incluía dentro de la etiqueta del enfoque “holístico”, sin ser una competencia solicitada para el personal de enfermería, el ser mas activos políticamente. Aunado a esto, aquellos profesionales de enfermería que no habían sido entrenados sobre los aspectos del “empoderamiento y el cabildeo político” que implica la promoción de la salud, podían experimentar una gran frustración al tratar de entender e integrar los determinantes socio-económicos de la salud a través del enfoque holístico.

Otros hallazgos apuntaron que para muchos agentes sociales, la promoción de la salud estaba confinada a un tipo de educación para la salud y ambas fueron relacionadas con los estilos de vida y un enfoque individualista; además el conocimiento de los estudiantes reflejaba el conocimiento de sus profesores, los cuales no demostraban un conocimiento de las implicaciones a nivel político, porque se concentraban sobre la base de los estilos de vida y el dar información para cambiar la conducta, por lo que estos autores concluyen que la promoción de la salud era pobremente entendida y pobremente

enseñada debido a un escaso entendiendo del cuerpo de conocimientos de la salud y la promoción de la salud, por educadores de enfermería (Macleod et al., 1998).

Estos mismos investigadores encontraron que en los centros educativos donde la promoción de la salud era enseñada por profesionales con un rol “generalista” más que un especialista clínico, aquella era mejor integrada por los estudiantes; así mismo, cuando ésta era vista como una actividad integrada a la práctica, el potencial de este importante rol para el personal de enfermería era mejor realizado. En este sentido señalan que la promoción de la salud debe ser integrada al currículo de los estudiantes con un pensamiento crítico y una práctica reflexiva, dos de los aspectos que son cruciales para que estos estudiantes alcancen todo su potencial como promotores de salud.

La implementación de programas que traten de reorganizar la práctica en salud, no se traduce necesariamente en un cambio en la atención sanitaria, evidenciado que no se logra conseguir aún, los objetivos de algunas reformas que tratan de reorganizar y reorientar los servicios sanitarios, que en otros factores, pueden atribuirse a la diferencia entre el “discurso de cambio” y las prácticas de cuidado sanitario, así como el hecho de que el énfasis en el cambio de los modelos biomédicos se centra en las formas de organización, control y estandarización de los procesos de trabajo, pero sin tomar en cuenta que es necesario promover la comprensión de los nuevos profesionales, en relación con sus funciones y el contexto en el que operan para que puedan cambiar sus practicas, así como, la relación con las representaciones sociales de la salud, la enfermedad, y la curación de la población y los profesionales sanitarios, incluyendo las dimensiones biopsicosociales y el “proceso de la salud y la enfermedad” (Bornstein et al., 2008).

Aunque se ha argumentado que sin un amplio contexto social y político apoyando la educación del nuevo personal sanitario, el éxito del significado más amplio de la promoción de la salud puede ser difícil de alcanzar, los gobiernos fallan en incluir determinantes amplios (o socioeconómicos) de la salud y prefieren la adopción de la aproximación “culpabilizar-victimizar”, esto

es especialmente evidente en documentos políticos como la Salud de la Nación (1992), donde se continúa enfatizando la responsabilidad individual por la salud (Macleod Clark et al., 1998).

8.1.1.4 Educación para la Salud como forma de operacionalizar las intervenciones en promoción de la salud

La palabra del inglés “*Operationalize*”, traducido al español habitualmente como “operacionalizar”, refiere al “proceso de definir un concepto con el fin de *hacerlo medible* para entenderlo en términos de observaciones empíricas”; también puede ser entendido como “aplicación práctica, puesta en marcha o llevar a cabo” (TheFreeDictionary.com, 2012).

En este sentido, se han descrito estudios en los que tanto la definición como la práctica de la promoción de la salud por parte del personal de enfermería, están definidos en términos de la Educación para la Salud, es decir, la forma de operacionalizar o poner en marcha la promoción de la salud, es a través de la transmisión de información de forma aislada a los individuos, así como desarrollar actividades para la prevención de enfermedades (Whitehead, 2011); esto ocurre porque su interpretación de las intervenciones en promoción de la salud están influenciadas por los diagnósticos y regímenes de tratamientos orientados biomédicamente (Kelley y Abraham, 2007; Berg et al., 2005; citado por Whitehead, 2011).

Aunque la promoción de la salud en su concepción establecida en la Carta de Ottawa es considerada más cerca de la salud y en un nivel socio político mas amplio (OMS, 1986), en el contexto de los profesionales sanitarios tradicionales se ha conceptualizado como una “Educación para la Salud extra” que reconoce el hecho de que, el brindar información, la enseñanza de habilidades para la vida y el “autoempoderamiento” ofrecida por los educadores en salud, requieren complementarse con la promoción de la salud a través de medidas sociales y ambientales; en estudios sobre la formación que reciben el personal de enfermería, la distinción entre los términos Educación para la salud y Promoción de la Salud, evidencia una escasa

claridad entre estos profesionales, como también entre los estudiantes quienes permanecen confundidos sobre sus significados; fenómeno que no es algo nuevo, porque estudios anteriores han demostrado que el profesional tradicional de enfermería también tiene un escaso entendimiento de la diferencia entre estos conceptos (Macleod et al., 1988).

La promoción de la salud ha sido comprendida por los agentes sanitarios casi por completo como una actividad de consejo sobre estilos de vida, con un consiguiente enfoque individualista, aunque, en recientes análisis sobre el concepto de promoción de la salud, se identificó la naturaleza cambiante de la comprensión de la promoción de la salud entre un paradigma tradicional y uno nuevo de la salud, que implica un enfoque más amplio; no obstante, la Educación para la salud es a menudo definida como una actividad más estrecha dentro de la promoción de la salud, que implica dar información, enseñar y desarrollar actividades con los individuos (Macleod et al., 1988).

Algunos autores evidencian que para el personal de enfermería, los conceptos de promoción de la salud y Educación para la Salud, a menudo “significan la misma cosa” (Jackson, 2007; citado por Whitehead, 2011), son “interdependientes” (Whitehead, 2004; citado por Whitehead, 2011), son frecuentemente intercambiados y en muchos casos, no observan diferencias entre ellos (Northrup y Purkis, 2001; Kulbok et al, 1997; Morgan y Marsh, 1998; Shields y Lindsay, 1998; Smith et al, 1999; Gonser y McGuinness, 2001; Whitehead, 2001; Reeve et al, 2004; Cruz, 2005; de Rush et al, 2005; Casey, 2007; Irvine, 2007; citados por Whitehead, 2011).

Este mismo autor considera que las razones que sustentan este fenómeno se deben en parte a la vigencia de modelos biomédicos que limitan la visión y el campo de acción de la enfermería, lo que es apoyado por trabajos de otros investigadores que señalan una práctica de la enfermería influenciada por un ambiente clínico, conceptos médicos (Chambers y Thompson, 2008; citado por Whitehead, 2011) y a menudo determinada por marcos biomédicos que conducen a actividades en promoción de la salud menos amplias y menos holísticas (Scriven, 2005; citado por Whitehead, 2011).

Por otro lado, otros estudios señalan que aunque el concepto de promoción de la salud para enfermería ha evolucionado, su definición es aún muy amplia (Morgan y Marsh, 1998; citado por Whitehead, 2011), muy genérica o “poco específica” (Berg y Sarvikäki, 2003; citado por Whitehead, 2011), y aún persiste una falta de claridad conceptual que vincule la teoría con la práctica en promoción de la salud (King, 1994 y Delany, 1994; citado por Whitehead, 2011). Todo esto se complementa con el hecho de que estos profesionales son a menudo “distráidos” por las demandas de un sistema autómata, que privilegia la información obtenida de la tecnología, por encima de aquella que proviene de las experiencias de salud de los pacientes (Barnard y Ward, 2008; citados por Whitehead, 2011).

El personal sanitario que se ha considerado como “experto” o con mayor experiencia, tienen más claro lo que es la promoción de salud y cómo se desarrolla en la práctica, en contraste con aquel personal operativo que a menudo “no sabe o no comprende el significado y el contexto de la promoción de la salud” (Wills, 2007; citado por Whitehead, 2011). Esto se ve reforzado por una carencia de descripciones prácticas en cuanto a lo que constituye la actividad de promoción de la salud y como ésta debe aplicarse en la práctica (Caelli et al, 2003; citado por Whitehead, 2011). En otro estudio sobre la percepción de la promoción de la salud en enfermería, se observó que las intervenciones en promoción de la salud fueron vistas como una “aproximación no formal de consejos generales sobre salud” y se pasó por alto su papel socio-político, lo que supone en ambos casos, una desventaja para estos profesionales (Piper, 2008; citado por Whitehead, 2011).

8.1.2 Integralidad, equidad y cuidado en salud

8.1.2.1 Visión y abordaje fragmentado de los problemas frente a la integralidad

Almada y López (1980) advierten en la compilación de ensayos escritos por Milton Terris (1987), una actitud reduccionista que ha dominado el discurso

en salud desde hace varias décadas; una reducción “biologista” cuando se atribuye la enfermedad y sus expresiones a los hechos esencialmente biológicos, una reducción “individualista”, cuando se asume que la suma de comportamientos individuales son los responsables de los cambios en la situación de salud o una reducción “tecnológica” cuando se atribuye la resolución de problemas sanitarios asistenciales en el uso de herramientas, instrumentos técnicos y métodos de organización (Terris, 1987). Estos autores también señalan que aunque los tres últimos siglos han significado una creciente diversificación y especialización, especialmente en el campo intelectual, que ha permitido profundizar en el conocimiento y alcanzar una mayor comprensión de diversos fenómenos, también se ha experimentado una pérdida del “enfoque de conjunto”, particularmente cuando se analizan los fenómenos de salud y enfermedad en la población, lo que se manifiesta en la práctica con la tendencia a la “fragmentación de los fenómenos estudiados” y un abordaje parcializado o sectorial de los problemas de salud.

Detrás de algunas de las deficiencias en la organización de los servicios asistenciales sanitarios, como el aumento en los costos, la baja calidad, la desigualdad y la ineficacia, está el problema de la fragmentación, entendida como “el actuar sobre las partes, sin apreciar adecuadamente su relación con el todo” (Stange, 2009). Este mismo autor describe algunos estudios en los que para entender hechos complejos, se parte del análisis de sus partes: “aislando, partiendo y manipulando los componentes de sistemas físicos, biológicos, y humanos” (Foucault, 1975; citado por Stange, 2009), lo que se ha traducido en grandes adelantos en los campos de la biología, física y organizaciones humanas, entendiendo los sistemas complejos a partir del estudio de sus partes (Williams, 1997; Wolfram, 2002; Stacey, 1996; Lenski, 2006; citados por Stange, 2009). No obstante, el problema no reside en el análisis “fragmentado” de las partes de un sistema complejo, sino en la incapacidad de personalizar, priorizar e integrar la información que deriva del análisis de las partes que integran un sistema o problema complejo (Plsek et al., 2001; Kernick, 2004; Sweeney, 2006; Engel, 1977; Borrel-Carrio et al., 2004; citados por Stange, 2009).

Según Stange (2009), la fragmentación, sin una posterior integración, puede incluir intervenciones “*bien intencionadas*”, que algunas veces conllevan a consecuencias imprevistas que empeoran los resultados (May, 2001; citado por Stange, 2009); la eficiencia de la atención sanitaria requiere la capacidad de poder personalizar y priorizar análisis basados en “el conocimiento de los detalles” (Woolf, 2005; citado por Stange, 2009), pero sin olvidar el contexto de las personas, la comunidad y el sistema como un todo (McWhinney, 1989; citado por Stange, 2009). Este investigador señala que la falta de sensibilización en el mundo sobre la necesidad de un marco integrador, la necesidad de control, los abordajes parcializados a los problemas, los incentivos a corto plazo, el pago por “objetivo cumplido” (Doran et al., 2006; citado por Stange, 2009) y la configuración fraccionada de la evidencia científica actual (Fortin et al., 2006; citado por Stange, 2009), son solo algunas razones para que se privilegie los abordajes fragmentados sobre aquellas aproximaciones más integrales en el análisis de los problemas.

Se argumenta que el asunto de la fragmentación en el campo de los servicios asistenciales sanitarios, puede favorecer esquemas de corte “mercantilista” (Stange 2009), en donde algunos programas sanitarios ponen una mayor atención a la enfermedad y menos en la experiencia personal y contextual del padecimiento; los sistemas de información están apoyados sobre la evidencia de enfermedades individuales, más que en la integración del conocimiento sobre prevención, condiciones mentales y de morbilidad (Geyman, 2007; citado por Stange, 2009); los especialistas, el comercio de fármacos, los hospitales y las agencias de servicios, están más interesados en desarrollar sus “bien remunerados” servicios, sin considerar el efecto general sobre los sistemas, las personas, o los costos de oportunidad sobre los determinantes sociales de la salud, como educación y empleo (Fortin et al., 2005; Fortin et al., 2006; Fortin et al., 2007; Stange et al., 1998; Starfield, 2006; citados por Stange, 2009).

Los usuarios de sistemas sanitarios en donde se ofrecen soluciones a partir del análisis de una parte de su realidad, es decir fragmentado, están más insatisfechos con los servicios ofrecidos (Stange, 2009), y el personal de estos

servicios puede experimentar una “frustración compartida” ante el fracaso que representa las “repetidas intervenciones fragmentadas” que intentaban resolver un problema; así mismo, la práctica de soluciones aisladas se opone al desarrollo de un sistema sanitario de atención más personalizada, más equitativa, priorizada e integrada, porque cuando solo se ve las partes, se corre el riesgo de “desconectar” con la totalidad y perder la capacidad de encontrar acciones adicionales que se dirijan hacia una mayor mejora. (Schoen et al., 2007; citado por Stange, 2009).

El progresivo reconocimiento de que fuera de los servicios asistenciales sanitarios se “*producen acciones que inciden en la salud*” (López Fernández & Aranda Regules, 2003) ha favorecido las reflexiones sobre la responsabilidad que tienen otros colaboradores en los resultados del estado de salud de una población determinada; en este sentido, la Carta de Ottawa ya había establecido que para “proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su potencial de salud”, se requiere la acción coordinada de todos los sectores responsables del estado de salud de la población (OMS, 1986).

En este documento se definió la salud como un concepto que trasciende los estilos de vida saludables y se hizo un llamado para considerar la responsabilidad de llevar a cabo esta tarea no solo por el sector sanitario, para el cual resultaría imposible proporcionar todas las condiciones previas y asegurar las perspectivas favorables para la salud, sino que requiere la coordinación de acciones con otros sectores de la sociedad, como los gobiernos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria, los medios de comunicación, el sector económico y el sector social como individuos, familias y comunidades (OMS, 1986).

Según esta perspectiva, el papel de los individuos sanitarios es “*actuar como mediadores*” entre los obstáculos y como facilitadores del proceso de salud y específicamente en la PS, así como asumir el aspecto “remodelador” en la relación de su rol sanitario y el entorno, a través de la estrategia de “*Reorientación de los Servicios Sanitarios*”, la cual trata de integrar las

actividades promotoras de salud con aquellas clínicas, habituales del ámbito sanitario, en la oferta servicios de atención primaria y la coordinación de estas responsabilidades con los “*individuos, grupos comunitarios, instituciones y gobiernos*”, así como con los “*sectores sociales, políticos y económicos*”, trabajando todos estos colaboradores, en conjunto por la consecución de un sistema de protección de la salud. La *colaboración* intersectorial permite lograr resultados en materia de salud con una mayor eficacia, eficiencia y sostenibilidad, en comparación con las que de desarrollan por un sector que actúa de forma aislada (Nutbeam, 1998b).

Algunos autores señalan que el cambio de un enfoque fragmentado de los problemas sanitarios, que aborda a las personas como órganos, sistemas o “trozos” de un individuo enfermo, a un enfoque integral que “humanice” la atención y observe al usuario como un ser integral, sujeto de respeto y consideración, son los principios que deben guiar todas la intervenciones en salud, basados en el concepto de integralidad; este cambio asume replantear aspectos relacionados con el proceso de planificación del trabajo y su práctica cotidiana, así como el conocimiento y prácticas que tiene el personal sanitario relacionado con el concepto de salud y el abordaje de los problemas de salud (Fracolli, Zoboli, Granja y Ermel, 2011).

El término “integral” (del latín *Integrālis*) es un adjetivo que hace referencia a lo que es “*total o global*”; total como adjetivo que contiene a “*general, universal y que lo comprende todo*” y global como el adjetivo que incluye “*tomado en conjunto*” (Real Academia Española, 2008). Organismos internacionales como la OMS y nacionales como el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, establecen que una aproximación “integral” de la salud implica que todas las organizaciones de la sociedad, cuyos sistemas y estructuras se relacionan con las condiciones sociales, económicas y del entorno físico, deben prever el impacto e implicaciones de sus actividades en la salud y el bienestar de los individuos y colectivos que la conforman; además de ofrecer servicios de alta calidad, incorporan los objetivos de la promoción de la salud consignados en la *Carta de Ottawa*, es decir, desarrollan una estructura y cultura organizativa de promoción de la salud que incluya la participación no

solo de los agentes sanitarios sino también de los colectivos a los que sirven, transformándose en “un entorno físico que promueve la salud y coopera activamente con su comunidad” (Nutbeam, 1998b).

Fracolli et al. (2011), realiza una revisión de la literatura en relación al término “integral”, el cual parece contener múltiples referencias según el contexto y objetivos de la entidad que lo emite; así, es visto como un principio que considera las dimensiones de los usuarios (biológica, cultural y social), los lineamientos políticos y acciones sanitarias capaces de abordar las demandas y necesidades de la población y facilitar su acceso a la red de servicios asistenciales, es construida en la práctica de los equipos sanitarios “con y dentro” de los servicios sanitarios (Silva, 2008; citado por Fracolli et al., 2011); también se ha relacionado con el movimiento de “medicina integral” y vinculado con una actitud deseable en los médicos, caracterizada por el rechazo a reducir a las personas a un sistema biológico que produce sufrimiento y por tanto, quejas de los usuarios del sistema asistencial sanitario (Mattos, 2001; citado por Fracolli et al., 2011).

El principio de integralidad también ha surgido como una crítica a la disociación entre las prácticas preventivas y las asistenciales curativas, cuando aquel es entendida como “un continuo y conectado conjunto de acciones preventivas y curativas, a nivel individual y colectivo, así como en los diferentes niveles de complejidad de los servicios del sistema sanitario” (Mattos, 2003; citado por Fracolli et al., 2011). Pero en la práctica, se ha expresado el “abordaje integral” de una forma particular, como el encuentro entre personal sanitario y el usuario, en donde el primero considera este encuentro como una oportunidad para abordar no solo las quejas por enfermedad manifiesta del usuario, sino que además identifica condiciones sociales y afectivas de su entorno familiar, así como los factores de riesgo de otras enfermedades no implicadas en el motivo de consulta del usuario, que aún no ha reportado o manifestado de forma evidente, de forma que simultáneamente vincula y trabaja con ambos componentes, el preventivo y el de la atención asistencial del usuario (Mattos, 2001; citado por Fracolli et al., 2011).

En adición, la integralidad se ha señalado como un principio de la “organización continua de los procesos de trabajo en los servicios sanitarios”, que busca continuamente mejorar los mecanismos para captar las necesidades de salud de la población, y esta posibilidad emerge con el trabajo de colaboración entre los diferentes agentes, cuyas formas de percibir las necesidades de salud de la población son diferentes (Pinheiro, 2001; citado por Fracolli et al., 2011). En contraste, Fracolli et al. (2011), describe estudios que evidencia la visión fragmentada del personal de enfermería en un centro sanitario cuando abordan los problemas de un colectivo de mujeres, basan sus intervenciones en las quejas físicas de las usuarias, lo que se contrapone al discurso que manifiestan de atención “holística”; los autores concluyen que este personal sanitario trabaja con un enfoque individualista y que los servicios no están organizados para alcanzar la integralidad en la atención sanitaria (Reis et al., 2008; citado por Fracolli et al., 2011).

Según este autor, la integralidad se presenta para el grupo de enfermería estudiado, desde tres perspectivas particulares: 1) como un “abordaje psicosocial”, donde los problemas de salud del individuo surgen a partir de las enfermedades que manifiestan en la consulta y este personal observa no solo la parte biológica de la enfermedad, sino también la psicológica y social que se configura en el individuo: “no solo necesita un vendaje, también conversación, para que la persona con la enfermedad pueda vivir con dignidad y ser feliz”; 2) como un medio para identificar las necesidades y problemas de salud: “el cuidado de todas las necesidades para las cuales las personas buscan soluciones”; 3) por último, como una conexión poco clara, no solo entre las prácticas de promoción de la salud, las curativas y las preventivas, sino que además en el principio de organización de las redes de atención primaria del servicio sanitario y la organización de su trabajo con los otros niveles del sistema sanitario (Fracolli et al., 2011).

8.1.2.2 Enfoque biopsicosocial de los determinantes de salud

A pesar del avance continuo en el conocimiento de los campos biológico, psicológico y social, y que han transcurrido más de tres décadas desde la propuesta del modelo biopsicosocial, este último aún se enfrenta a múltiples retos que moderan su desarrollo, especialmente en el campo médico asistencial, ya que el modelo biomédico no solo continúa vigente sino que según expresan algunos investigadores, se ha “radicalizado la primacía de lo biológico” sobre los otros aspectos que determinan la salud y enfermedad y se ha instalado una especie de “reduccionismo biológico extremo” en las diversas especialidades clínicas médicas, en una versión aún más reduccionista de la que vivió el mismo Engel en el siglo pasado (Tizón García, 2007).

Desde la perspectiva de estos autores, las limitaciones que ha tenido el modelo biopsicosocial parecen responder entre otras razones, a la carga ideológica que supone el dominio de las “grandes corporaciones de tecnología sanitaria”, que a la vez, han impactado en la *capacidad crítica y de autonomía*, tanto de los profesionales sanitarios que laboran en la asistencia sanitaria, como de aquellos que lo hacen en el campo de la investigación; pero también señalan la necesidad de desarrollar el aspecto epistemológico del modelo, en donde se tome en cuenta que el abordaje al conocimiento de cualquier realidad debe incluir el estudio de su *génesis, su estructura y la relación sujeto- objeto* establecida en su aproximación, así como una amplia participación de profesionales, políticos y población en su reformulación (Tizón García, 2007).

Aunque se ha evidenciado que la ansiedad, la angustia y la depresión son padecimientos que pueden coexistir con enfermedades como la diabetes tipo 2, y solo la depresión puede afectar hasta el 10-20% de estos pacientes, se continúa sin reconocer, tratar y abordar adecuadamente este problema, al prescindir de un enfoque más integral y colaborativo por parte de los profesionales sanitarios que atienden estos pacientes (Pouwer, 2009). En contraste, el modelo de Engel trataba de cambiar la “deshumanización de la medicina y la falta de autonomía de los pacientes” por una profesión sanitaria que abordara a estos no como objetos y a comprender la posibilidad de que la

expresión subjetiva de enfermedad del paciente era susceptible de estudio y prioritario abordar en su tratamiento (Borrell-Carrio, Suchman y Epstein, 2004).

Se ha visto que el modelo biopsicosocial, a pesar de que se popularizó y estandarizó en la enseñanza básica de muchas escuelas de medicina alrededor del mundo, ha quedado relegado a un discurso más del ámbito político que en la práctica clínica cotidiana (Tavakoli, 2009). Sin embargo, otros consideran que la puesta en marcha de este modelo en la práctica clínica es difícil, cuando el personal sanitario crea una separación artificial entre los campos psicosocial y biológico, lo que se contrapone al planteamiento básico del modelo de comprender al ser humano como una unidad con sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales integrados (Gabbard y Kay, 2001). Esto sucede porque el modelo en sí mismo y sus aplicaciones prácticas, han sido escasamente definidas, así como las explicaciones teóricas entre las interacciones de factores biológicos, psicológicos y sociales en la producción de enfermedades (Molina, 1983).

Dowrick et al., (1996), realizaron un estudio con profesionales en medicina para conocer la medida en que su trabajo clínico era consistente con el modelo biopsicosocial (Dowrick, May, Richardson y Bundred, 1996), se evidenció que sus conocimientos y habilidades se dirigían esencialmente a tratar las afecciones físicas en el 76,1% de los casos (agudas como úlceras duodenales y menorragia, y crónicas como asma e hipertensión arterial), el 14% eran problemas de tipo psicológicos (como depresión, ansiedad y alcoholismo), un 7,2% en la categoría de promoción de la salud (con consejos en anticoncepción) y un 2% se ubicaba en la categoría de problemas sociales (como las relaciones disfuncionales).

Estos profesionales consideraron que los problemas como la hipertensión y las infecciones de las vías respiratorias eran apropiados para ser tratados por ellos, en menor medida la depresión y lumbalgia, una situación de ambivalencia para problemas como el abuso sexual, drogas y relaciones interpersonales y en los asuntos relacionados con vivienda, temas espirituales, cuestiones políticas y de derechos, los consideran totalmente

inadecuados para ser abordados por los médicos; en este sentido, los investigadores concluyeron que sería incorrecto asumir que los profesionales en medicina de este estudio trabajaban con un modelo biopsicosocial de salud, por el contrario, los médicos tienen ideas muy claras sobre los límites de su trabajo y se centran en mayor medida, en los problemas físicos y menos en los psicológicos, para categorizar su trabajo dentro de un modelo biológico antes que uno biopsicosocial (Dowrick et al., 1996).

A través de un estudio cualitativo se ha puesto en evidencia en una población holandesa, las necesidades y obstáculos en la implementación del enfoque biopsicosocial que experimentan diversos agentes sociales, entre ellos, profesionales de atención primaria, políticos, representantes de aseguradoras, organizaciones educativas y de investigación, responsables de la atención de personas con enfermedades crónicas; entre sus hallazgos figura el hecho de que los agentes sociales consideraban el enfoque biopsicosocial como parte importante de la atención de las personas en atención primaria, no obstante señalaban la carencia de un enfoque sistémico en la prestación de la atención psicosocial a los pacientes y el uso de este modelo dependía en gran medida de las “habilidades individuales de los profesionales”, en lugar de la existencia de una estrategia bien planificada de atención en salud, con la orientación biopsicosocial (Van Dijk-de et al., 2012).

Tanto los profesionales como los pacientes, tenían dificultad para reconocer cuándo un problema era “psicosocial o de la vida normal de las personas con enfermedades crónicas”, por un lado, algunos profesionales consideraban a los pacientes como receptores pasivos de atención médica, y por otro lado, los pacientes, particularmente los mayores, mostraban la tendencia a buscar a un profesional sanitario como una autoridad y sus expectativas sobre la atención psicosocial en la práctica en general parecía ser muy baja porque pensaban que los profesionales de salud, no tenían tiempo para hacer frente a este tipo de problemas, por lo que recomendaban que ambos reconozcan la responsabilidad de una participación activa para detectar y abordar los problemas psicosociales (Van Dijk-de et al., 2012).

Desde la perspectiva de estos profesionales, las limitaciones de tiempo son obstáculos para incorporar la atención psicosocial en su práctica rutinaria, así como la carga de trabajo relacionados con la consulta clínica; el tratar a los pacientes como personas integrales en su contexto social y personal, implicaba para los profesionales sanitarios, tomar más tiempo para detectar y abordar los problemas psicosociales en los pacientes, además de las otras labores que ya desarrollan de forma habitual como la coordinación con asociaciones, brindar atención preventiva y la coordinación de la atención. (Van Dijk-de et al., 2012).

La incorporación de los aspectos del enfoque psicosocial en las directrices oficiales que utilizan estos profesionales habitualmente en la atención de enfermedades crónicas, representaba una difícil tarea y no los integraban de una forma adecuada; ante esta situación los agentes sociales manifestaban la necesidad de contar con más herramientas que les ayudaran con el diagnóstico y la selección de las intervenciones, así como el seguimiento y la evaluación de la atención biopsicosocial; aunque cuentan con algunos programas de gestión de enfermedades que incluyen la prevención, seguimiento y tratamiento, estos siguen siendo impulsados desde las enfermedades y no por las necesidades del paciente, por consiguiente, señalan la necesidad de dotar a los profesionales con “herramientas adecuadas” para la prestación de una atención biopsicosocial y requieren un sistema integrado de atención primaria, como uno de los pilares de la atención biopsicosocial, que involucrara diferentes vías o protocolos claramente establecidos, así como el trabajo en equipo entre todos los responsables de atención primaria (Van Dijk-de et al., 2012).

Según Van Dijk-de et al., (2012), los agentes sociales responsables de formar a los futuros profesionales sanitarios reconocen su intención ofrecerles un enfoque que integrara las dimensiones biológica, psicológica y social de la enfermedad, pero reconocieron que deben hacer un mayor énfasis para enseñarlos a ver al paciente como una persona en lugar de una enfermedad; concluyen que los profesionales y proveedores de atención a las personas con enfermedades crónicas, tienen la necesidad de ser entrenados para trabajar en equipos multidisciplinarios, competencias de comunicación para aprender a

escuchar y reconocer señales no verbales, e identificar las necesidades psicosociales asociadas a problemas médicos (Van Dijk-de et al., 2012).

Tanto los tutores como los médicos en formación en sus especialidades clínicas, sufren de gran frustración cuando en su práctica cotidiana enfrentan a menudo el modelo biomédico, en el cual han sido formados, frente al modelo biopsicosocial; esto sucede porque al abordar los problemas de salud de un paciente, realizan una fragmentación o separación entre lo biológico y lo psicosocial, encontrando serias dificultades para delimitar los síntomas de un paciente entre lo biológico y lo psicológico, ya que el modelo biopsicosocial según estos clínicos, les conduce a una “debilidad” en el campo de la enseñanza médica, cuando la separación entre lo biológico y lo psicológico parece imposible; esto es referido especialmente en padecimientos como el trastorno bipolar o la esquizofrenia, en donde según ellos, la introducción de variables como la cultural, obstaculizan el progreso de un diagnóstico, tratamiento e investigación de estas enfermedades, que desde su perspectiva, se ajustan bien al modelo biomédico y no al biopsicosocial debido a la evidencia de una herencia y alteraciones neurofisiológicas en ambos padecimientos (Tavakoli, 2009).

Tavakoli (2009), también expresa que otro problema señalado por los profesionales clínicos está relacionado con el significado de los términos que se utilizan en el modelo biopsicosocial y la dificultad para categorizar y dividir la historia clínica, según aspectos sociales (como el espiritual y religioso) o aspectos económicos (como la situación financiera); lo que hace realmente este modelo según su visión, es disuadirlos de incorporar los estados emocionales de los pacientes como parte de la evaluación clínica global, por la confusión en el uso y abordaje de varios términos; según este autor, el modelo biopsicosocial promueve aunque sin intención, una distinción artificial entre la biología y la psicología, lo que favorece aún más la estigmatización de la salud mental y una distinción arbitraria, porque en el última instancia, lo seres humanos somos seres biológicos.

8.1.2.3 Cuidado y aprendizaje.

Los agentes que trabajan en las asociaciones abordadas en este estudio, promueven el cambio en el estilo vida para restablecer una actividad alterada por la enfermedad con el fin de mejorar la calidad de vida de sus integrantes, y para esto favorecen el cuidado de sí mismos, el cuidado de los otros y del entorno donde viven.

Se ha reconocido que las actividades que los individuos y grupos sociales desarrollan por sí mismos con el propósito de resolver sus problemas, constituye un elemento estructural presente en las sociedades humanas y que a diferencia de los servicios y otros recursos médicos asistenciales, aquellos constituyen un factor de larga data en el desarrollo del ser humano; desde una perspectiva antropológica, la enfermedad no solo pertenece al ámbito definido por categorías clínicas, es un hecho interpretado en un sistema cultural, que dirige la vida social, tanto de conjuntos grandes como de los específicos, en una población (Rivera Navarro y Gallardo Pino, 2005).

La OMS ha indicado que los grupos de la sociedad civil como asociaciones, clubes, organizaciones, sociedades y otros cuerpos de acción comunitaria, pueden jugar un importante rol en el desarrollo de la salud, creando un impacto positivo sobre la salud y promoviendo beneficios que desarrollan a las personas como la información, la socialización, la identificación con el grupo, el reconocimiento, el fomento del sentido de la responsabilidad y el deber cívico que impulsa el trabajo por la mejora del entorno, además otros beneficios como disminuir el individualismo, que trae aparejado las relaciones de mercado, y la formación de la identidad en una sociedad cada vez más diversificada (Ziersch y Baum, 2004).

En un estudio llevado a cabo por la OMS, se exploró la relación entre estos grupos de la sociedad civil y su contribución al desarrollo sanitario de las comunidades, entre sus hallazgos figuraba el hecho de que ejercen importantes mecanismos para promover y facilitar la transformación socioeconómica y sanitaria en el nivel local; por ejemplo, indicaron que pueden

promover la atención sanitaria y el desarrollo dentro de los sistemas sanitarios locales, es decir, estas estructuras involucran a las personas en actividades relacionadas con la salud y las organizan a través de diferentes estructuras locales, lo que facilita la participación comunitaria en el desarrollo de su propia salud (Baum y Kahssay, 1999).

Indicaron además, que pueden funcionar como un importante recurso para aumentar el potencial de coordinación entre sectores, mejorar la colaboración en el sector salud y de este con otros sectores como educación, agricultura y planificación rural y urbana, así como favorecer la coordinación de diferentes niveles de gobierno y establecer fuertes vínculos formales e informales con otras organizaciones y estructuras; esto contrarresta la división entre sectores políticos y tecnócratas, la competencia entre organizaciones por los recursos, y la ausencia de compromiso para coordinar de los representantes oficiales; añaden que en el caso del personal sanitario, también facilitan la organización y desarrollo de redes y formas de colaboración, que son significativamente diferentes a los modelos tradicionales de trabajo en el sector salud, en este sentido, impulsan el establecimiento de redes sanitarias locales que posibilitan la planificación sanitaria, el desarrollo de la comunidad y la colaboración efectiva entre sectores, a través de más apoyo político y administrativo (Baum et al., 1999).

En la población local, estos grupos promueven entre sus integrantes, la movilización para participar en actividades sanitarias, una conciencia reflexiva sobre los problemas de salud locales y una motivación para aprender nuevas ideas sobre la salud, como ellos están más cerca, usualmente como parte de la comunidad, las nuevas ideas pueden ser mejor aceptadas que si vinieran de autoridades foráneas; también contribuyen con la educación para la salud local, por ejemplo con campañas para erradicar hábitos tradicionales perjudiciales, favorecen la Información sobre enfermedades transmisibles que prevalecen localmente, la planificación familiar, inmunizaciones y el mejoramiento en el reporte de epidemias; en relación a las estructuras formales sanitarias, los grupos de la sociedad civil también pueden ejercer un importante papel, facilitando la gestión de servicios sanitarios a nivel local, participando en la

identificación de las necesidades comunitarias y toma de decisiones sobre la relación entre servicios preventivos y curativos, toma de decisiones sobre la mejor manera en el uso de los recursos, identificación de problemas de salud ambiental y su trabajo para resolverlos, asistir a las autoridades locales en la planificación y desarrollo de políticas locales en salud, así como facilitar las estrategias de descentralización de los procesos de control, que limitan las oportunidades de desarrollo de las comunidades (Baum et al., 1999).

Otro estudio resalta las acciones de grupos de la sociedad civil en el autocuidado, evidencian que las intervenciones dirigidas por líderes de la comunidad, en lugar de profesionales sanitarios, es una práctica que se extiende cada vez más como forma de promover el autocuidado de las personas con enfermedades crónicas; dicho estudio se realizó en la ciudad de Londres e incluyó la revisión de 17 artículos de ensayos controlados con 7442 participantes y sus reportes señalan hallazgos estadísticamente significativos en reducciones del dolor, la discapacidad, la fatiga y la depresión, así como un aumento en el manejo de los síntomas cognitivos, en el ejercicio aeróbico, la autoeficacia, o confianza para manejar su propia condición, y una mejoría en la percepción del estado general de salud, aunque no hubo diferencias significativas en la utilización de los servicios asistenciales médicos, reducción de las estancias hospitalarias o en su calidad de vida (Foster, Taylor, Eldridge, Ramsay y Griffiths, 2007).

Ziersch et al., (2004), señalan que la gestión de los grupos de la sociedad civil, incluyendo las asociaciones, no solo son positivas en salud por el mayor contacto social que facilitan entre sus participantes, sino porque además promueven su *empoderamiento* a través del aprendizaje de importantes habilidades para trabajar juntos cooperativamente.

8.1.3 Intervención en promoción de la salud: realmente sirve o no sirve

8.1.3 .1 Estudios experimentales: inadecuados, engañosos e innecesariamente caros

Algunos investigadores han afirmado durante mucho tiempo, que el único método aceptable de evaluación en el ámbito clínico son los ensayos controlados aleatorios (ECA) o experimentales (WHO, 2001), los cuales integran al menos cinco elementos como criterios básicos para establecer una relación entre una intervención y los resultados observados, como son una muestra representativa de la población objetivo, la asignación aleatoria de la muestra a los grupos experimental o control, un grupo de “no expuestos” para la comparación, pruebas pre y post-evaluación que valoran los objetivos y los efectos sobre los objetivos de la intervención, respectivamente (Nutbeam, 1998a).

Este tipo de evaluación permite la valoración del cambio, al comparar la situación antes y después de la intervención, y cuando están bien diseñados y ejecutados, se posicionan como el mejor 'patrón oro' para la investigación evaluativa cuantitativa, ya que con una muestra suficientemente grande, se puede eliminar el sesgo y las variables de confusión (Macdonald, Veen, & Tones, 1996); además estos diseños han contribuido en el avance del conocimiento y el aumento de la credibilidad y validez de las intervenciones de promoción de la salud (Nutbeam, 1998a).

No obstante, aunque se ha reconocido el uso extendido de estos estudios en la evaluación de programas de promoción de la salud, los diseños experimentales o cuasiexperimentales tradicionales, han mostrado grandes dificultades para valorar ciertos aspectos, especialmente para captar la complejidad que representan este tipo de intervenciones; la mayoría de estos estudios generan planteamientos que reducen la evaluación a un asunto particular, como por ejemplo el fumado, o a un objetivo específico, como los cambios en ciertos hábitos y conductas, o la implementación en entornos “cerrados o altamente manejables”, como escuelas, centros de salud o de trabajo; en el caso de intervenciones basadas en aproximaciones comunitarias,

pueden resultar muy restrictivos, reduciendo la eficacia de la intervención o haciéndola imposible de reproducir y además, no son fácilmente aplicables para la detección de los efectos a largo plazo de las intervenciones y con resultados poco útiles para observar el impacto neto sobre riesgos específicos (Nutbeam, 1998a).

Según la OMS, el uso de ensayos clínicos controlados aleatorios (ECA) para evaluar las iniciativas en promoción de la salud, resultan en la mayoría de los casos “inadecuados, engañosos e innecesariamente caros”, este estudio es a menudo un medio inadecuado y potencialmente engañoso de evaluar estos esfuerzos, por lo que para una mejor comprensión del impacto de las intervenciones en promoción de la salud, los evaluadores necesitan una amplia gama de métodos cualitativos y cuantitativos, más allá del estrecho margen que establecen los estudios experimentales en las iniciativas de promoción de la salud (WHO, 1998).

El propósito de los estudios experimentales es demostrar una relación causal entre las intervenciones y sus resultados al comparar dos o más grupos o casos, sin embargo, en promoción de la salud es poco deseable o posible utilizar dicho diseño por que por un lado, la falta de entrenamiento de los evaluadores convencionales, establece grandes dificultades para realizar estudios metódicos y rigurosos en condiciones de campo, y por otro lado, los investigadores en promoción de la salud tienen serios problemas para adherirse a un rígido ensayo experimental, por lo que en estas condiciones pueden aplicar otros diseños (cuasi-experimentales) que se adaptan menos a sus necesidades o alcanzar resultados con información insuficiente y como consecuencia, pueden obtener lo “peor de ambos mundos” (Macdonald et al., 1996).

Estos diseños han resultado poco sensibles en el caso de intervenciones complejas, como aquellas que abordan el comportamiento humano, las interacciones sociales, el uso de sistemas políticos o redes comunitarias que forman parte de la intervención, ya que entre otras razones, existe la posibilidad de que las intervenciones resultaran muy breves, no incluyeran una

proporción adecuada de la población o la asignación artificial de los individuos en las comunidades a la intervención y grupos de control, a menudo resultara imposible de poner en práctica, lo que reflejaría un alto nivel de 'contaminación' entre las poblaciones artificialmente separadas (Nutbeam, 1998a).

Otro aspecto a tomar en consideración, es que algunos cambios observados en los comportamientos asociados al hábito del fumado, del tiempo de ocio, actividad física y alimentación, pueden verse influenciados por algunos movimientos sociales, que tienden a desarrollarse en periodos mayores de tiempo, son menos tangibles y predecibles, por tanto menos fáciles de medir con diseños convencionales, lo que termina por reducir la utilidad de los ensayos controlados aleatorios en la valoración de los efectos de las intervenciones en promoción de la salud a corto plazo (Nutbeam, 1998a).

La adopción de diseños experimentales puede en algunos casos conducir a limitaciones en la estrategia de la intervención, hacer muy difícil su uso basado en la comunidad, ser deficientes como herramienta de evaluación en actividades complejas y multidimensionales, especialmente aquellas situaciones que se pretende evaluar el proceso de cambio, de ahí la necesidad de otro tipo de estudios más "creativos", pero igual de rigurosos, desarrollados por la investigación social (Nutbeam, 1998a).

8.1.3 .2 Contexto sanitario: Evaluación con indicadores biomédicos

En el contexto asistencial sanitario, la eficacia de las acciones en promoción de la salud se dirigen habitualmente a la medición y ejecución de procedimientos con técnicas más cercanas al tratamiento de enfermedades y control de infecciones (Aguiar et al., 2012), y en dicho contexto, muchas veces ha dominado una práctica con profesionales que, aunque cuentan con un liderazgo y formación para promover la participación social, han cambiado su forma de relación con la comunidad, para convertirse en trabajadores sanitarios

según las reglas establecidas en un contrato de trabajo y metas relacionadas con la evaluación de la productividad sobre la base de acciones individuales (Bornstein et al., 2008; Pedrosa y Teles, 2001).

Los programas en promoción de la salud a menudo son evaluados con indicadores médicos y de rendimiento, definidos en términos de directrices clínicas biomédicas y con criterios económicos como los reembolsos por los gastos de atención médica por parte de aseguradoras o, sobre la base de una variante de los grupos relacionados con el diagnóstico de enfermedades (van Dijk-de et al., 2012); es decir, se emplean métodos y enfoques que aunque son apropiados dentro de la atención médica y la prevención de enfermedades, resultan totalmente inadecuados para este campo; los responsables políticos y profesionales, además, no son plenamente conscientes de ello o de sus implicaciones para la evaluación de las intervenciones de promoción de la salud (WHO, 1998).

Van Dijk-de et al., (2012) señalan que como consecuencia, la mayoría de las intervenciones se definen en términos de control de los aspectos biomédicos, ignorando el impacto de otras variables como la psicosocial, en el estado de salud de las personas, desde este punto de vista, los pacientes con enfermedades crónicas y además problemas psicosociales, a menudo reciben solo atención biomédica y por lo tanto un abordaje incompleto, y es necesario que se integre la atención biomédica y la psicosocial, porque a menudo los problemas psicosociales pueden obstaculizar la capacidad de las personas para controlar ciertas condiciones que influyen su salud; además, los parámetros de resultados y los indicadores de calidad en salud pública han sido dominados por indicadores biomédicos, por lo que es necesario contar con indicadores de calidad del proceso y resultados dirigidos más hacia una atención psicosocial (van Dijk-de et al., 2012).

8.1.3 .3 Un único estudio definitivo es ilusorio

Algunos estudios sobre la evaluación de intervenciones en promoción de la salud con participación de agentes sociales como organismos institucionales, gubernamentales, comunidades y municipios, han evidenciado que la eficacia y la efectividad han sido conceptos utilizados por los agentes para analizar los resultados de dichas intervenciones, a pesar de que tradicionalmente se han considerado términos más relacionados con el paradigma de las ciencias experimentales y no con la base epistemológica que sustenta la promoción de la salud, más cercana a las ciencias sociales y de la conducta (Pereira et al., 2007).

En este sentido, se ha considerado que las mejores pruebas de éxito en promoción de la salud pueden basarse en datos derivados de diferentes fuentes, algunas de los cuales puede ser estudios experimentales, pero muchos de los cuales serán estudios observacionales, haciendo uso tanto de la investigación cualitativa, como de la información cuantitativa; al parecer la búsqueda de 'un único estudio definitivo' es ilusorio e inevitablemente lleva a soluciones excesivamente simplistas; los estudios observacionales parecen más capaces de enfrentar algunos de los tópicos subyacentes en este tipo de intervenciones, como los componentes económico y social de los determinantes de la salud, que en este caso, pueden ofrecer una mayor oportunidad para el empoderamiento y control comunitario, dos de los procesos más importantes y valorados en los resultados en promoción de la salud (Nutbeam, 1998a).

La Investigación cualitativa en salud pública puede proporcionar profundidad y conocimiento en las experiencias de las personas, y de los contextos sociales que fortalecen o debilitan la salud, este conocimiento se considera esencial para explicar el éxito o el fracaso de un programa determinado, así como para replicar las condiciones de éxito y la difusión de nuevas ideas (Nutbeam, 1998a).

8.1.3 .4 Nueva disciplina, nuevos métodos

Macdonald, Veen y Tones, (1996), consideran que la promoción de la salud, como disciplina relativamente nueva, ha tenido que “*demostrar su valor desde sus primeros pasos*”, y muchas veces los investigadores han adoptado mecanismos de evaluación tradicionales que poco se adaptan a la naturaleza compleja y *naturalista*, a la inclusión de programas multifacéticos, y a los problemas de medición que implica trabajar con “comunidades vivas y dinámicas” que caracterizan las intervenciones en promoción de la salud.

El investigador en promoción de la salud tiene el reto de enfrentarse con la posición de aquellos investigadores que apoyan ante todo, el “patrón de oro”, así como, el argumento de la falta de “validez externa”, que surge al utilizar otros diseños no experimentales, a pesar de que en muchas ocasiones se evidencie claramente la eficacia de un programa en la evaluación de promoción de la salud (Macdonald et al., 1996), en este sentido, un número cada vez mayor de investigadores y profesionales en promoción de la salud, han puesto de manifiesto la necesidad de contar con otra variedad de aproximaciones de evaluación y técnicas apropiadas adaptadas a este campo específico (WHO, 2001), ya que como se ha señalado, diferentes agentes sociales, tienen requerimientos distintos en el proceso de investigación; el investigador académico, cuya disciplina se basa en la tradición “positivista lógica”, tiene diferentes necesidades, comparadas con las del planificador sanitario o las del profesional médico (Macdonald et al., 1996).

La OMS indica que en la actualidad, el campo de la promoción de la salud carece de una adecuada infraestructura para desarrollar sus evaluaciones, lo que ha resultado en la adopción de criterios inadecuados para evaluar las iniciativas de promoción de la salud; por esta razón, para afrontar este déficit se requiere mejorar no solo los conocimientos en la evaluación, sino mejorar el conocimiento y habilidades de los evaluadores para realizar evaluaciones apropiadas (WHO, 1998).

La evaluación de resultados de las políticas relacionadas con las intervenciones en promoción de la salud, constituyen un desafío no solo para los investigadores, sino también para los responsables políticos, gerentes, profesionales y todos aquellos involucrados en este tema, y reconocen la necesidad de mejorar la comprensión sobre la complejidad de las acciones en promoción de la salud por parte de todos los agentes sociales, el requerimiento de nuevos métodos de evaluación y seguimiento que faciliten la búsqueda continua de la eficacia, el desarrollo del conocimiento y la mejora de las condiciones sociales de la población (Pereira et al., 2007).

La evaluación de las iniciativas de promoción de la salud requiere habilidades y capacidades específicas, y dada la naturaleza diversa de las políticas y programas en promoción de la salud, estas habilidades requieren más allá del dominio de las ciencias de la salud, para incluir métodos de las ciencias sociales y otros enfoques de investigación acción-participativos, así como el desarrollo del conocimiento compatible con los principios y valores de la promoción de la salud (WHO, 1998).

Para asegurar que los evaluadores poseen las habilidades para evaluar adecuadamente las iniciativas en promoción de salud, deben apoyarse y fortalecerse la formulación de políticas en cada nivel de planeación, esto requiere establecer una estrategia para el desarrollo y mantenimiento de una infraestructura adecuada para el desarrollo de habilidades en la evaluación de iniciativas en promoción de la salud, así como la difusión de la información sobre métodos de evaluación apropiados; los agentes políticos deben apoyar el establecimiento de una formación e infraestructura para desarrollar su experiencia en la evaluación de las iniciativas de promoción de la salud, estos agentes deben crear y apoyar las oportunidades para compartir información sobre métodos de evaluación utilizados en la promoción de la salud, a través de conferencias, talleres, redes y otros medios (WHO, 1998).

8.1.3 .5 Evaluación que ilumine el porqué y el cómo, en promoción de la salud

Aunque las medidas de resultado pueden revelar si un programa funciona o no, y brindar una importante contribución a la comprensión del impacto de iniciativas de promoción de la salud, no siempre resultan un medio suficiente para revelar por qué o cómo consiguen su nivel de resultados, o para entender la extensión y la forma en que una política, un programa o una intervención en promoción pueden alcanzar los cambios propuestos; es necesario que la evaluación de las intervenciones en promoción de la salud se enfoque no solo hacia los resultados, sino también a tratar de comprender los procesos involucrados en la ejecución del programa y el contexto social y ambiental en que se lleva a cabo (Macdonald et al., 1996); la evaluación del proceso, combinado con indicadores de resultados a corto y largo plazo, ofrecen una amplia gama de información, completamente necesaria para evaluar y comprender mejor el impacto de las intervenciones en promoción de salud, y permitir una toma de decisiones adecuada (WHO, 1998).

En promoción de la salud se requiere una buena base teórica para dar sentido a los resultados de las intervenciones, así como una metodología pluralista, que tome en cuenta los enfoques que abordan el desarrollo del programa y sus procesos, la investigación cualitativa, la evaluación formativa, la observación naturalista, la investigación en la prestación de servicios, la exploración con encuestas de necesidades y otra gran variedad de métodos alternativos que promuevan una efectiva triangulación y una valoración óptima, de la amplia gama de asuntos generados por los programas de promoción de la salud (Macdonald et al., 1996).

El continuo monitoreo y la integración de los múltiples métodos cuantitativos y cualitativos de evaluación, en todas las fases de las intervenciones y programas en promoción de la salud, incluyendo el análisis de las condiciones de la "vida real" de la población, son elementos esenciales para mejorar de la práctica, que a u vez, permiten a los investigadores detectar

dificultades, revisar las estrategias, facilitar el progreso y refinar los resultados evaluación y análisis (Pereira et al., 2007).

La metodología cualitativa tiene mucho que ofrecer aún, para “iluminar” el camino, tanto de la evaluación de proceso como la de resultado en promoción de la salud, esta metodología tiene el potencial para señalar el por qué un programa determinado ha logrado o no sus objetivos, puede proporcionar respuestas acerca de cómo se lograron los resultados de una intervención, y se podría argumentar con toda seguridad, que el siguiente paso para la investigación cualitativa, es desarrollar un método de calidad con su propio “patrón de oro” (Macdonald et al., 1996).

8.2. Estructura y transmisión de lo que saben los agentes sociales en relación a las intervenciones en promoción de la salud

8.2.1 Agentes sociales que realizan las intervenciones

8.2.1.1 Formación

Un informe realizado en España sobre la formación en promoción de la salud, indicó que los contenidos curriculares relacionados con la promoción y educación para la salud no se contemplaban en todas las licenciaturas y diplomaturas en ciencias de la salud y la educación, y en la mayoría de los casos, se trataba de asignaturas optativas o contenidos dispersos en otras asignaturas de carácter más general; así mismo, señalaron que las asignaturas eran esencialmente teóricas, con poca aplicación práctica y con una evaluación centrada en objetivos cognitivos (Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud, 2003).

En otro informe donde se revisaron 131 planes de estudios también evidenció que la promoción de la salud y la educación para la salud en la educación universitaria, tienen una importancia curricular “bastante pobre donde la hay, o no existe del todo en diplomaturas donde debería haberla”, esto es, tienen poca trascendencia curricular en los Planes de Estudio

Universitarios (Gómez, L. et al., 2000; citado por Grupo de Trabajo de Promoción de la salud, 2003).

En relación a la formación continuada, habitualmente dirigida a los agentes sanitarios con el fin de mantener, actualizar y desarrollar competencias profesionales que les permita responder a las demandas de su entorno, se ha visto en general, que la formación en promoción de la salud no tiene un carácter prioritario, hay pocos planes a medio y largo plazo, sin una aparente coordinación entre los distintos proveedores que favorezca el abordaje de las necesidades de los diferentes sectores de una forma racional; por otro lado, los programas incluyen contenidos más teóricos que prácticos, con objetivos cognitivos y metodologías expositivas; se evalúan principalmente los resultados de conocimientos adquiridos, más que aspectos de proceso y estructuras; no se contemplan los aspectos de intersectorialidad, siendo que la “multiprofesionalidad” está excluida y sancionada porque cuando la actividad va dirigida a más de un colectivo, no suele estar acreditada.

Se encuentra una escasa o nula formación de pregrado en promoción de la salud, especialmente en medicina, enfermería los va incorporando y trabajo social disfruta de una mayor formación de pregrado, además hay una escasez de la formación de postgrado, que va más dirigida a la educación para la salud que para promoción de la salud.

La formación revela un escaso conocimiento sobre el campo teórico y no se identifica con sus tareas y funciones., el modelo de salud es mas biologicista y centrado en la enfermedad, más que en una salud positiva con dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

Sí se suele disponer de habilidades para la realización de charlas y talleres pero menos de otro tipo de técnicas educativas activas, en lugar de actitudes asociadas al rol de educador, se suelen utilizar mas bien actitudes directivas y de experto, propias de la pedagogía tradicional.

8.2.1.2 Iniciación

Jansson y Tillgren et al., (2010), hacen referencia a dos tipos de factores que influyen la iniciación de los agentes sociales en el trabajo en promoción de la salud: los factores internos, relacionados con necesidades locales en el ámbito político, económico y demográfico del municipio, así como, los factores externos, relacionados con objetivos nacionales o tendencias en salud de la sociedad en general.

Así mismo, dentro de los factores internos que catalizan la acción de forma más evidente en los agentes sociales, se indica la presencia de una persona entusiasta o “campeón”, que movilice a sus colaboradores a la acción; estos campeones podían encontrarse formando parte de dependencias municipales, sectores externos, agencias de empleo y ONG, así como en jefaturas de departamentos municipales, y en todos los casos, cumplían una función en defensa de la promoción de la salud, incluyendo sus objetivos y acciones en sus propios departamentos (Jansson et al., 2010).

8.2.1.3 Colaboradores

Según Jansson et al., (2010), en los municipios donde se pudo constatar la presencia de liderazgo y formulación de metas claras, se facilitaron los procesos de colaboración intersectorial, con la creación de redes y el desarrollo de alianzas entre los sectores privados con los cívicos del ámbito local; este fue un factor clave para mejorar la coordinación y eficiencia de las intervenciones, así como la participación pública, el sentido de propiedad y la responsabilidad compartida.

Estos autores señalan que para lograr una promoción de la salud sostenible y eficiente, es fundamental la participación y el compromiso activo de los líderes y organizaciones de la comunidad, porque aunque en todos los municipios se identificaron a uno o más agentes sociales comprometidos y con conocimiento de la comunidad, que habían funcionado como defensores e

impulsores de las iniciativas en promoción de la salud local, fue particularmente en dos de ellos, donde los políticos y funcionarios jugaron un papel clave en el proceso de desarrollo, observando que cuanto mayor fue el cargo que había ocupado, mayor había sido el impacto obtenido; este compromiso, junto con la posición de poder basada en el conocimiento profesional, demostró ser de gran importancia en los procesos de desarrollo de las iniciativas sanitarias (Jansson et al., 2010).

8.2.2 Gestión de las intervenciones en promoción de la salud

8.2.2.1 Gestión contemporánea

8.2.2.1.1 Temas y fuentes

Hace tan solo un par de décadas, algunas organizaciones de salud pública de reconocido prestigio a nivel internacional, establecieron que el desarrollo de los programas en promoción de la salud deberían centrarse en corregir, uno o más factores de riesgo, medibles, modificables y prevalentes, que amenazaran el estado de salud y la calidad de vida de los miembros del colectivo meta; de esta forma, el “factor de riesgo”, representa un aspecto del comportamiento relacionado con el estilo de vida individual o de exposición al medio ambiente que en base a la evidencia epidemiológica o datos de encuestas sociales, suele estar asociado con una o más enfermedades o condiciones de salud que pueden prevenirse (Work Group of the APHA, 1987).

En este contexto, se ha reconocido que el término “promoción de la salud, se ha utilizado para referirse a una amplia variedad de iniciativas individuales y comunitarias, orientadas hacia el cambio de conductas relacionadas con el estilo de vida y condiciones ambientales perjudiciales para la salud, como por ejemplo el fumado, el alcohol y drogas, dietas inadecuadas, el sedentarismo, altos niveles de estrés, condiciones ambientales relacionadas con la exposición laboral o riesgos de lesiones personales derivadas de accidentes y donde usualmente los objetivos han sido

previamente determinados sobre la base de datos epidemiológicos, sin la correspondiente consulta sistemática de las otras partes interesadas en la comunidad; así mismo, los datos sobre la prevalencia de problemas específicos y factores de riesgo, provienen de organizaciones locales o regionales de salud pública, a partir de registros y reportes estadísticos o demográficos que proveen algunas dependencias del gobierno, profesionales, diarios, revistas y encuestas sociales especializados en este propósito específico (Work Group of the APHA, 1987).

En este sentido, un estudio cualitativo desarrollado en cuatro municipios suecos con el fin de mejorar la comprensión sobre la gestión de las intervenciones en promoción de la salud (Jansson et al., 2010), señaló varios hallazgos en relación a los contenidos, la organización y los procesos implicados en el desarrollo de dichas intervenciones; en primer lugar, los autores evidenciaron que todos los municipios tenía en común, la ausencia de cualquier organización formal o modelo explícito de planificación en promoción de la salud por lo que, los temas de las intervenciones en general giraban, en torno a los problemas más relevantes detectados en el contexto de los municipios evaluados, específicamente la prevención de las enfermedades de origen cardiovascular y el cáncer, esto con el fin de reducir la incidencia de aquellos padecimientos.

No obstante, estos autores también señalan que algunos de los eventos locales pueden incidir de modo efectivo en la comunidad y su agenda política, al punto de que contribuya con la movilización intersectorial y se impulsen intervenciones como la prevención de accidentes de tránsito, como consecuencia de un accidente difundido ampliamente en los medios de comunicación y que haya impactado de manera profunda en la comunidad; la disponibilidad de financiación, las estadísticas y la información difundida en los medios de comunicación, también funcionan como un catalizador de estas iniciativas (Jansson et al., 2010).

8.2.2.1.2 Escenarios

Las intervenciones inicialmente se desarrollaban de una forma específica o ad-hoc en organizaciones descentralizadas y orientadas por sectores (educación, salud etc) o departamentos en solitario, sin la participación de otros agentes sociales; además estaban enfocadas principalmente en el cambio de patrones de conductas individuales, como la prevención de drogas o la ingesta ética, y se aplicaban en los escenarios escolares, sanitarios y laborales de la comunidad; sin embargo, se señaló una tendencia de cambio a partir de la década de los noventa, en donde estas iniciativas se fueron descentralizando y aplicando actividades intersectoriales, orientadas hacia metas y los colectivos de la sociedad (Jansson et al., 2010).

En España, los principales escenarios o sitios de actuación para desarrollar las intervenciones en promoción de la salud coinciden con los espacios donde viven, se reúnen, estudian o trabajan, es decir, los ámbitos de sociabilidad más habituales y cotidianos de la población que son: los servicios asistenciales sanitarios o centros de salud (de atención primaria, especializada, salud mental y otros), los servicios sociales, los centros educativos o medio escolar (centros de primaria, secundaria, infantil, de adultos, universidades y otros), el escenario laboral y el social-comunitario (organizaciones sociales, asociaciones, comités vecinales y otros) (Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud, 2003).

8.2.2.1.3 Sistematización, un asunto pendiente

La OMS ha reconocido la necesidad de una gestión eficaz de los problemas de salud, sin embargo, la reorientación de los servicios sanitarios, la relevancia de la atención primaria, y el compromiso de implementar intervenciones que incluyan las mejores prácticas basadas en la evidencia, son retos aún pendientes de consolidar y constituyen elementos clave a tomar en cuenta en la planificación de las intervenciones sanitarias; durante décadas, el interés de los estudios sobre estas intervenciones se ha centrado en la etapa de evaluación y el uso de ensayos aleatorizados, diseños cuasiexperimentales,

modelos teóricos y conductuales, pero en la actualidad, se admite la importancia de adoptar un diseño de calidad y considerar la fase de planificación de las intervenciones como un componente fundamental, capaz de contribuir de forma decisiva, en el objetivo de modificar los determinantes que condicionan la salud de la población (Díez, Juárez y Villamarín, 2005).

8.2.2.1.4 Intuición, oportunidad y anécdotas

No obstante, algunos estudios sobre la aplicabilidad de modelos de planificación para el desarrollo de intervenciones en servicios de atención sanitaria, muestran que para identificar un problema y aplicar intervenciones en promoción de la salud, los profesionales sanitarios basan con frecuencia su práctica en la “intuición o información anecdótica” (Phillips, Rolley y Davidson, 2012), o sobre la base de la oportunidad, más que sobre las necesidades probadas y documentadas de la población (Whitehead, 2001); por esta razón, se reconoce que los cambios en las prácticas de salud requieren el desarrollo de intervenciones eficaces, que integren no solo los factores sociales, políticos, económicos y organizativos del entorno, sino que además, se incluya la comprensión de las características de la población, de los agentes sociales y de las organizaciones interesadas, lo que a su vez representa un proceso complejo y dinámico de grandes dimensiones (Phillips et al., 2012).

En España se ha señalado que las intervenciones en promoción de la salud con frecuencia son espontáneas y esporádicas más que sistemáticas y programadas, además, los agentes sanitarios encuentran dificultades para investigar las necesidades fuera del ámbito biológico, así como para conocer y trabajar de forma coordinada con otros servicios, grupos y asociaciones de la comunidad, ya que el trabajo en promoción de la salud, requiere una serie de actitudes y habilidades, que no suelen ser parte habitual de las competencias de los profesionales y se manejan con los modelos de evaluación cuantitativos más que los cualitativos (Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud, 2003)

8.2.2.1.5 Relación vertical

Así mismo, Laverack y Labonte (2000), establecen un estudio sobre el marco que asiste a los planificadores, aplicadores, y evaluadores de las intervenciones en promoción de la salud, señalaron que aunque muchos agentes de salud usan el discurso “emancipador” descrito en la carta de Ottawa, al mismo tiempo desarrollan intervenciones en la comunidad, a través de programas de relación vertical, lo que evidencia una discrepancia o “tensión” entre el discurso y la práctica de estos profesionales; este rasgo en su opinión, se explica por el contexto biomédico en el cual se desarrollan las intervenciones y la escasa claridad que tienen estos agentes sobre el empoderamiento. Además, resaltan que aunque muchos agentes sociales son concientes de la importancia del empoderamiento comunitario y algunas veces lo incluyen dentro de los objetivos de su programación, poseen una escasa claridad sobre este concepto, expresado como un “cambio hacia una mayor igualdad en las relaciones sociales de poder, de quienes tienen los recursos, autoridad, legitimidad o influencia”, y que constituye un reconocido pilar y una característica fundamental de cualquier esfuerzo en promoción de la salud, así mismo, tienen dificultad para integrarlo en la planificación y hacerlo operacional en el contexto de un programa convencional sanitario (Laverack y Labonte, 2000).

8.2.2.1.6 Enfoque biomédico

Por otro lado, de forma reiterada los profesionales se designan en programas prediseñados, o dirigidos por gerentes, que a menudo tienen objetivos definidos en términos de enfermedad y aplicados como “programas verticales”, los cuales consideran objetivos reducidos a un estrecho margen biomédico, sin considerar en el abordaje de los problemas, otros determinantes relacionados con la pobreza, el ambiente o la infraestructura social de su entorno (Laverack et al., 2000). Así mismo, se han hecho críticas a los procesos e intervenciones del personal sanitario y han sido calificados como una “aproximación a la atención sanitaria, definida biomédicamente”, que resulta útil solo en el caso de la educación para la salud, pero no para las

intervenciones en promoción de la salud (Lindsey y Hartrick, 1996; citados por Whitehead, 2001); esta situación es reforzada cuando la mayoría de los políticos y gerentes, son fuertes defensores de este tipo de atención en los servicios asistenciales sanitarios (Downie et al., 1996; citados por Whitehead, 2001).

8.2.2.1.7 Equivalencia entre la Educación para la salud y la Promoción de salud

Como se ha destacado tanto en la Declaración de Alma-Ata como en la Carta de Ottawa, la educación para la salud es una de las actividades esenciales de la Atención Primaria de la Salud, sin embargo en el campo profesional, habría que diferenciar entre un “modelo biomédico de educación para la salud” y uno orientado hacia la promoción de la salud; el primero se enfoca hacia el cambio de conducta de los individuos y en modificar sus estilos de vida, mientras que el segundo se visualiza como un “instrumento de la promoción de la salud”, más dirigida a grupos, organizaciones y comunidades, dirigido a lograr cambios medioambientales, económicos y sociales, de forma que la atención no está centrada en favorecer una conducta saludable como dejar de fumar, sino en proporcionar medios para mejorar la autoestima, los conocimientos, la emancipación, con el fin de que comprendan los factores que influyen en su salud y puedan actuar sobre ellos apropiándose del proceso (López Fernández y Aranda Regules, 1990).

En concordancia con lo anterior, Whitehead (2001), realizó una revisión sistemática de la literatura, con el fin de desarrollar una nueva perspectiva teórica sobre la validez de la etapa de planificación en un programa de promoción de la salud e indicó que de forma frecuente, muchos agentes sociales se visualizan practicando intervenciones en promoción de la salud, cuando en realidad solo están aplicando “limitadas” técnicas de educación para la salud (Norton, 1998 citado por Whitehead 2001), y aún continúan “por detrás” de los desarrollos teóricos en promoción de la salud (Downie et al., 1996; citado por Whitehead 2001); en este sentido, la posición de muchos profesionales sanitarios ha permanecido sin cambios por muchos años,

optando por un “confortable” marco de trabajo en el ámbito preventivo, en donde la mayoría de profesionales sanitarios, iguala de una forma simplista la promoción de la salud, con las actividades de educación para la salud que pretenden prevenir las enfermedades (Goel y McIsaac, 2000; citado por Whitehead, 2001).

Ante perspectivas de tipo “educativo-preventivo”, más relacionadas con enfermedades específicas y que no suelen impulsar el enfoque del empoderamiento en las intervenciones relacionadas con la salud, es evidente la necesidad de modelos de planificación en promoción de la salud que provean una aproximación sistemática, más integradora y menos centrada en el marco biomédico exclusivo o “enfermedad-específico” en la prestación de la atención sanitaria (McFarland, 1999; citado por Whitehead, 2001); sin embargo, el predominio de marcos tradicionales de educación para la salud entre los profesionales sanitarios, actúa como un obstáculo para lograr una reforma en promoción de la salud “radical y necesaria” (Robinson y Hill, 1998; citado por Whitehead, 2001).

Esta revisión evidencia que la participación de los profesionales sanitarios en intervenciones de promoción de la salud, usualmente está caracterizada por una naturaleza “poco estructurada, descuidada y poco evaluada”, además de una práctica oportunista, limitada a dar información utilizando técnicas de educación para la salud y por la falta de un proceso de planificación ordenado o de una estructura, marco o modelo formalmente identificado para este tipo de intervenciones; además señala que para dar un paso desde la teoría a la práctica, la planificación es extremadamente importante como parte del proceso de promoción de la salud, pero antes, los agentes sociales requieren clarificar su rol a lo largo de los procesos de un programa, así como la adopción de un marco conceptual y una aproximación sistemática a la etapa de planificación, que mejoren significativamente los resultados en este campo (Whitehead, 2001).

8.2.2.2 Planificación convencional

8.2.2.2.1 La forma más efectiva de alcanzar los objetivos

La planificación en promoción de la salud compromete a los planificadores a considerar la logística, los planteamientos teóricos y las realidades del contexto en las que se desarrolla un programa sanitario (Whitehead, 2001); en este sentido, si los profesionales aplicaran rutinariamente modelos de planificación a sus intervenciones en promoción y educación para la salud, estarían en mejores condiciones de implementar programas más integrales y evaluar su progreso, reduciendo la probabilidad de intervenciones inadecuadas o mal planteadas (Tones y Green, 2004).

Tones et al., (2004), argumentan que el propósito de la planificación sistemática es identificar las formas más efectivas de alcanzar los objetivos propuestos, es decir, anticiparse a lo que se necesitará a lo largo de las acciones, asegurándose que todos los elementos necesarios fueron tomados en cuenta; esto requiere tomar las decisiones más apropiadas sobre el uso de los recursos y los cursos de acción y, aunque la fijación de objetivos forma parte del proceso de planificación, entender los pasos y cómo están interrelacionados, es aún más relevante es etapa.

8.2.2.2.2 La planificación real no es lineal ni simple

Por otro lado, Campbell et al., (2000) reconocen que la organización y prestación de servicios en un hospital, las intervenciones dirigidas a comportamientos de profesionales sanitarios para implementar un programa, los programas comunitarios para prevenir enfermedades coronarias, las intervenciones grupales que intentan cambiar comportamientos como reducir el fumado o los embarazos en adolescentes, o las intervenciones cognitivo conductuales dirigidas a nivel individual para lograr cambios de dieta, o reducir el consumo de alcohol, son todas intervenciones complejas, es decir, están compuestas por varias partes interconectadas y para abordarlas es necesario empezar por definir, en que punto se encuentra el desarrollo de la intervención.

Dicha complejidad recuerda que ningún modelo en la actualidad, es adecuado en todas las circunstancias (Whitehead, 2001), por lo que otros investigadores también han resaltado la importancia de considerar la diversidad de variables interrelacionadas que pueden incidir sobre la conducta y el estado de salud, así como la necesidad de contar con múltiples puntos de entrada, desde los cuales los programas puedan desarrollarse, ya que la planificación real no es un modelo de causalidad lineal y simplista, sino un proceso sistemático y progresivo (Tones et al., 2004).

8.2.2.2.3 Sin modelos predominantes pero con enfoques preventivos

Como señaló King (1994), citado por Whitehead (2001), en promoción de la salud existe la necesidad de aplicar un modelo de planificación “colaborativo y multidisciplinario”, que facilite la colaboración de los agentes sociales desde la diversidad de sus disciplinas profesionales, pero que a la vez sea lo suficientemente específico para desarrollar las intervenciones según las necesidades de los colectivos; otros agregan que el modelo de planificación debería ser “genérico”, porque permitiría la toma de decisiones y el logro de los resultados a través de un proceso de etapas claves o pasos lógicos que guíen el quehacer de los agentes sociales (Naidoo y Wills, 1994: citado por Whitehead, 2001).

Sin embargo, aunque se conocen diversos modelos contemporáneos para la planificación y la evaluación de las intervenciones en promoción de la salud, parece que ninguno es particularmente dominante en el ámbito de los profesionales sanitarios (Molly y Carajer, 2000; citado por Whitehead, 2001); por ejemplo en el campo de enfermería, otros investigadores han señalado que la mayoría de sus actividades se sujetan a pocos modelos de planificación y la ruta elegida con más frecuencia es sobre el enfoque médico/preventivo (Caraher 1994, Whitehead 2000a; citados por Whitehead, 2001).

El no contar con una fórmula única para que los planificadores puedan tomar decisiones y saber hacia dónde dirigir los recursos sanitarios con exactitud, plantea que muchos profesionales adopten más de un modelo en esta etapa y decidan ellos mismos la ruta más apropiada según su contexto o circunstancias (Whitehead, 2001), las necesidades de los colectivos meta y los factores socio-ambientales donde se desarrollan las iniciativas (Rueda et al., 2008).

8.2.2.2.4 Modelos “ateoréticos y acontextuales”

Los modelos de planificación difieren unos de otros en relación a los niveles de análisis, la extensión con la que especifican los factores que deberían considerarse en cada nivel y el nivel de participación de los diferentes partes involucradas; algunos modelos son más genéricos en su orientación que otros, y aplicables a casi cualquier situación o problema, mientras que otros han sido diseñados con propósitos más específicos (Tones et al., 2004).

Whitehead (2001), describe en su estudio varios modelos contemporáneos de planificación en promoción de la salud, con el fin de resaltar y comparar las multiplicidad de sus características, así describe el “Modelo de planificación del estado cíclico” (Ewles y Simnett, 1992), que aunque es menos complejo, ha sido poco aplicado, rara vez es mencionado en publicaciones y carece de cierto detalle para guiar la práctica de los profesionales sanitarios con menos experiencia; el modelo de Planificación de Educación para la Salud (Tine y Tilford, 1974), es un modelo para agentes sociales más experimentados, se trata de un modelo complejo, de efecto lineal que difiere del PRECEDE/PROCEDE en que está centrado más en los resultados educativos que en los cambios de conducta (Naidoo y Wills, 1994), el modelo de planificación de escenario lineal-simple, llamado el “Modelo de Promoción de Corazón Saludable” (Serembus, 1998); que aunque es fácil de seguir, está limitado por su diseño simple y está dirigido a grupos específicos con enfermedades cardíacas, otro modelo de planificación de efecto genérico y más comprehensivo llamado “Sistema de Autocuidado en Promoción de la Salud” (Simmons 1990), también sigue un proceso lineal y asume que los

beneficiarios son autónomos, responsables de su autocuidado y el profesional de enfermería renunciará fácilmente a su papel de experto con el fin de dar cabida a este proceso, aunque otros autores indican que rara vez este es el caso (Mackintosh, 1995).

Por su parte, McLeory, (1993); citado por Tones et al., (2004), contrasta otros modelos de planificación como el PATCH, el PROCEDE/PRECEDE, alianzas/coaliciones (coalitions/partnerships), enfoque del asesor laico en salud (lay health adviser approaches), modelos de cambio social (social change models), modelos de cambio organizacional (organizational change models) y concluye que estos modelos son ateoréticos y acontextuales porque, son independientes del problema específico abordado, ignoran el conocimiento sobre la producción social de la enfermedad, no están conectados al conocimiento colectivo de quienes los aplican y sus condiciones, lo que puede llevar a intervenciones inapropiadas en las comunidades donde estos modelos son desarrollados.

8.2.2.2.5 Modelos conductuales: reducir el riesgo de enfermedad

Whitehead (2001), va más allá y hace una distinción entre los modelos de planificación más relacionados con aspectos de la conducta y aquellos asociados a pasos metódicos de desarrollo de las intervenciones, así, establece tres perspectivas distintas relacionadas con los modelos de planificación de intervenciones en promoción de la salud: los modelos de conducta (socio-cognitivos), los modelos de “teoría del cambio” y los modelos de planificación propios.

En la aproximación socio-cognitiva, se intenta explicar porqué los individuos adoptan ciertas conductas y en los modelos de “teoría del cambio”, se trata de identificar, cómo se pueden estimular cambios en la conducta, como resultado, las intervenciones en promoción de la salud se orientan a estimular la adopción de conductas saludables en las comunidades, grupos o individuos (De Vries, 1998; citado por Whitehead, 2001), y los modelos de planificación de este tipo, están orientados a reconocer factores de reducción

de riesgos y cambios de conducta (Ross y Rosser, 1989; citado por Whitehead, 2001). Todo esto tiene un fin específico, que es la modificación en la incidencia de la enfermedad, por lo que se consideran marcos asociados a prácticas basadas en los enfoques salud de tipo “médico-preventivo o “enfermedad-específico” orientados hacia factores de riesgo de conducta específicos, más que al empoderamiento (Green y Kreuter, 1991; citado por Whitehead, 2001 y Tones et al., 2004).

Por otro lado, en los modelos de planificación propios, el planificador sigue una guía de las principales etapas o “pasos” del proceso de planificación, es decir, las intervenciones están respaldadas por un ciclo dinámico que conlleva al menos cuatro etapas clave, como el diagnóstico de necesidades, el diseño de la intervención (que incluye la definición del propósito y objetivos), la aplicación y la evaluación de resultados (Thompson, 1998; citado por Whitehead, 2001).

En el proceso de planificación, la valoración de necesidades implica un análisis que identifique las características de la comunidad, de la organización que desarrolla el programa y los determinantes del problema, lo que a su vez permite establecer las metas y objetivos del programa para alcanzar el cambio, así como los recursos implicados y cualquier obstáculo potencial (Tones et al., 2004). Este paso significa un proceso complejo y multidimensional, que incluye la producción de datos, verificar la calidad de las fuentes y los riesgos-beneficios de las intervenciones, determinar las prioridades en salud y adaptar de forma objetiva y válida la puesta en marcha de nuevas iniciativas, proceso que cuando se realiza de forma sistemática, favorece el balance entre los criterios clínicos, éticos y económicos que involucra una necesidad, así como, la reorientación de los servicios hacia una intervención que facilita el acceso a los más necesitados (Phillips et al., 2012).

8.2.2.2.6 Sistemáticos y desde la óptica de la enfermedad

El modelo PRECEDE, desarrollado por Green y colaboradores en la década de los setenta, establece la necesidad de que en todas las etapas de la

planificación existan mecanismos de consulta y participación con la población meta, para conocer sus vivencias y percepciones respecto al problema detectado (Green et al., 1980; citado por Rueda et al., 2008), en este sentido, es un modelo que se basa en la premisa de que el diagnóstico de necesidades debe preceder a la aplicación de las intervenciones por parte de los agentes sociales, de forma que exista una relación entre los objetivos del programa y los resultados del mismo, asegurando que el programa es consistente internamente (Whitehead, 2001).

Aunque es considerado como uno de los modelos contemporáneos de planificación en promoción de la salud más extendidos y con un diagnóstico más global, que incluye una explicación de los problemas desde los aspectos social, epidemiológico, ambiental, de comportamiento, educativo, organizativo, administrativo y político, el modelo PRECEDE está enfocado fundamentalmente sobre el cambio de conducta (Green y Kreuter, 1991; citado por Whitehead, 2001), lo que en opinión de algunos investigadores, evidencia que está más cercano a un modelo de educación para la salud, que a uno de promoción de la salud (Naidoo y Wills 1994; citado por Whitehead, 2001).

Este modelo ha sido aplicado por agentes escolares y sanitarios en programas de prevención de drogas y alcohol en el ámbito escolar, evidenciando que existe una “cultura reactiva ante los problemas”, es decir, las intervenciones se basan en el sentido común y la experiencia de los agentes, más que en el análisis sistemático de la situación; otro hallazgo estuvo relacionado con la variación en la interpretación y aplicación del modelo por diferentes agentes, lo que lleva a los investigadores a señalar la necesidad de un entrenamiento previo en el uso de este modelo de planificación y alguna medida de la capacidad de la comunidad para participar en el proceso de planificación (MacDonald y Green, 2001; citados por Tones et al., 2004).

Otro estudio, también en el escenario escolar, reportó varios resultados positivos como el facilitar el diseño y aplicación de las intervenciones tomando en cuenta los lineamientos de aprendizaje emocional y de habilidades para la vida, promover la obtención de información detallada sobre los factores asociados a los problemas detectados, facilitando la fijación de objetivos

precisos para el diseño de la intervención y, al definir en conjunto con la población beneficiaria el tema de la intervención, se logró empoderar a los participantes, al aumentar su sentido de autoeficacia, ya que reconocieron que es posible asumir el control de varios de los determinantes de su salud; así mismo, se reconocieron algunos obstáculos en su desarrollo, como el tiempo que les demandó a los participantes realizar el diagnóstico de la situación, lo que pudo contribuir en algún grado con la desmotivación y deserción de algunos de los asistentes, ya que según reportaron los investigadores, estos mostraban una posición pasiva al definir y solucionar sus problemas y anteponían las actividades laborales y domésticas antes de participar en el diagnóstico (García, Owen y Flórez-Alarcón, 2005).

Al igual que los modelos anteriores, el enfoque del marco lógico ha sido ampliamente difundido, adoptándose a partir de la década de los sesenta, especialmente por agencias gubernamentales y de cooperación internacional. Este modelo tiene la ventaja de que ofrece una aproximación sistemática, lógica, clara, simple y ordenada para la planificación de intervenciones en promoción de la salud, además, permite el monitorear las distintas fases de implementación de las intervenciones y fija una verdadera colaboración entre las diversas partes involucradas (*stakeholders*) en las iniciativas; sin embargo sus detractores han planteado críticas en torno al énfasis que da el modelo sobre el uso de indicadores cuantitativos, el tiempo que consume la fase de diagnóstico, la premisa de que se puede llegar a un consenso entre las partes interesadas y la necesidad de un entrenamiento previo para los agentes sociales, dado el uso de un lenguaje excesivamente técnico en la matriz del marco lógico (Tones et al., 2004).

8.2.2.2.7 Producción en línea y relación vertical

Aunque siempre se ha hecho notar la importancia del contexto, la necesidad de participación y el apoyo de las partes interesadas, estos modelos han recibido una serie de críticas en relación a que los objetivos en una intervención convencional, usualmente están centrados en la prevención de enfermedades, la reducción morbilidad, mortalidad y estilo de vida, además del

cuestionamiento de si los procesos de planificación deberían verse en la misma forma que un proceso de producción en línea (Green y Tones, 2010), así como, su asociación con enfoques verticales incapaces de adaptarse en la práctica por la gran cantidad de factores que intervienen en la realidad de las comunidades (Tones et al., 2004).

Considerando que la aproximación del empoderamiento de la comunidad es un proceso dinámico, que incluye el desarrollo de pequeños grupos mutuos, fortalecimiento de organizaciones comunitarias, desarrollo de redes entre organizaciones y acción política (Green et al., 2010), algunos autores han propuesto modelos que no solo involucren a las comunidades desde la etapa de la planificación, sino que logren empoderarlas en sus decisiones y acciones: el modelo de “Organización de la comunidad de cinco etapas”, que al igual que en la planificación tradicional, incluye las etapas de diagnóstico, diseño, aplicación y evaluación de las intervenciones, pero añade una etapa más para el mantenimiento y consolidación del proceso; por otro lado, Laverack y Labonte (2000), proponen el modelo de “Empoderamiento de la Comunidad”, en el que se intenta solventar el problema de las estructuras de poder desiguales, que según su opinión, son propias de los programas de relación vertical llamados “top-down programmes” (Tones et al., 2004).

Este último modelo, contrasta los programas de relación vertical o “top-down”, en los que habitualmente los problemas están definidos por los profesionales y el empoderamiento está representado por el logro de metas predefinidas por ellos mismos, mientras que en las aproximaciones de abajo-arriba o “bottom-up”, la comunidad apoyada por estos profesionales, identifica y plantea iniciativas para resolver sus propios problemas, y el empoderamiento puede representar un objetivo por si mismo (Tones et al., 2004).

8.2.2.3 Planificación basada en el empoderamiento

8.2.2.3.1 Del discurso preventivo al de empoderamiento

Para Laverack y Labonte (2000), la tensión descrita entre el discurso y la práctica de los profesionales sanitarios, se traduce en dos formas distintas de aplicar la promoción de la salud, uno es el enfoque convencional, que parte desde la enfermedad y su prevención, y cuyas actividades se desarrolladas a través del control de un vector o modificando el estilo de vida, y por otro lado, el enfoque de empoderamiento, que enfatiza la justicia social a través de la promoción y potenciación de la comunidad; como resultado, la planificación de intervenciones en promoción de la salud también puede expresarse a través de dos aproximaciones diferentes: la relación de “arriba-abajo” o vertical, y la menos extendida de “abajo-arriba”.

Según Laverack et al., (2000), mientras los programas de “arriba-abajo” siguen un ciclo de etapas predeterminadas y convencionales como el establecimiento de objetivos, diseño general de la intervención, aplicación de la estrategia y su evaluación; en la programación de “abajo-arriba”, los agentes sociales asumen un rol en el que contribuyen a la integración estratégica a lo largo del proceso de planificación y también apoyan a la comunidad en la identificación de los problemas que son relevantes en sus vidas, y les facilitan el desarrollo de estrategias para resolver los problemas, es decir, los agentes sociales cambian el discurso basado en cambios en estilos de vida y se esfuerzan por organizar y apoyar esfuerzos comunitarios para tratar los determinantes de la salud más sistémicos en sus ambientes físicos y sociales, más que asumir de manera unilateral, problemas tan complejos como la pobreza, la vivienda o el desempleo, que están más allá de sus posibilidades, si actúan como agentes sociales en solitario.

Debido a que el cambio desde el discurso preventivo al de empoderamiento no ha estado acompañado por una explicación sobre cómo hacer operacional este concepto en el contexto de la intervención, los planificadores requieren metodologías prácticas para la valoración y planeación

estratégica del empoderamiento comunitario, especialmente durante las etapas de diseño y aplicación de la estrategia; con este propósito, se ha planteado la necesidad de establecer metodologías que lleven a los participantes a desarrollar una planificación basada en sus propios conocimientos y experiencias, pero que a la vez, tomen en cuenta algunos factores básicos, que aumenten la efectividad del proceso de empoderamiento comunitario: participación, liderazgo, estructuras organizacionales, valoración del problema, movilización de recursos, preguntar porqué, vínculos con otros, rol de los agentes externos y gestión del programa (Green et al., 2010).

Hay evidencia de que es posible este cambio por parte de los profesionales sanitarios, especialmente cuando asumen una postura de trabajo “horizontal” o más simétrica con la comunidad, como un agente social más, formando parte de una estructura social que colabora en el abordaje de los problemas de la comunidad, más que asumiendo un protagonismo insostenible. En este sentido, Labonte y Robertson, (1996), citados por Laverack y Labonte (2000), comunicaron los hallazgos relacionados con dos proyectos comunitarios en los que, por un lado, una comunidad con un problema de salud cardiovascular en un barrio menos favorecido, organizó actividades como picnics comunitarios, actividades lúdicas y cenas colectivas, con el fin de mejorar la preparación de las comidas en este colectivo; y en la otra iniciativa, otros grupos sanitarios estructurados en torno a mujeres con bajos ingresos, deseaban mejorar el apoyo social, la autoestima y el poder percibido, por lo que aplicaron una estructura de recompensas en el día a día, creando un contexto en el cual pudieran autoexpresarse en relación al fumado y otras conductas sanitarias muy extendidas; en ambos casos, se intentaba resolver problemas complejos gestionados por la misma comunidad, en donde los profesionales y sus organizaciones sanitarias, apoyaban los esfuerzos que estos grupos emprendieron y desarrollaron.

8.2.2.3.2 Empoderar, mejorar el poder sobre las decisiones finales

En este contexto, Laverack et al., (2000), argumentan que el empoderamiento es una construcción de las creencias y “verdades” locales,

tanto a nivel individual como colectivo, y está relacionado con las experiencias, opiniones y conocimiento de las personas; de forma que en la práctica, el empoderamiento de los miembros de un grupo o comunidad, está más relacionado con las experiencias de potenciación, en términos de calidad de sus relaciones sociales y autoidentidad, así como experiencias de aumento de la capacidad y poder sobre las decisiones, más que con cambios en conductas orientados a disminuir el riesgo de enfermedades específicas.

En este sentido, Whitehead (2001), también resalta en la práctica de los profesional sanitarios, dos enfoques desde los cuales parten las intervenciones, por un lado, las iniciativas habituales de educación para la salud, que son desarrolladas en el marco de modelos de planificación “médico-preventivos”, centrados específicamente en la prevención de enfermedades, y por otro lado, las intervenciones en promoción de la salud, relacionadas con los modelos de planificación basados en el empoderamiento, que además de involucrar cambios económicos y políticos, intentan incorporar la amplia variedad de problemas sociales y ambientales que afectan a la población (Mackintosh, 1996; citado por Whitehead, 2001).

Aunque se ha reconocido que ambos enfoques tienen fases en común como la valoración de necesidades, el diseño de la intervención, su aplicación y la evaluación, al igual que otros modelos de planificación en promoción de la salud (DeVries, 1998; citado por Whitehead, 2001), el enfoque del empoderamiento es más demandante y consumidor de recursos que su contraparte preventiva, además de que en muchos casos, la suficiencia del personal de enfermería para empoderar o actuar como defensor de los beneficiarios en su rol social, político o ambiental, generalmente es un reto pendiente de alcanzar (Lindsey y Hartrick, 1996; Benson y Latter 1998; citados por Whitehead 2001).

8.2.2.3.3 Supuestos esenciales para reducir tensiones entre enfoques

El considerable control que aún conservan los profesionales sanitarios sobre la planificación y los recursos, y el hecho de que puede no existir coincidencia sobre las prioridades de acción entre los problemas planteados por los profesionales y aquellos propuestos por la comunidad, plantea la necesidad de resolver varios obstáculos para alcanzar una transición hacia el enfoque del empoderamiento. Es así que, Laverack et al (2000), propone que para acercar las intervenciones sanitarias desarrolladas bajo el enfoque médico-preventivo, convencional o de “arriba-abajo”, hacia uno más del tipo de promoción de la salud basado en el empoderamiento o modelo de “abajo-arriba”, se debe integrar en cada etapa los supuestos del empoderamiento, de forma que estén presentes en cada fase a lo largo del proceso de planificación; aunque esta tarea puede no resultar simple, dada la “tensión”, presente en cada etapa del ciclo del programa, entre los intereses de los promotores del enfoque preventivo con los de aquellos que promueven el enfoque del empoderamiento.

Laverack (2000), ha señalado los supuestos esenciales para lograr que una intervención se oriente más hacia el empoderamiento, por ejemplo el uso de estrategias participativas que involucren a los participantes desde la etapa del diseño de la intervención; asumir que los recursos estarían disponibles a todos los miembros de la comunidad para mejorar su capacidad de actuar sobre sus problemas; el compromiso de permanencia de al menos seis a doce meses para comunidades con experiencia en el empoderamiento y de dos a siete años para aquellas que no lo tienen, esto con el fin de no finalizar las intervenciones antes de que los cambios alcancen cierto grado de sostenibilidad; centrarse inicialmente en grupos pequeños que facilitan las relaciones dinámicas y de poder interpersonal, gestionados y controlados por la comunidad, de esta forma, aunque algunos participantes pueden tener poca experiencia y habilidades inicialmente, se evitan los problemas asociados a las grandes organizaciones impersonales

Así mismo, los planificadores deben ser claros al definir la población beneficiaria de las intervenciones y el porqué eligen dichos beneficiarios; considerar la atención a grupos marginalizados en la población, ya que generalmente este sector, es menos propenso a participar en intervenciones o programas, a menos que se les involucre activamente en el diseño y aplicación de las intervenciones y a pesar de que tienen más necesidades, no son capaces de satisfacerlas por el limitado acceso a los recursos, o están fuera de las estructuras de poder (Laverack, 2000).

8.2.2.3.4 Sistematización frente a la participación: falsa dicotomía

Según Green et al., (2010), considerar la planificación en promoción de la salud como un conjunto de procesos racionales y sistemáticos, que se contraponen de forma irreconciliable con la participación, la flexibilidad y el contexto específico, es imponer una falsa dicotomía; los modelos de planificación solo proveen una estructura ordenada que asegura que todas las variables que pueden intervenir en el desarrollo de una intervención sean consideradas, pero las verdaderas diferencias radican en las diferentes posiciones ideológicas que influyen la información disponible y los procesos de toma de decisiones de las diversas partes interesadas.

Las ideologías, valores y las concepciones sobre la salud, que tienen aquellos que desarrollan la planificación de las intervenciones, influyen no solo las formas en las que las necesidades son definidas y priorizadas, sino que además, modifican cada etapa del proceso de planificación; de esta forma, el uso de los distintos modelos de planificación por sí mismos, no imponen valores sobre los procesos de planificación, solamente aportan un medio para hacer explícitos los valores, racionalidades y premisas que sustentan las decisiones de los planificadores (Green et al., 2010).

8.3. Valoración afectiva y actitud de los agentes sociales ante las intervenciones en promoción de la salud

8.3.1. El cambio de conducta de los beneficiarios

Particularmente los agentes sociales de atención primaria y ayuntamientos en este estudio, han manifestado preocupación por la dificultad que tienen estos usuarios en conseguir un cambio de conducta, porque aunque los profesionales reconocen que estos últimos tienen los conocimientos, desde su punto de vista, no actúan para conseguir el cambio; conseguir un cambio de conducta en los usuarios de las intervenciones en promoción de la salud, con el fin de que adopten un estilo de vida más saludable, es una tarea como mínimo difícil para estos profesionales y que además en no pocas ocasiones, les genera frustración y hasta cierto rechazo a participar en estas actividades.

Desde la evidencia que ha aportado la investigación cualitativa, se sabe que uno de los factores con influencia notable en los cambios de comportamiento de los pacientes, son sus propias creencias acerca de los medicamentos y la medicina en general; sus conocimientos, ideas, experiencias y las de sus familiares y amigos, también han mostrado correlación con la adherencia y movilización hacia el cambio (Wens, Vermeire, Royen, Sabbe y Denekens, 2005).

En algunos estudios cualitativos, que han explorado la percepción y entendimiento de la promoción de la salud en entornos clínicos, han señalado que los profesionales sanitarios consideran factores relacionados con los pacientes, como su actitud, falta de empoderamiento, conocimientos y habilidades, así como factores en concordancia con la falta de capacitación y habilidades para favorecer el cambio, por parte de los mismos profesionales sanitarios, así como factores relacionados con la organización de la atención, especialmente la carga de trabajo habitual y la falta de tiempo para compatibilizar las intervenciones (Casey, 2007; en este sentido, los profesionales son concientes de la existencia de factores que afectan el

cambio de conducta en tres niveles: el paciente, el profesional sanitario, y la organización de la atención (Wens et al., 2005).

8.3.1.1 Factores relacionados con el paciente

8.3.1.1.1 Conocimiento y habilidades

En estudios cualitativos que han entrevistado a enfermeras de atención primaria sobre su práctica profesional y rol como consejero dirigido a pacientes con enfermedades crónicas, estas señalaron que todos los pacientes se consideraban así mismos bien informados a partir de fuentes como su médico de familia, el especialista, amigos, familiares, los medios de comunicación, libros e Internet (Escudero-Carretero, Prieto-Rodríguez, Fernández-Fernández y March-Cerda, 2006), y aunque los pacientes generalmente muestran un interés por el cambio, estos no logran incorporar los cambios de conducta en su estilo de vida porque creen tener un conocimiento suficiente acerca del tema, creen saber como hacer las cosas y por eso en muchas ocasiones, rehúsan la asesoría y los consejos de un especialista; sin embargo, los profesionales sanitarios piensan que los pacientes tienen un escaso conocimiento sobre como llevar un estilo de vida saludable y consideran que aunque muchos pacientes pueden conseguir momentáneamente su objetivo de cambio, pueden recaer rápidamente debido a la falta de habilidades para lograr un cambio sostenido (Jansink, Braspenning, van der Elwyn y Grol, 2010).

Esto viene a coincidir con otras investigaciones cualitativas que evidencian un insuficiente conocimiento sobre la enfermedad por parte de los pacientes diabéticos, particularmente sobre los cambios metabólicos, la importancia de seguir la dieta, como preparar sus comidas, las diferentes opciones de tratamiento y otras formas de hacer actividad física como parte de su estilo de vida; los pacientes expresan que la supervisión médica es muy importante porque les brinda una retroalimentación sobre su tratamiento, y están de acuerdo con revisiones médicas periódicas, educación y constante refrescamiento de su conocimiento sobre su enfermedad y el tratamiento

(Vinter-Repalust, Petricek y Katic, 2004). Los pacientes también reconocen la necesidad de participar en terapias grupales, conocer y compartir experiencias con personas que tienen problemas similares, porque opinan que les puede ayudar a aprender más de sus experiencias, llevar mejor su enfermedad, resolver algunos dilemas sobre sus enfermedades y alcanzar con éxito cambios en su estilo de vida relacionados con la dieta y la actividad física diaria (Vinter-Repalust et al., 2004).

8.3.1.1.2 Actitud del paciente

Algunos investigadores apuntan que para la mayoría de pacientes, el diagnóstico de una enfermedad crónica significa un cambio drástico en sus hábitos y estilo de vida, que implica modificaciones no solo en la dieta y la actividad física, sino además en la relación con sus familiares, amigos y colegas, especialmente a la hora de comer y en celebraciones o eventos familiares les resulta difícil hacer los ajustes; en este contexto social, los pacientes pueden sentirse poco cómodos en frente de sus colegas, les resulta muy difícil seguir la dieta en estos horarios e incluso admiten que esconden su enfermedad por temor a perder sus puestos de trabajo; a menudo se comparan con otros colegas y observan que tienen que cumplir con más controles médicos y más exigencias sociales, como renovar la licencia de conducir con más frecuencia, que las otras personas (Vinter-Repalust et al., 2004).

En respuesta al reto que significa el cambio de conducta para modificar su estilo de vida, los profesionales consideran que los pacientes muestran diversas actitudes que van desde poner excusas para evitar cambiar sus malos hábitos de salud (Wens et al., 2005 citados por Jansink et al., 2010), una actitud pasiva cuando no observan resultados inmediatos, la falta de disciplina para el mantenimiento de los cambios cuando se enfrenan a situaciones de estrés y la falta de voluntad o motivación, surgida por una aversión general al cambio, que puede derivar de una experiencia negativa previa con un asesor que no les brindó el espacio suficiente para motivarlos (Jansink et al., 2010; Vinter-Repalust et al., 2004). También se ha reportado que hasta aun 20% del personal de enfermería pensaba que los pacientes encontraban la promoción

de la salud aburrida y vinculada a un concepto del “sermón” de la promoción de la salud (Casey, 2007).

Aunque los profesionales sanitarios reconocen que algunos pacientes pueden estar motivados y seguir meticulosamente sus regímenes, a menudo se encuentran con aquellos no motivados, que muestran desde su punto de vista, negligencia en el cumplimiento de sus recomendaciones, lo que desencadena una gran frustración en el personal sanitario y les resulta muy difícil cambiar su actitud y adherirse a los tratamientos; estos agentes sociales expresan que los pacientes se refugian en motivos culturales, “tradiciones dietéticas”, problemas económicos y otras razones de índole personal para no cumplir con el tratamiento, todos difíciles de modificar por estos profesionales (Vinter-Repalust et al., 2004; Wens et al., 2005).

Los médicos a menudo culpabilizaban a los pacientes con respuestas negativas (Vinter-Repalust et al., 2004) y se ha señalado que cuando los profesionales sanitarios han calificado con “actitud negativa”, a los pacientes cuyas emociones en relación al tratamiento se describen como de rebeldía, inconformismo, invulnerabilidad y ansiedad, los pacientes por su parte, manifiestan la existencia de cierta “incompatibilidad” entre los consejos de los profesionales sanitarios y sus propias circunstancias vitales, de forma que para compatibilizar la enfermedad y su vida cotidiana, aprenden a flexibilizar sus exigencias, aprenden a autorregularse el tratamiento en función del método ensayo y error, y cumplen las recomendaciones de una forma mas distendida, menos rígida, que las recomendaciones hechas originalmente por los profesionales sanitarios (Escudero-Carretero et al., 2006).

Otras investigaciones de diseño cualitativo que exploraron la perspectiva de los pacientes, demuestran que estos no siempre desean este consejo, particularmente si es ofrecido bajo el discurso de “*decirte lo que tienes que hacer*”, ya que por un lado, este consejo puede llevar al profesional sanitario a poner el énfasis sobre los beneficios del cambio, mientras que el paciente está considerando las implicaciones personales y económicas del cambio y no los beneficios a futuro, por lo que el resultado es un tipo de intercambio entre

profesional y paciente, que aumenta la posibilidad de que este último desarrolle una “resistencia al cambio” o aumente si yo la tenía (Britt et al., 2004).

Los pacientes reconocen que aunque los profesionales sanitarios fomentan en ellos la responsabilidad de autocuidado y tratamiento, se sienten poco partícipes en las decisiones sobre su salud y muchos desearían hacerlo; muchos desearían intercambiar información con su médico y decidir en conjunto su plan de vida, pero la mayoría expresan que sus médicos no les piden la opinión, no reconocen su “expertise” y que el profesional, en un estilo “directivo” carente de empatía con el paciente decide lo mejor para este, generando consecuencias negativas para la evolución de los pacientes (Escudero-Carretero et al., 2006).

En otro estudio cualitativo en centros sanitarios del sur de España, en las visitas de control y seguimiento los pacientes consideran que la atención médica se centra en la revisión de los datos del autocontrol y en el interrogatorio para descubrir “que ha hecho mal”, ellos consideran que les resulta “muy difícil hacerlo todo bien” y que es habitual la reprimenda sin los resultados no son buenos; cuando acuden a la revisión tienen la sensación de que les van a descubrir, lo que en opinión de los autores, fomenta actitudes infantiles en los pacientes como mentir u ocultar información a los profesionales para buscar su aprobación y eludir las “regañinas”; pocos pacientes recuerdan que sus médicos o enfermeras les refuerzan positivamente, la comunicación está centrada solo en lo que el “médico quiere oír” sin oportunidad para compartir sus sentimientos, miedos, inquietudes, ni comentar las estrategias para adaptar el tratamiento a sus vidas o los trucos para llevar una vida lo mas normalizada posible y de esta forma superar las limitaciones que les impone su enfermedad, no obstante, afirman no encontrar la suficiente comprensión en los profesionales sanitarios (Escudero-Carretero et al., 2006).

Es así que algunos pacientes deciden no acudir al centro de salud y controlarse la enfermedad por sí mismos, utilizando a sus madres u otros de la familia como mediadores con el sistema sanitario (Escudero-Carretero et al., 2006). Por todas estas razones, gran parte de los pacientes optan por solo

tomar pastillas, porque les resulta más sencillo que cambiar los hábitos y estilos de vida, y porque retoman el control de su vida, el sentimiento que pueden controlar su enfermedad más fácilmente por si mismos y eso les tranquiliza (Vinter-Repalust et al., 2004).

Las interacciones sanitarias entre los profesionales sanitarios y los pacientes debe verse no solo como un espacio para dar información o consejos, sino como una oportunidad donde se encuentran el conocimiento y la experiencia de los pacientes y los profesionales sanitarios para alcanzar en conjunto, las metas de interés común (Wens et al., 2005). Los pacientes toman decisiones que los llevan a adherirse o no a los tratamientos, con base en sus propias creencias y circunstancias personales, por eso, la toma de dediciones es un proceso complejo, el cual requiere que los profesionales sanitarios evalúen las razones y creencias de los pacientes, con el fin de alcanzar un acuerdo sobre los objetivos del tratamiento; pueden cambiar el énfasis y en vez de dirigir a los pacientes a tomar los medicamentos o recomendaciones que prescriben, deben pensar en como pueden contribuir a las decisiones del paciente sobre su tratamiento, de forma que sean los pacientes los protagonistas en la toma de decisiones sanitarias y los profesionales adopten un papel de apoyo (Wens et al., 2005).

Es posible que una mejor comprensión del término promoción de la salud favorezca una aproximación a la promoción de la salud como empoderamiento, en el cual, el personal sanitario ayuda a los pacientes a ser autónomos y hacer sus propias decisiones informadas y ayudar a distanciarse de las concepciones relacionadas con el “sermón” de la promoción de la salud que tienen algunos pacientes y profesionales (Casey, 2007); el personal sanitario con mayor experiencia es más dado a definir la promoción de la salud como empoderamiento y ve la necesidad de proveerla rutinariamente; esto indica que el mayor entrenamiento y experiencia, facilita el entendimiento y la aplicación de la promoción de la salud (Kelley y Abraham, 2007).

Según otros investigadores, los profesionales deben conocer el estado emocional y las circunstancias del entorno de los pacientes y no solo su

enfermedad; deben desarrollar la capacidad de empatía con los pacientes, comprender los sentimientos y situación de los pacientes y mostrarles esa comprensión; sus consejos deben provocar una reacción de atención y hacer recomendaciones que sean percibidas como eficaces, y alternativas, evitando repetir siempre los mismos mensajes en todas las situaciones y adaptando el discurso en función de las características de las personas que lo reciben; la información se debe proporcionar de forma paulatina, en pequeñas dosis y solicitando una retroalimentación para asegurar el grado de comprensión, con un lenguaje comprensible y facilitando en todo momento la expresión de dudas y preguntas (Escudero-Carretero et al., 2006).

Otros destacan la importancia de no sobrecargar a los pacientes con la información y no insistir en consejos sobre los que aún el paciente no tiene interés, pero además, es necesario explorar lo que el paciente ya sabe, los pensamientos propios acerca de la enfermedad y la voluntad de aplicarlos, con el fin de dar datos que le sean relevantes y tener en cuenta su capacidad de asimilarlos, verificando su comprensión (Wens et al., 2005).

Se ha visto que la entrevista motivacional, que se caracteriza porque en vez de un estilo “confrontativo”, se utiliza uno de empatía, ayuda al paciente a movilizarse a través de las etapas de cambio, les ayuda a explorar y resolver la ambivalencia y aumentar la motivación para el cambio; cuando se tienen estas herramientas, las estrategias de choque donde se confronta por el incumplimiento, se reemplazan porque se sabe que pueden empeorar el estado emocional del paciente y tienen una eficacia dudosa (Wens et al., 2005), no obstante, aunque algunas enfermeras consideran que una aproximación no autocrática, caracterizada por la negociación y el trabajo con el paciente, es muy importante en promoción de la salud, algunos estudios revelaron que esto no ocurre en la práctica (Casey, 2005 citado por Casey 2007).

En muchas ocasiones, los trastornos crónicos hacen sentir a los pacientes como “esclavos del tratamiento”, de forma que la motivación es clave para el cumplimiento terapéutico, ya que si adopta una actitud optimista y cree en su autoeficacia, es más probable que obtenga una mejor calidad de vida, de

potenciar una actitud crítica y responsable, y lograr la mayor autonomía y participación de los pacientes; se puede lograr el buen cumplimiento terapéutico si el paciente participa activamente en el proceso y se implica continuamente en la toma de decisiones, no es suficiente informarle de lo que debe hacer, sino comprender que la responsabilidad en el éxito del tratamiento es compartida, hay que llegar a pactos consensuados en los que se definan los problemas, las posibles soluciones y las decisiones más acertadas con objetivos claros (Escudero-Carretero et al., 2006).

El futuro de las intervenciones sanitarias pasa por el empoderamiento de los pacientes y de los profesionales, sin embargo, cuando el personal de enfermería percibe una carencia de poder y autonomía profesional y no se siente empoderado, es difícil esperar que sean capaces de empoderar a sus pacientes (Gott y O'Brien, 1990, Mackintosh 1995, Robinson y Hill 1005, Smith et al., 1995, Cahill 1996, Latter 2001, Mitchenson y Cowley 2003; citados por Casey 2007), así mismo, la escasa participación de los pacientes, con la consiguiente concentración de poder por parte de los profesionales sanitarios, favorece el dominio del modelo médico en la provisión pasiva de la atención sanitaria (Gott y O'Brien, 1990, Caraher 1994, Latter 1994, McBride 1994, Davis 1995, Treacy et al., 1996; citados por Casey 2007).

Ante estos planteamientos, la colaboración y el intercambio entre profesionales y pacientes, el trato y la comunicación con las personas son elementos que inciden directamente en la eficacia de los tratamientos y su cumplimiento terapéutico; la participación en sus propios procesos de salud mejora el tratamiento, su efectividad y eficiencia, así como la satisfacción de los pacientes, que a la vez, incrementa el cumplimiento del tratamiento (Escudero-Carretero et al., 2006).

8.3.1.2 Factores relacionados con el profesional

8.3.1.2.1 Actitud del profesional

Algunos estudios cuantitativos han reportado que el personal de enfermería tienen creencias positivas hacia la promoción de la salud, por un lado, señalan que la mayoría de profesionales sanitarios reconocen la promoción de la salud como parte de su rol de trabajo (75%); que hasta un 95% de este personal reconoce la necesidad de desarrollar en su práctica rutinaria la promoción de la salud, el 93% piensan que por su profesión, están idealmente situados para dar educación para la salud y el 84% creen que deberían tener un papel activo ayudando a los pacientes a cambiar conductas negativas en salud, como el fumado y comer en exceso (McBride 1994; citado por Kelley et al., 2007). Así mismo, el 88% observa la promoción de la salud como efectiva en general y una buena relación costo-efectividad, esto se corresponde con estudios donde la promoción de la salud ha sido bien recibida y vista como útil e interesante por los médicos, a pesar de este estudio, el efecto sobre la práctica diaria ha sido mínimo o moderado (Cohen et al., 1985, Dietrich et al., 1990; citados por Kelley et al., 2007),

No obstante, aunque confían en su habilidad para desarrollar la promoción de la salud, solo el 39% consideran que implementarían la promoción de la salud como parte de su rutina diaria de trabajo, solo el 35% de este personal desarrolla la promoción de la salud la mayor parte del tiempo, un 17% de las enfermeras calificadas y ningún auxiliar desarrollan siempre de forma rutinariamente la promoción de la salud con sus pacientes, y un 4% manifestó que no serían felices aplicando rutinariamente la promoción de la salud porque ya estaban suficientemente estresados (Kelley et al., 2007).

Se ha observado que la mayoría del personal de enfermería define la promoción de la salud y sus objetivos en los términos “reducidos de la educación de la salud” y se centran en difundir información y prevenir las enfermedades (Kelley et al., 2007); así, al tomar en cuenta la perspectiva en donde la promoción de la salud es asumida como una vía para prevenir las

enfermedades, se ha señalado que una gran parte consideran los entornos clínicos como un escenarios apropiados para la promoción de la salud (63%), no solo porque esta es considerada como parte de la atención holística que ofrece este personal, sino porque además, piensan que es un deber, el compartir su conocimiento en salud y también porque la promoción de la salud les ayuda a prevenir las recaídas y readmisiones en centros sanitarios (Kelley et al., 2007).

Sin embargo, un número menor de profesionales (15%), consideran que la aplicación de la promoción de la salud en los entornos clínicos corresponde a una “naturaleza fortuita” (McBride 1994; citado por Kelley et al., 2007), y que estos no son lugares adecuados para la promoción de la salud, porque los “pacientes ya están muy enfermos”, porque “era muy tarde” o porque hay especialistas mas apropiados para la promoción de la salud; de estos, la mayoría consideraban que la promoción de la salud era de poca importancia y “había cosas mas importantes y no había suficiente tiempo”; algunos describen que la cultura reactiva de los servicios de agudos lleva el entendimiento implícito de que la promoción de la salud es responsabilidad de atención primaria o de enfermeras especialistas (Robinson et al., 1998; citado por Kelley et al., 2007).

Otros investigadores coinciden en que la mayoría del personal sanitario llevan a cabo la promoción de la salud porque la han Incorporado a lo largo de su práctica de trabajo diario; como parte de su rutina de trabajo diaria, casi de una forma invisible, difícil de articular; muchas veces lo realizan de forma inconsciente o automática, lo que sugiere que la promoción de la salud está implícita en el trabajo diario que desarrolla este personal (Casey, 2007). Así mismo, se ha reportado en algunas revisiones sistemáticas en torno a las estrategias de cambio de conducta, que el rol tradicional de los profesionales que desarrollan intervenciones sanitarias incluye la provisión de consejos para motivar a los pacientes a que hagan cambios en sus estilos de vida (Britt, Hudson y Blampied, 2004); otros estudios también han reportado que los consejos a los pacientes son asumidos como parte del rol de trabajo por parte del personal de enfermería y concluyen que la actitud de estos profesionales

hacia la promoción de la salud en escenarios clínicos, está abierto a incluirla en su práctica habitual (Kelley et al., 2007).

Algunos estudios han evidenciado que la actitud con la que los profesionales se enfrentan a las intervenciones sanitarias, incide en los resultados de cambio de conducta de los pacientes; es así que cuando algunos profesionales que apuntaban altas expectativas para el cambio de estilo de vida del paciente, notaron que si lo hacían con un grado importante de presión, esto resultaba luego en una resistencia del paciente; así mismo, la falta de empatía por parte de los profesionales hacia los usuarios, constituye un reto difícil para los profesionales y el comprender porqué resulta tan complicado para los pacientes cambiar un estilo de vida específico, que los mismos profesionales no ven como un obstáculo; para estos últimos, el tener que repetir el mensaje una y otra vez sobre estilos de vida, o el tener pocas esperanzas de que el paciente va a cambiar, los hace sentir muy impotentes y desmotivados (Jansink et al., 2010).

En otro estudio cualitativo se exploró los pensamientos y sentimientos de los profesionales sanitarios sobre el cumplimiento y adherencia de sus recomendaciones y para estos investigadores queda claro que los profesionales sanitarios y los pacientes interpretan las consultas de una forma diferente, por un lado, los profesionales sienten que ellos son los expertos autorizados para hacer recomendaciones y el paciente solo tiene la obligación de llevarlas a cabo, pero cuando estos no cumplen con los objetivos del tratamiento, ni las expectativas de sus proveedores de atención médica, los profesionales experimentan gran impotencia y frustración, especialmente cuando intentan brindar una buena atención sobre el cuidado de la enfermedad con objetivos basados en la evidencia; estos profesionales fijan altas expectativas sobre los resultados metabólicos en pacientes con enfermedades crónicas, pero no las comunican a sus pacientes, no les gusta repetir los mismos mensajes una y otra vez, y bajo estas circunstancias, frecuentemente se ven en situaciones que conducen a la frustración (Wens et al., 2005).

Se ha estimado que el cumplimiento y la adherencia al tratamiento de todos los pacientes, independientemente de la enfermedad, es de alrededor del 30-50% (Wens et al., 2005); en la literatura se ha evidenciado que la cercanía con los médicos de cabecera, su apoyo y consejo, puede muchas veces ayudar a los pacientes a alcanzar mejor la adherencia al tratamiento, pero en la práctica cotidiana, el apoyo de los profesionales sanitarios para el cambio de dieta y actividad física, a menudo se encuentra ausente y parece que algunos sanitarios pierden el contacto con sus pacientes, limitándose a prescribir medicinas y consejos (Vinter-Repalust et al., 2004).

8.3.1.2.2 Formación del profesional

En estudios que buscan comprender mejor las relaciones entre los pacientes, sus familiares, la organización y los proveedores de salud al desarrollar intervenciones sanitarias, se evidencia que la asignación de recurso humano adecuado, su formación y comunicación, son esenciales en la integración de una intervención, especialmente en donde existe una limitación de tiempo y una gran carga de trabajo (Steinman, Cristofalo y Snowden, 2012).

En un estudio, casi la mitad de las enfermeras informó que carecían de educación, formación y los conocimientos necesarios para emprender las intervenciones en promoción de la salud (Casey, 2007), otros profesionales han reconocido la falta de formación en ciertas habilidades (Jansink et al., 2010) y la falta de herramientas efectivas de comunicación, para asesorar y hacer que el paciente sea un socio en sus decisiones y se favorezca el cambio de comportamiento (Wens et al., 2005). Estos profesionales reconocieron que la falta de conocimientos y habilidades sobre cómo asesorar adecuadamente, en especial, la falta de habilidades de comunicación para explicar de una forma convincente a los pacientes los temas de actividad física, dejar de fumar y dieta, con el fin de conseguir un saludable estilo de vida, además de no saber como desarrollar un plan de acción concreto, estructurado y tener cierta dificultad para adaptar su asesoramiento a las etapas en la que está el paciente, constituían importantes barreras en su rol como consejero dirigido a pacientes crónicos (Jansink et al., 2010).

Se ha reconocido en la literatura la necesidad de contar con nuevas habilidades en los profesionales sanitarios para favorecer el cambio de comportamiento en los pacientes, como evaluar la preparación para el cambio que tiene este, habilidades de relación y considerar las actitudes del paciente y sus creencias sobre la enfermedad o su tratamiento (Wens et al., 2005); la mayoría de enfermeras en este estudio coincidieron en que la provisión de educación, formación y capacitación en relación con promoción de la salud, es un factor de extrema importancia para ayudarles a desarrollar su trabajo en promoción de la salud (Casey, 2007).

8.3.1.3 Factores relacionados con la estructura organizacional

8.3.1.3.1 La carga laboral habitual limita el tiempo para las intervenciones

La forma en como se encuentra organizada la atención primaria de la salud en la actualidad, deja poco espacio para aplicar las intervenciones en promoción de la salud y esta actividad supone una carga extra dentro de la carga habitual de trabajo en la consulta clínica que brindan los profesionales sanitarios a la población; a nivel profesional, la falta de tiempo suficiente para brindar el asesoramiento adecuado a los pacientes, es una queja frecuente por parte de dichos profesionales (Jansink et al., 2010).

Se ha señalado que el gestionar una cita trimestral en atención primaria, que en los países bajos por lo general es de 15 a 20 minutos, en la que se controla el nivel de glicemia, la presión arterial, el peso, se actualiza la información sobre el efecto de la medicación y además se debe ser paciente y escuchar cuidadosamente al paciente, resulta en una falta de tiempo evidente, en la que, sumado a la falta de conocimientos para promover la reducción del riesgo y los cambios en el estilo de vida, genera una situación poco favorable que enfrentan los profesionales de enfermería en su práctica profesional (Burke et al., 2003 y Wens et al., 2005; citados por Jansink et al., 2010).

Los profesionales consideran que la forma en como se lleva a cabo la consulta, también influye en el cambio de conducta del paciente y su cumplimiento del tratamiento; consideran que se debe favorecer un espacio previo a la consulta donde se de una mejor noción de lo que significa el cuidado de las personas con enfermedad crónica, lo que daría una sensación a los pacientes de que se dedica más tiempo y más experiencias dirigidas al paciente y no solo la consulta estándar en atención primaria donde solo se esta de acuerdo con las quejas y preguntas de los pacientes (Wens et al., 2005).

Un metanálisis que exploró la efectividad de las intervenciones para cesar el fumado desarrolladas por personal de enfermería, señala entre sus hallazgos los potenciales beneficios de las intervenciones dadas por este personal a sus pacientes (Rice y Stead, 2008); por un lado, la evidencia sugiere que las intervenciones breves de los profesionales de enfermería que combinan el trabajo de la cesación del fumado con otros deberes profesionales en la consulta diaria, son menos efectivas que las intervenciones largas y con múltiples sesiones, desarrolladas por enfermeras con un rol en promoción de la salud o rehabilitación cardiaca y por otro lado, la mayoría de enfermeras muestran un alto grado de involucramiento en atención sanitaria por lo que podrían tener un profundo efecto sobre la reducción del uso del tabaco en las intervenciones sanitarias, preventivas y educativas, y deberían ser parte habitual de la práctica de estos profesionales (Rice et al., 2008); no obstante, otros investigadores han puesto de manifiesto que no hay suficiente tiempo para aplicar rutinariamente la promoción de la salud y las barreras como las pletóricas cargas laborales, dificultan la aplicación rutinaria de la promoción de la salud en entornos clínicos (Kelley et al., 2007).

Algunos estudios indican que el personal de enfermería conoce la existencia de la evidencia que apoya la efectividad de la promoción y confía en su habilidad para proveerla en las intervenciones sanitarias; por otro lado, aunque el 57% de ellos estarían dispuestos a aplicarla rutinariamente, todos coinciden en la necesidad de contar con el entrenamiento apropiado y con más tiempo en la consulta, para desarrollar rutinariamente la promoción de la salud;

la mayoría de este personal señala barreras organizacionales para introducir la promoción de la salud en su práctica de cada día, que tendrían que ser superadas antes, para hacer esto una posibilidad real (Kelley et al., 2007)..

8.3.1.3.2 La promoción de salud como un “extra”, un segundo plano

Esta postura se refleja de forma contundente en algunos estudios cuyos datos reportan que hasta un 68% del personal de enfermería señala que no tienen suficiente tiempo para incluir la promoción de la salud en su trabajo; (McBride 1994; citado por Kelley et al., 2007), la llamada “cultura de la prisa” de los ámbitos sanitarios refuerza la creencia de estos profesionales de que los escenarios clínicos no son apropiados para la promoción de la salud, y que este personal no ve la promoción de la salud como el núcleo de su trabajo, sino que se relega a un segundo lugar, debido a la prioridad que se le da, a lo “concretamente medible” en el trabajo (English National Board on Nurses, 2000; citado por Kelley et al., 2007).

Algunas enfermeras describen la promoción de la salud como un “extra” que se puede proveer si hay tiempo (McBride 1994, Macleod et al., 1998; citado por Kelley et al., 2007), algunas olvidan aplicar intervenciones en promoción de la salud debido a conflictos entre sus metas prioritarias en la práctica diaria (Williams et al., 1996; citados por Kelley et al., 2007), otras piensan que la forma en como está organizada la atención sanitaria es una barrera porque la rutina de trabajo dominante y la organización del tiempo están en función de cumplir y completar una rutina establecida y la promoción de la salud pasa a un segundo puesto de prioridad (Casey, 2007). La literatura también apoya que la rutina domina el trabajo de la enfermera y en que un trabajo que está organizado en torno a una rutina, que a la vez, se orienta al cumplimiento de objetivos predeterminados, la promoción de la salud no puede ser vista como parte integral en la práctica sanitaria; el dominio de la rutina significa que este personal está muy ocupado tratando de alcanzar unos objetivos establecidos, tan rápido como sea posible y estas circunstancias, la participación del paciente requiere más tiempo (Casey, 2007).

8.3.1.3.3 Más recursos, menos “sobrecarga” en promoción de la salud

Los hallazgos de otras investigaciones reportan la falta de tiempo que siente el personal sanitario para realizar tareas que consideran “adicionales” a su carga de trabajo habitual y, en este sentido, se ha manifestado que el modelo de atención vigente en atención primaria no favorece ningún reconocimiento económico por las intervenciones de educación y autocontrol de los pacientes (Wens et al., 2005), en consecuencia, el personal sanitario considera que la gerencia de los centros sanitarios no les proporciona más tiempo porque resulta caro (Pullon, McKinlay y Dew, 2009); así mismo, muchos estudios sugieren que la sobrecarga de trabajo, los niveles bajos de personal y la falta de tiempo, funcionan como una barrera para que el personal de enfermería desarrolle su rol de promoción de la salud (Gott y O’Brien, 1990, Latter 1994, Evans 1998, Chan y Wong 2000, Doherty et al., 2000, Hayes 1990, Mitchinson 1995 y Doherty et al., 2000; citados por Casey 2007).

Los profesionales sanitarios han señalado que aunado a la capacidad de construir una relación con los pacientes y su propia formación, el mejorar el conocimiento de los recursos locales, como programas de ejercicios para crónicos (Pullon et al., 2009), el contar con mas recursos en términos de folletos, financiamiento, equipo, personal, apoyo de los gerentes a su gestión, y recursos para un especialista en promoción de la salud, constituyen factores que les ayudaría a desarrollar mejor su papel en promoción de la salud (Casey, 2007); la forma en como esta organizado el sistema de atención sanitaria, favorece no solo que el personal sanitario considere que tienen poco tiempo y poco personal, sino que además, una escasa continuidad, es decir, poco o nada seguimiento a los pacientes (Casey, 2007).

Este autor encontró que las enfermeras indicaban la necesidad de delegar el trabajo en promoción de la salud a un especialista en este tema, quien atendiera las necesidades de los pacientes y mantuviera al personal actualizado, sin embargo, en la literatura se ha encontrado evidencia de que

introducir un especialista en promoción de la salud, puede tener ciertas consecuencias como que el personal de enfermería no percibiría la necesidad responsabilizarse de la promoción de la salud, no desarrollaría las habilidades necesarias y además la promoción de la salud se vería como una actividad marginal en el ámbito sanitario (Lucker y Caress 1989, McBride y Moorwood 1994, Thompson y Kohli 1997, Nagle et al., 1999, Chan y Wong 2000, Flemming y Thompson 2002, Gomm et al., 2002, Noble 1991, Johnson y Baum, 2001; citados por Casey 2007)

8.3.1.3.4 Estructura organizacional centrada en la enfermedad

En una revisión patrocinada por el gobierno del Reino Unido sobre el Servicio Nacional de Salud, se describe este como un “Servicio Nacional de Enfermedad” (Wanless 2004; citado por Kelley et al., 2007), mas relacionado con la planificación y el planteamiento de resultados de intervenciones en salud pública a corto plazo, mas comprometidos con enfermedades agudas que las crónicas, en una población de adultos mayores cada vez mayor, observaciones que concuerdan con investigaciones internacionales, en relación a que, los servicios sanitarios son reactivos mas que proactivos (WHO, 1997; citado por Kelley et al., 2007).

Se ha identificado a los centros sanitarios con una “cultura de crisis”, que puede actuar como una barrera para aplicar la promoción de la salud (Robinson et al., 1998; citados por Kelley et al., 2007), y aunque la mayoría de las enfermeras se sienten competentes para desarrollarla, requieren que se le otorgue mas tiempo, alta prioridad, mas información y entrenamiento a los profesionales que trabajan en promoción de la salud. Estos autores señalan que el personal de enfermería tiene generalmente actitudes positivas hacia el desarrollo de la promoción de la salud, pero necesitan más entrenamiento, recursos y apoyo de las administraciones para asegurar que la promoción de la salud sea desarrollada rutinariamente en la población que atienden.

8.3.1.4 Mejorar la salud a través de los cambios de conducta

8.3.1.4.1 Otras formas de abordar la enfermedad y la salud

Según Gil Roales-Nieto (2004), aunque se conocen algunos antecedentes sobre la aplicación del enfoque de conducta en pacientes desde antes del siglo XX, es en la primera mitad de este, cuando se registran importantes estudios pioneros sobre el condicionamiento y modificación de respuestas fisiológicas en alteraciones cardiovasculares, vasomotoras y del tono muscular, cefaleas tensionales, tics, crisis epilépticas, la tasa y el ritmo cardiaco, presión sanguínea, salivación y motilidad gastrointestinal; por lo que mucho antes del establecimiento formal de los enfoques de conducta, y de la “Psicología de la salud”, como disciplina científica y área de investigación e intervención en la década de los setenta, todos estos estudios aportaron evidencias de que las variables “comportamentales” tienen un papel importante en procesos como la actividad del sistema nervioso autónomo, los procesos inmunológicos y el control del dolor, que antes se clasificaban estrictamente dentro del ámbito biológico.

Con la transición de un perfil a principios del siglo XX, donde las principales causas de muerte en países desarrollados eran de tipo infeccioso, a otro en la década de los setenta, donde prevalecían las muertes y discapacidad por enfermedades crónicas, cáncer, accidentes de tráfico, intoxicaciones y violencia, y el impulso de la publicación sistemática de los estudios mas significativos que demostraban el condicionamiento de respuestas en el organismo, y que el principal papel en estas causas de mortalidad estaba desempeñado por factores conductuales como el fumar, dieta alta en grasas y abuso de alcohol (Miller et al., 1987; citado por Gil Roales-Nieto, 2004), es que se reconoce la posibilidad de otras maneras de abordar la enfermedad y la salud, otras formas de entender que la enfermedad no es un fenómeno que se reduce simplemente a lo orgánico, que el mantenimiento de la salud puede involucrar en mayor o menor grado, otras dimensiones como la política, la económica, la psicológica y la sociológica según la naturaleza del problema de salud; en suma, se intenta trascender lo biológico, superar el abordaje

tradicional biomédico y estudiar los efectos sobre la salud de factores psicológicos y sociales como el estrés, el aislamiento social, la hostilidad, la disponibilidad de respuestas de afrontamiento o apoyo social (Gil Roales-Nieto, 2004).

Con este panorama, se concluye que las principales estrategias para mejorar la salud provendrán de las oportunidades de cambiar dichas pautas de conducta consideradas poco saludables y en consecuencia, en la segunda mitad del siglo XX, se contempla la transición de un modelo de actuación sanitaria centrado en la enfermedad, asumida como fenómeno biológico, a otro modelo centrado en el concepto biopsicosocial de la salud, que permitieron una aproximación más comprehensiva de la salud y la enfermedad, y que conllevan al planteamiento de un abordaje multidisciplinar de los problemas de salud, que por lo general contempla el considerar la diversidad de factores que influyen en el estado de salud de una población, con la necesidad de aunar múltiples esfuerzos que ayuden a explorar el fenómeno de la salud y la enfermedad, al menos desde sus dimensiones biomédica, psicológica, social, económica y política.

8.3.1.4.2 El componente de conducta en los problemas de salud habituales en los servicios de atención sanitaria

Por otro lado, entidades internacionales como la OMS han reconocido que los factores socioeconómicos explican más del 60% de las variaciones en la tasa bruta de mortalidad y más del 80% de las diferencias en la esperanza de vida entre los países del mundo, así mismo, otros estudios reportan que entre el 60 y 90% de los problemas de salud tienen un componente psicológico (Bakal, 1979; citado por Gil Roales-Nieto, 2004) y en España se sabe que hasta el 40 % de las personas que acudieron a los servicios clínicos, fueron considerados con diagnósticos de origen “psicosomático o psicogénico” (García et al., 1978; citados por Gil Roales-Nieto, 2004); eso evidencia que un importante porcentaje de usuarios del sistema sanitario no presentan trastornos estrictamente médicos o que estos tienen sumados trastornos de naturaleza psicológica y social, lo que lleva a plantear por un lado, que un abordaje

predominante médico sería una forma reduccionista de abordar los problemas de salud, con resultados poco efectivos, y por otro lado, que la formación de los profesionales sanitarios los prepara para resolver alrededor de la mitad, del total de los problemas que aquejan a la población.

Una vez que una enfermedad crónica es diagnosticada, queda claro que el abordaje efectivo debe implicar una intervención que considere la diversidad de dimensiones involucradas (biológica, psicológica, social), y que la actuación en prevención es una “actuación sobre comportamientos” (Gil Roales-Nieto, 2004), no obstante, aunque por lo general existe una conciencia sobre la necesidad de que el personal sanitario tome en cuenta la influencia de los enfoques conductuales, de que una intervención realmente interdisciplinaria exige un equipo multiprofesional, donde cada uno de sus miembros aporta la experiencia de su disciplina y tiene la disposición de coordinar con los demás para que se pueda contener el proceso de enfermedad e intentar mantener la máxima calidad de vida posible para el paciente, y que por lo general se acepta la concepción biopsicosocial, mas teórica que practica, entre los profesionales sanitarios, los factores sociales o conductuales son casi complemente ignorados por las ciencias biomédicas tradicionales, prevalece un abordaje biomédico que caracteriza la “cultura sobre la salud y enfermedad” de las sociedades modernas, se opta por dirigir los recursos a obtener una “victoria biológica” sobre la enfermedad (farmacológica, quirúrgica, genética, etc), la transferencia total de la responsabilidad del cuidado de la salud a los profesionales sanitarios y el papel pasivo asignado a los enfermos como receptores de los procedimientos curativos llevados a cabo por estos profesionales (Gil Roales-Nieto, 2004).

8.3.1.4.3 Los profesionales y otras estrategias más efectivas

El personal sanitario siente una gran responsabilidad profesional por asesorar con precisión a los pacientes, en lugar de permitirles que puedan tomar decisiones por sí mismos sobre sus comportamientos de salud, por lo que generalmente el lograr un cambio de comportamiento en los pacientes, se convierte en una tarea difícil para estos profesionales (Jansink et al., 2010).

Algunos autores han señalado que la falta de voluntad y disposición al cambio por parte de los pacientes con un comportamiento considerado no saludable, puede resultar muy frustrante y representar un gran desafío para los proveedores sanitarios (Singer, 2007); esto resulta especialmente relevante cuando estos profesionales tratan de proporcionar una buena atención a los pacientes crónicos por medio de recomendaciones y aquellos no las adoptan o se adhieren a sus prescripciones (Wens et al., 2005 citados por Jansink et al., 2010).

Se sabe que los profesionales, en su “rol” de ayudar a los pacientes a modificar su conducta, muchas veces no son conscientes de las estrategias de cambio de conducta más efectivas; en este sentido, se ha encontrado evidencia de que menos de la mitad del personal responsable de desarrollar las intervenciones en un centro sanitario (42%), estaban satisfechos con sus habilidades en promoción de la salud (Kelley et al., 2007).

8.3.1.4.4 La efectividad de las estrategias de conducta

Se ha visto especialmente en la gente mayor, que la habilidad de mantener el cambio en el estilo de vida mejora con el uso de intervenciones que apliquen “estrategias de conducta”; en este sentido, otros investigadores señalan evidencia significativa a partir de estudios en que las intervenciones diseñadas para promover estilos de vida saludables con el uso de *enfoques de comportamiento o estrategias de conducta-cognitivas*, fueron más efectivas que aquellas en donde se aplicaba el abordaje tradicional de educación para la salud tradicional, la prescripción de actividades saludables y la instrucción de consejos aislados hacia los usuarios; así mismo, también se ha señalado la importancia de abordar la confianza de la gente, sus actitudes y creencias, como parte de la dimensión afectiva, con el fin de aumentar la efectividad de estas intervenciones (Lee et al., 2008).

8.3.1.4.5 El enfoque de conducta que se puede aplicar en cada caso

En una revisión bibliográfica, se identificaron alrededor de 52 teorías y hasta 60 modelos distintos generados en el siglo XX, que fundamentan en muchos casos, las intervenciones sanitarias en el área de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, no obstante, también se ha evidenciado que en la actualidad, muchos agentes sociales continúan basando sus intervenciones en las competencias profesionales propias del ámbito médico, como la curación y rehabilitación de enfermedades, o en intervenciones sanitarias que responden mas a factores como la “tradicición, la intuición, la repetición, la coyuntura política y al empirismo”, que al uso racional del conocimiento disponible en términos de modelos, teorías o sus constructos operacionales (Alonso-Cabrera, 2004).

La aplicación de un modelo o teoría permite no solo generar teoremas, formular explicaciones de la realidad y conocer la “representación del mundo y sus fenómenos”, sino que cuando además se basan en un enfoque de conducta, facilita el conocer la forma en que individuos, grupos o colectivos modifican su comportamiento, la identificación de los objetos y estrategias de cambio más apropiadas para generar una acción eficaz, permite la comprensión de la situación o problema de salud, y de las características del contexto donde se desarrollan; es así que cuando los agentes sociales prescindan de elementos teóricos y conceptuales, propios del enfoque de conducta en sus prácticas profesionales, que además, pueden estar fuera de los alcances de su formación, los resultados esperados son como mínimo limitados y el mayor potencial de individuos y comunidades no se desarrolla adecuadamente (Alonso-Cabrera, 2004).

Según Alonso-Cabrera (2004), los enfoques de conducta podrían agruparse en tres grandes bloques según el nivel de acción: las que explican comportamientos a nivel individual, interpersonal o grupal y el nivel comunitario o social. En el primer bloque que explican los comportamientos a nivel

individual, se indican dos modelos ampliamente diseminados y validados en diversos múltiples contextos: el de creencias en salud y el transteórico del cambio de comportamiento, y dos teorías: la de acción razonada y el comportamiento planeado; en el nivel grupal destacan las teorías cognitivo social, la de soporte social en redes y la de comunicación paciente-proveedor; finalmente a nivel comunitario o social, se señalan los modelos de organización comunitaria, los ecológicos y las teorías de difusión de innovaciones, del cambio organizacional y la de comunicación masiva, en donde evidentemente la aplicación de uno u otro modelo, de una u otra teoría estaría en consonancia con el contexto de trabajo de los diversos agentes sociales.

En un estudio que pretendía evaluar la efectividad de intervenciones sanitarias en formas de talleres de trabajo con los usuarios de un centro sanitarios de la ciudad de Barcelona, se comparó los resultados de personas que acudieron a los talleres con otros grupos de personas que no lo hicieran, concluyendo que los talleres constituyen una aproximación innovadora en promoción de la salud que pone el énfasis en la responsabilidad de las personas por su salud, así como las recomendaciones que se dan para poner en práctica y el apoyo del grupo, suponen una gran oportunidad para incorporar hábitos saludables y establecer el compromiso del autocuidado (Campo Osaba et al., 2012).

En una revisión sistemática en pacientes con enfermedades crónicas, se ha encontrado evidencia de las intervenciones grupales tienen un efecto positivo en las personas con un mejor control metabólico, disminución del peso y la presión arterial y aumento del control, la calidad de vida, el desarrollo de habilidades de autocuidado y un alta satisfacción con el tratamiento recibido, pero que estos cambios positivos no continúan un tiempo después de que la actividad ha terminado (Deakin et al., 2008; citados por Campo Osaba et al., 2012). Como posibles explicaciones están que las intervenciones abordan temas específicos como la actividad física pero no incluyen aspectos que influyen en el comportamiento (Gine-Garriga et al., 2009 y Fitó et al., 2007 citados por Campo Osaba et al., 2012).

8.3.2 Participación de beneficiarios, colaboradores y agente sociales

8.3.2.1 Participación de los agentes sociales legos

8.3.2.1.1 El perfil de los agentes sociales legos, civiles o voluntarios

Algunos estudios cualitativos apuntan que el perfil de los agentes sociales legos incluye por lo general, el que sean parte de las comunidades en las que sirven, por lo que entienden mejor las redes locales, se comunican en un lenguaje similar y reconocen e incorporan la práctica cultural para promover la salud (Rhodes et al., 2007 citado por South et al., 2012), así mismo, mejoran el acceso a las fuentes de información (Stevens, 1994 y Rodney et al, 1998; citados por South et al., 2012) y han reportado altos niveles de satisfacción en los beneficiarios, en relación al apoyo recibido (Kennedy et al., 1999 y Westhoff, 2002; citados por South et al, 2012). Otros investigadores señalaron que se ven como fuentes fiables de información y describen atributos como “el ser amistosos, entienden sus situación, muestran mente abierta y los confortan al hablar con ellos (Flax et al., 1999; citados por South et al., 2012).

El apoyo social que ofrecen los agentes sociales legos, civiles o voluntarios, (también llamado de “pares”), es un reconocido mecanismo de apoyo al cambio de conducta y parte de un capital social, ampliamente visto como un determinante mayor de los resultados en salud (Woolacott et al., 2006, Cooper et al., 1999, Wilkinson et al., 1998, Veenstra, 2000 y Szreter, 2004; citados por South et al, 2012). Algunos autores argumentan que las intervenciones a través de apoyo de pares puede operar por medio de tres mecanismos específicos: primero, el efecto directo, por ejemplo al reducir el aislamiento social y mejorar las relaciones sociales, segundo, el amortiguar los efectos de un problema, a través del fomento de respuestas de afrontamiento, y por último, el reforzamiento de conductas positivas, que aumentan el sentimiento de autoeficacia (Denis, 2003; citado por South et al., 2012).

8.3.2.1.2 La motivación de los agentes sociales a participar en las intervenciones en promoción de la salud

En algunos estudios se ha señalado que los participantes no siempre adoptan un rol pasivo como receptores de servicios, y que la elección de una postura activa parece ser el resultado de varios factores como las circunstancias sociales, el nivel deseado de responsabilidad, el sentido de altruismo, la necesidad de asistencia o conocimiento adicional para llevar a cabo sus actividades diarias y los beneficios sociales derivados del aumento del contacto social con los otros agentes y beneficiarios; por otro lado, también se reconocen varios obstáculos al voluntariado como circunstancias individuales que incluyen limitaciones físicas, y las presiones de los compromisos familiares (South et al., 2012).

En otro estudio cualitativo se reportó que los participantes activamente involucrados en intervenciones en promoción de la salud, lo hacían básicamente por dos aspectos que actuaban solos o en combinación: el mejorar la situación actual y la búsqueda de reconocimiento; en el primer caso, la mejora podría ser para sí mismos (desarrollo personal) o para otros (acción decidida), y en el segundo caso, buscaban reconocimiento del estado que habían logrado como personas (estado ejemplar), o el reconocimiento mutuo de la relación social (servicio y reciprocidad); la mayoría de participantes cuya motivación fue la acción decidida o el estado ejemplar se habían involucrado por varios años, mientras que aquellos cuya motivación era el desarrollo personal y el servicio-reciprocidad, se mantuvieron activos por periodos mas cortos de tiempo (Fienieg, Nierkens, Tonkens, Plochg y Stronks, 2012).

El tipo de desarrollo personal, o necesidad de avance mental, social o laboral, variaba desde salir del aislamiento social hasta el desarrollo de ciertas habilidades y el ganar experiencia laboral relevante; a los participantes los hacían felices la formación y la retroalimentación sobre su rendimiento y otras formas de apoyo moral y social que recibían de otros voluntarios y de los profesionales con los que trabajaban, pero algunos participantes, especialmente los más jóvenes, cesaron su participación una vez alcanzados

sus objetivos personales. Por otro lado, aquellos participantes que buscaban la mejorara para otros, deseaban producir resultados tangibles o concretos relacionados con una meta dentro del avance de un grupo específico de personas o respecto a un tema, además consideraban su experiencia o habilidades como un instrumento para impulsar un proyecto, parecían recibir bien las responsabilidades del grupo y ponían la importancia en los requerimientos para una acción efectiva o su propio desarrollo efectivo en el proyecto (Fienieg et al., 2012).

El deseo de ser reconocido como ejemplo para otros por sus propios logros, habilidades y contribuciones (“estado ejemplar”), se relacionó en dicho estudio con la necesidad que sentían los participantes de inspirar o ayudar a los demás con su conocimiento vivencial, o propia historia de vida, al demostrar que surgieron desde una situación marginal y con la necesidad de ser personalmente apreciados por sus contribuciones, ligado al sentimiento de reconocimiento como persona; así mismo, en aquellas entidades donde habían experimentado una clara ausencia de este aprecio, señalaron sentimientos de ser “usados o maltratados” (Fienieg et al., 2012).

Aunado a esto, el deseo de tener o mantener relaciones valiosas y compartirlas (servicio y reciprocidad) o de aportar su “granito de arena” en un proyecto, prestando una mano ayuda a gente valiosa como el profesional de una organización sanitaria o un consejero intermediario, les generaba a estos participantes el actuar principalmente en respuesta a los requerimientos de estas personas (Fienieg et al., 2012). En este sentido, un estudio para analizar el perfil, las percepciones y motivaciones de los agentes sociales legos encontró que el concepto de salud que manejaban, era asumido como una “oferta de servicios médicos” a los que la comunidad responde bien (Alfaro-Trujillo, Valles-Medina y Vargas-Ojeda, 2012).

A menudo los participantes destacan el código moral para ofrecer ayuda y otros explicaron que su recompensa es esencialmente la gratitud o la buena voluntad que reciben de las otras personas (Fienieg et al., 2012); para otros es muy importante sentirse reconocidos y valorados por su organización, y uno de

los mas altos incentivos constituye el reconocimiento verbal o eventos sociales planificados para expresar el reconocimiento a estos agentes sociales (Scheinder et al., 2008, Kebriaei et al., 2009, Rahman et al., 2010; citados por Alfaro-Trujillo et al., 2012).

En suma, algunos señalaron que ponían límites a sí mismos en las tareas, pero todos mostraron su aversión a tareas muy exigentes o poco precisas, y a pesar de su frustración, no fue fácil decir no, pero eventualmente pensaban en suspender su participación en estos casos (Fienieg et al., 2012). Otros investigadores señalan que de los elementos más apreciados para considerar su permanencia y continuidad en la organización, fue la educación continua proveída por dicha organización; estos agentes sociales pueden considerarse como importantes recursos humanos para las comunidades, dado que facilitan la educación y promoción de la salud, por esta razón se reconoce que las organizaciones cuyo enfoque de trabajo principal es la prevención primaria, la atención y la promoción de la salud, deberían considerar estos agentes comunitarios como un capital social, dirigiendo esfuerzos a su entrenamiento y desarrollo, que a la vez revierte en beneficios como el aumento en la cobertura de servicios, la reducción de costo de las intervenciones, integrarse mas cerca de las comunidades y mejorar la eficacia de las intervenciones sanitarias (Alfaro-Trujillo et al., 2012).

8.3.2.1.3 La relación horizontal entre agentes sociales profesionales y agentes sociales legos, civiles o voluntarios

En una revisión de la literatura estudiada por South, Kinsella y Meah (2012), los agentes sociales legos, civiles o voluntarios, han sido visualizados a menudo con capacidad para desarrollar una función de “puente”, actuando como conectores entre los servicios sanitarios profesionales y las comunidades (Nemcek, 2003 citado por South et al., 2012); se ha reportado evidencia de que el puente de los agentes legos es central para alcanzar los beneficios sanitarios, particularmente donde existen mayores desigualdades en salud, por que dichos agentes utilizan y fortalecen las redes sociales. Los hallazgos sugieren que las intervenciones realizadas por agentes sanitarios legos

deberían también ser ubicadas dentro del modelo social de salud, ya que ofrecen un mecanismo para construir comunidades más resistentes a través de la función de puente y de capital social, que a la vez, es asociado con resultados positivos en salud (Springett, et al., 2007 y Kennedy et al., 2008, Veenstra 2000, Ferlander, 2007; citados por South et al., 2012).

Con frecuencia, se les han asignado a estos agentes otros roles como el de: mediadores culturales entre las comunidades y el sistema de atención sanitario, educadores de la salud culturalmente apropiados, rol de defensa de la salud, promotores del acceso a los servicios sociales y sanitarios, proveedores directos de servicios de atención sanitaria, construcción de la capacidad comunitaria, entrega de voluntariado en la prestación de servicios sanitarios existentes, educación entre pares y apoyo de compañeros, proporcionados a través de medios de interacción como el trabajo en grupos; no obstante, en toda esta diversidad de prácticas, también se ha identificado la existencia de *“un hilo conductor común”*, que siempre diferencia entre el conocimiento lego, catalogado como *“experiencial”* y el conocimiento profesional, habitualmente aceptado como *“científico”* (South et al., 2012).

Otra perspectiva analizada por varios autores, propone que el significado de los legos se ha visto en muchos contextos como *“la vida social fuera de la jurisdicción profesional”*, y con frecuencia es interpretada en el contexto de un gradiente de poder entre el estado y la comunidad que se representa a manera de *“peldaños de participación”*, con el control profesional en un extremo del espectro y el control de la comunidad en el otro extremo, y en donde los agentes legos se sitúan en un punto intermedio (Arnstein, 1969, Wilcox, 1994 y Brager et al., 1973; citados por South., et al., 2012). En este sentido, la transferencia de poder puede ser analizada desde una dimensión tradicional de *“participación vertical”*, entre el estado y los ciudadanos, o puede ser apreciada desde una nueva dimensión de *“participación horizontal”*, como necesitan ser considerados los agentes legos, en las relaciones dentro de las comunidades en las que participan y se comprometen de forma colectiva, en conjunto con los profesionales, en la planificación y aplicación de las intervenciones (South et al., 2012).

Los hallazgos de este autor señalan además que los términos de dimensiones horizontales y verticales de participación, no pueden ser reducidas al uso de términos simplistas como el de “rol activo o de proveedor”, “rol pasivo o de consumidor” o “roles formales e informales”, que expresan un significado particular, a la luz de barreras burocráticas a la participación, reportadas por los destinatarios de los programas (South et al., 2012). Este autor señala que dichas intervenciones no deben ser definidas por el “poder sobre”, propios de peldaños de participación, sino por “responsables de”, es decir, que los roles pueden ser mejor analizados dentro de un espectro de participación horizontal, sujeto factores externos como los compromisos familiares y dentro de relaciones de calidad que considere a unos como miembros de la comunidad beneficiarios de la intervención y a los otros, como miembros de la comunidad que toman el rol de gestionar la intervención, esto considerando una dimensión horizontal entre ambos, que sería una característica clave de dicha dimensión (South et al., 2012).

8.3.2.2 La participación de algunos colectivos es complicado

8.3.2.2.1 Centros educativos

En un estudio en el que se investigó las opiniones de diferentes partes involucradas en la factibilidad y aceptabilidad de los mensajes en promoción de la salud y estrategias de prevención de obesidad que podrían implementarse en escuelas suizas, se encontró que el personal de la escuela que aplicaba las intervenciones tenía importantes obstáculos para desarrollar estas intervenciones, entre las que destaca las dificultades para movilizar a los padres para las sesiones de información, relacionadas con el dar mensajes saludables a los estudiantes, y también que estos mensajes a menudo entraban en conflicto con los hábitos de los padres, su cultura o tradición (Bucher Della, Akre y Suris, 2010), ya que mejorar los hábitos alimentarios y la actividad física de los niños en las escuelas depende ampliamente de los padres, quienes determinan la accesibilidad y disponibilidad de alimentos

saludables y proveen apoyo para la actividad física (Blanchette et al., 2005, Sallis et al., 2000; citados por Bucher et al., 2010)

Los participantes opinaron que incluir los mensajes de promoción de la salud en los programas de la escuela era una idea atractiva, porque además, consideraban que la escuela provee un ambiente natural de aprendizaje, sin embargo, el personal del centro educativo argumentó que el tiempo asignado para la instrucción en los planes de estudio escolares estaba completo y parecía difícil implementar los “temas de salud”; así mismo, tenían claro que las escuelas actualmente no tienen los recursos (humanos, financieros, locales) para agregar este objetivo a sus actividades, y que las intervenciones preventivas sin estos recursos, podrían no ser aplicados adecuadamente (Bucher Della et al., 2010).

De esta forma, los investigadores concluyen que la promoción de la salud y la prevención de la obesidad es un complejo objetivo en las escuelas y por tanto, los programas requieren ser comprehensivos, deben ser pensados globalmente, contar con un fuerte consenso, interés y participación sobre el tema por parte de todas las partes involucradas en la escuela, se debe promover la participación de todos desde etapas tempranas del proyecto, así como contar con la coordinación de las intervenciones, el apoyo adecuado, y la colaboración dentro de la escuela y con la comunidad; al tomar en cuenta y dar valor a los programas existentes en las escuelas, se debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las prácticas y realidades locales, se requiere planificar a largo plazo, ser simples y no estar limitados a intervenciones de una sola vez y además, integrar tanto como sea posible, los contenidos a los planes de estudio, incluyendo la participación de todas las partes interesadas, con especial atención a los mismos estudiantes y autoridades locales (Bucher Della et al., 2010).

8.3.2.2.2 Mayores

En el caso de los mayores de 65 años, el asunto actual no es si la promoción de la salud debería ser integrada para este colectivo, sino, de que forma efectiva la promoción de la salud puede ser incorporada en sus rutinas de atención sanitaria. El personal de enfermería constituye una fuerza de trabajo importante en sitios como Reino Unido, donde se cuenta con enfermeras cualificadas y a tiempo completo, por lo que la gente tiene un contacto mas cercano, creando oportunidades para desarrollar intervenciones en promoción de la salud, por lo que tienen un rol clave en promover la salud y prevenir las enfermedades (Kelley et al., 2007)

No se duda de que la promoción de la salud es efectiva, informa a las personas sobre los estilos de vida saludables, ayuda a mejorar o preservar la calidad de vida de las personas, pero algunos autores evidencian que es un reto el implementarla en población mayor de 65 años (Kelley et al., 2007), no obstante, se señala que el trabajo en un equipo multidisciplinario puede fomentar un mayor cumplimiento por parte del paciente, ya que constituye un sistema de atención más personalizado (Wens et al., 2005).

8.3.3 Colaboración y coordinación con otros agentes sociales

8.3.3.1 En la práctica es difícil la colaboración

Se ha argumentado que la definición de promoción de la salud establecida en la Carta de Ottawa, es una definición vaga y que carece de precisión creando una “ilusión de significados compartidos”, según la cual, los profesionales asumen un entendimiento colectivo del termino, pero en la práctica, ese no es el caso, y se ha evidenciado que la promoción de la salud por lo general, se basa en concepciones ambiguas y juicios de valor (Seedhouse, 2004; citado por Kelley et al., 2007).

Algunos investigadores señalan que la activa colaboración entre profesionales es necesario para diseñar los programas en promoción de la

salud, por ello resulta esencial que los profesionales sanitarios trabajen junto a otros profesionales, cada uno en su campo y todos con el objetivo de apoyar a las personas, no solo para hacer mejores elecciones sobre el estilo de vida saludables (Verhaeghe De, Maes Van y Annemans, 2011), sino para mejorar de forma global su calidad de vida.

En muchas intervenciones se ha evidenciado una ausencia de integración, es decir, se obvia la participación de otros factores que inciden en un mismo problema, por ejemplo, algunos programas dirigidos a modificar la obesidad se hacen ad hoc, en vez de integrar programas que combinen al menos la nutrición y el ejercicio; otros destacan que la “ausencia de alineamiento y armonía entre las intervenciones” generalmente encuentra su razón de ser en la falta de coordinación entre los temas en promoción de la salud y el financiamiento de la intervención, con el planteamiento de proyectos a corto plazo (Kok, Vaandrager, Bal y Schuit, 2012).

Otros investigadores han destacado que la práctica de colaboración es un importante principio que sustenta una buena atención primaria de salud, pero lograrlo no siempre es fácil; requisitos previos, incluida la formación para trabajar en conjunto, han sido bien establecidos en otros contextos, pero a menudo son poco apoyados o financiados dentro de los sistemas sanitarios; a pesar de que impera un consenso generalizado sobre la importancia de la colaboración en estos sistemas, también es evidente la existencia de obstáculos políticos, organizativos, educativos y culturales para su puesta en la práctica diaria (Pullon et al., 2009).

Aparte de asegurar la eficacia y determinar los efectos de las intervenciones, otros autores han señalado que de los aspectos más difíciles de conseguir para los agentes sociales, es reclutar a los colaboradores; se ha descrito que por lo general, los profesionales son capaces de reclutar solo una minoría de colaboradores con los que se pueda aplicar la intervención y a menudo, son obstaculizados por otras organizaciones que compiten y se acercan directamente a estos colaboradores (clubes deportivos, escuelas y otros), sin consultarles, duplicando esfuerzos y el trabajo (Kok et al., 2012).

8.3.3.1.1 Centros educativos estratégicos en la colaboración

Otros investigadores sugiere que los centros educativos tienen una posición estratégica en el trabajo colaborativo debido a sus múltiples enlaces con multitud de servicios sociales y de salud; su posición central puede ser atribuido a que muchas veces comparten objetivos generales de otras organizaciones del sector público, que además requieren la colaboración con otras organizaciones, o al reconocimiento por parte de las organizaciones de promoción de la salud para llegar a los niños y las familias, a través de medios que resultan eficientes y eficaces (Barnes, Maclean y Cousens, 2010).

La posición de los centros educativos pone de manifiesto “la dependencia” de las otras organizaciones que comparten objetivos en salud para lograr sus metas en la organización; esta dependencia sugiere que algunas entidades tienen pocas alternativas para acceder a los escolares y sus familias y tal vez no se han explorado otras opciones como reforzar los vínculos con los medios de comunicación locales o clubes deportivos, o de recreación, como medios para llegar a este colectivo (Barnes et al., 2010).

Algunas organizaciones tienen claro dentro de sus objetivos, el trabajar en conjunto para mejorar el conocimiento y la situación de salud en los entornos escolares, laborales y familiares, y las escuelas son consideradas por los profesionales como un agente social clave en el trabajo colaborativo; se ha evidenciado en algunas intervenciones dirigidas a disminuir los riesgos asociados con la obesidad, que organizaciones de varios sectores reconocen la necesidad de compartir recursos, fondos económicos y conocimientos para el mejoramiento del conjunto, así como la necesidad de que la mayoría de agentes sociales de la comunidad deben ponerse de acuerdo y que la colaboración es beneficiosa para todos, no obstante, la realidad es que en la práctica la creación de una estructura integrada con varias organizaciones que tienen un interés en la promoción de la salud, resulta difícil de lograr (Barnes et al., 2010).

8.3.3.2 Colaboración interprofesional

8.3.3.2.1 La investigación sobre la colaboración es complicada

La investigación en el área de la colaboración interprofesional es complicada por el uso de variados términos tales como colaboración, comunicación, coordinación, y trabajo en equipo, así como la superposición con otros campos de estudio, que también examinan cómo la salud es organizada y producida (Zwarenstein, Goldman y Reeves, 2009); hay grandes desafíos conceptuales y metodológicos para lograr acuerdos en relación a estos conceptos, pero también oportunidades únicas para documentar las contribuciones de la colaboración entre las diversas entidades (Geneau, Legowski y Stachenko, 2009); de este modo, aunque en una revisión sistemática se han documentado más de 40 distintas definiciones de colaboración entre profesionales y organizaciones de la atención sanitaria, se ha evidenciado que la mayoría comparten cinco elementos claves: la participación de numerosos participantes en la coordinación de la atención, la necesidad de coordinación, la importancia de que los participantes tengan un conocimiento de sus capacidades, recursos y la de sus colaboradores, y la importancia del intercambio de la información (Zwarenstein et al., 2009).

8.3.3.2.2 La colaboración interprofesional es un principio en atención primaria

En un estudio cualitativo en Nueva Zelanda, se entrevistó a profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, para explorar sus percepciones sobre la colaboración interprofesional en atención primaria y se documentó que aunque el trabajo en equipo entre los profesionales de la salud optimiza la buena atención médica y la práctica de la colaboración es un principio importante de la filosofía de atención primaria, esto es, cuando una serie de habilidades diferentes pero complementarias, profesionales y personales, son necesarias para satisfacer mejor las necesidades de los usuarios y la salud comunitaria, no obstante, y a pesar de sus ventajas prácticas y teóricas, esta no es fácil de implementar y solo se produce como una práctica

universal cuando las relaciones interprofesionales se apoyan y se fomentan activamente (Pullon et al., 2009).

8.3.3.2.3 Efectos de una escasa colaboración interprofesional

En una revisión de estudios que valoraban la relación entre la pobre colaboración interprofesional y el impacto sobre las intervenciones sanitarias, se evidenció que esta constituye un factor con efectos adversos sobre la salud (Zwarenstein et al., 2009).; en este sentido, algunos de esos estudios demostraron que los profesionales sanitarios con problemas de colaboración interprofesional, tienen un impacto negativo mayor en la atención del paciente en servicios asistenciales; así mismo, se ha identificado que hasta en el 72% de los casos mortalidad infantil y lesiones en el parto en Estados Unidos, se relacionan con problemas de comunicación, así como en más de la mitad de las organizaciones, la cultura organizacional constituye una barrera para la comunicación efectiva y el la colaboración interprofesional ((Kvarnstrom 2008; Lingard 2004 y Williams 2007; Comisión Conjunta 2004; citados por Zwarenstein et al., 2009)

En reiteradas ocasiones se han identificado una gama de precursores necesarios para el trabajo interprofesional, entre los que destacan la educación previa y simultánea, el tiempo y la reflexión dedicada por el equipo, el liderazgo apropiado y el apoyo organizativo y estructural, sin embargo, los equipos que trabajan en al atención primaria de la salud están influenciados por los mecanismos de organización dentro de los sistemas de salud y a pesar de que estos requisitos son necesarios para desarrollar este tipo de colaboración, a menudo no han sido apoyados o financiados dentro de los sistemas sanitarios; los mismos entrevistados destacan que el problema no se centra solo en los individuos, sino en las organizaciones y los sistemas, “todo el mundo debe entender esto... si se quiere cambiar algo” (Pullon et al., 2009).

8.3.3.2.4 Factores que inciden en la colaboración interprofesional

Otros investigadores apuntan a la existencia de factores intrínsecos como el respeto interprofesional y el desarrollo de confianza, como características claves de éxito y de relaciones duraderas interprofesionales (Pullon et al., 2009), así mismo, se han descrito una serie de factores externos a las relaciones individuales, que tienen el potencial de afectar no solo la calidad continua de la relación entre estos profesionales, sino también, la capacidad de emprender y mantener plenamente la práctica colaborativa; en este sentido, se han señalado factores extrínsecos relacionados con los modelos de financiación y la política del sistema de salud, la estructura organizacional dentro de las prácticas de atención primaria, y la formación de los profesionales sanitarios (Pullon et al., 2009).

A nivel de la práctica habitual de estos agentes sociales, se mencionan con frecuencia ciertos elementos que favorecen el trabajo interprofesional como la existencia de un adecuado espacio en el que trabajar, el tiempo suficiente dedicado a los encuentros o reuniones, la comunicación abierta y la valoración de todos los puntos de vista, independientemente de la disciplina profesional o la organización de origen; estas características fueron vistos como esenciales para las buenas prácticas y el trabajo interprofesional (Pullon et al., 2009). Por otro lado, también se han señalados factores que obstaculizan la posibilidad del trabajo entre profesionales como espacios de trabajo ineficientes, personal sin compromiso en las reuniones ordinarias, y cuando no hay oportunidad para el intercambio de ideas y objetivos comunes; esto a pesar del creciente impulso político y reconocimiento internacional de la necesidad de proporcionar apoyo activo para el fomento del trabajo interprofesional (Pullon et al., 2009).

Una de las consecuencias de la escasa o nula presencia de un trabajo colaborativo o “desconexión” entre los agentes sociales, se evidencia cuando se generan nuevos conocimientos mediante la investigación, y el uso de estos conocimientos para informar a los responsables de tomar decisiones políticas; desde esta perspectiva, se ha propuesto que la conexión entre el trabajo

académico y los profesionales operativos, o entre los descubrimientos de investigaciones científicas y su traducción a una amplia gama de partes interesadas (stakeholders), suele lograrse a través de un enfoque de colaboración interprofesional, el cual, ha mostrado pruebas de efectividad en la prevención de problemas complejos como la obesidad y en donde las organizaciones de investigación pueden apoyar la práctica de la promoción mediante el intercambio y difusión de pruebas (Brownson et al., 2010).

Bajo este enfoque, ambas organizaciones, las que ponen en práctica la promoción de la salud y las que investigan sobre esta, pueden beneficiarse de la colaboración mutua y superar algunos de los obstáculos comunes; esta perspectiva plantea la necesidad de involucrar desde una etapa temprana a los responsables políticos en el proceso de investigación y además, proporciona valiosas oportunidades para integrar socios "no tradicionales", cuya misión no está directamente enfocada en la salud, como el comercio, la industria, el transporte, los planificadores de la ciudad, medios de comunicación locales y estatales, para colaborar en las intervenciones que mejoren la salud, el bienestar de los individuos y las comunidades (Brownson et al., 2010).

En este sentido, la participación del sector privado es otro desafío clave para el enfoque colaborativo; algunos investigadores piensan que lo difícil de alcanzar es cómo motivar al sector privado a unirse y coordinar sus actividades con los otros agentes sociales de una forma equilibrada, donde impere la visión de conjunto y los intereses por el bienestar de la población (Geneau et al., 2009).

8.3.3.3 Colaboración intersectorial

8.3.3.3.1 Una forma más eficaz, eficiente y sostenible que actuar en solitario

En una revisión de la literatura médica, el término colaboración intersectorial con frecuencia se refiere a las "acciones colectivas que involucran a más de un organismo especializado, que realizan distintas funciones con un

propósito común”; dicha colaboración puede ser entre los agentes sociales de diferentes departamentos y organismos dentro del gobierno o entre estos agentes y aquellos que esta fuera del gobierno, como las organizaciones de la sociedad civil y sin fines de lucro, organizaciones privadas y comunidades (Adeleye y Ofili, 2010).

Más específicamente en el ámbito de la salud, el concepto de acción intersectorial en salud (AIS), expresado en la Declaración del Alma Ata sobre atención primaria de la salud, lo ha definido la OMS como "una relación reconocida entre parte o partes del sector de la salud con partes de otro sector que ha sido formada para tomar una decisión sobre una cuestión de lograr resultados de salud (o resultados intermedios de salud) en una forma que sea más eficaz, eficiente y sostenible de lo que podría lograrse por el sector salud actuando solo " (OMS, 1997; citado por Adeleye et al., 2010), y a su vez, se compone de tres dimensiones básicas: la voluntad política, la intrasectorialidad, o dimensión vertical con niveles de decisión dentro de un mismo sector, y la intersectorialidad, o dimensión horizontal con relaciones entre sectores del mismo nivel (OMS, 1978).

Otros autores han propuesto que la colaboración intersectorial debe ir más allá de lo que significa solamente trabajar juntos, sino que además, se debe considerar el afectar la lógica de los distintos sectores para conseguir objetivos comunes; se habla entonces de una “transectorialidad”, que es una estrategia basada en el reconocimiento de la complejidad del ser humano y sus relaciones y que pretende dar una respuesta comprehensiva a sus intereses y potencialidades, dicha estrategia implica una comprensión, diseño y acción concertada de forma sistemática y un modo de gestión de los recursos que favorezca este tipo de atención, más allá de la simple sumatoria de ofertas institucionales (Adeleye et al., 2010).

8.3.3.3.2 Beneficios derivados de la colaboración intersectorial

La hipótesis de que la participación en programas intersectoriales de desarrollo produce mejores resultados de salud han sido ampliamente

probada, así en un estudio transversal realizado en un área rural en Bolivia, se demostró que los niños de hogares que participan en programas comunitarios donde han confluído la colaboración de varios sectores, fueron significativamente menos afectados por la desnutrición, en comparación con aquellos niños cuyas familias no participaban en ningún programa, incluso después de controlar por posibles factores de confusión tales como la clase social, fuente de agua potable, y la disponibilidad de servicios de salud (Gonzales et al., 1999; citados por Adeleye et al., 2010).

En este sentido, algunos investigadores argumentan que la colaboración intersectorial no sólo produce los posibles beneficios de la sinergia intersectorial, la revisión por pares, y la eficiencia (evitando la duplicación de esfuerzos y el derroche), pero también tiene el potencial para generar una mejora en el estado de salud de las personas y es una estrategia clave para reducir las altas tasas de mortalidad, morbilidad, y discapacidad relacionados con las condiciones médicas de emergencia, accidentes, lesiones y desastres (Aliyu, 2002; citados por Adeleye et al., 2010)

La colaboración entre entidades, particularmente en aquellas relacionadas con el ámbito sanitario, es un elemento esencial en la gestión de intervenciones en promoción de la salud, y en este sentido, un estudio llevado a cabo por la OMS en 30 países, explica los principales beneficios derivados de la colaboración entre entidades, entre los que destaca el intercambio de información, el acceso a la experiencia y conocimientos de los otros colaboradores, el acceso a redes, tecnología y otras metodologías innovadoras, la integración de políticas de desarrollo y apoyos comunes, así como una excelente oportunidad para participar en la investigación y publicar estudios internacionales (Brownson et al., 2010).

Pero no todas las organizaciones trabajan de la misma forma y con la misma intensidad, de ahí que otros autores se han esforzado en describir algunas medidas de la colaboración entre ellas, como la disociación: en la que las organizaciones no trabajan juntos en ningún proyecto, la comunicación en la que solamente se comparte información, la cooperación, trabajan juntos

como un grupo informal de trabajo para lograr objetivos comunes, la colaboración, trabajan juntos como un equipo formal para lograr metas comunes, y la asociación, trabajan juntos como un equipo formal en múltiples proyectos para lograr metas comunes (Slonim et al., 2007, Harris et al., 2008 citados por Brownson et al., 2010).

8.3.3.3 Salud y educación, sectores que actúan como intermediarios

Para entender la práctica de la intersectorialidad, un estudio se basó en estudios de caso en dos municipalidades cubanas; en este se reconoció la importancia de la gestión intersectorial de los determinantes de la salud como una influencia organizacional que contribuye a los buenos resultados en salud, así como un elemento crucial para que los políticos puedan conocer la evidencia empírica sobre el nivel y la naturaleza de la colaboración entre sectores en planificación sanitaria (Pagliccia et al., 2010).

Este estudio además demostró que los sectores no necesariamente tienen muchos vínculos con otros sectores, los enlaces parecen estar concentrados en unos sectores en función de la naturaleza de los determinantes de salud; también evidenciaron la existencia de sectores como el de salud y educación, que ostentan un papel central y funcionan como intermediarios, es decir, que otros sectores están vinculados indirectamente a través de estos sectores para incidir en los proyectos relacionados con la salud; sin embargo, el tener un papel central por parte de un sector, puede propiciar un papel de control del flujo de la información y de los recursos en la gestión de programas, de forma que es necesario que los legisladores dirijan su atención al delicado equilibrio intersectorial, ampliando el papel, involucrando otros sectores y delegando la responsabilidad (Pagliccia et al., 2010).

Además de la participación del sector sanitario, la vinculación, el trabajo y los esfuerzos coordinados con otros sectores como el social, el político, el económico y otros campos de actividad que se establecen como “corresponsables del desarrollo nacional y comunitario”, en particular la

agricultura, la ganadería, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas y las comunicaciones, han sido consideradas como conexiones necesarias para aproximarse al “logro del nivel de salud más alto posible”, consignado en documentos de gran relevancia como la Declaración del Alma Ata sobre atención primaria de la salud (OMS, 1978). La participación de otros sectores, del individuo y de la comunidad en la gestión de la salud, es decir en su planificación, organización, funcionamiento y control, es un requisito indispensable, dada la naturaleza social y las distintas dimensiones que la integran y tornan complejo su análisis, pero que según dicha Declaración, se puede lograr desarrollando la capacidad de las comunidades y otros agentes sociales para participar y gestionar de una forma eficiente, los recursos locales, nacionales y otros disponibles (OMS, 1978).

Muchas de las intervenciones que pretenden mejorar la salud, llevadas a cabo históricamente en solitario por un solo sector, o por unos pocos, requieren pensar de forma global e integrada, así como de las aportaciones de una amplia gama de sectores para ser más efectivas y sostenibles; ejemplo de ello son intervenciones complejas como la reducción de la pobreza, de la mortalidad infantil, del VIH/SIDA, o la mejora de la salud materna, pero también aplica para programas locales como los de salud escolar y la alfabetización, que tienen por objeto mejorar el bienestar de los niños, de las comunidades, reducir el absentismo escolar, mejorar el aprendizaje y empoderar una comunidad para participar en proyectos de desarrollo en infraestructura (Adeleye et al., 2010). Estas son tareas que significan tradicionalmente la colaboración entre los sectores sociales, de salud y de educación, pero el desarrollo de intervenciones apropiadas puede implicar una lógica multisectorial e insumos clave de la tecnología, la ciencia, la academia, la industria, el desarrollo agrícola y del medio ambiente, además de la inclusión de iniciativas estratégicas de los sectores de planificación económica, por lo que el rol de atención primaria de salud puede representar un papel de facilitador de “entradas multisectoriales” (Adeleye et al., 2010).

8.3.3.3.4 Factores que inciden en la colaboración intersectorial

Algunas investigaciones muestran la existencia de factores esenciales que ayudan a predecir la eficacia y la probabilidad de la colaboración entre las distintas organizaciones que participan en un mismo proyecto; es así que un estudio para analizar la red social de actividad física en Brasil, encuentra que la probabilidad de colaboración es mayor, si los miembros de la red son organizaciones de investigación y si la organización es percibida como importante, es decir, se señala que las organizaciones de investigación son más propensos a colaborar y que las organizaciones de educación tienen menos probabilidades de trabajar en conjunto, mientras que la importancia de la organización, según lo expresado por estas, fue positivamente relacionados con la probabilidad de colaboración, así como la longevidad de la red, su ubicación y la mayor frecuencia de contactos, fueron positivamente relacionados con las posibilidades de colaboración (Brownson et al., 2010).

Un estudio cualitativo que exploró las experiencias de los profesionales que trabajan en organizaciones de Granada y Sevilla en España, encontró que estos trabajadores tienen la eficiencia y efectividad como una de las principales expectativas del trabajo intersectorial, aspiran a crecer personal y profesionalmente y además señalan la formación en metodologías de intersectorialidad, habilidades sociales, de comunicación y negociación como una necesidad para desarrollar este tipo de trabajo, así como la necesidad de dar una respuesta única al ciudadano para mejorar el servicio que ofrecen (Agudo, Agudo, Sierra Quesada, Jiménez Martín y Escudero Espinosa, 2007).

Estos investigadores destacan factores clave en tres niveles de éxito en la colaboración intersectorial: el político, el social y el operativo. En el nivel político detectaron la necesidad de un marco legal, políticas para el abordaje intersectorial de los problemas, el establecimiento de políticas intersectoriales a largo plazo, la existencia de un ámbito de decisión compartida para superar la excesiva sectorización y colocar los intereses de la población general por encima de políticas de confrontación; por otro lado, en el ámbito social reconocen a los medios de comunicación como generadores de opinión y otros

factores que pueden actuar como obstáculos o facilitar del trabajo intersectorial como los movimientos sociales, el ritmo de cambio social y la formación de población afectada (Agudo et al., 2007).

Así mismo, los autores de este estudio plantean algunos factores operativos, de carácter organizativo, que también pueden influenciar la colaboración intersectorial, entre los que citan el miedo a compartir competencias, el conocimiento y respeto entre las organizaciones, la resistencia al cambio que no favorece las innovaciones, la implicación de directivos y de la organización en general, la prepotencia por parte de algunas organizaciones e implicación de todos los agentes que forman parte del problema y un llamado “egoísmo organizativo” que descuida el servicio al ciudadano al centrarse en el control de la propia organización (Agudo et al., 2007).

La necesidad de herramientas como sistemas de información compartidos entre varias organizaciones, marco normativo flexible que se pueda adaptar a las particularidades locales, la necesidad de superar el voluntarismo de los profesionales por medio de la normalización en estos trabajos, establecimiento de elementos dinamizadores, como un profesional referente en cada una de las organizaciones implicadas, concreción de objetivos y plazos, canales de comunicación continuos, estrategias para el mantenimiento de acuerdos y realización destituidos de calidad del propio trabajo, se contabilizan como factores necesarios en el desarrollo del enfoque de la colaboración entre sectores que trabajan por la salud (Agudo et al., 2007).

8.3.3.3.5 Desafíos para desarrollar una colaboración intersectorial

Se han descrito estudios en los que algunos agentes sociales tendían a participar proyectos intersectoriales que servían a las necesidades primarias de su organización en lugar de optar por estrategias que beneficiaran a la comunidad en general, además se ha señalado que las organizaciones que dependen de financiación estatal son mas susceptibles a las presiones políticas

gubernamentales; en este caso, los gobiernos locales, organizaciones de salud y los consejos escolares que comparten recursos, pueden estar limitados por las restricciones de estas políticas (Barnes et al., 2010).

Dentro de los desafíos estratégicos que obstaculizan una mayor eficacia en la gestión de la salud en algunas organizaciones se encuentra una debilitada colaboración intersectorial (CIS), aunada al hecho de que el “sector de la salud” rara vez toma iniciativas en esa dirección y que tradicionalmente el público en general, espera la salud “del sector de la salud”; es así que el sector sanitario tiene el reto de movilizar a todas las partes interesadas para la colaboración intersectorial mediante actividades de promoción, programación, y motivación de otros agentes sociales, que habitualmente no se suscriben a una responsabilidad compartida para mejorar la salud (Adeleye et al., 2010).

Según Adeleye et al., (2010), los fallos en la colaboración intersectorial puede ser explicada por tres dimensiones a manera de "trípode de la negligencia"; el primer pilar de este trípode se refiere a que las estrategias calificadas como "no sanitarias" (tales como el suministro de agua potable) están fuera del ámbito de acción tradicional del sector de la salud, es decir, las debilidades en la atención de la salud a menudo son atribuidas exclusivamente a un sector de la salud débil, cuando en realidad pueden estar mas relacionadas con la debilidad de las acciones intersectoriales y a que los sistemas de salud contemporáneos son en gran parte estructurados en torno a la curación, la prevención y la rehabilitación de enfermedades.

En segundo lugar, la atención primaria de la salud muchas veces no está en la agenda de los sectores "no sanitarios", la evidencia empírica muestra que los beneficios en la atención primaria de la salud derivados de otros sectores resulta en gran parte por casualidad, por ejemplo, la construcción de una carretera puede ser impulsada por objetivos principalmente políticos o económicos, en lugar de beneficios básicos como permitir el acceso a los servicios sanitarios (Adeleye et al., 2010). Por último, el sector de la salud no parece tener suficientes iniciativas prácticas dirigidas hacia el impulso de la colaboración intersectorial, lo que es agravado por una

actitud de "esperar a ver que pasa" por parte de las partes interesadas, como cuando se le dice a "todo el mundo" para llevar a cabo una tarea, se espera que "alguien" lo haga (sector de la salud), pero al final, "nadie" lo hace (Adeleye et al., 2010).

8.3.3.3.6 Como poner la colaboración intersectorial en marcha

El patrón de muchos países es que los sectores "no sanitarios" proponen y ejecutan proyectos de infraestructura que pueden impactar en la salud, sin permitir ni facilitar la consulta y propuestas dirigidas por el sector sanitario; en este sentido, es que varios investigadores proponen que se debe considerar la "reconstrucción, el modelado y la institucionalización" de los roles para el sector de la salud, más allá de la prestación de servicios sanitarios convencionales; el sector salud debe participar en la movilización intensa y sostenida de la clase política (incluyendo los poderes ejecutivo y legislativo), mediante la educación, organizando talleres y seminarios basados en la evidencia, evitando partir de la suposición común de que "saben", y así lograr una toma de decisiones legislativas y de control, informadas y responsables (Adeleye et al., 2010).

El sector salud rutinariamente debe diseñar y presentar propuestas para la atención de la salud para su aplicación por los correspondientes sectores "no sanitarios", seguido de la movilización sostenida para lograr la aceptación y aprobación, la inclusión en los presupuestos y la aplicación oportuna; los trabajadores sanitarios pueden participar en acciones colectivas como grupos de presión para demandar el desarrollo de la infraestructura como un requisito esencial para el logro de los objetivos en el mejoramiento de la salud; aplicar estas recomendaciones es posible a través de proyectos piloto que guíen el desarrollo de los modelos, las mejores prácticas y marcos, acumulando experiencias y donde la evaluación será una oportunidad para mejorar; sumado a esto, el fortalecimiento de la capacidad jurídica, de políticas y la creación de los subsistemas requeridos dentro del sistema de salud para administrar la colaboración intersectorial y otros vínculos estratégicos son obligatorios (Adeleye et al., 2010).

Los elementos contextuales en el desarrollo de una intervención sanitaria incluyen la estructura organizacional y de procesos, recursos, normas, actitudes y políticas e incentivos (Mendel 2008 y Glisson 2002; citados por Steiman et al., 2012), dichos contextos en promoción de la salud pueden ser mas homogéneos mejorando las capacidades locales, fortaleciendo las organizaciones, previendo más recursos y anticipando situaciones en las cuales las intervenciones tienen que ser realizadas, como el incluir a las comunidades locales y los profesionales en el diseño de las intervenciones, desarrollando pequeñas intervenciones y evaluándolas en escenarios prácticos mas “naturales” a través de ensayos más pragmáticos (Ayi et al., 2010, Chung et al., 2007; citados por Kok et al., 2012).

Se ha señalado además que en intervenciones con personas con enfermedades crónicas, para que la aplicación sea efectiva se requiere de un conjunto de actividades coordinadas en el sistema, la organización del programa y en el nivel profesional; estas actividades son a menudo proporcionadas por el equipo de investigación durante los estudios de eficacia y efectividad y debe ser articulada por cada organización para facilitar una traducción eficaz (Steinman et al., 2012).

8.3.4 Estructura organizacional en las intervenciones

8.3.4.1 Inversión en promoción de la salud, beneficio social y productivo en una comunidad

En un informe sobre la promoción de la salud en la población trabajadora, se advierte que “por cada euro que se invierte en promoción de la salud, se obtienen entre 2,5 y 4,8 euros de beneficio”; resulta evidente que el gasto en promoción de la salud puede analizarse desde un interés de tipo económico, que valora los beneficios en términos de sus costes de producción y en el que se espera un efecto directo en la productividad y la competitividad de la organización, pero también es posible estudiarlo a partir de un enfoque en el cual, las iniciativas y acciones que se adopten para la promoción de la salud, constituyen una inversión potencial en el capital humano de una organización,

que revierten en un individuo, un grupo, una comunidad, un colectivo y hasta una sociedad más sana, que cuentan con unas condiciones saludables, lo cual mejora no solo la productividad y reduce los costes por enfermedades, sino que además redundará en una sociedad que reduce la desigualdad social y mejora las capacidades de las personas para desarrollarse mejor en la medida de sus potenciales; la promoción de la salud dentro de la organización requiere un trabajo multidisciplinar que implica a diferentes agentes, así como emplear métodos que se adapten al efecto, con frecuencia retardado de la intervención, y sus múltiples resultados (Mayorga Mas, Petrina Piñal y Pérez Vicente, 2012; UIPES, 2011).

Se ha descrito que las intervenciones en promoción de la salud bien integradas en las líneas estratégicas de una organización, significan un apoyo en las funciones de dirección (Mayorga Mas et al., 2012); los enfoques de promoción de salud participativos y de amplio alcance, por un lado mejoran la gestión de la calidad de los servicios en salud, y por otro lado, fortalecen el alcance de la organización, cuando esta reconoce los recursos humanos no solo por el beneficio económico que puedan producir, sino por el capital social que generan a la organización y a la sociedad en la que se desarrollan; cuando estas intervenciones se diseñan de forma participativa, se fomenta además la difusión y el arraigo de normas organizativas promotoras de salud, como la solidaridad y el apoyo mutuo, al tiempo que se incrementa la capacidad de la organización y de su dirección para equilibrar las necesidades que plantean los diversos agentes sociales y los objetivos de la organización (Mayorga Mas et al., 2012).

Según Mayorga et al., (2012), en los últimos años la sociedad española ha experimentado cambios cualitativos a favor de los valores sociales, en donde las organizaciones son cada vez más conscientes de que el diálogo social es una de las herramientas clave de su desarrollo y de ahí que observen la necesidad de dialogar con los diferentes grupos de interés y de tener en cuenta sus expectativas; los colaboradores, los trabajadores y otras partes interesadas, dan cada día más importancia a la responsabilidad social de la organización y su implicación con la comunidad; desde este punto de vista, se

plantea que las organizaciones cumplan con las expectativas de sus usuarios y con ello, de la sociedad en la que se desarrollan, no obstante, estos principios no vienen escritos, ni se imponen a las instituciones, sino que son preceptos que se enmarcan en el ámbito de la ética y hasta cierto punto de una actividad voluntaria, de integración de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones organizativas y en sus relaciones con los otros agentes sociales en la comunidad.

8.3.4.2 Un trabajo voluntario espera al menos reconocimiento y recursos

Algunos estudios han evidenciado que la permanencia y continuidad de los agentes sociales de la comunidad no profesionales dentro de organizaciones relacionadas con los servicios sanitarios, depende del tipo de vínculo que se establece entre estos y la organización; es así que algunos factores como el “sentido de pertenencia”, puede promover un involucramiento y un compromiso a largo plazo con la organización, pero una “relación vertical” puede condicionar un escaso conocimiento de la organización y en muchas ocasiones, pueden sentirse tratados en la categoría de empleados y no como colaboradores partes importantes en la organización (Alfaro-Trujillo et al., 2012).

En dicho estudio se destacó que algunas organizaciones ofrecen compensaciones de tipo económico o en especie, como alimentos, facilidades para la consulta médica y medicamentos, los cuales son consideradas en muchas ocasiones como insuficientes por parte de los agentes sociales de la comunidad; se encontró que la compensación por su participación comunitaria es muy importante para ellos y cuando esta es escasa o nula, consideran la opción de reducir su involucramiento y buscar otras fuentes de retribución; también se destacó que el reconocimiento del trabajo y de las contribuciones de estos trabajadores en las organizaciones en las que ellos participan es un factor relevante; algunas organizaciones reconocen el trabajo de estos agentes expresando aprecio verbal por parte del equipo, organizando eventos especiales exclusivamente dirigidos para estos trabajadores y también

programas de educación continua; los eventos organizados para el reconocimiento de las contribuciones de estos trabajadores, fue descrita por ellos como un fuerte estímulo y motivación para continuar con el trabajo en la comunidad (Alfaro-Trujillo et al., 2012).

En ocasiones los profesionales, los investigadores y los políticos que participan en intervenciones en promoción de la salud, tienden a culpar de los resultados decepcionantes a los otros, cuando los límites de la intervención y las premisas sobre los contextos locales siguen siendo vagos; las mejores descripciones sobre qué trabaja, para quien y en cuál contexto, pueden estimular un aprendizaje mutuo y colaboraciones más productivas sobre las intervenciones; los profesionales describen la planificación, las redes locales, un rol de corresponsabilidad y apoyo del gobierno local como elementos importantes para que las intervenciones funcionen; estos señalan que para que mejorar el desarrollo y la aplicación de las intervenciones debe tomarse en consideración el diseño y desarrollo de la intervención, su adopción y adaptación, el monitoreo de su funcionamiento y la buena relación con las partes interesadas (Kok et al., 2012).

8.3.4.3 Necesidad de un marco común en promoción de la salud

8.3.4.3.1 Un nutrido marco teórico, legal y político en el nivel estratégico

Se ha propuesto que si la promoción de la salud quiere ser efectivamente integrada en una organización, esta tiene que ser congruente con el sistema de valores filosóficos, socio-culturales y económicos subyacentes de la sociedad donde se desarrolla, y que además, sin un marco legal y político coherente, los diversos agentes sociales que trabajan en promoción de la salud, no pueden ver esta como una parte importante en su práctica diaria (Kelley et al., 2007).

Las referencias que incluyen a la promoción de salud en el contexto legislativo español son variadas (Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud, 2003), e incluyen aquellas que actúan desde un amplio marco que establece “el derecho a la protección de la salud “, expresado en el artículo 43 de la Constitución, otras que orientan las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias hacia la promoción de la salud (artículo 6 de la Ley 14/86 General de Sanidad) y algunas que favorecen las condiciones para la practica de la promoción de la salud en los ámbitos educativo (artículo 2 de la Ley Orgánica 1/90 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo y Ley Orgánica 10/2002 de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación), y también el contexto laboral (Ley 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, que traspone al Derecho español la Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989).

A pesar de la existencia de un nutrido marco teórico, legal y político en promoción de la salud, a nivel nacional e internacional, las organizaciones que desarrollan la promoción de la salud en los contextos locales tienen la suficiente libertad de práctica para determinar prioridades, dirigir recursos y precisar la organización de la promoción de la salud; en este sentido, algunos estudios han evidenciado que pueden existir grandes diferencias entre las distintas organizaciones que desarrollan las intervenciones sanitarias, en relación a las prioridades, la forma en como organizan la promoción de la salud, el financiamiento recibido, la colaboración con organizaciones locales y nacionales y el tipo de intervenciones en promoción de la salud que desarrollan (Kok et al., 2012).

8.3.4.3.2 Multiplicidad de versiones sobre las intervenciones en el nivel operativo

Se ha evidenciado que los agentes sociales pueden tener hasta cinco versiones diferentes sobre una intervención: la configuración original realizada por los planificadores en situaciones específicas, la configuración descrita en la publicaciones científicas, la cual es una reducción de las complejidades originales, la configuración descrita por comités reconocidos, la configuración

que brindan los servicios locales de salud, que incluyen manuales, entrenamiento, teoría explícita, financiación adicional y finalmente, las intervenciones adaptadas a situaciones locales de la comunidad, las cuales difieren entre las diversas localidades (Kok et al., 2012).

Los agentes describen una gran variación en la extensión en la cual las intervenciones aplicadas son mas o menos completadas, algunas comprenden solo un manual y esperan el envío de agentes especialistas; otras intervenciones se basan sobre la participación de la comunidad en el diseño y aplicación de la intervención y requieren un papel mas activo de los profesionales; no obstante, se ha observado que la mayoría de los profesionales prefieren diseños de intervenciones que anticipen las adaptaciones locales y la coproducción, a manera de un método con artefactos listos o una intervención compuesta por módulos, como un manual y un número determinado de sesiones; de ahí la necesidad de que crear mecanismos para conocer y compartir las mejores prácticas desarrolladas por las diversas localidades, que desarrollan intervenciones en promoción de la salud (Kok et al., 2012).

8.3.4.3.3 Otros elementos de la estructura de la organización

El conocimiento de la estructura y el carácter de las relaciones inter-organizacionales que se encuentran entre las organizaciones de promoción de la salud, es un requisito previo para el desarrollo de las actividades de intervención basadas en la evidencia; los enfoques integrados y colaborativos ganan mas prestigio en la literatura sobre promoción de la salud, como un método fiable para describir y evaluar la capacidad de organización en la comunidad y los niveles de colaboración de las organizaciones, que además exigen comprender los efectos de las relaciones entre organizaciones, las percepciones de quienes integran una organización y no solo el resultado de sus acciones (Moore, Smith, Simpson y Minke, 2006).

La literatura evidencia que las organizaciones cada vez más, aportan su experiencia y recursos para desarrollar intervenciones que mejoren la salud de

una manera integrada y colaborativa; en este sentido, se conocen algunas experiencias como la Red de Vida Saludable de Alberta (AHLN) en Canadá, que facilita el desarrollo de enfoques integrados y de colaboración y provee liderazgo para esa acción integrada y de colaboración; según esta, un “enfoque integrado” se pueden describir como el abordaje multisectorial, multi-estratégico, multi-enfermedad y multi-factores de riesgo, que simultáneamente usan una variedad de instrumentos como una apropiada legislación y reforma del sistema sanitario y agentes sociales como las comunidades locales, las autoridades de salud, responsables de políticas gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y el sector privado, todo ello para impulsar una visión de conjunto (El Marco de Alberta Vida Saludable Edmonton: Universidad de Alberta, 2004; citado por (Moore et al., 2006).

Algunos estudios han explorado cómo la estructura de las relaciones de asociación entre organizaciones y las percepciones de organización de sus integrantes, pueden influir en alcanzar entornos más favorables para el desarrollo de sus proyectos; es decir, la forma en como algunos elementos de la estructura organizacional pueden influir en la percepción de un entorno más favorable, que impulsa su voluntad para desarrollar nuevos proyectos, profundizar las alianzas actuales y facilitar la toma de decisiones en la organización y sus acciones.

Es así que, un estudio de caso sobre la Red de Alberta (AHLN), menciona entre sus hallazgos más relevantes que los lazos de colaboración contribuyen a una mayor fuente de recursos disponibles, en este sentido, las organizaciones no tradicionales como centros sociales, empresas privadas y centros educativos, resultan significativamente más propensos, para acceder al apoyo financiero más fácilmente que las organizaciones tradicionales de salud, porque al parecer, este tipo de organizaciones pueden mantener redes más diversas de contactos con otros tipos de organización, lo que aumenta las posibilidades de apoyo para el desarrollo de sus actividades, en comparación con las organizaciones tradicionales de salud (Moore et al., 2006).

Este fenómeno puede encontrar sustento en el entendido de que las organizaciones tradicionales de salud están más explícitamente vinculados a los objetivos relacionados con la salud, es decir, sus objetivos específicamente incluyen "mejorar el estado de salud", por lo que estas organizaciones pueden tener un rango reducido de actividades generales y menos acceso a fuentes de financiación diversas, que las organizaciones de salud no tradicionales (Moore et al., 2006).

Por otro lado, aunque numerosos estudios han propuesto modelos conceptuales (teoría de la coalición) o herramientas (modelo Diagnóstico de Colaboración Sostenible) para la comprensión de las relaciones interorganizativas y la colaboración, hay autores que consideran que aún hay pocas demostraciones empíricas en general y la convicción de que la asociación es una forma superior de trabajar en la promoción de la salud, no quedan claramente apoyadas o refutadas por la literatura empírica (Geneau et al., 2009); no obstante, hay evidencia de algunos elementos comunes en la dinámica interorganizativa, que permiten comprender mejor sus relaciones internas.

En así que, un estudio de caso cualitativo en el cual se examinaron los beneficios percibidos y los desafíos relacionados con la implementación del trabajo colaborativo entre organizaciones dedicadas a la prevención de enfermedades crónicas, encontró que algunas organizaciones tienen la promoción de la salud como parte de su misión, pero la mayoría no, y en particular cuando se genera la posibilidad de tomar un papel más activo en la abogacía por un cambio político, se genera la percepción de un "conflicto de intereses" para aquellos agentes sociales que trabajan en sectores del gobierno y al mismo tiempo colaboran con otras organizaciones fuera de este sector (Geneau et al., 2009).

Para estos agentes sociales existe un relativo consenso, que el contexto actual está generando sensibilidad sobre los límites de las responsabilidades en salud, pero al mismo tiempo, desafíos sobre el alcance de las políticas de promoción de la salud; esto se evidencia particularmente cuando se plantean

problemas complejos como la pobreza, en el cual, la mayoría de factores están fuera del alcance de un solo ministerio, el de sanidad, de forma que es necesaria contar con representantes de instancias que puedan incidir en el problema y sobre aquellas políticas que abordan los determinantes sociales y económicos de salud (Geneau et al., 2009).

Otro punto a destacar es la necesidad de liderazgo, de una entidad que aglutina organizaciones que trabajan en conjunto; algunos miembros de estas organizaciones han manifestado la necesidad de un liderazgo estable, pero el alcanzarlo se convierte en un desafío por que la mayoría de participantes tienen poco tiempo para dedicarlo al trabajo interorganizativo, ya que además de sus funciones habituales, este tipo de colaboración lo tienen como un recargo “en la esquina de su escritorio” (Geneau et al., 2009). En este sentido, la figura del líder y coordinador general, al parecer es un elemento que impulsa el trabajo de todos, por eso ante su pérdida, los agentes sociales reconocen un “estancamiento” de los proyectos que trabajan en conjunto.

Algunos participantes señalan que demostrar el valor añadido de la Red es una “medición de intangibles” y desafío clave fundamental para su sostenibilidad, varios productos clave como la difusión del conocimiento, la publicación del marco de la red, así como logros en términos de educación, sensibilización y la producción común e integrada de mensajes sobre factores de riesgo que se ponen en el sitio web para que las personas tienen un punto de referencia, resulta en un trabajo complicado de coordinar pero que genera mucha satisfacción para los participantes (Geneau et al., 2009).

Al parecer, hay consenso sobre la importancia de desarrollar "mensajes de salud comunes" entre todas las organización que desarrollan intervenciones en promoción de la salud, así como la creencia de que algunos agentes sociales de sectores fuera del gobierno, pueden perder el interés en colaborar cuando el trabajo se dirige más a la coordinación y la comunicación que a "crear cosas" y ser “visibles”; en algunos casos, la etiqueta de “inactivo” puede asignarse por esta necesidad de identificar productos tangibles entre las organizaciones que trabajan de forma colaborativa (Geneau et al., 2009).

Otra parte importante del valor agregado que es difícil de medir es la “creación de conciencia”, impulsando una forma diferente “mentalidad” que desarrolla confianza entre miembros de las organizaciones y la incorporación de promoción de la salud como un “proceso natural” en el trabajo; el trabajo interorganizativo crea una conciencia sobre temas relacionados con los determinantes sociales de la salud y a la vez, la necesidad de mantener a los diversos miembros comprometidos en un trabajo a largo plazo (Geneau et al., 2009).

Se ha apuntado la necesidad de evaluar las actividades del trabajo interorganizativo y el desarrollo de medios para valorar los complejos resultados atribuibles a dicho trabajo, este permanece como una preocupación constante (Geneau et al., 2009). También se evidencian discrepancias sobre las prioridades del trabajo interorganizativo: acciones a nivel de la comunidad frente a influir en la política del gobierno local, cuando un verdadero enfoque de promoción de la salud combina ambas perspectivas; este estudio encontró que algunos miembros tienen valores y conceptos profundamente arraigados sobre el papel de los funcionarios públicos y el código de conducta que van a seguir, es decir, se abstienen de apoyar proyectos en la comunidad que pueden entrar en conflicto con el puesto dentro de su organización (Geneau et al., 2009).

8.3.5 Eficacia de las intervenciones en promoción de la salud

8.3.5.1 Evaluar la eficacia: importante pero complicado

A nivel internacional parece existir interés y un consenso sobre la importancia de evaluar la eficacia de las intervenciones en promoción de la salud, particularmente, prevalece la idea de mejorar los bienes y servicios públicos, como los servicios sociales y sanitarios, con valoraciones que aseguren la calidad de los mismos (Berwick 2005 y Kelly et al., 2010: citados por Kok et al., 2012). Los profesionales requieren más información sobre los efectos de las intervenciones, saber a través de cuáles mecanismos funciona

una intervención, cuales son los elementos esenciales y que pueden esperar del contexto local; las organizaciones por su parte, requieren la mejor información sobre costos, tiempo invertido y experiencias con las intervenciones, ambos están a favor de la investigación de la efectividad, no solo para aumentar la legitimidad de su profesión, sino que además, les ayuda a facilitar el financiamiento, convencer a los colaboradores, agentes sociales y partes interesadas locales (Kok et al., 2012).

En un estudio cualitativo que entrevistó a 81 profesionales, se exploró la eficacia de las intervenciones en promoción de la salud desde la perspectiva de los profesionales municipales, encontrando que estos señalaban una dificultad para determinar si la intervención aplicada era efectiva o no, aunado a la existencia de una dualidad en la que por un lado, consideraban que el estudio de la efectividad era un asunto muy importante, pero al mismo tiempo, enfatizaban que las intervenciones en la práctica, resultaban muy diferentes de las configuradas en la planificación teórica, así mismo, insistieron en la importancia de la investigación porque entre otras cosas, legitima su trabajo y los ayuda a establecer “la promoción de la salud como una profesión” (Kok et al., 2012).

Los profesionales consideraran que el monitoreo de los procesos y efectos de las intervenciones en el contexto local es importante, pero rara vez son supervisados y muchas veces se sienten limitados por la falta de tiempo, infraestructura y experiencia; así mismo, el limitado presupuesto destinado a las intervenciones en promoción de la salud, impulsa a los agentes sociales a implementar versiones adaptadas de las intervenciones, haciéndolas mas pequeñas y menos intensivas, lo que se considera como una gran restricción para el desarrollo de estas y no queda claro si sus versiones adaptadas son más o menos eficaces (Kok et al., 2012).

8.3.5.2 Se ignora la complejidad: los elementos que la integran y su interacción

Estos investigadores observaron que cuando los agentes sociales aplican una intervención basada en la evidencia, que con frecuencia tiene su origen en la atención clínica, donde las intervenciones son a menudo claramente definidas, y los contextos más homogéneos, o estas intervenciones son basadas en una teoría, o en un “paquete” de intervenciones prediseñadas adoptando un enfoque lineal que inicia con el diseño de la intervención y culmina con la valoración de su efectividad, a menudo no se estudia el efecto de una “configuración total”, se tiende a ignorar otros elementos como el apoyo del gobierno local, las partes interesadas, los colaboradores motivados, la presencia de redes locales de apoyo y otros elementos relevantes, de forma que los efectos de la intervención en general, pueden ser atribuidos solamente a algunos de los elementos responsables de los resultados obtenidos (Kok et al., 2012).

Según Kok et al., (2012), tal reducción y el énfasis sobre la aplicación fijada por las organizaciones, puede conducir a intervenciones menos productivas por que lo que constituye con precisión una intervención o lo que supone una intervención efectiva en contextos locales queda menos definido; la promoción de la salud toma lugar en contextos abiertos y muy diversos, las organizaciones de promoción de la salud son muy diversas; es difícil realizar configuraciones similares en escenarios distintos y determinar si una intervención funciona en la práctica como se pretendía en la teoría; en este sentido, para que las intervenciones funcionen y sus efectos se puedan valorar, se requieren estrategias que tomen en cuenta la complejidad, los elementos y su interacción, así como poder anticipar los contextos de la intervención durante su diseño y la coordinación para aquellas acciones que están distribuidas entre las organizaciones involucradas (Kok et al., 2012).

A pesar de que los investigadores desarrollan programas basados en la evidencia para la práctica de la salud pública, las tasas de adopción y aplicación son a menudo bajas (Fixsen et al., 2005; citados por Steiman et al.,

2012). Un desafío en trasladar la investigación es mejorar el conocimiento en el cual la intervención será implementada; el contexto incluye los componentes, organizaciones y otras influencias externas como las actitudes y el conocimiento del equipo de trabajo, disponibilidad de financiamiento, políticas y regulaciones, el clima y la cultura organizacional (Rosenheck 2001, Rabin et al., 2006; Fixsen et al., 2005 y Mendel et al., 2008; citados por Steiman et al., 2012).

Aunque este proceso es importante porque determina lo que se espera desde el contexto en el cual una intervención se supone que funciona, con frecuencia es pobremente entendido y parece basado en las tradiciones y las circunstancias del momento, en vez de valorar las características del contexto en el que las intervenciones funcionan; las intervenciones realizadas en la práctica no serán iguales a las diseñadas en la configuración inicial, lo que es realizado en la práctica siempre será una coproducción que está profundamente relacionada con un contexto social complejo; desde esta perspectiva, la efectividad no es independiente del contexto: depende de una situación específica que limita su extensión y desarrollo (Cohen et al., 2008; citado por Kok et al., 2012).

9. CONCLUSIONES

En el presente estudio se han señalado al menos once factores relacionados con la eficacia y sostenibilidad de las intervenciones en promoción de la salud: por un lado, elementos relacionados con los agentes sociales como su formación, iniciación, integración, representación social de estas experiencias y el cambio de conducta que facilita la transición desde un modelo biomédico al de empoderamiento; otros relacionados con la puesta en marcha de las intervenciones como la planificación, la evaluación y valoración de su eficacia y por último, la estructura organizacional que facilite la corresponsabilidad de los agentes, el marco legal, la participación y colaboración de otros agentes sociales.

1. Representación. Desde lo que saben los agentes sociales que participaron en este estudio, las intervenciones en promoción de la salud, representadas como una actividad de la medicina que incorpora tareas preventivas, curativas y de rehabilitación, con un propósito predominantemente preventivo y que intenta contrarrestar la enfermedad a través de medidas preventivas y de Educación para la Salud, recuerda el propósito, los resultados y fines esperados descritos en el modelo biomédico sobre “La Historia Natural de las Enfermedades”, establecido en la segunda mitad del siglo XX.

Esta situación ubica el quehacer de estos agentes sociales, su concepción de salud y de promoción de la salud, dentro del quehacer de la medicina desde el enfoque de la enfermedad, y aunque en los tres casos los agentes de ayuntamientos con mayor frecuencia y los de atención primaria y asociaciones menos, han ido incorporando otros conceptos como el enfoque biopsicosocial o integral-holístico de los determinantes del estado salud-enfermedad, la colaboración entre organizaciones y la equidad como elementos esenciales en dichas intervenciones; este enfoque biomédico en el que se enmarcan sus acciones, se relaciona con una forma específica de abordar los problemas de salud, esto es, la forma en como se planifican, aplican y valoran las intervenciones está relacionada con estrategias y

resultados en los que la eficacia de las mismas, depende del cumplimiento de objetivos dirigidos a neutralizar la enfermedad.

Estos resultados señalan un uso indistinto entre los agentes sociales de los conceptos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, lo que limita la posibilidad de poner en práctica una concepción mas amplia de promoción de la salud, mas allá de los planteamientos de la medicina, esto expresa que aunque los agentes sociales, particularmente los de ayuntamientos, manifiestan un discurso que incorpora elementos de un enfoque mas amplio de salud, en la práctica desarrollan intervenciones en consonancia con el enfoque biomédico tradicional, centrado en corregir factores de riesgo que amenazan el estado de salud y la calidad de vida de la población, por lo que las iniciativas en promoción de la salud en este contexto incluyen actividades individuales, grupales y comunitarias, orientadas hacia el cambio de conductas relacionadas con el estilo de vida y actividades como el fumado, el alcohol, drogas, dietas inadecuadas, el sedentarismo, altos niveles de estrés y condiciones ambientales relacionadas con la exposición laboral.

En este sentido, los agentes sociales se visualizan practicando intervenciones en promoción de la salud, cuando en realidad aplican técnicas de educación para la salud, bajo un marco de trabajo preventivo, es decir, igualan de una forma simplista la promoción de la salud con las actividades de educación para la salud que pretenden prevenir las enfermedades, y no suelen impulsar el enfoque del empoderamiento en las intervenciones relacionadas con la salud; de ahí la necesidad de aplicar modelos en promoción de la salud que provean una aproximación sistemática, más integradora y menos centrada en el marco biomédico en la prestación de la atención sanitaria.

2. Formación. Se ha reconocido que los agentes sociales han contado con una formación académica laxa que incluye la materia de promoción de la salud en asignaturas optativas, contenidos dispersos y teóricos con poca práctica, y evaluación centrada en objetivos cognitivos; la formación continuada habitualmente no tiene un carácter prioritario, no se contemplan los aspectos

de intersectorialidad y la “multiprofesionalidad” está excluida porque no suele estar acreditada. La formación de pregrado en promoción de la salud es escasa o nula, particularmente en medicina, pero en enfermería y trabajo social se ha ido incorporando; la formación de postgrado va más dirigida a la educación para la salud que a promoción de la salud.

El modelo de salud es mas “biologista” y centrado en la enfermedad, que dirigido a la salud positiva y desarrollo de los aspectos biopsicosociales; se suele disponer de habilidades para la realización de charlas y talleres asociadas a un rol de educador con actitudes directivas y de experto, pero menos de aquellas relacionadas con la participación social, la equidad, y el empoderamiento de la población beneficiaria.

Los profesionales que no han sido formados sobre aspectos del empoderamiento o abogacía que implica la promoción de la salud, que cuentan con un cuerpo docente que no transmite un conocimiento de las implicaciones a nivel político y se concentran de forma predominante en el concepto de riesgo asociado a la enfermedad como elemento clave en la formación de estos agentes, así como prácticas centradas en dar información para conseguir el cambio de conducta que pueda modificar el estilo de vida de las personas, demuestra que la promoción de la salud es aún escasamente entendida y enseñada según el marco teórico suscrito a partir de la Carta de Ottawa en 1986 y que aún continua circunscrita dentro del ámbito biomédico.

Esto además condiciona a estos agentes sociales a transitar entre dos dimensiones o paradigmas distintos, una de tipo técnico, relacionada con su rol en los servicios asistenciales: curativos, preventivos y de rehabilitación, y otra teórica, donde reconocen la existencia de planteamientos mas amplios sobre la salud, pero al mismo tiempo, tienen una dificultad por la falta de conocimientos y habilidades para desarrollar estrategias basadas en un enfoque biopsicosocial, lo que establece un conflicto para conciliar ambas dimensiones y experimentan una gran frustración al tratar de entender e integrar los determinantes de la salud a través del enfoque holístico y la falta de medios que vinculen la teoría con la práctica en promoción de la salud.

3. Integración. El problema de la fragmentación, particularmente evidenciado entre el personal sanitario que tiende a aplicar un abordaje parcializado o sectorial de los problemas de salud en lugar de un abordaje biopsicosocial que no solo observa la parte biológica de la enfermedad, sino también la psicológica y social que influyen en los problemas de los individuos y la comunidad, es un factor que se asocia a la ineficacia de las intervenciones.

El problema no reside en el análisis “fragmentado” de las partes de un sistema complejo, sino en la imposibilidad de integrar la información, los recursos, la evidencia, el contexto de las personas, la comunidad y el sistema como un todo; los agentes sociales también experimentan frustración ante repetidas intervenciones que intentan resolver un problema de forma fragmentada, lo que en la actualidad se opone al desarrollo de un sistema sanitario de atención equitativo, que prioriza e integra, y se aleja de prácticas que pierden la capacidad de aplicar acciones dirigidas al bienestar del conjunto.

El modelo biopsicosocial, aunque ha sido integrado al discurso de muchos profesionales sanitarios, las acciones de los profesionales se concentran más en la práctica clínica que en el ámbito político, y esto responde al hecho de que este personal trabaja con una separación entre los campos psicosocial y biológico, “lo social por un lado y los problemas de salud por otro”, más en lo físico que en lo psicológico y social, y la presencia de una visión más integradora muchas veces depende de las “habilidades individuales de los profesionales”, en lugar una estrategia planificada, orientada a la acción biopsicosocial; la incorporación de los aspectos del enfoque psicosocial es una tarea difícil que debe contar con más recursos, estrategias y “herramientas adecuadas”, para la puesta en práctica de intervenciones integradoras y biopsicosociales, por lo cual deben ser formados para trabajar en equipos multidisciplinarios, habilidades de comunicación, e identificar las necesidades psicosociales asociadas a problemas médicos; la formación es una herramienta que contribuye a disminuir la pérdida del “enfoque de conjunto”, especialmente cuando se abordan los fenómenos de salud y enfermedad en la población.

El sector sanitario debe actuar como “mediador” y facilitador de los procesos relacionados con los problemas de salud; el desarrollo de una estructura organizativa que aglutine a los agentes sociales de otros sectores y organizaciones cuyas experiencias favorezcan la promoción de la salud, es una tarea ineludible.

Desde el enfoque de la integración, se puede superar la clásica división entre profesionales y legos, entre expertos y profanos, e incluir a los agentes sociales de la sociedad civil, que incluyen las asociaciones, clubes, organizaciones, sociedades y otros cuerpos de acción comunitaria como “otro agente social mas”, considerándolos como un importante recurso que facilita la coordinación entre sectores, diferentes niveles de gobierno y otras organizaciones y estructuras, así como posibilitar el desempeño de un papel estratégico en el desarrollo de la salud, favorecer mecanismos que promuevan la transformación socioeconómica y sanitaria en el nivel local, identificar las necesidades comunitarias, problemas de salud ambiental y toma de decisiones en la relación a los servicios asistenciales, a la vez que se promueve su empoderamiento a través del aprendizaje de importantes habilidades con el fin de trabajar juntos de forma cooperativa.

4. Evaluación. La necesidad de establecer evaluaciones de las intervenciones en promoción de la salud que superen los clásicos ensayos experimentales y se opte por estrategias que permitan captar de una manera mas amplia, la complejidad de este tipo de intervenciones representadas por el abordaje del comportamiento humano, las interacciones sociales, el uso de sistemas políticos, redes comunitarias que forman parte de la intervención, comportamientos asociados al hábito del fumado, del tiempo de ocio, actividad física, alimentación, y movimientos sociales que los influyen, es un objetivo prioritario, particularmente en situaciones que se pretende evaluar el proceso de cambio.

Los indicadores definidos en términos “clínicos-biomédicos” son apropiados dentro de la atención médica y la prevención de enfermedades,

pero insuficientes para explicar por qué o cómo consiguen cierto nivel de resultados, o para entender la extensión y la forma en que una política, un programa o una intervención en promoción pueden alcanzar los cambios propuestos; por tanto, la promoción de la salud requiere el desarrollo de una infraestructura adaptada para este tipo de intervenciones; en este sentido, la investigación cualitativa parece ofrecer profundidad y conocimiento en las experiencias de las personas, y de los contextos sociales que fortalecen o debilitan la salud, lo que es clave para explicar el éxito o el fracaso de un programa determinado.

5. Agentes sociales. Desde la estructura y transmisión de lo que saben los agentes sociales que desarrollan intervenciones en promoción de la salud en el contexto local, su iniciación se relaciona con factores internos como las influencias de una persona entusiasta que defiende la promoción de la salud en su ámbito laboral, o con factores externos como las necesidades expresadas en los campos político, económico, demográfico o tendencias en salud de la sociedad en general. La presencia de liderazgo y la formulación de metas claras son elementos que facilitan los procesos de colaboración entre organizaciones y para alcanzar una promoción de la salud sostenible y eficaz, se requiere la integración de colaboradores como líderes, así como las organizaciones comprometidas y con conocimiento de la comunidad que defiendan e impulsen las iniciativas en promoción de la salud; en este sentido, cuanto mayor es la posición de poder o puesto ocupado por los colaboradores, mayor es el impacto obtenido en el desarrollo de las iniciativas.

6. Planificación. El interés de los estudios sobre intervenciones en promoción de la salud ha estado centrado de forma predominante en la etapa de evaluación y menos en la fase de planificación de las intervenciones como un componente fundamental de estas; la carencia de un modelo explícito de planificación en promoción de la salud condiciona que usualmente, los temas y objetivos de las intervenciones se determinen sobre la base de datos epidemiológicos relacionados con la prevalencia de factores de riesgo, sobre la disponibilidad de financiación y la información difundida en los medios de comunicación.

Con frecuencia los profesionales basan su práctica sobre la base de la oportunidad más que sobre las necesidades probadas y documentadas de la población, y excluyen la consulta sistemática de las otras partes interesadas en la comunidad, con intervenciones espontáneas y esporádicas, más que sistemáticas y programadas; con grandes dificultades para investigar las necesidades fuera del ámbito biológico y para trabajar de forma coordinada con otros servicios, grupos y asociaciones de la comunidad, debido a la falta de actitudes y habilidades que no suelen ser parte habitual de las competencias de los profesionales.

El logro de intervenciones eficaces requiere cambios en estas prácticas y que se integren no solo los factores sociales, políticos, económicos y organizativos del entorno, sino además, entender las características de la población, de los agentes sociales y de las organizaciones interesadas. Los planificadores, aplicadores, y evaluadores de las intervenciones en promoción de la salud, con frecuencia emplean el discurso *emancipador* descrito en la Carta de Ottawa, pero desarrollan intervenciones a través de una relación vertical, circunscrita al uso de objetivos dentro de un estrecho margen biomédico, sin considerar en el abordaje de los problemas desde sus otros determinantes sociales, lo que puede ser relacionado con el contexto biomédico en el cual se desarrollan las intervenciones y la escasa claridad que tienen estos agentes sobre el empoderamiento.

Para dar un paso desde la teoría a la práctica, la planificación es fundamental como parte del proceso de promoción de la salud; en este campo, los planificadores deben considerar la logística, los planteamientos teóricos y las realidades del contexto en las que se desarrolla un programa sanitario, lo que facilita el aplicar programas más integrales, evaluar su progreso, identificar las formas más efectivas de alcanzar los objetivos propuestos y reducir la probabilidad de intervenciones mal planteadas; no obstante, según la literatura científica, la mayoría de modelos convencionales de planificación en promoción de la salud no toman en cuenta el conocimiento sobre la producción social de la mayoría de problemas de salud, no integran el conocimiento colectivo de

quienes los aplican y sus condiciones, lo que puede llevar a intervenciones inapropiadas en las comunidades donde estos modelos son desarrollados.

A diferencia del enfoque convencional de planificación que parte desde la enfermedad y su prevención con actividades dirigidas al control de un vector o modificar el estilo de vida, el enfoque de empoderamiento enfatiza la justicia social a través de la promoción y potenciación de la comunidad en términos de calidad de sus relaciones sociales, aumento de la capacidad y poder sobre las decisiones, más que cambios en conductas orientados a disminuir el riesgo de enfermedades específicas; es decir, en lugar del discurso basado en cambios en estilos de vida, los agentes sociales intentan organizar y apoyar esfuerzos comunitarios para tratar los determinantes de la salud más sistémicos en sus ambientes físicos y sociales, más que asumir problemas complejos más allá de sus posibilidades y actuación en solitario; se intenta resolver problemas complejos gestionados por la misma comunidad, en donde los profesionales y sus organizaciones sanitarias apoyan los esfuerzos que estos grupos emprenden y desarrollan.

En este cambio de discurso, del preventivo al de *empoderamiento*, los planificadores deben asumir una postura de trabajo más simétrica con la comunidad, una planificación basada en las experiencias, opiniones y conocimiento de las personas, superando la falsa dicotomía de que la participación y los procesos racionales-sistemáticos son irreconciliables, porque son las ideologías, valores y las concepciones sobre la salud de los planificadores, los que influyen la forma en como las necesidades son definidas, la información que está disponible y los procesos de toma de decisiones de las diversas partes interesadas.

Para alcanzar una transición hacia el enfoque del *empoderamiento* hace falta integrar supuestos básicos en cada etapa del proceso de planificación, como son las estrategias participativas que involucren a todos los agentes sociales desde la etapa del diseño de la intervención, facilitar la disponibilidad de recursos para que todos los miembros de la comunidad mejoren su capacidad de actuar sobre sus problemas, el compromiso de permanencia con

el fin de no finalizar las intervenciones antes de que los cambios alcancen cierto grado de sostenibilidad y centrarse inicialmente en grupos pequeños que facilitan las relaciones dinámicas y de poder interpersonal, gestionados y controlados por la comunidad.

7. Cambio de conducta. Desde la valoración afectiva y actitud de los agentes sociales ante su experiencia en las intervenciones en promoción de la salud, se reconoce que los profesionales y los pacientes interpretan las intervenciones sanitarias de una forma diferente, por un lado, los profesionales consideran que el cambio de conducta en los pacientes es influenciado por factores relacionados con el paciente, con los mismos profesionales y con la organización sanitaria.

Los agentes piensan que los pacientes tienen fallos en las áreas de conocimientos, habilidades y su actitud, esto es, un escaso conocimiento sobre cómo llevar un estilo de vida saludable, falta de habilidades para lograr un cambio sostenido y actitudes como poner excusas relacionadas con problemas culturales, económicos, actitud pasiva, falta de disciplina, falta de voluntad o motivación y negligencia en el cumplimiento de sus recomendaciones; los profesionales sienten que ellos son los expertos autorizados para hacer recomendaciones y el paciente solo tiene la obligación de llevarlas a cabo; como resultado, los pacientes tienden a ser etiquetados por estos profesionales con “actitud negativa, rebeldes, inconformistas, invulnerables y ansiosos”, creándoles gran tensión y frustración en la relación con sus pacientes.

Pero como se ha descrito en la literatura, los pacientes sienten que el diagnóstico de una enfermedad crónica tiene un gran impacto en sus hábitos y estilo de vida, porque por un lado implica modificaciones en su dieta, actividad física y en la relación con sus familiares, amigos y colegas, y por otro lado, consideran que la atención médica se centra en la revisión de los datos del autocontrol, sin oportunidad para compartir sus sentimientos ni las estrategias para adaptar el tratamiento, es decir, en una relación más inquisidora, centrada en descubrir los puntos que no han cumplido, con la consiguiente reprimenda si los resultados no son buenos y cuando el profesional ofrece consejos para el

cambio de conducta, aquellos no siempre aceptan este consejo, particularmente si es realizado en una forma directiva y exigente; por estas razones, algunos optan por esconder su enfermedad por temor a perder sus relaciones con familiares, amigos y puestos de trabajo, otros a no acudir al centro sanitario y autorregularse el tratamiento por medio de la prueba y error, para compatibilizar los tratamientos y consejos de los profesionales sanitarios y sus propias circunstancias vitales.

La mayoría de profesionales sanitarios, particularmente el personal de enfermería, reconocen la promoción de la salud como parte de su rol de trabajo, la han incorporado a lo largo de su práctica y rutina de trabajo diaria, de una forma casi “inconsciente o automática”, pero la definen en términos reducidos de la Educación de la Salud, es decir, la provisión de consejos para motivar a los pacientes a que hagan cambios en sus estilos de vida; se centran en difundir información y prevenir las enfermedades, porque piensan que esto les ayuda a prevenir las recaídas y readmisiones en centros sanitarios; muchos reconocen que carecen de habilidades de comunicación, cómo desarrollar un plan de acción estructurado y dificultad para adaptar su asesoramiento a las etapas en la que está el paciente en su rol como consejero.

Los profesionales consideran que la forma en como se encuentra organizada la atención primaria de la salud en la actualidad, constituye una barrera para desarrollar las intervenciones en promoción de la salud; se ha evidenciado una estructura organizacional inmersa en una “cultura de la prisa” o “cultura de crisis” centrada en la enfermedad, es decir, privilegia las intervenciones dirigidas a contrarrestar las enfermedades agudas en los ámbitos clínicos, con una planificación y cumplimiento de objetivos tan rápido como sea posible, con consecución de resultados tangibles en el corto plazo y concretamente medibles, y en el que no se favorece ningún reconocimiento económico por las intervenciones de educación y autocontrol de los pacientes; esto posiciona la promoción de la salud, no como el núcleo de su trabajo, sino que se relega a un segundo lugar, considerándolas como una actividad extra dentro de la carga habitual de trabajo en la consulta clínica, en este contexto, la promoción de la salud no puede ser vista como parte integral en la práctica

sanitaria, lo que dificulta la su aplicación habitual en entornos clínicos y todos coinciden en la necesidad de contar no solo con el entrenamiento apropiado, sino con más tiempo en la consulta para desarrollar rutinariamente la promoción de la salud.

El futuro de las intervenciones sanitarias pasa por el empoderamiento de los pacientes y de los profesionales, una mejor comprensión del término promoción de la salud puede favorecer su entendimiento como empoderamiento, en el cual, los profesionales valoran el adoptar una postura mas empática y exploran lo que el paciente ya sabe, los pensamientos propios acerca de la enfermedad, las razones y creencias de los pacientes, la voluntad de aplicar medidas, el estado emocional, las circunstancias de su entorno, y no solo su enfermedad, todo con el fin de alcanzar un acuerdo sobre los objetivos del tratamiento, de ayudar a los pacientes a ser autónomos y hacer sus propias decisiones informadas, de forma que sean los pacientes los protagonistas en la toma de decisiones sanitarias y los profesionales adopten un papel de apoyo; el trato y la comunicación con las personas son elementos que inciden directamente en la eficacia de estas intervenciones; la participación en sus propios procesos de salud mejora el tratamiento, su eficacia, y la satisfacción de ambos.

Aunque en la segunda mitad del siglo XX se contempló la transición de un modelo de actuación sanitaria centrado en la enfermedad, asumida como fenómeno biológico, a otro modelo centrado en el concepto biopsicosocial de la salud que facilitó una aproximación mas comprehensiva de la salud y la enfermedad, es evidente que los agentes sociales guían su quehacer bajo el modelo biomédico, con actividades de planificación, aplicación y evaluación de resultados enmarcados bajo este ámbito; de ahí la necesidad de contar no solo con un modelo teórico, sino además con una estructura organizativa que facilite otras maneras de abordar la enfermedad y la salud, otras formas de entender que la salud no es un fenómeno que se reduce simplemente a lo orgánico, sino que trasciende lo biológico; que dicho abordaje puede involucrar otras dimensiones como la política, la económica, la psicológica y la sociológica

según la naturaleza del problema de salud, y no solo desde las ciencias biomédicas tradicionales.

8. Participación. Para los agentes sociales legos que se involucran activamente en intervenciones en promoción de la salud, es muy importante el sentirse valorados, así como el reconocimiento por sus propios logros, habilidades y contribuciones; su recompensa es esencialmente la gratitud o la buena voluntad que reciben de las otras personas en su organización.

Se ha reconocido que las intervenciones realizadas por agentes sociales legos deben ubicarse como parte del modelo social de salud, porque no solo facilitan la función de puente entre los servicios sanitarios tradicionales y la comunidad, sino que además constituyen un valioso capital social que favorece la construcción de comunidades más resistentes y con resultados positivos en salud; no obstante, es imperativo superar la diferencia entre el conocimiento lego, catalogado como “experiencial” y el conocimiento profesional, aceptado como “científico”, entre el uso de términos simplistas como el de “rol pasivo y el rol activo”, el “rol de consumidor y el de proveedor”, el “rol informal y el formal”, o la dimensión tradicional de “participación vertical”, entre el estado y los ciudadanos, y aplicar la dimensión de “participación horizontal”, como necesitan ser considerados los agentes legos en la planificación y aplicación de las intervenciones y en una relación no definidas por el “poder sobre”, sino por “responsables de”; las actividades deben plantearse desde un enfoque comprensivo, pensadas globalmente, con consenso, interés y participación por parte de todas las partes involucradas, desde etapas tempranas del proyecto, lo que revierte en beneficios como el aumento en la cobertura de servicios, la reducción de costo de las intervenciones, integrarse mas cerca de las comunidades y mejorar la eficacia de las intervenciones sanitarias.

9. Colaboración. La activa colaboración entre profesionales se produce como una práctica cuando las relaciones interprofesionales se apoyan y se fomentan activamente y reconoce la complejidad del ser humano, sus relaciones y por ello, la necesidad de una respuesta comprensiva a sus intereses y potencialidades con el desarrollo de un diseño y acción concertada

de forma sistemática y un modo de gestión de los recursos que trascienda la simple sumatoria de ofertas institucionales; es un importante principio que sustenta una buena atención primaria de salud, produce mejores resultados de salud y eficacia y eficiencia, evitando la duplicidad de esfuerzos y el gasto; sin embargo, aunque existe un consenso generalizado sobre la importancia de la colaboración en estos sistemas, es uno de los aspectos más difíciles de conseguir para los agentes sociales, por la diversidad de obstáculos políticos, organizativos, educativos, culturales para su puesta en práctica y por la escasez de apoyados y financiados dentro de los sistemas sanitarios,

Se requiere la formación de los agentes sociales para fomentar la visión de conjunto, el trabajo por los intereses y el bienestar de la población, el desarrollo de respeto interprofesional y de confianza, así como estrategias para mejorar la financiación, movilizar de forma sostenida a la clase política, un marco legal flexible que se pueda adaptar a las particularidades locales, la creación de un ámbito de decisión compartida para superar la excesiva sectorización y colocar los intereses de la población general por encima de políticas de confrontación; en general, la “reconstrucción, el modelado y la institucionalización” de los roles para el sector de la salud, más allá de la prestación de servicios sanitarios convencionales.

10. Estructura organizacional: Los elementos de la estructura organizativa en las organizaciones que aplican intervenciones en promoción de la salud, es un elemento que con frecuencia es citado por los profesionales como un factor clave en el desarrollo de las intervenciones; se ha descrito que las intervenciones en promoción de la salud bien integradas en las líneas estratégicas de una organización, significan un apoyo en la gestión de la calidad de los servicios en salud, fortalecen el alcance de la organización y se incrementa la capacidad para equilibrar las necesidades que plantean los diversos agentes sociales y los objetivos de la organización

Elementos como la planificación, la colaboración entre organizaciones, un rol de corresponsabilidad, el apoyo del gobierno local , son elementos fundamentales para que las intervenciones funcionen tanto como el diseño,

desarrollo de la intervención, su adopción y adaptación, el monitoreo de su funcionamiento y la buena relación con las partes interesadas. Por otro lado, sin un marco legal y político coherente, los diversos agentes sociales que trabajan en promoción de la salud, no pueden adoptar esta como una parte importante en su práctica diaria; el conocimiento de la estructura y el carácter de las relaciones inter-organizacionales en promoción de la salud es un requisito previo para el desarrollo de las actividades de intervención eficaces, así mismo la estructura de las relaciones de asociación entre organizaciones y las percepciones de organización de sus integrantes, pueden influir en alcanzar entornos más favorables para el desarrollo de sus proyectos; esto es, algunos elementos de la estructura organizacional pueden influir en la percepción de un entorno más favorable que impulsa su voluntad para desarrollar nuevos proyectos y facilitar la toma de decisiones en la organización y sus acciones.

11. Eficacia: aunque parece existir un consenso sobre la importancia de evaluar la eficacia de las intervenciones en promoción de la salud, particularmente los profesionales encuentran una dificultad para determinar si las intervenciones que desarrollan son efectivas o no; entre otras razones señalan que en la práctica resultan muy diferentes de las configuradas en la planificación teórica, muchas veces se sienten limitados por la falta de tiempo, infraestructura y experiencia, otras veces el limitado presupuesto destinado a las intervenciones en promoción de la salud impulsa a los agentes sociales a implementar versiones adaptadas de las intervenciones, haciéndolas más pequeñas y menos intensivas, y resulta complicado valorar si sus versiones son más o menos eficaces

Un desafío es mejorar el contexto con sus componentes, organizaciones y otras influencias externas como las actitudes y el conocimiento del equipo de trabajo, disponibilidad de financiamiento, políticas y regulaciones, el clima y hasta la cultura organizacional, aunque con frecuencia esto es pobremente entendido y parece basarse en las tradiciones y las circunstancias del momento, en vez de valorar las características del contexto en el que las intervenciones funcionan.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adeleye, O. A. & Ofili, A. N. (2010). Strengthening intersectoral collaboration for primary health care in developing countries: can the health sector play broader roles? *J Environ.Public Health.*, 2010:272896. Epub; %2010 Apr 29., 272896.

Agudo, M., Agudo, M., Sierra Quesada, J., Jiménez Martín, J., & Escudero Espinosa, C. (2007). Expectativas y necesidades detectadas en profesionales de organizaciones provinciales que trabajan en acción intersectorial en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 81, 43-52.

Aguiar, A., Mariano, M., Almeida, L., Cardoso, M., Pagliuca, L., & Reboucas, C. (2012). The nurses' perceptions regarding health promotion in the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm.USP.*, 46, 428-435.

Alfaro-Trujillo, B., Valles-Medina, A. M., & Vargas-Ojeda, A. C. (2012). Profiles, perceptions and motivations of Community Health Workers of NGOs in a border city of US-Mexico. *J Community Health.*, 37, 583-590.

Alonso-Cabrera, G. (2004). Teoría y Modelos en la Salud Pública del siglo XX. *Colombia Médica*, 35, 164-168.

Arouca, S. (2008). *El dilema preventivista: contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva*. (1 ed.) Buenos Aires: Lugar Editorial.

Barnes, M., Maclean, J., & Cousens, L. (2010). Understanding the structure of community collaboration: the case of one Canadian health promotion network. *Health Promot.Int.*, 25, 238-247.

Baum, F. & Kahssay, H. (1999). Health Development Structures: an untapped resource. In H.Kahssay & P. Oakley (Eds.), *Community involvement in health development: a review of the concept and practice* (pp. 96-113). Geneva: WHO.

- Benach J & Muntaner C (2005). *Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. España: El Viejo Topo.
- Bertalanffy, L. v. (1976). *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. Madrid: Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Black D, Morris JN, Smith C, & Townsend P (1980). *Inequalities in health: report of a research working group* Great Britain: Dept. of Health and Social Security (DHSS).
- Bornstein, V. J. & Stotz, E. N. (2008). Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. *Cien.Saude Colet.*, 13, 259-268.
- Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann.Fam.Med.*, 2, 576-582.
- Bradley, F., Wiles, R., Kinmonth, A. L., Mant, D., & Gantley, M. (1999). Development and evaluation of complex interventions in health services research: case study of the Southampton heart integrated care project (SHIP). The SHIP Collaborative Group. *BMJ.*, 318, 711-715.
- Breslow, L. (1999). From disease prevention to health promotion. *JAMA.*, 281, 1030-1033.
- Britt, E., Hudson, S. M., & Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient.Educ.Couns.*, 53, 147-155.
- Brown, T. M. & Fee, E. (2006). Rudolf Carl Virchow: medical scientist, social reformer, role model. *Am J Public Health.*, 96, 2104-2105.
- Brownson, R. C., Parra, D. C., Dauti, M., Harris, J. K., Hallal, P. C., Hoehner, C. et al. (2010). Assembling the puzzle for promoting physical activity in Brazil: a social network analysis. *J Phys.Act.Health.*, 7 Suppl 2:S242-52., S242-S252.
- Bucher Della, T. S., Akre, C., & Suris, J. C. (2010). Obesity prevention opinions of school stakeholders: a qualitative study. *J Sch Health.*, 80, 233-239.

Buss, P. (2006). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: D.Czeresnia & C. Machado de Freitas (Eds.), *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias* (1ª ed., pp. 19-46). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 473-482.

Calderon, C., Balague, L., Cortada, J. M., & Sanchez, A. (2011). Health promotion in primary care: how should we intervene? A qualitative study involving both physicians and patients. *BMC.Health Serv.Res.*, 11:62. doi: 10.1186/1472-6963-11-62., 62-11.

Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. et al. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ.*, 321, 694-696.

Campo Osaba, M. A., Del Val, J. L., Lapena, C., Laguna, V., Garcia, A., Lozano, O. et al. (2012). The effectiveness of a health promotion with group intervention by clinical trial. Study protocol. *BMC.Public Health.*, 19;12:209., 209.

Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde, IV*, 287-307.

Casey, D. (2007). Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *J Clin Nurs.*, 16, 1039-1049.

Chadwick, E. (1842). *Report on The Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*. London: William Clowes and Sons, Stamford Street. Procedencia del original; Universidad de Oxford, Digitalizado: 5 Jun 2007. Disponible en: <http://books.google.es>.

Clark, E. (1954). Natural history of syphilis and levels of prevention 3. *Br.J.Vener.Dis.*, 30, 191-197.

De la Fuente Sabate, J., García-Tenorio Ronda, J., Guerras Martin, L., & Hernangomez Barahona, J. (2002). La eficacia y la eficiencia de la organización. En: *Diseño organizativo de la empresa* (1ª ed., pp. 83-108). Madrid: Civitas.

Dever, G. A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2, 453-466.

Dever, G. A. (1984). Epidemiology in Health Services Management. <http://books.google.es/> [On-line].

Diccionario (2012). Globalización. <http://es.wikipedia.org/wiki/Globalizaci%C3%B3n> [On-line].

Diccionario etimológico (2012). Diccionario etimológico. <http://etimologias.dechile.net/> [On-line].

Díez, E., Juárez, O., & Villamarín, F. (2005). Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. *Med Clin (Barc)*, 125, 193-7.

Dowrick, C., May, C., Richardson, M., & Bundred, P. (1996). The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? *Br.J Gen.Pract.*, 46, 105-107.

Dubos, R. (1959). *El Espejismo de la Salud. Utopías, Progreso y Cambio Biológico*. Título original: Dubos, R. (1959). *Mirage of Health. Utopias, Progress and Biological Change*. Harper and Row. Traducción de: Pérez Lías, JR. (1975). México, D.F: Fondo de Cultura Económica.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.*, 196, 129-136.

Escudero-Carretero, M. J., Prieto-Rodríguez, M. A., Fernández-Fernández, I., & March-Cerda, J. C. (2006). Physician/patient relationship in diabetes mellitus type 1 treatment. A qualitative study. *Aten Primaria.*, 38, 8-15.

Fernández-Ríos, M. & Sánchez, J. C. (1997). *Eficacia organizacional concepto, desarrollo y evaluación*. Madrid: Díaz de Santos.

Ferrer, A. (1996). *Historia de la globalización. Orígenes del orden económico mundial*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Fienieg, B., Nierkens, V., Tonkens, E., Plochg, T., & Stronks, K. (2012). Why play an active role? A qualitative examination of lay citizens' main motives for participation in health promotion. *Health Promot.Int.*, 27, 416-426.

Figueira, T., Ferreira, E. F., Schall, V., & Modena, C. (2009). Women's perceptions and practices regarding prevention and health promotion in primary healthcare. *Rev.Saúde Pública*, 43, 937-943.

Flores González, L. M. (2001). La noción de salud desde una perspectiva filosófica. Algunas consideraciones éticas. *ARS méd (Santiago)*, 3, 21-30.

Foster, G., Taylor, S. J., Eldridge, S. E., Ramsay, J., & Griffiths, C. J. (2007). Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, CD005108.

Fracolli, L. A., Zoboli, E. L., Granja, G. F., & Ermel, R. C. (2011). [The concept and practice of comprehensiveness in Primary Health Care: nurses' perception]. *Rev Esc Enferm.USP.*, 45, 1135-1141.

Gabbard, G. O. & Kay, J. (2001). The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *Am J Psychiatry.*, 158, 1956-1963.

García, J., Owen, E., & Flórez-Alarcón, L. (2005). Aplicación del modelo Precede-Proceed para el diseño de un programa de educación en salud. *Psicología y Salud*, 15, 135-151.

Geneau, R., Legowski, B., & Stachenko, S. (2009). An intersectoral network for chronic disease prevention: the case of the Alberta healthy living network. *Chronic Dis Can.*, 29, 153-161.

Gil Roales-Nieto (2004). Aproximación histórica a la psicología de la salud. En: *Psicología de la Salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 47-66). Madrid, España: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A).

Gómez, C. & Fernández de Sanmamed Santos, M. (2010). Investigación cualitativa en atención primaria. In A.Martín Zurro & J. Cano Pérez (Eds.), *Compendio*

de Atención Primaria. I Parte: Principios de la Atención Primaria de Salud (3 ed., pp. 212-240). España: Elsevier.

Gómez López, L. & Rabanaque Hernández, M. (2000). Concepto de Salud 23. En. C.Colomer Revuelta & C. Álvarez-Dardett Díaz (Eds.), *Promoción de la salud y cambio social* (1ª ed., pp. 3-12). Barcelona, España: Masson,S.A.

Grandes, G., Sanchez, A., Cortada, J. M., Balague, L., Calderon, C., Arrazola, A. et al. (2008). Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC.Health Serv.Res.*, 8:213., 213.

Green, J. & Tones, K. (2010). Health Promotion Planning: A Systematic approach. In *Health Promotion: Planning and Strategies* (2 ed., pp. 155-203). London: Sage Publications.

Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud, C. d. S. P. (2003). *Formación en promoción de la salud. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Haby, M. & Bowen, S. (2009). *Making decisions about health promotion and disease prevention interventions for policy and practice. A guideline for evidence-informed decision-making* Health Development Unit: Victorian Government Department of Health Melbourne.

Hamlin, C. (1995). Could you starve to death in England in 1839? The Chadwick-Farr controversy and the loss of the "social" in public health. *Am J Public Health.*, 85, 856-866.

Hintze, J. (2011). *Evaluación del valor público: efectividad versus eficiencia* Santa Fe, Argentina: TOP - Centro de Desarrollo y Asistencia Técnica para la Organización, Universidad Nacional del Litoral.

Hodge, B. J., Anthony, W. P., & Gales, L. M. (1998). *Teoría de la organización Un enfoque estratégico Traducido de Organization Theory. A Strategic Approach. Fifth Edition por Dolores Ruiz. (5 ed.)* Madrid: Prentice Hall Iberia, S.R.L.

Iborra Juan, M., Dasí Coscollar, Á., Dolz Dolz, C., & Ferrer Ortega, C. (2010). *Fundamentos de dirección de empresas: conceptos y habilidades directivas. (1ª, 6ª impresión ed.)* Madrid: Paraninfo, 2010.

Jansink, R., Braspenning, J., van der, W. T., Elwyn, G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC.Fam.Pract., 11:41.*, 41.

Jansson, E. V. & Tillgren, P. E. (2010). Health promotion at local level: a case study of content, organization and development in four Swedish municipalities. *BMC.Public Health., 10:455.*, 455.

Kelley, K. & Abraham, C. (2007). Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: nurses' perceptions about their role. *J Clin Nurs., 16*, 569-579.

Kickbusch, I. (1996). Promoción de la salud: una perspectiva mundial. En *Promoción de la salud: una antología /Health Promotion: An Anthology* (pp. 15-24). Washington, D.C: OPS.

Kickbusch, I. (2007). The move towards a new public health 902. *Promot.Educ., Suppl 2:9, 40-1, 56-7.*, 9, 40-9, 47.

Kok, M. O., Vaandrager, L., Bal, R., & Schuit, J. (2012). Practitioner opinions on health promotion interventions that work: opening the 'black box' of a linear evidence-based approach. *Soc.Sci.Med., 74*, 715-723.

Labonte, R., Feather, J., & Hills, M. (1999). A story/dialogue method for health promotion knowledge development and evaluation. *Health Educ.Res., 14*, 39-50.

Laframboise, H. L. (1973). Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Can.Med.Assoc.J., 108*, 388-391.

Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina. (1ºed 1978 reimp.2006 ed.)* Barcelona, España: MASSON, S.A.

Lalonde, M. (1974). *A New perspective on the Health of Canadians: A Working document* Ottawa, Canada: Minister of National Health and Welfare, Government of Canada.

Laverack, G. & Labonte, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning*, 15, 255-262.

Lee, L. L., Arthur, A., & Avis, M. (2008). Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: a discussion paper. *Int J Nurs.Stud.*, 45, 1690-1699.

López Fernández, L. & Aranda Regules, J. (1990). Promoción de la salud: un enfoque en salud pública. In *La Sanidad Española a Debate* (pp. 23-46). Madrid, España: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

López Fernández, L. & Aranda Regules, J. (2003). Promoción de la Salud: un enfoque de Salud Pública. In A.Martin Zurro & J. Cano Pérez (Eds.), *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica* (5 ed., España: Elsevier.

Macdonald, G., Veen, C., & Tones, K. (1996). Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Educ.Res.*, 11, 367-376.

Macleod Clark, J. & Maben, J. (1998). Health promotion: perceptions of Project 2000 educated nurses. *Health Educ.Res.*, 13, 185-196.

Marmot M, Baum F, Bégin M, Berlinguer G, Chatterjee M, Foege W.H et al. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Informe Final*. Ginebra, Suiza.

Mayorga Mas, R., Petrina Piñal, P., & Pérez Vicente, I. (2012). *Promoción de la salud en el trabajo* Departamento de Seguridad, Salud y Nuevos Servicios de Mutua Navarra.

Mc Luhan, M. (1985). *La galaxia de Gutenberg*. México: Origen Planeta.

Moberg, C. (2005). *René Dubos, friend of the Good Earth: Microbiologist, Medical Scientist, Environmentalist*. Washington, DC: ASM Press. Digitalizado y disponible en: <http://books.google.es>

Molina, J. A. (1983). Understanding the biopsychosocial model. *Int J Psychiatry Med.*, 13, 29-36.

Moore, S., Smith, C., Simpson, T., & Minke, S. W. (2006). The influence of partnership centrality on organizational perceptions of support: a case study of the AHLN structure. *BMC.Health Serv.Res.*, 6:141., 141.

Muir Gray, J. A. (1997). *Atención sanitaria basada en la evidencia / Evidence-based Healthcare. How to Make Health Policy and Management Decisions*. Madrid: Churchill Livingstone.

Naciones Unidas (1945). Carta de las Naciones Unidas y Estatuto de la Corte Internacional de Justicia. <http://www.un.org/es/documents/charter/> [On-line].

Navarro, A. M., Voetsch, K. P., Liburd, L. C., Giles, H. W., & Collins, J. L. (2007). Charting the future of community health promotion: recommendations from the National Expert Panel on Community Health Promotion. *Prev Chronic Dis.*, 4, A68.

Nunes, M. O., Trad, L. B., Almeida, B. A., Homem, C. R., & Melo, M. C. (2002). Community-based health workers: building the identity of this hybrid, polyphonic character. *Cad.Saude Publica.*, 18, 1639-1646.

Nutbeam, D. (1998a). Evaluating Health Promotion: Progress, Problems and Solutions. *Health Promot.Int.*, 13, 27-44.

Nutbeam, D. (1998b). *Promoción de la Salud: Glosario* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Traducido por Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

OMS (1978). *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 setiembre de 1978*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En: *Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 17-21 de noviembre de 1986 Ottawa, Canadá*: Organización Mundial de la Salud.

OPS (1996). *Promoción de la salud: una antología / Health promotion: An Anthology*. Washington, D.C.: OPS.

Organización Mundial de la Salud (2009). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En C.I. Organización Mundial de la Salud (Ed.), *Documentos Básicos* (47 ed., pp. 1-18). Suiza, Ginebra: Ediciones de la OMS.

Pagliccia, N., Spiegel, J., Alegret, M., Bonet, M., Martinez, B., & Yassi, A. (2010). Network analysis as a tool to assess the intersectoral management of health determinants at the local level: a report from an exploratory study of two Cuban municipalities. *Soc.Sci.Med.*, 71, 394-399.

Pedrosa, J. & Teles, J. (2001). Agreements and disagreements in the Family Health Care Program team. *Rev Saude Publica.*, 35, 303-311.

Pereira, L., Arruda, J. M., Barroso, M. A., Lobato Tavares, M. F., Ribeiro Campos, N. Z., Zandonadil, R. C. et al. (2007). Analyzing the outcomes of health promotion practices. *Promot.Educ., Suppl 1:21-6.*, 21-26.

Phillips, J. L., Rolley, J. X., & Davidson, P. M. (2012). Developing Targeted Health Service Interventions Using the PRECEDE-PROCEED Model: Two Australian Case Studies. *Nurs.Res.Pract.*, 2012.: Epub;2012 Jul 17.

Pineault, R. & Daveluy, C. (1989). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias / La planificación de la Santé. Concepts, Méthodes, Stratégies* 17. (2ª ed.) Barcelona, España: Massom, S.A.

Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., & Pelletier, J. (2004). Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promot.Int.*, 19, 489-500.

Pouwer, F. (2009). Should we screen for emotional distress in type 2 diabetes mellitus? *Nat.Rev Endocrinol.*, 5, 665-671.

Pullon, S., McKinlay, E., & Dew, K. (2009). Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork. *Br.J Gen.Pract.*, 59, 191-197.

Ramió, C. & Ballart, X. (1993a). *Teoría de la Organización. Volumen I. La evolución histórica del pensamiento organizativo. Los principales paradigmas teóricos.* (1 ed.) (vols. 1) Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública y Ministerio de la Presidencia : Boletín Oficial del Estado, D.L.

Ramió, C. & Ballart, X. (1993b). La complejidad estructural de la Teoría de la Organización. En: *Teoría de la Organización. Volumen I. La evolución histórica del pensamiento organizativo. Los principales paradigmas teóricos* (1 ed., pp. 19-63). Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública y Ministerio de la Presidencia: Boletín Oficial del Estado, D.L.

Real Academia Española (2008). *Diccionario de la lengua española.* (22 ed.) Madrid: Espasa Calpe, 2008 Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>.

Restrepo, H. & Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: Cómo construir una vida saludable.* (1ª ed.) Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional.

Restrepo, H. (2001). Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En: H.Restrepo & H. Málaga (Eds.), *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable* (pp. 15-23). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional.

Rey Calero, J. & Gil de Miguel, A. (2005). *Diccionario de epidemiología, salud pública comunitaria.* Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces: Universidad Rey Juan Carlos.

Rice, V. H. & Stead, L. F. (2008). Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, CD001188.

Rivera Navarro, J. & Gallardo Pino, C. (2005). *Grupos de ayuda mutua y asociaciones relacionadas con la salud: claves de un nuevo modelo socio-sanitario.* (1 ed.) México, D.F.: Plaza y Valdés.

Rodríguez Artalejo, F. & Abecia Inchaurregui, L. (2000). Determinantes de la salud. En C.Colomer Revuelta & C. Álvarez-Dardet (Eds.), *Promoción de la salud y cambio social* (1 ed., pp. 13-25). Barcelona, España: MASSON, S.A.

Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. (2 ed.) Málaga: Ediciones Aljibe, S, L.

Rueda, J., Manzano, I., Darío, R., Pérez de Arriba, J., Zuazagoitia, J., & Zulueta, G. (2008). *La Promoción de la Salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz*. (Rep. No. Osteba D-08-08). Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.

Sachs, J. (2001). Malas y buenas de la globalización. Globalizacion.org Recursos en formación sobre globalización, desarrollo y sociedad civil en América Latina. Biblioteca [On-line].

Salleras Sanmartí, L., Domínguez García, A., Navas Alcalá E, & Canela Arqués, J. (2008). Evaluación de la eficacia y la efectividad de las intervenciones preventivas y de los programas de salud. En: Piédrola Gil G., Sierra López, A., Rodríguez Artalejo, F. (Eds.), *Medicina Preventiva y Salud Pública* (11 ed., pp. 1209-1216). Barcelona: Elsevier España, S. L. Masson.

Samaja, J. (2007). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. (1ª reimp. ed.) Buenos Aires: Lugar Editorial.

Singer, E. A. (2007). The transtheoretical model and primary care: "The Times They Are A Changin'". *J Am Acad.Nurse Pract.*, 19, 11-14.

Smith, G. D., Bartley, M., & Blane, D. (1990). The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *BMJ.*, 301, 373-377.

Snow, J. (1855). *On the mode of communication of Cholera*. (2 ed.) England: John Churchill, New Burlington Street.

Snow, J. (1936). *Snow on cholera :being a reprint of two papers*. New York : The Commonwealth Fund ; London : H. Milford, Oxford University Press.

South, J., Kinsella, K., & Meah, A. (2012). Lay perspectives on lay health worker roles, boundaries and participation within three UK community-based health promotion projects. *Health Educ.Res.*, 27, 656-670.

Stange, K. C. (2009). The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. *Ann.Fam.Med.*, 7, 100-103.

Starfield, B. (2001). *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Versión traducida por Josep Plana Aspachs del original Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology Oxford University Press 1998. Barcelona: Masson, S.A Fundació Jordi Gol i Gurina.

Steinman, L., Cristofalo, M., & Snowden, M. (2012). Implementation of an evidence-based depression care management program (PEARLS): perspectives from staff and former clients. *Prev Chronic Dis.*, 9:E91. Epub; %2012 Apr 26., E91.

Swerissen, H. & Crisp, B. R. (2004). The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health Promot.Int.*, 19, 123-130.

Talbot, L. & Verrinder, G. (2010). *Promoting health. A primary health care approach*. (4 ed.) Australia: Elsevier.

Tavakoli, H. R. (2009). A Closer Evaluation of Current Methods in Psychiatric Assessments: A Challenge for the Biopsychosocial Model. *Psychiatry (Edgmont.)*, 6, 25-30.

Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Taylor, R. & Rieger, A. (1985). Medicine as social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia. *Int J Health Serv.*, 15, 547-559.

Terris, M. (1987). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. (3 en español ed.) México: Siglo XXI editores.

Terris, M. (1996). Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In *Promoción de la salud: una antología* (pp. 37-44). Washington, D.C.: OPS.

TheFreeDictionary.com (2012). Operationalize. (n.d.).
<http://encyclopedia.thefreedictionary.com/Operationalize>.

Tizón García, J. L. (2007). Concerning the biopsychosocial model, 28 years later: epistemology, politics, emotions, and counter-transference. *Aten Primaria.*, 39, 93-97.

Tones, K. & Green, J. (2004). A systematic approach to Health Promotion Planning. In *Health Promotion: Planning and Strategies* (pp. 155-203). London: Sage Publications.

UIPES (2011). *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la salud pública en una nueva Europa*. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea.

van Dijk-de, V. A., Moser, A., Mertens, V. C., van der, L. J., van der, W. T., & van Eijk, J. T. (2012). The ideal of biopsychosocial chronic care: How to make it real? A qualitative study among Dutch stakeholders. *BMC.Fam.Pract.*, 13, 14.

Verhaeghe, N., De, M. J., Maes, L., Van, H. C., & Annemans, L. (2011). Perceptions of mental health nurses and patients about health promotion in mental health care: a literature review. *J Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, 18, 487-492.

Villanueva Domínguez, J. (2007). Las tres revoluciones epidemiológicas. *Epidemiología*, 24, 1-4.

Vinter-Repalust, N., Petricek, G., & Katic, M. (2004). Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life: qualitative study. *Croat.Med J.*, 45, 630-636.

- Virchow, R. C. (2006). Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia. *American Journal of Public Health*, 96, 2102-2105.
- Wens, J., Vermeire, E., Royen, P. V., Sabbe, B., & Denekens, J. (2005). GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. *BMC.Fam.Pract.*, 6, 20.
- Whitehead, D. (2001). A stage planning programme model for health education/health promotion practice. *J Adv.Nurs.*, 36, 311-320.
- Whitehead, D. (2011). Health promotion in nursing: a Derridean discourse analysis. *Health Promot.Int.*, 26, 117-127.
- WHO (1984). *Health Promotion: concepts and principles. A selection of papers presented at the Working Group on Concepts and Principles, Copenhagen, 9-13 July 1984* Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- WHO (1998). *Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers, report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation* Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2001). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives* Copenhagen, Denmark: WHO Regional Publications.
- Winslow, C.-E. A. (1920). The Untilled Fields of Public Health. *Science*, 51, 23-33.
- Work Group of the APHA (1987). Criteria for the Development of Health Promotion and Education Programs. *Am J Public Health.*, 77, 89-92.
- Ziersch, A. & Baum, F. (2004). Involvement in civil society groups: Is it good for your health? *J Epidemiol.Community Health.*, 58, 493-500.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare

11. ANEXOS

Anexo 1: Perfiles de los informantes

Tabla 1. Perfiles de informantes para las entrevistas

Características de informantes		Número de informante											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Género	Hombre			X	X		X	X		X		X	
	Mujer	X	X			X			X		X		X
Formación específica en PS	Sí		X	X		X	X			X			X
	No	X			X			X	X		X	X	
Ámbito de trabajo de los informantes	Atención. Primaria	X	X	X	X								
	Ayuntamiento					X	X	X	X				
	Asociaciones									X	X	X	X
Experiencia	Poca (1 o 2 IPS)	X			X			X	X		X	X	
	Alguna (3 o más IPS)		X	X		X	X			X			X

Fuente: elaboración propia

Perfil 1: informante mujer, que no cuenta con formación específica en promoción de la salud, trabaja en el ámbito como profesional de atención primaria (enfermería) y cuenta con poca experiencia en IPS (1 o 2), gestionadas en el Área 8 de Atención Primaria.

Perfil 2: informante mujer, que sí cuenta con formación específica en promoción de la salud, trabaja en el ámbito como profesional de atención primaria (enfermería) y con alguna experiencia en IPS (3 o más), gestionadas en el Área 8 de Atención Primaria.

Perfil 3: informante hombre, que sí cuenta con formación específica en promoción de la salud, trabaja en el ámbito como profesional de atención primaria (enfermería) y cuenta con alguna experiencia en IPS (3 o más), gestionadas en el Área 8 de Atención Primaria.

Perfil 4: informante hombre, que no cuenta con formación específica en promoción de la salud, en el ámbito como profesional de atención primaria (enfermería) y cuenta con poca experiencia en IPS (1 o 2), gestionadas en el Área 8 de Atención Primaria.

Perfil 5: informante mujer, que sí cuenta con formación específica en promoción de la salud, trabaja como profesional del ayuntamiento (medicina) y cuenta con alguna experiencia en IPS (3 o más), gestionadas en el Área 8 de Atención Primaria.

Perfil 6: informante hombre, que sí cuenta con formación específica en promoción de la salud, trabaja como profesional del ayuntamiento (psicología) y cuenta con alguna experiencia en IPS (3 o más), gestionadas en el Área 8 de Atención Primaria.

Perfil 7: informante hombre, que no cuenta con formación específica en promoción de la salud, trabaja como profesional del ayuntamiento (educación) y cuenta con poca experiencia en IPS (1 o 2), gestionadas en el Área 8 de Atención Primaria.

Perfil 8: informante mujer, que no cuenta con formación específica en promoción de la salud, trabaja como profesional del ayuntamiento (medicina) y con poca experiencia en IPS (1 o 2), gestionadas en el Área 8 de Atención Primaria.

Perfil 9: informante hombre, que sí cuenta con formación específica en promoción de la salud, trabaja en una asociación (salud mental) y cuenta con alguna experiencia en IPS (3 o más), gestionadas en el Área 8 de Atención Primaria.

Perfil 10: informante mujer, que no cuenta con formación específica en promoción de la salud, trabaja en una asociación (enfermedades crónicas) y cuenta con poca experiencia en IPS (1 o 2), gestionadas en el Área 8 de Atención Primaria.

Perfil 11: informante hombre, que no cuenta con formación específica en promoción de la salud, trabaja en una asociación (enfermedades crónicas) y cuenta con poca experiencia en IPS (1 o 2), gestionadas en el Área 8 de Atención Primaria.

Perfil 12: informante mujer, que sí cuenta con formación específica en promoción de la salud, trabaja en una asociación (mujeres) y cuenta con alguna experiencia en IPS (3 o más), gestionadas en el Área 8 de Atención Primaria.

Anexo 2: Guía de Preguntas

Guía de Preguntas para las entrevistas

Pregunta de arranque:

1. ¿Cómo han sido las intervenciones en promoción de la salud, que ha desarrollado usted(es)?

2. ¿Cómo se han desarrollado las IPS en las que ha participado usted(es)?

- Colaboradores que trabajan habitualmente en IPS con usted
- Tiempo dedicado a las IPS
- Sitios en los que ha desarrollado IPS

3. ¿Cómo ha sido para usted(es), el trabajar en intervenciones en promoción de la salud?

- Opinión sobre su trabajo en IPS
- Satisfacción personal en su trabajo con IPS

4. ¿Cómo ha sido la organización y el funcionamiento del equipo de trabajo que labora con usted en IPS?

- Grado de definición, claridad y alcance de los objetivos de su equipo
- Participación en las decisiones que afectan al equipo y al funcionamiento del centro
- Trato y relaciones con los otros miembros de su equipo

5. ¿Cómo han sido sus oportunidades de formación y de desarrollo profesional al trabajar en IPS?

- Medida en que su trabajo le permite ampliar sus conocimientos y experiencias
- Oportunidades de formación que le ofrece su trabajo

6. ¿Cómo ha sido el reconocimiento de su trabajo en su medio laboral al trabajar en IPS?

- Reconocimiento de su trabajo por parte de los otros miembros del equipo
- Reconocimiento del trabajo por parte de los superiores
- Actitudes con las que la comunidad ve su trabajo de intervención en IPS

Anexo 3: Categorización según objetivos

Listado de puntos de vista expresados (según objetivos)

Objetivo 1.1: Aspectos sobre **los** que saben

- 1.1.1 Educación para la Salud como forma predominante de expresar IPS
- 1.1.2 Talleres, charlas, y grupos de apoyo como forma predominante de hacer IPS
- 1.1.3 Diversos enfoques para distintos agentes sociales como forma de entender las IPS
- 1.1.4 IPS asociadas a la prevención
- 1.1.5 IPS como herramienta para cambio de conducta y acción en las personas
- 1.1.6 Evaluación de IPS

Objetivo 1.2 Estructura y transmisión de lo que saben

- 1.2.1 Selección de temas como:
 - 1.2.1.a Problemas más frecuentes vistos a diario
 - 1.2.1.b Temas de actualidad
 - 1.2.1.c Problemas más demandados por usuarios de IPS
 - 1.2.1.d Diagnóstico de necesidades y problemas de salud
- 1.2.2 Construcción de IPS con:
 - 1.2.2.a Diseño a la medida según el problema detectado
 - 1.2.2.b Cuotas o número de IPS al año por parte de ambos niveles: operativo y gerencia de AP
 - 1.2.2.c Elección de sitios para desarrollarlos
 - 1.2.2.d Personal operativo formado
 - 1.2.2.e Encargado: persona más apta o que le gusta más
 - 1.2.2.f Revisión de fuentes de documentación
 - 1.2.2.g Formato y dinámica de presentación determinado
- 1.2.3 Jefaturas de los agentes sociales como
 - 1.2.3.a Seleccionadores de candidatos para hacer IPS
 - 1.2.3.b Procesadores predominantes de datos generados por los agentes sociales
 - 1.2.3.c Coordinadores de IPS con otros agentes sociales

- 1.2.4 Colaboradores que participan (1.2.6)
 - 1.2.4.a (1.2.6.a) Perfil
 - 1.2.4.b (1.2.6.b) Conformación de equipos y coordinación
- 1.2.5 Usuarios de IPS que
 - 1.2.5.a Se captan a través de: publicidad escrita, el boca a boca, temas de actualidad
 - 1.2.5.b Tienen una actitud ávida y positiva
 - 1.2.5.c Demandan más IPS
 - 1.2.5.d Usuarios que participan

Objetivo 1.3: Valoración afectiva y actitud de los agentes sociales ante IPS:

- 1.3.1 Forma de iniciación de los AS en IPS
- 1.3.2 Aptitud hacia la docencia
- 1.3.3 Contacto con la comunidad
- 1.3.4 Gran disposición
- 1.3.5 Respuesta de usuarios
- 1.3.6 Experiencia de participación
 - 1.3.6.a Como trabajo útil y divertido
 - 1.3.6.b Con balance positivo
 - 1.3.6.c Disparidad entre esfuerzo realizado y resultados obtenidos
 - 1.3.6.d Gran satisfacción de cooperación con los demás
 - 1.3.6.e Gran compromiso
- 1.3.7 Impacto sobre su trabajo cotidiano
- 1.3.8 Veta para explotar
- 1.3.9 Mayor aprendizaje
- 1.3.10 Efecto de convencimiento
- 1.3.11 Desmitificación en la confrontación de saberes
- 1.3.12 Saturados de información
- 1.3.13 Obstáculos para realizar IPS como
 - 1.3.13.a Carga asistencial
 - 1.3.13.b Temor a dar el primer paso
 - 1.3.13.c Resistencia a cambio de actitud
 - 1.3.13.d Carga de trabajo desigual
 - 1.3.13.e Falta evaluación de IPS
 - 1.3.13.f Monotonía de las estrategias
 - 1.3.13.g Heterogeneidad del grupo
 - 1.3.13.i Dificultad para asumir nuevas competencias
 - 1.3.13.j (1.3.13.k) Dificultad para coordinar con otros actores sociales

1.3.13.k (1.3.1.3.l) Poca inversión en PS

1.3.13.l (1.3.1.3.m) Preferencia por prevención que por PS

1.3.13.m (1.3.1.3.o) Falta de apoyo de otros actores sociales

1.3.13.n (1.3.1.3.p) Disposición de los recursos

1.3.14 Falta más participación/muy individualistas

1.3.15 (1.3.13.j) Se ofrece un producto de calidad

1.3.16 (1.3.13.n) Se ofrece un producto efectivo

Anexo 4: Categorías conceptuales

Listado de categorías conceptuales (según objetivos)

1.1 Aspectos sobre los que saben los agentes sociales, en relación a su experiencia en IPS

- 1.1.1 Forma predominante de expresar las IPS o constructos que utilizan los agentes sociales para manifestarlas
- 1.1.2 Forma predominante de hacer las IPS o métodos que utilizan los agentes sociales para implementarlas.
- 1.1.3 Forma predominante de entender las IPS o conceptos que utilizan los agentes sociales para comprenderlas.
- 1.1.4 Forma predominante de evaluar las IPS o componentes que consideran los agentes sociales para valorarlas

1.2 Estructura y transmisión de lo que saben los agentes sociales en relación a las IPS

- 1.2.1 Forma predominante de seleccionar los temas de IPS
- 1.2.2. Sitios elegidos de forma predominante para desarrollar las IPS
- 1.2.3 Forma predominante de mantener la formación al personal que desarrolla IPS
- 1.2.4 Forma predominante de elegir a las personas que desarrollan las IPS.
- 1.2.5 Forma predominante de documentarse para construir las IPS
- 1.2.6 Forma y aspectos predominantes en el formato para construir las IPS
- 1.2.7 Forma y aspectos predominantes en la dinámica para construir las IPS
- 1.2.8 Perfiles predominantes de agentes sociales que participan en las IPS
- 1.2.9 Colaboradores que participan de forma predominante para coordinar las IPS
- 1.2.10 Formas predominantes de captar agentes sociales que participan en las IPS
- 1.2.11 Colectivos de usuarios predominantes a los que dirigen las IPS

1.3. Valoración afectiva y actitud de los agentes sociales ante las IPS

- 1.3.1 Forma predominante de respuesta de los usuarios ante las IPS, según los agentes sociales
- 1.3.2 Formas predominantes de experimentar una participación a modo de trabajo útil y divertido de los agentes sociales en las IPS

1.3.3 Formas predominantes de experimentar una participación a modo de balance positivo de los agentes sociales en las IPS

1.3.4 Formas predominantes de experimentar una participación a modo de disparidad entre el esfuerzo realizado por los agentes y los resultados obtenidos en las IPS

1.3.5 Obstáculos para realizar IPS